

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO

RAZVOJ PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V
ZAVAROVALNI DRUŽBI ADRIATIC D.D. KOPER

Ljubljana, oktober 2004

MAJA GLIŠOVIĆ

IZJAVA

Študentka MAJA GLIŠOVIĆ izjavljam, da sem avtorica tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom dr. RASTA HARTMANA in dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne 12.10.2004

Podpis:

KAZALO

1. UVOD.....	1
2. SISTEM ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI	2
2.1. ZNAČILNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI	2
2.2. OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	8
2.3. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI	10
2.4. PONUDNIKI PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V SLOVENIJI	10
2.4.1. <i>Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z.</i>	10
2.4.2. <i>Triglav, Zdravstvena zavarovalnica d.d.</i>	11
2.4.3. <i>Zavarovalna družba Adriatic d.d.</i>	11
3. TRG PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V EU	12
3.1. VRSTE PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V EU	14
3.1.1. <i>Dodatno (komplementarno) zdravstveno zavarovanje</i>	14
3.1.2. <i>Dopolnilno ali vzporedno (suplementarno) zdravstveno zavarovanje</i>	15
3.1.3. <i>Nadomestno zdravstveno zavarovanje</i>	15
3.2. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V EU	16
3.3. PONUDNIKI PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V EU	17
3.4. PREMIJE PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	18
4. REFORMA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	18
4.1. CILJI ZDRAVSTVENE REFORME	19
4.2. KRITIKA ZDRAVSTVENE REFORME	20
5. PREDSTAVITEV ZAVAROVALNE DRUŽBE ADRIATIC d.d. KOPER	21
5.1. PREDSTAVITEV ZAVAROVALNICE ADRIATIC	21
5.2. ORGANIZACIJA ZAVAROVALNICE ADRIATIC	22
5.3. VRSTE ZAVAROVANJ	22
6. MOŽNOSTI ZA RAZVOJ PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ	24
6.1. RAZVOJ PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V ZAVAROVALNICI ADRIATIC	25
6.2. VRSTE MOŽNIH PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ	25
6.2.1. <i>Razvoj prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki že obstajajo v EU</i>	25
6.2.2. <i>Razvoj prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj za storitve, ki spadajo v okvir obveznega zdravstvenega zavarovanja</i>	26
7. ANALIZA RAZVOJA PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V ZAVAROVALNICI ADRIATIC	28
7.1. RAZLOGI ZA RAZVOJ PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ	28
7.2. ZNAČILNOSTI RAZVOJA NOVIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ	33
7.3. KALKULACIJE ZA RAZVOJ NOVIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ	34
8. SKLEP	40
LITERATURA	42
VIRI	43
PRILOGE	

1. UVOD

Zdravje je ena osnovnih pravic, ki jo ima vsak človek na svetu. Poudariti moram predvsem preventivo, saj nam lahko bolezen v nasprotnem primeru povzroči nemalo preglavic. Mislim, da se ljudje iz dneva v dan bolj zavedamo koliko je v resnici zdravje pomembno, vendar se tega še zmeraj zavemo prepozno.

Slovenija se je s 1. majem 2004 uradno priključila Evropski Uniji (v nadaljevanju EU), kjer je zdravstvo bistveno drugače organizirano, z izjemo nekaj držav (kot je na primer Francija, ki ima tudi tako velik obseg doplačil kot mi). Razlike v zdravstvu so predvsem v definiciji prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki za razliko od Slovenije ne pomeni večinoma velik obseg doplačil, temveč pomeni privatno prostovoljno zavarovanje, kjer se zavarujejo predvsem ljudje z visokimi osebnimi dohodki, samozaposleni in drugi. Pri nas je prostovoljno zavarovanje skoraj obvezno, saj je veliko ljudi zavarovanih predvsem zaradi tega, da imajo preskrbljene osnovne zdravstvene storitve. Privatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje predstavlja v Sloveniji relativno majhen delež v nasprotju z nekaterimi drugimi državami v EU (Nemčija, Avstrija,...) in ZDA.

Prav zaradi tega sem se odločila, da bom v svoji diplomski nalogi preučila možnosti razvoja na področju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji oziroma natančneje, v Zavarovalni družbi Adriatic d.d. Koper (v nadaljevanju zavarovalnica Adriatic). Osnovni namen moje diplomske naloge je prikazati razvoj prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj in izračunati, ali bi se zavarovalnici Adriatic izplačalo uvesti nova zavarovanja za operacije sive mreže, kolka, ščitnice in operacije srca. Omenjene bolezni so namreč v Sloveniji zelo pogoste, zato me zanima kaj vse mora narediti zavarovalnica, da razvije zavarovanja za te bolezni.

Diplomska naloga je razdeljena na osem poglavij. Po uvodu je predstavljen sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji ter njegove značilnosti. Opisane so pravice, ki izhajajo iz njega, prispevki, ki jih je potrebno plačevati, če želimo koristiti pravice zdravstvenega zavarovanja ter financiranje slednjega. Zaradi lažje predstave je prikazano, kako je financirano zdravstvo v državah EU in v ostalih državah ter kolikšna je poraba teh držav za zdravstvo. Bolj podrobno sta prikazana obvezno zdravstveno zavarovanje in prostovoljno, ter ponudniki slednjega.

Ker diplomska naloga temelji na razvoju (prostovoljnega) zdravstvenega zavarovanja, je v tretjem poglavju opisan tudi sistem zdravstvenega zavarovanja v Evropi, predvsem zaradi vstopa Slovenije v EU. Predstavljene so vrste, ponudniki, premije in pravice prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

V četrtem poglavju prikazujem reformo zdravstvenega zavarovanja, tako imenovano »belo knjigo«, cilje, ki izhajajo iz te reforme, nova prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ki jih reforma predvideva ter kritiko reforme.

V petem poglavju sem naredila predstavitev zavarovalnice Adriatic, saj moja analiza temelji na razvoju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj na primeru le-te.

Šesto poglavje prikazuje možnosti za razvoj ter vrste možnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji, natančneje v zavarovalnici Adriatic.

V sedmem poglavju bom prikazala izračune, s pomočjo katerih bom ugotovila predvidene stroške, ki bi jih imela zavarovalnica Adriatic z razvojem novih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj in prihodke od premij, zbranih s strani potencialnih zavarovancev. Na koncu bom skušala ugotoviti ali bi imela zavarovalnica Adriatic koristi z razvojem omenjenih zavarovanj. V primeru, da je razvoj smiseln, je potrebno še ugotoviti ali je smiselno investirati v vsa zavarovanja ali samo v nekatera.

Z zadnjim, osmim poglavjem, pa zaključujem svojo diplomsko nalogo s sklepom.

2. SISTEM ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI

2.1. 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 tako imenovana »socialna« zdravstvena zavarovanja oziroma »Bismarckov« model (Dragan, 2003, str. 5). Ta sistem temelji na solidarnosti, medtem ko financiranje poteka preko prispevkov delodajalcev, delojemalcev in drugih zavezancev (Toth, 2001 str. 8). Po tem modelu so se vsi državljani dolžni zdravstveno zavarovati za tveganja, za kritje rizikov pa so državljani, ki prejemajo dohodke, dolžni plačevati prispevke. Plačevanje prispevkov je razdeljeno na dva dela, in sicer polovico plačujejo delodajalci, polovico pa si morajo plačati zaposleni sami iz bruto plače. Za socialno šibke kategorije državljanov plačuje prispevke država (Dragan, 2003, str. 5).

Sistem zdravstvenega zavarovanja je razdeljen na tri dele: obvezno zdravstveno zavarovanje, prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila in zavarovanja za storitve, ki niso sestavni del obveznega zavarovanja ali pa se izvajajo v večjem obsegu oziroma po drugačnem postopku kot v obveznem zdravstvenem zavarovanju.

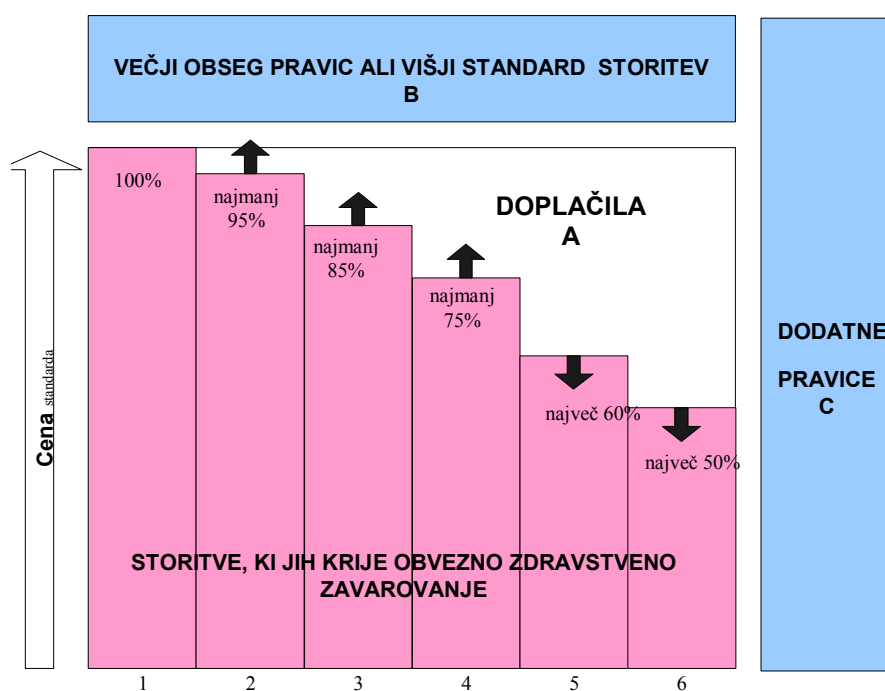
Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji ne zagotavlja kritja vseh stroškov, ki nastanejo pri zdravljenju. Celotno kritje stroškov je zagotovljeno le otrokom, šolarjem ter pri nekaterih

boleznih in stanjih, pri ostalih storitvah pa zagotavlja obvezno zavarovanje le določen odstotni delež cene storitve. Razliko med polno ceno in deležem, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje, mora poravnati zavarovana oseba sama. Po določilih Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ) se lahko za ta tveganja tudi prostovoljno zavaruje (ZZVZZ, 2004). To zavarovanje imenujemo prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila ali dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki zagotavlja, da bodo posamezniku kriti stroški nujnih zdravstvenih storitev (Klinični center Ljubljana, 2004).

Zavarovanja za storitve, ki niso sestavni del obveznega zavarovanja, predstavljajo predvsem interes posameznika. To so zavarovanja za višji standard, za zdraviliško zdravljenje, zdravljenje v tujini in podobno. Tovrstna zavarovanja omogočajo bolnikom več udobja, pokrivajo stroške pregledov v samoplačniških ambulantah, stroške dodatne nege in nekaterih zdravstvenih pripomočkov (Klinični center Ljubljana, 2004). Prav tako ta zavarovanja omogočajo posameznikom, da imajo v zameno za plačilo premije prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja omogočen višji standard določenih zdravstvenih storitev, hitrejšo dostopnost do storitev in druge pravice, ki spadajo v okvir prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Pravice do zdravstvenih storitev so razvrščene v šest skupin in se razlikujejo glede na to ali so zavarovancem zagotovljene v celoti, kar pomeni, da te stroške krije Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v celoti ali pa jih morajo doplačati sami, če se dodatno ne zavarujejo.

Slika 1: Struktura zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji



Vir: Kratka predstavitev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, 2003, str. 3.

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so skladno s 23. členom ZZVZZ (2004) razporejene v šest skupin. Na sliki 1 (na str. 3) so le-te prikazane z oštevilčenimi stolpci od ena do šest. 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 (obvezna doplačila), če se zanje dodatno ne zavaruje. Isti Zakon je določil, da se lahko prostovoljno zdravstveno zavarovanje uvede že za omenjena doplačila (dopolnilno zdravstveno zavarovanje), poleg tega pa tudi za večji obseg pravic ali višji standard storitev (zavarovanja iz skupine B) in za dodatne pravice (zavarovanje iz skupine C).

Polja A, B in C predstavljajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Zavarovanje za doplačila skupaj s pravicami iz obveznega zdravstvenega zavarovanja tvorijo osnovni standard, skupini B in C pa tako imenovana nadstandardna zdravstvena zavarovanja (Dragan, 2003, str. 6).

Polje A predstavlja doplačila za storitve, ki jih mora zavarovanec sam doplačati, če jih želi koristiti (ZZVZZ, 2004, 23. člen):

- do 5% vrednosti je potrebno doplačati pri storitvah v zvezi s presaditvijo organov in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi, ne glede na razlog, pri storitvah zdravljenja v tujini, storitvah v zvezi z intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi nujnimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi in rehabilitacijskimi posegi,
- do 15% vrednosti storitve obveznega zdravstvenega zavarovanja so lahko visoka doplačila za storitve v zvezi z zagotavljanjem in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in umetno oploditvijo, sterilizacijo in umetno prekinitvijo nosečnosti, za specialistično-ambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela, za nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču v okviru nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela, za nekatere storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti ter storitve zdravljenja zobnih in ustnih bolezni, ter za nekatere ortopedske, ortotske, slušne in druge pripomočke,
- do 25% vrednosti storitve obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko znaša doplačilo za specialistično-ambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, ortopedske, ortotske in druge pripomočke v zvezi z zdravljenjem poškodb izven dela in za zdravila s pozitivne liste,
- najmanj 60% vrednosti storitve obveznega zdravstvenega zavarovanja znašajo doplačila za storitve zdraviliškega zdravljenja, ki ne predstavljajo nadaljnega bolniškega zdravljenja, medtem ko doplačila za reševalne prevoze zavarovanih oseb, ki niso nujni, znašajo 70% vrednosti storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Enako velja za prevoze oseb, ki se ne morejo gibati ali rabijo prevoz na dializo ali z nje ali v drugih primerih, ko bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom za njihovo zdravje škodljiv, ali zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebujejo spremstvo zdravstvenega delavca oziroma za zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja. Kar 75% vrednosti storitve obveznega zdravstvenega zavarovanja pa znašajo doplačila za zdravila z vmesne liste, za zobno-protetično zdravljenje odraslih ter za očesne pripomočke za odrasle.

Slovenski zdravstveni sistem deli zdravstveno dejavnost na tri dele, in sicer na primarno, sekundarno in terciarno raven. Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. Zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni obsega specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje. Terciarna raven zdravstvene dejavnosti pa predstavlja opravljanje dejavnosti klinik in inštitutov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov (Klinični center Ljubljana, 2004).

V Evropi predstavlja zdravstveno varstvo področje, ki so ga vse države opredelile kot javni (družbeni) interes države, s katerim zagotavljajo prebivalstvu zdravstveno in socialno varnost v primeru bolezni in poškodb (Toth, 2001, str. 8). Financiranje zdravstvenega zavarovanja poteka pretežno z javnimi sredstvi (čigar delež predvsem v razvitih državah še vedno narašča¹) in le manjši delež z zasebnimi.

Javni izdatki za zdravstvo so sestavljeni iz izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja (tej predstavljajo skoraj 96% vseh javnih izdatkov; v obdobju med leti 1992 in 2002 so se le-ta zelo povečala, predvsem na račun uvedbe doplačil za določene zdravstvene storitve) ter iz izdatkov proračunskih sredstev države in občin (delež teh v vseh javnih izdatkih dosega 4% in se bistveno ne spreminja) (Korošec, 2003, str. 33-36).

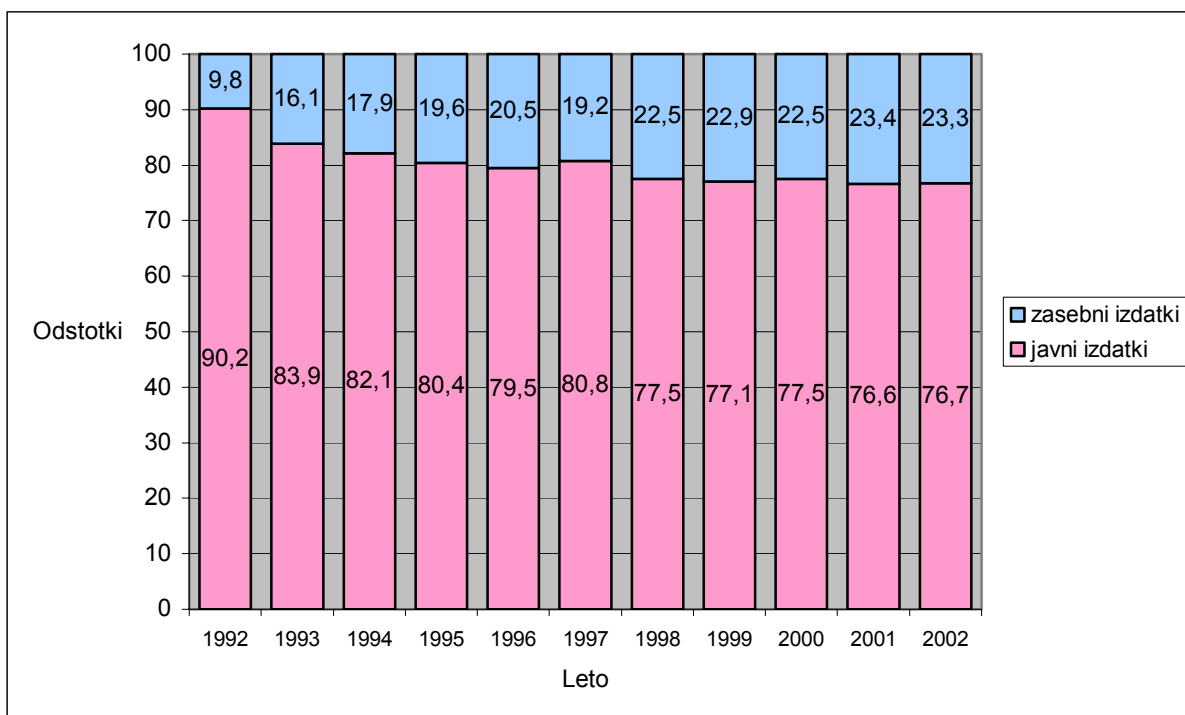
Med zasebne izdatke uvrščamo vplačane premije v okviru prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in neposredna plačila. Neposredna plačila so plačila za tiste zdravstvene storitve, ki jih državljani plačujejo iz svojega žepa² (Korošec, 2003, str. 41-42). V Sloveniji se delež zasebnih sredstev iz leta v leto povečuje. V letu 1992 so le-ta znašala 9,8% vseh izdatkov za zdravstveno varstvo, leta 2002 pa so narasla na 23,3% vseh sredstev. To prikazuje slika 2 (na str. 6).

Kot zanimivost lahko za primerjavo vzamemo svetovno velesilo, Združene države Amerike (v nadaljevanju ZDA). ZDA velja za državo, ki se zanese precej na privatna zavarovanja, vendar je kljub temu še vedno 60% izdatkov za zdravstvo financiranih z javnimi sredstvi. Razlog za to je v velikih neuspehih zavarovalnega sektorja, predvsem na zdravstvenem področju. 40% vseh izdatkov za zdravstvo prispeva prostovoljno zdravstveno zavarovanje, v katerega je vključenih 74% celotnega prebivalstva (Private health insurance in OECD countries, 2004, str. 3).

¹ Približno 74% vseh izdatkov za zdravstveno varstvo je financiranih z javnimi sredstvi (Private health insurance in OECD countries, 2004, str. 2).

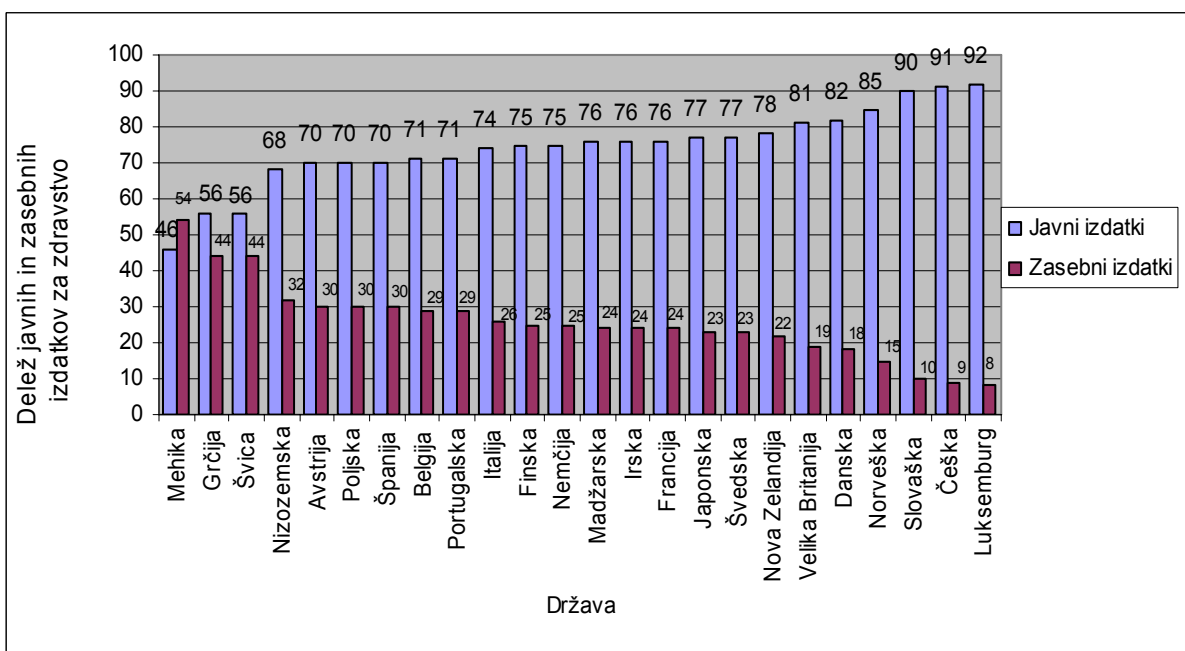
² Obsegajo naslednje kategorije: izdatke za zdravstvene izdelke, naprave in opremo, izdatke za zunajbolnišnične zdravstvene storitve ter izdatke za bolnišnične storitve (Korošec, 2003, str. 42-43).

Slika 2: Gibanje javnih in zasebnih izdatkov za zdravstveno varstvo v Sloveniji v letih 1992-2002



Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 242.

