

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO

NADSTANDARDNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI

Ljubljana, julij 2003

ROMAN DRAGAN

IZJAVA

Študent Roman Dragan izjavljam, da sem avtor tega diplomskega dela, ki sem ga napisal pod mentorstvom dr. Danijela Starmana in dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne 25. julija 2003

Podpis: _____

KAZALO:

1. UVOD	1
2. ZAVAROVALNE STORITVE	2
2.1. OPREDELITEV STORITVE	2
2.2. ZAVAROVALNA STORITEV	2
2.3. TRŽENJSKI SPLET ZA ZAVAROVALNE STORITVE	3
3. SISTEM ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI	5
3.1. TEMELJNE ZNAČILNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI	5
3.2. OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI	7
3.3. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI	7
3.3.1. Opredelitev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji.....	8
4. NADSTANDARDNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI	10
4.1. OPREDELITEV NADSTANDARDNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	11
4.2. PONUDNIKI NADSTANDARDNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA....	11
4.2.1. Adriatic, d.d.....	11
4.2.2. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.....	12
4.3. PRILOŽNOSTI IN NEVARNOSTI ZA RAZVOJ NADSTANDARDNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA Z VIDIKA ZAVAROVALNIC.....	13
4.3.1. Povezanost obveznega, dopolnilnega in nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja.....	14
4.3.2. Zadovoljstvo Slovencev z zdravstvenim sistemom	15
4.3.3. Vpliv predvidene reforme zdravstvenega sistema na razvoj nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja.....	17
4.3.4. Pomembnost zasebnih sredstev v prihodkih za zdravstveno varstvo.....	17
4.3.5. Povezanost starosti in spola s stroški zdravstvenih storitev	18
5. PREDSTAVITEV TRŽNE RAZISKAVE O POZNAVANJU IN STALIŠČIH MLADIH ZAVAROVANCEV DO NADSTANDARDNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	19
5.1. OPREDELITEV NAMENA IN CILJEV RAZISKAVE	20
5.2. POSTAVITEV HIPOTEZ.....	20
5.3. NAČRT RAZISKAVE.....	21
5.3.1. Viri podatkov.....	21
5.3.2. Raziskovalna metoda.....	21

5.3.3. Raziskovalni inštrument	21
5.3.4. Načrt vzorčenja	22
5.3.5. Oblika komuniciranja	24
5.3.6. Omejitve in možne napake pri raziskavi	24
5.4. PRIKAZ IN INTERPRETACIJA REZULTATOV RAZISKAVE	24
5.4.1. Predstavitev vzorca	24
5.4.2. Predstavitev odgovorov na posamezna vprašanja	25
5.4.3. Analiza povezav med spremenljivkami- preverjanje domnev	31
5.4.4. Sklepne ugotovitve raziskave	36
6. KRATKA PRIPOROČILA ZA PRIPRAVO TRŽENJESKE STRATEGIJE	37
7. SKLEP	38
LITERATURA	40
VIRI	41
PRILOGE	

1. UVOD

Biti zdrav je največja sreča na svetu, žal pa se tega pogosto zavemo šele takrat, ko zbolimo. To lastnost lepo ponazarja rek La Bruyera, ki pravi, da ljudje najmanj pazimo na tisto, kar bi si hoteli najdalj ohraniti, to je lastno zdravje. V večini primerov smo dejansko taki, saj imamo za preventivo in zdrav način življenja vedno premalo časa. Vrednosti zdravja se ne zavedamo dovolj, ampak pogosto bolj cenimo svoje materialno premoženje in ga zato tudi prej zavarujemo, saj si jasno predstavljamo kaj bi pomenil požar v lastnem domu. Ne zavedamo pa se, da predstavlja nastop bolezni za nas precej večjo nevarnost, saj nam lahko le ta povsem spremeni življenjski slog.

Sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji sestavljata obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje (imenovano tudi »Dodatno«) sestavljajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, nadstandardno zdravstveno zavarovanje ter še nekatere druge oblike zavarovanj (npr. zavarovanje za zdravljenje v tujini, zavarovanje za tujce v Sloveniji). Dopolnilno zdravstveno zavarovanje (uporabljata se tudi izraza »Zavarovanje za doplačila« in »Zavarovanje za razliko do polne vrednosti«) se vsebinsko navezuje samo na obvezno zdravstveno zavarovanje, nadstandardno pa omogoča, da se zavarovanec zavaruje za večji obseg pravic ali višji standard storitev kot so opredeljene v obveznem zdravstvenem zavarovanju oziroma za dodatne pravice, ki v obveznem zdravstvenem zavarovanju niso opredeljene.

V diplomski nalogi sem želel preučiti področje nadstandardnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji, predvsem v segmentu mladih zavarovancev, ki so dopolnili od 25 do 39 let in že imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Zanimalo me je, kakšno je njihovo poznavanje te oblike zavarovanja, kakšne so možnosti promocije, kako so posamezne zdravstvene storitve za njih zanimive in ali bi bili morda tudi pripravljene nameniti mesečno več denarnih sredstev za uveljavljanje boljših storitev v okviru te oblike zavarovanja.

V drugem poglavju diplomske naloge sem predstavil zavarovalne storitve in sicer tako, da sem opredelil storitve, zavarovalne storitve in trženjski splet za zavarovalne storitve. V tretjem poglavju sem predstavil sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, njegove temeljne značilnosti in obvezno ter prostovoljno zdravstveno zavarovanje. V četrtem poglavju sem opredelil nadstandardno zdravstveno zavarovanje, prikazal ponudbo in pojasnil priložnosti in nevarnosti razvoja te oblike zavarovanja. V petem poglavju sem opredelil namen in cilje raziskave, postavil izhodiščne hipoteze, pripravil načrt raziskave ter prikazal in interpretiral rezultate raziskave. V šestem poglavju sem pripravil kratka priporočila za oblikovanje trženjske strategije, na koncu pa zaključil diplomsko delo s sklepom.

2. ZAVAROVALNE STORITVE

2.1. OPREDELITEV STORITVE

Pojem storitve definirajo avtorji dokaj različno, med njimi pa prihaja do številnih razhajanj. Večina opredelitev se naslanja na opredeljevanje storitev v odnosu do fizičnih izdelkov, za katere obstajajo natančnejše, oprijemljive opredelitve.

Kotlerjeva (1998, str. 464) opredelitev storitve je sledeča: »Storitev pomeni dejanje ali delovanje, ki ga ena stran lahko ponudi drugi, je po svoji naravi neotipljivo in ne pomeni posedovanja česar koli. Proizvodnja storitve je lahko ali pa tudi ne vezana na fizični izdelek.«

Za storitve so značilne štiri lastnosti, ki v večji meri vplivajo na oblikovanje programov za njihovo trženje (Kotler, 1998, str. 465-468):

- **Neopredmetenost:** Storitve je neotipljiva. Za razliko od fizičnih izdelkov, jih pred nakupom ne moremo videti, okusiti, občutiti, slišati ali vonjati.
- **Neločljivost:** Storitve se praviloma naredijo in porabijo istočasno.
- **Spremenljivost:** Storitve se zelo hitro spreminjajo in imajo kratko življenjsko dobo.
- **Minljivost:** Storitve ne moremo hraniti.

Lovelock (1991, str. 7-10) opredeli storitve tako, da jih primerja z izdelki. Storitve so, po njegovem mnenju, opredeljene z naslednjimi značilnostmi:

- z naravo nematerializiranosti storitev,
- z večjo vključenostjo stranke v proces proizvodnje storitve,
- s tem, da so ljudje lahko del storitve,
- z večjimi težavami pri nadzoru kakovosti,
- z večjo pomembnostjo dejavnika časa,
- s strukturo distribucijskih kanalov.

2.2. ZAVAROVALNA STORITEV

Zavarovalna storitev je proizvod zavarovalnice. Je storitev posebne vrste, saj ni niti otipljiva, niti vidna. Zavarovalnica prodaja v tem smislu abstraktno storitev, nevidno blago, ki potrebuje, preden ga prodamo, mnogo pojasnjevanja, razlaganja, prepričevanja. Storitve prodajajo tudi druge gospodarske veje, kot so trgovina, nekatere vrste obrti, transport ali bančništvo, toda njihove storitve so praviloma ali skoraj vedno lažje spoznavne. Še zlasti je pomembna ta posebnost zavarovalne storitve v primerih, ko med trajanjem posameznega zavarovanja ni prišlo do zavarovalnega primera. Na zunaj izgleda kot da storitev ni bila opravljena. Zavarovanec je bil sicer zavarovalno krit, vendar za svoje plačilo premije ni prejel

ničesar, kar bi lahko trošil (proizvodno ali neproizvodno) ali zamenjal. Zato imenujemo zavarovanje »nevidno blago«; to je sicer le primerjava, ki ne drži v celoti v vsakem primeru (ob sklepanju vedno in v celoti, med trajanjem zavarovanja pa odvisno od slučaja), vseeno pa s te strani dobro povzema posebnost zavarovanja (Flis, 1970, str. 6).

Zavarovalna storitev zagotavlja vsakemu zavarovancu ves čas trajanja materialno varnost, to je gotovost, da bo morebitna škoda nadomeščena z zavarovanjem. Opredmetenje zavarovalne storitve je uresničeno z zavarovalnino ali odškodnino, ki je zunanji izraz in potrditev materialne varnosti zavarovanca (Končina, 1994, str. 77).

Korist zavarovancu ob sklenitvi zavarovanja predstavlja varnost, da bo morebitna povzročena škoda nadomeščena z odškodnino. S sklenitvijo zavarovanja se zavarovanec zaveda, da morebitni škodni dogodek sploh ne bo nastopil ter da zaradi tega odškodnine ne bo prejel. Zavarovanec bi tako ostal brez denarnih sredstev, ki jih namerava nameniti za zavarovanje, vendar kljub temu ve, da bo imel kot nadomestilo v zavarovanem obdobju zagotovljeno varnost.

Na področju zdravstva so ljudje izpostavljeni tveganju, da bodo zboleli, se poškodovali, imeli neugodne zdravstvene ali materialne posledice. Zdravstveno zavarovanje je zavarovanje za različne zdravstvene storitve oziroma plačilo le teh. Predmet zavarovanja so stroški zdravljenja, ki bi jih utrpel zavarovanec v primeru nastopa škodnega dogodka, katerega posledica je opravljena zdravstvena storitev. Zdravstveno zavarovanje je torej zavarovanje, ki nam ob morebitni bolezni ali poškodbi, zagotavlja višjo socialno varnost (Strmčnik, 2002, str. 7).

2.3. TRŽENJSKI SPLET ZA ZAVAROVALNE STORITVE

Trženjski splet pomeni specifično kombinacijo sestavin trženja, ki jo podjetje oblikuje zato, da bi vplivalo na povpraševanje po svojih izdelkih/storitvah in spodbudilo želene odzive na ciljnih trgih (Rojšek, Starman, 1993, str. 1-2).

Osnovni elementi trženjskega spleta (4 P), ki jih je uvedel McCarthy so:

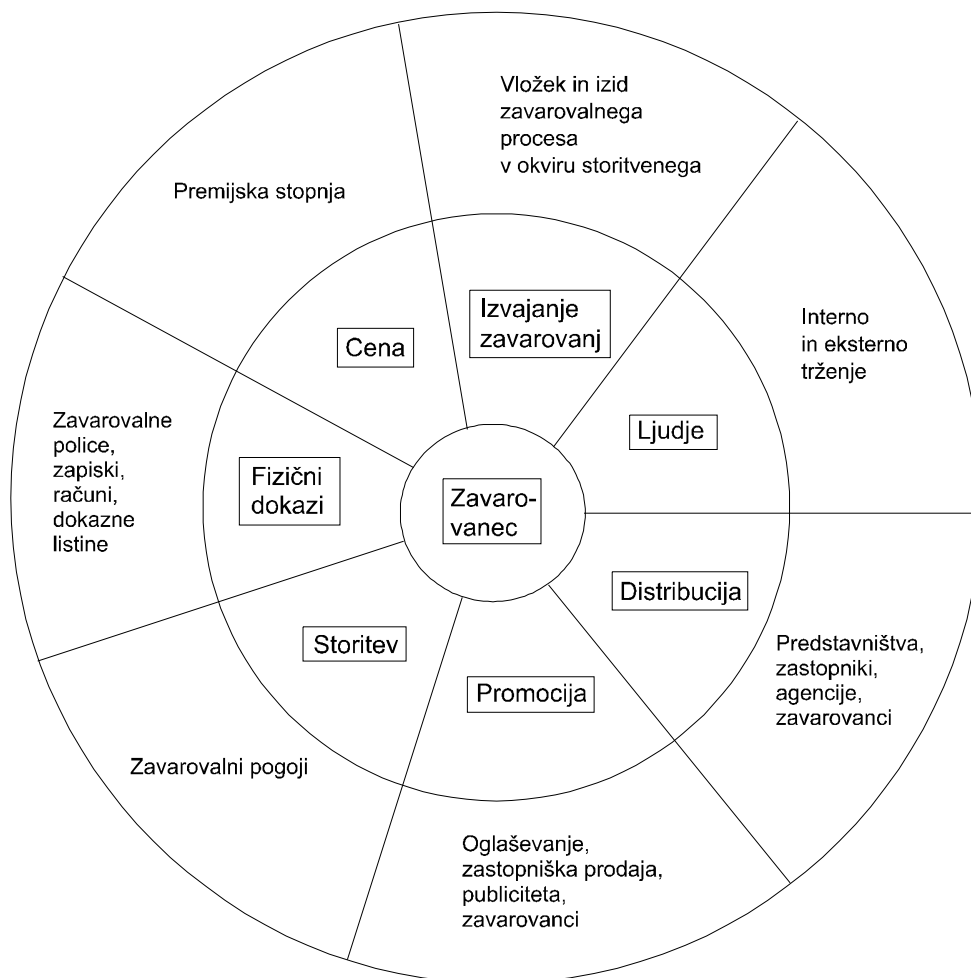
- izdelek ali storitev,
- cena,
- tržne poti,
- tržno komuniciranje.

Booms in Bitner sta storitveni trženski splet oblikovala tako, da sta k McCarthyevem spletu dodala tri karakteristične storitvene elemente ter tako oblikovala »model 7 P« :

- ljudje,
- fizični dokazi,
- procesiranje.

Končina je na podlagi navedenih elementov izdelal trženski splet za zavarovalne storitve, ki je ponazorjen na Sliki 1.

Slika 1: Trženski splet za zavarovalne storitve



Vir: Končina, 1994, str. 200.

Opredelitve in dodatna pojasnila elementov trženjskega spleta za zavarovalne storitve (Končina, 1994, str. 195-200, 242-265; Volarič Prijatelj, 1999, str. 38-50; Kotler, 1998, str. 98-100):

- **Zavarovalna storitev-** Zavarovalna storitev je nevidno blago, sestavljeno iz vrste simbolov in abstraktnih kategorij, ki so zavarovancu pogosto težko razumljive, korist, ki jo ima zavarovanec ob nakupu takega blaga, pa postane otipljiva šele, če pride do škodnega dogodka. Nakup zavarovalne storitve vzbuja negotovost, ki jo zavarovanci zmanjšujejo z ocenjevanjem njene kakovosti. To iščejo v ljudeh, ki so jim zavarovanje prodali, v prostoru kjer se zavarovanje prodaja ter raznih prospektih in premiji.
- **Zavarovalna premija-** Cena zavarovanja mora vključevati prodajni in stroškovni vidik. Prodajni vidik opredeljujejo cilji trženja, ki so lahko zelo različni. S stroškovnega vidika, mora premija vključevati strokovno ovrednoten obseg nevarnosti, glede na pričakovane škode ter druge načrtovane odhodke zavarovalnice. Temeljiti mora na elementih verjetnostnega računa in na zakonu velikih števil.
- **Tržne poti-** Oblikovanje le teh ima v trženju zavarovanj zelo pomembno vlogo. Odvisne so od vrste zavarovanj, od strukture zavarovalne pogodbe, od zmogljivosti zavarovalnice ter izbire ciljnih trgov.
- **Tržno komuniciranje-** Dejavnosti se nanašajo na oglaševanje, pospeševanje prodaje, odnose z javnostmi in osebno prodajo. Cilj je informirati zavarovance o storitvi, na ustrezen način je potrebno predstaviti kakovost storitve in ugled ponudnika ter na ta način vplivati na pripravljenost za sklenitev zavarovanja.
- **Ljudje-** V zavarovalniški dejavnosti imajo zaposleni, z vidika trženja, eno pomembnejših vlog, saj je od njihovih aktivnosti odvisno pridobivanje novih in ohranjanje starih kupcev ter utrjevanje dobrega mena zavarovalnice.
- **Fizični dokazi-** Element fizičnih dokazov je pomemben, saj mora zavarovalnica ustvariti zaupanje, k temu pa močno pripomorejo prav fizični dokazi: zavarovalne police, splošni in posebni pogoji, poročila, publikacije.
- **Izvajanje zavarovanj-** Zavarovalna storitev s prodajo še ni dokončno izdelana, ampak je šele takrat, ko pride do škodnega dogodka in izplačila odškodnine oziroma ko se zavarovanje izteče.

3. SISTEM ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI

3.1. TEMELJNE ZNAČILNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI

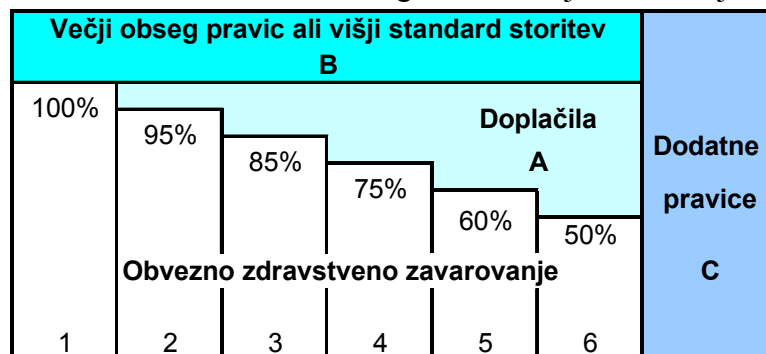
Zdravstveno zavarovanje je sestavni del celovitega sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. Slovenski model zdravstvenega zavarovanja lahko po osnovnih značilnostih uvrščamo med t.i. »socialna« zdravstvena zavarovanja, oziroma »Bismarckov« model (Berkopec, 1995, str.

5). Sistem temelji na solidarnosti. Po tem modelu država predpiše obveznost vseh državljanov, da se zdravstveno zavarujejo za tveganja, za kritje rizikov pa so vsi, ki prejemajo dohodke, dolžni plačevati prispevke, od katerih polovico plačujejo delodajalci, preostalo polovico pa zaposleni sami iz bruto plače. Za socialno šibke kategorije državljanov prispevke plačuje država.

