

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

DIPLOMSKO DELO

**ANALIZA PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA
ZAVAROVANJA V TUJINI Z ASISTENCO V SLOVENIJI**

Ljubljana, februar 2003

Ivan Korošec

IZJAVA

Študent/ka _____ izjavljam, da sem avtor/ica tega diplomskega dela, ki sem ga napisal/a pod mentorstvom _____, in dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne _____.

Podpis:

KAZALO

UVOD	1
1. ASISTENCA	3
1.1. Definicija asistence	3
1.2. Zgodovina in prihodnost asistence	3
1.3. Vrste asistence	3
1.3.1. Zdravstvena asistenca	4
1.3.2. Tehnična asistenca	4
1.3.3. Pravna asistenca	4
1.3.4. Hišna asistenca	5
1.4. Pomen asistence za zavarovalnico in za zavarovanca	5
1.5. Asistenčne družbe	5
1.6. Asistenca v Sloveniji	6
2. ZAVAROVANJE	7
2.1. Splošno o zavarovanju	7
2.1.1. Zavarovalno razmerje	7
2.1.2. Značilnosti zavarovanja	7
2.1.3. Škodna narava zavarovanja	8
2.1.4. Delitev po predmetu zavarovanja	9
2.2. Opredelitev osebnih zavarovanj	9
2.3. Vrste osebnih zavarovanj	10
2.3.1. Življenjsko zavarovanje	10
2.3.1.1. Življenjsko zavarovanje v ožjem smislu	11
2.3.1.2. Rentno oziroma prostovoljno pokojninsko zavarovanje	11
2.3.2. Nezgodno zavarovanje	12
2.3.3. Zdravstveno zavarovanje	12
3. EKONOMIKA V ZDRAVSTVU	13
3.1. Zdravje kot dobrina posebnega družbenega pomena	13
3.2. Načela ekonomičnosti in racionalnosti v zdravstvu	13
3.3. Trg v zdravstvu	14
3.3.1. Povpraševanje po zdravstvenih storitvah	14
3.3.2. Ponudba zdravstvenih storitev	15
4. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI	16
4.1. Obvezno zdravstveno zavarovanje	17
4.1.1. Prispevki	17
4.1.2. Vrste pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju	18
4.1.3. Obseg pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju	19
4.2. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	19
4.2.1. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z.	20
4.2.2. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje Zavarovalne družbe Adriatic, d.d.	20
5. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V TUJINI	21
5.1. Uveljavljanje pravice do nujnega zdravljenja v državah – podpisnicah meddržavne pogodbe (konvencije)	21
5.1.1. Uveljavljanje pravic na osnovi potrdila	21
5.1.2. Uveljavljanje pravic na osnovi potnega lista in veljavne kartice zdravstvenega zavarovanja	22
5.2. Uveljavljanje pravice do nujnega zdravljenja v ostalih državah	22
5.3. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v tujini	23

6. PONUDNIKI PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V TUJINI Z ASISTENCO	24
6.1. Slovenica, zavarovalniška hiša, d.d. in Assistance CORIS	24
6.1.1. Assistance CORIS	24
6.1.2. Ponudba zavarovanj	25
6.2. Zavarovalnica Triglav, d.d. in Mercur Assistance	26
6.2.1. Mercur Assistance	26
6.2.2. Ponudba zavarovanj	26
6.3. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. in Elvia Assistance	27
6.3.1. Elvia Assistance	27
6.3.2. Ponudba zavarovanj	27
6.4. Zavarovalna družba Adriatic, d.d. in Inter Partner–AXA Assistance	28
6.4.1. Inter Partner Assistance–AXA Assistance	28
6.4.2. Ponudba zavarovanj	29
6.5. Zavarovalnica Maribor, d.d. in Inter Partner–AXA Assistance	29
6.5.1. Ponudba zavarovanj	30
7. PRIMERJAVA PRODUKTOV PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V TUJINI Z ASISTENCO	30
7.1. Primerjava zavarovalnih pogojev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco	30
7.1.1. Splošne določbe	31
7.1.2. Osebe, ki jih je po teh pogojih mogoče zavarovati	31
7.1.3. Sklenitev zavarovanja in trajanje zavarovanja	32
7.1.4. Obseg obveznosti zavarovatelja	32
7.1.5. Asistenca	33
7.1.6. Nujni stroški zdravljenja in stroški prevoza	34
7.1.7. Izključitev obveznosti zavarovatelja	35
7.1.8. Obveznost zavarovanca	36
7.1.9. Pravice zavarovatelja	36
7.1.10. Uporaba zakona	36
7.1.11. Pristojnosti v primeru spora	36
7.2. Območje veljavnosti zavarovanja	37
7.3. Uveljavljanje asistenc v primeru bolezni ali nezgode	37
8. PRIMERJAVA CEN POSAMEZNIH PONUDNIKOV PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V TUJINI Z ASISTENCO	39
8.1. Primerjava cen običajnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco	40
8.2. Primerjava cen posebnih oblik zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco	42
9. PREDSTAVITEV ASISTENČNEGA PRIMERA	43
SKLEP	45
LITERATURA	47
VIRI	47

UVOD

Ljudje smo že od nekdaj popotniki. Pot nas vodi prek meja naše države, ki resnici na ljubo, ni ravno največja. Toda tudi pri skrbno načrtovanem potovanju ali pa le pri kratkem izletu se lahko zgodi kaj nepredvidenega, nezgoda ali bolezen. Stroški, povezani z zdravljenjem v tujini, so navadno visoki, ponekod v svetu pa ustrezne zdravstvene storitve sploh niso na voljo.

Namen diplomskega dela je predstaviti načine oziroma poti do ustrezne zdravstvene oskrbe in pokritja ob tem nastalih stroškov. Poseben poudarek je namenjen zdravstvenemu zavarovanju v tujini z asistenco, kjer asistenčna družba poskrbi za najprimernejšo rešitev nastale težave, zavarovalnica pa pokrije nastale stroške.

Diplomsko delo je razdeljeno na devet delov. Prvi del je namenjen predstavitvi asistenc. Asistenca je v slovenskem prostoru dokaj nov pojem, zato tudi kakršnekoli literature na to temo skorajda ni. Ta del zato temelji na informacijah pridobljenih pri tujih asistenčnih družbah, in na lastnih izkušnjah (dobra tri leta sem delal na asistenčni družbi Assistance Coris, d.o.o.).

Drugi del je namenjen kratkem opisu zavarovalnega razmerja, značilnosti zavarovanja in škodne narave zavarovanja ter delitvi po predmetu zavarovanja. Podrobneje so predstavljena osebna zavarovanja in njihova delitev na življenjsko, nezgodno in zdravstveno zavarovanje.

V tretjem delu je predstavljena ekonomika v zdravstvu. Zdravje je dobrina posebnega družbenega pomena; v samem zdravstvu veljajo načela ekonomičnosti in racionalnosti; na trgu v zdravstvu pa se srečujeta povpraševanje in ponudba zdravstvenih storitev.

Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji je urejeno po zgledu mnogih evropskih držav. Obvezno zdravstveno zavarovanje, ki ga izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, in prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki ga izvajata Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. in Zavarovalna družba Adriatic, d.d., sta predstavljeni v četrtem delu.

Ko se nahajamo v tujini, se mnogokrat zgodi, da potrebujemo zdravniško pomoč. Osebam, ki so obvezno zdravstveno zavarovane v Republiki Sloveniji, so med začasnim bivanjem v tujini zagotovljene pravice do nujnega zdravljenja. Kako lahko uveljavljamo pravico do nujnega zdravljenja v tujini, je opisano v petem delu.

V Sloveniji je trenutno pet ponudnikov prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco, ki sodelujejo s štirimi tujimi asistenčnimi družbami. Z večanjem števila ponudnikov se je razširila tudi ponudba zavarovanj. Ponudba zavarovanj in asistenčne hiše, s katerimi sodelujejo ponudniki, so predstavljeni v šestem poglavju.

Za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco veljajo splošni in posebni zavarovalni pogoji, ki se med ponudniki razlikujejo. Zavarovanja posameznih ponudnikov se, razen v zavarovalnih pogojih, razlikujejo še po območju veljavnosti zavarovanja in načinu

uveljavljanja asistenc v primeru bolezni ali nezgode. Omenjene razlike so zapisane v sedmem poglavju.

Zavarovanja posameznih ponudnikov se razlikujejo tudi v ceni. V osmem delu sem primerjal cene posameznih ponudnikov, tako običajnega kot posebnih oblik zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco.

Diplomsko delo je zaključeno s predstavitvijo konkretnega asistenčnega primera, ki se mi je v omenjenih treh letih dela na asistenčni družbi Assistance Coris, d.o.o. najbolj vtisnil v spomin.

1. ASISTENCA

1.1. Definicija asistence

Slovar slovenskega knjižnega jezika ponuja sledečo razlago besede asistenca:

asisténca –e ž (ê) *strokovno sodelovanje, pomoč pri čem, zlasti pri pomembnih opravilih*: delal je ob asistenci mlajših tovarišev; asistenca pri operaciji, pri vajah na orodju / maša z asistenco // osebe, ki asistirajo: škof in njegova asistenca

Vendar je pomen besede asistenca mnogo širši in ga v slovenskem jeziku težko opišemo z enim stavkom, kaj šele z eno samo besedo.

Asistenco bi lahko opisali kot takojšnjo pomoč nekemu, ki se sreča z nepričakovanim problemom/težavo, na način, da se v najkrajšem času najde pot do rešitve problema/težave in da se nato problem/težava reši.

1.2. Zgodovina in prihodnost asistence

Asistenca ima že relativno dolgo zgodovino. Po mnenju največjih asistenčnih družb se je asistenca pojavila v taki obliki, kot jo poznamo danes, leta 1959 v Španiji. Takrat je bila v Barceloni ustanovljena GESA (Groupe Européen Société Anonyme) Assistance. Ustanovljena je bila zaradi pomoči turistom, ki so s svojimi vozili prihajali v Španijo. Čeprav so bili prvi primeri zgolj pravne narave, se je obseg storitev, vključujoč zdravstveno in avtomobilsko asistenco, izredno hitro povečal. Kasneje so leta 1969 odprli prvo podružnico v Parizu. Danes ima Gesa Assistance 30 alarmnih centrov. Od svojega nastanka je Gesa Assistance specializirana za nudenje takojšnje pomoči ljudem, ki se srečujejo z nepričakovanimi problemi.

Kasneje so tudi ostale, predvsem zavarovalne družbe, ohrabrene z uspešnim poslovanjem GESA Assistance, ponudile svoje asistenčne storitve. Koncept asistence se je razširil na mnoga področja. Glavna dežela na področju asistence je že kmalu po njenem pojavu postala Francija, kjer je zabeleženih daleč največ asistenčnih primerov.

Kljub več kot 40-letni zgodovini je asistenca še vedno, zaradi njenega prihajajočega razvoja, posel prihodnosti. Nov stil življenja in vedno bolj očitno pomanjkanje časa pri ljudeh porajata številne možnosti za razvoj asistence. Na voljo je vedno več asistenčnih storitev in ljudje se odločajo zanje, ker verjamejo, da jim bodo te olajšale življenje.

1.3. Vrste asistence

V preteklih desetletjih se je asistenca razširila na mnoga področja. Najpogosteje se srečujemo z zdravstveno, tehnično, pravno ter hišno asistenco.

1.3.1. Zdravstvena asistenca

Zdravstvena asistenca je namenjena zagotavljanju potrebne pomoči v primeru bolezni oziroma telesnih poškodb.

Zdravstvena asistenca najpogosteje zajema:

- informiranje o zdravnikih in zdravstvenih ustanovah,
- enostavno zdravstveno svetovanje,
- obisk zdravnika na domu oziroma kraju začasnega bivanja,
- reševanje z zdravniško ekipo,
- kontaktiranje lečečega zdravnika,
- spremljanje zdravstvenega stanja hospitaliziranih strank,
- vrnitev po okrevanju,
- zdravstveno informiranje popotnikov itd..

1.3.2. Tehnična asistenca

Tehnična asistenca zagotavlja potrebno pomoč ob okvarah prevoznih sredstev in prometnih nesrečah. Najpogostejša in najbolj znana je avtomobilska asistenca.

Tehnična asistenca najpogosteje zajema:

- vleko in reševanje prevoznega sredstva,
- manjša popravila na licu mesta,
- enostavno svetovanje o prevoznih sredstvih,
- informiranje o servisih,
- nadomestna oziroma rent-a-car vozila v času popravila,
- dostavo nadomestnih delov,
- pomoč pri postopku odrekanja vozila,
- začasno nastanitev voznika in potnikov,
- vrnitev voznika in potnikov domov itd..

1.3.3. Pravna asistenca

Pravna asistenca zagotavlja pravno pomoč.

Pravna asistenca najpogosteje zajema:

- najem advokata,
- plačilo varščine,
- denarni avans za plačilo kazni itd..

1.3.4. Hišna asistenca

Hišna asistenca je namenjena odpravljanju težav, ki se nenadoma pojavijo v hiši oziroma stanovanju.

Hišna asistenca najpogosteje zajema:

- pomoč električarja, vodovodarja ipd.,
- nadomestno nastanitev, ko stanovanje za določen čas ni primerno za bivanje,
- selitvene storitve in hranjenje pohištva itd..

Ob naštetih oblikah asistenc pa se srečujemo z novimi oblikami asistenc (storitve "*Art de vivre*", *Lifestyle – Comfort* storitve, zdravstveni inženiring, ipd.) ter s prepletanjem različnih že obstoječih oblik asistenc.

1.4. Pomen asistenc za zavarovalnico in za zavarovanca

Zavarovalnice po celem svetu trpijo za tako imenovanim sindromom slabega imidža. Ljudje sprejemajo zavarovalnice kot neke vrste nujno zlo. S ponudbo asistenc svojim zavarovancem pa se zavarovalnici ponuja možnost izboljšave tako njenih storitev kot tudi imidža. In kar je še posebej pomembno je to, da asistenca v večini primerov pripomore k boljšemu nadzoru škodnih primerov in s tem posledično tudi k zmanjšanju njihovih stroškov.

Pomen asistenc za zavarovanca je predvsem v tem, da le-ta za relativno majhno doplačilo k zavarovanju dobi široko paleto storitev, ki jih ponuja asistenca. Za zavarovanca je zelo pomembno dejstvo, da ve, da ne glede na okoliščine (čas, kraj ipd.) lahko vedno v najkrajšem času pričakuje asistenco v obliki pomoči, ki jo potrebuje.

1.5. Asistenčne družbe

Na svetu je le manjše število asistenčnih družb, ki ponujajo razvejano mednarodno mrežo. Večina njih pripada večjim podjetniškim skupinam (npr. AXA, Elvia ipd.), nekatere od njih so popolnoma neodvisne (npr. Assistance CORIS), nekatere pa so del neodvisne mreže (npr. International Assistance Group, ki v svojo mrežo združuje 21 neodvisnih asistenčnih družb).

Vsaka zavarovalnica se lahko odloči za ustanovitev svoje asistenčne družbe z lastno mednarodno mrežo, vendar se v praksi to zgodi le redko. Izgradnja mednarodne mreže je povezana z velikimi stroški. Le največje zavarovalniške skupine imajo dovolj veliko bazo zavarovancev za ohranjanje asistenčne družbe z lastno mednarodno mrežo. Dovolj velika baza zavarovancev je glavni pogoj za delo in obstoj asistenčne družbe z mednarodno mrežo. V praksi srečamo specializirane asistenčne družbe, ki svoje storitve ponujajo različnim družbam oziroma podjetniškim skupinam (bankam, zavarovalnicam, izdajateljem kreditnih kartic, proizvajalcem avtomobilov itd.).

Tako se zavarovanec, ko potrebuje določeno vrsto pomoči, ne obrne na svojo zavarovalnico, temveč na alarmni center asistenčne družbe, ki v dogovoru z zavarovalnico opravlja to storitev. Asistenčna družba nato prek svojih predstavništev oz. pogodbenih partnerjev zagotovi potrebno pomoč.

Asistenčna družba ima po celem svetu razporejenih več alarmnih centrov, na katere se obračajo zavarovanci, ko potrebujejo pomoč. Alarmni centri so posebne pisarne, ki morajo izpolnjevati naslednje pogoje:

- dosegljivost 24 ur na dan, 7 dni na teden,
- zaposleno visoko usposobljeno osebje z znanjem več tujih jezikov,
- visoka računalniška in telekomunikacijska opremljenost,
- stalen dostop do strokovnjakov in znanja potrebnih za zagotovitev asistenc (zdravniki, mehaniki, advokati itd.).

1.6. Asistenca v Sloveniji

Asistenca se je v Sloveniji pojavila že dokaj zgodaj. Temu je botrovala predvsem potreba tujih asistenčnih hiš, ki so hotele za svoje stranke pokriti področje nekdanje Jugoslavije. Tako je skupina ljudi že od leta 1978 v okviru družbe Hertz opravljala asistenčne storitve. Toda te storitve so bile namenjene izključno tujcem, ki so prišli na to območje. Ta ista skupina ljudi je kasneje, leta 1993, prenesla svoje izkušnje na družbo Assistance CORIS, d.o.o. in začela ponujati zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco. Ponudbo so nato razširili tudi na področje tehnične asistenc. Do pred kratkim je bila to praktično edina prava asistenčna družba v Sloveniji. Kasneje se je v Sloveniji pojavilo še več ponudnikov zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco, v letu 2000 pa je več slovenskih zavarovalnic skoraj istočasno predstavilo v tujini že desetletja poznano avtomobilsko asistenco.