Slika 3: Delež javnih in zasebnih izdatkov za zdravstvo v izbranih državah v letu 2000



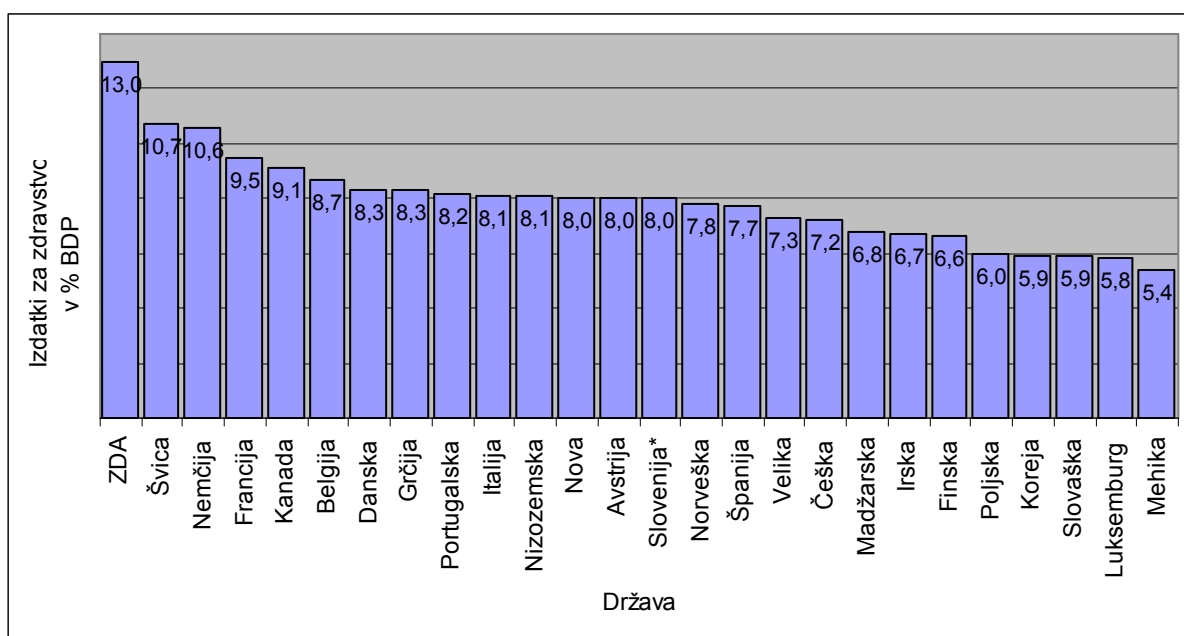
Vir: Zdravstvena reforma. Ljubljana, 2003, str. 253.

Po deležu zasebnih izdatkov v vseh izdatkih za zdravstvo zavzema med državami EU, prikazanimi na sliki 3, prvo mesto Grčija s 44,5%, sledijo ji Nizozemska (32,5%), Avstrija (30,3%) in Španija (30,1%). V razredu med 20 % in 25%, kot jih ima Slovenija, je šest držav

(Finska, Nemčija, Madžarska, Irska, Francija, Švedska), medtem ko ima delež zasebnih izdatkov v vseh izdatkih manjši od 20% pet držav (Velika Britanija, Danska, Slovaška, Češka in Luksemburg).

Pomembna je tudi primerjava deležev sredstev v bruto domačem proizvodu (v nadaljevanju BDP), ki ga v svetu namenjajo prebivalci različnih držav za zdravstvo. Največji delež sredstev v zdravstvu v BDP je bil v letu 2000 v Združenih državah Amerike s 13% BDP in v Kanadi s 9,1%, med članicami EU pa sta to Nemčija z 10,6% in Francija z 9,5% BDP. V Sloveniji predstavlja ta delež 8% BDP, in sicer je ta večji od deleža ostalih kandidat, ki so se skupaj s Slovenijo potegovala za vstop v EU (Madžarska, Češka,...) (Zdravstvena reforma, 2003, str. 251). To primerjavo prikazuje slika 4.

Slika 4: Izdatki za zdravstvo v % BDP v izbranih državah v letu 2000

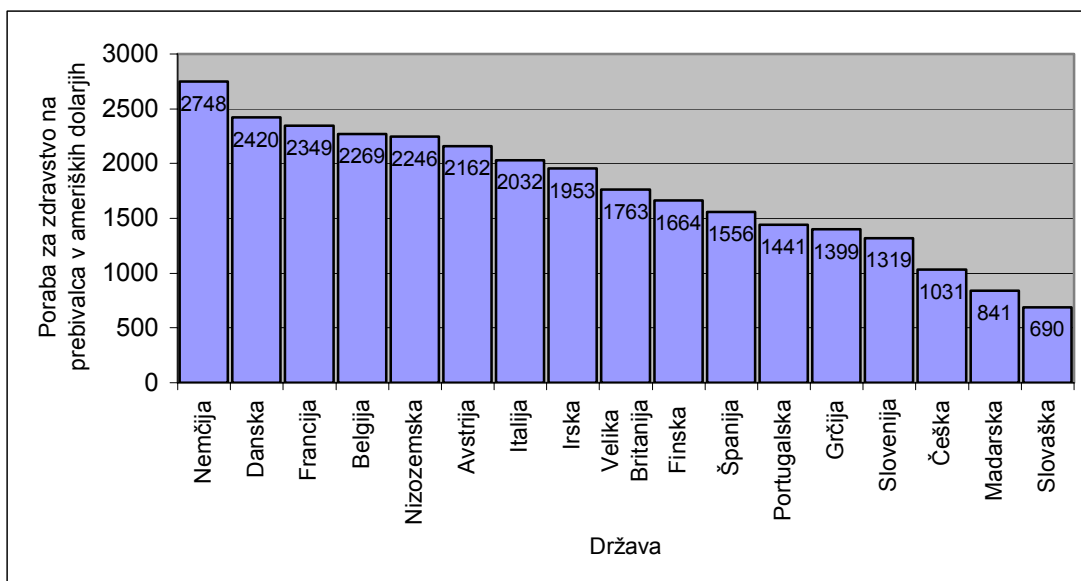


* Zaradi primerljivosti podatkov, ki ne vključujejo stroškov bolezni, so tudi pri Sloveniji stroški bolezni izključeni (v letu 2000 so bolezni znašale 22,7 milijard tolarjev). Drugače pa so stroški bolezni kriti iz zdravstvene blagajne.

Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 252.

Poleg izdatkov za zdravstvo v % BDP, naj prikažem še koliko nameni posamezen prebivalec za zdravstvo. Podatki v sliki 5 (na str. 8) so podani v ameriških dolarjih in upoštevajo kupno moč prebivalstva v letu 2000.

Slika 5: Poraba za zdravstvo na prebivalca v ameriških dolarjih, upoštevajoč kupno moč prebivalstva v letu 2000



Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 253.

Če primerjamo porabo za zdravstvo na osebo v ameriških dolarjih, preračunano na kupno moč prebivalstva, je slika drugačna. Vodilna evropska država, ki je v letu 2000 porabila največ sredstev za zdravstvo na prebivalca je Nemčija z 2.748 dolarjev. Slovenija tiči na repu evropskih držav s 1.319 dolarjev na prebivalca (Zdravstvena reforma, 2003, str. 252).

2.2. OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Leta 1992 so v Sloveniji s sprejetjem Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenim zavarovanjem uvedli obvezno zdravstveno zavarovanje. Izvaja se kot javna služba, po načelih javnih financ in v breme javne porabe (Strmčnik, Gracar, 2000, str. 22). Namenjeno je vsem državljanom republike Slovenije in jim v zameno za plačilo ustreznega prispevka zagotavlja dokaj visoko raven zdravstvene in socialne varnosti.

V obvezno zdravstveno zavarovanje so vključeni vsi državljani Republike Slovenije, ki izpolnjujejo pogoje po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ta določa, da so zavarovani vsi, ki imajo državljanstvo Republike Slovenije in stalno bivališče na njenem območju, ter osebe, ki v Sloveniji opravljajo kakršnokoli pridobitno dejavnost in niso zavarovane po predpisih drugih držav (Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003, str. 17). Na dan 31.12.2002 je bilo v Sloveniji 1.961.434 oseb, ki so bile vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje. V primerjavi z letom 2001 se je število slednjih povečalo za 0,3% (Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003, str. 17).

V Sloveniji je bilo v letu 2002 za zdravstvo namenjenih 475 milijard tolarjev oziroma 8,99% BDP (Zdravstvena reforma, 2003, str. 241). Delež sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje, s katerim razpolaga Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju Zavod), je v letu 1992 znašal 83,0%, z uvedbo doplačil pa se je ta zmanjšal, in sicer je v letu 2002 znašal le 73,5% (Zdravstvena reforma, 2003, str. 258). Sredstva za obvezno zdravstveno zavarovanje, ki jih zbira Zavod, se zagotavljajo pretežno s prispevki³ (98,6%), ki jih Zavodu plačujejo zavarovanci, delodajalci in drugi s tem zakonom določeni zavezanci (ZZVZZ, 2004). K temu deležu prispevajo delodajalci in delojemalci 74,8%, samozaposlene osebe (kmetje in obrtniki) 4,3%, ZPIZ (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje) 16,8% ter ostali prispevki 4,1%. Za brezposelne osebe (tiste, ki so prijavljene na Zavodu za zaposlovanje) plačuje prispevek za obvezno zavarovanje Zavod. Medtem ko osebe, ki so registrirane kot občani, prispevka ne plačujejo. Iz tega sledi, da njihovo zdravljenje bremeni prispevke ostalih zavezancev (Zdravstvena reforma, 2003, str. 258). Odstotki posameznih skupin zavezancev pa so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Prispevne stopnje posameznih zavezancev za obvezno zdravstveno zavarovanje

<i>Zavezanec</i>	<i>Prispevne stopnje v letu 2002 (v %)</i>
Delojemalec	6,36
Delodajalec	7,09
Upokojenec	5,96
Kmet-katastrski dohodek	18,78
Kmet-osnova ZPIZ	6,36
Zbirna prispevna stopnja	13,45

Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 258.

Sredstva Zavoda (zbrana s prispevki obveznega zdravstvenega zavarovanja) se razporedijo za zagotavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in sicer za (ZZVZZ, 2004):

- plačilo programov zdravstvenih storitev (storitve osnovne zdravstvene dejavnosti, specialistične in bolnišnične dejavnosti, lekarniške dejavnosti, zdraviliške dejavnosti, dejavnosti socialnih zavodov, zagotavljanje medicinskih pripomočkov, zdravljenje v tujini, storitve po mednarodnih pogodbah),
- nadomestila plače med začasno odsotnostjo z dela,
- pogrebno in posmrtnino ter
- povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Tista sredstva, ki so namenjena izvajalcem zdravstvenih storitev, Zavod preko določenih metod financiranja razporedi med slednje. V letu 2002 je bilo 85,3% vseh sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje namenjenih izvajalcem zdravstvenih storitev, in sicer bolnišnicam, zdravstvenim domovom, lekarnam, zdraviliščem in socialno zdravstvenim

³ Prispevki se plačujejo od osnov, določenih na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, po proporcionalnih stopnjah, razen za primere, za katere se po tem zakonu plačujejo prispevki v pavšalnih zneskih.

zavodom. 3% vseh izdatkov Zavoda predstavljajo obratovalni stroški in investicijski odhodki Zavoda, boleznine 9,8%, preostalih 1,9% pa je namenjenih zdravljenju zavarovanih oseb v tujini, za stroške izvajanja mednarodnih sporazumov o socialni varnosti, transfere v neprofitne organizacije ter plačila posameznikom (Zdravstvena reforma, 2003, str. 259).

2.3. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI

Privatno oziroma prostovoljno zdravstveno zavarovanje je zavarovanje, za katerega se prostovoljno odloči posameznik ali njegov delodajalec v njegovo korist. Izvajajo ga lahko javne ustanove in neprofitne ali profitne zasebne organizacije (Zdravstvena reforma, 2003, str. 58).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je uvedel prostovoljno zdravstveno zavarovanje za razliko do polne vrednosti storitev iz 2. do 6. točke 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uvede se lahko prostovoljno zavarovanje tudi za večji obseg pravic, kot je določen s tem zakonom, ali za višji standard storitev in za dodatne pravice, ki niso zajete v obveznem zavarovanju. Prostovoljno zavarovanje lahko sklenejo tudi delodajalci za svoje delavce in drugi zavezanici za plačilo prispevkov za druge zavarovane osebe po tem zakonu. Zavod vodi sredstva prostovoljnega zavarovanja ločeno od sredstev obveznega zavarovanja (ZZVZZ, 2004). Za razliko od obveznega zavarovanja, kjer so družinski člani v primeru enega zaposlenega družinskega člana zavarovani po njem, mora biti premija dopolnilnega zavarovanja plačana za vsakega odraslega člana družine (Zdravstvena reforma, 2003, str. 67).

2.4. PONUDNIKI PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V SLOVENIJI

V Sloveniji obstajajo trije ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj:

- Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.,
- Triglav, Zdravstvena Zavarovalnica d.d. in
- Zavarovalna družba Adriatic d.d..

2.4.1. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica je nastala kot posledica novega zakona leta 1998, ki narekuje Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, da iz svoje dejavnosti izloči prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Na začetku (leta 1992) je prostovoljna zdravstvena zavarovanja tržil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki je bil že nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja. To je povzročilo hude zaplete, saj se je ista zavarovalna vrsta (prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila) izvajala po dvojnih predpisih in po dvojni tehnologiji. Posledično se je ustvarjal neenakopraven položaj med izvajalci

zdravstvenega zavarovanja ter tako bil onemogočen normalnejši razvoj zavarovalniške dejavnosti na področju zdravstvenega zavarovanja (Strmčnik, Gracar, 2000, str. 25). Sprejeta sprememba Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 1998 je naložila Zavodu, da iz svoje dejavnosti izloči prostovoljno zdravstveno zavarovanje in da za njegovo izvajanje ustanovi vzajemno družbo kot posebno specializirano zavarovalnico za prostovoljna zdravstvena zavarovanja (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2004). Ta na novo ustvarjena zavarovalnica posluje na dveh temeljnih načelih. Prvo je načelo vzajemnosti, ki pravi, da si zavarovanci medsebojno pomagajo v primeru bolezni ali poškodbe pri kritju stroškov za zdravstvene storitve (Štirn, 1999). Drugo načelo pa je načelo neprofitnosti z naslednjo vsebino: če pride do presežka prihodkov nad odhodki, se ti vrnejo v obliki raznih ugodnosti zavarovancem in se ne delijo med delničarje, kot je to običaj v delniških družbah (Štirn, 1999).

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica nudi svojim zavarovancem podobno paleto prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj kot zavarovalnica Adriatic, in sicer Nadstandard A (paket zavarovanj za večji obseg pravic ali višji standard storitev) in nadstandard B (zavarovanja za dodatne pravice). Vzajemni zavarovalnici so prihodki od zbranih dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj v letu 2002 znašali 53 milijard tolarjev, število zavarovancev, ki se je odločilo za dopolnilna zdravstvena zavarovanja pa je 1.126.196, kar pomeni 0,36% povečanje le teh glede na prejšnje leto (Poslovno poročilo Vzajemne zdravstvene zavarovalnice d.v.z., 2004). Iz tega sledi, da Adriatic in Vzajemna zbereta skupaj nekaj čez 65 milijard tolarjev premij za zdravstveno zavarovanje, kar na letni ravni predstavlja 24,57% vseh zbranih premij v letu 2002 za vsa zavarovanja v Sloveniji (Statistični zavarovalniški bilten, 2003, str. 36).

2.4.2. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica d.d.

Triglav, Zdravstvena zavarovalnica d.d. je na slovenski trg vstopila v letu 2003. Svojim zavarovancem ponuja dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje za razliko do polne vrednosti storitev (Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, 2004).

Poleg tega ima namen trgu ponuditi še celotno paleto zdravstvenih zavarovanj v skladu z veljavno slovensko zakonodajo ter ob tem pripravljati ponudbo zavarovalniških produktov, ki bi postali zanimivi ob morebitni spremembi zakonodaje s področja zdravstvenega zavarovanja (Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, 2002, str. 8). Tako bi v prihodnje ponujali naslednje tipe zdravstvenih zavarovanj:

- prostovoljna vzporedna zdravstvena zavarovanja,
- prostovoljna dodatna zdravstvena zavarovanja in
- posebna obvezna zdravstvena zavarovanja.

2.4.3. Zavarovalna družba Adriatic d.d.

Zdravstvena zavarovanja so v Adriaticu razdeljena na štiri dele, in sicer (Adriatic, 2004):

- *Dopolnilno zdravstveno zavarovanje*: to je zavarovanje vseh doplačil k stroškom zdravstvenih storitev,
- *Skupina B - Zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard storitev* (kot primer naj navedem zavarovanje podaljšane ortopedske rehabilitacije v Ortopedski bolnišnici Valdoltra, zavarovanje nadstandardnih zobozdravstvenih materialov,...),
- *Skupina C - Zavarovanje za dodatne pravice* (na primer zavarovanje bolniške dnevnice, zavarovanje kozmetičnih operativnih posegov,...) in
- *Zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco Coris*. Pri tem zavarovanju je Zavarovalna družba Adriatic d.d. samo prodajalec tega zavarovanja, ga pa ne izvaja.

V zavarovalnici Adriatic so v letu 2002 prihodki od zbranih premij dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj znašali nekaj čez 11 milijard tolarjev, ki jih prispeva približno 260.000 zavarovancev (Kratka predstavitev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, 2003, str. 1). V zavarovalnici Adriatic ponujajo številne vrste nadstandardnih zavarovanj, ki jih bom podrobneje opisala v petem poglavju.

3. TRG PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V EU

Obstoj trga prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj je odvisen od treh pogojev, in sicer od pozitivnega povpraševanja (določeni posamezniki morajo biti nenaklonjeni tveganju), zavarovalna ponudba se oblikuje pri ceni, ki jo je posameznik pripravljen plačati (posameznikova nenaklonjenost tveganju mora biti dovolj velika, da pokrije administrativne stroške in nek normalen dobiček) ter ponudba zavarovanj mora biti tehnično možna (Mossialos, Thomson, 2004, str. 136).

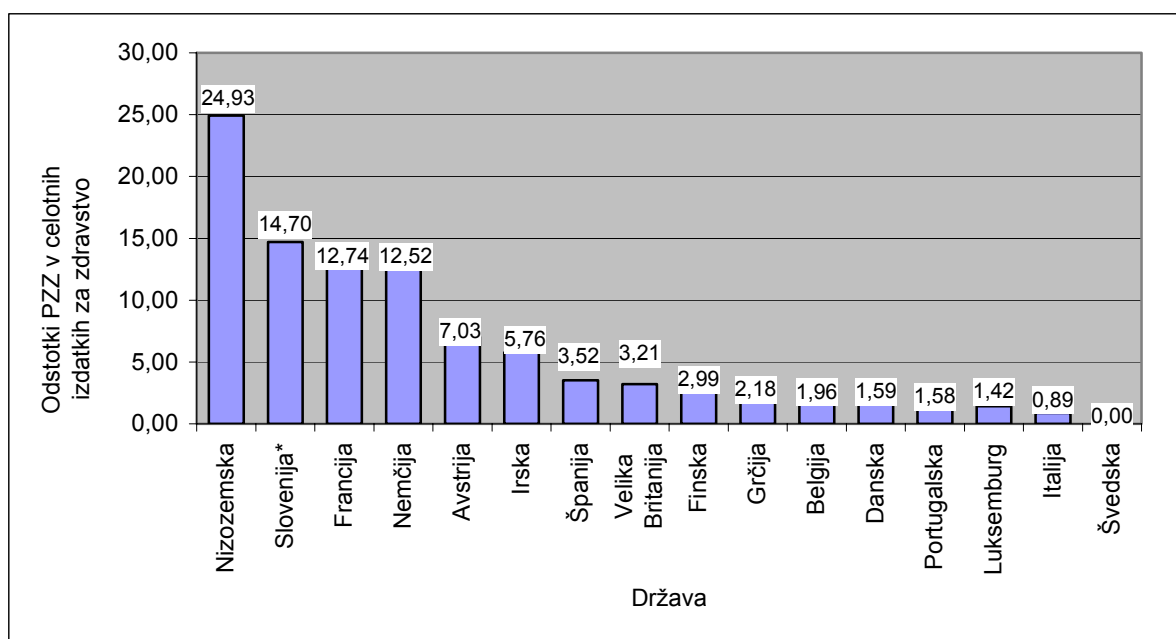
Na drugi strani pa na povpraševanje po prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih vplivajo vsi ali le nekaj od naslednjih dejavnikov: verjetnost nastopa bolezni, velikost izgube, ki jo lahko bolezen povzroči, cena zavarovanj, višina davkov, višina dohodkov in vzgoja (Mossialos, Thomson, 2004, str. 136). Vplivi teh dejavnikov se razlikujejo od države do države in nekatere od teh je težko oceniti.

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja so v veliki večini držav EU namenjena predvsem ljudem z visokimi osebnimi dohodki. V Angliji so to predvsem intelektualci srednjih let, delodajalci in managerji v Londonu in v južnih regijah (Mossialos, Thomson, 2004, str. 136). V Nemčiji je situacija podobna. V sistem prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj so vključeni predvsem mlajši ljudje, večinoma moški, intelektualci in prebivalci zahodne Nemčije. Tudi francoski sistem nekako diskriminira ljudi z nizkimi osebnimi dohodki, tujce, ljudi med 20-im in 24-im letom starosti ter osebe starejše od 70 let, skratka vse, za katere se z večjo verjetnostjo pričakuje, da bi potrebovali kritje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Tudi v Italiji in Španiji so v sistem prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj vključeni predvsem bolj premožni prebivalci.

Vloga prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je zelo pomembna v Združenih državah Amerike, Avstraliji in Švici, medtem ko v EU ta ni tako izrazita. Razlogi za to so predvsem zgodovinski, saj so vlade evropskih držav stremele po tem, da bi vsem državljanom določene države, ne glede na sposobnost plačila, zagotovile osnovne pravice oziroma bi jim bile le-te zagotovljene s socialnim zavarovanjem (Mossialos, Thomson, 2004, str. 128). To je povzročilo, da so se zdravstvena zavarovanja izredno razvila. Financiranje je bilo vezano izključno na javna sredstva, zavarovanje je bilo obvezno in pravice, ki so pripadale državljanom, so bile v celoti krite iz tega zavarovanja. Posledica tega je, da ni bilo prostora za razvoj prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v EU.