Sistem socialnega (državnega) oziroma javnega zavarovanja ni sposoben kriti vseh interesov, zahtev in potreb zavarovancev po zdravstvenih storitvah oz. tveganj, ki izhajajo iz bolezni ali poškodb ter njihovih posledic. Tako na področju obveznega zavarovanja vse države uvajajo programe omejevanja pravic in dobrin s tega področja (Volarič Prijatelj, 1999, str. 94). Med javnimi in osebnimi interesi prebivalstva je prišlo do razcepa, saj so bila za potrebo takšnega sistema na voljo le sredstva prispevkov. To je v Sloveniji privedlo, po zgledu mnogih evropskih držav, do uvedbe prostovoljnega zavarovanja, ki ima namen omogočiti zavarovancem možnosti, da si proti ustreznemu plačilu iz lastnih sredstev zagotovijo boljši standard, dostopnost storitev in pogoje pri uveljavljanju zahtev in potreb po zdravstvenih storitvah in socialni varnosti (Toth, Košir, 1998, str. 50-51).

Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji je sestavljeno tako iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Slika 2: Struktura zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji



Vir: Prostovoljna zdravstvena zavarovanja, Adriatic, 2000, str. 10.

Pravice iz obveznega zavarovanja so skladno po 23. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju razporejene v šest skupin (na Sliki 2 so prikazane z oštevilčenimi stolpci). Za vse, razen za prvo skupino pravic, kjer stroške v celoti krije obvezno zavarovanje, je za preostalih pet predpisano, kakšen odstotek stroškov mora plačati pacient sam, če se zanje dodatno ne zavaruje. Zakon tako določa najnižji odstotek, ki ga mora zagotoviti obvezno zavarovanje pri posameznih skupinah storitev. Določitev konkretnih odstotkov je prepuščena skupščini Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Vladi Republike Slovenije. Slednja namreč daje soglasje k predlogu ureditve tega področja, ki ga obdobjno oblikuje Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije oziroma njegova skupščina.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje predstavljajo polja A, B, C (glej Sliko 2, na str. 6). Dopolnilno zavarovanje (Doplačila A) skupaj s pravicami iz obveznega zavarovanja predstavlja osnovni standard, zavarovanja iz skupine B in C pa so tako imenovana nadstandardna zavarovanja.

Za vrednostno ponazoritev obeh oblik zavarovanja, navajam njihove prihodke v letu 2002. Prihodki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so v letu 2002 znašali 340,41 milijarde SIT, prihodki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pa so za leto 2002 ocenjeni na 63,48 milijarde SIT (Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2002, 2003, str. 10-12).

3.2. OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI

V letu 1992 je bilo s sprejetjem Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju uvedeno obvezno zdravstveno zavarovanje. V skladu s tem zakonom se opravlja kot javna služba, po načelih javnih financ in v breme javne porabe. Edini izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki deluje kot javni zavod (Strmčnik, 2002, str. 7).

V Sloveniji bi morali biti po zakonu zajeti v obvezno zdravstveno zavarovanje vsi, ki imajo državljanstvo Republike Slovenije in stalno bivališče na njenem območju ter osebe, ki v Sloveniji opravljajo kakšno koli pridobitno dejavnost in niso zavarovane po predpisih drugih držav (Toth, Petrič, Kramberger, 1999, str. 148). Zakon določa 21 kategorij zavarovancev, pri čemer so dolžni prispevke plačevati vsi, ne glede na kategorijo. Plačilo prispevka je vezano na vir dohodka, ki zavarovancu zagotavlja osnovno socialno varnost.

Obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavlja zavarovancem dve skupini pravic, in sicer pravice do zdravstvenih storitev in do določenih denarnih nadomestil. Pravice denarnih nadomestil so: nadomestilo plače, povračilo potnih stroškov v zvezi z zdravljenjem, pogrebne in posmrtnine. Obvezno zdravstveno zavarovanje nudi po zakonu vsem zavarovanim osebam enakopraven dostop do zdravstvene preskrbljenosti.

3.3. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI

Kljub temu, da je to poglavje namenjeno predstavitvi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, bom za nekoliko širšo osvetlitev tega področja najprej prikazal oblike tega zavarovanja v Evropski uniji.

Znotraj držav Evropske unije lahko prostovoljna zdravstvena zavarovanja razvrstimo v štiri skupine (Jaklič, 2002, str. 1-2):

- **Nadomestna zavarovanja** (ang. Substitutive Insurance)- gre za zavarovanje oseb oziroma določene populacije, ki je izvzeta iz nacionalne sheme obveznega zavarovanja npr. zaradi preseganja določene višine dohodka. Takšno ureditev poznajo v Nemčiji in na Nizozemskem, kjer osebe, ki letno zaslužijo določen znesek, niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in jim to zavarovanje nadomešča obvezno zavarovanje.
- **Dodatna zavarovanja** (ang. Supplementary Insurance) – gre za zavarovanja za določene storitve oziroma dobrine, ki so izključene iz kritja zagotovljenega javnega obveznega zavarovanja. Tipične izključene ugodnosti so zdravljenje kroničnih bolezni v tujini, lepotne operacije, alternativna zdravljenja, zdraviliško zdravljenje in posebno udobje v bolnišnici.
- **Dopolnilna zavarovanja** (ang. Residual Insurance) – gre za zavarovanja proti doplačilom za storitve oziroma dobrine, katere obvezno zavarovanje ne krije v celoti. Doplačila oziroma participacija so v državah Evropske unije pomemben finančni vir za financiranje zdravstvenega sistema.
- **Alternativna ali vzporedna zavarovanja** (ang. Alternative or Parallel Insurance) - gre za zavarovanja proti omejitvam, ki so v obveznem zavarovanju prisotne na strani ponudbe, to pomeni na strani izvajalcev zdravstvenih storitev in njihovih zmogljivosti. Omejitve so prisotne na primer s čakalnimi listami za specialistične preglede in z nizkimi standardi kakovosti nastanitve v bolnišnicah. Alternativna zavarovanja so pogosta v Španiji, Veliki Britaniji, Grčiji, Portugalski in Italiji. Omenjeno zavarovanje si zagotovijo predvsem tisti z višjimi dohodki, ki s tem plačajo ceno dvakrat: prvič v sistem nacionalnega zdravstvenega varstva (npr. preko davkov ali prispevkov) in drugič skozi premijo, ki jo plačajo za vzporedno zavarovanje.

3.3.1. Opredelitev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji

Dopolnitev obveznemu zdravstvenemu zavarovanju v Sloveniji predstavlja prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Vlogo in položaj prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je najprej opredelil Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki je bil sprejet v letu 1992.

Od leta 1992 sta na trgu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji dva ponudnika. Prvi ponudnik je bil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki je organiziran kot javni zavod. Od leta 1992 dalje, je bil nosilec tako obveznega, kakor tudi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. To je v praksi povzročalo hude zaplete, saj se je ista zavarovalniška vrsta opravljala po dvojnih predpisih in v dvojnem svojstvu. Na osnovi spremenjenega zakona leta 1998 je bila leta 1999 ustanovljena Vzajemna zdravstvena

zavarovalnica, d.v.z., ki je od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije prevzela celotno dejavnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Strmčnik, 2002, str. 13).

Drugi ponudnik prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji je od leta 1992 tudi zavarovalnica Adriatic, d.d.

Vzajemna je imela ob koncu leta 2002 v svojem portfelju približno 1.123.000 zavarovancev (Portfelj Vzajemne v letu 2002, 2003, str. 9), Adriatic pa približno 302.000 (Adriatic uspešno zaključuje poslovno leto 2002, 2003). Gledano bruto obračunano premijo, predstavlja delež obeh zavarovalnic znotraj vseh prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj za leto 2001, 82,7 % za Vzajemno in 16,9 % za Adriatic. Zanimljiv delež (0,4 %) predstavljajo druge zavarovalnice, ki ponujajo samo zavarovanja za zdravljenje v tujini (Agencija za zavarovalni nadzor, 2003).

Na slovenski trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj vstopa tudi Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.. Pričakuje se, da bo zavarovalnica tržno nastopila v drugem četrtletju leta 2004 (Kačič, 2003, str. 7). Zavarovalnica namerava ponuditi prostovoljna dopolnilna, vzporedna in dodatna zdravstvena zavarovanja ter posebna obvezna zdravstvena zavarovanja (Triglav, 2003).

Osebe, ki so obvezno zavarovane, imajo možnost, da se po lastni presoji še dodatno prostovoljno zavarujejo za:

- **dopolnilno zdravstveno zavarovanje** za razliko do polne vrednosti storitev, tako imenovana »Zavarovanja za doplačila« (glej Sliko 2, na str. 6, področje A),
- **zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard storitev** (glej Sliko 2, na str. 6, področje B),
- **zavarovanje za dodatne pravice** (glej Sliko 2, na str. 6, področje C),
- **zdravljenje v tujini** v primerih, ko ga ne krije obvezno zavarovanje.

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja so v letu 2001 po znesku bruto obračunane premije, ki je znašala 57,9 milijarde SIT, predstavljala 25,9 % obračunane premije med vsemi zavarovalnimi vrstami oz. skupinami. Od tega je kar 98,2 % odpadlo na prostovoljna zdravstvena zavarovanja za doplačila do polne vrednosti storitev (Agencija za zavarovalni nadzor, 2003).

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja za doplačila do polne vrednosti storitev zavarovancu ne dajejo nobenih novih dodatnih pravic, ker so v celoti vezana na siceršnje pravice obveznega zdravstvenega zavarovanja (Strmčnik, 2002, str. 17).

Zakon o zavarovalništvu opredeli dopolnilna zdravstvena zavarovanja kot javni interes Republike Slovenije in določa, da se izvajajo po načelu medgeneracijske vzajemnosti. To pomeni, da so mlajši zavarovanci solidarni s starejšimi in plačujejo višje premije kot bi bilo potrebno, z namenom, da lahko starejši zavarovanci plačujejo nižje. Zavarovalnice, ki izvajajo ta zavarovanja, naj bi bile po Zakonu o zavarovalništvu vključene v izravnalne sheme za izravnavo razlik v stroških zdravstvenih storitev, ki izhajajo iz razlik v starostni strukturi, strukturi po spolu in strukturi težje bolnih zavarovancev portfelja posameznih zavarovalnic. Zakona, ki bi podrobneje urejal področje izravnalnih shem zaenkrat še ni. Namen izravnalnih shem je povečanje stabilnosti sistema dopolnilnih zavarovanj. Pri zavarovanjih z medgeneracijsko vzajemnostjo namreč zavarovalnica pri določitvi premije ne upošteva vseh dejavnikov, ki vlivajo na prihodnje stroške zdravstvenih storitev, kar pa zavarovalnice spodbuja k »pobiranju smetane« - v zavarovanje sprejemajo pretežno tiste osebe, ki so manj rizične. Zavarovalnica, ki izvaja to vrsto zavarovanja, ne sme zavrniti sklenitve zavarovanja nobeni osebi, ki želi biti pri njej zavarovana.

4. NADSTANDARDNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI

Pri obravnavanju problematike zdravstvenih zavarovanj je potrebno nujno ločevati med dopolnilnimi zdravstvenimi zavarovanji ter drugimi prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji, s katerimi si zavarovanci zagotovijo možnost kritja za pravice, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije; ali za višji standard teh storitev ali za sploh pridobitev nekih prednosti pri teh storitvah, ki v obveznem zdravstvenem zavarovanju niso niti običajne, niti dopustne. Med njimi ni samo razlike v vsebini ponudbe, ampak v njihovi naravi in vlogi v celotnem sistemu zdravstvene varnosti prebivalstva (Jošar, Toth, 2001, str. 217).

S tržnega vidika predstavlja nadstandardno zdravstveno zavarovanje v primerjavi z obveznim in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem zelo pomembno vsebinsko razliko. Glede na dejstvo, da so v obvezno zdravstveno zavarovanje vključeni skoraj vsi prebivalci Slovenije, v dopolnilno zdravstveno zavarovanje pa se lahko vključi vsak kdor to želi (zavarovalnica ne sme zavrniti nikogar), lahko pri nadstandardnem zdravstvenem zavarovanju zavarovalnice same določijo, pod kakšnimi pogoji bodo sprejele zavarovance. Tako ta oblika zavarovanja omogoča povsem individualno obravnavo posameznika. To področje je z vidika trženja zdravstvenih zavarovanj zanimivo, saj lahko zavarovalnica pridobi v svoj portfelj predvsem tiste zavarovance, ki si jih sama želi.

Trenutno predstavljajo nadstandardna zdravstvena zavarovanja zelo majhen delež v skupini prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Vrednostni delež teh zavarovanj v Vzajemni je za leto 2001 znašal samo 0,24 % (Vzajemna, Letno poročilo 2001, 2002, str. 56).

4.1. OPREDELITEV NADSTANDARDNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Vse pravice, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje in so zavarovancu dosegljive pod pogoji in po predpisanih postopkih ter v opredeljenem standardu, so standardne pravice. Obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavlja določen standard zdravstvenega zavarovanja, zato je vse tisto, kar predstavlja več pravic ali boljše storitve nad tem nadstandardno (Strmčnik, 2002, str. 27).

Nadstandardno zdravstveno zavarovanje se v Sloveniji izvaja na dva načina in sicer kot:

- **Zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard storitev** (glej Sliko 2, na str. 6, področje B). Ta oblika zavarovanja ne omogoča nobenih novih pravic, ampak samo omogoča koriščenje pravic, ki so že opredeljene v obveznem zdravstvenem zavarovanju v večjem obsegu oziroma z višjim standardom. To pomeni, da je zavarovanec ob morebitni poškodbi upravičen do boljših medicinskih pripomočkov in materialov ter boljše zdravniške oskrbe, kot bi mu to krila obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje.
- **Zavarovanje za dodatne pravice** (glej Sliko 2, na str. 6, področje C). To zavarovanje omogoča koriščenje novih pravic, ki v obveznem zdravstvenem zavarovanju niso opredeljene. Tu gre za storitve, ki jih je potrebno drugače v celoti kriti z gotovinskim plačilom. Primer take storitve, je koriščenje zdravstvene storitve pri izvajalcih, ki so vpisani v Register zasebnih zdravstvenih delavcev brez koncesije in brez pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

4.2. PONUDNIKI NADSTANDARDNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Ponudnika nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji sta dva in sicer:

- Zavarovalnica Adriatic, d.d.,
- Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.

Oba ponudnika nudita tako zavarovanja za večji obseg pravic ali višji standard storitev, kakor tudi za dodatne pravice.

4.2.1. Adriatic, d.d.

Zavarovalnica Adriatic trži nadstandardna zdravstvena zavarovanja posamezno in v zavarovalnih paketih. Zavarovanec lahko poljubno izbira zavarovanja iz Skupin B in C in jih sklene glede na lastne potrebe (Adriatic, 2003).

V Skupino B je vključenih osem zavarovanj za večji obseg pravic ali višji standard storitev. To so zavarovanja, s katerimi je mogoče sedanje pravice iz obveznega zdravstvenega

zavarovanja uveljaviti na višji kakovostni ravni oziroma v večjem obsegu, kot so nam sicer zagotovljene v obveznem zdravstvenem zavarovanju.

- B01- Zavarovanje podaljšane ortopedske rehabilitacije v ortopedski bolnišnici Valdoltra
- B02- Zavarovanje nadstandardnih zobozdravstvenih materialov
- B03- Zavarovanje nadstandardnih očesnih pripomočkov
- B04- Zavarovanje nadstandardnih ortopedskih pripomočkov
- B05- Zavarovanje zdravil
- B06- Zavarovanje podaljšanega zdraviliškega zdravljenja
- B07- Zavarovanje hospitalizacije spremljevalca otroka
- B08- Zavarovanje višjega standarda bolnišničnega in zdraviliškega zdravljenja

V Skupino C je trenutno vključenih šest zavarovanj za dodatne pravice, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne zajema. Eno zavarovanje so izključili iz ponudbe.

- C01- Zavarovanje samoplačniških storitev specialistično ambulantnega zdravljenja
- C02- Zavarovanje kozmetičnih operativnih posegov
- C04- Zavarovanje zobozdravstvenega nadstandarda
- C05- Zavarovanje bolniške dnevnice
- C06- Zavarovanje nadomestila pri negi ožjega družinskega člana
- C07- Zavarovanje nadomestila pri negi predšolskega otroka

Zavarovanec se lahko odloči tudi za pripravljene zavarovalne pakete in sicer: Popolni nadstandard, Visoki nadstandard, Specialistični nadstandard, Za zrelejša leta, Brezskrbno materinstvo, Zdravje in udobje, Pripomočki in zdravila ter Mladostniki. V paketih so pod bolj ugodnimi pogoji vključena posamezna zavarovanja iz skupin B in C.

4.2.2. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica trži nadstandardna zdravstvena zavarovanja z dvema zavarovalnima paketoma Nadstandard A in Nadstandard B (Vzajemna, 2003).

Nadstandard A- Paket zavarovanj za večji obseg pravic ali višji standard storitev vključuje:

- bivanje v eno ali dvoposteljni bolnišnični ali zdraviliški sobi s TV sprejemnikom in telefonom,
- dodatno nemedicinsko nego, postrežbo in prehrano v času zdravljenja v bolnišnici,
- bivanje sorodnika skupaj z zavarovancem,
- uveljavljanje storitev iz obveznega zavarovanja zunaj rednega delovnega časa,
- zahtevnejše pripomočke ali pripomočke, izdelane iz kakovostnejših materialov, razen zobozdravstvenih pripomočkov,

- tehnično zahtevnejše zobnoprótetične nadomestke iz boljših materialov in fiksne ortodontske aparate ali materiale,
- zdravila z negativne liste, ki so predpisana na recept.

Nadstandard B- Paket zavarovanj za dodatne pravice vključuje:

- storitve osnovne zdravstvene dejavnosti, vključno z zdravljenjem zob pri zdravniku, ki ni zavarovančev osebni zdravnik, v samoplačniški ambulanti oziroma pri zdravniku ali zdravstvenem zavodu (v zavarovanja so vključena tudi vsa registrirana zdravila, ki jih predpiše zdravnik, ki zdravi zavarovanca),
- ambulantno-specialistične storitve pri zdravniku v samoplačniški ambulanti brez napotnice, pri zdravniku specialistu ali zdravstveni organizaciji (v zavarovanje so vključena tudi vsa registrirana zdravila, ki jih predpiše zdravnik, ki zdravi zavarovanca),
- storitve splošnega zdravnika in ambulantno-specialistične zdravstvene storitve (skupaj z zdravili) v tujini,
- uveljavljanje storitev iz obveznega zavarovanja zunaj rednega delovnega časa.

4.3. PRILOŽNOSTI IN NEVARNOSTI ZA RAZVOJ NADSTANDARDNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA Z VIDIKA ZAVAROVALNIC

Problemi, ki se pojavljajo pri zagotavljanju obveznega zdravstvenega zavarovanja, močno segajo tudi na področje nadstandardnih, saj so obvezna in prostovoljna zdravstvena zavarovanja neposredno povezana. Glavni vzroki za povečevanje stroškov v zdravstvenem varstvu so skriti v naglem razvoju medicinske znanosti, uvajanju novih zdravil, demografskih spremembah prebivalstva in večji osveščenosti ljudi ter s tem njihove večje zahtevnosti. V svoji diplomski nalogi se nisem usmeril na področje samega tehničnega izvajanja nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja ter problemov, ki se pojavljajo v tej zvezi. Tako se nisem posvetil raziskovanju odnosov zavarovalnic z izvajalci tega zavarovanja, nisem osvetljeval področje pomanjkljivosti prostorskih in človeških zmogljivosti, želja po kapitalskih vlaganjih ter nastajajočih finančnih problemov, ampak sem se posvetil tistim, ki so zavarovalnici zanimivi z vidika možnosti pridobitve zavarovanca v to obliko zavarovanja. Seveda so mnogi problemi v obveznem zdravstvenem zavarovanju tudi priložnost za nadstandardno zdravstveno zavarovanje, primer so čakalne vrste oziroma kritje stroškov nekaterih zdravil, kljub temu pa podrobnosti tega nisem raziskoval. Poskušal sem osvetlit samo tisto, kar neposredno vpliva na trženje te oblike zavarovanja, obenem pa sem se osredotočil tudi na priložnosti, ki se na tem področju pojavljajo.