Nikakor pa ne gre spregledati AMZS, ki ima že zelo dolgo zgodovino in že desetletja nudi pomoč voznikom na cesti. Vendar so šele v zadnjih letih dopolnili svojo ponudbo in dobili podobo asistenčne družbe. Danes opravljajo avtomobilsko asistenco za različne slovenske zavarovalnice in proizvajalce avtomobilov.

Ne glede na dokaj zgodnji pojav asistenc v Sloveniji lahko rečem, da je Slovenija na tem področju še vedno slabo razvita. Toda glede na trend zadnjih treh let lahko pričakujemo razmah asistenc tudi pri nas. Asistenca je pač posel prihodnosti in slej ko prej bo prišlo do vlaganj na tem področju. Vprašanje pa je, ali bodo to nerazvitost izkoristile tuje asistenčne družbe ali se bomo tega lotili Slovenci sami.

2. ZAVAROVANJE

2.1. Splošno o zavarovanju

2.1.1. Zavarovalno razmerje

Po sklenitvi zavarovalne pogodbe med zavarovalnico (zavarovateljem) in skleniteljem zavarovanja (zavarovalcem) nastopi zavarovalno razmerje in to še ne pomeni, da je storitev zavarovalnice v celoti opravljena. Obvezno je treba razlikovati dva osnovna tokova. Najprej gre za pridobivanje in sklepanje zavarovanj, kar zagotovi dotok zavarovalnih premij oziroma prispevkov, nato pa še za obravnavanje in likvidacijo zavarovalnih primerov, na osnovi katerega pride do dotoka zavarovalnin oziroma odškodnin (Flis, 1995a, str. 13, 14).

Pri obstoju zavarovalnega razmerja gre na eni strani za obljubo zavarovalnice, na drugi pa za obljubo zavarovalca. Obljube, za katere se zavarovalnica in zavarovalec zavezujeta, da jih bosta izpolnila, so navedene v zavarovalni pogodbi oziroma polici. Zavarovalnica obljubi, da bo plačala dogovorjeno zavarovalnino ob nastopu zavarovalnega primera, obljuba zavarovalca pa je, da bo plačal dogovorjeno premijo.

Značilno je, da dajatev nevarnostnega subjekta in nasprotna dajatev zavarovalnice nimata istih lastnosti in iste narave. Dajatev nevarnostnega subjekta je nekaj gotovega. Nasprotno pa je dajatev zavarovalnice nekaj negotovega, slučajnega, in nastopi le, če nastopi nevarnostni dogodek in nastane škoda ali če nastopi dogovorjen zavarovalni primer (Boncelj, 1983, str. 201, 202).

Velika večina zavarovalcev torej zavarovalnici plačuje premije, od zavarovalnice pa za njih ne dobi ničesar. Postavlja se vprašanje, zakaj se ljudje potem sploh zavarujejo in zavarovalnici plačujejo premije, če le izjemoma kaj dobijo iz zavarovanja. Vendar je treba pri tem upoštevati, da odškodnina ni edini koristen učinek, ki ga dobi nevarnostni subjekt od zavarovalnice. Pomembna nasprotna dajatev, ki jo zavarovalnica zagotavlja vsakemu nevarnostnemu subjektu, je gospodarska varnost, to je gotovost vsakega nevarnostnega subjekta, da se mu bo morebitna škoda nadomestila z zavarovanjem (Williams, Heins, 1981, str. 210, 211). Medtem ko je odškodnina za zavarovalca le nekaj enkratnega, je gospodarska varnost nekaj trajnega in jo dobiva vsak nevarnostni subjekt nepretrgoma ves čas, dokler je zavarovan. Tako kot so škode samo zunanji izraz in potrditev gospodarske nevarnosti, so odškodnine samo zunanji izraz in potrditev gospodarske varnosti.

2.1.2. Značilnosti zavarovanja

Glavna storitev zavarovalnice je, da vsakemu zavarovalcu nudi v času trajanja zavarovanja gospodarsko varnost, to je gotovost, da bo morebitna škoda nadomeščena z zavarovanjem. Glavna dajatev zavarovalnice pa je odškodnina, denarna vsota, ki jo zavarovalnica plača za nadomestitev škode. Odškodnino zavarovalnica daje le nekaterim izjemnim zavarovalcem

(Boncelj, 1983, str. 20). Dobijo jo samo tisti, ki jim škoda nastane, toda gospodarsko varnost dobivajo vsi zavarovalci. Zato lahko trdimo, da se zavarovalci zavarujejo predvsem zaradi gospodarske varnosti, kajti odškodnina je le sredstvo za ustvarjanje gospodarske varnosti.

Obljuba zavarovalnice, da bo zavarovalcu nadomestila škodo, je nekaj abstraktnega. Zavarovalec verjame v to le, če zavarovalnica neprestano izpolnjuje svojo obljubo drugim zavarovalcem, saj tako lahko upravičeno pričakuje, da jo bo izpolnila tudi njemu. Samo v tem primeru zavarovalnica lahko pričakuje, da bo še naprej zavarovala. Za zavarovalca je hkrati pomembno, da mu zavarovalnica plača odškodnino v čim krajšem času, kajti zavarovalec je zaradi nevarnostnega dogodka navadno v večji ali manjši finančni stiski in zato še posebej občutljiv za reševanje zavarovalnega primera. V primeru, da javnost izgubi zaupanje v tekoče in popolno izplačevanje odškodnin s strani zavarovalnice, to negativno in omejevalno vpliva na poslovanje zavarovalnice, ker stari zavarovalci odhajajo iz zavarovanja, hkrati pa prihaja tudi manj novih zavarovalcev v zavarovanje. Torej velja, da zavarovanje bolj kot katerakoli druga gospodarska dejavnost temelji na zaupanju. Njeno "blago", zavarovalno jamčenje, je nevidno in brez zaupanja ni zavarovanja, zato je pomembno, da je zavarovalnica solidna, hitra in prožna v poslovanju, ker si s tem ustvarja vedno večje zaupanje.

Za zavarovanje je značilna bistveno manjša privlačnost prav zaradi samih lastnosti zavarovalne storitve. Zavarovalec lahko ocenjuje kakovost zavarovalne storitve pri sklenitvi zavarovanja le subjektivno, glede na stike z osebjem (zavarovalnim agentom, osebjem v zavarovalnici, itd.), saj zaradi abstraktne zavarovalne storitve nima drugih bolj oprijemljivih meril. Zavarovalna storitev je namreč kot vsaka druga storitev abstraktna, za katero je še posebej pomembno mnogo pojasnjevanja, razlaganja in obsežnega prepričevanja, da jo zavarovalnica sploh lahko proda, kajti zavarovalno storitev kupec razumsko in čustveno še težje sprejme. Gre za neko obljubo, katere realizacija je odložena v prihodnost. Toda tudi ob nastopu škodnega oziroma zavarovalnega dogodka se kakovost zavarovanja in zavarovalnice enači le s kakovostjo odnosov zavarovalnega osebja do zavarovalcev. Problem je, da zavarovalec spozna kakovost določene zavarovalne storitve in s tem tudi upravičenost nakupa zavarovanja šele, ko nastopi škodni oziroma zavarovalni dogodek. Do tega trenutka pa predstavlja zavarovanje za zavarovalca nepotreben izdatek oziroma izdatek za nekaj, kar se morda sploh ne bo zgodilo (Končina, 1994, str. 43).

2.1.3. Škodna narava zavarovanja

Gospodarska nevarnost je osnova za obstoj zavarovanja. Ker gospodarska nevarnost predstavlja možnost gospodarske škode, je tudi zavarovanje povezano z gospodarsko škodo. Čeprav se po klasični delitvi govori o škodnem in vsotnem zavarovanju, je vsako zavarovanje po svoji naravi škodno zavarovanje, toda v vsakem od njih se škodna narava navzven drugače uveljavlja. Vsotno zavarovanje sicer ni škodno zavarovanje po svoji obliki, je pa to po svoji gospodarski vsebini, kajti tudi tu v praksi vedno nastane gospodarska škoda zaradi nevarnostnega dogodka.

Škodno zavarovanje je namenjeno nadomeščanju gospodarskih škod, ki nastanejo zaradi nevarnostnih dogodkov na nevarnostnih objektih ali zaradi njih. Za škodno zavarovanje velja, da zadovoljuje konkretno potrebo in da gre za konkretno ugotovljivo škodo, ki se nadomesti z odškodnino.

Vsotno zavarovanje pa je tisto, pri katerem se plača vnaprej dogovorjena zavarovalna vsota, ko nastane nevarnostni dogodek. S tem zavarovanjem se zadovoljuje abstraktno potrebo, ki temelji le na splošno ugotovljivi škodi. Gospodarska škoda se tu ne predpostavlja in ne ugotavlja. Edini pogoj za plačilo zavarovalne vsote je nevarnostni dogodek. Dejansko tudi tu nastane neka gospodarska škoda zaradi nevarnostnega dogodka, le da se ne upošteva pri določitvi odškodnine. Ker pa se zavarovalec tudi pri vsotnem zavarovanju zavaruje proti škodi, ki jo ima pred očmi, in se ta, čeprav samo deloma, nadomesti z zavarovalno vsoto kot odškodnino, je vsotno zavarovanje vsebinsko prav tako škodno zavarovanje kot tisto, ki ga večina tako imenuje.

Vsotno zavarovanje se uporablja pri osebnih zavarovanjih, kjer je nevarnostni objekt človek. Svoboden človek nima vrednosti in s tem tudi ne zavarovalne vrednosti. Vrednost sicer ima njegova delovna sila, ki se lahko ugotovi le približno in s precejšnjimi tehničnimi težavami, še teže pa se ugotovi nastalo škodo. Višina odškodnine pri vsotnem zavarovanju tako ni odvisna od dejanske višine škode, temveč je vnaprej določena s trdnim zneskom, zato načelo funkcionalne povezanosti škode in odškodnine tu ne velja. Prav tako se tu ne uporablja načelo prepovedi obogatitve, kajti zavarovalna vsota je v praksi vedno manjša od dejanske škode in do obogatitve upravičenca praviloma sploh ne more priti. Preprečevanje obogatitve je v zavarovanju pomembno, ker možnost obogatitve vodi do tega, da je človek ravnodušen do nevarnosti (Boncelj, 1983, str. 70).

2.1.4. Delitev po predmetu zavarovanja

Zavarovanje lahko delimo po različnih kriterijih. Najbolj praktična in za teorijo pomembna delitev zavarovanja je glede na predmet zavarovanja. Glede na to, ali je predmet zavarovanja premoženje oziroma stvar ali oseba, delimo vsa zavarovanja na:

- premoženjska zavarovanja,
- osebna zavarovanja.

V premoženjska zavarovanja štejemo vsa tista zavarovanja, kjer je predmet zavarovanja premoženje oziroma določena stvar ali pravica oziroma obveznost. Med osebna zavarovanja pa štejemo vsa tista zavarovanja, v katerih se kot predmet zavarovanja pojavlja fizična oseba (Ivanjko, 1981, str. 25).

2.2. Opredelitev osebnih zavarovanj

Osebna zavarovanja se nanašajo na zavarovanje nevarnosti, ki pretijo človeku, njegovemu življenju in integriteti. Nevarnostni objekt je človek oziroma njegovo življenje, zdravje ali

njegova delovna sposobnost. Gospodarska škoda, ki jo povzroči nevarnostni dogodek, gre vedno v breme življenjske ravni prizadetega in zavarovanje omogoča, da vzpostavimo življenjsko raven prizadetega in/ali njegove družine v prejšnje stanje, popolnoma ali deloma. Tudi pri osebnih zavarovanjih lahko govorimo, da je nastala neka škoda na premoženju zavarovalca, ki je npr. postal invalid, vendar ta škoda ni direktna, ampak je nastala šele na podlagi poškodovanja osebe, ki je postala invalid (Požar, 1963, str. 15).

Ohranjanje življenjske ravni prizadetega in/ali njegove družine je danes življenjskega pomena, kajti ljudje živijo v glavnem od svojega dela oziroma individualnega dohodka. Izguba tega pomeni izgubo dotedanje življenjske ravni. Na začetku se prizadeti še lahko preživlja s prodajo svojega premoženja, čeprav tudi to že pomeni zmanjšanje njegove življenjske ravni. Sčasoma pa nima druge možnosti, kot da doseže spet svoj individualni dohodek, da dobi nekje pomoč ali pa umre. To je razlog, da je ohranjanje življenjske ravni tako pomembna funkcija zavarovanja.

V splošnem velja, da je nevarnostni objekt vsak objekt, ki je v gospodarski nevarnosti, nevarnostni subjekt pa je gospodarski subjekt, ki mu nevarnostni objekt gospodarsko in pravno pripada ali pa mu je celo enak in je zaradi tega ogrožen oziroma je v gospodarski nevarnosti (Boncelj, 1983, str. 38, 42). Posebnost na področju zavarovanja oseb je, da je lahko nevarnostni objekt hkrati nevarnostni subjekt. Človek je namreč z ene strani fizično, z druge pa družbeno bitje. Kot fizično bitje je podvržen osebnim nevarnostim in je njihov nevarnostni objekt, je v gospodarski nevarnosti enako kot nek fizičen gospodarski predmet. Kot družbeno bitje pa je hkrati gospodarski subjekt, ki ima svojo voljo in ne odloča samo o gospodarskih predmetih, ampak tudi o samem sebi in lahko rečemo, da razpolaga sam s seboj in skuša obvladati gospodarsko nevarnost.

Po zavarovalni zakonodaji mora nevarnostni subjekt imeti zavarovalni interes, kar pomeni, da mora tisti, ki od zavarovalnice zahteva odškodnino, dokazati ne samo da je zavarovalec in s tem upravičenec, ampak tudi da je ob nevarnostnem dogodku imel zavarovalni interes. To velja, če gre za škodno zavarovanje, za ugotovljive škode, npr. za stroške zdravljenja, kjer se škoda meri in od nje odmeri odškodnina. V vsotnem zavarovanju se plača dogovorjena zavarovalna vsota kot odškodnina, kadar nastopi nevarnostni dogodek, škoda pa se ne meri.

2.3. Vrste osebnih zavarovanj

Kadar govorimo o osebnih zavarovanjih, lahko govorimo o treh glavnih skupinah zavarovanj. To so življenjska, nezgodna in zdravstvena zavarovanja. V okviru življenjskega zavarovanja ločimo še rentno oziroma pokojninsko zavarovanje.

2.3.1. Življenjsko zavarovanje

Skupna značilnost življenjskih zavarovanj je, da se tu zbira matematična rezervacija, brez katere zavarovalnice ne bi mogle zadovoljivo izpolnjevati svojih obveznosti. Pri vseh oblikah življenjskih zavarovanj velja, da zavarovanci na osnovi zavarovalnih pogodb vnaprej plačujejo

premije in zbrana sredstva se obrestujejo z obrestno mero, ki jo zavarovalnica doseže z obračanjem sredstev.

2.3.1.1. Življenjsko zavarovanje v ožjem smislu

Življenjsko zavarovanje je glede na svojo vlogo na socialnem, političnem in gospodarskem področju zelo pomembna zavarovalna panoga, kajti to je tretji podporni steber, s katerim se socialna varnost na starost financira.

V življenju posameznika in v družbenem življenju predstavlja življenjsko zavarovanje eno najbolj raznovrstnih, heterogenih in fleksibilnih panog. Doslej so se na področju življenjskih zavarovanj razvile že mnoge oblike življenjskega zavarovanja, prav tako pa je možna kombinacija teh oblik in na tej osnovi se lahko zavarovanec prosto odloči, kako bo uresničil svoj cilj. Vsak posameznik lahko sebi in svoji družini glede na svoje možnosti in okoliščine v življenju oblikuje lasten sistem socialne varnosti. Glavni namen življenjskega zavarovanja je, da nudi finančno pomoč ob smrti, v določeni starosti oziroma ob kakem drugem dogodku, npr. ko otrok prične študirati, ko se poroči, ko bo pričel z gradnjo itd. (Požar, 1963, str. 183). Običajno se ob poteku življenjskega zavarovanja izplača zavarovalna vsota za doživetje v enkratnem znesku, lahko pa se na zahtevo upravičenca izplačuje kot mesečna renta.

Med sklenjenimi življenjskimi zavarovanji imajo največji delež mešana zavarovanja, ki obsegajo zavarovanje za primer smrti in doživetja, ker to zavarovanje zajamči finančno pomoč zavarovancu, ko doseže neko starost, oziroma njegovim bližnjim, če zavarovanec med trajanjem zavarovanja umre.

2.3.1.2. Rentno oziroma prostovoljno pokojninsko zavarovanje

Rentno zavarovanje se je pri nas pojavilo šele v zadnjih letih. Zavarovalnice se zavezujejo, da bodo subjektom, ki so vnaprej plačali premije, ob upokojitvi začeli izplačevati rento do smrti, ki jo lahko imenujemo tudi pokojnina. Tako zavarovalnice tem subjektom zagotovijo varnost in prevzamejo določeno tveganje, kajti smrt je nenaden, težko predviden in od človekove volje neodvisen dogodek. Prav s prevzemom tega tveganja se zavarovalnice razlikujejo od ostalih finančnih institucij, kot so npr. banke, kajti čas izplačevanja rente traja pri rentnem varčevanju točno določeno časovno obdobje in banka s tem ne prevzema nobenega tveganja.