Delež prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v celotnih izdatkih za zdravstvo je v različnih evropskih državah različen, v povprečju je nekje pod 10%. Izjema sta le Francija z 12,2% in Nizozemska s 17,7%. V ostalih državah, kot so Belgija, Švedska, Finska, Grčija, Italija, Luksemburg, Portugalska, Španija in Anglija, pa je delež prostovoljnih zavarovanj pod 5%. Visok delež prostovoljnih zavarovanj je le v tistih državah, ki imajo bolj razvita nadomestna zavarovanja⁴, to so Nizozemska, Nemčija in pa tiste države, kjer so uvedena dopolnilna zdravstvena zavarovanja, kot na primer Francija (Šik, 2003, str. 112).

Slika 6: Delež prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj-PZZ (brez neposrednih plačil) v celotnih izdatkih za zdravstvo v letu 2000



*V podatku o deležu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v celotnih izdatkih za zdravstvo za Slovenijo niso zajeti stroški bolnin zaradi zagotovitve mednarodne primerljivosti.

Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 256.

⁴ To so zavarovanja, ki krijejo največ v obsegu standarda obveznega zdravstvenega zavarovanja, in sicer stroške ali del stroškov zdravstvenih zavarovanj in z njimi povezanih storitev oziroma plačil denarnih prejemkov osebam, ki ne morejo biti obvezno zavarovane oziroma so izključene iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, 2004a).

Slika 6 (na str. 13) prikazuje deleže prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (brez neposrednih plačil) v celotnih izdatkih za zdravstvo v letu 2000. Največji delež je v omenjenem letu imela Nizozemska, in sicer 24,93%, sledijo ji Slovenija s 14,70%, Francija z 12,74% in Nemčija z nekoliko nižjim deležem, 12,52%. Razlog za tako visok delež prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj na Nizozemskem in v Nemčiji je v tem, ker so ljudje z visokimi osebnimi dohodki, samozaposlene osebe in večina državnih uslužbencev izključeni iz socialnega zdravstvenega zavarovanja in je njim samim prepuščeno, da se zavarujejo (Private health insurance in OECD countries, 2004, str. 3).

3.1. VRSTE PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V EU

Klasifikacija prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU je naslednja (Mossialos, Thomson, 2004, str. 129-131):

- a. Dodatno (komplementarno) zavarovanje (Complementary voluntary health insurance),
- b. Dopolnilno ali vzporedno (suplementarno) zavarovanje (Supplementary voluntary health insurance) ter
- c. Nadomestno prostovoljno zavarovanje (Substitutive voluntary health insurance).

3.1.1. Dodatno (komplementarno) zdravstveno zavarovanje

To zavarovanje krije stroške ali del stroškov zdravstvenih in z njimi povezanih storitev oziroma izplačil denarnih prejemkov, ki niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, 2004a). Namenjeno je vsem državljanom, v različnih državah pa ga najdemo v različnih oblikah. Tako pravice kot višina povračila za nastalo škodo se razlikujejo od države do države. Po tej definiciji spada v ta tip zavarovanja tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila (Šik, 2003, str. 109).

Dodatno komplementarno zdravstveno zavarovanje prav tako zagotavlja povračilo zneska, ki ga mora zavarovanec plačati ob uporabi specifičnih zdravstvenih storitev v Belgiji, Danski (samo zdravila), Franciji (ambulantna nega⁵), Irski (ambulantni bolniki⁶) in v Luksemburgu (doplačila za bolnišnično nego). Rezultat reforme v Italiji bo dovoljeval, da bodo lahko italijanske vzajemne zavarovalnice krile doplačila in storitve, ki niso del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj za kritje doplačil, z izjemo Francije, ni tako pomemben v EU, ker ni dobičkonosen (Mossialos, Thomson, 2004, str. 130-131).

⁵ Ambulatory care.

⁶ Outpatient care.

3.1.2. *Dopolnilno ali vzporedno (suplementarno) zdravstveno zavarovanje*

Dopolnilna zavarovanja poznamo tudi pod drugim imenom, in sicer kot *vzporedna zdravstvena zavarovanja*, ker so zavarovanci hkrati vključeni tudi v nacionalni sistem zdravstvenega varstva. Za njih je torej značilno dvojno kritje, saj so dvakrat zavarovani za zdravstvene storitve. V Sloveniji se uporablja izraz *vzporedna zavarovanja*, saj je izraz *dopolnilna zavarovanja* uporabljen za zavarovanja za doplačila (Šik, 2003, str. 109).

Vzporedna zdravstvena zavarovanja krijejo stroške ali del stroškov zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, ki bi jih v celoti ali delno krilo obvezno zdravstveno zavarovanje, a jih zavarovanci uveljavljajo po drugačnih postopkih ali ob drugih pogojih kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje (Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, 2004a). Razlogi za uveljavitev po drugačnih postopkih so velikokrat povezani z omejenimi zmogljivostmi ali omejenim obsegom programov za opravljanje določenih storitev (Šik, 2003, str. 109).

Ta vrsta zavarovanja povečuje posameznikovo izbiro in dostop do različnih zdravstvenih storitev, ki zagotavljajo zdravstveno oskrbo in udobje na višji kakovostno ravni, hitrejši dostop do postopkov zdravljenja, predvsem tistih, ki zahtevajo daljšo čakalno dobo (kot je na primer kirurgija). Vzporedno zavarovanje praviloma poveča pravice zavarovanca. Za to zavarovanje tudi pravimo, da vključuje dvojno kritje, predvsem v evropskih državah z državnim zdravstvenim sistemom, kot so Grčija, Italija, Portugalska, Španija in Velika Britanija (Mossialos, Thomson, 2004, str. 131).

3.1.3. *Nadomestno zdravstveno zavarovanje*

Gre za zavarovanje, ki krije največ v obsegu standarda obveznega zdravstvenega zavarovanja, in sicer stroške ali del stroškov zdravstvenih in z njimi povezanih storitev oziroma plačil denarnih prejemkov osebam, ki ne morejo biti obvezno zdravstveno zavarovane oziroma so izključene iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, 2004a).

Primer take vrste zavarovanja najdemo v Nemčiji, na Nizozemskem in v Španiji, kjer določene skupine prebivalstva ne morejo biti vključene v nacionalno shemo ali so iz nje izvzete (Šik, 2003, str. 109). Zaradi tega imajo te osebe nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje kot nadomestek obveznemu (Mossialos, Thomson, 2004, str. 129-130).

V Nemčiji je nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje namenjeno zaposlenim osebam z visokim osebnim dohodkom (meja je 40.500 EUR⁷), samozaposlenim osebam ter državnim uslužbencem. Ti imajo možnost, da ostanejo v nacionalni shemi oziroma v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja ali pa da iz njega izstopijo in si zagotovijo prostovoljno zdravstveno zavarovanje (Mossialos, Thomson, 2004, str. 129-130). Za drugo možnost se v

⁷ Šik, 2003, str. 109.

Nemčiji odloči le polovica zaposlenih in njihovih družinskih članov, večina pa jih ostane v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja. Razlog za tako nizko število ljudi, ki pristopi k prostovoljnemu zdravstvenemu zavarovanju je v tem, da družinski člani niso avtomatično zavarovani po njih kot velja to za obvezno zdravstveno zavarovanje (Thomson, Busse, Mossialos, 2002, str. 431). Državnim uslužbencem in samozaposlenim je dovoljeno, da ostanejo pod državno zaščito le v primeru, če so člani sistema obveznega zavarovanja določeno število let (Mossialos, Thomson, 2004, str. 129-130).

Zdravstveni sistem na Nizozemskem temelji na treh stebrih. Prvi steber predstavlja univerzalno državno shemo za izjemno medicinsko porabo (na Nizozemskem imenujejo ta steber AWBZ - Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), ki zagotavlja kritje vsem svojim državljanom za drago in dolgo zdravstveno nego, kot je na primer zdravljenje v bolnišnici, nega invalidnih oseb in druge. Sredstva iz tega stebra so tako javne kot privatne narave. Drugi steber (to je tako imenovan ZFW steber - Ziekenfondswet) določa Zakon o zdravstvenem zavarovanju, po katerem so zavarovani zaposleni državljani do 65. leta starosti, katerih zaslužek ne presega 29.300 EUR letno, državljani z državno podporo in nekatere samozaposlene osebe. Tiste osebe, ki so zavarovane po principu do 65. leta starosti, imajo možnost, da se po preteku zavarovanja vključijo v sistem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (pod določenimi pogoji) ali pa da ostanejo kjer so. Osebe z visokim osebnim dohodkom (meja je dohodek v višini 30.700 EUR⁸) praviloma niso vključene v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja in večina njih se odloči za nadomestna zavarovanja. Tretji steber zdravstvenega zavarovanja pa je sestavljen iz dodatnega (komplementarnega) in vzporednega zavarovanja (Mossialos, Thomson, 2004, str. 130).

V Španiji imajo zaposleni v javnem sektorju možnost izbire. Lahko so del sistema obveznega državnega zdravstvenega zavarovanja (vodi ga agencija za nacionalno socialno zavarovanje Insalud), ali pa se priključijo vladni zdravstveni zavarovalni shemi, financirani z javnimi sredstvi (tako imenovana Muface), ki prav tako zavaruje svoje člane (takih je približno 85%) (Mossialos, Thomson, 2004, str. 130).

Na Portugalskem (v devetdesetih letih) je bilo dovoljeno, da prebivalci izstopijo iz sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar ta vidik zakona ni bil nikoli izveden. Italijanska vlada je v devetdesetih letih tudi dovoljevala to opcijo (Mossialos, Thomson, 2004, str. 130).

3.2. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V EU

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v EU zajema zavarovanje široke palete zdravstvenih storitev in ponuja veliko možnost izbire. Zavarovanci lahko koristijo storitve, ki zajemajo široko področje, od povračil bolnišničnih stroškov za lepotne operacije do alternativnih

⁸ Šik, 2003, str. 109.

zdravljenj. Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje nudi najbolj obsežne pakete storitev in drugih pravic kot posledica stroge vladne regulative. Ponujajo tudi pravice, ki so zelo podobne tistim, ki so krite iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pravice, ki izhajajo iz dodatnega in vzporednega zavarovanja niso kontrolirane s strani države, kar daje svobodo zavarovalnicam, da same postavijo velikost in obseg paketov, ki jih bodo ponujale. To je privedlo do močnega porasta dodatnega (komplementarnega) in vzporednega (suplementarnega) zdravstvenega zavarovanja. Tako imajo posamezniki možnost široke izbire zdravstvenih storitev in drugih pravic pri prej omenjenih zavarovanjih. Izbirajo lahko raven kritja, način plačila, obliko povračila in drugo (Mossialos, Thomson, 2004, str. 142).

3.3. PONUDNIKI PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V EU

Komercialni ponudniki oziroma zavarovalnice prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj so sedaj prisotne v večini evropskih držav, čeprav so zaradi različnih zgodovinskih razlogov na trgu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj prevladovale tako imenovane (neprofitne) vzajemne zavarovalnice (mutual associations), in sicer v Belgiji, na Danskem, v Franciji, Nemčiji, Luksemburgu, na Nizozemskem in v Veliki Britaniji. V prihodnosti naj bi se število teh vzajemnih zavarovalnic zmanjšalo predvsem na račun profitnih organizacij – komercialnih zavarovalnic (Mossialos, Thomson, 2004, str. 138). Zaenkrat pa si vzajemne in komercialne zavarovalnice delijo tržni delež v polovici (Šik, 2003, str. 110).

Trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU obvladuje relativno majhno število podjetij. Leta 1998 je bilo 54,9% vseh premij prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU zbranih od 25 podjetij, od katerih je bilo 17 nemških (Mossialos, Thomson, 2004, str. 138). Število ponudnikov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU znatno variira od države do države. Za primer naj navedem število ponudnikov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Avstriji, ki jih je devet, medtem ko jih je v Franciji 142. Specializiranih zavarovalnic na področju prostovoljnih zavarovanj je tretjina v Veliki Britaniji, nekaj manj kot polovica na Nizozemskem, vsi v Nemčiji in nič v Avstriji. V prihodnje je pričakovati nadaljnje utrjevanje trga ter dejstvo, da bodo nespecializirane zavarovalnice in dobičkonosna podjetja povečala svoj delež na trgu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (Mossialos, Thomson, 2004, str. 138).

Največji trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU je nemški, katerega vrednost je v letu 1998 znašala 19,8 milijard EUR. Nemčiji sledijo Francija, Nizozemska in Velika Britanija (Mossialos, Thomson, 2004, str. 138).

3.4. PREMIJE PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Zavarovalne premije so lahko oblikovane na dva načina, in sicer: nanašajo se lahko na skupino zavarovancev ali pa so ocenjene glede na individualno tveganje. Premije za skupine zavarovancev so za vse člane skupine enake, medtem ko se individualne premije razlikujejo glede na določene faktorje, kot so starost, spol, zaposlitev, pretekle bolezni v družini in drugo (Mossialos, Thomson, 2004, str. 141). Zavarovalnice določajo višino premij predvsem na podlagi starosti in prej obstoječih stanj kot pa na podlagi bolj podrobnih informacij.

Individualno določanje premij tako povzroči, da so premije za starejše in bolehnne (slabotne) višje. Privatnim zavarovalnicam je tudi omogočeno, da zavrnejo dostop posameznikom, ki imajo visoko stopnjo tveganja za nastanek določene bolezni oziroma bolezenskega stanja (Private health insurance in OECD countries, 2004, str. 3).

Bolj pogosto je tako imenovano skupinsko določanje premij. To metodo uporabljajo države kot so Združene države Amerike (v katero je vključene preko 70% celotne populacije), Francija, Nemčija, Anglija (tu je tri četrtine populacije vključene v dopolnilno-vzporedno zdravstveno zavarovanje), Kanada in Portugalska (Private health insurance in OECD countries, 2004, str. 3). Razlog za tak razvoj tako oblikovanih premij je v finančnih ugodnostih teh polic. Zavarovani lahko uživajo v nižje oblikovanih premijah, saj je tveganje porazdeljeno med več zavarovancev (Private health insurance in OECD countries, 2004, str. 3).

Zaradi odprave državne (zaščitene) cene in kontrole proizvodov, so zavarovalnice, ki ponujajo dodatno (komplementarno) in vzporedno (suplementarno) prostovoljno zdravstveno zavarovanje proste pri oblikovanju premij. V nasprotju pa so zavarovalnice, ki ponujajo nadomestna prostovoljna zdravstvena zavarovanja prisiljene določati premije na podlagi določenih regulativ v zvezi z višino premije in drugih pogojev (Mossialos, Thomson, 2004, str. 141).

4. REFORMA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Slovenski zdravstveni sistem se v zadnjih letih srečuje z vse večjimi primanjkljaji, zato je nujno, da se izvede reforma omenjenega sistema. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je v letu 2002 dosegel 8,8 milijard tolarjev primanjkljaja, kar predstavlja 0,2 odstotni delež v bruto domačemu proizvodu (Bilten javnih financ, 2003, str. 62). Konec leta 2002 je primanjkljaj znašal že 15,3 milijarde tolarjev, konec leta 2003 pa se je le-ta znižal na 11,345 milijarde tolarjev. Vse višji stroški v zdravstvenem varstvu so posledica vse večjega povpraševanja državljanov po novih zdravstvenih pravicah, po njihovi univerzalni dostopnosti ter po kakovosti. Poleg tega pa je za višje stroške krivo tudi naraščanje števila starejših

prebivalcev in s tem števila kroničnih bolnikov, ki potrebujejo in uporabljajo zdravstveno varstvo (Keber, 2003, str. 19).

4.1. CILJI ZDRAVSTVENE REFORME

Leta 2003 je bila v ospredju reforma zdravstvenega zavarovanja, tako imenovana »Bela knjiga«, ki je govorila o spremembah, ki bi jih bilo potrebno narediti v zdravstvu. Cilji reforme naj bi zajemali štiri sklope vrednot: pravičnost, dostopnost, kakovost in učinkovitost, iz katerih izhajajo šest glavnih ciljev reforme (Keber, 2003, str. 20):

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

Zdravstvena reforma je v primeru opustitve prostovoljnih dopolnilnih zavarovanj predpostavila vzpostavitev novega trga prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. To so zavarovanja, ki so v večini držav EU že uvedena. Zdravstvena reforma sicer predlaga razvoj v nadaljevanju omenjenih zavarovanj, ne predvideva pa, kako naj bi se le-ta razvila na slovenskem trgu.

Predlagatelji reforme predlagajo naslednja zavarovanja (Zdravstvena reforma, 2003, str. 82):

- a. *Vzporedno zavarovanje*: to je zavarovanje za zdravstvene obravnave in storitve, katerih število je v obveznem zdravstvenem zavarovanju omejeno na letni ravni.
- b. *Zavarovanje za nadstandardne storitve, zdravila in pripomočke*: tako kot izboljšujemo storitve in proizvode, tako tudi zdravila, tehnične pripomočke in ostale stvari neprestano spreminjamo.
- c. *Zavarovanje za storitve, ki niso predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja*: sem uvrščamo vse storitve in proizvode, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije (primer so estetske operacije, zobozdravstvene storitve, itd.).
- d. *Zavarovanje za izbor izvajalca določenega posega*: to se nanaša predvsem na osnovno zdravstveno varstvo. Na sekundarni in terciarni ravni je to praktično nemogoče, saj bi prišlo do tega, da bi vsi pacienti želeli izbrati najbolj priznane zdravnike. V primeru, da bi takšno zavarovanje uvedli, to ne bi smelo zmanjšati dostopnosti do teh zdravnikov za ostale državljane, če ti zdravniki delajo v javnem sistemu.
- e. *Zavarovanje za zdravljenje v tujini*: to zavarovanje povečuje možnost izbire. Po napovedih piscev zdravstvene reforme naj bi se za omenjena zavarovanja odločili predvsem premožnejši državljani, kar je razvidno tudi v sistemu zdravstvenega zavarovanja v EU.

Z ukinitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja bi se spremenil sistem plačevanja prispevkov za zdravstvene storitve. Novi zdravstveni prispevek za zaposlene bi znašal 1,95% bruto plače, skupaj z dosedanjim 6,36% pa bi dosegel 8,31% bruto plače. Prelom med sedanjo povprečno premijo (na podlagi izračunov Ministrstva za zdravje) in novim zdravstvenim prispevkom bi bila bruto plača v višini 205.828,00 tolarjev. To pomeni, da bi zaposleni, ki imajo bruto plačo višjo od 205.828,00 SIT (teh je 39,1%), plačevali več, kot plačujejo danes. Ostalih 60,9% zaposlenih pa bi plačevalo manj, kot plačujejo danes (Zdravstvena reforma, 2003, str. 77).

Za upokojence je izračun nekoliko drugačen. Slednjim plačuje danes Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje prispevek v višini 5,96% bruto pokojnine za obvezno zdravstveno zavarovanje. Po novem bi prispevek za dopolnilna zavarovanja znašal 4,06% od njihove neto pokojnine. Prelom bi bil pri pokojnini v višini 113.374,00 tolarjev. Upokojenci, ki imajo neto pokojnino višjo od prej omenjene meje (teh je 30,5%), bi plačevali več kot sedaj, tisti z nižjo pokojnino od 113.374,00 tolarjev (teh je 69,5%) pa bi plačevali manj kot sedaj.

4.2. KRITIKA ZDRAVSTVENE REFORME

S časom pa je prišlo do velikega nestrinjanja s predlogi zapisanimi v zdravstveni reformi. Proti uvedbi zdravstvene reforme so (Ministrstvo za zdravje, 2004⁹):

- večina zdravstvenih delavcev (ginekologi, pediatri, patronažne službe,...),
- nekatere politične stranke (Demokratska stranka upokojencev Slovenije - Desus),
- razne organizacije (Unicef),
- Slovensko zdravniško društvo, Zdravniška zbornica Slovenije, Zbornica zdravstvene nege, Farmaceutvska zbornica, sindikati zdravnikov, sester, farmacevtov, ZZZS, združenja ekonomistov, sociologov, predstavnikov uporabnikov in mnogih drugih,
- zlasti pa zavarovalnice (Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, Zavarovalna družba Adriatic d.d.), saj bi jim reforma zmanjšala precejšen del dohodka (Ministrstvo za zdravje, 2004).

Ker diplomsko delo temelji na razvoju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Zavarovalni družbi Adriatic d.d., je prav, da predstavimo Adriaticovo stališče do zdravstvene reforme.

Četrtnina vseh sredstev za zdravstveno varstvo se sedaj namenja iz zasebnih sredstev, to so sredstva privatnih zdravstvenih zavarovalnic in samoplačniški denar. 15% predstavljajo premije za zavarovanje doplačil, približno 10% pa predstavljajo direktna plačila za samoplačniške storitve in (do)plačila za zdravila. Zanimljivo je, da v višini manj kot 2% sredstev zavarovalnice predstavljajo premije nadstandardnih zavarovanj. V EU je

⁹ Več o predlogih posameznih skupin, ki so proti uvedbi zdravstvene reforme, je opisano na spletni strani Ministrstva za zdravje: www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf.

povprečni delež teh sredstev okrog 7% (od 2% do 15%). Po predlagani reformi bi se omenjeno razmerje v Sloveniji spremenilo v prid javnih sredstev v višini 90%, preostalih 10% bi predstavljal samoplačniški denar. S tem naj bi se tudi delež javnih sredstev v primerjavi z bruto domačim proizvodom povečal na 8,6%, kar je največ v primerjavi z razvitimi evropskimi državami. Z reformo bi se oddaljili od ureditve financiranja zdravstvenih sistemov v EU, namesto da bi se jim približevali. Z makroekonomskega vidika je namreč sedanje razmerje med zasebnimi in javnimi sredstvi v Sloveniji popolnoma primerljivo s povprečnim razmerjem v EU, ki se giblje med 60% in 80%, in ki po izkušnjah članic EU predstavlja tudi optimalno kombinacijo obeh načinov financiranja glede na rezultate (Ministrstvo za zdravje, 2004).

Za ohranitev obstoječega portfelja in s tem tudi deleža zasebnih sredstev zavarovalnic med 10 in 15%, bi morale zavarovalnice za razvoj prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v kratkem času realizirati prodajo nadstandardnih zavarovanj v najmanj 100 kratniku dosedanjega obsega. To ni mogoče zaradi več razlogov. Eden izmed teh je, da ni detajlnih standardov, kaj krije obvezno zdravstveno zavarovanje, na podlagi katerih bi zdravstveni izvajalci lahko določili in ponujali nadstandardne storitve, zdravstvena reforma o razvoju nadstandardnih zavarovanj sploh ne govori ter na koncu tudi ljudje ne bodo povpraševali po nadstandardnih zavarovanjih, saj pričakujejo, da bo obseg pravic iz obveznega zavarovanja obsegal »vse do sedaj krite storitve«, po napovedih ministra pa naj bi se celo povečal (Ministrstvo za zdravje, 2004).