Problem trženja zdravstvenih zavarovanj, še posebej nadstandardnih, je, da so ta zavarovanja kljub navidezni preprostosti dejansko težko predstavljiva. V primeru, da zavarujemo materialno premoženje, nam je povsem jasno kaj smo zavarovali in približno kolikšna bi bila

morebitna odškodnina. Pri zdravstvenih zavarovanjih pa je to nekoliko težje, saj imamo ljudje neko socialno varnost že zagotovljeno, ne vemo pa, koliko bi s sklenitvijo nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja pridobili. Težko si tudi predstavljamo, da se bolnik za uveljavljanje zdravljenja ne more naknadno nadstandardno zavarovati, na drugi strani pa nam je povsem logično, da poškodovan avto ne moremo kasko zavarovati.

4.3.1. Povezanost obveznega, dopolnilnega in nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja

Dodatna zdravstvena zavarovanja so najtesneje povezana in soodvisna od osnovnega zavarovanja posamezne države. Obseg in razvoj dodatnih zavarovanj je namreč neposredno odvisen od tega, kakšen je obseg kritja tveganj v osnovnem oziroma v obveznem zdravstvenem zavarovanju. V državah, v katerih osnovno zdravstveno zavarovanje zagotavlja visoko raven in standard pravic zavarovancem, so možnosti za uveljavitev dodatnih zavarovanj dokaj skromne. Nasprotno je v državah, ki zagotavljajo svojemu prebivalstvu v osnovnem zavarovanju manjši obseg pravic (Toth, 1999, str. 124-125).

Skupen obseg programov zdravstvenih storitev in potrebnih sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje se določi s pogajanjem med partnerji. V Sloveniji so za oblikovanje programov zadolženi partnerji, določeni z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ti partnerji so (Kržič, 1999, str. 49):

- Ministrstvo za zdravje, ki predstavlja interese države,
- predstavniki izvajalcev (združenj, skupnosti, zbornic), ki zastopajo interese zdravstvenih zavodov in zdravstvenih delavcev,
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki zastopa interese zavarovanih oseb.

Razporejanje sredstev za zdravstvene programe v Sloveniji izvaja in nadzira Zavod za zdravstveno zavarovanje (Toth, Petrič, Kramberger, 1999, str. 152). Pri določanju najvišje dopustne zdravstvene porabe ima država vedno zadnjo besedo, zlasti, ko gre za javno porabo. Na makro ravni ima dve varovalki, ki preprečujeta »finančno eksplozijo«, to je določanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter prispevno stopnjo za zbiranje sredstev za njihovo financiranje. Tudi določanje višine cene zdravstvenih storitev je pod nadzorom države, ker cene niso rezultat ponudbe in povpraševanja na konkurenčnem trgu. Financiranje javne zdravstvene službe teče v pogojih dvojnega monopola, izvajalcev kot prodajalcev in zdravstvenih zavarovalnic kot kupcev (Česen, 1998, str. 59).

V Sloveniji zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje relativno širok obseg pravic. Glede teh pravic smo zlasti na področju zdravstvenih storitev blizu ravni vrste gospodarsko mnogo močnejših držav kot je Slovenija (Kramberger, 2001). Potreba po dodatnem zavarovanju je v tem pogledu razmeroma majhna (Strmčnik, 2002, str. 27).

Obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje predstavljata osnovo, tako imenovani standard, na katerem lahko potem zavarovalnice gradijo svojo ponudbo nadstandardnih zdravstvenih storitev oziroma zavarovanj. Zavarovalnice lahko tako svojo ponudbo samo prilagajajo že postavljenemu sistemu zdravstvenega zavarovanja. Žal pa v Sloveniji standard ni v celoti in jasno določen, saj je zaradi razlik v posameznih bolniških kapacitetah po regijah, zelo težko zagotoviti določen nivo zdravstvene storitve. To predstavlja za trženje nadstandardnega zavarovanja problem, saj se točno ne ve, koliko več lahko nudi.

Vsaka sprememba v obveznem se odrazi tudi v nadstandardnem zdravstvenem zavarovanju. Zavod za zdravstveno zavarovanje kot legitimni zastopnik zavarovanih oseb in delodajalcev pa ne podpira krčenja pravic (Košir, 2002, str. 11).

Z vidika trženja, zahteva nadstandardno zdravstveno zavarovanje, v primerjavi z dopolnilnim, povsem drugačen pristop. Dopolnilno se navezuje na obvezno zdravstveno zavarovanje, zato se zavarovanci bojijo, da v kolikor ne sklenejo tega zavarovanja, nekaterih pravic iz obveznega ne bodo mogli uveljavljati oziroma da bodo morali za to dodatno gotovinsko plačevati. Posledica tega je, da zavarovanci sami iščejo zavarovalnico in sklenejo zavarovanje. Pri nadstandardnem zavarovanju pa je proces obraten. Zavarovanci sami ne iščejo informacij in se poskušajo zavarovati, ampak je potrebna aktivna vloga zavarovalnice, da zavarovanje proda.

4.3.2. Zadovoljstvo Slovencev z zdravstvenim sistemom

Problemi v slovenskem zdravstvu se pojavljajo, kar je posledica spreminjanja zdravstva, družbe in tranzicije slovenskega gospodarstva. Ljudje svoja pričakovanja na področju zdravstvenega zavarovanja še nismo povsem prilagodili tržnim razmeram gospodarstva, saj le to vse težje zagotavlja visoki nivo zdravstvene oskrbe. Tu se obenem pojavljajo tudi etična vprašanja, do katere stopnje lahko država še popusti pri zagotavljanju zdravstvenega varstva svojim državljanom, saj je prav gotovo tudi v njenem interesu, da so njeni državljani zdravi ter tako sposobni zagotavljati razvoj svoje države.

Raziskava javnega mnenja o zadovoljstvu z našim zdravstvenim sistemom, ki je bila izvedena aprila 2003, je pokazala, da je 19,0 % Slovencev popolnoma nezadovoljnih, delno zadovoljnih je kar 58,1%, samo 19,9 % pa je popolnoma zadovoljnih s sistemom. Raziskava je bila opravljena na vzorcu 705 anketirancev (Taškar, 2003, str. 3). Anketirancem so postavili tudi vprašanje o razvoju slovenskega zdravstvenega sistema. Odgovori so pokazali, da so pričakovanja ljudi o razvoju zdravstva še vedno naklonjena načelu solidarnosti.

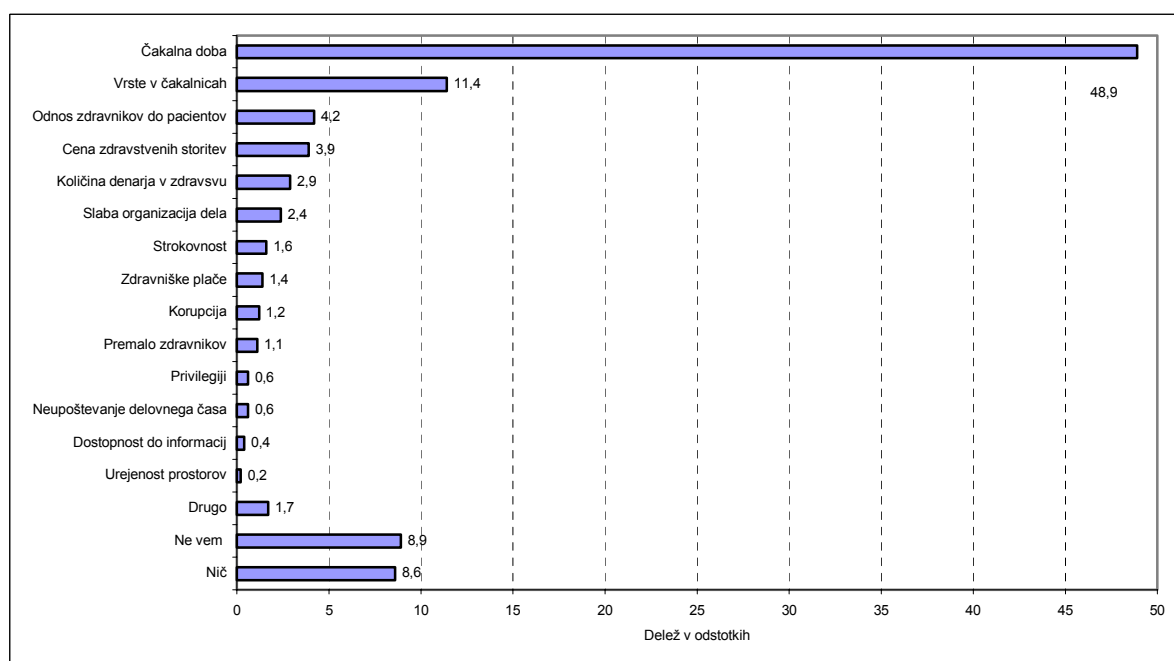
Slika 3: Možnosti razvoja zdravstvenega sistema v Sloveniji



Vir: Taškar, 2003, str. 3.

Raziskava je namreč pokazala, da kar 76,4 % Slovencev želi razvoj zdravstvenega sistema v Sloveniji po načelu solidarnosti. Tako bi plačevali glede na svoje zmožnosti, zdravili pa bi nas glede na naše potrebe. Nekoliko bolj tržni razvoj zdravstvenega sistema po načelu, kdor lahko več plača, naj ima boljše zdravstvene storitve, bi si želelo le 17,1 % vprašanih. Slednji podatek mogoče ni ravno optimističen za razvoj prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, še posebej nadstandardnega, vendar glede na dejstvo, da je nadstandardno zdravstveno zavarovanje bolj namenjeno ciljnim skupinam, ni tako zaskrbljujoče.

Slika 4: Problemi slovenskega zdravstvenega sistema



Vir: Zupanič, 2003, str. 3.

Podobna raziskava je bila izvedena tudi v mesecu februarju 2003, s katero so preučili, kaj je najbolj problematično v našem zdravstvu. Raziskava je pokazala, da sta najbolj pereča problema čakalne dobe in vrste v čakalnicah. Anketa je bila izvedena na vzorcu 1000 oseb, odgovori pa so prikazani na Sliki 4 (Zupanič, 2003, str. 3).

4.3.3. Vpliv predvidene reforme zdravstvenega sistema na razvoj nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja

Ministrstvo za zdravje je pripravilo izhodišča za izvedbo zdravstvene reforme, ki naj bi temeljila na vrednotah kot so pravičnost, dostopnost, kakovost in učinkovitost. Iz njih izvira šest glavnih ciljev reforme (Bela knjiga, 2003):

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

Reforma predvideva številne posege na področje zdravstvenih zavarovanj, sam pa sem se osredotočil le na tistega, ki neposredno vpliva na razvoj nadstandardnih zdravstvenih zavarovanj.

Predvidena sprememba, ki bi najbolj močno posegla na področje nadstandardnih zdravstvenih zavarovanj, je ukinitvev doplačil k obveznemu zdravstvenemu zavarovanju. Reforma tako predvideva, da bi se dopolnilna zdravstvena zavarovanja prenesla iz prostovoljnega v obvezno zdravstveno zavarovanje. Tako bi se uvedel nov prispevek, ki bi nadomestil izpad sedanjih premij dopolnilnega zavarovanja ali drugače, sredstva bi se prenesla iz prostovoljnega v obvezno zdravstveno zavarovanje. Predviden ukrep predstavlja veliko nevarnost za obstoj obeh zavarovalnic, ki delujeta na področju zdravstvenih zavarovanj, saj predstavljajo zavarovanja za doplačila večino prihodkov iz prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

Reforma predvideva, da se bo s tem ukrepom vzpostavil pravi trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki bodo po svoji vsebini dodatna. Tako bi ob morebitni izvedbi reforme po predvidenem načrtu, nadstandardna zdravstvena zavarovanja pridobila na pomembnosti.

4.3.4. Pomembnost zasebnih sredstev v prihodkih za zdravstveno varstvo

Prihodki za zdravstveno varstvo se v Slovenji zagotavljajo v okviru obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in neposrednih plačil.

Tabela 1: Ocena prihodkov za zdravstveno varstvo v letu 2002

Vrsta prihodka	V milijardah SIT
Obvezno zdravstveno zavarovanje	340,41
Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	63,48
Neposredna plačila	40,93
Skupaj	444,82

Vir: Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2002, str. 10-12.

Tabela 1 prikazuje, da se je v letu 2002 namenilo za zagotavljanje zdravstvenega varstva v Sloveniji največji del sredstev, kar 340,41 milijarde SIT, iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Drugi pomemben vir predstavljajo zasebna sredstva v obliki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, v okviru zavarovalnic Vzajemna in Adriatic. Večina prostovoljnih zavarovanj je za doplačilo do polne vrednosti storitev. Če izhajamo iz vplačanih premij za prostovoljna zavarovanja pri zavarovalnici Vzajemna in Adriatic, so ta sredstva ocenjena za leto 2002 na 63,48 milijarde SIT.

Tretji vir predstavljajo zasebna sredstva ljudi za razne zdravstvene storitve, ki jih ne krije obvezno in ne prostovoljno zdravstveno zavarovanje in so jih ljudje pripravljene plačati neposredno iz lastnega žepa. Zanesljivih podatkov o njihovi višini ni, saj jih zaradi metodoloških težav v Sloveniji še ne zbiramo in zato ni mogoče povsem natančno ugotoviti, za katere zdravstvene storitve oziroma potrebe ljudje denar porabijo. O tem obstaja le ocena o porabljenih denarnih sredstvih gospodinjstev za zdravstvene storitve, ki jo navaja Urad za makroekonomske analize in razvoj in ki temeljijo na statističnih raziskovanjih na vzorcu 4.500 gospodinjstev in jih je izvedel Slovenski urad za statistična raziskovanja. Po teh podatkih je bilo v Sloveniji v letu 2002 porabljenih okrog 40 milijard SIT. Vsebinsko je v teh sredstvih zajeta poraba za samoplačniške zdravstvene preglede pri specialistih in v bolnišnicah, zobozdravstvene storitve, laboratorijske storitve, za zdravila, ki se ne predpisujejo na recepte ter za nekatere terapevtske pripomočke. Prav slednja denarna sredstva, ki se namenjujejo za zdravstveno varstvo, predstavljajo za nadstandardno zdravstveno zavarovanje priložnost, saj ljudje za nekatere storitve, ki bi jih lahko uveljavljali iz nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja, plačujejo gotovinsko.

4.3.5. Povezanost starosti in spola s stroški zdravstvenih storitev

V tem poglavju bom poskušal prikazati morebitni vpliv starosti in spola na stroške zdravstvenih storitev. Stroški zdravstvenih storitev iz leta v leto naraščajo zaradi medicinske inflacije, dodatne stroške pa povzroča tudi naraščajoče število starostnikov.

Stroški zdravstvenih storitev so zelo odvisni od starosti osebe. Ob rojstvu so dokaj visoki, potem pa začnejo padati in se ustalijo nekje v starostnem razredu od 5 do 9 let. Od tega razreda naprej, so stroški razmeroma nizki in konstantni vse do starostnega razreda od 40 do 44 let, ko začnejo strmo naraščati. Te ugotovitve veljajo za države Evropske unije ter za vse razvite države, kamor lahko uvrstimo tudi Slovenijo (glej Sliko 1 v Prilogi 1).

V Nemčiji znašajo poprečni stroški bolnišničnega zdravljenja osemdesetletnika tudi desetkrat več, kakor zdravljenje štiridesetletnika. Do razlik v spolu skoraj ne prihaja, razen v starostnem razredu od 25 do 45 let. (glej Sliko 2 v Prilogi 1).

Glede na dejstvo, da nadstandardno zdravstveno zavarovanje omogoča individualno obravnavo zavarovanca, namenjeno pa je predvsem ciljnim skupinam, menim, da bi se morale zavarovalnice odločiti za selektivno trženje, ki bi bilo namenjeno mlajši populaciji, med 25 in 39 letom starosti.

5. PREDSTAVITEV TRŽNE RAZISKAVE O POZNAVANJU IN STALIŠČIH MLADIH ZAVAROVANCEV DO NADSTANDARDNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

V Sloveniji je segment nadstandardnih zdravstvenih zavarovanj znotraj vseh prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj zelo majhen. Zavarovalnice temu področju trenutno še ne posvečajo neke večje pozornosti.

Z opravljeno tržno raziskavo sem poskušal nekoliko osvetliti področje nadstandardnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji skozi oči mlajših zavarovancev, ki imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Eden od vzrokov, da sem raziskavo izvedel med mlajšimi zavarovanci je v dejstvu, da stroški za zdravstveno varstvo s starostjo v povprečju naraščajo. Za zavarovalnico so tako, s škodnega vidika, zanimivejši mlajši zavarovanci, saj bi morali starejši, za doseganje enakega dobička zavarovalnice, plačevati neprimerno višjo premijo. Drugi vzrok pa vidim v vrednosti življenjske dobe zavarovančeve zvestobe, saj lahko zavarovalnica računa, da lahko mladega zavarovanca zadrži za daljše časovno obdobje. Morebitna lojalnost mladih zavarovancev, zagotavlja dolgoročno stabilnost zavarovalnice. Mladi zavarovanci predstavljajo za trženje te oblike zavarovanja najprimernejšo ciljno skupino.

Raziskava je eksplorativne narave. Zaradi zelo velikega vzorčnega okvira na eni strani ter omejitev glede finančnih možnosti in časa za izvedbo na drugi strani, sem se odločil za nekoliko manjši vzorec. Tako ugotovitev raziskave ne moremo posploševati. S pridobljenimi informacijami žal tudi ne moremo priti do neke zelo jasne opredelitve stanja na trgu nadstandardnih zdravstvenih zavarovanj, ampak gre bolj za spoznavanje tega področja. Same

ugotovitve raziskave nam ne morejo dati nekih zelo jasnih izhodišč za postavitev trženjske strategije, ampak nam lahko služijo samo kot priporočilo k oblikovanju le te.

5.1. OPREDELITEV NAMENA IN CILJEV RAZISKAVE

Osnovni namen raziskave je bil preučiti, kako mladi zavarovanci, ki so dopolnili od 25 do 39 let in že imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje pri zavarovalnici Adriatic ali Vzajemna, poznajo nadstandardno zdravstveno zavarovanje.