Rentno zavarovanje ima velik pomen, ker z njim vsakdo načrtuje svojo finančno prihodnost in pomeni preiščljeno naložbo v bodočo socialno varnost. Načrtovanje sloni na pričakovanih potrebah in sedanjih plačilnih zmožnostih. Naloga rentnega zavarovanja je zagotavljanje zavarovancem določeno varnost na starost, ko bodo prejeli mesečno starostno rento/pokojnino na osnovi predhodno vplačanih mesečnih premij. Višina rente/pokojnine se določi na podlagi dobe, za katero so bile plačane premije. Poleg obsega zbranega fonda se pri določanju višine rente/pokojnine upošteva tudi starost ob upokojitvi ter spol.

Če zavarovanec umre v času plačevanja prispevkov, zavarovalnica ponavadi upravičencu za primer smrti izplača odkupno vrednost sredstev, ki so se nabrala v zavarovančevem fondu.

2.3.2. Nezgodno zavarovanje

Funkcija nezgodnega zavarovanja je ta, da vsakemu posamezniku, ki ga sklene ali individualno ali kolektivno, pomaga, da z manjšo psihično obremenitvijo pokrije škodo, ki jo je utrpel zaradi nezgode, katera se mu je pripetila v okviru zavarovanega rizika.

Nezgodna zavarovanja delimo na obvezna in prostovoljna, čeprav sodi med obvezna zavarovanja le zavarovanje oseb in potnikov v javnem prometu. O prostovoljnem nezgodnem zavarovanju pa govorimo, ko gospodarske celice na podlagi svoje proste odločitve zavarovalno pogodbo lahko sklenejo ali ne. Ponudba prostovoljnih nezgodnih zavarovanj s strani zavarovalnic je zelo pestra in v okviru teh ločimo zavarovanja s splošnim in zavarovanja z omejenim jamstvom. Za zavarovanja s splošnim jamstvom je značilno, da so ta zavarovanja krajevno in časovno neomejena. Med temi so najpogostejša kolektivna nezgodna zavarovanja, s katerimi se zavarujejo delavci v podjetju, kmetje in šolska mladina. Pri zavarovanju z omejenim jamstvom se zavarovancu izplača odškodnina le, če je utrpel nezgodo pri opravljanju tiste dejavnosti, za katero je zavarovanje sklenjeno.

2.3.3. Zdravstveno zavarovanje

Ljudje vse prevečkrat, ponavadi nepričakovano, zbolimo oziroma se poškodujemo. Resna bolezen ali poškodba lahko resno vpliva na naš finančni in ekonomski položaj. Pri težki in dolgotrajni bolezni oziroma poškodbi se pojavita dve poglavitni težavi. Prva težava je izguba dohodka, ki bi ga oseba v danem času lahko prejela za opravljeno delo, če ne bi zbolela oziroma se poškodovala. Druga težava je povezana s ponavadi zelo visokimi stroški zdravljenja. Da bi se ljudje izognili izgubi dohodka in plačilu stroškov zdravljenja, jim država oziroma zavarovalnice nudijo možnost sklenitve zdravstvenega zavarovanja (George E. Rejda, 1986, str. 427).

V Sloveniji je od leta 1993 dalje v veljavi kombinacija obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Obvezno zdravstveno zavarovanje obsega zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela ter zavarovanje za poklicne bolezni in poškodbe pri delu. Iz tega zavarovanja izhaja pravica do zdravstvenih storitev, do nadomestila za čas nezmožnosti oziroma odsotnosti z dela, pravica do pogrebnine in posmrtnine ter do povračila potnih stroškov v zvezi z zdravljenjem. Vendar obvezno zdravstveno zavarovanje ponavadi krije nastale stroške le v določenem odstotnem deležu. Razliko do celotnega plačila zdravstvene storitve pa zavarovancu lahko pokrije dodatno zdravstveno zavarovanje. Poleg tega pa to zavarovanje pogosto nudi tudi večji obseg pravic ali višji standard storitev, ki jih obvezno zavarovanje ne vključuje.

3. EKONOMIKA V ZDRAVSTVU

3.1. Zdravje kot dobrina posebnega družbenega pomena

Zdravje in zdravstvene storitve so dobrine, pri katerih različen obseg porabe lahko poraja tako pozitivne kot negativne stranske učinke. Ker družbi ni vseeno, koliko in kako se te dobrine porabljajo, poseže v odločitve posameznika in njegovo suvereno izbiro. Zdravje in zdravstvene storitve so torej dobrine posebnega družbenega pomena, ki se nahajajo nekje vmes med čistimi tržnimi in čistimi splošnimi javnimi dobrinami, kar pomeni, da vsakdo nima popolnega dostopa do njih. Financiranje teh dobrin je mešano, in sicer javno in zasebno.

Velika raba teh dobrin ima lahko pozitivne stranske učinke, zato jih država opredeli kot pravice iz zagotovljenega zdravstvenega zavarovanja, jih financira na javni račun, pospešuje porabo dobrin s pozitivnimi stranskimi učinki, kot npr. z informiranjem o zdravi prehrani, z neoviranim dostopom do zdravstvenih storitev, s subvencioniranjem itd. Obratno pa z obdavčevanjem, opozarjanjem ter lahko tudi z neposrednimi posegi poskuša omejiti rabo dobrin z negativnimi stranskimi učinki (Česen, 1994, str. 15).

3.2. Načela ekonomičnosti in racionalnosti v zdravstvu

Čeprav zdravje nima "cene", lahko načela ekonomičnosti in racionalnosti poslovanja upoštevamo pri opravljanju storitev, ki sestavljajo postopek zdravljenja. V interesu vsake družbe je, da se odloči glede (Bohinc, 1988, str. 6):

- obsega sredstev, ki jih bo namenila za zdravstveno varstvo,
- najboljšega načina za izvedbo storitev,
- razdelitve zdravstvenih storitev.

Obseg sredstev je odvisen od makroekonomskih dejavnikov. Ne glede na to, kdo opravi izbiro (država, posameznik), mora upoštevati dane potrebe in možnosti.

Zdravstvene storitve se lahko izvajajo z različno kombinacijo dela in sredstev. Ko so stroški za doseg ciljev najnižji, je kombinacija inputov (zdravstveno osebje, kapitalne naložbe v objekte, opremo ipd.) ekonomsko učinkovita.

Zdravstvene storitve, ki jih koristijo vsi, so razporejene tako, da so čim bližje posameznikom. Čim zahtevnejše so storitve in čim večja je udeležba medicinske opreme ter manjša pogostost porabe, tem bolj se take storitve kopičijo na nekaj mestih oziroma le na enem mestu za celotno prebivalstvo. Enakost se kaže v tem, da ima v primeru potrebe vsak pravico in možnost dobiti ustrezne storitve.

3.3. Trg v zdravstvu

V gospodarstvu se blago proizvaja za prodajo na blagovnem trgu, kjer se določi njegova cena. Proizvajalci z nižjimi stroški dosegajo večji dobiček, zato povečujejo proizvodnjo in s tem ponudbo, kar ob nespremenjenem povpraševanju zmanjšuje tržne cene. Proces se dogaja dokler ni doseženo ravnovesje med ponudbo in povpraševanjem. Cena je določena na trgu, blago poznata potrošnik in proizvajalec, ki se racionalno obnašata.

Tudi zdravstveno varstvo je možno organizirati kot blagovni odnos. Poznan je kupec (porabnik zdravstvenih storitev), prodajalec (izvajalec zdravstvenih storitev) in predmet menjave (zdravstvena storitev). Ker zdravstveno stanje ljudi ne more biti v celoti odvisno od ekonomskega in socialnega položaja posameznika, zdravstvene dejavnosti ni možno v celoti prepustiti delovanju trga. Zato v tržni odnos med kupcem in prodajalcem posega plačnik zdravstvenih storitev (zavarovalnica in država). Obnašanje posameznika se s tem spremeni. Ker ni več neposredni plačnik, pričakuje največjo količino in kakovost zdravstvenih storitev ne glede na ceno. Ponudnik zdravstvenih storitev lahko računa na plačilo opravljenih storitev, zato želi povečati obseg svojih storitev. Plačnik zdravstvenih storitev pa naj bi določal idealno razmerje med ponudbo in povpraševanjem po zdravstvenih storitvah. Plačnik je sicer uspešno omilil vpliv dohodka posameznika na povpraševanje po zdravstvenih storitvah, vendar si je sam pridobil pravico, da določa zdravstvene potrebe in na kakšen način se bodo zadovoljevale.

Druga značilnost trga zdravstvenih storitev je neinformiranost posameznika o vrsti, potrebnem obsegu in kvaliteti zdravstvenih storitev. Zaradi stanja, v katerem se posameznik nahaja, ko ustvarja povpraševanje (bolezen), se njegova sposobnost racionalnega odločanja še zmanjšuje. Odločitev o obsegu in kvaliteti storitev prepušča izvajalcu. Na področju zdravstva je torej problem preglednosti trga še bolj izrazit. V veliko večji meri kot pri drugih nakupnih odločitvah je v primeru porabe zdravstvenih storitev prisotno nepoznavanje koristi, upravičenosti, potrebnosti in tudi škodljivosti storitev, ki jih ponudniki nudijo (Svetic, 1993, str. 17-19).

3.3.1. Povpraševanje po zdravstvenih storitvah

Pri povpraševanju gre za objektivno in subjektivno možnost potrošnika, da lahko izbira. Teorija povpraševanja temelji na tem, da se posameznik racionalno odloča med alternativnimi skupinami proizvodov ali skupinami storitev s ciljem, da maksimira svojo korist. Izbira vodi uporabnika do povpraševanja po tisti količini in kakovosti, pri kateri izenačene mejne koristi vsega povpraševanega blaga ustrezajo plačilu zanj.

V zdravstvu je drugače. Uporabnik zdravstvenih storitev slabo pozna svoje zdravstveno stanje. Ko mu je nudena zdravstvena oskrba, ne more oceniti njene kvalitete in končne cene. Prav tako slabo pozna učinke posameznih medicinskih posegov (Škrbić, 1983, str. 27). Povpraševanje po zdravstvenih storitvah nastane, ko posameznik občuti potrebo po zdravniški pomoči in jo želi dobiti. Toda vsi ljudje, ki so bolni, ne poiščejo zdravniške pomoči. Vzroki, da se precej bolnikov odloči za obisk pri zdravniku šele, ko so v kritičnem stanju, niso vedno samo dodatni stroški

zdravljenja, pač pa tudi izguba časa zaradi prevoza in čakanja, izguba dohodka ipd. Ko se torej odloči poiskati zdravniško pomoč, je v stanju, ki mu dovoljuje le iskanje najhitrejše rešitve, ki ni nujno optimalna.

Dejavniki povpraševanja po zdravstvenih storitvah

Povpraševanje po zdravstvenem varstvu določa vrsta dejavnikov (Česen, 1988, str. 11):

- Pojav bolezni in potreba po zdravljenju. V primeru resnega obolenja bo vsak poiskal zdravnika.
- Demografske spremembe, ki pomembno vplivajo na rast zdravstvenih potreb. Med prebivalci narašča delež starejših, ki so z zdravstvenega vidika še posebno zahtevni. Kmetov, ki so sicer slabši uporabniki zdravstvenih storitev, je vedno manj, zato pa je več delavskega prebivalstva.
- Kulturni dejavniki. Ker raste kulturna in izobrazbena raven prebivalstva, naraščajo tudi želje po večjem obsegu in boljši kakovosti zdravstvenih storitev.
- Spremenjeni socialni položaj bolnika. Razvite države danes bolnemu človeku ne nudijo samo zdravljenja, temveč celotno socialno varnost, torej tudi nadomestila za čas odsotnosti in povračila stroškov v zvezi z zdravljenjem.
- Ekonomski dejavniki. Eden izmed ekonomskih dejavnikov je vpliv lastne udeležbe v stroških zdravstvenih storitev (participacija). Lastna udeležba vpliva na spreminjanje potreb v povpraševanju po zdravstvenih storitvah. Njen vpliv je večji pri skupinah z nižjimi dohodki, vendar bo v primeru resnega obolenja vsak poiskal zdravniško pomoč. Drugi ekonomski dejavnik je dohodek posameznika. Zaradi spremenjenega načina financiranja zdravstvene dejavnosti, ko posameznik ni več neposredni plačnik zdravstvenih storitev, se tudi dohodkovna elastičnost povpraševanja po zdravstvenih storitvah zmanjšuje.
- Vpliv zdravnika in ostalih zdravstvenih delavcev kot ponudnikov zdravstvenih storitev na povpraševanje. Gre za inducirano povpraševanje, to je povpraševanje, ki je povzročeno s ponudbo. Uporabnikovo povpraševanje je omejeno le na odločitev, da poišče zdravstveno pomoč, vse dodatne obiske ter storitve nadzorujeta zdravnik in plačnik.

3.3.2. Ponudba zdravstvenih storitev

Celotna aktivnost izvajalcev zdravstvenih storitev predstavlja globalno ponudbo zdravstvenih storitev. Elastičnost ponudbe je na kratek rok majhna, saj je odvisna od prostih zmogljivosti, na dolgi rok pa je ponudba dosti bolj elastična.

Pri analizi zdravstvenih storitev so bistvena tri vprašanja (Česen, 1988, str. 86):

- Kdo določa ponudbo zdravstvenih storitev?
- Kakšen je odnos zdravnikov do obsega in kakovosti ponudbe?
- Kako se v sami ponudbi izražajo tržni odnosi?

O ponudbi zdravstvenih storitev odločajo zdravstveni delavci, plačniki zdravstvenih storitev ter država. Vendar mora biti zagotovljeno minimalno zdravstveno varstvo, ne glede na obstoj povpraševanja. Naslednje vprašanje zahteva odločitev med kakovostjo in količino zdravstvenih storitev. Poklic zahteva od zdravnika, da nudi najboljše zdravljenje, hkrati pa mora oskrbeti čimveč bolnikov. Kakovost zdravljenja zdravniki večajo z neprestanim vključevanjem moderne opreme in drage tehnologije. Vprašanje tržnih odnosov na ponudbeni strani se kaže v tekmovanju ponudnikov za čim večje povpraševanje po njihovih storitvah. Zaradi privilegiranega položaja, ki ga imajo ponudniki, tekmovanja med njimi skoraj ni zaslediti, z izjemo v zasebni zdravstveni dejavnosti.

Dejavniki ponudbe zdravstvenih storitev

Obseg ponudbe v danih razmerah določajo izvajalci zdravstvenih storitev. V zvezi s ponudbo in povpraševanjem ni pomembna samo globalna uskladitev, ampak je pomembna tudi parcialna usklajenost med ponudbo in povpraševanjem po posameznih skupinah storitev.

Na ponudbo zdravstvenih storitev vplivajo naslednji dejavniki (Bohinc, 1988, str. 62-79):

- Zdravstvene zmogljivosti. Povečanje zmogljivosti dolgoročno povečuje ponudbo, zmanjšanje zmogljivosti pa ima obraten učinek.
- Tehnologija. Nova tehnologija vpliva na stroške, investicijsko politiko, izobraževanje, specializacijo, organizacijo dela, na večjo ali manjšo učinkovitost dela izvajalcev in na bolnike, ki so s pomočjo nove tehnologije zdravljeni po sodobnih načelih. Tehnologija je glavni dejavnik rasti ponudbe; ne smemo zanemariti dejstva, da se lahko uveljavlja tudi v primeru, ko ne prispeva sorazmernega deleža k izboljšanju zdravstvenega stanja prebivalstva v primerjavi z novimi stroški. Tako lahko sodobna tehnologija zaradi uvajanja novih zdravstvenih storitev zdravstvene dejavnosti ne poceni, ampak jo podraži.
- Zdravniki. Zdravniki bolnika sprejmejo na zdravljenje, predlagajo obliko zdravljenja, izvajajo kirurške posege, naročajo drage preiskave ter predpisujejo zdravila. Izvajalci so tisti, ki konkretno vplivajo na izbiro med obsegom in kakovostjo storitev. Nagnjenost zdravnikov h kakovosti draži ponudbo in s tem vpliva na celotne stroške zdravljenja. K povečanju ponudbe pripomore tudi sistem plačevanja zdravnikov po opravljenih storitvah.

Vse naštetе značilnosti ponudbe zdravstvenih storitev vplivajo na stroške za izvajanje storitev, na prilagajanje ponudbe povpraševanju, predvsem pa tudi na povpraševanje, ki ga povzroča ponudba.

4. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI

Slovenija ima kot srednjeevropska država bogato, več kot 110-letno tradicijo obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ob splošnih spremembah v družbi in osamosvojitvi države je bila v marcu 1992 sprejeta nova zdravstvena zakonodaja in z zakonom ustanovljen Zavod za

zdravstveno zavarovanje Slovenije. Njegova osnovna funkcija je izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja po načelih socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, starimi in mladimi, bogatimi in revnimi.

Temeljna razloga za prehod iz državno vodenega sistema na sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja sta bila:

- negospodarno obnašanje države, saj je bil celoten sistem v njenih rokah,
- potreba po spremembi miselnosti ljudi, katere so v preteklosti zanimale le pravice, ne pa tudi dolžnosti.

Slovenski model zdravstvenega zavarovanja ima tako vse skupne karakteristike javnih oziroma socialnih sistemov zdravstvenega zavarovanja, kot so zlasti (Berkopec, 1995, str. 3-4):

- obveznost in neprofitnost zavarovanja,
- solidarnost, ki se kaže med drugim tudi v prispevkih delodajalcev kot delojemalcev,
- enakost zavarovanih oseb pri uveljavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- povsem določena vloga države,
- izvajanje zavarovanja, ki jo upravlja asociacija delodajalcev/delojemalcev.