Zavarovalnicam bi se z uvedbo zdravstvene reforme ravno v času vstopa v EU poslabšal izhodiščni položaj v primerjavi s tujimi zavarovalnicami. Še slabše, z ukinitvijo tega portfelja grozi izguba vsaj 300 delovnih mest pri dveh zavarovalnicah, namesto da bi se lahko okrepljene postavile ob bok konkurenčnim tujim zavarovalnicam (Ministrstvo za zdravje, 2004).

5. PREDSTAVITEV ZAVAROVALNE DRUŽBE ADRIATIC d.d. KOPER

5.1. PREDSTAVITEV ZAVAROVALNICE ADRIATIC

Zavarovalna družba Adriatic je prva slovenska zavarovalnica, ki se je preoblikovala iz monopolnega zavarovalnega sistema ter vnesla v slovenski zavarovalni prostor dodatno raznolikost in konkurenčnost. Adriatic je nastal 20.11.1990 z osamosvojitvijo takratne območne skupnosti Koper, ki je bila v sestavi tedanje Zavarovalne skupnosti Triglav in se registriral kot samostojna pravna oseba pod imenom Adriatic Zavarovalna družba d.d. Koper s sedežem v Kopru (Letno poročilo Zavarovalne družbe Adriatic d.d. Koper za leto 2002, 2003, str. 22).

Delničarji Zavarovalne družbe Adriatic so Slovenica d.d. z 51,19 odstotnim deležem, Banka Koper d.d. s 17,69 odstotnim deležem, Modra linija holding d.d. s 15,86 odstotnim deležem, Pozavarovalnica Sava d.d., ki ima 12,84 odstotkov lastniškega deleža, P.F.C.I. d.o.o. 1,82 odstotkov, ostalim lastnikom pa preostane 0,59 odstotkov lastniškega deleža. Lastne delnice predstavljajo 0,01% (Letno poročilo Zavarovalne družbe Adriatic d.d. Koper, 2004, str. 20).

Adriatic je pričel poslovati s pestro ponudbo zavarovalniških produktov, vendar je razvoj novih zavarovanj vedno postavljal kot enega izmed osrednjih strateških ciljev. Razvoj novih zavarovanj je temeljil na potrebah trga ter priložnostih in izzivih, ki jih je odpirala zakonodaja in drugi vzvodi. Ključnega pomena je bil razvoj in uvedba prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, saj je bil Adriatic leta 1993 edina zavarovalnica, ki je poleg Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, trgu uspela ponuditi prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Šele leta 1999 je bila z zakonom ustanovljena Zdravstvena zavarovalnica, ki se je v celoti, s kadri, znanjem, utečenimi poslovnimi procesi in produkti izločila iz Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Letno poročilo Zavarovalne družbe Adriatic d.d. Koper, 2003, str. 24).

5.2. ORGANIZACIJA ZAVAROVALNICE ADRIATIC

Danes Adriatic d.d. posluje s sedežem na Ljubljanski cesti 3a, 6503 Koper. Po Sloveniji ima devet poslovnih enot, in sicer v Novi Gorici, Postojni, Ljubljani, Kopru, Kranju, Novem Mestu, Celju, Mariboru in Murski Soboti. Razvejana tržna mreža devetih poslovnih enot z 79-imi prodajnimi mesti zagotavlja, da so Adriaticove zavarovalne storitve vedno dosegljive vsem zavarovancem, tako pri sklepanju zavarovanj kot pri reševanju škod (Letno poročilo Zavarovalne družbe Adriatic d.d. Koper, 2003, str. 55).

V letu 1997 se je Adriatic osredotočil na razvoj lastne mreže zavarovalnih zastopnikov in razvil kakovostno strukturo zastopnikov. Adriatic postavlja v središče svojih tržnih aktivnosti prav zavarovalnega zastopnika, zato posveča veliko pozornosti izboru, izobraževanju in strokovnosti zastopnika. S tem namenom je Adriatic razvil svoj sistem izobraževanja in usposabljanja zavarovalnih zastopnikov. Tudi sicer Adriaticova politika kadrov temelji na skrbni izbiri kadrov, ki se identificirajo s cilji družbe ter jim omogoča strokovni in osebni razvoj ter možnost realizacije njihovega znanja in sposobnosti pri delu (Letno poročilo Zavarovalne družbe Adriatic d.d. Koper, 2004 str. 15).

5.3. VRSTE ZAVAROVANJ

Zavarovalnica Adriatic nudi svojim zavarovancem mnogo vrst zavarovanj. Ti lahko zavarujejo sebe, svoje živali, domove, potovanja in še marsikaj drugega. V nadaljevanju bom

na kratko opisala zavarovalne produkte, ki jih lahko zavarovanci dobimo v Zavarovalni družbi Adriatic d.d. Koper.

Zavarovanja so zaradi boljše preglednosti poimenovana na naslednje načine (Adriatic, 2004):

- *Oseba*: v tem sklopu so zbrana zavarovanja, s katerimi varčujemo, načrtujemo in se zavarujemo pred nepredvidljivimi dogodki ter poskrbimo za socialno in finančno varnost sebe in svoje družine (življenjska zavarovanja, nezgodna, pokojninska in druga zavarovanja)
- *Zdravje*: zdravja kot takega ni mogoče zavarovati, zavarujemo pa se lahko pred stroški zdravljenja z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem za vsa doplačila k stroškom zdravstvenih storitev. Več o nadstandardnih zdravstvenih zavarovanjih, ki jih ponuja zavarovalnica Adriatic je opisano v nadaljevanju.
- *Vozila*: prevozna sredstva lahko zavarujemo za škodo na njih samih – kasko in za škodo, ki jo povzročimo drugim udeležencem v prometu - zavarovanje odgovornosti.
- *Dom*: izbiramo lahko med naslednjimi vrstami zavarovanj: potresno zavarovanje, zavarovanje računalnikov, novo zavarovanje Superstan (gre za najnovejšo in najcelovitejšo obliko premoženjskega zavarovanja na slovenskem trgu, ki na eni polici omogoča celovito zavarovanje doma) in druga.
- *Podjetje*: z zavarovanjem podjetja se zavarujemo, da ne bo ogrožena naša dejavnosti in ne nazadnje ekonomski položaj nas in naše družine.
- *Živali*: zavarovati je mogoče pse, mačke, konje, govedo in druge živali.
- *Turizem*: Adriatic nudi turistično zavarovanje, ki vključuje zdravstveno zavarovanje z asistenco v tujini in ostala turistična zavarovanja.

Ker diplomska naloga temelji na razvoju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, je v nadaljevanju predstavljen podroben opis nadstandardnih zdravstvenih zavarovanj (skupini zavarovanj B in C), ki spadajo v sklop prostovoljnih zavarovanj v zavarovalnici Adriatic.

V skupino B uvrščamo 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 (Dragan, 2003, str. 11). V to skupino spadajo naslednja zavarovanja (Adriatic, 2004):

- 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 za višji standard bolnišničnega in zdraviliškega zdravljenja.

V primeru, da se zavarovanec odloči zavarovati le za dodatne pravice, mu v Adriaticu nudijo zdravstvena zavarovanja iz skupine C, ki so sledeča (Adriatic, 2004):

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

Zavarovanje C02 je bilo izključeno iz ponudbe zavarovanj za dodatne pravice.

6. MOŽNOSTI ZA RAZVOJ PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ

Državljeni postajajo vse bolj zahtevni kar se tiče zdravja in zdravstvenega varstva. Vse bolj so usmerjeni v to, da dobijo čimveč, da so storitve kakovostne, aktivno iščejo informacije o ohranjanju in krepitvi zdravja ter postajajo vse bolj osveščeni. Ravno zaradi tega so podjetja (v tem primeru zavarovalnice) vse bolj prisiljene v razvoj novih zavarovalnih produktov, ki jih bodo državljeni potrebovali. Ni dovolj, da si pridobijo sloves na trgu, ampak je vse bolj potrebno, da neprestano stremijo k potrebam in željam odjemalcev.

Razvoj novega proizvoda oziroma storitve predstavlja v zavarovalnici velik izziv. Uspešen proizvod lahko pomeni velik uspeh zavarovalnici. Na drugi strani pa lahko neuspeh povzroči nemalo preglavic. Na eni strani imajo zavarovalnice stroške, ki jih morajo pokriti s proizvodnjo proizvoda oziroma s trženjem storitev, po drugi strani pa lahko izgubijo veliko kapitala, ki bi ga lahko porabile za bolj dobičkonosne posle. Zavarovalnice imajo tako dve možnosti izbire za razvoj uspešnosti novega proizvoda oziroma storitve. Lahko se odločijo, da bodo obstoječe proizvode dopolnjevale in razvijale, ali pa se odločijo za razvoj novega proizvoda na obstoječih novih trgih.

Na področju zdravstvenih zavarovanj je večji del storitev še vedno zagotovljen v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja z relativno širokim obsegom pravic in dokaj visokim standardom storitev. Po drugi strani obstoječa ureditev ni posebej naklonjena zagotavljanju razmer, ki bi izvajalcem olajšale širši razmah zasebne dejavnosti, kateremu bi lahko sledil tudi razvoj prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (Šik, 2003, str. 122). V letu 1992 so bila v Sloveniji uzakonjena prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ki pa se v sedanjih desetih letih niso bistveno razvila. Obseg privatnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj brez doplačil je v letu 2002 znašal 1‰ v vseh sredstvih obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Šik, 2003, str. 122).

V nekaterih državah EU (primer je Nemčija) so prostovoljna zdravstvena zavarovanja namenjena predvsem prebivalcem z visokim osebnim dohodkom. V Sloveniji je takega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja zaenkrat še malo, lahko pa pričakujemo, da se bo z

vključitvijo Slovenije v EU le-to povečalo. Evropske zavarovalnice bodo z odprtjem meja postopoma začele ponujati široko paleto svojih zavarovanj. Potreben je premišljen postopek, kako uvesti nova zavarovanja in kako okrepiti samo zavarovalno družbo.

6.1. RAZVOJ PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V ZAVAROVALNICI ADRIATIC

Za razvoj trga prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji si lahko pomagamo s pregledom prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj drugod po svetu. Vsaka država ima namreč razvit svoj sistem zdravstvenih zavarovanj, s svojimi prednostmi in slabostmi ter priložnostmi in nevarnostmi. V tem poglavju je prikazana primerjava Slovenije z EU.

Druga možnost prikazuje razvoj prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj za storitve, ki so zaenkrat še del sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja. To podpoglavje prikazuje možnost razvoja prej omenjenih zavarovanj, če bi del storitev izključili iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in bi to funkcijo prevzeli ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji.

Poleg prvih dveh možnosti pa obstaja še ena opcija razvoja prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, to je razvoj obstoječih zavarovanj. V zavarovalnici Adriatic obstaja možnost, da bi pospešili razvoj zavarovanj iz zavarovalnih skupin B in C, in sicer zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard storitev ter zavarovanje za dodatne pravice. Namen tega poglavja je poiskati, katera zavarovanja iz prej omenjenih skupin bi lahko bolje razvili, da bi postala zanimiva za obstoječe in potencialne zavarovance.

Razvoj prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj bi bil zelo pomemben predvsem v primeru uresničitve prej omenjene zdravstvene reforme s strani Ministrstva za zdravje. Ker zavarovalnica Adriatic pridobiva večino sredstev iz zavarovanja za doplačila, bi se morala v primeru uresničitve zdravstvene reforme preusmeriti na druga zavarovanja. Prisiljena bi bila poiskati nova zavarovanja ali pa bolj razvijati obstoječa.

6.2. VRSTE MOŽNIH PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ

6.2.1. Razvoj prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki že obstajajo v EU

Ena izmed možnosti razvoja prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji je razvoj takih zavarovanj, ki so že prisotna v EU. Raziskave so narejene na podlagi zavarovalnice Adriatic, zato je v nadaljevanju predstavljeno, kako lahko slednja razvije tista zavarovanja, ki so sicer že raziskana in uspešno uvedena na evropski trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Kot je že prej omenjeno, poznamo v EU tri vrste prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, in sicer: nadomestna, dodatna in dopolnilna oziroma bolj rečeno vzporedna zdravstvena zavarovanja.

V nadaljevanju je prikazano, kako delujejo ta zavarovanja v slovenskem zdravstvenem sistemu.

Nadomestna zavarovanja so v Sloveniji namenjena skupinam ljudi, ki po zakonu ne morejo biti obvezno zavarovani (tujci). Širša uvedba privatnih nadomestnih zdravstvenih zavarovanj za državljane, ki bodo namesto obveznega lahko izbrali (ali morali) prostovoljno privatno zavarovanje, bi bila možna z ustrezno celovito spremembo zakonodaje, ki izloča določene skupine ljudi iz sedanjega sistema obveznega zavarovanja (Šik, 2003, str. 124).

Vzporedna zavarovanja v EU omogočajo posameznikom, da dobijo potrebno zdravstveno oskrbo in udobje na višji kakovostni ravni. V Sloveniji je možnost razvoja vzporednih zavarovanj razdeljena na dva dela. Del, ki zadeva zavarovanje za višjo kakovost nastanitve v bolnišnicah in zdraviliščih ter dodatne ugodnosti (nemedicinske storitve, izbira zdravnikov oziroma specialistov itd.) in del, ki zadeva zavarovanja proti čakalnim dobam pri določenih storitvah (predvsem pri operacijah). Pri zavarovanju za čakalno dobo se zavarovanec hkrati zavaruje za stroške celotne zdravstvene storitve. Tukaj naletimo na oviro: v primeru, da posameznik uporablja storitve javne zdravstvene službe, je v javnih ustanovah prisotna nevarnost kršenja načela pravičnosti dostopa. Iz tega sledi, da brez ustreznih zakonskih sprememb tudi na izvajalski strani ne bo spodbude za hitrejši razvoj te vrste zavarovanj. Potrebno bi bilo urediti sisteme financiranja javne in zasebne zdravstvene službe, možnost ponudbe zasebnih postelj, ustvariti pravila hkratne zaposlitve zdravnikov v javnem in zasebnem sektorju, določiti standarde storitev, ki so krite z obveznim zdravstvenim zavarovanjem pri javnem ali zasebnem izvajalcu s koncesijo (Šik, 2003, str. 124).

Poleg omenjenih zavarovanj je možen tudi razvoj prostovoljnih skupinskih zavarovanj, ki jih za zaposlene sklepajo in plačujejo delodajalci delno ali v celoti. Tako postanejo tveganja posameznikov porazdeljena, premija pa je lahko nižja in pogosto enotna za vse. Omenjena zavarovanja predstavljajo po vzoru pokojninskega sistema enega od treh stebrov zdravstvenih zavarovanj. Prvi steber predstavlja obvezno zdravstveno zavarovanje, drugi skupinsko zavarovanje zaposlenih s strani delodajalca, tretji steber pa prostovoljno individualno privatno zdravstveno zavarovanje (Šik, 2003, str. 125).

6.2.2. Razvoj prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj za storitve, ki spadajo v okvir obveznega zdravstvenega zavarovanja

Poleg razvoja zavarovanj, ki so že uveljavljena v EU, se lahko odločimo tudi za razvoj zavarovanj za storitve, ki sicer spadajo v košarico storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Razvoj teh zavarovanj je možen le v primeru, da bi določena zavarovanja, ki so sedaj v domeni obveznega zdravstvenega zavarovanja, izločili iz omenjenega. Posledica tega bi bila, da bi se bili ljudje prisiljeni prostovoljno zavarovati za storitve, ki bi bile po novem izločene iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

V nadaljevanju so prikazana zavarovanja, ki spadajo v okvir obveznega zdravstvenega zavarovanja in njihov možen razvoj v sistemu privatnih zdravstvenih zavarovanj, če bi jih izključili iz obveznega zavarovanja (Šik, 2003, str. 123-124):

- Za zavarovanja za dolgotrajno nego (v tujini pod imenom long term care - LTC) je v državah EU značilna visoka cena in izjemna nestabilnost trga predvsem zaradi staranja prebivalstva in zdravstvenih stroškov. Tako zavarovanje je v socialno naravnanih sistemih organizirano pretežno kot javno in je obvezno. Za razvoj dodatnega privatnega zavarovanja za dolgotrajno nego, ki bo kril stroške boljše nemedicinske oskrbe ali zagotovil višje nadomestilo, bo potrebno določiti osnovni standard kritja pravic, ki bodo še krite iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- Izključitev manj nujnih zdravstvenih storitev bi omogočila uvedbo privatnih dodatnih zavarovanj za nenujne storitve oziroma storitve, ki jih bodo morali zavarovanci plačati sami.
- Na osnovi zakonske izločitve nadomestil za nemedicinske storitve, ki so še v sistemu pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja (potni stroški, pogrebina, posmrtnina), lahko zavarovalnice pripravijo proizvode za izplačilo ustreznih nadomestil za te primere, pri čemer je zavarovanje ali samostojno ali pa vezano na življenjsko zavarovanje.
- Zakonodajne spremembe in spremembe predpisov, ki zadevajo izdajanje zdravil, so z uvedbo referenčnih cen za zdravila omogočila zavarovanje zdravil s pozitivne in vmesne liste za razliko v ceni ali za celotno vrednost originalnega zdravila. To so v zavarovalni družbi Adriatic že uvedli, in sicer so do kritja razlike v ceni zdravila upravičeni zavarovanci na osnovi veljavne zavarovalne police za dopolnilno zdravstveno zavarovanje (A01). Na seznamu zdravil z najvišjo priznano vrednostjo je od 15.04.2004 kar 212 zdravil (Adriatic, 2004). Zaenkrat krije zavarovalnica Adriatic razliko do 31.10.2004.
- Ena izmed posledic globalizacije je tudi vse večje razslojevanje prebivalstva glede na njihov prihodek, kar bo pomenilo povečanje interesa prebivalcev za sklenitev dodatnega privatnega zdravstvenega zavarovanja za nadomestilo stroškov ob morebitnem izpadu dohodka. V primeru, da bi sprememba zakonodaje povzročila znižanje nadomestil med zadržanostjo z dela, bi ta zavarovanja postala zelo zanimiva. Le ta so praviloma dolgoročna in so naslednje: zavarovanje za izgubo dohodka v primeru bolezni ali poškodbe¹⁰, zavarovanje za izgubo dohodka in dodatne stroške, ki nastanejo v primeru težjih bolezni, zaradi katerih je potrebna daljša odsotnost z dela¹¹ (rak, možganska kap, multipla skleroza, by pass operacije,...) ter izplačilo nadomestila v primeru težjih kirurških posegov¹² (možganske operacije, kardiovaskularne operacije, odstranitev ledvic, črevesja,...).

¹⁰ Angl. Income Protection Insurance – IPI.

¹¹ Angl. Critical Illness Disease Insurance – CI.

¹² Angl. Surgical Operation Insurance – SOI.

7. ANALIZA RAZVOJA PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V ZAVAROVALNICI ADRIATIC

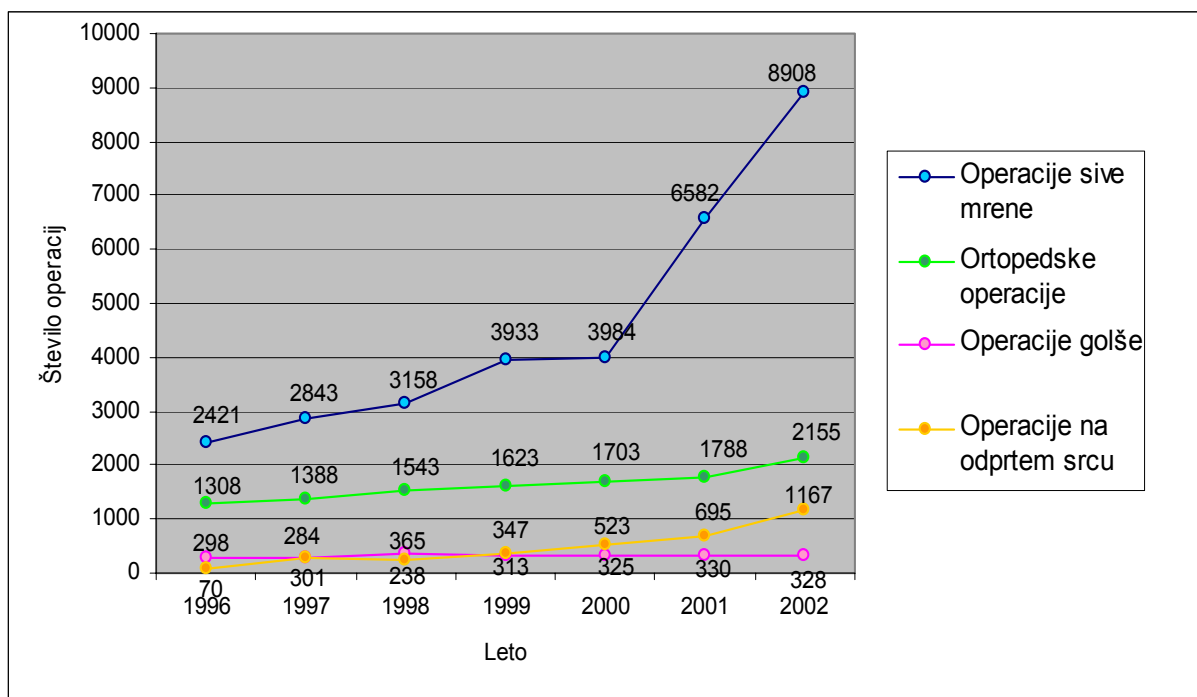
7.1. RAZLOGI ZA RAZVOJ PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ

Za razvoj obstoječih zdravstvenih zavarovanj je potrebno najprej podrobno preučiti sedanja zavarovanja. Potrebno je poiskati vrzeli v zavarovanjih in nakazati kako te zapolniti. Ena izmed možnosti razvoja obstoječih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj je razvoj zavarovanj iz zavarovalnih skupin B in C, in sicer zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard storitev ter zavarovanje za dodatne pravice. Pri določenih zdravstvenih storitvah, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, obstajajo izredno dolge čakalne dobe. Za zanimivost naj navedem, da je bilo junija 2004 za operacijo kolka potrebno čakati v povprečju skoraj dve leti, na čakalni listi pa je še okoli 500 bolnikov (Klinični center Ljubljana, 2004a).