Posredni cilj je bil pridobiti informacijo o tem, kako različni dejavniki vplivajo na poznavanje nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja in kateri načini promocije bi bili primerni. Želel sem tudi ugotoviti, v kolikšni meri se zdijo posamezne zdravstvene storitve anketirancem zanimive, da jih zavarovalnice lahko vključijo v ponudbo nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja. Obenem me je tudi zanimalo, kakšno je zaupanje anketirancev v zavarovalnice, da so sposobne zagotoviti obljubljenе boljše oziroma dodatne storitve in ali bi bili nekateri tudi pripravljeni nameniti več denarnih sredstev za dodatne zdravstvene storitve.

5.2. POSTAVITEV HIPOTEZ

V raziskavi sem si bolj jasno opredelil cilje s postavitvijo devetih izhodiščnih hipotez, ki sem jih v nadaljevanju dokazal oziroma zavrnil. Hipoteze so mi bile v pomoč tudi pri oblikovanju vprašalnika.

Hipoteze, ki sem jih želel preveriti so sledeče:

- H1: Pričakovati je, da **več kot polovica** mladih, ki so dopolnili od 25 do 39 let in že imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja **ne pozna** ali pa ga **pozna slabo**.
- H2: Predpostavljam, da je **poznavanje** nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja med mladimi, ki so dopolnili od 25 do 39 let, odvisno od tega, pri kateri zavarovalnici imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.
- H3: Predpostavljam, da stopnja izobrazbe vpliva na **poznavanje** nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja med mladimi zavarovanci, ki so dopolnili od 25 do 39 let.
- H4: Predpostavljam, da višina povprečnega mesečnega dohodka na člana, vpliva na **poznavanje** nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja med mladimi zavarovanci, ki so dopolnili od 25 do 39 let.
- H5: Pomanjkanje promocije predstavlja glavni vzrok, da mladi zavarovanci, ki so dopolnili od 25 do 39 let, nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja **ne poznajo bolje**.

- H6: Pričakovati je, da več kot četrtnina mladih, ki so dopolnili od 25 do 39 let in že imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, sploh ne verjame, da so zavarovalnice sposobne **zagotoviti** nadstandardne zdravstvene storitve.
- H7: Predpostavljam, da odločitev o tem ali bodo mladi zavarovanci v prihodnje opravili zdravniški pregled v zasebni zdravstveni ustanovi kot samoplačniki, vpliva na njihovo pripravljenost, da mesečno namenijo **več sredstev** zavarovalnicam za zdravstvene storitve.
- H8: Predpostavljam, da stopnja zaupanja mladih zavarovancev v zagotavljanje nadstandardnih zdravstvenih storitev zavarovalnic, vpliva na pripravljenost, da mesečno namenijo **več sredstev** zavarovalnicam za zdravstvene storitve.
- H9: Predpostavljam, da višina povprečnega mesečnega dohodka na člana, vpliva na pripravljenost, da mladi zavarovanci mesečno namenijo **več sredstev** zavarovalnicam za zdravstvene storitve.

5.3. NAČRT RAZISKAVE

5.3.1. Viri podatkov

Za potrebe tržne raziskave sem zbral primarne in sekundarne podatke. Kot izhodišče za opredelitev osnovnega namena, ciljev, hipotez raziskave ter kasnejšo izdelavo vprašalnika sem najprej uporabil sekundarne podatke. Z izvedbo raziskave sem prišel do primarnih podatkov, ki sem jih želel pridobiti prav za ta namen.

5.3.2. Raziskovalna metoda

Primarne podatke sem zbral z raziskovalno metodo osebnega spraševanja, ki sem jo izvedel s pomočjo vprašalnika (glej Prilogo 2). S to metodo lahko pridemo do zelo jasnih odgovorov, vendar moramo paziti, da nekaterih vprašanj ne zastavimo preveč neposredno, saj bi lahko bili potem nekateri odgovori neverodostojni.

5.3.3. Raziskovalni inštrument

Kot raziskovalni inštrument sem uporabil jedrnat vprašalnik, ki je daleč najpogostejši inštrument za zbiranje primarnih podatkov. Sestavlil sem ga s pomočjo Churchillovega postopka razvijanja vprašalnika (Churchill, 1991, str. 360), ki obsega 9 korakov: najprej sem specificiral potrebne informacije in hipoteze, potem sem zbral vrsto vprašalnika in metodo zbiranja podatkov, opredelil vsebino posameznih vprašanj, oblikoval možne odgovore za vsako vprašanje, nato oblikoval vprašanja, določil zaporedje vprašanj in obliko vprašalnika, sledil je pregled vseh prejšnjih korakov, testiranje vprašalnika in morebitni popravki.

Vprašalnik je sestavljen iz 18 vprašanj (glej Prilogo 2), ki sem jih razdelil v štiri sklope. Pri sestavi sem upošteval pravilo, da si vprašanja sledijo logično. Vprašanja so zaprtega tipa, razen šestih, pri katerih sem dopustil možnost, da anketirani še sami podajo svoj odgovor v kategorijo »Drugo«. Na podlagi testiranja vprašalnika sem pričakoval, da anketirani ne bodo pogosto podajali dodatnih odgovorov, kljub temu pa sem to možnost še vedno zadržal, saj sem se zavedal, da lahko s tem pridobim koristno informacijo. V vprašalniku sem petkrat uporabil tudi Likertovo lestvico. Anketirani ne odgovarjajo na vsa vprašanja, ampak so glede na odgovore logično vodeni.

Prvi sklop sestavljata dve vprašanji s katerima sem opredelil vzorec. Spraševal sem po zavarovalnici, pri kateri imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje in po starosti.

Drugi sklop sestavlja pet vprašanj. S temi vprašanji sem želel izvedeti kolikokrat so v preteklem letu koristili zdravstvene storitve, kje so jih koristili, kako so bili zadovoljni z opravljenimi zdravstvenimi storitvami, kaj je vplivalo na njihovo odločitev, da so se morebiti odločili za pregled v zasebni zdravstveni ustanovi kot samoplačnik in ali nameravajo to storiti v prihodnje.

Tretji sklop se navezuje na nadstandardno zdravstveno zavarovanje. Zanimalo me je poznavanje nadstandarda, vzroki, ki so vplivali na morebitno slabo poznavanje, kje so izvedeli za to obliko zavarovanja, ali so morda nadstandardno zavarovani, katere oblike promocije se jim zdijo primerne, katere storitve znotraj nadstandarda bi se jim zdele zanimive, ali zaupajo zavarovalnicam v zagotavljanje teh storitev in ali bi bili pripravljeni za zagotavljanje le teh plačevati več kakor sedaj.

Na koncu vprašalnika pa sem postavil še tri demografska vprašanja: spol, izobrazba in povprečni mesečni dohodek na družinskega člana.

5.3.4. Načrt vzorčenja

Vzorčno enoto predstavlja oseba, ki je dopolnila od 25 do 39 let in ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje pri zavarovalnici Adriatic ali Vzajemna. Vzorčni okvir tako sestavljajo vsi zavarovanci Adriatica in Vzajemne, ki so dopolnili od 25 do 39 let. Za to starostno skupino sem se odločil zaradi stroškov zdravstvenih storitev, ki začnejo pri ljudeh v starostnem razredu od 40 do 44 let hitreje naraščati (Budgetary challenges posed by ageing populations, 2001, str. 34) in dejstva, da lahko zavarovalnica zadrži mladega zavarovanca za daljše časovno obdobje.

Po statističnih podatkih o prebivalstvu (Statistični letopis RS 2002, str. 88), je na dan, 31.12.2001, 449.693 prebivalcev dopolnilo od 25 do 39 let. Glede na oceno, da ima približno

90% prebivalcev med 25 in 39 letom sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, sem velikost vzorčnega okvira ocenil na približno 400.000 enot (glej Tabelo 1 v Prilogi 3).

Zaradi razlike v številu sklenjenih dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj obeh zavarovalnic sem se odločil za kvotni vzorec, saj sem ocenil, da lahko tako pričakujem bolj reprezentativne rezultate. Kvotni vzorec sem želel opredeliti kar se da enako sestavi osnovne populacije in sicer po deležih obeh zavarovalnic in po petletnih starostnih razredih anketiranih. Podatki o starostni strukturi zavarovalnic so zaupne, zato sem lahko opredelil kvote samo z grobimi ocenami ter uporabo nekaterih predpostavk.

Razmerje med številom zavarovancev Adriatica in Vzajemne, sem ocenil na tri desetine za Adriatic in sedem desetini za Vzajemno (glej Tabelo 2 v Prilogi 3). Obenem sem za opredelitev kvot tudi domneval, da je delež zavarovancev v petletnih starostnih razredih med 25 in 39 letom, približno enak deležem istih starostnih razredov celotnega prebivalstva (glej Tabelo 1 v Prilogi 3).

Tabela 2: Ocenjene kvote po zavarovalnicah in starostnih razredih za opredelitev vzorca

Starostni razred (dopolnjena leta)	Deleži		
	Adriatic	Vzajemna	Skupaj
25 - 29	0,099	0,231	0,330
30 - 34	0,096	0,224	0,320
35 - 39	0,105	0,245	0,350
Skupaj	0,300	0,700	1,000

Vir: Statistični letopis RS 2002, str. 88; Adriatic uspešno zaključuje poslovno leto 2002, 2003; Portfelj Vzajemne v letu 2002, 2003, str. 9; Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, 2003.

Kljub dejstvu, da je vzorčni okvir zelo širok, sem zaradi ekonomskih in časovnih omejitev izvedel anketo na nekoliko manjšem vzorcu. V mesecu juniju 2003 sem anketiral 100 oseb, po ocenjenih kvotah (glej Tabelo 2).

Pri anketiranju sem, zaradi majhnega vzorca in zahtev, da zadostim posameznim kvotam obeh zavarovalnic in starosti, poskušal ostale demografske značilnosti populacije po spolu, izobrazbi in dohodku zajeti samo kot celoto za cel vzorec in ne za posamezne kvote, saj bi se v nasprotnem primeru soočil z zelo velikimi težavami pri zbiranju enot v vzorec.

5.3.5. Oblika komuniciranja

Kot obliko komuniciranja sem izbral osebni stik, saj je področje zdravstvenih zavarovanj dokaj zahtevno. Tako se bil anketiranim na voljo za morebitna dodatna pojasnila. Seveda pa sem moral pri spraševanju paziti, da nisem anketiranega napeljeval k določenemu odgovoru. Žal pa je pridobivanje primarnih podatkov na ta način dokaj zamudno, saj se porabi veliko časa, da je nekdo pripravljen sodelovati.

5.3.6. Omejitve in možne napake pri raziskavi

Raziskavo sem izvedel meseca junija 2003 v Ljubljani in v Trebnjem. Raziskava je bila torej geografsko omejena na osrednjo Slovenijo in Dolenjsko. Z vključitvijo lokacije Trebnje, sem nekoliko zmanjšal vpliv pretežno mestnega prebivalstva območja Ljubljane in okolice ter tako poskušal pridobiti nekoliko bolj verodostojne rezultate.

5.4. PRIKAZ IN INTERPRETACIJA REZULTATOV RAZISKAVE

Podatke, ki sem jih pridobil z anketiranjem, sem obdelal z računalnikom v programih Excel in SPSS. Podatke sem uredil, predstavitev ugotovitev in interpretacijo rezultatov pa navajam v tem poglavju. Najprej bom predstavil vzorec, nato pa bom sledil s predstavitvijo odgovorov na zastavljena vprašanja. Nadaljeval bom s preverjanjem devetih domnev, poglavje pa povzel z najpomembnejšimi ugotovitvami raziskave.

5.4.1. Predstavitev vzorca

Raziskavo sem izvedel na vzorcu 100 mladih zavarovancev, ki so dopolnili od 25 do 39 let in imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. V vzorec sem jih pridobil po kvotah za posamezno zavarovalnico in petletni starostni razred (glej Tabelo 2, str. 24).

Tabela 3: Število anketirancev po zavarovalnicah in starostnih razredih

Starostni razred (dopolnjena leta)	Število anketiranih		
	Adriatic	Vzajemna	Skupaj
25 - 29	10	23	33
30 - 34	9	23	32
35 - 39	11	24	35
Skupaj	30	70	100

Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Vzorec je sestavljalo 53 % moških in 47 % žensk. Vzorec je primerljiv s podatki iz Statističnega letopisa, ki kažejo, da je bilo v starostnem razredu med 25 in 39 let, na dan 31.12.2001, približno 51 % moških in 49 % žensk (Statistični letopis RS 2002, str. 88).

Anketirance sem po stopnji izobrazbe razvrstil v pet razredov. V vzorec se zajel največ anketiranih z dokončano srednjo šolo (51 %), s 43 % sledijo tisti, ki imajo dokončano višjo ali visoko šolo, precej manjši delež ima dokončano poklicno šolo (4 %), samo po 1 % pa imata najvišje dokončano osnovno šolo in magisterij oziroma doktorat (glej Sliko 1 v Prilogi 4).

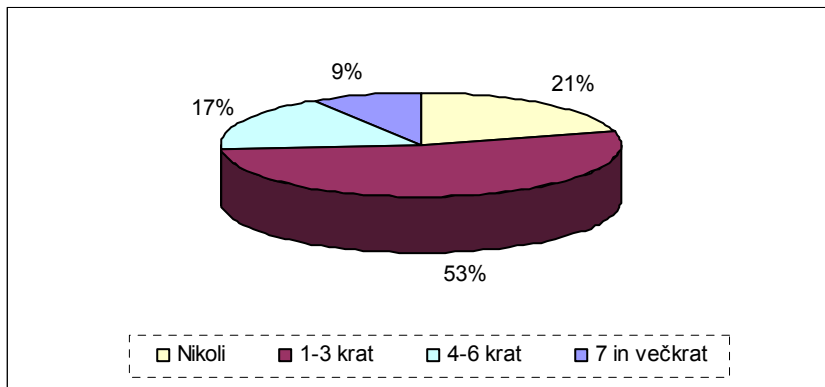
Po povprečnem mesečnem dohodku na družinskega člana, sem anketirance razdelil v štiri razrede. Odgovori na to vprašanje verjetno niso povsem verodostojni, saj so anketirani imeli precej pomislekov pri odgovoru. To sem na osnovi testiranja vprašalnika tudi predvideval, zato sem ga zastavil kot zadnje vprašanje v anketi. Delež anketiranih, ki ima povprečni neto mesečni dohodek na družinskega člana do 50.000 SIT je samo 5 %, največ (38 %) jih ima nad 50.000 SIT in do 100.000 SIT, tudi visok delež (34 %) jih ima nad 100.000 SIT in do 150.000 SIT, nad 150.000 SIT pa ima 23 % anketiranih (glej Sliko 2 v Prilogi 4).

5.4.2. Predstavitev odgovorov na posamezna vprašanja

V tem poglavju bom predstavil odgovore po posameznih vprašanjih. Odgovore na nekatera vprašanja sem pojasnil že v prejšnjem poglavju v opredelitvi vzorca, nekatera pa nameravam še v naslednjem, ko bom preverjal domneve.

S tretjim vprašanjem sem poskušal ugotoviti, kolikokrat so anketirani v preteklem letu koristili zdravstvene storitve. Vprašanje je bilo izbirno za nadaljevanje, saj so tisti, ki so odgovorili, da v preteklem letu niso koristili zdravstvenih storitev, nadaljevali s sedmim vprašanjem. Slika 5 prikazuje, da kar 21% anketiranih zdravstvenih storitev ni koristilo, največ (53 %) jih je koristilo od 1 do 3 krat, 17 % jih je od 4 do 6 krat, samo 9 % jih je 7 in večkrat. Na podlagi odgovorov lahko ugotovimo, da je lani zdravstvene storitve koristilo 4 in večkrat samo 26 % anketiranih.

Slika 5: Prikaz kolikokrat so anketirani lani koristili zdravstvene storitve



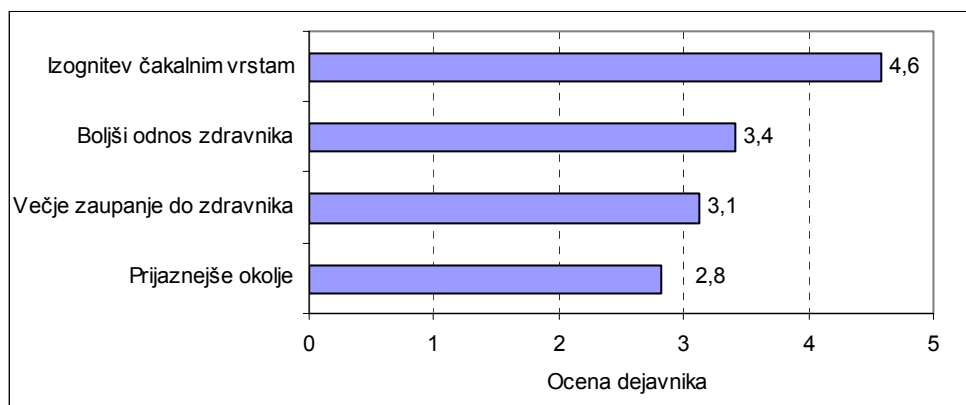
Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

V četrtem vprašanju sem poskušal ugotoviti, kje in na kakšen način so anketirani koristili zdravstvene storitve. Pri vprašanju je bilo mogoče izbrati več možnih odgovorov. Le ti so pokazali, da jih je lani kar 79 % koristilo zdravstvene storitve v javnih zdravstvenih ustanovah kot obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje, 18 % jih je v zasebnih zdravstvenih ustanovah kot obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje in 17 % v zasebnih zdravstvenih ustanovah kot samoplačniki.

Na peto vprašanje so odgovarjali samo tisti, ki so pri četrtem vprašanju odgovorili, da so koristili zdravstvene storitve v javnih zdravstvenih ustanovah. S pomočjo Likertove lestvice sem poskušal oceniti strinjanje s posameznimi trditvami o opravljenih storitvah, pri čemer 1 pomeni, da se »Sploh ne strinja«, 5, pa da se »Popolnoma strinja«. Na podlagi odgovorov lahko ugotovimo, da se anketirani bolj strinjajo s trditvama »Zdravstveno osebje se je do mene obnašalo prijazno« in »Zdravstvene storitve so bile opravljene učinkovito« (aritmetični sredini 3,83 in 3,53) kot pa s trditvijo »Zdravstvene storitve so bile opravljene hitro, brez nepotrebne čakanja« (aritmetična sredina 2,62).

Tudi pri šestem vprašanju sem poskušal s pomočjo Likertove lestvice ugotoviti, v kolikšni meri posamezni dejavniki vplivajo na odločitev anketiranih, da so se odločili za pregled v zasebni zdravstveni ustanovi kot samoplačniki. Ocene dejavnikov sem opredelil z lestvico od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni, da dejavnik »Sploh ni vplival«, 5, pa da je »Zelo vplival«. Povprečne ocene dejavnikov prikazuje Slika 6.