V Sloveniji smo, po zgledu mnogih evropskih držav, ki osnovni model obveznega zavarovanja dopolnjujejo z načelom delitve stroškov (ang. *cost-sharing*) oziroma sozavarovanjem (ang. *coinsurance*), uvedli tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

4.1. Obvezno zdravstveno zavarovanje

Slovenija je z novo zdravstveno zakonodajo v letu 1992 uvedla zdravstveno zavarovanje, ki je obvezno za vse državljane RS s stalnim prebivališčem v RS in ga izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

4.1.1. Prispevki

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju med drugim določa:

- Prispevke, kot vir sredstev za financiranje zdravstvenega varstva, ki jih plačujejo Zavodu zavarovanci, delodajalci in drugi z zakonom določeni zavezanci. Prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje se plačujejo od osnov, določenih z zakonom, po predpisanih proporcionalnih stopnjah in v pavšalnih zneskih.
- Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, za katere se plačujejo določeni prispevki. Pravice posameznih kategorij zavarovanih oseb iz obveznega zavarovanja so vezane na prispevke, ki jih plačujejo zavezanci v skladu z določili zakona.

V strukturi prispevkov glede na kategorijo zavarovancev predstavljajo v letu 2001:

- največji del prispevki delodajalcev in delojemalcev (79%),
- sledijo prispevki ZPIZ za upokojence (16,6%) in
- prispevki kmetov skupaj z drugimi prispevki (4,4%).

Vir: [URL:<http://www.zzzs.si/Prispevki>], 1.12.2002.

Sredstva, zbrana s prispevki obveznega zdravstvenega zavarovanja, se razporedijo za zagotavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in sicer za:

- 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 zadržanostjo z dela,
- pogrebno in posmrtnino ter povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

4.1.2. Vrste pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavljajo v obsegu, ki ga določa zakon:

- pravice do zdravstvenih storitev in
- pravice do denarnih nadomestil.

Pravice do zdravstvenih storitev obsegajo storitve osnovne zdravstvene dejavnosti vključno z zobozdravstvom, zdravstvene storitve v določenih socialnih zavodih, storitve specialistično-ambulantne, bolnišnične in terciarne dejavnosti.

Poleg storitev v zdravstvenih dejavnostih štejemo med pravice do zdravstvenih storitev še pravice do zdraviliškega zdravljenja, obnovitvene rehabilitacije, prevozov z reševalnimi in drugimi vozili, zdravil, tehničnih pripomočkov in nekatere druge.

Zavarovane osebe imajo iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja pravico do denarnih nadomestil, in sicer do:

- nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela,
- pogrebne in posmrtnine,
- povračila potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

4.1.3. Obseg pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju

Obvezno zdravstveno zavarovanje obsega zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela in zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Obseg pravic do zdravstvenih storitev je določen v odstotku od vrednosti storitev. To pomeni, da obvezno zdravstveno zavarovanje "pokriva" večino zdravstvenih tveganj, vendar ne vseh in tudi ne v celoti. Razliko do polne cene morajo plačati zavarovane osebe iz lastnih sredstev, lahko pa se za doplačilo dodatno zavarujejo. V celoti zakon zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev zavarovanim osebam za naslednje zdravstvene storitve:

- sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, šolske mladine, študentov, ki se redno šolajo, žensk v zvezi z nosečnostjo in drugih odraslih oseb, razen preventivnih pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavlja delodajalec;
- zgodnje odkrivanje in preprečevanje bolezni, skladno s programom;
- zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom;
- preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njegovega širjenja;
- obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa, skladno s programom;
- zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, raznih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze;
- zdravljenje in rehabilitacija zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu;
- zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam;
- nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnim prevozi;
- patronažni obiski, zdravljenje in nega na domu ter v socialnih zavodih;
- zdravila na recept v skladu z razvrstitvijo zdravil, ortopedski in drugi pripomočki v zvezi z zdravljenjem pri osebah in stanjih iz prve do desete alineje.

Odstotki vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih pokriva obvezno zdravstveno zavarovanje, se spreminjajo na podlagi zakonskih usmeritev. Določa jih skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje v soglasju z Vlado Republike Slovenije, zakon pa določa njihovo spodnjo mejo.

4.2. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Vse države, tako tudi Slovenija, iščejo ravnovesje med ekonomskim in socialnim razvojem. Za uravnavanje družbenega razvoja morajo rešiti naslednjo dilemo: ali razbremeniti javni sektor s krčenjem pravic socialne varnosti ali ne. V primeru razbremenjevanja javnega sektorja je za obdržanje visoke stopnje socialne varnosti potrebno vključiti finančna sredstva posameznikov.

Slovenija je z uvedbo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja zasledovala naslednja cilja (Česen, 1993, str. 37-38):

- Razbremeniti javnofinančni sektor pri zagotavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Delež javnih sredstev v vsej zdravstveni porabi naj bi se zmanjševal na račun zasebnih sredstev.
- Ponuditi ljudem možnost izbire pri skrbi za lastno zdravje nad zdravstvenim varstvom, ki ga zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje. Vsak posameznik naj se istočasno zave, da imajo tudi zdravstvene storitve svojo ceno in da si jih ni mogoče zagotoviti brezplačno.

V Sloveniji imamo trenutno dva ponudnika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Največ ljudi se je odločilo zavarovati pri Vzajemni zdravstveni zavarovalnici, d.v.z., ki jo je leta 1999 ustanovil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in posluje po načelih vzajemnosti in neprofitnosti. Manjši delež ljudi pa je zavarovani pri Zavarovalni družbi Adriatic, d.d..

4.2.1. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. ponuja 4 sklope zavarovanj. S **Popolnim zavarovanjem doplačil** se zavarujemo za plačilo razlike ali dela razlike med ceno zdravstvene storitve, zdravil ali pripomočkov, ki jo krije obvezno zdravstveno zavarovanje, in polno ceno te zdravstvene storitve, zdravila ali pripomočka. **Nadstandard A** omogoča uveljavljanje pravic, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar na višji kakovostni ravni oziroma v večjem obsegu, kot so zagotovljene v obveznem zdravstvenem zavarovanju. **Nadstandard B** omogoča uveljavljanje zdravstvenih storitev po drugačnem postopku, kot je predvideno v obveznem zdravstvenem zavarovanju. **Vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje (VOZ)** je namenjeno tistim osebam (predvsem tujcem), ki si po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ne morejo urediti statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Te osebe si s sklenitvijo zavarovanja VOZ lahko zagotovijo zdravstveno varnost v skoraj enakem obsegu kot tisti, ki vstopajo v obvezno zdravstveno zavarovanje na podlagi zakona. Na ta način lahko uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev iz obveznega zavarovanja v obsegu (v celoti ali v odstotnem deležu), kot ga določa zakon.

4.2.2. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje Zavarovalne družbe Adriatic, d.d.

Zavarovalna družba Adriatic, d.d., ponuja tri skupine prostovoljnih zavarovanj. **Skupina A** pomeni razbremenitev stroškov za doplačila k standardnim zdravstvenim storitvam, ki so kot pravica sicer opredeljene v obveznem zavarovanju, vendar jih obvezno zavarovanje ne krije v celoti. Zavarovanja v **skupini B** zagotavljajo večji obseg pravic ali višji standard storitev, ki so

opredeljene že v obveznem zdravstvenem zavarovanju. **Skupina C** pa je nekaj posebnega, saj združuje zavarovanja za dodatne pravice, ki jih obvezno zavarovanje ne zajema.

5. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V TUJINI

Sodobni ljudje smo popotniki. Delo in zabava nas vodita v bližnje in daljne kraje. Toda tudi pri skrbno načrtovanem potovanju ali pa le pri kratkem izletu se lahko zgodi kaj nepredvidenega, nezgoda ali bolezen. Stroški, ki so povezani z zdravljenjem, so navadno visoki, ponekod v svetu pa ustrezne zdravstvene storitve sploh niso na voljo

Osebam, ki so obvezno zdravstveno zavarovane v Republiki Sloveniji, so med začasnim bivanjem v tujini zagotovljene pravice do nujnega zdravljenja. Nujno zdravljenje pomeni vse tiste zdravstvene storitve, ki jih ni mogoče odložiti, ne da bi bilo ogroženo življenje ali zdravje zavarovane osebe. Zavarovana oseba, ki potrebuje zdravstvene storitve v določenih časovnih obdobjih, npr. dializni bolnik, lahko uveljavlja te storitve v tujini, če pred odhodom pridobi soglasje Zavoda za zdravstveno zavarovanje.

5.1. Uveljavljanje pravice do nujnega zdravljenja v državah – podpisnicah meddržavne pogodbe (konvencije)

Konvencija je dogovor, sporazum oziroma pogodba, zlasti med državami, ustanovami, podjetji ipd.. Republika Slovenija je z nekaterimi evropskimi državami sklenila konvencijo, ki ureja področje uveljavljanja pravice do nujnega zdravljenja.

5.1.1. Uveljavljanje pravic na osnovi potrdila

Vsem zavarovanim osebam za čas začasnega bivanja v državi **Avstriji, Belgiji, Hrvaški, Italiji, Luksemburg, Madžarski, Makedoniji, Nemčiji, Nizozemski in Romuniji** Zavod za zdravstveno zavarovanje svetuje, da si pred odhodom v določeno državo priskrbijo obrazec, ki je dogovorjen z meddržavno pogodbo (konvencijo), to je: Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev med začasnim bivanjem v drugi državi.

Potrdilo lahko zavarovane osebe dobijo na vseh območnih enotah in izpostavah Zavoda za zdravstveno zavarovanje. Za pridobitev potrdila je potrebno predložiti veljavno kartico zdravstvenega zavarovanja in poravnati ceno obrazca. Potrdilo se lahko izda največ za 3 mesece. Potrdilo se praviloma izda zavarovani osebi, obstaja pa tudi možnost izdaje potrdila za večje skupine zavarovanih oseb. V tem primeru predstavnik skupine prinese veljavne kartice zdravstvenega zavarovanja in se dogovori o prevzemu izpolnjenih obrazcev. Ta možnost je dana tako za primere organiziranih izletov oziroma letovanj, kakor tudi delodajalcem za njihove delavce in družinske člane.

Da bi zavarovanim osebam omogočili pridobiti omenjena potrdila na čim enostavnejši način, ponuja Zavod za zdravstveno zavarovanje tudi možnost brezplačnega elektronskega naročanja konvencijskih potrdil preko interneta in samopostrežnih terminalov.

S konvencijskim potrdilom lahko zavarovane osebe v navedenih državah uveljavljajo pravico do nujnega zdravljenja, in sicer praviloma brez plačila pri zdravnikih ali zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže. Pri zasebnih zdravnikih ali privatnih klinikah, ki nimajo pogodbe z državno zavarovalnico, pa bodo morali stroške poravnati sami in po vrnitvi uveljavljati povračilo teh stroškov na pristojni območni enoti ali izpostavi Zavoda za zdravstveno zavarovanje. Za povračilo je potrebno predložiti dokumentirane račune, na podlagi katerih se po postopku, ki je določen s konvencijo, opravi povračilo stroškov v višini, kot to prizna tuj nosilec zavarovanja v kraju, kjer so bile storitve opravljene.

5.1.2. Uveljavljanje pravic na osnovi potnega lista in veljavne kartice zdravstvenega zavarovanja

Razen prej navedenih držav so meddržavne pogodbe sklenjene še z **Bolgarijo, Češko, Poljsko ter Veliko Britanijo in Severno Irsko**, kjer zavarovane osebe pravico do nujnega zdravljenja uveljavljajo v javnih zdravstvenih ustanovah na podlagi potnega lista in veljavne kartice zdravstvenega zavarovanja. Tudi v tem primeru bodo morali stroške plačati sami, če bodo uveljavljali pravico do nujnega zdravljenja pri zasebnikih, ki niso del javne zdravstvene mreže. V primeru, da bo zavarovana oseba morala plačati zdravstvene storitve, lahko vloži zahtevek za povračilo na pristojni območni enoti oziroma izpostavi Zavoda za zdravstveno zavarovanje.

5.2. Uveljavljanje pravice do nujnega zdravljenja v ostalih državah

Z ostalimi državami meddržavne pogodbe niso sklenjene, kar pomeni, da morajo zavarovane osebe v primeru uveljavljanja storitev nujnega zdravljenja le-te plačati same. Na podlagi dokumentiranega računa bo pristojna območna enota oziroma izpostava Zavoda za zdravstveno zavarovanje opravila povračilo stroškov v višini ustreznega deleža po povprečni ceni teh storitev v Sloveniji.

Tabela 1: Razvrstitev držav glede na način uveljavljanja pravic

DRŽAVE, V KATERE STE NAMENJENI	OSNOVA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	KAJ JE TREBA UREDITI PRED ODHODOM V TUJINO	URESNIČEVANJE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V TUJINI	OPOZORILA
AVSTRIJA, BELGIJA, HRVAŠKA, ITALIJA, LUKSEMBURG, MADŽARSKA, MAKEDONIJA, NEMČIJA, NIZOZEMSKA, ROMUNIJA	Meddržavna pogodba (konvencija)	Pred odhodom si morate obvezno priskrbeti "POTRDILO O PRAVICI DO ZDRAVSTVENIH STORITEV MED ZAČASNIM BIVANJEM V DRUGI DRŽAVI". Potrdilo se lahko izda največ za tri mesece in ga dobite na vseh območnih enotah in izpostavah Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) ali pa ga naročite prek spletnih strani Zavoda ali samopostrežnih terminalov.	S "Potrdilom" boste uveljavili pravico do nujnega zdravljenja* v vseh navedenih državah, in sicer praviloma brez plačila pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne (državne) zdravstvene mreže.	Če boste nujno zdravljenje uveljavljali pri zasebnih zdravnikih ali klinikah, ki nimajo pogodbe z državnim organom zavarovanja, boste morali stroške poravnati sami. ZZZS pa vam bo ob vrnitvi domov na osnovi priloženih računov stroške povrnil v višini, kot bi jih priznal tuj organ zavarovanja.**
BOLGARIJA, ČEŠKA, POLJSKA, VELIKA BRITANIJA in SEVERNA IRSKA	Meddržavna pogodba (konvencija)	Na podlagi meddržavne pogodbe (konvencije) boste v navedenih državah uveljavili pravico do nujnega zdravljenja* v javnih zdravstvenih ustanovah na osnovi SLOVENSKEGA POTNEGA LISTA in veljavne KARTICE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA. Pri tem v načelu ne bi smeli nič (do)plačati.		Tak način uveljavljanja nujnih zdravstvenih storitev velja samo za javne zdravstvene ustanove.
OSTALE DRŽAVE (Francija, Grčija, Skandinavske države, Slovaška, Španija, Švica, Turčija, ZDA in ostali svet...)	Za vse druge države velja, da morate sami poravnati stroške za nujno in nepredvideno zdravljenje, nato pa vam bo ob vrnitvi domov na podlagi predložene dokumentacije ZZZS te stroške povrnil.** Neprijetnostim v zvezi z neposrednimi plačili se lahko izognete s sklenitvijo ustreznega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pri Vzajemni zdravstveni zavarovalnici in pri nekaterih drugih zavarovalnicah.			

* OPOMBA 1: Nujno zdravljenje pomeni vse tiste zdravstvene storitve, ki jih ni mogoče odložiti, ne da bi bilo ogroženo življenje ali zdravje zavarovane osebe. Prevoz zavarovane osebe iz tujine ni pravica iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

** OPOMBA 2: V primerih zahtevkov zavarovanih oseb za povračilo stroškov nujnega zdravljenja v tujini upošteva ZZZS le dokumentirane račune, vsakič preverja tudi nujnost posegov in opravljenih storitev. Na tej osnovi ZZZS povrne stroške v celoti, delno ali v višini ustreznega deleža povprečne cene teh storitev v Sloveniji.

Vir: Informacija za zavarovane osebe o obveznem zdravstvenem zavarovanju med začasnim bivanjem v tujini. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2000, zloženska.

5.3. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v tujini

Da bi se ljudje lahko izognili plačilu visokih stroškov, povezanih z zdravstvenimi storitvami v državah, s katerimi ni sklenjena meddržavna pogodba, oziroma da bi imeli možnost iskati pomoč v privatnih, praviloma kvalitetnejših in seveda dražjih zdravstvenih ustanovah, so različne zavarovalnice ponudile slovenskemu trgu dve vrsti zavarovanj:

- **turistično zavarovanje:** gre za zavarovanje, ki zavaruje turiste na turističnih potovanjih, letovanjih ter službenih potovanjih doma in v tujini. Zavarovanje združuje zavarovanja tistih nevarnosti, ki se najpogosteje primerijo turistom, in sicer: *zavarovanje proti posledicam nezgode, zavarovanje stroškov reševanja in prevozov, zavarovanje odgovornosti zavarovanca, zavarovanje prtljage in osebnih stvari, zavarovanje prekinitve ali kasnejše vrnitve s potovanja in zavarovanje odpovedi turističnega potovanja*. Zavarovanec lahko izbere kombinacijo zavarovanj najmanj dveh nevarnosti. V primeru, da zavarovanec potrebuje pomoč, jo mora poiskati sam ter tudi sam plača račun za opravljeno zdravstveno storitev in kasneje od zavarovalnice uveljavlja povrnitev stroškov.
- **prostovoljno zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco:** gre za zavarovanje ki ponavadi nudi: *plačilo stroškov nujnih zdravstvenih storitev, organizacijo in plačilo nujnih zdravstvenih prevozov, plačilo stroškov zdravljenja v bolnišnici, organizacijo in plačilo prevoza obolelega ali preminulega zavarovanca v domovino* in še mnoge druge storitve. V primeru, da zavarovanec potrebuje pomoč, je načeloma potreben samo klic na alarmni center asistenčne družbe, ki poskrbi za nadaljnjo organizacijo oziroma rešitev problema.