Srčni bolniki čakajo na svoje operacije najdlje, in sicer kar eno leto (Spletna stran 24ur.com, 2004). Bolezni srca in ožilja in druge kronične bolezni (rak, sladkorna bolezen, kronične bolezni pljuč,...) so v več kot 70% vzrok obolevnosti in umrljivosti slovenske populacije. Bolezni srca in ožilja, med katerimi vodi bolezen srčnih arterij, so v Sloveniji še vedno 40% vzrok smrti. Kot vodilni vzrok smrti se pojavlja pri Slovencih po 65. letu starosti, vendar je pomemben vzrok smrti (v 21%) že v starosti 45 let in več. Umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja pri moških in ženskah sicer počasi upada, vendar je še višja kot v državah EU (Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2004).

To bi lahko zavarovalnice, ki ponujajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja, izkoristile. Uvedle bi namreč vrsto zavarovanj, ki bi v zameno za plačilo premije omogočal hitrejši dostop do zdravstvenih storitev, ki imajo dolgo čakalno dobo. Nekatere izmed takih storitev so operacije sive mreže, ortopedske operacije, operacije golše (ščitnice), slikanje srčnih žil, širjenje srčnih žil, opornice za srčne žile in operacije na odprtem srcu (Zdravstvena reforma, 2003, str. 147). Število le-teh iz leta v leto narašča, kar prikazuje tudi slika 7 (na str. 29). S tem bi zavarovalnice pridobile več zavarovancev, kar bi pripomoglo k povišanju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji.

Slika 7: Naraščanje števila nekaterih operacij z dolgimi ležalnimi dobami med leti 1996 in 2002 v Sloveniji



Vir: Zdravstvena reforma. Ljubljana, 2003, str. 147.

Slika 7 prikazuje naraščanje določenih vrst operacij med leti 1996 in 2002. Izreden porast je predvsem pri operacijah sive mreze, temu pa sledijo operacije na odprtem srcu. Število ortopedskih operacij se sicer tudi povečuje, a nekoliko manj kot prej omenjeni operaciji. V letu 2002 je za operacijo golše opazno celo manjše zmanjšanje. Iz tega sledi, da bi bilo potrebno storiti nekaj, da bi se število operacij, ki podaljšujejo in lajšajo človekovo življenje, zmanjšalo. Ena izmed idej za rešitev tega problema je uvedba prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj za prej omenjene operacije.

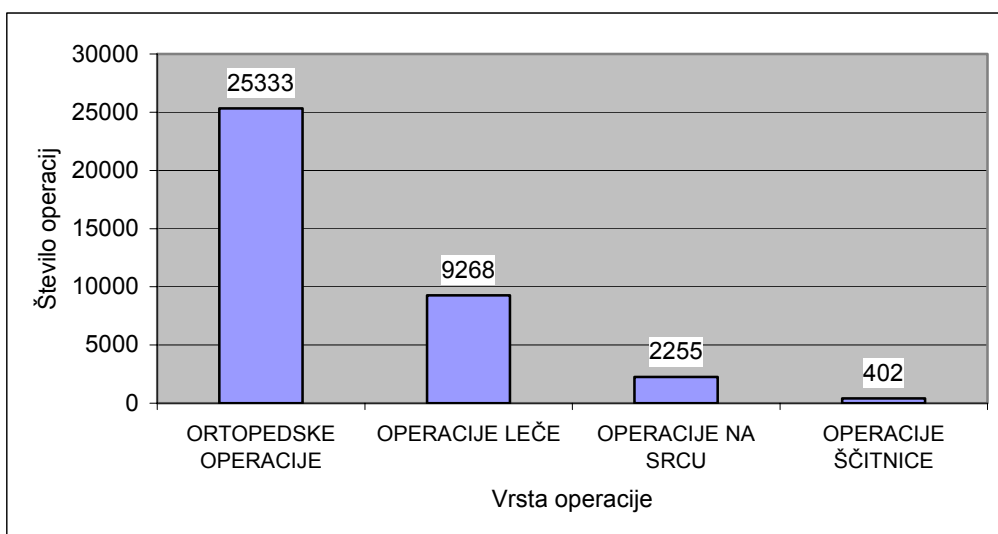
Pri prej omenjenih operacijah in pregledih je najprej potrebno pogledati, koliko je sploh teh operacij, nakar bi bilo potrebno pogledati in oceniti, koliko je ljudi, ki bi se bili pripravljene prostovoljno zavarovati zanje. V primeru zadostnega števila potencialnih zavarovancev, bi zavarovalnice naredile ponudbo in oblikovale ustrezne premije za ta zavarovanja. Na podlagi opravljenih raziskav¹³ je bilo ugotovljeno, da je prav čakanje glavni ali celo edini razlog, zaradi katerega so državljani pripravljene izjaviti, da bi plačali storitev tudi neposredno iz svojega žepa.

V sliki 7 so prikazane operacije, ki so iz leta 1996 pa do leta 2002 zelo narasle. Na podlagi tega sem se odločila, da bom naredila raziskavo prav teh operacij, za katere je značilen rastoči trend, in sicer so to ortopedske operacije, operacije leče, operacije na srcu ter operacije

¹³ Povzeto iz Zdravstvene reforme, 2003, str. 145.

ščitnice. Število pravkar omenjenih operacij, ki so bile izvedene v letu 2002 pa prikazuje slika 8.

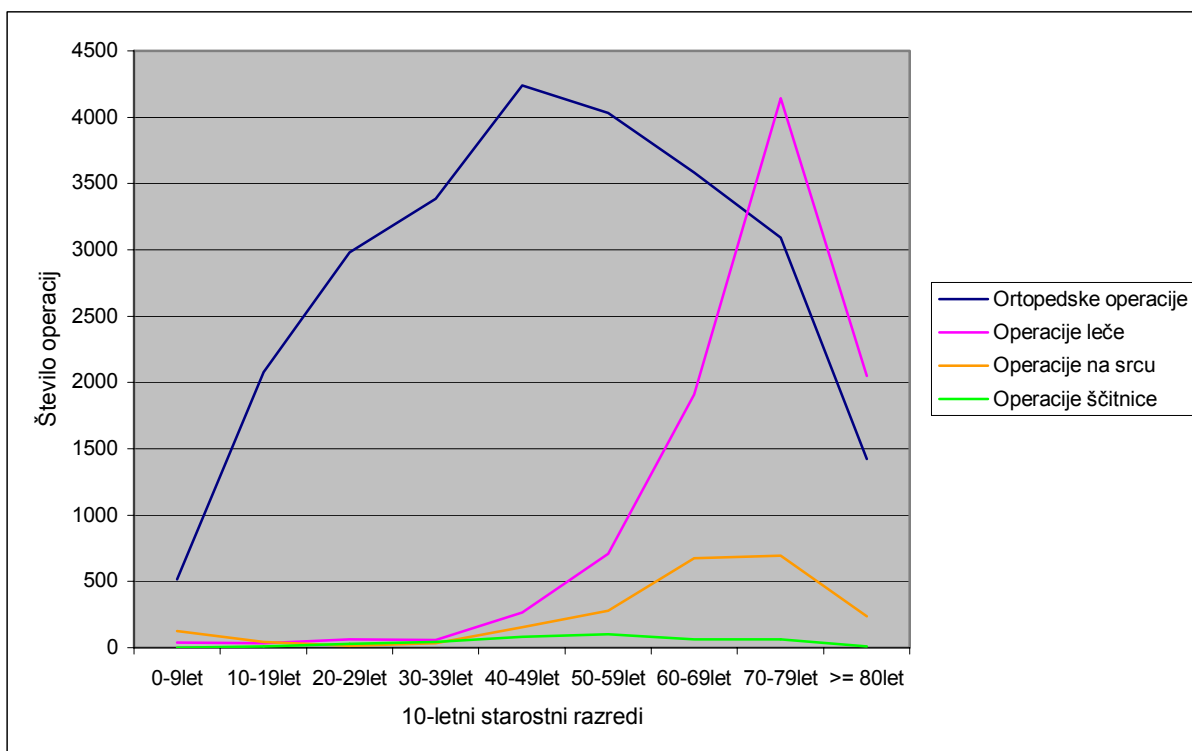
Slika 8: Izbrane operacije v letu 2002



Vir: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Vsaka od operacij vsebuje različne obravnave. Za primer bom prikazala eno izmed operacij, in sicer ortopedske operacije. Te so na primer sestavljene iz različnih posegov, in sicer 39 primerov amputacije, 19 primerov endoproteze kolka, 1706 primerov operacije meniska, itd. Ortopedske in druge operacije so razporejene po 10-letnih starostnih razredih in po posamezni operaciji oziroma po posameznem posegu. Več o vsaki skupini operacije (ortopedske operacije, operacije leče, operacije srca in operacije ščitnice) in o tem, kako so sestavljene prikazuje priloga 1.

Slika 9: Število ljudi, razporejenih v 10-letne starostne razrede, ki so v letu 2002 potrebovali ortopedske operacije, operacije leče, operacije na srcu ter operacije ščitnice



Vir: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Slika 9 prikazuje število ljudi, ki so v letu 2002 potrebovali določeno vrsto operacije. Prebivalci so razporejeni v 10-letne starostne razrede ravno zaradi tega, da dobimo jasno sliko o tem, kateri ljudje oziroma natančneje starost ljudi, ki povzročajo določeno vrsto operacije. Črta, ki prikazuje ortopedske operacije, je precej široka, kar nam da vedeti, da ortopedske operacije potrebujejo ljudje v več starostnih razredih. Te vrste operacij potrebujejo predvsem ljudje med 40-im in 80-im letom. Operacije leče, pa so za razliko ortopedskih operacij uporabljene predvsem pri bolnikih s starostjo med 60-im in 80-im letom starosti ter tudi več. Podobno strukturo imajo tudi operacije srca, s tem, da te operacije malo izstopajo, saj jih je zelo veliko število v prvem starostnem razredu, in sicer od 0 do 9 let, kar 123 primerov. Operacije ščitnice pa ne izstopajo posebno, največ se izvajajo v starostnem razredu od 50 do 59 let.

V analizo, ki jo bom naredila v tretjem podpoglavju (Kalkulacije za razvoj novih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj), ne bodo zajete vse operacije za določeno bolnišnično obravnavo (ortopedske operacije, operacije leče,...), temveč le nekatere. Izbor najbolj značilnih (pogostih) operacij za določeno bolnišnično obravnavo v Zbirki vseh bolnišničnih obravnav je izdelala dr.med.spec.šol.med. Višnjevca-Tuljaka Marisa, prikazane pa so v tabeli 2 (na str. 32).

Tabela 2: Izbrane operacije v posameznih bolnišničnih obravnavah v letu 2002

Vrsta operacije	Število operacij
OPERACIJE LEČE	
Ekstrakcija leče	3
Ekstrakcija leče linearna	7
Ekstrakcija leče intrakapsularna	22
Ekstrakcija leče ekstrakapsularna	377
Ekstrakcija leče fakoemulzifikacija	4191
<i>Skupaj</i>	<i>4600</i>
ORTOPEDSKE OPERACIJE	
Endoproteza kolka	19
Endoproteza kolka unipolarna	289
Endoproteza kolka bipolarna	1682
Revizija in menjava omajane proteze kolka	5
Revizija in menjava omajane proteze kolka standardna	123
Revizija in menjava omajane proteze kolka z rekonstrukcijo a	128
<i>Skupaj</i>	<i>2246</i>
OPERACIJE SRCA	
Premostitev koronarne arterije arterijska vezana	274
Premostitev koronarne arterije arterijska prosta	12
Premostitev koronarne arterije venska	527
Endarteriektomija koronarne arterije standardna	5
Endarteriektomija koronarne arterije ekstenzivna	3
<i>Skupaj</i>	<i>821</i>
OPERACIJE ŠČITNICE	
Tiroidektomija	1
Tiroidektomija delna – nodulektomija	13
Tiroidektomija delna – istmektomija	5
Tiroidektomija delna - resekcija dela lobusa	40
Tiroidektomija enostranska ekstrakapsularna	152
Tiroidektomija obojestranska ekstrakapsularna	187
Tiroidektomija s sternotomijo	4
<i>Skupaj</i>	<i>402</i>

Vir: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002; Marisa Višnjevec-Tuljak, 2004.

Kot primer naj navedem ortopedske operacije oziroma natančneje operacije kolka, v katere so zajete endoproteza kolka, endoproteza kolka unipolarna, endoproteza kolka bipolarna, revizija in menjava omajane proteze kolka, revizija in menjava omajane proteze kolka standardna, revizija in menjava omajane proteze kolka z rekonstrukcijo a. Prve tri operacije se opravljajo zaradi kronično degenerativnih obolenj (izrabljen kolk,...), zadnje tri pa so posledica prejšnjih (ko je že zamenjan kolk potrebno ponovno zamenjati ali le kaj popraviti).

Razvoj prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj bi se lahko po mojem mnenju lotili na dva načina. Prvi predstavlja razvoj novega produkta v Zavarovalni družbi Adriatic d.d., in sicer bi

to predstavljalo razvoj zavarovanja storitve v čakalnih vrstah, pri drugem pa gre zgolj zato, da bi preuredili zavarovanje samoplačniških storitev specialistično ambulantnega zdravljenja C01. V svoji diplomski nalogi sem se odločila, da bom naredila analizo za razvoj prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj za ortopedske operacije, operacije srca, operacije leče in operacije ščitnice. Razlog za izbor teh operacije je, da so le-te v zadnjih letih zelo naraščale, kar je že prikazano v sliki 5.

7.2. ZNAČILNOSTI RAZVOJA NOVIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ

Razvoj novega zavarovanja, Zavarovanje storitve v čakalnih vrstah, zahteva veliko razmisleka. Potrebno je namreč ugotoviti, koliko je ljudi, ki bi se bili pripravljene zavarovati za to novo vrsto zavarovanja. Potrebno je poudariti, da obstajajo določeni pogoji za razvoj zavarovanj (Hartman, 2003):

- velika skupina enakih predmetov, ki so izpostavljeni enaki nevarnosti (na primer veliko število ljudi, za katere se lahko pričakuje, da bodo v prihodnosti pričakovali določeno operacijo),
- slučajnost škod (škode morajo biti neodvisne od zavarovanca),
- jasnost (razločnost) škod - nastala škoda mora biti nedvoumna,
- občutna (velika) škoda,
- majhna verjetnost katastrofalne škode.

Poleg tega ne smemo pozabiti še na dve dejstvi, in sicer na negativno selekcijo (adverse selection) in na moralni hazard (moral hazard) (Bolnick, 1999. str. 29):

- do negativne selekcije pride takrat, ko zavarovane osebe dokažejo večjo izgubo, kot celotna populacija, oziroma kadar je tveganje zavarovalnice večje od tveganja celotnega števila zavarovanih oseb. Do negativne selekcije pride v treh primerih: kadar so določeni posamezniki bolj tvegani kakor drugi, kadar imajo potrošniki več informacij kot zavarovalnice (asimetrija informacij – zavarovalnice namreč poznajo le neko povprečje o vseh prebivalcih, nimajo pa specifičnih informacij, ki zadevajo posameznika, katerega bi lahko zavarovale) ter tretjič, kadar je odločitev o nakupu zavarovanja psihološke narave. Tisti potrošniki, ki menijo, da je tveganje za nastop škodnega dogodka enako ali večje od postavljene premije, se bodo prej odločili za zavarovanje, kot pa posamezniki, katerih tveganje je manjše.
- moralni hazard: ko enkrat ljudje zavarujejo nek predmet, se ne obremenjujejo, če pride do škode na tem predmetu, saj so ga zavarovali. V primeru, da zavarovanje pokrije celotne stroške, si ljudje ne delajo velikih skrbi, saj bi bili brez zavarovanja na slabšem. V nasprotnem primeru pa jim zavarovanje pokrije vse stroške, ki jih je povzročila škoda, v zameno za plačilo nizke premije. Kot primer naj navedem raziskave, ki so bile narejene v zdravstvu: ljudje, ki so imeli zavarovanja, ki so krila celotne stroške ob nastanku škodnega dogodka, so izkoriščali storitve v zdravstvu relativno več, kot ljudje z zavarovanji, ki so krila le del celotnih stroškov.

Omenjena pa je tudi druga možnost razvoja, in sicer preureditev zavarovanja samoplačniških storitev specialistično ambulantnega zdravljenja C01. Specialistično ambulantno zdravljenje je pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in je uresničljivo le po določenih postopkih, ki so predpisani v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Zavarovanec s sklenitvijo tega zavarovanja pridobi pravico do specialističnih storitev specialistično ambulantnega zdravljenja, ki niso pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in jih v Sloveniji izvajajo zdravniki specialisti s potrebnimi dovoljenji ter v skladu z veljavnimi predpisi. Zavarovalnica pri tem zavarovanju zagotavlja kritje stroškov do višine zavarovalne vsote (Kratka predstavitev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, 2003, str. 13). Zavarovanje samoplačniških storitev specialistično ambulantnega zdravljenja ima naslednje značilnosti (Kratka predstavitev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, 2003, str. 13):

- potencialni zavarovanec mora podpisati »Izjavo o zdravstvenem stanju«, iz katere je razvidno, da ne boleha za kronično ali drugo boleznijo. Gre za to, da zavarovalnica zavaruje mlade, predvsem zdrave osebe, za katere ni moč pričakovati, da bodo v bližnji prihodnosti oboleli za boleznijo, za operacijo katere so se odločili zavarovati. Ta pogoj velja tudi v analizi razvoja zavarovanj za ortopedske operacije, operacije srca, operacije leče in operacije ščitnice.
- Pred sklenitvijo zavarovanja lahko zavarovalnica zahteva zdravniško spričevalo, katerega strošek nosi ponudnik sam, ob sklenitvi zavarovanj pa mu ga zavarovalnica povrne.
- Zavarovanje ima trimesečno karenco,
- kritje ne velja za preventivne preglede,
- za uveljavljanje pravic je potrebna napotnica izbranega zdravnika, razen v nujnih primerih.

7.3. KALKULACIJE ZA RAZVOJ NOVIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ

Analiza v tem poglavju je narejena glede na možnost razvoja novega zavarovanja. Poleg tega naj še omenim, da gre za kolektivna zavarovanja, se pravi, da bi omenjene produkte zavarovalnica tržila skupinam ljudi in ne posameznikom. Kot primer naj navedem nekaj skupin, katerim bi lahko zavarovalnica ponudila zavarovanja: podjetjem, športnikom, zdravstvenim delavcem,... V tem primeru bi bile premije nekoliko nižje, saj bi zavarovalnica vse stroške, ki bi jih imela s temi zavarovanji, razdelila med veliko število zavarovancev, kar bi povzročilo nižjo premijo. V nadaljevanju prikazani izračuni pa so osnova za individualna zavarovanja, ki bi jih zavarovalnica lahko razvila kasneje (ko bi ugotovila, da so zavarovanja na kolektivni ravni dobičkonosna).

V nadaljevanju so narejeni izračuni za razvoj novega produkta. Za to analizo je potrebnih še nekaj podatkov:

- a) število vseh operativnih posegov v Sloveniji v letu 2002: 122.830 (Statistična pisarna Inštituta za varovanje zdravja, 2004) ter

- b) Število prebivalcev v Sloveniji v letu 2002: 1.964.036. V nadaljevanju ne bo uporabljeno celotno število prebivalstva, ampak le državljani starejši od 20 let in mlajši od 65 let. Razlog za tako zajemanje podatkov je v tem, da otroci in mladostniki niso potencialni zavarovanci za omenjene operacije, medtem ko starejše prebivalstvo večinoma že boleha bodisi za boleznimi leče, srca, ščitnice ali boleznimi kolka in jih v bistvu ne bi mogli zavarovati, saj je pri njih zavarovalni primer že nastopil. V izračunih bo tako zajetih 1.244.859 prebivalcev. Ostalih 430.196 in 288.981 prebivalcev je starih med 0 in 19 let oziroma so starejši od 65 let.

Tabela 3: Število prebivalcev Slovenije v letu 2002, razvrščeni v starostne razrede

<i>SKUPAJ</i>	<i>1964036</i>	
0-4	88183	
5-9	96174	
10-14	115810	
15-19	130029	<i>Skupaj 0-19 let: 430.196</i>
20-24	147687	
25-29	144977	
30-34	140612	
35-39	153518	
40-44	152142	
45-49	158611	
50-54	138542	
55-59	105161	
60-64	103609	<i>Skupaj 20-64 let 1.244.859</i>
65-69	95550	
70-74	83473	
75-79	59388	
80-84	29224	
85 +	21346	<i>Skupaj 65 in več let: 288.981</i>

Vir: Statistični letopis RS 2002, 2004.

Tabela 4: Podatki o posameznih operacijah za leto 2002

Vrsta operacije	Število operacij ^a (3)	Odstotek operacij (4)=(3)/(1)	Št. operacij na enega prebiv. (5)=(3)/(2)	Št. operacij na tisoč prebiv. (6)=(5)*1000
Operacija sive mreže	4.600	3,7%	0,0037	3,7
Operacija kolka ^b	2.246	1,8%	0,0018	1,8
Operacija srca ^c	821	0,7%	0,0006	0,6
Operacija ščitnice ^d	402	0,3%	0,0003	0,3
<i>Skupaj</i>	<i>8.069</i>	-	-	-
Število vseh operativnih posegov v Sloveniji (1): 122.830				
Število prebivalcev v Sloveniji (2): 1.244.859				

^a Povzeto iz Zbirke bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002; pogovor z dr.med.spec.šol.med. Višnjevca- Tuljak Mariso, 2004.

^b Operacije kolka spadajo med ortopedske operacije, te pa so bile v letu 2002 uvrščene med kirurške primere, natančneje med bolnišnične dejavnosti v kirurgiji. Zaradi tega je cena operacije kolka vzeta iz cenika KC, in sicer velja cena kirurških primerov-bolnišnična dejavnost.

^c Operacije srca vključujejo le operacije na odprtem srcu.

^d Operacije ščitnice so bile v letu 2002 uvrščene v internistične primere, natančneje med bolnišnične dejavnosti v internistiki. Zaradi tega je cena operacije ščitnice vzeta iz cenika KC, in sicer velja cena internističnih primerov-bolnišnična dejavnost.

Vir: Lastni izračuni.

Na podlagi zgornje tabele lahko izračunamo obseg škod in premij. Točne višine škod ne moremo določiti zaradi več razlogov. Eden izmed teh je prav cena operacij, ki variira iz meseca v mesec. V analizi je upoštevana cena operacij, ki je veljala od 01.07.2002 v Kliničnem centru (v nadaljevanju KC) v Ljubljani. Drugi razlog pa je tudi razlika cen glede na bolnišnice. V zgornji tabeli so vzete cene za KC, ki je največja bolnišnica v Sloveniji (cenik KC je prikazan v prilogi 2) Obseg škod in premij se lahko razlikuje tudi zaradi števila operacij. V tem primeru so bile vzete operacije, ki so najbolj pogoste za določeno bolnišnično obravnavo.