Slika 6: Primerjava aritmetičnih sredin ocen pomembnosti posameznih dejavnikov za odločitev o pregledu v zasebni zdravstveni ustanovi kot samoplačniki



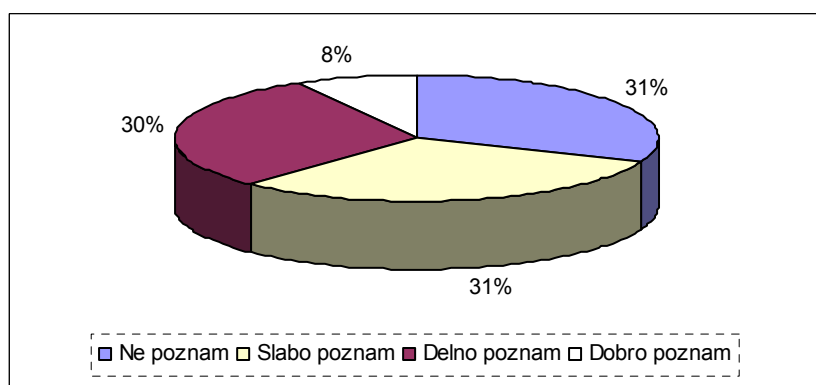
Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Na podlagi odgovorov lahko ugotovimo, da je najpomembnejši dejavnik za pregled v zasebni zdravstveni ustanovi kot samoplačnik, izognitev čakalnim vrstam. Ostali trije dejavniki so precej manj pomembni.

Odgovori na sedmo vprašanje so pokazali, da se namerava v prihodnje odločiti za pregled v zasebni zdravstveni ustanovi kot samoplačnik 27 % vseh anketiranih, 31 % se jih ne namerava, 42 % pa jih ne ve.

Z osmim vprašanjem sem želel preveriti, kako anketirani poznajo nadstandardno zdravstveno zavarovanje. Odgovore prikazuje Slika 7. Rezultati raziskave kažejo, da je poznavanje nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja dokaj slabo, saj je kar 62% anketirancev izrazilo, da te oblike zavarovanja ne pozna ali pa jo pozna slabo.

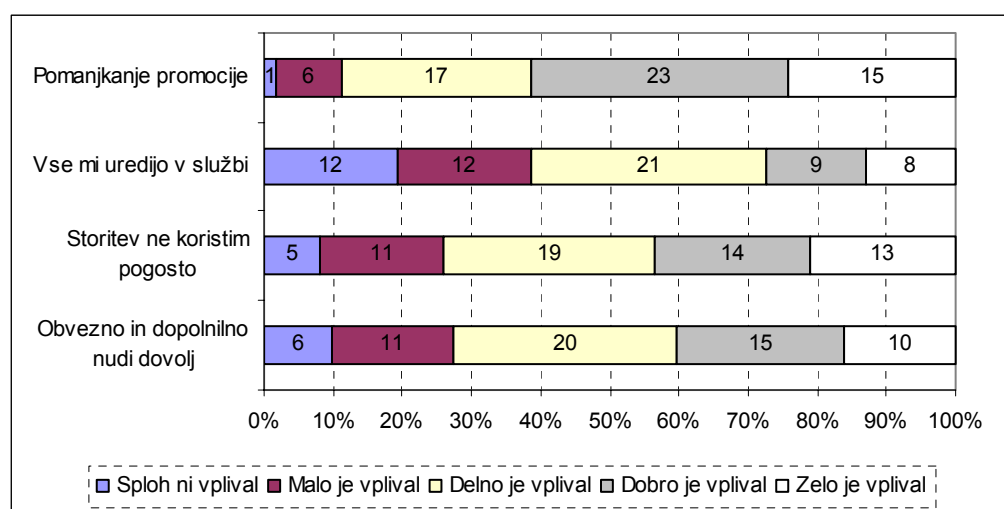
Slika 7: Poznavanje nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja



Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Z devetim vprašanjem sem želel preveriti, kako so posamezni dejavniki vplivali na dejstvo, da anketirani ne poznajo bolje nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja. Na vprašanje je odgovarjalo 62 anketirancev. Če primerjamo število odgovorov po dejavnikih skupaj za oceni »Dobro je vplival« in »Zelo je vplival«, lahko ugotovimo, da je kar 38 anketiranih dalo tako oceno dejavniku »Pomanjkanje promocije«, 17 jih je dalo dejavniku »Vse mi uredijo v službi, 27 dejavniku »Storitev ne koristim pogosto« in 25 dejavniku »obvezno in dopolnilno zavarovanje mi nudi dovolj«. Na podlagi teh rezultatov lahko sklepamo, da je dejavnik »Pomanjkanje promocije« najbolj vplival na dejstvo, da anketirani ne poznajo bolje te oblike zavarovanja. Odgovore prikazuje Slika 8.

Slika 8: Prikaz, kako so posamezni dejavniki vplivali na dejstvo, da ne poznajo bolje nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja

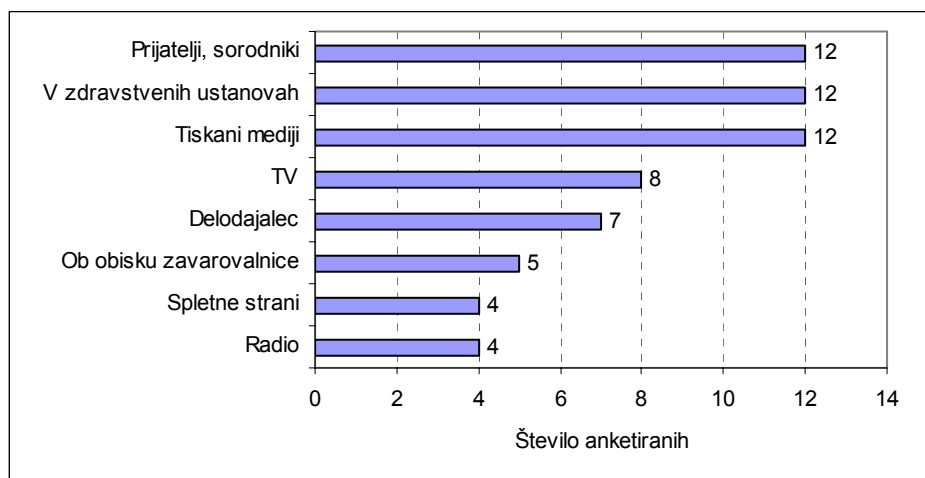


Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Na deseto vprašanje so odgovarjali samo tisti, ki so v osmem vprašanju navedli, da nadstandardno zdravstveno zavarovanje poznajo delno ali dobro. Le teh je bilo 38.

Slika 9 prikazuje, da je po 12 anketiranih izvedelo za nadstandardno zdravstveno zavarovanje pri prijateljih in sorodnikih, v zdravstvenih ustanovah ali v tiskanih medijih. Najmanj, samo po štirje, pa so izvedeli za to obliko zavarovanja preko spletne strani ali radia. Zelo zaskrbljujoč je podatek, da je samo 5 zavarovancev izvedelo za nadstandardno zdravstveno zavarovanje ob obisku zavarovalnice. Ta podatek nam pove, da zavarovalnice svojih zavarovancev ne seznanjajo s svojo dodatno ponudbo.

Slika 9: Prikaz števila anketiranih po tem kako so izvedeli za nadstandardno zdravstveno zavarovanje

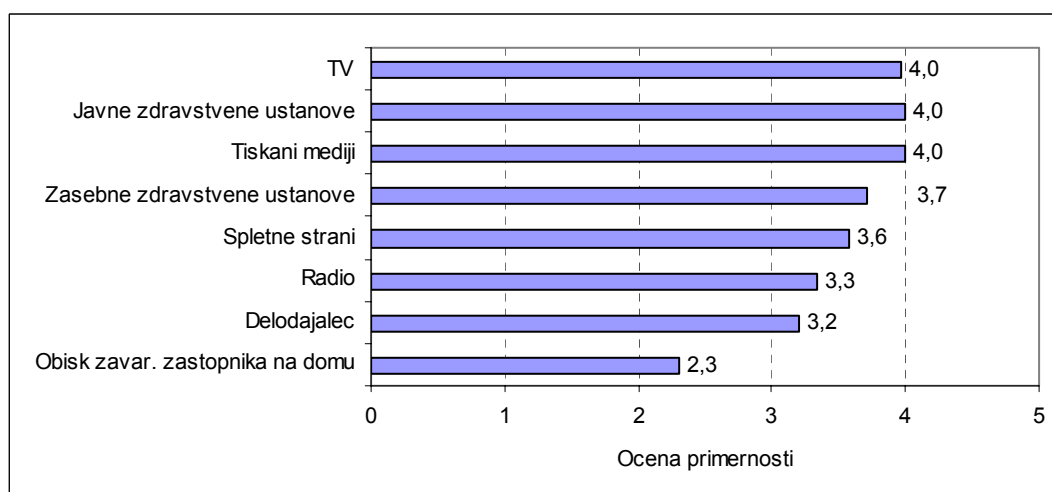


Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Odgovori na enajsto vprašanje so pokazali, da ima samo 2 % anketirancev sklenjeno nadstandardno zdravstveno zavarovanje. Gre za zelo majhen delež, ki pa odraža dejansko stanje na trgu teh zavarovanj.

Pri dvanajstem vprašanju sem poskušal s pomočjo Likertove lestvice ugotoviti, v kolikšni meri se zdijo anketiranim navedene možnosti primerne za promocijo nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja. Ocene sem opredelil z lestvico od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni, da navedena možnost »Sploh ni primerna«, 5, pa da je »Zelo primerna«. Povprečne ocene primernosti prikazuje Slika 10.

Slika 10: Primerjava aritmetičnih sredin ocen primernosti posameznih možnosti promocije nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja

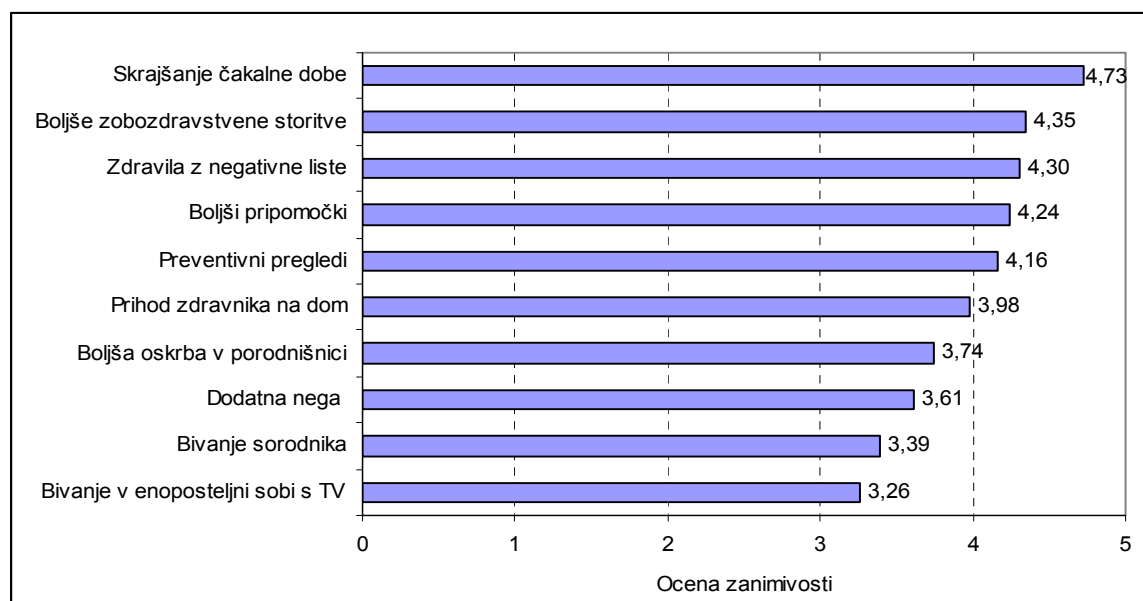


Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Iz Slike 10 je razvidno, da se zdijo anketiranim kot najboljše možnosti promocije nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja televizija, javne zdravstvene ustanove in tiskani mediji. Srednje primerne so možnosti promocije v zasebnih zdravstvenih ustanovah, na spletnih straneh, na radiu in preko delodajalca. Edina možnost, ki se anketiranim ne zdi primerna, je obisk zavarovalnega zastopnika na domu.

Tudi pri trinajstem vprašanju sem uporabil Likertovo lestvico. Poskušal sem ugotoviti, v kolikšni meri se zdijo anketiranim posamezne storitve zanimive, da bi jih zavarovalnice vključile v svojo ponudbo nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja. Ocene sem opredelil z lestvico od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni, da navedena storitev »Sploh ni zanimiva«, 5, pa da je »Zelo zanimiva«. Povprečne ocene primernosti prikazuje Slika 11.

Slika 11: Primerjava aritmetičnih sredin ocen zanimivosti posameznih storitev, da so vključene v ponudbo nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja



Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

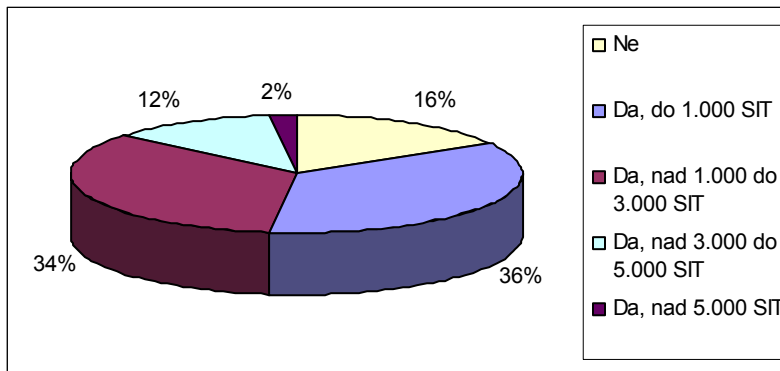
Po pričakovanju so vse storitve dobile dokaj visoko povprečno oceno, saj jih v obveznem zdravstvenem zavarovanju ne moremo uveljavljati v takšnem obsegu. Rezultati kažejo, da anketirani ocenjujejo kot najzanimivejšo možnost »Uveljavljanje zdravstvenih storitev s krajšo čakalno dobo«. Na drugo in tretje mesto se uvrščata »Zobozdravstvo« in »Zdravila«. Visoko se uvrščata tudi storitvi »Boljši pripomočki« in »Preventivni pregledi«, ki imata povprečni oceni nad 4. Najnižje se uvrščata storitvi »Bivanje sorodnika skupaj z obolelim« in »Bivanje v enoposteljni sobi s televizijo in telefonom«.

Odgovori na štirinajsto vprašanje so pokazali, da anketirani ne verjamejo zavarovalnicam, glede sposobnosti zagotoviti nadstandardne zdravstvene storitve. Kar 74 % anketiranih je

odgovorilo, da jim »Sploh ne verjame« ali samo »Delno verjame«, 26 % pa jih je odgovorilo, da »Še kar verjamejo«, »Zelo verjamejo« ali »Popolnoma verjamejo«.

Petnajsto vprašanje je bilo zadnje s področja nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja. Želel sem izvedeti, ali bi bili anketirani pripravljeni mesečno nameniti več denarnih sredstev zavarovalnicam, za boljše oziroma dodatne zdravstvene storitve. Odgovore prikazuje Slika 12.

Slika 12: Prikaz, ali bi bili anketirani pripravljeni mesečno nameniti več zavarovalnicam, za boljše oziroma dodatne zdravstvene storitve



Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Rezultati kažejo, da samo 16 % anketiranih ne bi bilo pripravljenih mesečno nameniti več denarnih sredstev za boljše oziroma dodatne zdravstvene storitve. Največji delež, kar 70 %, bi jih bilo pripravljenih plačati do 3.000 SIT, 12 % nad 3.000 SIT do 5.000 SIT, samo 2 % pa nad 5.000 SIT.

5.4.3. Analiza povezav med spremenljivkami- preverjanje domnev

Postopek, s katerim na podlagi vzorčnih podatkov ugotavljamo, ali je trditev, ki jo izražamo v obliki domneve, verjetno pravilna ali verjetno ni pravilna, je statistično preizkušanje domnev (Košmelj, 2000, str. 196).

Za preverjanje posameznih hipotez sem izvedel naslednje preizkuse:

- Preizkus domnev o deležu enot (1. in 6. hipoteza).
- χ^2 preizkus (Chi- Square), ki nam omogoča odkrivati razlike med posameznimi skupinami anketirancev glede na različne spremenljivke. Preizkus upošteva razlike med dejanskimi in teoretičnimi frekvencami (2., 3., 4., 7., 8. in 9. hipoteza).
- Preizkus skupin (t-preizkus), ki sem ga izvedel za preverjanje domneve o razliki med aritmetičnima sredinama (5. hipoteza).

Sledi preverjanje hipotez.

1. hipoteza

V prvi hipotezi, ki sem jo postavil, pričakujem, da **več kot polovica mladih**, ki so dopolnili od 25 do 39 let in že imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, **nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja ne pozna ali pa ga pozna slabo**.

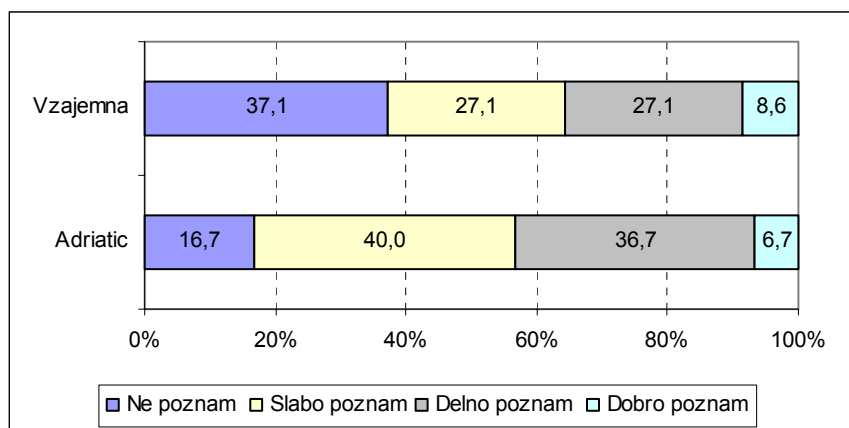
To hipotezo sem preveril s pomočjo preizkusa o deležu enot. V alternativni domnevi sem predpostavil, da bo delež anketiranih, ki nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja ne pozna ali pa ga pozna slabo, večji od 50 %. V ničelni domnevi je ta delež enak oziroma manjši 50 %.

Preizkus domnev o deležu enot ($z = 2,4$) je pokazal, da lahko na podlagi vzorčnih podatkov zavrnem ničelno domnevo pri zanemarljivi stopnji značilnosti 0,01 in sprejemem sklep, da več kot polovica mladih, ki so dopolnili od 25 do 39 let in že imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja ne pozna ali pa ga pozna slabo (glej Izračun 1 v Prilogi 5).

2. hipoteza

S to hipotezo sem poskušal preveriti ali je **poznavanje nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja med mladimi**, ki so dopolnili od 25 do 39 let, **odvisno od tega, pri kateri zavarovalnici imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje**.

Slika 13: Poznavanje nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja po zavarovalnicah



Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Podatki na Sliki 13 kažejo, da poznavanje nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja med anketiranimi ni odvisno od tega, pri kateri zavarovalnici imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Ugotavljam, da ima Vzajemna višji delež v razredih »Ne poznam« in »Dobro poznam«, Adriatic pa ima višji delež v razredih »Slabo poznam« in »Delno poznam«.