6. PONUDNIKI PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V TUJINI Z ASISTENCO

6.1. Slovenica, zavarovalniška hiša, d.d. in Assistance CORIS

Slovenica, zavarovalniška hiša, d.d. in Assistance CORIS, d.o.o. sodelujeta od leta 1993, ko sta kot prva ponudila slovenskemu trgu prostovoljno zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco. Svoje sodelovanje sta v kasnejših letih še poglobila in leta 2001 predstavila novo storitev na področju avtomobilske asistencije, imenovano Asistenca Slovenica.

6.1.1. Assistance CORIS

CORIS (Compagnie de règlement international de sinistres) je mednarodna asistenčna družba s sedežem v Parizu z več kot 40 poslovalnicami, okoli 1000 zaposlenimi in široko mrežo predstavnikov po celem svetu, kar ji omogoča brezhibno nudenje pomoči in posredovanje pri reševanju zavarovalniških poslov. CORIS je bil ustanovljen v Parizu oktobra leta 1987 kot družba v zasebni lasti. Njen direktor g. Fernando Echevarria ima dolgoletne izkušnje na področju asistencije, saj je že od zgodnjih začetkov prisoten na področju te dejavnosti v Franciji. Od vseh evropskih držav pa je prav Francija vodilna na tem področju. CORIS Pariz ima lastniški delež v vseh 40 poslovalnicah. V večini poslovalnic ima večinski delež, manjšinski delež ima le v primeru, ko je lokalni partner dovolj močan, da sam postavi in razvija poslovalnico. Vse

poslovalnice morajo skrbeti za integriteto, etičnost, varovanje ter razvijanje imena, imidža in blagovne znamke CORIS.

Assistance CORIS se danes ukvarja z zdravstveno, s tehnično, pravno in hišno asistenco, z mednarodnim upravljanjem terjatev, s turističnim zavarovanjem, z zavarovalniškim posredništvom ipd.. Svoje storitve ponujajo preko 300 družbam (banke, zavarovalnice, turistične agencije, izdelovalci avtomobilov ipd.).

Slovenska poslovalnica CORIS-a je bila ustanovljena leta 1993 v Ljubljani pod imenom Assistance CORIS, d.o.o., vendar so njene izkušnje vezane na večletno sodelovanje z različnimi evropskimi zavarovalnicami, saj že vse od leta 1978 dalje nudijo različne oblike asistencije tujim turistom na področju celotne nekdanje Jugoslavije. Gre za prvo in do danes tudi edino pravo slovensko asistenčno družbo. Danes zastopajo približno 100 svetovnih zavarovalnic. Assistance CORIS, d.o.o. se ukvarja z zdravstveno, avtomobilsko (Renault pomoč, Chrysler & Jeep privilege service, OK program, Asistenca Slovenica itd.) in s pravno asistenco.

6.1.2. Ponudba zavarovanj

Assistance CORIS, d.o.o. in Slovenica, zavarovalniška hiša, d.d. ponujata širok izbor zavarovanj:

- **Osnovno zavarovanje (do 3, 5, 8, 15, 21, 30 in 60 dni):** posamično, družinsko (starši in otroci do 18. leta starosti) in skupinsko (9 ali več oseb do starosti 70 let) zavarovanje. Osebe v starosti od 71 do 75 let se lahko zavarujejo individualno ob plačilu povišane premije (100% doplačilo), osebe v starosti od 75 do 85 let pa se lahko zavarujejo le v skupini (100% doplačilo). Osebe starejše od 85 let se ne morejo zavarovati.
- **Zavarovanje športnikov (do 3, 5, 8, 15, 21, 30 in 60 dni):** športniki se lahko zavarujejo posamično ali skupinsko za nastop na organiziranih športnih tekmovanjih oziroma pripravah nanje ob doplačilu 33% za I. cenovni razred, 66% za II. cenovni razred in 100% za III. cenovni razred, odvisno od vrste športa. Rekreativnim športnikom ni potrebno plačati doplačila razen v primerih športnega/prostega plezanja in planinarjenja ali trekinga nad 3000 metrov nadmorske višine (v obeh primerih 33% doplačilo) ter potapljanja ali podvodnega ribolova (66% doplačilo).
- **Zavarovanje dijakov in študentov (do 90, 120, 150, 180, 210, 240 in nad 241 dni):** cenovno ugodnejša premija za dijake in študente nad 14 let za čas šolanja ali študija v tujini.
- **Celoletno zavarovanje poslovnežev za večkratna potovanja, krajša od 60 dni:** posamično, skupinsko (2 do 9 oseb) ter kolektivno (10 ali več oseb) zavarovanje.
- **Celoletno zavarovanje za poslovneže in delavce, ki delajo in bivajo v tujini več kot 60 dni:** posamično, skupinsko (2 do 9 oseb) ter kolektivno (10 ali več oseb) zavarovanje.
- **Celoletno družinsko zavarovanje za imetnike plačilnih kartic:** cenovno ugodnejše družinsko zavarovanje (starši in otroci do 21. leta starosti) ob spremenjenih pogojih in ob manjšem zavarovalnem kritju.

Vsa zgoraj naštetá zavarovanja veljajo za cel svet. Zavarovalno kritje je omejeno s skupnim zneskom, in ni deljeno na posamezne storitve. Zavarovalno kritje je mogoče podvojiti ob 50% doplačilu na premijo osnovnega kritja.

Poleg omenjenih zavarovanj ponujajo še **Zavarovanje tujcev (do 30, 60 in 90 dni)**: posebno zavarovanje tujcev za bivanje in delo v Sloveniji in državah, ki mejijo na Slovenijo, če le-ta ni država stalnega prebivališča zavarovanca.

Redno zavarovanje in Zavarovanje športnikov je mogoče skleniti v vseh večjih turističnih agencijah, poslovalnicah Slovenice, zavarovalniške hiše, d.d. in Adriatica, zavarovalne družbe, d.d. ter na sedežu Assistance CORIS, d.o.o. v Ljubljani, kjer sklepajo tudi vse ostale oblike zavarovanj. Prek njihovih spletnih strani je mogoče skleniti Redno zavarovanje, Zavarovanje športnikov in Celoletno družinsko zavarovanje za imetnike plačilnih kartic. Ob sklenitvi je potrebno predložiti potni list oziroma osebno izkaznico.

6.2. Zavarovalnica Triglav, d.d. in Mercur Assistance

Zavarovalnica Triglav, d.d. in Mercur Assistance na področju zdravstvenega zavarovanja na potovanjih v tujini z asistenco sodelujeta že skoraj deset let. V letu 1996 se je začela prenova tega produkta, ki je bil konec leta 1998 ponovno dodelan in trgu ponujen v prenovljeni obliki.

6.2.1. Mercur Assistance

Družba Mercur Assistance je bila ustanovljena 12. novembra 1990 v Münchenu. Najprej je opravljala asistenčne posle za zavarovalni družbi Allianz Insurance in Europäische Travel. V naslednjih letih je družba rasla, prelomno pa je bilo leto 1995, ko so pridobili nove stranke, kot so zavarovalnice, proizvajalci avtomobilov in banke (Audi/VW/Skoda, Daimler-Chrysler, Porsche, Advance Bank itd.). Takrat so zaposlili mnogo novih ljudi in začeli vlagati sredstva v razvoj novih oblik asistenc (danes ponujajo prek 195 storitev) ter v najnovejšo telekomunikacijsko opremo.

Mercur Assistance nima svojih predstavništev po svetu, temveč je članica International Assistance Group, ki v svojo mrežo združuje 21 asistenčnih družb. Ta mreža ponuja prek 450 predstavnikov, ki skrbijo za asistenco kjerkoli na svetu.

6.2.2. Ponudba zavarovanj

Zavarovalnica Triglav, d.d. ponuja dva programa zavarovanja, kjer lahko izbiramo med **osnovnim (do 3, 5, 8, 15, 21, 30, 60, 90 dni, do pol leta in do eno leto)** in **nadstandardnim (dvojno zavarovalno kritje) programom (do 3, 5, 8, 15, 21, 30, 60, 90 dni, do pol leta in do eno leto)**. Zavarovanje je lahko individualno, družinsko (starši in otroci do dopolnjenega 18. leta) ali skupinsko (10 ali več zavarovancev). Zavarovanje lahko s 100% doplačilom sklenejo tudi osebe, ki so starejše od 65 let, in aktivni športniki. Poleg omenjenih dveh program pa ponujajo še **Zdravstveno zavarovanje na poslovnih potovanjih v tujini**. To zavarovanje lahko

sklenejo podjetja za svoje zaposlene, ki potujejo v tujino. Zavarovanje se sklene za obdobje enega leta.

Zavarovanje velja po celem svetu brez posebnega doplačila. Zavarovalno kritje je omejeno z zneskom, vendar so stroški prevoza kriti največ do višine 24% zavarovalnega kritja.

Zavarovanje je mogoče skleniti na vseh poslovnih mestih Zavarovalnice Triglav, d.d., v pooblaščenih turističnih agencijah in bazah AMZS ter preko spletnih strani Zavarovalnice Triglav, d.d..

6.3. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. in Elvia Assistance

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je začel sodelovati z Elvia Assistance konec leta 1997, v začetku leta 1998 je ponudil slovenskemu trgu svoje zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco. Kasneje je to zavarovanje prenesel na Vzajemno zdravstveno zavarovalnico, d.v.z..

6.3.1. Elvia Assistance

Elvia Assistance deluje v sklopu Elvia Assurances Voyages, ki je bila ustanovljena leta 1950 v Švici. Na začetku so se posvetili predvsem turističnemu trgu, kjer so kmalu postali vodilni na področju turističnih zavarovanj. S pojavom asistence so že leta 1970 dopolnili svojo ponudbo in v okviru svojih zavarovanj najprej ponudili zdravstveno asistenco in kasneje še tehnično (avtomobilsko) asistenco. Okrepljeni z znanjem asistence in zavarovalništva so se začeli širiti in sprejemati večje stranke (zavarovalnice, banke, izdajatelje kreditnih kartic, mednarodna podjetja ipd.). Odprli so 11 alarmnih centrov v Evropi (Nemčija, Avstrija, Belgija, Španija, Francija, Italija, Nizozemska, Poljska, Portugalska, Češka in Švica). Leta 1995 se je Elvia Assurances Voyages pridružila skupini Allianz, kar ji je omogočilo nadaljnji razvoj. Od leta 1999 je Elvia Assurances Voyages skupaj s SACNAS-om združena pod skupni holding Groupe Mondial assistance, ki je največji na področju asistence in turističnih zavarovanj.

Elvia assistance danes opravlja zdravstveno, tehnično in hišno asistenco. Za vse tri omenjene storitve je pridobila mednarodni standard kakovosti ISO 9002.

6.3.2. Ponudba zavarovanj

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. ponuja naslednja zavarovanja:

- **Osnovni program (do 3, 5, 8, 10, 15, 21, 30, 45, 60, 75, 90, 135, 180, 270 in 365 dni):** posamično, družinsko (starši in otroci do 21. leta) ali skupinsko (nad 10, 20 ali 50 oseb) zavarovanje. Zavarovancem, starejšim od 70 let se pri posamičnem in skupinskem zavarovanju premija poviša za 50%.
- **Zavarovanje športnikov (do 3, 5, 8, 10, 15, 21, 30, 45, 60, 75, 90, 135, 180, 270 in 365 dni):** člani registriranih športnih organizacij in društev se lahko ob 50%, 100% ali 200%

doplačilu, odvisno od vrste športa, zavarujejo za čas aktivne udeležbe na prireditvah, treningih in tekmovanjih.

- **Program s franšizo (do 3, 5, 8, 10, 15, 21, 30, 45, 60, 75, 90, 135, 180, 270 in 365 dni):** ta program omogoča nižje premije ob lastni udeležbi zavarovanca. Franšiza je znesek, do katerega zavarovanec sam plača stroške storitev ob vsakem zavarovalnem primeru.
- **Višji program (do 3, 5, 8, 10, 15, 21, 30, 45, 60, 75, 90, 135, 180, 270 in 365 dni):** ta program omogoča višje zavarovalne vsote ob 120% doplačilu na premijo.
- **Posebni program:** za vse poslovneže in popotnike, ki pogosto potujejo v tujino, z zelo ugodno premijo, s katero se zavarujejo za celo leto. Zavarovalnica jamči največ prvih 30 dni vsakega potovanja.
- **Zavarovanje za večji rizik pri delu (do 3, 5, 8, 10, 15, 21, 30, 45, 60, 75, 90, 135, 180, 270 in 365 dni):** za vse, ki so na službenem potovanju izpostavljeni večjemu riziku (npr. monterji, avtoprevozniki, fizična dela) se za zavarovanje obračuna 50% doplačilo. Za vse, ki so v tujini izpostavljeni še posebno povečanemu riziku (npr. delo z eksplozivnimi snovmi), doplačilo določi strokovna služba zavarovalnice.

Vsa zavarovanja se sklene za območje Evrope oziroma za ves svet (višja premija). Zavarovalna vsota je omejena z zneskom in je posebej razdeljena na zavarovalno vsoto za kritje stroškov zdravstvenih storitev in na zavarovalno vsoto za kritje stroškov prevozov.

Zavarovanje je mogoče skleniti na vseh poslovnih enotah in zastopstvih Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z., pri pooblaščenih turističnih agencijah ter preko spletnih strani Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z..

6.4. Zavarovalna družba Adriatic, d.d. in Inter Partner–AXA Assistance

Zavarovalna družba Adriatic, d.d. je v sodelovanju z družbo Inter Partner–AXA Assistance iz Nemčije leta 1999 predstavil svoje zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco. Vendar to zavarovanje ni nikoli zaživel. Razlogov je več, glavna pa sta predvsem težave zavarovancev pri sporazumevanju z alarmnim centrom v Nemčiji in pa povezovanje družb Zavarovalne družbe Adriatic, d.d.. in Slovenice, zavarovalniške hiše, d.d.. Slovenica, zavarovalniška hiša, d.d. v sodelovanju z Assistance CORIS ponuja mnogo bolj uveljavljeno zdravstveno zavarovanje v tujini CORIS. Tako Zavarovalna družba Adriatic, d.d. kljub veljavni pogodbi z Inter Partner–AXA Assistance sklepa izključno zavarovanja CORIS. Vseeno pa ohranjajo v svoji ponudbi obe zavarovanji.

6.4.1. Inter Partner–AXA Assistance

Zgodovina družbe AXA Group sega v leto 1816, ko je bila v Parizu ustanovljena družba Mutuelle de l'Assurance contre l'incendie. Ta obdrži svoje ime vse do leta 1978, ko ga spremeni v Mutuelles Unies. V letu 1982 se začne pospešena širitev družbe na tuje trge. Da bi utrdili položaj na trgu osebnih in premoženjskih zavarovanj, se povežejo z družbo Drouot. Leta 1985 se odločijo, da družba potrebuje krajše in bolj zveneče ime. Začelo naj bi se na črko A, tako da bi

bilo pri vrhu vseh imenskih seznamov, in zaradi mednarodnih ambicij je moralo biti lahko izgovorljivo v vseh jezikih. Tako AXA postane uradno ime družbe Mutuelles Unies - Drouot. Inter Partner–AXA Assistance je nastala leta 1996, z združitvijo več družb; na eni strani UAP (Union des Assurances de Paris) Assistance, ki je imela od leta 1991 v lasti Gesa Assistance, prvo asistenčno družbo, nastalo leta 1959, v Španiji ter na drugi strani AXA Assistance, ki jo je večinski lastnik AXA Group preimenoval iz SFA Assistance. Danes je Inter Partner–AXA Assistance druga največja asistenčna družba na svetu. Inter Partner–AXA Assistance je sestavljena iz 37 lastnih asistenčnih družb, ki delujejo pod imenom Inter Partner Assistance oziroma AXA Assistance. Razlika v imenu je zgolj zaradi marketingških razlogov. Vsaka družba ima svojo mrežo lokalnih asistenčnih partnerjev (zdravniki, mehaniki, rent-a-car družbe ipd.). Vse družbe imajo certifikat kakovosti ISO. Inter Partner–AXA Assistance se ukvarja z zdravstveno, s tehnično in hišno asistenco, razvijajo pa tudi nove oblike asistence (npr. *Lifestyle - Comfort Services*).

Glavne stranke Inter Partner–AXA Assistance so zavarovalnice (npr. Ing, Sumitomo, Winterthur, R.S.A., Bradesco, AG Belgium, Baloise), izdajatelji kreditnih kartic (npr. American Express, Europay Intl Mastercard Platinum, Diners, Visa) in proizvajalci avtomobilov (npr. Renault, Daewoo), ki za svoje člane oziroma kupce sklepajo zavarovanje z asistenco.

6.4.2. Ponudba zavarovanj

Zavarovalna družba Adriatic, d.d. v sodelovanju z družbo Inter Partner–AXA Assistance ponuja tri programe: **osnovni (do 3, 5, 7, 10, 15, 21, 30, 60, 90 dni)**, **višji (do 3, 5, 7, 10, 15, 21, 30, 60, 90 dni in do eno leto)** in **nadstandardni program (do 3, 5, 7, 10, 15, 21, 30, 60, 90 dni)**. Ti se med seboj razlikujejo po zavarovalni vsoti, v okviru katere so pokriti stroški zdravstvene asistence.

Zavarovanje se lahko sklene s franšizo ali brez, in sicer za področje 1 (Evropa, Sredozemlje, Kanarski otoki, Madeira, Azori) oziroma področje 2 (vse države sveta).