Sedaj lahko ocenimo obseg škod, in sicer aproksimativne (približne) škode na tisoč zavarovancev in povprečno škodo na enega zavarovanca. Aproksimativne škode na tisoč prebivalcev so izračunane kot zmnožek števila posamezne operacije na tisoč prebivalcev in povprečne cene operacije, medtem ko je povprečna škoda na enega zavarovanca kvocient aproksimativnih škod na tisoč prebivalcev in števila 1000. Tabela 5 (na str. 37) prikazuje izračune škod.

Tabela 5: Ocena predvidenih škod

Vrsta operacije	Št. operacij na tisoč prebiv. (1)	Tekoče cene operacije ^a (v SIT) (2)	Aproksimativne škode na tisoč zavarovancev (v SIT) (3)=(1)*(2)	Povprečna letna škoda na enega zavarovanca (v SIT) (4)=(3)/1000
Operacija sive mreže	3,7	160.598,87	594.215,82	594,22
Operacija kolka	1,8	613.947,58	1.105.105,64	1.105,11
Operacija srca	0,6	2.641.298,89	1.584.779,33	1.584,78
Operacija ščitnice	0,3	607.932,68	182.379,80	182,38

^aCene veljajo za KC v Ljubljani od 01.07.2002 dalje; cenik KC je prikazan v prilogi 2.

Vir: Lastni izračuni.

Aproksimativne povprečne letne škode predstavljajo neto letno premijo, s katero bi zavarovalnica pokrila stroške čistih škod. Potrebno je poudariti, da so izračuni narejeni pod predpostavko, da zavarujemo portfelj, ki odgovarja splošni strukturi na nacionalni ravni.

Na podlagi opravljenih izračunov lahko sestavimo informativno preglednico predvidenih škod in predvidenih prihodkov od premij, pri čemer moramo upoštevati določene stroške, ki jih ima zavarovalnica pri trženju svojih zavarovanj. Stroški so razdeljeni v tri osnovne skupine (Gerber, 1996, str. 114):

- pridobitveni (akviziterski) stroški: to so stroški, ki so povezani s sklenitvijo novega zavarovanja (provizija zastopniku in potni stroški, zdravniški pregledi, izpis police, reklamiranje,...). Za vse te stroške se zaračuna enkratni znesek, ki je proporcionalen zavarovalni vsoti. V nadaljevanju so ti stroški označeni z α .
- inkasni stroški: ti se obračunajo na začetku vsakega leta, v katerem je treba plačati premijo. Označeni so z β in so po predpostavki proporcionalni stroškovni premiji.
- upravni stroški: sem so vključeni vsi ostali stroški, kot so plače, najemnine prostorov, stroški računalniške obdelave podatkov, stroški investicij, takse, davki,... Ti stroški se obračunavajo med celotno dobo zavarovalne police (na začetku vsakega leta). Običajno so izraženi proporcionalno z zavarovalno vsoto oziroma z zavarovančevo letno rento. Označeni so z γ .

Razdelitev zgoraj omenjenih stroškov je poljubna. Nekateri izmed naštetih stroškov so neodvisni od višine zavarovalne vsote in zato fiksni, vendar je zaradi praktičnih razlogov predpostavljena proporcionalnost stroškov. Omenjeni stroški α , β in γ so odvisni od vrste zavarovalne police. Poleg tega so stroški individualnega zavarovanja sorazmerno višji, kot stroški kolektivnega zavarovanja; pri zadnjem je α pogosto celo nič (Gerber, 1996, str. 114-115).

Iz teh podatkov lahko izračunamo stroškovno premijo P^a , ki je letna premija, katere pričakovana sedanja vrednost zadostuje za kritje obveznosti iz police in nastalih stroškov. Iz tega sledi, da je stroškovna premija izračunana po sledeči formuli:

$$P^a = P^\alpha + P^\beta + P^\gamma,$$

kjer so P^α , P^β in P^γ tri komponente stroškov.

Sedaj predpostavimo, da vsi omenjeni stroški in dobiček za zavarovalnico znašajo toliko, da se neto mesečna premija poveča za na primer 1,4-krat. Iz tega sledi izračun višine bruto premije tako, da mesečno neto premijo pomnožimo z 1,4.

Tabela 6: Izračuni neto in bruto letne premije na enega zavarovanca

Vrsta operacije	Letna neto premija na enega zavarovanca (v SIT) (1)	Bruto letna premija (v SIT) (2)=(1)*1,4
Operacija sive mreže	594,22	831,90
Operacija kolka	1.105,11	1.547,15
Operacija srca	1.584,78	2.218,69
Operacija ščitnice	182,38	255,33

Vir: Lastni izračuni.

Sedaj je potrebno oceniti še višino vseh stroškov, ki bi jih imela zavarovalnica pri uvedbi novega zavarovanja. S pomočjo teh stroškov bom lahko izračunala prelomno točko, ki kaže, kolikšen obseg prodaje je potreben, da bo podjetje doseglo ničelno točko (Antončič, 2004). Ničelno točko podjetje doseže, ko so celotni stroški enaki celotnim prihodkom ($TC=TR$). Točko preloma lahko izračunamo po dveh formulah:

- količinska: točka preloma (Q) = $FC / (P-AVC)$,
- po formuli s celotnimi stroški (TC) in celotnimi prihodki (TR).

Točko preloma bom izračunala po drugi formuli, in sicer z enačenjem celotnih prihodkov s celotnimi stroški. Formula je naslednja:

$$TR=TC$$

$$P*Q=TC,$$

pri čemer je P bruto letna premija za določeno zavarovanje, Q število zavarovancev, ki jih mora zavarovalnica dobiti, če želi, da se jim investicija v razvoj novih zavarovanj obrestuje, TC pa predstavljajo celotne stroške, ki jih ima zavarovalnica pri razvoju novega proizvoda.

Iz enačbe $P*Q=TC$ sledi, da (minimalno) količino potrebnih zavarovancev dobimo po naslednji formuli: $Q=TC/P$.

Celotni stroški, ki jih ima zavarovalnica pri razvoju novega proizvoda so: raziskovanje trga, razvijanje prodajnih poti, proučevanje konkurenčnih produktov in izdelovanje primerjalnih analiz, spremljanje uporabe premijskega sistema in uporabe zavarovalnih pogojev ter oblikovanje predlogov za prilagoditev, spremljanje delovanja informacijskega sistema in dajanje pobud za spremembo in nadgradnjo, oblikovanje cene produkta, formalno oblikovanje produkta, tržna aktivnost (spremljanje in distribucija objav v medijih, priprava tiskovnih konferenc in srečanj z novinarji,...), produktno oglaševanje, priprava katalogov, prospektov,

oglaševalskih sporočil in drugega promocijskega materiala, podpiranje prodaje in drugi (Interni podatki Zavarovalne družbe Adriatic d.d. Koper, 2004). Izračun celotnih stroškov, ki so potrebni za razvoj novega proizvoda, pa je prikazan v nadaljevanju.

Za razvoj novega zavarovanja potrebujejo v zavarovalnici Adriatic v povprečju šest mesecev. V teh šestih mesecih dela na novem projektu šest ljudi, s tem, da prve tri mesece delajo samo trije zaposleni (primer: ena oseba iz aktuariata, en pravnik, en tržnik), ostale tri mesece pa potrebujejo še tri ljudi, poleg prejšnjih treh. Predpostavimo, da prvi trije zaposleni delajo v podjetju osem ur dnevno, 22 dni na mesec in tri mesece. V treh mesecih nanese na njih skupaj 1.584 ur dela (3 zaposleni x 8h/dan x 22 dni/mesec x 3 mesece = 1.584 ur).

Sedaj je potrebno izračunati urno postavko, ki jo prejemajo ti zaposleni. V zavarovalnici Adriatic so v letu 2003 čisti obratovalni stroški za premoženjska in osebna zavarovanja znašali 3.993.003 milijard tolarjev (Letno poročilo Zavarovalne družbe Adriatic d.d. Koper, 2003, str. 177), medtem ko so čisti obratovalni stroški zdravstvenih zavarovanj v istem letu znašali 2.521.034 milijard tolarjev (Letno poročilo Zavarovalne družbe Adriatic d.d. Koper, 2003, str. 123). Skupni obratovalni stroški so tako dosegli 6.514.037 milijard tolarjev. Za izračun urne postavke je potrebno še število zaposlenih v Adriaticu na dan 31.12.2003, ki je 704 zaposlenih.

Sedaj lahko izračunamo urno postavko. Predpostavimo, da povprečni zaposleni delavec dela v zavarovalnici Adriatic 8 ur na dan, 22 ur na mesec in 12 mesecev na leto. Z zmnožkom teh števil dobimo letno število ur, ki jih naredi en zaposleni delavec v zavarovalnici Adriatic, ki je 2.112 ur (8 ur/dan x 22 dni/mesec x 12 mesecev/leto = 2.112 ur/zaposlenega). Če to število pomnožimo s številom vseh zaposlenih v zavarovalnici, dobimo letno število ur, ki jih naredijo vsi zaposleni delavci v zavarovalnici Adriatic, kar znaša 1.478.400 ur letno (2.112 ur/leto x 704 zaposlenih = 1.478.000 ur). Če sedaj celotne čiste obratovalne stroške delimo z letnim številom ur za vse zaposlene v zavarovalnici Adriatic, dobimo urno postavko zaposlenega, ki znaša 4.406,14 SIT/uro. Potrebno je poudariti, da gre za povprečno urno postavko v zavarovalnici Adriatic. Lahko pa sklepamo, da je urna postavka zaposlenih, ki razvijajo nove produkte, nekoliko višja. Predpostavimo, da le-ta znaša 6.000 SIT/uro.

Iz tega sledi, da so stroški treh zaposlenih, ki delajo prve tri mesece, 9.504.000 SIT (1.584 ur x 6.000 SIT/uro = 9.504.000 SIT). Potrebno je še izračunati stroške ostalih treh zaposlenih, ki pričnejo delati šele četrty mesec. Predpostavimo, da je njihova urna postavka enaka urni postavki povprečnega delavca, se pravi 4.406,14 SIT/uro, iz česar sledi, da znašajo celotni stroški zanje 6.979.326 SIT (3 zaposleni x 8 ur/dan x 22 dni/mesec x 3 mesece x 4.406,14 SIT/uro = 6.979.325,76 SIT).

Sedaj lahko izračunamo celotne stroške, ki jih ima zavarovalnica pri razvoju novega zavarovanja. Trije zaposleni, ki razvijajo novo zavarovanje, so prisotni celih šest mesecev, pri čemer so stroški, ki jih ima zavarovalnica z njimi, v šestih mesecih enaki $9.504.000 \times 2$

(9.504.000 SIT velja le za tri mesece, za dobiti stroške šestih mesecev je potrebno trimesečne stroške pomnožiti z 2). Stroški ostalih treh zaposlenih, ki se priključijo projektu šele četrti mesec pa znašajo 6.979.326 SIT. Skupni stroški razvoja novega zavarovanja znašajo tako 25.987.326 SIT ($9.504.000 \text{ SIT} \cdot 2 + 6.979.326 \text{ SIT} = 25.987.326 \text{ SIT}$). Poleg tega še predpostavimo, da so stroški za razvoj novih zavarovanj za vsako zavarovanje enaki, in sicer znašajo 25.987.326 tolarjev.

Iz teh podatkov lahko končno izračunamo točko preloma za posamezno vrsto operacije.

Tabela 7: Točka preloma za posamezno vrsto operacije

Vrsta operacije	Celotni stroški za razvoj zavarovanja za določeno operacijo (v SIT) (1)	Bruto letna premija (v SIT/zavarovanje) (2)	Točka preloma (število zavarovanj) (3)=(1)/(2)
Operacija sive mreže	25.987.326,00	831,90	31.238
Operacija kolka	25.987.326,00	1.547,15	16.797
Operacija srca	25.987.326,00	2.218,69	11.713
Operacija ščitnice	25.987.326,00	255,33	101.779

Vir: Lastni izračuni.

Rezultati kalkulacij so sledeči. Zavarovalnici Adriatic bi se izplačalo razviti zavarovanje za operacijo sive mreže le v primeru, če bi pridobila najmanj 31.238 zavarovancev. Točka preloma pravi, da bi zavarovalnica z 31.238 zavarovanci ravno pokrila vse stroške, ki jih ima pri razvoju novega zavarovanja za operacijo sive mreže. Vsak dodaten zavarovanec bi zavarovalnici prinesel dobiček, medtem ko bi manjše število zavarovancev od 31.238 zavarovalnici povzročilo izgubo. Prelom pri operacijah kolka je pri 16.797 zavarovancih, kar pomeni, da bi zavarovalnica Adriatic imela dobiček, če bi pridobila večje število zavarovancev od 16.797, z zavarovanjem pa bi imela izgubo, če bi se zanj zavarovalo manj kot 16.797 ljudi. Prelom pri operacijah srca je pri 11.713 zavarovancih, medtem ko je pri zavarovanjih za operacijo ščitnice potrebnih najmanj 101.779 zavarovancev, da si zavarovalnica Adriatic pokrije vse razvojne stroške.

8. SKLEP

Diplomska naloga o razvoju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj mi je pomagala dobiti boljši pogled na samo organizacijo zdravstva v Sloveniji in v EU. Po analizi zdravstvenega sistema v Sloveniji sem se lotila analize razvoja prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, kjer sem pod drobnogled vzela Zavarovalno družbo Adriatic d.d. Koper.

V diplomski nalogi sem predstavila tudi trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU, ki je za razliko od slovenskega namenjen predvsem ljudem z visokimi osebnimi dohodki (Anglija, Nemčija). Z največjim trgom prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj se postavlja Nemčija,

sledita pa mu Francija in Nizozemska. Razdelitev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj je v EU nekoliko drugačna, kot v Sloveniji. V EU ločimo dodatno komplementarno zdravstveno zavarovanje, dopolnilno ali vzporedno in nadomestno zdravstveno zavarovanje.

Zdravstvena reforma, ki je bila v ospredju leta 2003, je dodobra pretresla zavarovalnice, ki se ukvarjajo s trženjem prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. V primeru uvedbe zdravstvene reforme bi bilo dopolnilno zdravstveno zavarovanje vključeno v obvezno zavarovanje, kar bi mnogim zavarovalnicam občutno znižalo prihodek. A do tega ni prišlo, saj so se pojavile kritike zdravstveni reformi s strani nekaterih zdravstvenih delavcev, nekaterih političnih strank, zlasti pa zavarovalnic, ki se ukvarjajo s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem.

Že dolga leta velja, da so v slovenskem zdravstvu izredno dolge čakalne dobe, ki povzročajo veliko preglavic. To dejstvo nas prisili, da razmislimo v smeri razvoja zavarovanj za bolezni z dolgo čakalno dobo in za zavarovanja za tiste bolezni, ki ogrožajo človekovo življenje. Za primer naj navedem operaciji kolka in srca, ki sta zelo pogosti v Sloveniji in za katera bi se bilo mogoče zavarovati, se pravi, da bi zanje razvili prostovoljna zdravstvena zavarovanja.

Z diplomsko nalogo sem želela prikazati razvoj prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj in izračunati, ali bi se zavarovalnici Adriatic izplačalo uvesti nova zavarovanja za operacije sive mreže, kolka, ščitnice in operacije srca, saj so le-te v Sloveniji zelo pogoste. Na podlagi podatkov iz preteklega leta (čisti operativni stroški, število zavarovancev) sem ugotovila, da je za zavarovalnico Adriatic razvoj novih zavarovanj smiseln le v primeru, če doseže določeno število zavarovancev. Tako imenovana točka preloma pravi, da bi se zavarovalnici izplačalo uvesti zavarovanje za operacijo srca, če bi pridobila vsaj 11.713 zavarovancev. Vsak nadaljnji zavarovanec bi zavarovalnici prinesel dobiček, z manjšim številom zavarovancev od 11.713 pa bi zavarovalnica imela izgubo. Zavarovanje za operacijo sive mreže bo uspešno le v primeru, če bi zavarovalnica Adriatic pridobila najmanj 31.238 zavarovancev. Vsak dodaten zavarovanec bi zavarovalnici prinesel dobiček, medtem ko bi manjše število zavarovancev od 31.238 zavarovalnici povzročilo izgubo. Prelom pri operacijah kolka je pri 16.797 zavarovancih, kar pomeni, da bi zavarovalnica Adriatic imela dobiček, če bi pridobila večje število zavarovancev od 16.797, z zavarovanjem pa bi imela izgubo, če bi se zanj odločilo manj kot 16.797 ljudi. Za operacije srca je meja 11.713 zavarovancev, medtem ko je pri zavarovanjih za operacijo ščitnice potrebnih najmanj 101.779 zavarovancev, da si zavarovalnica Adriatic pokrije vse razvojne stroške.

Omenjeni rezultati so le predhodne narave, kar pomeni, da bi bilo za dokončno uvedbo prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Zavarovalno družbo Adriatic d.d. Koper potrebno narediti bolj temeljito analizo.

LITERATURA

1. Antončič Boštjan: Preverjanje ekonomike poslovne zamisli. [URL: http://www.ef.uni-lj.si/predmeti/antoncic/pnp_predavanje3.html], 25.08.2004.
2. Bolnick J. Howard, FSA: Principles of Risk and Insurance for the Medical Leader. Thriving in Capitation, A Practical Guide for the Medical Leader. Evanston : Northwestern University, 1998, str. 29-44.
3. Dragan Roman: Nadstandardno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2003. 41 str., 6 pril.
4. Gerber U. Hans: Matematika življenjskih zavarovanj. Ljubljana : Zavarovalnica Triglav, d.d., 1996. 140 str.
5. Keber Dušan et al.: Zdravstvena reforma. Ljubljana : Vlada RS, Ministrstvo za zdravje 2003. 348 str.
6. Korošec Romana: Izzivi obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2003. 88 str.
7. Mossialos Elias, Thomson Sarah: Voluntary health Insurance in the European Union. [URL: <http://www.euro.who.int/document/OBS/FHCC06.pdf>], 05.09.2004.
8. Predstavitev projekta Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.. Koper : Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., 2002. 10 str.
9. Strmčnik Berni, Gracar Jani: Nekateri aktualni problemi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in perspektive možnosti razvoja privatnega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji. Bančni sistem in kapitalski trg Republike Slovenije in obvladovanje stroškov – primer konkretnih rešitev iz javnih zavodov. Portorož : Društvo ekonomistov v zdravstvu, 2000, str. 20-29.
10. Šik Alenka: Značilnosti trga prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU in možni vplivi v Sloveniji. Zbornik 10. dnevv slovenskega zavarovalništva. Ljubljana : Slovensko zavarovalno združenje, 2003, str. 107-127.
11. Štirn Iva: Nastanek vzajemne družbe za prostovoljna zdravstvena zavarovanja. [URL: http://www.zzzs.si/zzzs/internet/urejanj1.nsf/4e7672b0cb5f7647c12567e1006802cf/39a3d82acdadb3cfc1256789003541a1?OpenDocument&Highlight=0,_u0rj58iai9o_], 15.05.2004.
12. Thomson Sarah, Busse Reinhard, Mossialos Elias: Low Demand for Substitutive Voluntary Health Insurance in Germany. Croatian Medical Journal. Zagreb : Zagreb University School of Medicine, 43(2002), 4, str. 425-432.
13. Zdravje v Sloveniji 2001. Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja, 2003. 81 str.

VIRI

1. Adriatic Zavarovalna družba d.d. Koper. [URL: <http://www.adriatic.si>], 13.01.2004.
2. Bilten Javnih financ. Ljubljana : Ministrstvo za finance, 5(2003), 12, 123 str.
3. Hartman Rasto: Zapiski predavanj pri predmetu Zavarovalništvo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2003.
4. Statistična pisarna Inštituta za varovanje zdravja. [URL: <http://www.sigov.si/ivz/>], 15.07.2004
5. Interni podatki Zavarovalne družbe Adriatic d.d. Koper, 2004.
6. Klinični center Ljubljana. [URL: http://www2.kclj.si/_sporocila/sp-2004-6-28-1.html#vrh], 29.07.2004a.
7. Klinični center Ljubljana. [URL: <http://www2.kclj.si>], 22.03.2004.
8. Kratka predstavitev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Koper : Adriatic Zavarovalna družba d.d., 2003. 19 str.
9. Letno poročilo Zavarovalne družbe Adriatic d.d. Koper za leto 2002, 2003. 138 str.
10. Letno poročilo Zavarovalne družbe Adriatic d.d. Koper za leto 2003, 2004. 138 str.
11. Ministrstvo za zdravje. [URL: <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>], 04.08.2004.
12. Private health insurance in OECD countries. [URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/10/31/1902544.pdf>], 04.08.2004.
13. Višnjevec-Tuljak Marisa: Pogovor z dr.med.spec.šol.med. Izola, 2004.
14. Poslovno poročilo Vzajemne zdravstvene zavarovalnice d.v.z. za leto 2002. [URL: http://www.vzajemna.si/files/letno_porocilo_2002.pdf], 02.02.2004.
15. Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2002. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003. 98 str.
16. Statistični letopis RS 2002. Ljubljana : Zavod RS za statistiko. [URL: http://www.stat.si/popis2002/si/rezultati/rezultati_red.asp?ter=SLO&st=4], 03.08.2004.
17. Statistični zavarovalniški bilten 2003. Ljubljana : Slovensko zavarovalno združenje, 2003. 64 str.
18. Spletna stran 24ur.com. [URL: http://www.24ur.com/naslovnica/slovenija/20040701_2042582.php?Nrf=2i8], 30.07.2004.
19. Toth Martin: Sistemi zdravstvenega varstva v svetu. Zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje. Interno gradivo Zavarovalne družbe Adriatic d.d. Koper, 2001.
20. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica d.d [URL: <http://www.zdravstvena.net/dopolnilno.asp>], 05.09.2004.
21. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica d.d. [URL: <http://www.zdravstvena.net/produkti.htm>], 22.03.2004a.
22. Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) (Uradni list RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 77/98).
23. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. [URL: <http://www.zzzs.si>], 16.03.2004.
24. Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

25. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor. [URL: <http://www.zd-mb.si/aktualno/program/bolezni.htm>], 30.07.2004.