Hipotezo sem še dodatno preveril s pomočjo χ^2 preizkusa in ugotovil, da na podlagi vzorčnih podatkov (glej Tabela 1 v Prilogi 5), ne morem zavrniti ničelne domneve, saj je ugotovljena stopnja značilnosti 0,196 višja od postavljene 0,05 (glej Tabela 2 v Prilogi 5). To pomeni, da razlike niso statistično značilne. Na podlagi tega lahko sprejemem sklep, da povezanost med zavarovalnico, pri kateri imajo mladi sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje in poznavanjem nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja, ne obstaja.

3. hipoteza

S tretjo hipotezo sem poskušal preveriti ali stopnja izobrazbe vpliva na **poznavanje** nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja med mladimi zavarovanci, ki so dopolnili od 25 do 39 let.

S pomočjo χ^2 preizkusa sem ugotovil, da na podlagi vzorčnih podatkov (glej Tabela 3 v Prilogi 5), lahko zavrnem ničelno domnevo, saj je ugotovljena stopnja značilnosti 0,008 nižja od postavljene 0,05 (glej Tabela 4 v Prilogi 5), kar pomeni da so razlike statistično značilne. Na podlagi tega lahko sprejemem sklep, da stopnja izobrazbe vpliva na **poznavanje** nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja med mladimi zavarovanci, ki so dopolnili od 25 do 39 let.

4. hipoteza

S to hipotezo sem poskušal preveriti ali višina povprečnega mesečnega dohodka na člana, vpliva na **poznavanje** nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja med mladimi zavarovanci, ki so dopolnili od 25 do 39 let.

S pomočjo χ^2 preizkusa sem ugotovil, da na podlagi vzorčnih podatkov (glej Tabela 5 v Prilogi 5), lahko zavrnem ničelno domnevo, saj je ugotovljena stopnja značilnosti 0,004 nižja od postavljene 0,05 (glej Tabela 6 v Prilogi 5). To pomeni, da so razlike statistično značilne. Na podlagi tega lahko sprejemem sklep, da višina povprečnega mesečnega dohodka na člana, vpliva na **poznavanje** nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja med mladimi zavarovanci, ki so dopolnili od 25 do 39 let.

5. hipoteza

S to hipotezo sem poskušal preveriti ali predstavlja pomanjkanje promocije glavni vzrok, da mladimi zavarovanci, ki so dopolnili od 25 do 39 let, nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja **ne poznajo bolje**.

Za preverjanje te hipoteze sem uporabil ustrezen t-preizkus. Izvedel sem tri t-preizkuse dvojic, ter s tem preverjal domnevo o razliki med aritmetičnima sredinama z drugimi vzroki, ki so se mi zdeli najbolj primerni, da sem jih vključil v vprašalnik.

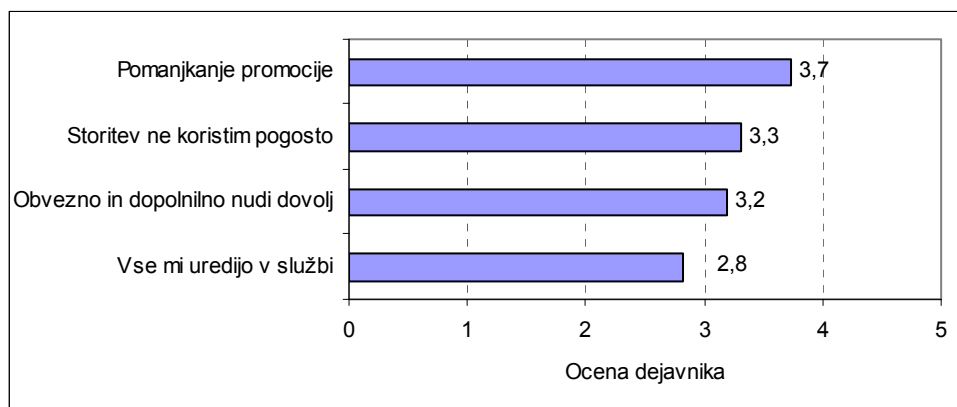
S pomočjo prvega t-preizkusa sem na podlagi vzorčnih podatkov (glej Tabelo 7 v Prilogi 5) ugotovil, da lahko s stopnjo značilnosti 0,006 sprejemem sklep, da je vzrok »Pomanjkanje promocije« pomembnejši kakor »Obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje mi nudi dovolj, zato se za dodatno ponudbo ne zanimam«.

S pomočjo drugega t-preizkusa sem na podlagi vzorčnih podatkov (glej Tabelo 7 v Prilogi 5) ugotovil, da lahko s stopnjo značilnosti 0,017 sprejemem sklep, da je vzrok »Pomanjkanje promocije« pomembnejši kakor »Menim, da zdravstvenih storitev ne koristim pogosto«.

S pomočjo tretjega t-preizkusa sem na podlagi vzorčnih podatkov (glej Tabelo 7 v Prilogi 5) ugotovil, da lahko s stopnjo značilnosti 0,000 sprejemem sklep, da je vzrok »Pomanjkanje promocije« pomembnejši kakor »Vse v zvezi z zdravstvenim zavarovanjem mi uredijo v službi«.

Na sliki 13 si lahko še dodatno pogledamo primerjavo aritmetičnih sredin ocen vzrokov vplivanja, da nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja ne poznajo bolje, pri čemer 1 pomeni, da »Sploh ne vpliva«, 5, pa da »Zelo vpliva«.

Slika 14: Primerjava aritmetičnih sredin ocen vzrokov vplivanja, da nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja ne poznajo bolje



Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Na podlagi izvedenih treh preizkusov dvojic lahko s stopnjo značilnosti 0,05 (glej Tabelo 8 v Prilogi 5) trdim, da predstavlja pomanjkanje promocije glavni vzrok, da mladi zavarovanci, ki so dopolnili od 25 do 39 let, nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja **ne poznajo bolje**.

6. hipoteza

V šesti hipotezi, ki sem jo postavil, pričakujem, da več kot četrtnina mladih, ki so dopolnili od 25 do 39 let in že imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, sploh ne verjame, da so zavarovalnice sposobne zagotoviti nadstandardne zdravstvene storitve.

To hipotezo sem preveril s pomočjo preizkusa o deležu enot. V alternativni domnevi sem predpostavil, da bo delež anketiranih, ki sploh ne verjame, da so zavarovalnice sposobne zagotoviti nadstandardne zdravstvene storitve, večji od 25 %. V ničelni domnevi je ta delež enak oziroma manjši od 25 %.

Preizkus domnev o deležu enot ($z = -0,69$) je pokazal, da razlike statistično niso značilne (glej Izračun 2 v Prilogi 5). Zato na podlagi vzorčnih podatkov ne moremo zavrniti ničelne domneve. Tako ne moremo trditi, da je delež anketiranih, ki sploh ne verjame, da so zavarovalnice sposobne zagotoviti nadstandardne zdravstvene storitve, večji od 25 %.

7. hipoteza

S to hipotezo sem poskušal preveriti ali odločitev o tem ali bodo mladi zavarovanci v prihodnje opravili zdravniški pregled v zasebni zdravstveni ustanovi kot samoplačniki, vpliva na njihovo pripravljenost, da mesečno namenijo **več sredstev** zavarovalnicam za zdravstvene storitve.

S pomočjo χ^2 preizkusa sem ugotovil, da na podlagi vzorčnih podatkov (glej Tabelo 9 v Prilogi 5), ne morem zavrniti ničelne domneve, saj je ugotovljena stopnja značilnosti 0,138 višja od postavljene 0,05 (glej Tabelo 10 v Prilogi 5). To pomeni, da razlike niso statistično značilne. Na podlagi tega lahko sprejemem sklep, da odločitev o tem ali bodo mladi zavarovanci v prihodnje opravili zdravniški pregled v zasebni zdravstveni ustanovi kot samoplačniki, ne vpliva na njihovo pripravljenost, da mesečno namenijo **več sredstev** zavarovalnicam za zdravstvene storitve.

8. hipoteza

V osmi hipotezi, ki sem jo postavil, sem poskušal preveriti ali stopnja zaupanja mladih zavarovancev v zagotavljanje nadstandardnih zdravstvenih storitev zavarovalnic, vpliva na pripravljenost, da mesečno namenijo **več sredstev** zavarovalnicam za zdravstvene storitve.

S pomočjo χ^2 preizkusa sem ugotovil, da na podlagi vzorčnih podatkov (glej Tabelo 11 v Prilogi 5), lahko zavrnem ničelno domnevo, saj je ugotovljena stopnja značilnosti 0,015 nižja od postavljene 0,05 (glej Tabelo 12 v Prilogi 5). To pomeni, da so razlike statistično značilne. Na podlagi tega lahko sprejemem sklep, da stopnja zaupanja mladih zavarovancev v zagotavljanje nadstandardnih zdravstvenih storitev zavarovalnic, vpliva na pripravljenost, da mesečno namenijo **več sredstev** zavarovalnicam za zdravstvene storitve.

9. hipoteza

V zadnji hipotezi, ki sem jo postavil, sem poskušal preveriti ali višina povprečnega mesečnega dohodka na člana, vpliva na pripravljenost, da mladi zavarovanci mesečno namenijo **več sredstev** zavarovalnicam za zdravstvene storitve.

S pomočjo χ^2 preizkusa sem ugotovil, da na podlagi vzorčnih podatkov (glej Tabelo 13 v Prilogi 5), ne morem zavrniti ničelne domneve, saj je ugotovljena stopnja značilnosti 0,269 višja od postavljene 0,05 (glej Tabelo 14 v Prilogi 5). To pomeni, da razlike niso statistično značilne. Na podlagi tega lahko sprejemem sklep, da višina povprečnega mesečnega dohodka na člana, ne vpliva na pripravljenost, da mladi zavarovanci mesečno namenijo **več sredstev** zavarovalnicam za zdravstvene storitve.

5.4.4. Sklepne ugotovitve raziskave

V tem poglavju na kratko povzemam najpomembnejša spoznanja, do katerih sem prišel na osnovi rezultatov tržne raziskave. Kljub temu, da sem se pri preverjanju hipotez opiral na statistično sklepanje in rezultate v nekaterih primerih navajal kot značilnost vseh mladih zavarovancev, ki so dopolnili od 25 do 39 let, moram poudariti, da ugotovitev raziskave zaradi majhnosti vzorca ne velja preveč posploševati.

Osnovni namen raziskave je bil preučiti, kako mladi zavarovanci, v starosti od 25 do 39 let, ki že imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje pri zavarovalnici Adriatic ali Vzajemna, poznajo nadstandardno zdravstveno zavarovanje. Rezultati raziskave kažejo, da je poznavanje te oblike zavarovanja dokaj slabo, saj je kar 62% anketirancev izrazilo, da te oblike zavarovanja ne pozna ali pa jo pozna slabo. Glavni vzrok slabega poznavanja predstavlja premajhna promocija. Z analizo odvisnosti sem prišel do ugotovitev, da je poznavanje te oblike zavarovanja odvisno od stopnje izobrazbe in višine povprečnega mesečnega dohodka na člana, ni pa odvisno od zavarovalnice, pri kateri imajo mladi sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. 38 % anketiranih pozna nadstandardno zdravstveno zavarovanje »Delno« ali »Dobro«. Le ti so izvedeli za zavarovanje predvsem preko prijateljev in sorodnikov, v zdravstvenih ustanovah ali v tiskanih medijih, manj pa ob obisku zavarovalnice, preko spletnih strani ali radia. Anketiranim se zdijo najprimernejše oblike promocije te oblike zavarovanja televizija in tiskani mediji ter javne zdravstvene ustanove.

Anketiranim se zdi najprimernejša storitev za vključitev v nadstandardno zdravstveno zavarovanje »Skrajšanje čakalne dobe«.

Z analizo sem spoznal, da mladi zavarovanci slabo zaupajo zavarovalnicam, glede sposobnosti zagotoviti nadstandardne zdravstvene storitve. Kar 74 % anketiranih je odgovorilo, da jim »Sploh ne verjame« ali samo »Delno verjame«, samo 26 % pa jih je

odgovorilo, da »Še kar verjamejo«, »Zelo verjamejo« ali »Popolnoma verjamejo«. Podatki so nekoliko zaskrbljujoči, saj sem z raziskavo spoznal, da zaupanje zavarovancev v zagotavljanje teh storitev, vpliva na pripravljenost, da bi anketiranci namenili mesečno več sredstev za boljše oziroma dodatne zdravstvene storitve. Povezanosti pa nisem odkril med namero o prihodnjem obisku zasebne zdravstvene ustanove kot samoplačnik in pripravljenostjo, da bi anketiranci namenili mesečno več sredstev za boljše oziroma dodatne zdravstvene storitve. Povezanosti tudi nisem odkril med pripravljenostjo, da bi anketiranci namenili mesečno več sredstev za boljše oziroma dodatne storitve in višino povprečnega dohodka.

6. KRATKA PRIPOROČILA ZA PRIPRAVO TRŽENJSKE STRATEGIJE

Zavarovalnica, ki želi uspešno nastopati na trgu nadstandardnih zdravstvenih zavarovanj, mora razviti tržno prednost, doseže pa jo lahko samo s pripravo uspešne strategije. Le to pa je mogoče pripraviti samo z dobrim poznavanjem potencialnih zavarovancev, njihovih potreb in želja.

Izhodišči, ki sem ju uporabil za pripravo kratkih priporočil trženjske strategije, sta poznavanje in zaupanje v nadstandardno zdravstveno zavarovanje.

Rezultati lastne raziskave kažejo, da je poznavanje te oblike zavarovanja med mladimi zavarovanci, ki so dopolnili od 25 do 39 let, zelo slabo, prav tako pa tudi zaupanje v sposobnost zavarovalnic, da zagotovijo to obliko zavarovanja. Rezultati so obenem pokazali, da stopnja zaupanja vpliva na pripravljenost mladih, mesečno nameniti več sredstev za boljše oziroma dodatne zdravstvene storitve. Iz omenjenega lahko zaključim, da morajo zavarovalnice mladim predstaviti to obliko zavarovanja na primeren in ustrezen način, tako, da jih istočasno obveščajo in krepijo njihovo zaupanje.

Na podlagi raziskave, lahko kot najprimernejši način oglaševanja predlagam televizijo, javne zdravstvene ustanove in tiskane medije, nekoliko večjo pozornost pa lahko zavarovalnice namenijo tudi promociji na spletnih straneh. Mladi so izrazili nenaklonjenost obiskom zavarovalnih zastopnikov na domu, zato morajo zavarovalnice izkoristiti vsak obisk mladih v zavarovalnici in jim poleg ponudbe prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila prikazati tudi ugodnosti, ki jih prinaša nadstandardno zdravstveno zavarovanje. Rezultati lastne raziskave namreč kažejo, da mladi izražajo veliko zanimanje za skoraj vse oblike dodatnih zdravstvenih storitev, zato bi bili gotovo pripravljeni prisluhniti dodatni ponudbi.

Glede na ugotovitev, da samo 16 % mladih ne bi bilo pripravljenih nameniti nobenih dodatnih mesečnih sredstev za zagotavljanje boljših zdravstvenih storitev in glede na ostala spoznanja

raziskave menim, da naj zavarovalnice poskušajo zagotoviti dobre nadstandardne zdravstvene storitve ter da jih ponudijo mladim, seveda po predhodni pripravi ustrezne trženjske strategije.

7. SKLEP

Država z izbiro in oblikovanjem ustreznega zdravstvenega sistema ter s svojim vlaganji v zdravstvo zagotavlja posameznikom določen nivo socialne varnosti. Da bi bilo prebivalstvo zdravo, je interes vsake države, saj lahko le zdravo aktivno prebivalstvo generira ekonomski razvoj države. Prav gotovo pa med prebivalci obstajajo razlike, saj nekateri bolj, drugi pa manj, skrbimo za svoje zdravje. S tega vidika je primerno, da država zagotovi vsem državljanom določeno stopnjo socialne varnosti, hkrati pa postavi pravila igre tako, da si lahko posamezniki zagotovijo tudi boljšo zdravstveno oskrbo. Boljša oskrba naj ne bi temeljila zgolj na neposrednem gotovinskem plačevanju storitev izvajalcem zdravstvenih storitev, ampak mora biti oblikovan ustrezen sistem zavarovanja. Tu nastopi nadstandardno zdravstveno zavarovanje, ki omogoča, da se zavarovanec zavaruje za večji obseg pravic ali višji standard storitev kot so opredeljene v obveznem zdravstvenem zavarovanju oziroma za dodatne pravice, ki v obveznem zdravstvenem zavarovanju niso opredeljene.

Obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje predstavljata osnovo, tako imenovani standard, na katerem lahko potem zavarovalnice gradijo svojo ponudbo nadstandardnih zdravstvenih storitev oziroma zavarovanj. Zavarovalnice lahko tako svojo ponudbo samo prilagajajo že postavljenemu sistemu zdravstvenega zavarovanja. V Sloveniji zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje relativno širok obseg pravic, zato je potreba po dodatnem zavarovanju trenutno še razmeroma majhna.

S trženjskega vidika, zahteva nadstandardno zdravstveno zavarovanje, v primerjavi z dopolnilnim, povsem drugačen pristop. Dopolnilno se navezuje na obvezno zdravstveno zavarovanje, zato zavarovanci sami iščejo zavarovalnico in sklenejo zavarovanje, pri nadstandardnem pa je potrebna aktivna vloga zavarovalnice, da zavarovanje proda. V dopolnilno zdravstveno zavarovanje se lahko vključi vsak kdor to želi (zavarovalnica ne sme zavrniti nikogar), pri nadstandardnem zdravstvenem zavarovanju pa zavarovalnice same določijo, pod kakšnimi pogoji bodo sprejele zavarovance.

Problemi, ki se pojavljajo pri zagotavljanju obveznega zdravstvenega zavarovanja, močno segajo tudi na področje nadstandardnih, saj so obvezna in prostovoljna zdravstvena zavarovanja neposredno povezana, seveda pa so lahko mnogi problemi v obveznem zdravstvenem zavarovanju tudi priložnost za razvoj nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja.