Ponujajo tudi družinske (15% popust za družine in 5% popust za zakonca oziroma otroka z enim staršem) in skupinske (nad 10 oseb – 30% popust, nad 20 oseb – 35% popust oziroma nad 50 oseb – 40% popust) popuste ter doplačila za osebe, ki potujejo službeno (delavci – 35 %dodatek oziroma uradniki – 25% dodatek), starejše osebe (nad 65 let – 50% dodatek oziroma nad 80 let – 200% dodatek) in za profesionalne športnike (razred A – 50% dodatek, razred B – 100% dodatek in razred C – 200% dodatek).

6.5. Zavarovalnica Maribor, d.d. in Inter Partner–AXA Assistance

Zavarovalnica Maribor, d.d. se je, tako kot Adriatic, zavarovalna družba, d.d., odločila za sodelovanje z asistenčno družbo Inter Partner–AXA Assistance iz Nemčije (predstavljena v točki 6.4.1.) in kot zadnja na slovenskem trgu 1. decembra 2001 ponudila svoje zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco.

6.5.1. Ponudba zavarovanj

Zavarovalnica Maribor, d.d. v sodelovanju z družbo Inter Partner–AXA Assistance ponuja tri zavarovalne pakete: **paket A, B, in C (do 3, 5, 7, 15, 21, 31, 60 in 92 dni, do 6 mesecev in do enega leta)**. Paketi se razlikujejo predvsem po obsegu zavarovalnega kritja. Zavarovanje do 6 mesecev oziroma enega leta je namenjeno večkratnim krajšim potovanjem, kajti posamezno potovanje ne sme biti daljše od 92 dni. Storitve, ki jih ponujajo v posameznih paketih so razvidne iz spodnje tabele:

Zavarovanje se lahko sklene za območje 1 (Albanija, Alžirija, Avstrija, Andora, Bahrein, Baltiške države, Belgija, Belorusija, Bosna in Hercegovina, Bolgarija, Ciper, Češka Republika, Danska, Egipt, Finska, Francija, Grčija, Hrvaška, Holandija, Iran, Irska, Islandija, Izrael, Italija, Jemen, Jugoslavija, Katar, Libanon, Luxemburg, Malta, Maroko, Nemčija, Norveška, Oman, Poljska, Portugalska, Romunija, Rusija (evropski del), Saudska Arabija, Slovaška, Španija, Švedska, Švica, Tunizija, Turčija, Ukrajina, Velika Britanija, Združeni arabski emirati) oziroma za območje 2 (preostale države sveta).

Ponujajo tudi družinske (30% popust za družine z več kot tremi člani in 50% popust za družine z več kot petimi člani) in skupinske (nad 10 oseb – 5% popust, nad 20 oseb – 10% popust, nad 50 oseb – 15% popust oziroma nad 100 oseb – 20% popust) popuste ter popuste za otroke mlajše od 16 let (50% popusta). Za starejše osebe pa je potrebno doplačilo (nad 70 let – 250% dodatek, nad 76 let – 300% dodatek in nad 80 let – 400% dodatek).

Zavarovanje se lahko sklene v vseh poslovnih enotah in poslovalnicah Zavarovalnice Maribor, d.d. ter v pooblaščenih turističnih agencijah.

7. PRIMERJAVA PRODUKTOV PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V TUJINI Z ASISTENCO

7.1. Primerjava zavarovalnih pogojev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco

Namen zavarovalnih pogojev je, da zavarovalnica z vsemi strankami sklene pogodbe po enakih pogojih in doseže večjo ekspeditivnost, zlasti pri sklepanju v velikem številu. Slabost teh pogojev je v tem, da zavarovalnice postavljajo enostranske pogoje in tako nasprotni stranki praviloma ne omogočijo spreminjanja njihove vsebine.

Zavarovalne pogoje lahko delimo na splošne in posebne zavarovalne pogoje.

Splošni zavarovalni pogoji so tipizirana, splošna, skupna vsebina vsake zavarovalne pogodbe v dani zavarovalni panogi ali zvrsti. V zavarovalnih pogodbah kake zavarovalne panoge ali zvrsti

so določene stvari enake in ti pogoji povzemajo vse to. Veljati začnejo ob sklenitvi zavarovalne pogodbe. Zavarovalni kandidat jih lahko sprejme ali odkloni. (Boncelj, 1993, str. 31).

Ti pogoji morajo vsebovati določbe o (Zakon o zavarovalništvu, 2000):

- dogodkih, z nastopom katerih nastane obveznost zavarovalnice opraviti izpolnitev na podlagi zavarovalne pogodbe, in o primerih, v katerih je zaradi posebnih razlogov obveznost zavarovalnice izključena;
- načinu izpolnitve, obsegu in dospelosti obveznosti zavarovalnice;
- določitvi in plačilu premije ter o pravnih posledicah, če premija ni plačana;
- trajanju zavarovalne pogodbe;
- izgubi zahtevkov iz zavarovalne pogodbe v primeru zamude rokov;
- pogojih in obsegu izplačil akontacij in posojil na zavarovalno polico, o pogojih, pod katerimi je zavarovalec udeležen pri dobičku zavarovalnice, in o merilih za izračun te udeležbe ter o pogojih in izračunih odkupne vrednosti ter kapitalizacije. Določbe iz te točke veljajo v primeru življenjskih zavarovanj.

Posebni zavarovalni pogoji so določbe, ki od splošnih pogojev odstopajo ali pa jih dopolnjujejo in se morajo za določene vrste zavarovalnih pogodb obvezno uporabljati, čeprav v prilogah poslovnega načrta, zlasti cenikih, niso zajete.

Primerjava je narejena na osnovi splošnih oziroma posebnih pogojev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco vseh petih ponudnikov. Kot osnovo sem vzel pogoje zavarovanja CORIS in jih v celoti navedel. Pogoji ostalih ponudnikov se zelo malo razlikujejo od CORIS-ovih pogojev. Razlike so navedene v poševnem tisku.

7.1.1. Splošne določbe

Posebni pogoji za prostovoljno zdravstveno zavarovanje oseb pri potovanju in bivanju v tujini z asistenco so sestavni del pogodbe o zdravstvenem zavarovanju oseb pri potovanju in bivanju v tujini, ki jo zavarovalec sklene z zavarovateljem.

Zarovovalec je lahko vsaka fizična ali pravna oseba, ki sklene z zavarovateljem zavarovalno pogodbo in ki se obveže plačati premijo.

Zavarovanec je oseba, od katere bolezni, poškodbe ali smrti je odvisno izplačilo odškodnine.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. in Zavarovalnica Maribor, d.d. v splošnih določbah dodajata še razlago pojmov, uporabljenih v zavarovalnih pogojih (npr. polica, premija, zavarovalna vsota, zavarovalni primer, franšiza, družina, kritično zdravstveno stanje ipd.).

7.1.2. Osebe, ki jih je po teh pogojih mogoče zavarovati

Po teh posebnih pogojih se lahko sklene zavarovanje za zdrave osebe do dopolnjenega 70. leta starosti, ob povišani premiji pa tudi za osebe starejše od 70 let.

Duševno bolne osebe in osebe, ki nimajo popolne opravilne sposobnosti, so izločene iz zavarovanja.

Ostale zavarovalnice v svojih pogojih ne omenjajo kakršnihkoli omejitev glede oseb, ki jih je mogoče zavarovati, čeprav imajo prav vse omejitve oziroma doplačila za starejše osebe.

7.1.3. Sklenitev zavarovanja in trajanje zavarovanja

Zavarovalno kritje se začne ob 00.00 uri tistega dne, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja, oziroma ob dnevu in uri, ki sta navedena v polici.

Zavarovalno kritje preneha ob 24.00 uri tistega dne, ki je v polici naveden kot dan prenehanja zavarovanja.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Adriatic, zavarovalna družba, d.d. in Zavarovalnica Maribor, d.d., v skladu s svojo ponudbo navajajo še območja, za katera je mogoče skleniti zavarovanje.

7.1.4. Obseg obveznosti zavarovatelja

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje vključuje:

- vso potrebno pomoč (asistenco) v zvezi z zavarovančevim zdravljenjem v tujini in/ali prevozom zavarovanca v domovino, če je to potrebno;
- kritje nujnih stroškov zdravljenja;
- kritje stroškov prevoza zavarovanca v primeru bolezni, poškodbe ali smrti.

Zavarovatelj nudi asistenco in krije stroške zdravljenja ter prevoza zavarovanca le v nujnih primerih.

Skupni znesek nujnih stroškov zdravljenja in stroškov prevoza, če so le-ti z medicinskega stališča upravičeni, za vse zavarovalne primere, ki nastanejo v času trajanja zdravstvenega zavarovanja, ne sme presegati predpisanega zneska.

Zdravstveno zavarovanje velja za vse države sveta, razen za države stalnega prebivališča zavarovanca.

*Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. ponuja v svojem zavarovanju še kritje **stroškov bivanja** (Zavarovalnica plača stroške hotelske sobe za zavarovanega družinskega člana, ki potuje skupaj z zavarovancem, če je zavarovanec hospitaliziran v tujini po načrtovani vrnitvi v Slovenijo. Zavarovalnica plača največ 7 nočitev.) in kritje **stroškov odvetniških storitev** (Zavarovalnica plača stroške odvetniških storitev, če po presoji pogodbenega partnerja za obtožbe, ki bremenijo zavarovanca, po lokalni zakonodaji ni verjetno, da bo zanje zavarovanec obsojen. Obveznost zavarovalnice ne obsega stroškov odvetniških storitev za vse obtožbe, ki se nanašajo na poklicno dejavnost zavarovanca, uporabo ali varovanje vozil.).*

*Zavarovalnica Maribor, d.d. zagotavlja v svojem zavarovanju še pomoč pri **dostavi zdravil** (V primeru, da zdravniška ekipa zavarovatelja ugotovi, da obstaja medicinska nuja za dobavo zdravil, bo zavarovatelj zavarovancu dobavil nujna, predpisana, vendar krajevno nedosegljiva zdravila, ali pa bo določil, predpisal, nabavil in dobavil enakovredna krajevno dosegljiva zdravila. Zavarovanec krije stroške za nabavo zdravil, stroške dostave pa krije zavarovatelj.), **pravno pomoč** (V primeru nezgode, ki nastane v zasebnem življenju, vendar z izključitvijo dogodka, ki nastane zaradi uporabe, posesti ali varovanja motornega vozila, bo zavarovatelj zagotovil obrambo zavarovanca v pravnih postopkih proti njemu.), pomoč pri **iskanju in vrnitvi izgubljene prtljage ter polog varščine**.*

*Zavarovalna družba, Adriatic, d.d. prav tako zagotavlja kritje **stroškov bivanja** (Če mora biti zavarovanec hospitaliziran še potem, ko je že načrtoval povratek, in ga spremlja zavarovanec, potem se temu svojcu plača stroške hotelske sobe do predpisanega zneska, vendar največ za 7 dni.) ter **stroškov pravne pomoči** (Samo v primeru, da za obtožbe, ki bremenijo zavarovanca, v skladu z lokalno zakonodajo ni verjetno, da bo zanje obsojen.).*

7.1.5. Asistenca

Asistenca obsega:

- klic na CORIS center za pomoč 24 ur na dan;
- organizacijo nujne zdravstvene pomoči;
- organizacijo nujnih zdravstvenih prevozov zavarovanca do bolnišnice ali klinike;
- organizacijo prevoza zavarovanca v domovino, če je to potrebno;
- organizacijo prevoza posmrtnih ostankov zavarovanca v domovino.

Ostale zavarovalnice imajo obseg asistenc zapisan v drugih členih, predvsem v členu o obsegu obveznosti zavarovatelja.

*Tako Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. zagotavlja še **organizacijo bivanja** v hotelski sobi za zavarovanega družinskega člana, ki potuje skupaj z zavarovancem, **organizacijo odvetniških storitev**, **organizacijo prevoza v Slovenijo za zavarovane družinske člane bolnega ali poškodovanega zavarovanca**, ki so zavarovanca spremljali na potovanju, če prvotnega prevoznega sredstva, s katerim naj bi se zavarovanci vrnili v Slovenijo, ni več možno uporabiti,*

organizacijo prevoza zavarovanega zavarovančevega otroka mlajšega od 18 let ter organizacijo iskanja in reševanja obolelega ali poškodovanega zavarovanca v gorah ali na morju.

Zavarovalnica Maribor, d.d. zagotavlja še organizacijo dostave zdravil, organizacijo pravne pomoči, organizacijo iskanja in dostave izgubljene prtljage, organizacijo pologa varščine, organizacijo nujnega obiska ter organizacijo stroškov vrnitve otrok, mlajših od 16 let.

Zavarovalna družba, Adriatic, d.d. pa zagotavlja še organizacijo bivanja, organizacijo pravne pomoči ter organizacijo vrnitve otrok, mlajših od 18 let.

7.1.6. Nujni stroški zdravljenja in stroški prevoza

Nujni stroški zdravljenja obsegajo:

- stroške nujnih zdravstvenih storitev, kot so stroški medicinske nege, obiskov in konzultacij zdravnika, vključno z zdravili;
- stroške hospitalizacije v bolnišnici ali kliniki.

Stroški prevoza obsegajo:

- stroške prevoza obolelega ali poškodovanega zavarovanca v domovino s predhodnim soglasjem CORIS centra, če se zavarovanec iz zdravstvenih razlogov ne more vrniti v domovino na način, kot je to prvotno nameraval;
- stroške nujnega prevoza zavarovanca z reševalnim vozilom do najbližje bolnišnice ali klinike;
- stroške prevoza umrlega zavarovanca v domovino.

*Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. ponuja v svojem zavarovanju še kritje **stroškov prevoza v Slovenijo za zavarovane družinske člane bolnega ali poškodovanega zavarovanca**, ki so zavarovanca spremljali na potovanju, če prvotnega prevoznega sredstva, s katerim naj bi se zavarovanci vrnili v Slovenijo, ni več možno uporabiti; **stroškov prevoza zavarovanega zavarovančevega otroka mlajšega od 18 let** v spremstvu pooblaščenega osebe pogodbenega partnerja do bivališča v Sloveniji, ko je zavarovanec hospitaliziran v tujini in z njim na potovanju ni drugega polnoletnega svojca, če prevoz organizira pogodbeni partner; **stroškov prevoza v Slovenijo za zavarovane družinske člane umrlega zavarovanca**, ki ga organizira pogodbeni partner, če prvotnega prevoznega sredstva, s katerim naj bi se zavarovanci vrnili v Slovenijo, ni več možno uporabiti; **stroškov iskanja uradno pogrešanega obolelega ali poškodovanega zavarovanca v gorah ali na morju zaradi nesreče**, če iskanje zahteva družinski član pogrešanega zavarovanca ali oseba, ki z njim potuje; **stroškov reševanja in prevoz obolelega ali poškodovanega zavarovanca v gorah ali na morju do najbližjega zdravstvenega centra ali bolnišnice**, če reševanje zahteva družinski član ali oseba, ki z njim potuje.*

*Zavarovalnica Maribor, d.d. ponuja v svojem zavarovanju še kritje **stroškov nujnega obiska** (V primeru ko je zavarovanec sprejet v bolnišnico zunaj Republike Slovenije za več kot sedem*

zaporednih dni, lahko zaprosi za obisk sorodnika ali druge osebe, ki ji zavarovalec poravna povratno vozovnico za javni prevoz iz oziroma v Republiko Slovenijo.); **stroškov nepričakovane vrnitve v domovino** (Zavarovatelj zavarovancu organizira in plača upravičene dodatne stroške za nujno vrnitev v Republiko Slovenijo v primeru kritičnega zdravstvenega stanja ali smrti sorodnika v Republiko Sloveniji.) ter **stroškov vrnitve otrok, mlajših od 16 let, v domovino**. Zavarovalna družba, *Adriatic, d.d.* prav tako zagotavlja kritje **stroškov vrnitve otrok, mlajših od 18 let**.

7.1.7. Izključitev obveznosti zavarovatelja

V celoti so izključene vse obveznosti zavarovatelja, če je primer nastal zaradi:

- potresa,
- vojne v državi, notranjih nemirov in vstaj,
- terorizma,
- poskusa samomora ali naklepne samopoškodbe,
- vožnje motornih in drugih vozil brez ustreznih uradnih dovoljenj,
- čezmernega uživanja alkohola, drog ali zdravil.

Zdravstveno zavarovanje tudi ne nudi asistenc in ne krije stroškov, nastalih v naslednjih primerih:

- udeležbe na avto-moto tekmovanjih kot tudi na pripravah zanje,
- v športnem letalstvu, padalstvu, pri letenju z zmaji in z jadralnimi letali,
- pri alpinizmu in smučanju izven urejenih smučišč,
- pri jamarstvu,
- pri planinarjenju in trekingu nad 3.000 metrov nadmorske višine, pri potapljanju in podvodnem ribolovu ter pri prostem plezanju, če to na polici ni posebej dogovorjeno,
- pri pripravah in udeležbi na drugih športnih tekmovanjih, če to na polici ni posebej dogovorjeno,
- vseh kroničnih bolezni, bolezni ponavljajočega se značaja ali pri psihičnih motnjah oziroma že prej obstoječih boleznih,
- nalezljivih spolnih boleznih,
- pregledov v času nosečnosti, tipičnih težav v času nosečnosti ter poroda, razen v primeru reševanja življenja matere oziroma otroka, pod pogojem, da je nosečnica mlajša od 38 let in da ni zaključen 30. teden nosečnosti,
- prekinitve nosečnosti,
- zobozdravstvenih storitev, razen nujne zobozdravstvene pomoči do predpisane višine.

Izključene so vse obveznosti zavarovatelja v primeru dajanja neresničnih podatkov zavarovalca o trajanju potovanja, kakršnekoli prevare ali ponaredbe.