SLOVAR TUJIH IZRAZOV

- Adverse selection - negativno selekcijo,
- Ambulatory care - ambulantna nega,
- Complementary voluntary health insurance - dodatno (komplementarno) zavarovanje,
- Critical Illness Disease Insurance (CI) - zavarovanje za izgubo dohodka in dodatne stroške, ki nastanejo v primeru težjih bolezni, zaradi katerih je potrebna daljša odsotnost z dela,
- Income Protection Insurance (IPI) - zavarovanje za izgubo dohodka v primeru bolezni ali poškodbe,
- Long term care (LTC) - dolgotrajna nega,
- Moral hazard – moralni hazard,
- Mutual associations - vzajemne zavarovalnice,
- Outpatient care - ambulantni bolniki,
- Substitutive voluntary health insurance - nadomestno zavarovanje,
- Supplementary voluntary health insurance - dopolnilno ali vzporedno (suplementarno) zavarovanje,
- Surgical Operation Insurance (SOI) - izplačilo nadomestila v primeru težjih kirurških posegov.

PRILOGE

PRILOGA 1

Tabela 1: IZBRANE OPERACIJE LEČE PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Ekstrakcija leče								1	2	3
Ekstrakcija leče Linearna			1				2	4		7
Ekstrakcija leče Intrakapsularna				1	1	4	6	8	2	22
Ekstrakcija leče Ekstrakapsularna	5	4	7	6	15	14	72	156	98	377
Ekstrakcija leče Fakoemulzifikacija	10	11	23	24	118	327	872	1899	907	4191
Ekstrakcija leče Z vstavitvijo kapsularnega tenzijskega obro		2	1			1	1	3	1	9
Discizija leče in kapsulotomija	10	4	2	4	6	8	16	13	11	74
Vstavev leče	5	2	7	3	5	15	15	27	15	94
Vstavev leče Fakične intraokularne	7	8	16	11	49	119	370	726	363	1669
Vstavev leče Intraokularne kontaktne					1	7	9	14	15	46
Vstavev leče Protetične	1	2	5	11	68	215	545	1288	637	2772
Kapsulektomija		1			1			2		4
SKUPAJ	38	34	62	60	264	710	1908	4141	2051	9268

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Tabela 2: IZBRANE ORTOPEDSKE OPERACIJE PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Spondilodeza hrbtenice	1									1
Spondilodeza hrbtenice Cervikokranialna			2							2
Spondilodeza hrbtenice Ventralna		6	11	8	20	7	4	1		57
Spondilodeza hrbtenice Posteriorna	1	7	12	11	23	13	10	3		80
Dekompresija hrbtenice Spretnja cervikalna discektomija		1	3	7	18	17	4	4		54
Dekompresija hrbtenice Spretnja lumbalna discektomija			2	2	5	3				12
Dekompresija hrbtenice Spretnja dekompresija hrbtenjače ali					2	2	1			5
Dekompresija hrbtenice Spretnja dekompresija pri poškodbah hr					1	2				3
Dekompresija hrbtenice Anterolateralna (transtorakalna) ali				1	5	2				8

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Nadaljevanje tabele 2: IZBRANE ORTOPEDSKE OPERACIJE PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Dekompresija hrbtenice Vertebrektomija		2	1		2	2				7
Dekompresija hrbtenice - posteriorna				1	4					5
Dekompresija hrbtenice Laminotomija		2	7	41	55	47	29	18		199
Dekompresija hrbtenice Cervikalna hemilaminektomija z ali br		1	2	2	1	3	4			13
Dekompresija hrbtenice Lumbalna hemilaminektomija z discektomija		1	3	26	31	21	14	6		102
Dekompresija hrbtenice Posteriorna laminektomija		2	3	16	34	38	39	21	3	156
Ekscizija intervertebralnega diska		5	32	124	202	106	49	19	2	539
Ponovna posteriorna eksploracija Discektomija in nevroлиза				5	12	2	2			21
Ponovna posteriorna eksploracija Laminektomija			3	2	7	6	2	1		21
Ponovna posteriorna eksploracija Foraminotomija				1	3	4	2			10
Ponovna posteriorna eksploracija Odpiranje dure							1			1
Artrodeza hrbtenice pri skoliozah	1	37	6	2	1	1				48
Op zdravljenje spondilolize		1	1		1					3
Transpedikularna spongioplastika		1	2	1	1	1	1	1		8
Osteosinteza hrbtenice Osteosinteza vretenc C1 in C2					1					1
Osteosinteza hrbtenice Translaminarna fiksacija		2	1	2	1					6
Osteosinteza hrbtenice Transpedikularna fiksacija		12	28	29	53	49	27	14	1	213
Osteosinteza križnice			1		1					2
Blokada malih sklepov hrbtenice		2	9	16	34	21	11	12	1	106
Dekompresija, trepanacija vretenca		1	1		1					3
Odstranitev osteosintetskega materiala iz hrbtenice Anterior				2	1	2		1		6
Odstranitev osteosintetskega materiala iz hrbtenice Posterio	1	5	16	10	16	22	8			78
Amputacija	2				2	7	5	12	11	39
Amputacija Falange	10	6	11	11	31	28	21	26	4	148
Amputacija Metakarpale ali v metakarpofalangealnem sklepu	3		4	1	6	8	7	5	3	37
Amputacija Transmetakarpalno 2. ali 5. metakarpale	2			2	2		1	2		9

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Nadaljevanje tabele 2: IZBRANE ORTOPEDSKE OPERACIJE PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Amputacija Dlani ali roke v zapestju				1				1		2
Amputacija Podlahti, dezartikulacija v komolcu									1	1
Amputacija Humerusa, dezartikulacija v ramenu					1			1	3	5
Amputacija Intertorakoskopularna						1		1		2
Amputacija Dezartikulacija v kolku							5	1		6
Amputacija Nadkolenska, dezartikulacija v kolenu	1	1		1	13	25	69	163	125	398
Amputacija Podkolenska mioplastična	1	1		4	12	27	63	97	34	239
Amputacija Supramaleolarna (giljotinska)					6	7	2	3	1	19
Amputacija Stopala				2	1	10	11	14	6	44
Amputacija Transmetatarzalna	1	1	1	3	13	12	20	26	6	83
Amputacija Prsta na nogi	4	2		4	14	51	98	76	40	289
Artrodeze				1			1			2
Artrodeze Prsta - palca, drugih kosti stopala ali roke	2	9	11	16	13	22	22	6		101
Artrodeze Karpalnih ali metakarpalnih kosti	1		1	3	6	11	6	1		29
Artrodeze Zapestja				2	4	6	3			15
Artrodeze Komolca, trojna artrodeza stopala	3	3	2	1	5	3	2	2		21
Artrodeze Talokruralna, kolena	1	1	1	5	4	5	4	3		24
Artroplastike interfalangealnih, metakarpofalangealnih sklepo				1	6	9	3	1	1	21
Artroplastike interfalangealnih, metakarpofalangealnih sklepo			1					2		3
Abrazijska artroplastika						1	2			3
Artroplastika zapestja Interpozicijska			1	2	1	2	2			8
Artroplastika zapestja Totalna						3		1		4
Endoproteza glavice radiusa				1		2				3
Endoproteza humerusa ali komolca									1	1
Endoproteza humerusa ali komolca Unipolarna		1		1	2	8	12	13	5	42
Endoproteza humerusa ali komolca Bipolarna				1		3	2	4	1	11
Endoproteza kolka	1		1		1	2	4	3	7	19
Endoproteza kolka Unipolarna	1	2		2	3	5	34	108	134	289
Endoproteza kolka Bipolarna		2	7	36	108	249	516	588	176	1682
Revizija in menjava omajane proteze kolka		1					1	3		5

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Nadaljevanje tabele 2: IZBRANE ORTOPEDSKE OPERACIJE PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Revizija in menjava omajane proteze kolka Standardna					7	16	37	50	13	123
Revizija in menjava omajane proteze kolka Z rekonstrukcijo a				2	7	11	43	50	15	128
Endoproteza kolena, gležnja Parcialna					1	5	13	17	1	37
Endoproteza kolena, gležnja Totalna		1	2	1	11	39	112	149	20	335
Endoproteza kolena, gležnja Totalna kolena in patele		1				5	24	19		49
Endoproteza kolena, gležnja Artroplastika patele						1	1	1		3
Odstranitev endoproteze							1		1	2
Odstranitev endoproteze Brezcementne				1	3	1	4	8	1	18
Odstranitev endoproteze Cementne						4	7	19	5	35
Artrotomije, eksploracija, toaleta sklepa							1	3		4
Artrotomije, eksploracija, toaleta sklepa Malega sklepa		3	3	5	11	1		1	1	25
Artrotomije, eksploracija, toaleta sklepa Velikega sklepa	5	45	88	101	136	137	67	20	2	601
Stabilizacija metakarpofalangealnega sklepa	1		4	1	2					8
Artroliza sklepa						1				1
Artroliza sklepa Malega sklepa	1		3	3	2		1	1		11
Artroliza sklepa Velikega sklepa	1	4	2	5	9	6	1	2		30
Odstranitev prostega telesa iz sklepa		8	18	11	7	16	5	1		66
Artrotomije kolena pri osteohondritisu disekansu		1								1
Artrotomije kolena pri osteohondritisu disekansu Z vrtnjem		10	2	4	3	2				21
Artrotomije kolena pri osteohondritisu disekansu Tunelizacij			2	1		1				4
Trepanacija kosti	1			1				1		3
Trepanacija kosti Falanga/metakarpala/carpus		1		1						2
Trepanacija kosti Komolec/podlaht			2							2
Trepanacija kosti Humerus/klavikula/scapula		2		1	1	1		1		6
Trepanacija kosti Medenica/kolk					1		2	1		4
Trepanacija kosti Femur	1	5	1	3	5	1	2			18
Trepanacija kosti Tibia/fibula		5	1	3	5	7	5	2		28
Trepanacija kosti Stopalo/gleženj		2	1	1	2		2	1		9

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Nadaljevanje tabele 2: IZBRANE ORTOPEDSKE OPERACIJE PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Sekvestrektomija kosti					1	2		1		4
Sekvestrektomija kosti Falanga/metakarpala/carpus		1	3	1	4	1	1	1	3	15
Sekvestrektomija kosti Komolec/podleht						2				2
Sekvestrektomija kosti Humerus/klavikula/scapula			1		3			1		5
Sekvestrektomija kosti Medenica/kolk						1		3		4
Sekvestrektomija kosti Femur	1		1	1		1	3	4	2	13
Sekvestrektomija kosti Tibia/fibula			2	2	4	3	1	1		13
Sekvestrektomija kosti Stopalo/gleženj								1		1
Dekortikacija in spongioplastika				1						1
Dekortikacija in spongioplastika Falanga/metakarpala/carpus		1	1	5	1					8
Dekortikacija in spongioplastika Humerus/klavikula/scapula				1	2			1	1	5
Dekortikacija in spongioplastika Komolec/podleht				3	2		1	1	1	8
Dekortikacija in spongioplastika Medenica/kolk	2				3	1	1	1		8
Dekortikacija in spongioplastika Femur			2		1	1				4
Dekortikacija in spongioplastika Tibia/fibula		1		1	8	1	2	2		15
Dekortikacija in spongioplastika Stopalo/gleženj		2			1					3
Incizije in drenaže		1	1	1		1		1		5
Incizije in drenaže Burze				3						3
Incizije in drenaže Mehkih tkiv	1	3	1	4	10	8	12	7		46
Incizije in drenaže Nekrozantnega fasciitisa				1	1		1			3
Incizije in drenaže kitne ovojnice	1		1	5	7	3				17
Incizije in drenaže sklepa Prst	1	1	2	1	5	10	2		1	23
Incizije in drenaže sklepa Zapestje	1				1					2
Incizije in drenaže sklepa Komolec						1				1
Incizije in drenaže sklepa Rama					1			1		2
Incizije in drenaže sklepa Kolk					1	3	2	8		14
Incizije in drenaže sklepa Koleno	4	3	5	11	4	3	3	3	2	38
Incizije in drenaže sklepa Stopalo/gleženj			1	3						4
Ekscizija burze						1			1	2
Ekscizija burze Olecranon, prepatelarna burza			3	6	10	7	6			32

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Nadaljevanje tabele 2: IZBRANE ORTOPEDSKE OPERACIJE PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Ekscizija burze Veliki trohanter, ishiadična burza, subakrom	1	1	3	5	7	12	3	2		34
Ablacija eksostoze				1		2				3
Ablacija eksostoze Na malih kosteh		14	13	13	19	15	7	7		88
Ablacija eksostoze Na velikih kosteh	5	27	18	11	20	20	3	6	1	111
Ekskohleacija tumorjev, odstranitev kostne ciste				2	1	1			1	5
Ekskohleacija tumorjev, odstranitev kostne ciste Na malih ko		2	4	3	6	3	1	1		20
Ekskohleacija tumorjev, odstranitev kostne ciste Na velikih		8	3	4	3	4	2	2		26
Ostektomija						1				1
Ostektomija Male kosti	1	2	3	2	3	6	3	3		23
Ostektomija Delna ostektomija - odvzem kosti za transplantac	1	35	16	9	15	22	29	19	1	147
Ostektomija Velike kosti	1	5	3	2	5	2	1			19
Ekscizija mišice						1				1
Ekscizija mišice Dela mišice	2	4	4	4	3	4	1	1		23
Ekscizija mišice Celotne mišice			1	1		4				6
Ekscizija mišice Mišične lože			2	2	1	3	4	3	1	16
Ekscizija kite							1			1
Ekscizija kite Enostavna		1			1		2			4
Ekscizija kite Zahtevna	1		5	3	1	1				11
Ekscizija kalcinacij			1	4	10	9	2	1		27
Sinovektomija tetive								1		1
Sinovektomija tetive Na prstu ali ekstenzornih tetiv	1		1	6	9	10	5	2		34
Sinovektomija tetive V dlani in zapestju			2	13	30	44	19	11	4	123
Op zdravljenje Dupuytrenove kontrakture						1		1		2
Op zdravljenje Dupuytrenove kontrakture Subkutana fasciektom			2		2	4	6	3		17
Op zdravljenje Dupuytrenove kontrakture Selektivna aponevrek		2	4	4	17	65	54	27	2	175
Op zdravljenje Dupuytrenove kontrakture Razširjena aponevrek				2	27	44	64	28	6	171
Ekscizija ganglionia - discizija vagine tendinis	19	18	15	26	36	31	14	17	3	179
Sinovektomija sklepa	1				1	1			1	4

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Nadaljevanje tabele 2: IZBRANE ORTOPEDSKE OPERACIJE PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Malega sklepa-interfalangealni sklep					2		2			4
Malega sklepa-metakarpofalangealni, karpometakarpalni, metatar		1	1	1	1	2	4	1		11
Velikega sklepa	1	10	10	11	17	14	10	1		74
Akromioplastika		1	10	20	89	103	36	16		275
Op meniska ali plike	2	1		3	2	3	1	3	4	19
Op meniska ali plike Šiv meniska		20	29	22	9	5				85
Op meniska ali plike Resekcija plike		19	58	60	44	23	4	1		209
Op meniska ali plike Resekcija ciste meniska		1	3	4	2	4	2	1		17
Op meniska ali plike Resekcija meniska (kolenski, radio-ulna	1	103	299	368	425	317	149	42	2	1706
Odstranitev Bakerjeve ciste	5	2	4	10	13	6	9	5		54
Op pseudoartroze Falanga, metakarpala, tarzala, metatarzala	1	3	2	4	3	5				18
Op pseudoartroze Os navikulare, maleol tibije		4	13	6	1	2				26
Op pseudoartroze Radius ali ulna		1	1	2	3		3	2		12
Op pseudoartroze Humerus, tibija/fibula		1	2	3	5	4	3			18
Op pseudoartroze Klavikula				1	1					2
Op pseudoartroze Medenica						2				2
Op pseudoartroze Kolčni sklep, femur		1	1	2	2		1	3	1	11
Inplantacija kostnega transplantata	7	10	20	18	28	20	32	29	6	170
Osteotomija in osteosinteza						2		1		3
Osteotomija in osteosinteza Falange, metakarpale	5	16	32	21	22	11	13	5		125
Osteotomija in osteosinteza Karpale			1	1	1	2	1			6
Osteotomija in osteosinteza Tarzale, metatarzale		3	6	4	8	9	6	4		40
Osteotomija in osteosinteza Klavikule					2		1	1		4
Osteotomija in osteosinteza Radiusa ali ulne, humerusa, scap	1	5	8	6	13	8	4	1		46
Osteotomija in osteosinteza Suprakondilarna femurja, tibije	5	7	6	5	7	2	10	5		47
Osteotomija in osteosinteza Femurja - diafiza	9	5	4	2	4	5	2	2	1	34
Osteotomija in osteosinteza Medenice	4	2	1	2	1	1		1		12

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Nadaljevanje tabele 2: IZBRANE ORTOPEDSKE OPERACIJE PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Skrajševanje ali podaljševanje kosti Dolgih kosti z notranjo	2	1	1	1	1	1				7
Skrajševanje ali podaljševanje kosti Dolgih kosti z zunanjim	1	6		1		1				9
Skrajševanje ali podaljševanje kosti Epifiziozeza tibije in	1	18		1	1	1	2			24
Kirurška sprostitev retinakula kolena		8	6	3	2	1				20
Korekcija hallux valgusa in valgusa stopala	1	19	21	48	123	171	85	32	2	502
Korekcija digitus malleusa	1	2		4	8	16	11	12	1	55
Op zdravljenje deformacij prstov stopala		1	2	2	10	10	14	7	1	47
Ventralizacija pogačice	1	2	2	2		1				8
Stabilizacija pogačice	1	26	14	13	5	2				61
Krvava repozicija sklepa Malega sklepa		2	3	8	3	6				22
Krvava repozicija sklepa Velikega sklepa	2	1		1	3		4	1		12
Inplantacija avtolognega/heterolognega hrustanca		2	8	8	3	1				22
Kirurška sprostitev tenarjevih mišic							1		1	2
Tenotomija								1		1
Tenotomija Na prstu		1	2	3	2		1			9
Tenotomija Na dlani ali podplatu		2	2	2						6
Tenotomija Adduktorjev kolka	6	6								12
Tenotomija Iliopsoasa				1						1
Tenotomija Sternokleidotomija	3	4	2							9
Op zdravljenje epikondilitisa komolca				4	3	3				10
Transpozicija mišice ali kite		1		1						2
Transpozicija mišice ali kite Tetive v karpometakarpalnem al	1		4	4	6	3	2	1		21
Transpozicija mišice ali kite S tetivnim transplantatom		2	2		1	1				6
Transpozicija mišice ali kite Tenzorja fascije late pri para	1				1					2
Transpozicija mišice ali kite Ostalih mišic ali kit na stegn	1	2	1							4
Transpozicija mišice ali kite Iliopsoasa skozi odprtino v me	1	5	3		3					12
Dezinsercija mišic v predelu kolka ali elongacija (Sauter)	1				1		1			3
Transpozicija in dezinsercija fleksornih kit v kolenu	1	2		1						4
Konstrukcija oponens giba palca roke Prenos kite superficial				2						2

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnjav (epizod) z operacijami, 2002.

Nadaljevanje tabele 2: IZBRANE ORTOPEDSKE OPERACIJE PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Operativna poprava intrinzične funkcije roke s premestitvijo						1				1
Rekonstrukcija kite			4	3	2	5	4	2		20
Tenodeza		1	1			1				3
Tenodeza Na prstu		2	1		2	1				6
Tenodeza Na podlahti			1	5	1	1				8
Tenoplastika		5	4	1	4	3	1			18
Tenoliza			2	1						3
Tenoliza Ekstenzorne aponevroze, tetive na hrbtnišču roke in		3	2	1	6	2	2			16
Tenoliza Fleksorne tetive na prstu in v dlani	1	4	7	7	7	6		3		35
Rekonstrukcija puleja na prstu		1								1
Rekonstrukcija puleja na prstu Z lokalnimi tkivi		1		1	1		1			4
Rekonstrukcija puleja na prstu S kitnim ali fascialnim presa			1		1		1			3
Rekonstrukcija puleja na prstu S kitno protezo							1			1
Odstranitev začasne premostitve kite in vstavev presadka								1		1
Šiv kite iztegovalke		1	2	4	2	2	1	1		13
Šiv kite iztegovalke Ekstenzorne aponevroze	2	12	19	15	20	14	8	1		91
Šiv kite iztegovalke Centralnega snopa, (boutonniere deforma	1	3	3	1	4	3				15
Šiv kite iztegovalke Tetive	3	17	22	23	19	15	8	4		111
Šiv kite iztegovalke Z lokalnimi tkivi	1		2	2	2		2			9
Šiv kite iztegovalke S prostim presadkom			1	1	1	1				4
Šiv ali premestitev kite upogibalke	1	3	5	3	2	3				17
Šiv ali premestitev kite upogibalke Na prstu, v dlani, v zap	6	22	46	32	29	19	11	5		170
Šiv ali premestitev kite upogibalke V nikogaršnji deželi	1	6	11	5	5	4	4	1		37
Šiv ali premestitev kite upogibalke S prostim presadkom			5	2		2	2	1		12
Podaljšanje ali skrajšanje tetive				1						1
Podaljšanje ali skrajšanje tetive S šivom tetive	8	7	3	2		3	2	1		26
Podaljšanje ali skrajšanje tetive S plastiko tetive		3		2		1	1		1	8
Šiv Ahilove tetive				3		1	1			5
Šiv Ahilove tetive Standardni		1	3	19	17	8	5		1	54
Šiv Ahilove tetive Perkutani		1	6	26	22	12	4		1	72

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Nadaljevanje tabele 2: IZBRANE ORTOPEDSKE OPERACIJE PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Šiv Ahilove tetive S plastiko	1			4	8	4	2			19
Rekonstrukcija štiriglave mišice stegna				1		1	1		1	4
Rekonstrukcija štiriglave mišice stegna Enostavna		2	1	7	6	3	13	8		40
Rekonstrukcija štiriglave mišice stegna Rekonstruktivna		1		1	1	3	3	1		10
Op zdravljenje pes ekvinovarusa Elongacija tetive, kapsuloto	5	2			1	1				9
Op zdravljenje pes ekvinovarusa Popolna korekcij	48	1						1		50
Op palca na nogi (Clayton, Helal)					1	1				2
Rekonstrukcija palca na roki					1					1
Rekonstrukcija palca na roki Z nožnim prstom							1			1
Rekonstrukcija palca na roki Policizacija tročlenega prsta	1									1
Sprememba položaja drugega prsta (razen palca)						1				1
Revizija amputacijskega krna		1		1		2	9	3	2	18
Replantacija				1						1
Replantacija Prsta	1	2	1	4	2	2		1		13
Replantacija Dlani				1						1
Replantacija Zapestja, stopala							1			1
Replantacija Podlahti, nadlahti					2					2
Replantacija Odtrganih delov telesa						1				1
Rekonstrukcija fascije in ligamentov femurja Enostavna		4	3	1		2		1		11
Rekonstrukcija fascije in ligamentov femurja Kompleksna		1	2	2	2			1		8
Rekonstrukcija ligamentov		1					1			2
Rekonstrukcija ligamentov Rekonstrukcija in šiv volarne plošč		2	3	3	2	2	2			14
Rekonstrukcija ligamentov Intgerfalagealnega kolateralnega I		1	3	2	5					11
Rekonstrukcija ligamentov Metakarpofalangealnega kolateralne		5	2	4	2	3	1			17
Rekonstrukcija ligamentov Metakarpofalangealnega kolateralne			1	1	2	1				5
Rekonstrukcija ligamentov Metakarpofalangealnega kolateralne				3		2				5