Na področju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj se obetajo v prihodnje spremembe, ki bi lahko močno spremenile trg zdravstvenih zavarovanj. Prva predvidena sprememba je vstop novega konkurenta na trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj in sicer Triglav, Zdravstvene zavarovalnice. Vstop nove zavarovalnice bo močno okrepil konkurenčni boj na trgu teh zavarovanj. Druga, še pomembnejša novost, pa je morebitna izvedba zdravstvene reforme, ki jo predvideva Ministrstvo za zdravje. Najpomembnejša predvidena sprememba je, da bi se dopolnila zdravstvena zavarovanja prenesla iz prostovoljnega v obvezno zdravstveno zavarovanje. Reforma v tem sklopu predvideva, da se bo s tem ukrepom vzpostavil pravi trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, nadstandardna zdravstvena zavarovanja pa bi tako pridobila na pomembnosti. Žal pa predviden ukrep predstavlja veliko nevarnost za obstoj obeh zavarovalnic, ki delujeta na področju zdravstvenih zavarovanj, saj predstavljajo dopolnilna zdravstvena zavarovanja večino prihodkov iz prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

LITERATURA

1. Berkopec Gregor: Nekateri vidiki in vprašanja uskladitve poslovanja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije z zakonom o zavarovalnicah. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1995. 10 str.
2. Churchill A. Gilbert, Jr.: Marketing Research: Methodological Foundations. Fifth Edition. Dryden: The Dryden Press, 1991. 1070 str.
3. Česen Marjan: Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije, 1998. 90 str.
4. Flis Slavko: Ekonomika zavarovalnice. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1970. 113 str.
5. Jaklič Marko: Oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje. Ljubljana: GV izobraževanje, 2002, str. 1-2.
6. Jošar Dušan, Toth Martin: Problematika dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj in možnosti alternative. 8. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož: Slovensko zavarovalno združenje, 2001, str. 217.
7. Kačič Andrej: Na zdravstvenih terminalih tudi Triglav. Finance, Ljubljana, 3.7.2003, str. 7.
8. Končina Miro: Trženje osebnih in premoženjskih zavarovanj na slovenskem zavarovalnem trgu. Doktorska disertacija. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1994. 311 str.
9. Košir Franc: Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji- stanje in razvojni izzivi. Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije, 2002. 20 str.
10. Košmelj Blaženka, Rovan Jože: Statistično sklepanje. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2000. 312 str.
11. Kotler Philip: Marketing Management – Trženjsko upravljanje. Ljubljana: Slovenska knjiga, 1998. 832 str.
12. Kramberger Boris: Kakšno naj bi bilo zdravstveno zavarovanje v Sloveniji v prihodnje? Zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje. Ljubljana: GV izobraževanje, 2001.
13. Kržič Jože: Problemi financiranja zdravstva z vidika prenosa sredstev na izvajalce. Bilten. Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije, 15 (1999), 2, str. 49.
14. Lovelock C.H.: Service Marketing. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1991. 526 str.
15. Rojšek Iča, Starman Danijel: Temelji trženja. Vodič po predmetu. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 1993. 51 str.
16. Strmčnik Berni: Zdravstveno zavarovanje. Izobraževanje zavarovalnih zastopnikov in zavarovalnih posrednikov. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje, 2002, str. 7, 13, 17, 27.
17. Toth Martin, Košir Franc: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Evropi in Sloveniji. 5. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož: Slovensko zavarovalno združenje, 1998, str. 50-51.
18. Toth Martin: Razvojne možnosti dodatnih zdravstvenih zavarovanj ob vključevanju Slovenije v Evropsko unijo. 6. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož: Slovensko zavarovalno združenje, 1999, str. 124-125.

19. Toth Martin, Petrič Drago, Kramberger Boris: Sistem financiranja zdravstvenih programov v Sloveniji. Sistemi financiranja v zdravstvu. Mednarodna primerjava. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1999, str. 148, 152.
20. Volarič Prijatelj Jasmina: Trg zavarovanj v Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1999. 134 str.

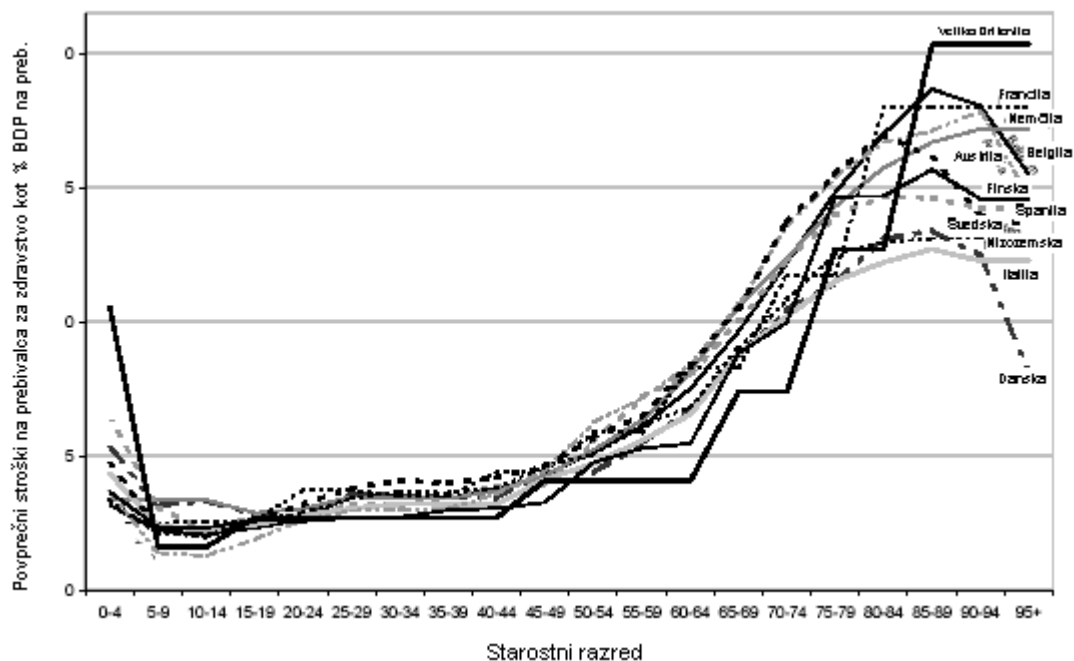
VIRI

1. Adriatic uspešno zaključuje poslovno leto 2002. [URL: http://www.adriatic.si/nov_splet/strani/sporocila/poslovno_leto_2002.htm], 10.6.2003.
2. Adriatic. [URL: <http://www.adriatic.si>], 24.6.2003.
3. Agencija za zavarovalni nadzor. Poročilo o stanju na področju zavarovalništva 2001. Struktura zavarovalnega trga glede na deleže zavarovalnic. [URL: <http://www.a-zn.si/slo/client/default.asp?r=-1&n=211&p=content>], 10.6.2003.
4. Bela knjiga. Ministrstvo za zdravje. [URL: <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>], 12.7.2003.
5. Budgetary challenges posed by ageing populations. Brussels: Economic Policy Committee, 2001. 113 str.
6. Portfelj Vzajemne v letu 2002, Novice Vzajemne, Ljubljana, 3 (2003), 1, str. 9.
7. Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2002. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003. 98 str.
8. Private Health Insurance: Facts and Figures 2001/2002. Köln: Verband der privaten Krankenversicherung, 2002. 107 str.
9. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Koper: Adriatic, 2000. 59 str.
10. Statistični letopis RS 2002. Ljubljana: Zavod RS za statistiko, 2002. 652 str.
11. Taškar Jana: Pri osebnih zdravnikih ni vrst. Delo, Ljubljana, 26.4.2003, str. 3.
12. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Predstavitev projekta, 2003.
13. Vzajemna, Letno poročilo 2001. Ljubljana: Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., 2002. 69 str.
14. Vzajemna. [URL: <http://www.vzajemna.si>], 24.6.2003.
15. Zakon o zavarovalništvu (Uradni list RS, št.13/2000, 91/2000, 12/2001, 21/2002, 52/2002, 91/2002, 29/2003).
16. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/1992, 13/1993, 9/1996, 29/1998, 77/1998, 6/1999, 56/1999, 99/2001, 42/2002, 60/2002, 11/2003).
17. Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije. Zavarovanci pokojninskega in invalidskega zavarovanja. [URL: <http://www.zpiz.si/iso/Zavarovanci/zavarovanci.html>], 3.6.2003.
18. Zupanič Milena: Bogati, politiki in znanci ne čakajo. Delo, Ljubljana, 23.4.2003, str. 3.

PRILOGE

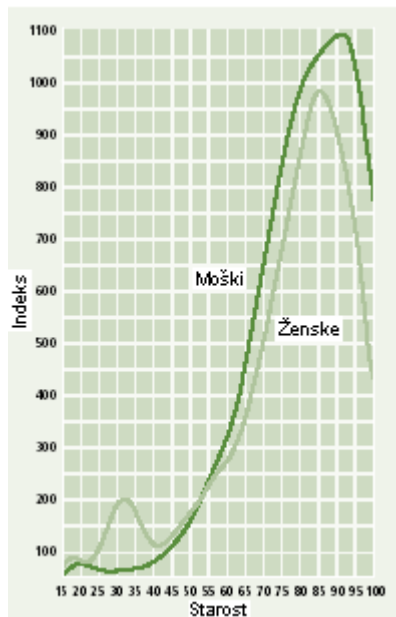
PRILOGA 1

Slika 1: Odvisnost stroškov za zdravstveno varstvo od starosti osebe v državah Evropske unije (v odstotkih bruto domačega proizvoda)



Vir: Budgetary challenges posed by ageing populations, 2001, str. 34.

Slika 2: Odvisnost stroškov za bolnišnično zdravljenje od starosti osebe po spolu za Nemčijo (izraženo kot indeks, osnova je moški, ki ima 43 let: indeks 100)



Vir: Private Health Insurance: Facts and Figures 2001/2002, 2002, str. 61

PRILOGA 2

VPRAŠALNIK

Dober dan! Moje ime je Roman Dragan in sem absolvent Ekonomske fakultete v Ljubljani. Trenutno pripravljam diplomsko nalogo s področja zdravstvenih zavarovanj. Prosim vas, da mi, v kolikor ste stari od 25 do 39 let ter imate sklenjeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, namenite par minut časa in odgovorite na nekaj vprašanj. Sodelovanje pri anketi je anonimno.

1. Pri kateri zavarovalnici imate sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje?

- a) Adriatic b) Vzajemna

2. V katero starostno skupino se uvrščate? (dopolnjena leta)

- a) Od 25 do 29 let b) Od 30 do 34 let c) Od 35 do 39 let

3. Kolikokrat ste v preteklem letu koristili zdravstvene storitve?

- a) Nikoli -> *po odgovoru nadaljujte z vprašanjem št. 7.*
b) 1 - 3 krat
c) 4 - 6 krat
d) 7 in večkrat

4. Kje ste koristili zdravstvene storitve? (možnih več odgovorov)

- a) V javnih zdravstvenih ustanovah kot obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje
b) V zasebnih zdravstvenih ustanovah kot obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje
c) V zasebnih zdravstvenih ustanovah kot samoplačnik
d) Drugo: _____

5. Prebral vam bom tri trditve o koriščenih zdravstvenih storitvah, ki ste jih uveljavljali iz obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Z vrednostjo od 1 do 5 ocenite, v kolikšni meri se strinjate, pri čemer 1 pomeni, da se SPLOH NE STRINJATE, 5 pa da se POPOLNOMA STRINJATE. (trditve se prebere samo, če anketirani pri 4. vprašanju potrdi odgovor a ali b)

a) Zdravstvene storitve so bile opravljene hitro, brez nepotrebnega čakanja.	1	2	3	4	5
b) Zdravstvene storitve so bile opravljene učinkovito.	1	2	3	4	5
c) Zdravstveno osebje se je do mene obnašalo prijazno.	1	2	3	4	5

6. Z vrednostjo od 1 do 5 ocenite, v kolikšni meri so naslednji dejavniki vplivali na vašo odločitev za pregled v zasebni zdravstveni ustanovi kot samoplačnik, pri čemer 1 pomeni, da SPLOH NI VPLIVAL, 5 pa da je ZELO VPLIVAL. ? (vprašanje se prebere samo, če anketirani pri 4. vprašanju potrdi odgovor c)

a) Izognitev čakalnim vrstam	1	2	3	4	5
b) Boljši odnos zdravnika do pacienta	1	2	3	4	5
c) Večje zaupanje do zdravnika	1	2	3	4	5
d) Prijaznejše okolje	1	2	3	4	5
e) Drugo:	1	2	3	4	5

7. Ali nameravate v prihodnje koristiti zdravstvene storitve v zasebni zdravstveni ustanovi kot samoplačnik?

- a) Da b) Ne c) Ne vem

8. Ali poznate nadstandardno zdravstveno zavarovanje?

- a) Ne poznam.
 b) Slabo poznam.
 c) Delno poznam. -> *po odgovoru nadaljaj z vprašanjem št. 10*
 d) Dobro poznam. -> *po odgovoru nadaljaj z vprašanjem št. 10*

9. Z vrednostjo od 1 do 5 ocenite, kako močno vplivajo na vas naslednji vzroki, da nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja ne poznate bolje, pri čemer 1 pomeni, da SPLOH NE VPLIVAJO, 5 pa da ZELO VPLIVAJO? -> *po odgovoru nadaljaj z vprašanjem št. 11*

a) Obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje mi nudi dovolj, zato se za dodatno ponudbo ne zanimam.	1	2	3	4	5
b) Menim, da zdravstvenih storitev ne koristim pogosto.	1	2	3	4	5
c) Vse v zvezi z zdravstvenim zavarovanjem mi uredijo v službi.	1	2	3	4	5
d) Ni zadosti promocije.	1	2	3	4	5
e) Drugo:	1	2	3	4	5

10. Kje ste izvedeli za nadstandardno zdravstveno zavarovanje? (možnih je več odgovorov)

- a) TV
 b) Radio
 c) Tiskani mediji
 d) Spletne strani
 e) V zdravstvenih ustanovah
 f) Delodajalec, preko katerega imam sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje
 g) Prijatelji, sorodniki
 h) Ob obisku zavarovalnice
 i) Drugo: _____

11. Ali ste nadstandardno zdravstveno zavarovani? a) Da b) Ne

12. Naštel vam bom možnosti, kako bi lahko zavarovalnice promovirale nadstandardno zdravstveno zavarovanje, vi pa prosim z vrednostjo od 1 do 5 ocenite, v kolikšni meri se vam zdijo primerne, pri čemer 1 pomeni, da SPLOH NISO PRIMERNE, 5 pa da so ZELO PRIMERNE.

a) TV	1	2	3	4	5
b) Radio	1	2	3	4	5
c) Tiskani mediji	1	2	3	4	5
d) Spletne strani	1	2	3	4	5
e) Javne zdravstvene ustanove	1	2	3	4	5
f) Zasebne zdravstvene ustanove	1	2	3	4	5
g) Delodajalci	1	2	3	4	5
h) Obiski zavarovalnega zastopnika na domu	1	2	3	4	5
i) Drugo:	1	2	3	4	5

13. Z vrednostjo od 1 do 5 ocenite, kako zanimive so za vas naslednje storitve, ki bi jih zavarovalnice vključile v ponudbo nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja, pri čemer 1 pomeni, da SPLOH NI ZANIMIVA, 5 pa da je ZELO ZANIMIVA.

a) Bivanje v bolnišnici v enoposteljni sobi s TV in telefonom	1	2	3	4	5
b) Možnost bivanja sorodnika zavarovanca v bolnišnici	1	2	3	4	5
c) Dodatna nega, postrežba in prehrana v bolnišnici	1	2	3	4	5
d) Skrajšanje čakalne dobe	1	2	3	4	5
e) Uporaba boljših pripomočkov in materialov	1	2	3	4	5
f) Zdravila z negativne liste, predpisana na recept	1	2	3	4	5
g) Prihod zdravnika na dom	1	2	3	4	5
h) Preventivni pregledi pri specialistu	1	2	3	4	5
i) Boljša oskrba v porodnišnici	1	2	3	4	5
j) Boljše zobozdravstvene storitve	1	2	3	4	5
k) Drugo:	1	2	3	4	5

14. V kolikšni meri verjamete, da so zavarovalnice sposobne zagotoviti nadstandardne zdravstvene storitve iz predhodnega vprašanja.

- a) Sploh ne verjamem
- b) Delno verjamem
- c) Še kar verjamem
- d) Zelo verjamem
- e) Popolnoma verjamem

15. Ali bi bili pripravljeni za boljše oziroma dodatne zdravstvene storitve iz nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja mesečno namenjati za zdravje več kakor do sedaj?

- a) Ne
- b) Da, do 1.000 SIT mesečno
- c) Da, nad 1.000 SIT do 3.000 SIT mesečno
- d) Da, nad 3.000 SIT do 5.000 SIT mesečno
- e) Da, nad 5.000 SIT mesečno

16. Spol a) M b) Ž

17. Izobrazba (najvišja dokončana)

- a) Osnovna šola
- b) Poklicna šola
- c) Srednja šola
- d) Višja oz. visoka
- e) Magisterij oz. doktorat

18. Povprečni neto mesečni dohodek na družinskega člana

- a) Do 50.000 SIT
- b) Nad 50.000 do 100.000 SIT
- c) Nad 100.000 do 150.000 SIT
- d) Nad 150.000 SIT

Najlepša hvala za Vaše sodelovanje!

PRILOGA 3

Tabela 1: Ocena vzorčnega okvira raziskave

Starostni razred (dopolnjena leta)	Prebivalstvo (31.12.2001)	Delež v %
25 - 29	148.818	33,1
30 - 34	144.405	32,1
35 - 39	156.470	34,8
Skupaj	449.693	100,0
Dopolnilno zdr. zav. (ocena 90%)	404.724	

Vir: Statistični letopis RS 2002, str. 88.

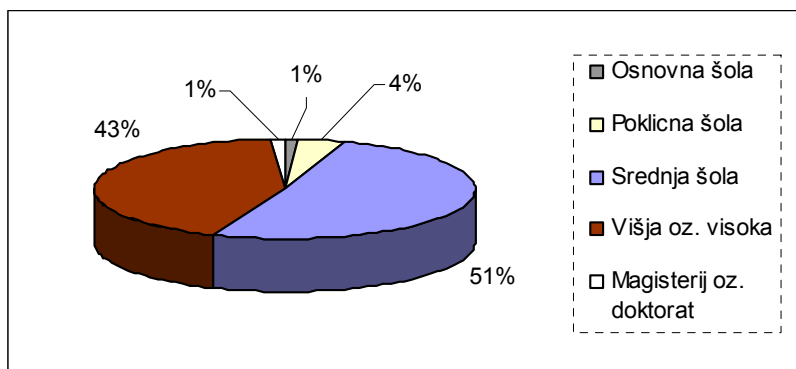
Tabela 2: Ocena razmerja med mladimi zavarovanci, ki so dopolnili od 25 do 39 let med zavarovalnicama Adriatic in Vzajemna

Zavarovalnica	Število zavarovancev	Ocenjen delež v %
Vzajemna	1.123.000	
Adriatic	302.000	
Skupaj	1.425.000	
Upokojenci	535.000	
Vzajemna (upokojenci)	480.000	
Adriatic (upokojenci)	55.000	
Vzajemna (brez upokojencev)	643.000	70
Adriatic (brez upokojencev)	247.000	30
Skupaj	890.000	100

Vir: Adriatic uspešno zaključuje poslovno leto 2002, 2003; Portfelj Vzajemne v letu 2002, 2003, str. 9; Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, 2003.