Pogoji ostalih zavarovalnic se le malenkostno razlikujejo, predvsem pri tipičnih težavah v času nosečnosti (razlika v dopustni starosti nosečnice in času nosečnosti). Vse ostale zavarovalnice imajo še navedene izključitve v primeru radioaktivnega sevanja, sodelovanja v pretepu (razen v primeru dokazane samoobrambe) ter rehabilitacije in stroškov za umetne ude.

7.1.8. Obveznost zavarovanca

Zavarovanec mora zavarovatelju posredovati vse informacije, ki jih ta potrebuje za pravilno reševanje škodnega primera in mora poskušati omejiti stroške. V vsakem primeru mora zavarovanec ravnati po navodilih, ki jih dobi od zavarovatelja ali od njegovih predstavnikov.

Zavarovatelj ne krije stroškov v naslednjih primerih:

- če zavarovanec ne obvesti zavarovatelja ali njegovih predstavnikov o nastanku zavarovalnega primera, telefonsko ali pisno, v roku 5 dni od začetka bolezni ali poškodbe;
- če ne spoštuje drugih navodil za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja v primeru bolezni ali nezgode;
- če se na zahtevo zavarovatelja ne pusti pregledati zdravniku, ki ga imenuje zavarovatelj ali njegovi predstavniki;
- če zavarovanec kljub podpisu te pogodbe in uveljavljanju pravic iz pogodbe ni pripravljen odvezati lečečega zdravnika poklicne molčečnosti.

7.1.9. Pravice zavarovatelja

V primeru nezgode, ki jo povzroči tretja oseba, ima zavarovatelj pravico do povračila stroškov, ki jih je plačal zavarovancu.

Zavarovanec pooblašča zavarovatelja, da lahko v njegovem imenu in za svoj račun zahteva povračilo izplačanih stroškov iz naslova zavarovančevega obveznega zdravstvenega zavarovanja v skladu z veljavnimi predpisi Republike Slovenije.

7.1.10. Uporaba zakona

Za razmerje med zavarovalcem oziroma zavarovancem na eni strani in zavarovateljem na drugi strani se uporabljajo tudi določila Obligacijskega zakonika.

7.1.11. Pristojnosti v primeru spora

Spore med zavarovateljem, zavarovalcem in zavarovancem rešuje stvarno pristojno sodišče po kraju sklenitve zavarovalne pogodbe.

Zavarovalnica Maribor, d.d. določa, da spore med zavarovancem in zavarovateljem rešuje pristojno sodišče podružnice AXA v Nemčiji.

7.2. Območje veljavnosti zavarovanja

Zavarovanje vseh ponudnikov se lahko sklene za vse države sveta, z izključitvijo Slovenije in države, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno prebivališče. Vendar ponujajo nekatere zavarovalnice tudi zavarovanje le za omejeno področje.

Zavarovanje **Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z.** lahko zajema samo Evropo (do gorovja Ural in do južne meje ruske federacije), mediteranske dežele, Jordanijo, Sirijo in Kanarske otoke.

Zavarovanje **Zavarovalne družbe Adriatic, d.d.** lahko zajema samo področje Evrope, Sredozemlja, Kanarskih otokov, Madeire in Azorov.

Zavarovanje **Zavarovalnice Maribor, d.d.** lahko zajema samo Območje 1 (Albanija, Alžirija, Avstrija, Andora, Bahrein, baltiške države, Belgija, Belorusija, Bosna in Hercegovina, Bolgarija, Ciper, Češka Republika, Danska, Egipt, Finska, Francija, Grčija, Hrvaška, Holandija, Iran, Irska, Islandija, Izrael, Italija, Jemen, Jugoslavija, Katar, Libanon, Luxemburg, Malta, Maroko, Nemčija, Norveška, Oman, Poljska, Portugalska, Romunija, Rusija (evropski del), Saudska Arabija, Slovaška, Španija, Švedska, Švica, Tunizija, Turčija, Ukrajina, Velika Britanija, Združeni arabski emirati).

Možnost izbire območja veljavnosti zavarovanja je pomembna predvsem za tiste zavarovance, ki ne potujejo v bolj oddaljene kraje. Zavarovalne premije za bližja območja so namreč praviloma nižje od tistih za bolj oddaljene kraje.

7.3. Uveljavljanje asistenc v primeru bolezni ali nezgode

Slovenica, zavarovalniška hiša, d.d.: Ob sklenitvi zavarovanja prejme zavarovanec zavarovalno polico, ki velja kot plačilno sredstvo, seznam CORIS-ovih poslovalnic po svetu in posebne pogoje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja CORIS. V primeru bolezni ali nezgode naj bi se zavarovanec odpravil v najbližjo zdravstveno ustanovo (javno ali privatno), kjer bi, kot plačilo za opravljene storitve, sprejeli en izvod police. Vendar v praksi največkrat ni tako. Zato je najbolje, da se zavarovanec obrne na najbližjo CORIS-ovo poslovalnico oziroma na poslovalnico v Ljubljani. Tu se izkaže največja prednost tega zavarovanja, kajti Assistance CORIS, d.o.o. ima edini, poleg Zavarovalnice Maribor, d.d., neprekinjeno delujoč alarmni center v Sloveniji, kar nedvomno močno olajša komunikacijo v kritičnih trenutkih. Operaterju, ki

sprejme zavarovančev klic, je potrebno povedati ime in priimek zavarovanca, številko zavarovalne police in čim več informacij o trenutni lokaciji, telefonski številki, potrebni zdravniški pomoči itd.. V primeru, da se zavarovanec obrne na najbližjo CORIS-ovo poslovalnico, ta zaprosi poslovalnico v Ljubljani za potrditev veljavnosti police in nadaljnja navodila. V drugem primeru pa operater v Ljubljani nemudoma preveri veljavnost police in se nato z navodili obrne na zavarovancu najbližjo CORIS-ovo poslovalnico. Ta poslovalnica nato v obeh primerih asistira z ustrežno obliko pomoči. Če zavarovanec plača vse izdatke sam, lahko po prihodu v Slovenijo predloži račune in ostalo zdravstveno dokumentacijo, na podlagi česar mu nato Assistance CORIS, d.o.o. povrne nastale stroške.

Zavarovalnica Triglav, d.d.: V primeru bolezni ali nezgode mora zavarovanec poklicati alarmni center Mercur Assistance v Nemčijo (München), kjer operaterju v angleškem, nemškem ali francoskem jeziku (sporazumevanje v slovenskem jeziku ni mogoče) pove ime in priimek, številko zavarovalne police, opis nezgode oziroma bolezni, kraj, kjer je dosegljiv, ter naslov in telefonsko številko lečečega zdravnika. Operater nato prenese te podatke zdravniku njihove asistenčne hiše in ta pokliče lečečega zdravnika oziroma da zavarovancu napotke za nadaljnje ravnanje. Glede na zdravstveno stanje zavarovanca Mercur Assistance priskrbi finančno garancijo v okviru zavarovalne vsote ali organizira prevoz v domovino. V kolikor zavarovanec sam poravnava stroške zdravljenja in drugih storitev, povezanih z nezgodo ali boleznijo, lahko kasneje uveljavlja povračilo na najbližji enoti Zavarovalnice Triglav, d.d. in sicer na osnovi zavarovalne police, računov celotne zdravstvene dokumentacije, ki jih je potrebno zahtevati ob plačilu.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.: V primeru bolezni ali nezgode mora zavarovanec poklicati alarmni center Elvia Assistance v Franciji (Pariz). Ob kontaktu je potrebno navesti ime in priimek, številko zavarovalne police, številko telefona, kjer je zavarovanec trenutno dosegljiv, ter obliko pomoči, ki jo potrebuje. Elvia Assistance nudi 24 urno pomoč v angleškem in francoskem jeziku, glede na prisotnost operaterjev pa tudi v nemškem, italijanskem, hrvaškem, ruskem, španskem in drugih jezikih. Če zavarovanec ne zna nobenega tujega jezika, se težko sporazumeva ali ima kakšne druge težave, lahko pokliče dežurni telefon Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z. v Ljubljani. Na žalost ta dežurni telefon ne deluje 24 ur, ampak zgolj v omejenem časovnem terminu. Če zavarovanec stroške zdravljenja izjemoma plača sam, mu Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. ob predložitvi police, izvornikov računov in potrebne zdravstvene dokumentacije nastale stroške povrne.

Zavarovalna družba Adriatic, d.d.: Za vsako zahtevo po asistenci mora zavarovanec nemudoma oziroma takoj, ko je to mogoče, obvestiti alarmni center Inter Partner–AXA Assistance v Nemčiji (München). Zavarovanec mora pooblaščenemu zdravniku Inter Partner–AXA Assistance omogočiti dostop do vseh potrebnih in uporabnih zdravstvenih podatkov. Prav tako mora seznaniti zdravnika ali zdravstveno osebje, kjer se zdravi, z zavarovanjem in zaprositi za stik z Inter Partner–AXA Assistance. V primeru ko stik z Inter Partner–AXA Assistance ni mogoč, mora plačati zdravstvene stroške sam ter kasneje pisati Inter Partner–AXA Assistance in

dopisu priložiti vse potrebne dokumente (računi, zdravniška poročila in druge dokumente, ki utemeljujejo zahtevo po povračilu stroškov.

Zavarovalnica Maribor, d.d.: V primeru potrebne pomoči mora zavarovanec takoj, ko je to možno, poklicati 24-urni dežurni center Zavarovalnice Maribor, d.d. v Sloveniji, od koder kasneje naprej obvestijo alarmni center Inter Partner-AXA Assistance. Ob klicu v dežurni center mora zavarovanec posredovati podatke o imenu in priimku ter naslovu nosilca zavarovalne police, njeno številko ter veljavnost, kraj in telefonsko številko, kjer je dosegljiv, ter kratek opis problema, ki ga ima, in narave pomoči, ki jo potrebuje. Zdravniki asistenčne družbe Inter Partner-AXA Assistance se nato takoj, ko jih iz dežurnega centra Zavarovalnice Maribor, d.d. obvestijo o nezgodi ali bolezni, povežejo z lečečim zdravnikom, ugotovijo postopek in ustreznost zdravljenja, svetujejo in organizirajo ter v okviru zavarovalne vsote prevzamejo stroške zdravljenja in prevoza do najbližje ustrezne bolnišnice ali v domovino. Če zavarovanec stroške zdravljenja izjemoma plača sam, se mora za povračilo stroškov obrniti na servis Zavarovalnice Maribor, d.d. ter predložiti vso potrebno dokumentacijo (osebne podatke, kopijo police, račune za opravljene zdravniške storitve, bolniški list itd.).

Način uveljavljanja asistenc je zelo pomemben. Gre predvsem za to, ali je zavarovancu na voljo 24-urni klicni center v slovenskem jeziku ali ne. Vse asistenčne družbe premorejo osebe z znanjem pomembnejših svetovnih jezikov, vendar se mnogokrat zgodi, da zavarovančevo znanje tujih jezikov v kritični situaciji ni zadovoljivo za sporazumevanje. Tu sta v največji prednosti Slovenica, zavarovalniška hiša, d.d. in asistenčna družba Assistance CORIS, ki že od vsega začetka ponujata svojim zavarovancem 24-urni alarmni center v slovenskem jeziku. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. omogoča svojim zavarovancem, ki imajo težave pri sporazumevanju z alarmnim centrom Elvia Assistance, klic na njihov dežurni telefon v Ljubljani, vendar zgolj v omejenem časovnem terminu, kar je ob vikendih, praznikih oziroma nočnem času, ko ta ne deluje, velika pomanjkljivost. Prav težave pri sporazumevanju zavarovancev z alarmnim centrom Inter Partner-AXA Assistance, so bile eden od glavnih razlogov, da zavarovanje Zavarovalne družbe Adriatic, d.d. ni nikoli prav zaživel. Temu so se pri Zavarovalnici Maribor, d.d. izognili in svojim zavarovancem ponujajo 24-urni klicni center v slovenskem jeziku, ki kasneje posreduje podatke alarmnemu centru Inter Partner Assistance. Neprestano delujoči klicni oziroma alarmni center ne omogoča samo lažjega sporazumevanja, ampak mnogokrat pomeni boljši ter kvalitetnejši nadzor in reševanje asistenčnega primera.

Čeprav vse zavarovalnice sodelujejo s priznanimi asistenčnimi družbami, ki se vse po vrsti ponašajo z dolgoletno tradicijo na področju asistenc, je potrebno vedeti, da vpeljava vsake nove oblike zavarovanja terja določen čas, da se odpravijo začetne težave in pomanjkljivosti. Reševanje asistenčnih primerov praviloma poteka mnogo bolj tekoče pri tistih ponudnikih, ki so na trgu prisotni dlje časa.

8. PRIMERJAVA CEN POSAMEZNIH PONUDNIKOV PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V TUJINI Z ASISTENCO

Primerjati cene posameznih ponudnikov vsekakor ni enostavna naloga. Poleg višine zavarovalne premije moramo poznati tudi zavarovalno kritje, torej, v katerih okoliščinah zavarovanje velja, katere storitve so zavarovancu na voljo ter kolikšna je zavarovalna vsota. Kakšno zavarovalno kritje potrebuje kupec, je odvisno od njegovih želja oziroma potreb. Ponavadi kupci sploh ne vedo kakšno zavarovalno kritje je najbolj primerno za njihovo potovanje v tujini. Včasih so nekatere storitve zavarovancem "vsiljene", saj jih niti ne želijo oziroma ne potrebujejo. Cilj mnogih zavarovancev pa je dobiti čim večji obseg storitev za dano ceno/premijo.

Sledeča primerjava cen je narejena za:

- običajno zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco, namenjeno ljudem za krajša ali daljša potovanja;
- posebne oblike zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco, namenjene ljudem, ki veliko potujejo, športnikom, poslovnem ipd..

Za primerjavo so vzete cene, veljavne dne 1. decembra 2002.

V skladu z 8. členom Zakona o davku od prometa zavarovalnih poslov, ki pravi, da se od zavarovanj, ki krijejo nevarnosti izven območje Republike Slovenije, ne plačuje davka, zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco ni obdavčeno (Zakon o davku od prometa zavarovalnih poslov, 1999).

8.1. Primerjava cen običajnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco

Za smiselnost primerjave potrebno primerjati tiste pakete zavarovanj, ki veljajo za podobna področja in imajo podobna zavarovalna kritja. Za primerjavo sem vzel posamično zavarovanje, ki velja za področje celega sveta, zavarovalna vsota pa znaša od 20.000 do 30.000 EUR.

Kot je razvidno iz primerjave zavarovalnih pogojev Prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco, največji obseg storitev nudita zavarovanji Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z. in Zavarovalnice Maribor, d.d., najmanjši obseg pa zavarovanji Slovenice, zavarovalniške hiše, d.d. in Zavarovalnice Triglav, d.d..

Tabela 2: Cenik posamičnega Prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco

št. dni	Slovenica, zavarovalniška hiša, d.d.*	Zavarovalnica Triglav, d.d.**	Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.***	Zavarovalna družba Adriatic, d.d.****	Zavarovalnica Maribor, d.d.*****
3	1.815 SIT	1.980 SIT	2.490 SIT	3.600 SIT	1.968 SIT
5	2.640 SIT	3.080 SIT	2.890 SIT	4.300 SIT	
7				5.000 SIT	4.278 SIT
8	3.450 SIT	3.960 SIT	3.250 SIT		
10			3.450 SIT	5.700 SIT	5.241 SIT
15	5.265 SIT	5.940 SIT	3.980 SIT	6.600 SIT	6.550 SIT
21	6.585 SIT	7.480 SIT	4.820 SIT	7.800 SIT	8.256 SIT
30	8.235 SIT	9.680 SIT	6.390 SIT	10.400 SIT	
31					10.828 SIT
45			9.840 SIT		
60	12.840 SIT	14.300 SIT	11.240 SIT	17.500 SIT	18.338 SIT
75			14.450 SIT		
90		18.920 SIT	15.940 SIT	32.000 SIT	
92					24.102 SIT
135			25.510 SIT		
180			32.160 SIT		
pol leta		38.500 SIT			36.152 SIT
270			52.570 SIT		
Eno leto		77.220 SIT	73.510 SIT	60.000 SIT	54.230 SIT

* Zavarovalno kritje na osebo znaša 30.000 EUR.

** Zavarovalno kritje na osebo znaša 25.000 EUR (stroški prevoza so kriti največ do višine 24% zavarovalnega kritja, to je 6.000 EUR).

*** Zavarovalno kritje za stroške zdravstvenih storitev na osebo znaša 17.900 EUR, zavarovalno kritje za stroške prevozov na osebo pa 10.200 EUR.

**** Zavarovalno kritje na osebo znaša 20.000 EUR.

***** Zavarovalno kritje na osebo znaša 20.000 EUR. Posamezno potovanje ne sme biti daljše od 92 dni.

Viri: [URL: <http://www.ass-coris.si/rcenik.htm>], 1.12.2002;

[URL:<http://www.triglav.creativ.si/osebno/szdravstvena.htm>], 1.12.2002;

[URL:<http://www.vzajemna.si/content.asp>], 1.12.2002;

[URL:http://www.adriatic.si/nov_splet/strani/zavarovanja/asistenca.htm], 1.12.2002;

[URL:http://www.zav-mb.si/zavarovanja/osebna_zav.php3?id=138], 1.12.2002.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.: zavarovalne premije so v glavnem precej nižje od ostalih ponudnikov, če pa v primerjavo vključimo še zavarovalno kritje, lahko rečemo, da ponujajo cenovno najugodnejše zavarovanje.