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Nadaljevanje tabele 2: IZBRANE ORTOPEDSKE OPERACIJE PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Rekonstrukcija ligamentov Enostavna (zapestje, komolec, glež	1	7	4	5	3	2	2	1		25
Plastika kolenske vezi		3		1	2			1		7
Plastika kolenske vezi Več vezi (vključno z graftom)		6	8	8	7		1		1	31
Plastika kolenske vezi Sprednji/zadnji križni ligament		90	221	167	54	11	2	2		547
Plastika kolenske vezi Odstranitev sintetičnega grafta			2	1						3
Op zdravljenje poškodbe rotatorne manšete rame					1	1		1		3
Šiv rotatorne manšete		1	5	8	60	91	44	15		224
Rekonstrukcija rotatorne manšete			3	4	6	10	12	2		37
Plastika akromioklavikularnega ligamenta			5	6	4	4				19
Stabilizacija gležnja (Watson-Jones)		2	4	1	1	2				10
Krvava repozicija zlomov (osteosinteza)	5	13	12	9	13	14	13	16	9	104
Osteosinteza Dolge cevaste kosti (intramedularna)	10	24	14	13	14	10	17	11	7	120
Osteosinteza Dolge cevaste kosti z medularnim povrtavanjem	1	8	6	7	7	9	15	12	11	76
Osteosinteza Epifizarnih in metafizarnih prelomov dolge kost	23	36	7	10	20	18	26	17	7	164
Osteosinteza Epifizarnih in metafizarnih prelomov male kosti	8	69	95	47	48	29	16	8	3	323
Osteosinteza Fiksacija osteohondralnega fragmenta	1	6	1	2	4	2	1			17
Osteosinteza Ene kosti podlakti	30	65	73	75	72	76	94	49	24	558
Osteosinteza Obeh kosti podlakti	21	46	25	19	31	20	18	17	2	199
Osteosinteza Humerusa ali skapule	50	60	30	32	51	48	60	58	28	417
Osteosinteza Parcialne abrupcije zunaj sklepov (epikondil)	7	17		5	3	1	1	2		36
Osteosinteza Ključnice	1	25	24	21	25	12	10	8		126
Osteosinteza Kalkaneusa		7	11	20	39	25	16	7	3	128
Osteosinteza Talusa, patele		5	22	15	16	14	24	28	4	128
Osteosinteza Metatarzalnih ali sprednjih tarzalnih kosti	1	11	9	15	17	10	3	2		68
Osteosinteza Diafize tibije	6	44	41	40	77	53	46	26	8	341
Osteosinteza Maleolusa ali posteriornega procesusa tibije	1	24	55	41	53	56	52	21	6	309

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Nadaljevanje tabele 2: IZBRANE ORTOPEDSKE OPERACIJE PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Osteosinteza Kondila tibije, obeh maleolov ali enega maleola	1	28	45	75	100	124	108	57	16	554
Osteosinteza Distalnega dela tibije		16	17	35	43	29	36	12	1	189
Osteosinteza Obeh maleolov in posteriornega procesusa tibije		7	16	34	29	37	48	24	5	200
Osteosinteza Stegnenica, diafiza, kondila, subtrohanternega	13	45	46	31	52	62	78	123	131	581
Osteosinteza Stegnenica, vratu in pertrohanternega dela	2	10	20	31	28	70	159	323	395	1038
Osteosinteza Acetabuluma, labruma acetabula		1		2		1		2		6
Osteosinteza Acetabuluma, ena kolumna		1		3	2	1	2			9
Osteosinteza Acetabuluma, obe kolumni		2	1	4	6	1	3	2		19
Osteosinteza Abrupcije medenice		3					1			4
Osteosinteza Kominutivnih zlomov medenice		2	6	3	7	5	2	2	1	28
Epifizioliza glave femurja Krvava repozicija/osteosinteza		9					1	2	1	13
Epifizioliza glave femurja Implantacija kostno-žilnega trans						1				1
Epifizioliza glave femurja Osteotomija femurja		1				2	1			4
Krvava repozicija dislokacij sklepov					1	1				2
Krvava repozicija dislokacij sklepov Prst, falangealni sklep	3	13	24	18	16	12	8	6		100
Krvava repozicija dislokacij sklepov Zapestje		2	8	3	12	5	6	2		38
Krvava repozicija dislokacij sklepov Komolec	4	3	2	4	2	2	2	3	5	27
Krvava repozicija dislokacij sklepov Komolec- recidivna luks	1									1
Krvava repozicija dislokacij sklepov Glavica radiusa		3	2	7	1	5	1			19
Krvava repozicija dislokacij sklepov Glavica radiusa - recid				1						1
Krvava repozicija dislokacij sklepov Glavica radiusa - kasna			1	1						2
Krvava repozicija dislokacij sklepov Akromio klavikularna			8	23	13	3	1			48
Krvava repozicija dislokacij sklepov Sterno klavikularna - r			2		1					3
Krvava repozicija dislokacij sklepov Rama				2	2	2	1	2	2	11

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Nadaljevanje tabele 2: IZBRANE ORTOPEDSKE OPERACIJE PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Krvava repozicija dislokacij sklepov Rama - recidivna luksac		9	23	7	6		1	1		47
Krvava repozicija dislokacij sklepov Rama - kasna rekonstruk		3	5	2	2	2	1			15
Krvava repozicija dislokacij sklepov Kolčni sklep								3	3	6
Krvava repozicija dislokacij sklepov Kolčni sklep - kasna re		1		1						2
Krvava repozicija dislokacij sklepov Kolčni sklep - prirojen						1				1
Krvava repozicija dislokacij sklepov Sakroiliakalni sklep			1							1
Krvava repozicija dislokacij sklepov Kolen				2			1	1		4
Krvava repozicija dislokacij sklepov Patela			3		2	5	2	4		16
Krvava repozicija dislokacij Patela - recidivna luksacija							1			1
Krvava repozicija dislokacij Patela - kasna rekonstrukcija							1			1
Krvava repozicija dislokacij Gleženj				7	5	7	5	2	1	27
Krvava repozicija dislokacij Gleženj - recidivna luksacija i					1					1
Krvava repozicija dislokacij Stopalo - tarzalni sklepi		1	1	2	1		2	1		8
Krvava repozicija dislokacij Stopalo - metatarzofalangealni		1				1				2
Krvava repozicija dislokacij Stopalo- interfalangealni sklep				1		1	1			3
Dekompresija prstov ali/in dlani					1	3	3	2		9
Dekompresija kostno-fascialnega prostora		3	5	2	8	8	3	1		30
Artroskopija	9	216	456	458	416	276	109	33	11	1984
Vrtanje (brušenje) defekta sklepne površine	1	16	44	57	72	53	22	10		275
Odstranitev osteosintetičnega materiala	1	3	11	9	8	8	7	5	1	53
Odstranitev osteosintetičnega materiala Na mali kosti	18	59	90	78	90	79	49	28	5	496
Odstranitev osteosintetičnega materiala Na veliki kosti	60	261	250	279	318	296	220	136	49	1869
Odvzem tetivnega ali fascialnega transplantata		2	1	1	4	1	2			11
Odvzem dela kosti	1	3	17	20	9	10	8	2		70
Odvzem hrustanca			4	1			1			6
5RZ0301			1			1				2
5RZ0302				1						1
5RZ0304			2	2						4

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnjav (epizod) z operacijami, 2002.

Nadaljevanje tabele 2: IZBRANE ORTOPEDSKE OPERACIJE PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
5RZ0305			1	1						2
5RZ0307		1								1
5RZ0400			2	2	2	1	1			8
SKUPAJ	517	2077	2983	3386	4241	4032	3586	3090	1421	25333

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Tabela 3: IZBRANE OPERACIJE ŠČITNICE PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Tiroidektomija								1		1
Tiroidektomija Delna - nodulektomija			1	1	4	4	2	1		13
Tiroidektomija Delna - istmektomija			1	1	2			1		5
Tiroidektomija Delna - resekcija dela lobusa			2	5	11	16	3	3		40
Tiroidektomija Enostranska ekstrakapsularna		3	13	21	28	43	23	19	2	152
Tiroidektomija Obojestranska ekstrakapsularna		9	11	15	36	39	36	35	6	187
Tiroidektomija S sternotomijo						1		3		4
SKUPAJ		12	28	43	81	103	64	63	8	402

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Tabela 4: IZBRANE OPERACIJE NA SRCU PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Premostitev koronarne arterije Arterijska vezana				4	39	64	103	58	6	274
Premostitev koronarne arterije Arterijska prosta				1	2	3	4	2		12
Premostitev koronarne arterije Venska				6	45	85	217	161	13	527
Endarteriektomija koronarne arterije Standardna							2	3		5
Endarteriektomija koronarne arterije Ekstenzivna					1	1	1			3
Laserizacija miokarda				1						1
Op mitralne zaklopke Digitalna zaprta komisurotomija							3			3

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

Nadaljevanje tabele 4: IZBRANE OPERACIJE NA SRCU PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Op mitralne zaklopke Instrumentalna zaprta komisurotomija								1		1
Op mitralne zaklopke Odprta komisurotomija						1			1	2
Op mitralne zaklopke Anuloplastika						5	19	14	2	40
Op mitralne zaklopke Valvoplastika	2	1			2	6	16	14	2	43
Op mitralne zaklopke Menjava zaklopke				6	10	25	56	45	5	147
Op trikuspidalne zaklopke Plastika				2	1	2	22	17	1	45
Op trikuspidalne zaklopke Zamenjava						1	1	3		5
Op trikuspidalne zaklopke Odstranitev					1					1
Menjava aortne zaklopke Standardna		4	1	4	12	30	78	75	11	215
Menjava aortne zaklopke S širitvijo anulusa			1	1	1					3
Menjava aortne zaklopke Z ascendentnim delom aorte (Bental		1	1	1	2	2	3	6	1	17
Homograft aortne zaklopke									1	1
Rekonstrukcija aortna zaklopke (David)					1		1			2
Manjši posegi na zaklopki (šiv, trombektomija, sprememba pol					1	3	2	2		8
Infundibulektomija levega ali desnega prekata		1								1
Poprava zoženega iztoka iz levega ali desnega prekata	2		1							3
Popolna poprava dvoprekatnega desnega prekata	2	1								3
Popolna poprava tetralogije Fallot	3									3
Popolna poprava defekta atrijskega septuma Tipa sekundum	20	7			3	2				32
Popolna poprava defekta atrijskega septuma Tipa primum	4									4
Zapora defekta ventrikularnega septuma	21	9			1			2		33
Popolna poprava A-V kanala Delnega	3									3
Popolna poprava A-V kanala Celotnega	5									5
Popolna poprava nepravilnega pljučnega venoznega izliva Deln	2									2

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnjav (epizod) z operacijami, 2002.

Nadaljevanje tabele 4: IZBRANE OPERACIJE NA SRCU PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Popolna poprava aorto-pulmonalnega okna	2									2
Odstranitev membrane Subvalvularne aortne	2	1								3
Kavopulmonalna anastomoza Dvosmerna s pripravo za totalno	1									1
Kavopulmonalna anastomoza Totalna	1									1
Prekinitev Botallovega voda	14									14
Banding debela pljučne arterije (Damman Müller)	7						1			8
Debanding debela pljučne arterije	2									2
Naprava sistemskopulmonalne anastomoze	4									4
Naprava centralnega aortopulmonalnega shunta	1									1
Popolna poprava koarktacije aorte Resekcija (Crafoord)	2									2
Popolna poprava koarktacije aorte Razširitev koarktacije z r	3									3
Vstavitev začasne endokavitarne elektrode za zunanjo stimula	2						2			4
Odprta masaža srca in notranja defibrilacija									1	1
Vstavitev stalnega srčnega spodbujevalca Za eno komoro-trans	2	1	3	3	6	17	41	109	93	275
Vstavitev stalnega srčnega spodbujevalca Za dve komori-trans	7	3	2	4	8	8	31	89	38	190
Vstavitev stalnega srčnega spodbujevalca Z epikardnimi elekt		2			1		2	1	4	10
Zamenjava ali poglobitev pulznega generatorja	1	5	3	1	6	9	11	35	34	105
Poprava lege ali zamenjava endokavitarne elektrode	2	4			3	3	8	25	13	58
Odstranitev vrasle ali inficirane endokavitarne elektrode		1					3	1	1	6
Vstavitev avtomatskega kardioverterja-defibrilatorja Transve						1	3	4		8
Vstavitev avtomatskega kardioverterja-defibrilatorja Transto		1								1
Prekinitev aberantne poti (Kentov snop) ali aritmogenega fok							1			1
Perikardiotomija (razrešitev zarastlin, odstranitev hematoma	4	1	3		5	6	31	23	4	77

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

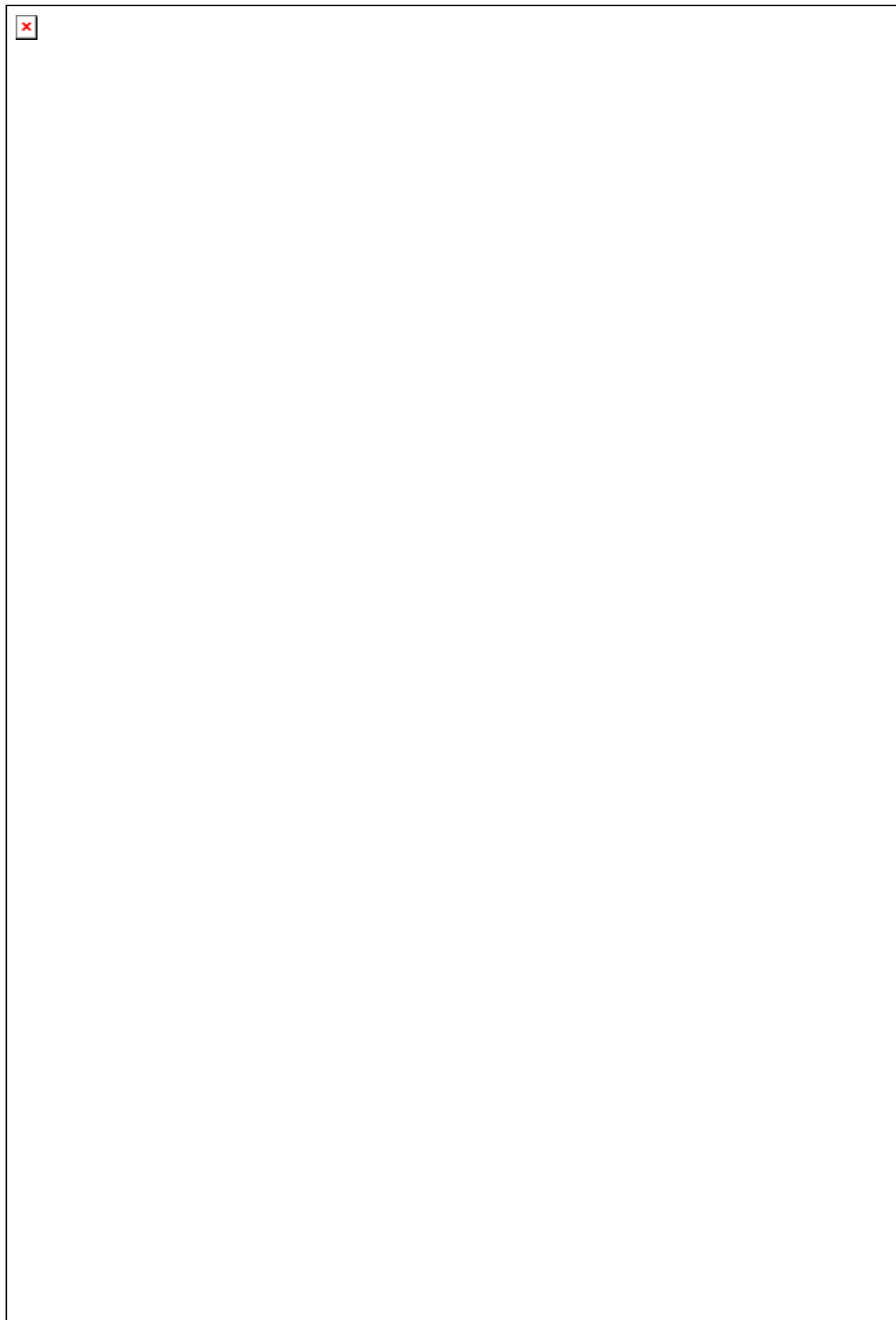
Nadaljevanje tabele 4: IZBRANE OPERACIJE NA SRCU PO 10-LETNIH STAROSTNIH SKUPINAH, 2002

SLOVENSKA KLASIFIKACIJA OPERACIJ	0-9let	10-19let	20-29let	30-39let	40-49let	50-59let	60-69let	70-79let	>= 80let	SKUPAJ
Drenaža perikarda Transtorakalna									1	1
Drenaža perikarda Epigastrična	1									1
Perikardiektomija (dekortikacija, ekscizija ciste)					1	1				2
Op zdravljenje poškodbe srca, šiv miokarda		2				1	4	2	2	11
Op tumorja srca					3		3	1		7
Op kronične anevrizme srca						2	1			3
Op zdravljenje rupturirane stene srca ali pseudoanevrizme						1				1
Op postinfarktne defekta ventrikularnega septuma Akutnega								1		1
Op postinfarktne defekta ventrikularnega septuma Kroničneg							1			1
Implantacija ali eksplantacija srčnega pomožnega sistema Int							2	2		4
Implantacija ali eksplantacija srčnega pomožnega sistema Tra	1									1
Implantacija ali eksplantacija srčnega pomožnega sistema Zun									1	1
SKUPAJ	123	45	15	34	155	279	673	696	235	2255

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (epizod) z operacijami, 2002.

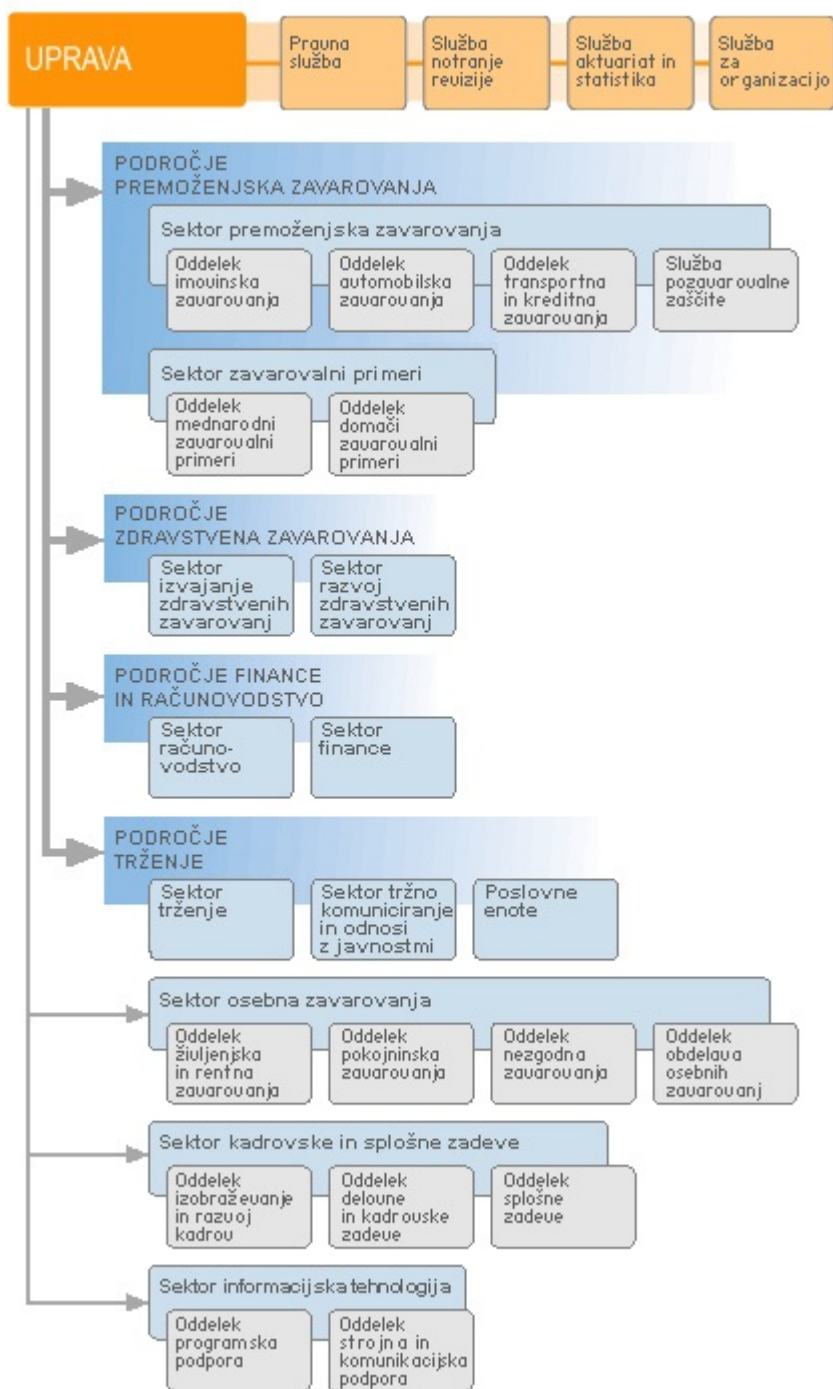
PRILOGA 2

CENIK KLINIČNEGA CENTRA V LJUBLJANI OD 01.07.2002 DALJE



PRILOGA 3

ORGANIGRAM ZAVAROVALNE DRUŽBE ADRIATIC D.D. KOPER



Vir: Adriatic, 2004.