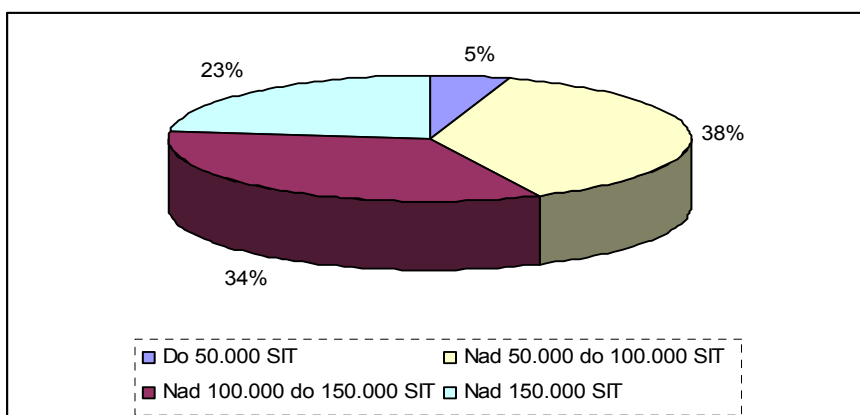
PRILOGA 4

Slika 1: Najvišja dokončana izobrazba anketirancev



Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Slika 2: Povprečni neto mesečni dohodek na družinskega člana anketiranega



Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

PRILOGA 5

Izračun 1: Preizkus o deležu enot za preverjanje prve hipoteze

$$p = n_a / n$$

$$p = 62 / 100 = 0,62$$

$$SE(p) = \sqrt{(\pi_0 * (1 - \pi_0) / n)}$$

$$SE(p) = \sqrt{(0,50 * (1 - 0,50) / 100)}$$

$$SE(p) = 0,05$$

$$z = (p - \pi_0) / SE(p)$$

$$z = (0,62 - 0,50) / 0,05$$

$$z = 2,4$$

Izračun 2: Preizkus o deležu enot za preverjanje šeste hipoteze

$$p = n_a / n$$

$$p = 22 / 100 = 0,22$$

$$SE(p) = \sqrt{(\pi_0 * (1 - \pi_0) / n)}$$

$$SE(p) = \sqrt{(0,25 * (1 - 0,25) / 100)}$$

$$SE(p) = 0,0433$$

$$z = (p - \pi_0) / SE(p)$$

$$z = (0,22 - 0,25) / 0,0433$$

$$z = -0,69$$

PRILOGA 6

Tabela 1: Povezanost med zavarovalnico, pri kateri imajo mladi sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje in poznavanjem nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja (preverjanje druge hipoteze)

			Zavarovalnica		Skupaj
			Adriatic	Vzajemna	
Poznavanje nadstandarda	Ne poznam	Število enot	5	26	31
		Pričakovano št. enot	9,3	21,7	31,0
		% znotraj Poznavanje	16,1%	83,9%	100,0%
		% znotraj Zavarovalnica	16,7%	37,1%	31,0%
		% skupaj	5,0%	26,0%	31,0%
	Slabo poznam	Število enot	12	19	31
		Pričakovano št. enot	9,3	21,7	31,0
		% znotraj Poznavanje	38,7%	61,3%	100,0%
		% znotraj Zavarovalnica	40,0%	27,1%	31,0%
		% skupaj	12,0%	19,0%	31,0%
	Delno poznam	Število enot	11	19	30
		Pričakovano št. enot	9,0	21,0	30,0
		% znotraj Poznavanje	36,7%	63,3%	100,0%
		% znotraj Zavarovalnica	36,7%	27,1%	30,0%
		% skupaj	11,0%	19,0%	30,0%
	Dobro poznam	Število enot	2	6	8
Pričakovano št. enot		2,4	5,6	8,0	
% znotraj Poznavanje		25,0%	75,0%	100,0%	
% znotraj Zavarovalnica		6,7%	8,6%	8,0%	
% skupaj		2,0%	6,0%	8,0%	
Skupaj	Število enot	30	70	100	
	Pričakovano št. enot	30,0	70,0	100,0	
	% znotraj Poznavanje	30,0%	70,0%	100,0%	
	% znotraj Zavarovalnica	100,0%	100,0%	100,0%	
	% skupaj	30,0%	70,0%	100,0%	

Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Tabela 2: χ^2 preizkus za preverjanje druge hipoteze

	Vrednost	Stopnja prostosti	Stopnja značilnosti
χ^2 preizkus	4,690	3	0,196

Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Tabela 3: Povezanost med stopnjo izobrazbe in poznavanjem nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja med mladimi zavarovanci, ki so dopolnili od 25 do 39 let. (preverjanje tretje hipoteze)

			Poznavanje nadstandarda				Skupaj
			Ne poznam	Slabo poznam	Delno poznam	Dobro poznam	
Izobrazba	Osnovna šola	Število enot	1	0	0	0	1
		Pričakovano št. enot	0,3	0,3	0,3	0,1	1,0
		% znotraj Izobrazba	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% znotraj Poznav. nadst.	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
		% skupaj	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
	Poklicna šola	Število enot	2	0	2	0	4
		Pričakovano št. enot	1,2	1,2	1,2	0,3	4,0
		% znotraj Izobrazba	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	100,0%
		% znotraj Poznav. nadst.	6,5%	0,0%	6,7%	0,0%	4,0%
		% skupaj	2,0%	0,0%	2,0%	0,0%	4,0%
	Srednja šola	Število enot	21	17	12	1	51
		Pričakovano št. enot	15,8	15,8	15,3	4,1	51,0
		% znotraj Izobrazba	41,2%	33,3%	23,5%	2,0%	100,0%
		% znotraj Poznav. nadst.	67,7%	54,8%	40,0%	12,5%	51,0%
		% skupaj	21,0%	17,0%	12,0%	1,0%	51,0%
	Višja oz. visoka	Število enot	7	14	16	6	43
		Pričakovano št. enot	13,3	13,3	12,9	3,4	43,0
		% znotraj Izobrazba	16,3%	32,6%	37,2%	14,0%	100,0%
		% znotraj Poznav. nadst.	22,6%	45,2%	53,3%	75,0%	43,0%
		% skupaj	7,0%	14,0%	16,0%	6,0%	43,0%
Magisterij oz. doktorat	Število enot	0	0	0	1	1	
	Pričakovano št. enot	0,3	0,3	0,3	0,1	1,0	
	% znotraj Izobrazba	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	% znotraj Poznav. nadst.	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	1,0%	
	% skupaj	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	1,0%	
Skupaj	Število enot	31	31	30	8	100	
	Pričakovano št. enot	31,0	31,0	30,0	8,0	100,0	
	% znotraj Izobrazba	31,0%	31,0%	30,0%	8,0%	100,0%	
	% znotraj Poznav. nadst.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% skupaj	31,0%	31,0%	30,0%	8,0%	100,0%	

Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Tabela 4: χ^2 preizkus za preverjanje tretje hipoteze

	Vrednost	Stopnja prostosti	Stopnja značilnosti
χ^2 preizkus	26,805	12	0,008

Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Tabela 5: Povezanost med višino povprečnega mesečnega dohodka na člana in poznavanjem nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja med mladimi zavarovanci, ki so dopolnili od 25 do 39 let. (preverjanje četrte hipoteze)

			Poznavanje nadstandarda				Skupaj
			Ne poznam	Slabo poznam	Delno poznam	Dobro poznam	
Dohodek na člana	Do 50.000 SIT	Število enot	3	0	2	0	5
		Pričakovano št. enot	1,6	1,6	1,5	0,4	5,0
		% znotraj Doh. na člana	60,0%	0,0%	40,0%	0,0%	100,0%
		% znotraj Poznav. nadst.	9,7%	0,0%	6,7%	0,0%	5,0%
		% skupaj	3,0%	0,0%	2,0%	0,0%	5,0%
	Nad 50.000 SIT do 100.000 SIT	Število enot	19	8	11	0	38
		Pričakovano št. enot	11,8	11,8	11,4	3,0	38,0
		% znotraj Doh. na člana	50,0%	21,1%	28,9%	0,0%	100,0%
		% znotraj Poznav. nadst.	61,3%	25,8%	36,7%	0,0%	38,0%
		% skupaj	19,0%	8,0%	11,0%	0,0%	38,0%
	Nad 100.000 SIT do 150.000 SIT	Število enot	3	14	13	4	34
		Pričakovano št. enot	10,5	10,5	10,2	2,7	34,0
		% znotraj Doh. na člana	8,8%	41,2%	38,2%	11,8%	100,0%
		% znotraj Poznav. nadst.	9,7%	45,2%	43,3%	50,0%	34,0%
		% skupaj	3,0%	14,0%	13,0%	4,0%	34,0%
	Nad 150.000 SIT	Število enot	6	9	4	4	23
		Pričakovano št. enot	7,1	7,1	6,9	1,8	23,0
		% znotraj Doh. na člana	26,1%	39,1%	17,4%	17,4%	100,0%
		% znotraj Poznav. nadst.	19,4%	29,0%	13,3%	50,0%	23,0%
		% skupaj	6,0%	9,0%	4,0%	4,0%	23,0%
Skupaj	Število enot	31	31	30	8	100	
	Pričakovano št. enot	31,0	31,0	30,0	8,0	100,0	
	% znotraj Doh. na člana	31,0%	31,0%	30,0%	8,0%	100,0%	
	% znotraj Poznav. nadst.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% skupaj	31,0%	31,0%	30,0%	8,0%	100,0%	

Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Tabela 6: χ^2 preizkus za preverjanje četrte hipoteze

	Vrednost	Stopnja prostosti	Stopnja značilnosti
χ^2 preizkus	24,490	9	0,004

Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Tabela 7: Kako so anketirani z vrednostjo od 1 do 5 ocenili, da posamezni vzroki vplivajo na njihovo poznavanje nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja

	Frekvenčna porazdelitev						Aritm. sredina	Stan. odklon
	1	2	3	4	5	Skupaj		
Obvezno in dopolnilno nudi dovolj	6	11	20	15	10	62	3,1935	1,1989
Storitev ne koristim pogosto	5	11	19	14	13	62	3,3065	1,2226
Vse mi uredijo v službi	12	12	21	9	8	62	2,8226	1,2743
Pomanjkanje promocije	1	6	17	23	15	62	3,7258	0,9946

Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Tabela 8: T - preizkusi dvojic za preverjanje domneve ali predstavlja pomanjkanje promocije glavni vzrok, da mladi zavarovanci, ki so dopolnili od 25 do 39 let, nadstandardnega zdravstvenega zavarovanja ne poznajo bolje (preverjanje pete hipoteze)

Preizkus dvojic	Razlika artm. sredin	t	Stopnja prostosti	Stopnja značilnosti
Obvezno in dopolnilno nudi dovolj - Ni zadosti promocije	-0,5323	-2,592	61	0,006
Storitev ne koristim pogosto - Ni zadosti promocije	-0,4194	-2,170	61	0,017
Vse mi uredijo v službi - Ni zadosti promocije	-0,9032	-4,400	61	0,000

Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Tabela 9: Povezanost med tem ali bodo mladi zavarovanci v prihodnje opravili zdravniški pregled v zasebni zdravstveni ustanovi kot samoplačniki in njihovo pripravljenostjo, da mesečno namenijo več sredstev zavarovalnicam za zdravstvene storitve. (preverjanje sedme hipoteze)

			Mesečno plačevanje v SIT					Skupaj
			Ne	Da, do 1.000	Da, nad 1.000 do 3.000	Da, nad 3.000 do 5.000	Da, nad 5.000	
V prihodnje kot samoplačnik	Ne vem	Število enot	6	19	14	2	1	42
		Pričakovano št. enot	6,7	15,1	14,3	5,0	0,8	42,0
		% znotraj V prih. kot samoplačnik	14,3%	45,2%	33,3%	4,8%	2,4%	100,0%
		% znotraj Mesečno plačevanje	37,5%	52,8%	41,2%	16,7%	50,0%	42,0%
		% skupaj	6,0%	19,0%	14,0%	2,0%	1,0%	42,0%
	Ne	Število enot	8	8	11	3	1	31
		Pričakovano št. enot	5,0	11,2	10,5	3,7	0,6	31,0
		% znotraj V prih. kot samoplačnik	25,8%	25,8%	35,5%	9,7%	3,2%	100,0%
		% znotraj Mesečno plačevanje	50,0%	22,2%	32,4%	25,0%	50,0%	31,0%
		% skupaj	8,0%	8,0%	11,0%	3,0%	1,0%	31,0%
	Da	Število enot	2	9	9	7	0	27
		Pričakovano št. enot	4,3	9,7	9,2	3,2	0,5	27,0
		% znotraj V prih. kot samoplačnik	7,4%	33,3%	33,3%	25,9%	0,0%	100,0%
		% znotraj Mesečno plačevanje	12,5%	25,0%	26,5%	58,3%	0,0%	27,0%
		% skupaj	2,0%	9,0%	9,0%	7,0%	0,0%	27,0%
Skupaj	Število enot	16	36	34	12	2	100	
	Pričakovano št. enot	16,0	36,0	34,0	12,0	2,0	100,0	
	% znotraj V prih. kot samoplačnik	16,0%	36,0%	34,0%	12,0%	2,0%	100,0%	
	% znotraj Mesečno plačevanje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% skupaj	16,0%	36,0%	34,0%	12,0%	2,0%	100,0%	

Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Tabela 10: χ^2 preizkus za preverjanje sedme hipoteze

	Vrednost	Stopnja prostosti	Stopnja značilnosti
χ^2 preizkus	12,299	8	0,138

Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Tabela 11: Povezanost med zaupanjem mladih zavarovancev v zagotavljanje nadstandardnih zdravstvenih storitev zavarovalnic in njihovo pripravljenostjo, da mesečno namenijo več sredstev zavarovalnicam za zdravstvene storitve. (preverjanje osme hipoteze)

			Mesečno plačevanje v SIT					
			Ne	Da, do 1.000	Da, nad 1.000 do 3.000	Da, nad 3.000 do 5.000	Da, nad 5.000	Skupaj
Zaupanje v zavaroval.	Sploh ne verjamem	Število enot	8	8	6	0	0	22
		Pričakovano št. enot	3,5	7,9	7,5	2,6	0,4	22,0
		% znotraj Zaup. v zav.	36,4%	36,4%	27,3%	0,0%	0,0%	100,0%
		% znotraj Mes. plač.	50,0%	22,2%	17,6%	0,0%	0,0%	22,0%
		% skupaj	8,0%	8,0%	6,0%	0,0%	0,0%	22,0%
	Delno verjamem	Število enot	5	20	19	6	2	52
		Pričakovano št. enot	8,3	18,7	17,7	6,2	1,0	52,0
		% znotraj Zaup. v zav.	9,6%	38,5%	36,5%	11,5%	3,8%	100,0%
		% znotraj Mes. plač.	31,3%	55,6%	55,9%	50,0%	100,0%	52,0%
		% skupaj	5,0%	20,0%	19,0%	6,0%	2,0%	52,0%
	Še kar verjamem	Število enot	3	7	8	2	0	20
		Pričakovano št. enot	3,2	7,2	6,8	2,4	0,4	20,0
		% znotraj Zaup. v zav.	15,0%	35,0%	40,0%	10,0%	0,0%	100,0%
		% znotraj Mes. plač.	18,8%	19,4%	23,5%	16,7%	0,0%	20,0%
		% skupaj	3,0%	7,0%	8,0%	2,0%	0,0%	20,0%
	Zelo verjamem	Število enot	0	1	1	3	0	5
		Pričakovano št. enot	0,8	1,8	1,7	0,6	0,1	5,0
		% znotraj Zaup. v zav.	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%	0,0%	100,0%
		% znotraj Mes. plač.	0,0%	2,8%	2,9%	25,0%	0,0%	5,0%
		% skupaj	0,0%	1,0%	1,0%	3,0%	0,0%	5,0%
Popolnoma verjamem	Število enot	0	0	0	1	0	1	
	Pričakovano št. enot	0,2	0,4	0,3	0,1	0,0	1,0	
	% znotraj Zaup. v zav.	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	
	% znotraj Mes. plač.	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	0,0%	1,0%	
	% skupaj	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	1,0%	
Skupaj	Število enot	16	36	34	12	2	100	
	Pričakovano št. enot	16,0	36,0	34,0	12,0	2,0	100,0	
	% znotraj Zaup. v zav.	16,0%	36,0%	34,0%	12,0%	2,0%	100,0%	
	% znotraj Mes. plač.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% skupaj	16,0%	36,0%	34,0%	12,0%	2,0%	100,0%	

Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Tabela 12: χ^2 preizkus za preverjanje osme hipoteze

	Vrednost	Stopnja prostosti	Stopnja značilnosti
χ^2 preizkus	30,655	16	0,015

Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Tabela 13: Povezanost med višino povprečnega mesečnega dohodka na člana in pripravljenostjo, da mladi zavarovanci mesečno namenijo več sredstev zavarovalnicam za zdravstvene storitve. (preverjanje devete hipoteze)

			Dohodek na člana v SIT				Skupaj
			Do 50.000	Nad 50.000 do 100.000	Nad 100.000 do 150.000	Nad 150.000	
Mesečno plačevanje v SIT	Ne	Število enot	3	7	4	2	16
		Pričakovano št. enot	0,8	6,1	5,4	3,7	16,0
		% znotraj Meseč. plač.	18,8%	43,8%	25,0%	12,5%	100,0%
		% znotraj Doh. na člana	60,0%	18,4%	11,8%	8,7%	16,0%
		% skupaj	3,0%	7,0%	4,0%	2,0%	16,0%
	Da, do 1.000	Število enot	1	17	11	7	36
		Pričakovano št. enot	1,8	13,7	12,2	8,3	36,0
		% znotraj Meseč. plač.	2,8%	47,2%	30,6%	19,4%	100,0%
		% znotraj Doh. na člana	20,0%	44,7%	32,4%	30,4%	36,0%
		% skupaj	1,0%	17,0%	11,0%	7,0%	36,0%
	Da, nad 1.000 do 3.000	Število enot	1	11	14	8	34
		Pričakovano št. enot	1,7	12,9	11,6	7,8	34,0
		% znotraj Meseč. plač.	2,9%	32,4%	41,2%	23,5%	100,0%
		% znotraj Doh. na člana	20,0%	28,9%	41,2%	34,8%	34,0%
		% skupaj	1,0%	11,0%	14,0%	8,0%	34,0%
	Da, nad 3.000 do 5.000	Število enot	0	3	4	5	12
		Pričakovano št. enot	0,6	4,6	4,1	2,8	12,0
		% znotraj Meseč. plač.	0,0%	25,0%	33,3%	41,7%	100,0%
		% znotraj Doh. na člana	0,0%	7,9%	11,8%	21,7%	12,0%
		% skupaj	0,0%	3,0%	4,0%	5,0%	12,0%
	Da, nad 5.000	Število enot	0	0	1	1	2
		Pričakovano št. enot	0,1	0,8	0,7	0,5	2,0
		% znotraj Meseč. plač.	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		% znotraj Doh. na člana	0,0%	0,0%	2,9%	4,3%	2,0%
% skupaj		0,0%	0,0%	1,0%	1,0%	2,0%	
Skupaj	Število enot	5	38	34	23	100	
	Pričakovano št. enot	5	38	34	23	100	
	% znotraj Meseč. plač.	5,0%	38,0%	34,0%	23,0%	100,0%	
	% znotraj Doh. na člana	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% skupaj	5,0%	38,0%	34,0%	23,0%	100,0%	

Vir: Lastna raziskava, junij 2003.

Tabela 14: χ^2 preizkus za preverjanje devete hipoteze

	Vrednost	Stopnja prostosti	Stopnja značilnosti
χ^2 preizkus	14,513	12	0,269

Vir: Lastna raziskava, junij 2003.