Slovenica, zavarovalniška hiša, d.d.: njihove zavarovalne premije so višje kot pri Vzajemni zdravstveni zavarovalnici, d.v.z., vendar nižje kot drugod. Kljub manjšemu obsegu storitev, ki jih njihovo zavarovanje ponuja, je njihovo zavarovanje cenovno ugodno.

Zavarovalnica Triglav, d.d.: ponujajo enak obseg storitev kot Slovenica, zavarovalniška hiša, d.d., vendar so njihove zavarovalne premije višje, zavarovalna vsota pa nižja, zato je v primerjavi z Slovenico, zavarovalniško hišo, d.d. njihovo zavarovanje cenovno manj ugodno.

Zavarovalnica Maribor, d.d.: njihove zavarovalne premije so višje kot pri predhodnih treh zavarovalnicah, zavarovalna vsota pa je nižja, zato je njihovo zavarovanje kljub širokemu izboru storitev cenovno manj ugodno od zavarovanj prej naštetih zavarovalnic.

Zavarovalna družbe Adriatic, d.d.: njihovo zavarovanje je cenovno najmanj ugodno, zavarovalne premije so daleč najvišje (izjema je le celoletno zavarovanje), zavarovalna vsota pa najnižja.

Do enakih ugotovitev pridemo tudi, če primerjamo družinsko oziroma skupinsko zdravstveno zavarovanje. Vendar naj poudarim, da se šele na podlagi konkretnih želja in potreb zavarovanca lahko odločimo za najugodnejšega ponudnika.

8.2. Primerjava cen posebnih oblik zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco

Posebne oblike zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco so namenjene manjšim skupinam potrošnikov in so prilagojene njihovim željam oziroma potrebam.

Zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco za starejše ljudi pomeni za zavarovalnico določen rizik, zato vse zavarovalnice zahtevajo doplačilo na osnovno premijo, nekatere pa zavarovanja za ljudi nad določeno starostno mejo sploh ne sklepajo. Najugodnejše je zavarovanje Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z., ki zavarovancem, starejšim od 70 let, pri posamičnem in skupinskem zavarovanju premijo poviša za 50%. Ostale zavarovalnice zahtevajo, odvisno od starosti zavarovanca, od 50% pa do 400% doplačila na osnovno premijo.

Podobno kot starejši ljudje tudi športniki predstavljajo rizično skupino, zato tudi za njih zavarovalnice zahtevajo doplačila. Višina doplačila je odvisna od rizičnega razreda, v katerem se športna panoga nahaja. Najugodnejšo ponudbo za športnike ponuja Slovenica, zavarovalniška hiša, d.d., ki osnovno premijo poviša za 33%, 66% oziroma za 100%. Ostale zavarovalnice zahtevajo doplačilo v višini od 50% do 200% na osnovno premijo. Zavarovalnica Maribor, d.d. pa tovrstnega zavarovanja sploh ne ponuja.

Za ljudi, ki pogosteje potujejo, so cenovno najugodnejša zavarovanja Slovenice, zavarovalniške hiše, d.d., ki ponuja Celoletno zavarovanje poslovnežev za večkratna potovanja, krajša od 60 dni in Celoletno družinsko zavarovanje za imetnike plačilnih kartic, ki pa ima nižje zavarovalno kritje (8.000 EUR oziroma ob 50% doplačilu 16.000 EUR). Cenovno ugoden je tudi Posebni program Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z., s katerim se zavarovanec zavaruje za celo leto, zavarovalnica pa jamči največ prvih 30 dni vsakega potovanja. Poslovnežem namenjeno je tudi Zdravstveno zavarovanje na poslovnih potovanjih v tujini Zavarovalnice Triglav, d.d.. Zavarovanje lahko sklenejo podjetja za svoje zaposlene, ki potujejo v tujino. To zavarovanje se sklene za obdobje enega leta

Za osebe, ki bivajo neprekinjeno dlje časa v tujini, pa ima posebno ponudbo le Slovenica, zavarovalniška hiša, d.d., pa še to je namenjeno zgolj dijakom oziroma študentom (Zavarovanje dijakov in študentov) in delavcem oziroma poslovnežem (Celoletno zavarovanje za poslovneže in delavce, ki delajo in bivajo v tujini več kot 60 dni).

Zavarovanje za večji rizik pri delu Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z. je edino zavarovanje, ki je namenjeno vsem, ki so na službenem potovanju izpostavljeni večjemu riziku (npr. monterji, avtoprevozniki, fizična dela). Za zavarovanje se obračuna 50% doplačilo na osnovno premijo. Za vse, ki so v tujini izpostavljeni posebej povečanemu riziku (npr. delo z eksplozivnimi snovmi), doplačilo določi strokovna služba zavarovalnice.

9. PREDSTAVITEV ASISTENČNEGA PRIMERA

V tej točki sem se odločil predstaviti konkreten primer. Odločil sem se za primer, ki se mi je v vseh letih najbolj vtisnil v spomin.

V mesecu septembru leta 2000 se je ogromno študentov odpravilo na absolventske izlete na sredozemski otok Kreto. Tam sem bil tudi jaz; potovalni agenciji sem pomagal pri organizaciji različnih stvari. Med drugim sem, namesto potnikov samih, obveščal asistenčno družbo Assistance CORIS, d.o.o., ko so ti potrebovali zdravniško pomoč. Tako me je nekega popoldneva poklical vodnik ene izmed skupin in mi sporočil, da je eden izmed njegovih potnikov doživel težko prometno nesrečo. Ker ni imel mnogo informacij, mi je povedal le, kdo je ponesrečen, v katero bolnico ga peljejo in pa številko mobilnega telefona enega od ponesrečenčevih kolegov, ki so bili na kraju nesreče.

Ponesrečeni in njegovi kolegi so se dan prej odločili za najem dveh "težjih" motorjev in avtomobila, s katerimi so se odpravili na izlet po Kreti. Ko so se vračali z izleta, je ponesrečen v ostrem ovinku izgubil oblast nad motorjem in zapeljal s ceste ter zaradi neuporabe varnostne čelade utrpel hude poškodbe glave. Sreča v nesreči je bila, da je neposredno po nesreči mimo pripeljal rešilni avtomobil in poškodovanega začasno oskrbel ter ga prepeljal v univerzitetno bolnico. Ostali kolegi so nemudoma o nesreči obvestili svojega vodnika.

Takoj po prejemu vodnikovega klica sem poklical alarmni center Assistance CORIS, d.o.o. v Ljubljani in jih obvestil o imenu in priimku ponesrečenega, številki zavarovalne police, okoliščinah nesreče (kolikor sem jih pač poznal) ter o imenu bolnice, v katero so peljali ponesrečenega. Operater, ki je v Ljubljani sprejel moj klic je takoj preveril veljavnost zavarovalne police o primeru ter obvestil predstavništvo CORIS-a v Atenah. Zaprotil jih je za čimprejšnjo poročilo o zdravstvenem stanju ponesrečenega in za policijsko poročilo o okoliščinah nesreče (za veljavnost zavarovanja sta bila pomembna zlasti podatka o tem, ali je ponesrečeni imel veljavno vozniško dovoljenje in ali je vozil pod vplivom alkohola) ter garantiral za plačilo stroškov zdravljenja. Atensko predstavništvo je nemudoma vzpostavilo stik z bolnico in lokalno policijsko postajo. V bolnici kar nekaj ur ni bilo moč dobiti kakršnekoli informacije, ker je bil ponesrečeni zaradi hudih poškodb nemudoma operiran. Šele po končani operaciji je lečeči zdravnik posredoval medicinsko poročilo. Po sami operaciji se je začelo čakanje na trenutek, ko bo poškodovani pripravljen za prevoz v Slovenijo. V tem času pa na Assistance CORIS, d.o.o. niso sedeli prekrižanih rok. Prek atenskega predstavništva so večkrat dnevno dobivali podatke o zdravstvenem stanju ponesrečenca, ki so jih nato posredovali njegovim svojcem, iskali so najprimernejšega ponudnika za letalski prevoz ponesrečenca v Slovenijo ter vzpostavili so stik z UKC v Ljubljani in z zdravnikom, ki ga je kasneje tam sprejel. Ta zdravnik se je povezal s kolegi Univerzitetne bolnice na Kreti in skupaj so spremljali ponesrečenčevu stanje vse do dne, ko so se odločili, da je to dovolj stabilno za prevoz v Slovenijo. V tem času je tudi lokalna policijska postaja posredovala policijsko poročilo, ki je potrdilo, da je ponesrečeni imel veljavno vozniško dovoljenje in da ni vozil pod vplivom alkohola. Po sedmih dneh je bilo stanje ponesrečenega dovolj stabilno za prevoz. Urejene so bile vse finančne podrobnosti. Atensko predstavništvo je poskrbelo za plačilo stroškov ambulantnih prevozov in zdravljenja v univerzitetni bolnici na Kreti. Stroški letalskega prevoza in spremljevalne ekipe so bili plačani v Ljubljani. Iz Ljubljane je na Kreto s posebnim letalom odšla tričlanska zdravniška ekipa. Reševalno vozilo univerzitetne bolnice je ponesrečenega pripeljalo na mednarodno letališče v Iraklionu ter ga predalo ekipi na letalu. Predstavniki agenciji so uredili mejne formalnosti in letalo je lahko poletelo. Ponesrečeni je bil že čez dobre tri ure v ljubljanskem UKC-ju kjer je nato nadaljeval svoje okrevanje.

Assistance CORIS, d.o.o. je tako od mojega klica pa vse dokler ponesrečeni ni bil prepeljan v ljubljanski UKC pridobival podatke o njegovem zdravstvenem stanju in jih posredoval njegovim svojcem, organiziral letalski prevoz z medicinsko ekipo v Slovenijo ter uredil pokritje vseh finančnih izdatkov. Osebe Assistance CORIS, d.o.o. se je maksimalno potrudilo, tako da ni prišlo do nobenih zapletov.

SKLEP

Nevarnost je neizogibni spremljevalec človeka v vsakdanjem življenju. Škodni dogodki so obstajali že v preteklosti, nastopajo tudi danes in nobenega zagotovila ni, da bi v prihodnosti lahko bilo kaj drugače. To v celoti velja tudi za naše zdravje na potovanjih v tujini.

Asistenca je za Slovence pomenila nekaj novega. Ob njenem pojavu, skupaj z zdravstvenim zavarovanjem v tujini, so le redki vedeli, kaj to pomeni oziroma kakšen je njen namen. S časom in pa s širitvijo asistenc na druga področja smo tudi Slovenci doumeli prednosti, ki nam jih le-ta prinaša.

Sistem našega zdravstvenega varstva zagotavlja osebam, ki so obvezno zdravstveno zavarovane v Republiki Sloveniji, pravico do nujnega zdravljenja med začasnim bivanjem v tujini. V ta namen je Republika Slovenija sklenila z nekaterimi evropskimi državami konvencijo, ki ureja področje uveljavljanja pravice do nujnega zdravljenja. Vendar je to zdravljenje omejeno predvsem na zdravnike oziroma ustanove, ki so del javne, državne zdravstvene mreže. Stroške zdravljenja pri zasebnih zdravnikih ter ustanovah oziroma kjerkoli v državah, s katerimi ni sklenjena konvencija, pa mora človek sam poravnati na licu mesta. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije mu šele ob predložitvi celotne dokumentacije povrne (največkrat ne v celoti) nastale stroške. V vsakem primeru pa si mora človek sam poiskati ustrezno zdravniško pomoč.

Tu se je slovenskim zavarovalnicam ponudila možnost, da so slovenskemu trgu ponudile v tujini že precej dolgo znano zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco. Gre za sodelovanje slovenskih zavarovalnic in mednarodnih asistenčnih družb. Zavarovalnice skrbijo za plačilo nastalih stroškov, medtem ko asistenčne družbe najdejo ustrezno, strankam prijazno, rešitev nastalih težav. Od leta 1993 pa do danes je tovrstno zavarovanje ponudilo pet slovenskih zavarovalnic. Vse sodelujejo z uveljavljenimi asistenčnimi družbami, ki kakovostno rešujejo škodne primere. Večje število ponudnikov vsekakor pozitivno vpliva na konkurenčnost cen ter na širši izbor in večjo kvaliteto storitev.

Ko se odločamo za sklenitev zdravstvenega zavarovanja v tujini, se moramo vprašati, kakšne so naše želje oziroma potrebe. Glede na njih se odločimo, ali bo naše zavarovanje posamično, družinsko ali skupinsko. Nato izberemo dolžino trajanja zavarovanja ter na koncu še dve zelo pomembni stvari: višino zavarovalnega kritja ter obseg storitev. Višje zavarovalno kritje ter/ali večji obseg storitev ne pomenita avtomatično višjih premij. Nekateri cenovno ugodnejši ponudniki ponujajo nižje zavarovalne premije, čeprav sta tako obseg storitev kot tudi zavarovalno kritje vsaj enaka, če ne že večja kot pri konkurentih. Pomemben je tudi način uveljavljanja asistenc v primeru bolezni ali nezgode. Če naše znanje tujih jezikov ni najboljšo, je zelo pomembno, da izberemo ponudnika, ki nam omogoča sporazumevanje v slovenskem jeziku 24 ur na dan.

Glede na razmeroma veliko število ponudnikov s široko paleto storitev, lahko vsakdo najde sebi najugodnejšo obliko zavarovanja. Vsekakor pa je pred sklenitvijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco priporočljiv temeljit premislek, kajti, ko se enkrat znajdemo v težavah, poti nazaj več ni.

LITERATURA

1. Berkopec Gregor: Nekateri vidiki in vprašanja uskladitve poslovanja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije z zakonom o zavarovalnicah. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1995. 10 str.
2. Bohinc Franc: Temelji zdravstvene politike z osnovami ekonomike zdravstva. 2. del. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1988. 94 str.
3. Boncelj Jože: Zavarovalna ekonomika. Maribor: Založba Obzorja, 1983. 351 str.
4. Česen Marjan: Koncesijsko razmerje v zdravstvu. ISIS: glasilo zdravniške zbornice Slovenije, Ljubljana, 3(1994), 1, str. 13-18.
5. Česen Marjan: Lastninsko preoblikovanje sistema zdravstvenega varstva. ISIS: glasilo zdravniške zbornice Slovenije, Ljubljana, 2(1993), 8, str. 32-39.
6. Česen Marjan: Zdravje in denar. Ljubljana: Agencija demokratičnega inozemnega tiska, 1988. 127 str.
7. Flis Slavko: Zbrani spisi o zavarovanju. 2. knjiga. Ljubljana: Pozavarovalnica Sava, Zavarovalnica Triglav, 1995a. 357 str.
8. Ivanjko Šime: Zavarovanje pred odgovornostjo. Ljubljana: Center za samoupravno normativno dejavnost, 1981. 257 str.
9. Končina Miro: Trženje osebnih in premoženjskih zavarovanj na slovenskem zavarovalnem trgu. Doktorska disertacija. Ljubljana: Samozaložba, 1994. 311 str.
10. Požar Danilo: Zavarovanje v praksi. Maribor: Založba Obzorja, 1963. 276 str.
11. Rejda George E.: Principles of insurance. Glenview: Scott, Foresman and Company, 1986. 698 str.
12. Svetic Aleša: Možnosti za uvajanje tržnega koncepta poslovanja v slovensko zdravstvo. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1993. 101 str.
13. Škrbić Milan: Uvod u ekonomiku zdravstva. Zagreb: Stvarnost, 1983. 310 str.
14. Williams C. Arthur Jr., Heins M. Richard: Risk management and insurance. New York: McGraw-Hill Book Company, 1981, 721 str.

VIRI

1. Allianz Suisse. [URL: <http://www.allianz-suisse.ch>], 1.12.2002.
2. AXA.com Bienvenue. [URL: <http://www.axa.com>], 1.12.2002.
3. CORIS. [URL: <http://www.coris.fr>], 1.12.2002.
4. CORIS ASSISTANCE d.o.o.. [URL: <http://www.ass-coris.si/rcenik.htm>], 1.12.2002.
5. Elvia: assurance voyage, assistance repatriement et santé. [URL: <http://www.elvia.fr>], 1.12.2002.
6. Europ Assistance: assistance et assurance santé pour vos voyages en France et à l'étranger. [URL: <http://www.europ-assistance.com>], 1.12.2002.
7. GESA Assistance Internet Site. [URL: <http://www.gesa.demon.co.uk>], 1.12.2002.
8. Informacija za zavarovane osebe o obveznem zdravstvenem zavarovanju med začasnim bivanjem v tujini. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2000, zloženka.

9. International Assistance Group. [URL:<http://www.iagnet.com>], 1.12.2002.
10. INTER PARTNER ASSISTANCE Deutchland. [URL:<http://www.inter-partner.de>], 1.12.2002.
11. Mercur Assistance Deutchland AG. [URL:<http://www.mercur.de>], 1.12.2002.
12. Prispevki. [URL:<http://www.zzzs.si/Prispevki>], 1.12.2002.
13. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje.
[URL:http://www.adriatic.si/nov_splet/strani/zavarovanja/asistenca.htm], 1.12.2002.
14. Vzajemna. [URL:<http://www.vzajemna.si/content.asp>], 1.12.2002.
15. Zakon o davku od prometa zavarovalnih poslov (Uradni list RS, št. 57-2682/1999).
16. Zakon o zavarovalništvu (Uradni list RS, št. 13-595/2000).
17. Zdravstvena zavarovanja – podrobnejše informacije.
[URL:<http://www.triglav.creativ.si/osebno/szdravstvena.htm>], 1.12.2002.
18. ZM: turistično zavarovanje z asistenco v tujini.
[URL:http://www.zav-mb.si/zavarovanja/osebna_zav.php3?id=138], 1.12.2002.