

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

DIPLOMSKO DELO

**PONUDBA PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V
SLOVENIJI**

Ljubljana, december 2005

KATARINA MAGANJA

IZJAVA

Študentka Katarina Maganja izjavljam, da sem avtorica tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom doc. dr. Mitje Čoka in dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne 05.12.2005

Podpis: _____

KAZALO

UVOD	1
1 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	2
1.1 Zdravstveno varstvo kot del sistema socialne varnosti.....	2
1.2 Osnovne skupine sistemov zdravstvenega varstva.....	3
1.2.1 Model nacionalnega zdravstvenega varstva	3
1.2.2 Partnerski model zdravstvenega varstva	3
1.2.3 Tržni sistem zdravstvenega varstva.....	4
1.3 Najpomembnejši evropski sistemi zdravstvenega varstva	4
1.3.1 Beveridgeov (liberalni) sistem nacionalnega zdravstvenega varstva	4
1.3.2 Bismarckov (korporativistični) sistem zdravstvenega varstva.....	5
1.3.3 Semaškov model – sistem socialističnega zdravstvenega varstva	5
2 UREDITEV PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V	
EVROPSKI UNIJI	5
2.1 Vrste prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Evropski uniji.....	6
2.2 Primerjava slovenske ureditve z ureditvijo v državah Evropske unije.....	8
2.3 Možnost poenotenja trga zdravstvenih zavarovanj v EU.....	8
3 SISTEM ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI	9
3.1 Zgodovinski pregled zdravstvenega zavarovanja	9
3.2 Reforma zdravstvenega sistema leta 1992	10
3.2.1 Razlogi za reformo zdravstvenega sistema	11
3.2.2 Novosti, ki so sledile reformi iz leta 1992	11
3.3 Sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji	12
3.3.1 Zakonska podlaga sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji.....	12
3.3.1.1 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.....	12
3.3.2 Struktura sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji	13
3.3.3 Obvezno zdravstveno zavarovanje.....	14
3.3.4 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje.....	15
3.3.5 Financiranje zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji	17
3.4 Zdravstvena reforma - Bela knjiga leta 2003	19
3.4.1 Vrednote in cilji Bele knjige	20
3.4.2 Kritike in odzivi na Belo knjigo	20
3.4.2.1 Kritike ekonomistov	21
3.4.2.2 Odziv nove vlade.....	22
4 PONUDBA PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V SLOVENIJI... 22	
4.1 Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z.	23
4.2 Adriatic Zavarovalna družba, d. d.	26
4.3 Zavarovalnica Triglav d. d. – Triglav, Zdravstvena zavarovalnica , d. d.....	28
4.4 Primerjava treh ponudnikov.....	29
5 SISTEMI IZRAVNALNIH SHEM.....	31
5.1 Izravnalne sheme.....	31
5.2 Obstoje izravnalnih shem v Evropi	31
5.2.1 Irski sistem izravnalnih shem	32
5.2.2 Nizozemski sistem izravnalnih shem	33

5.3 Uvedba sistema izravnalnih shem v Sloveniji.....	34
6 MOŽNOST RAZVOJA PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V SLOVENIJI	36
6.1 Vsebinska sprememba prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja	36
6.2 Razvoj prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki že obstajajo v Evropi	36
SKLEP	37
LITERATURA.....	39
VIRI.....	41

UVOD

Zdravje je ena osnovnih pravic, ki jo ima vsak človek na svetu. Kljub temu da se zdravstveni sistemi med državami zaradi različnih tradicij, kultur in političnih ureditev razlikujejo, si države prizadevajo, da vsem prebivalcem zagotovijo dostop do zdravstvenih pravic na ustrezni kakovostni ravni. Poleg države pomembno vlogo pri skrbi za zdravje in posledicah, ki sledijo v primeru bolezni, prevzame tudi posameznik z ustrezno preventivo ter zdravstvenim zavarovanjem. Sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji sestavljata obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. V obvezno zdravstveno zavarovanje so po zakonu vključeni vsi državljani, medtem ko pa je prostovoljno zdravstveno zavarovanje odločitev posameznika, ki se na ta način izogne stroškom neposrednih doplačil pri zdravljenju.

Namen diplomske naloge je predstaviti ponudbo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji ter opozoriti na problem zasledovanja »dobrih rizikov« in izogibanja »slabih rizikov«, ki smo mu priča. Spremenjena zakonodaja in uvedba izravnalnih shem v sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je omenjen pojav rešila.

V prvem poglavju bom opredelila zdravstveno varstvo kot del sistema socialne varnosti in predstavila osnovne skupine sistemov zdravstvenega varstva ter izmed njih izpostavila najpomembnejše sisteme, ki jih poznamo v Evropi.

Drugo poglavje bo obsegalo opis ureditve prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Evropski uniji (EU), primerjavo le-tega s slovensko ureditvijo ter možnost poenotenja trga zdravstvenih zavarovanj v Evropski uniji.

Tretje poglavje bom namenila opisu sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, ki ima več kot stoletno tradicijo. Zdravstvena reforma leta 1992 je namesto nacionalnega zdravstvenega varstva uvedla sistem zdravstvenega zavarovanja, ki je poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja uvedel še doplačila, zanje pa možnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Poleg strukture sistema bom predstavila tudi financiranje zdravstvenega zavarovanja ter neuspešen poskus izpeljave zdravstvene reforme leta 2003, zapisane v Beli knjigi.

Ponudbo prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj bom predstavila v četrtem poglavju. V Sloveniji omenjeno obliko zavarovanj tržijo pri Vzajemni zdravstveni zavarovalnici, Zavarovalni družbi Adriatic ter pri Triglavu, zdravstveni zavarovalnici. Pri primerjavi slednjih bom izpostavila pojav oblikovanja konkurenčnosti zaradi ugodne starostne strukture zavarovancev, znan pod imenom »pobiranje smetane«. V tujini so omenjen problem rešili z uvedbo izravnalnih shem, zato bom v naslednjem poglavju predstavila izravnalne sheme, ki jih že poznajo v Evropi, ter njihovo uvedbo na našem trgu.

V šestem poglavju bom navedla dve možnosti razvoja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v prihodnosti, in sicer vsebinsko spremembo le-tega s prenosom pravic v obvezno zdravstveno

zavarovanje ter možen razvoj oblik prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki jih že poznajo v Evropi. Kratek povzetek in ugotovitve diplomske naloge bom podala v sklepu.

1 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

1.1 Zdravstveno varstvo kot del sistema socialne varnosti

Socialna politika predstavlja sklop vseh ciljev, ukrepov, postopkov in sredstev, ki jih družba uporablja z namenom, da bi vsi njeni pripadniki lahko zadovoljevali svoje osebne in skupne potrebe ter interese in da bi tako lahko funkcionirali kot polnopravni in enakopravni člani družbe. Pomembna naloga socialne politike je zagotavljanje socialne varnosti.

Zdravstveni sistem je del širšega socialnega sistema. Z vzpostavitvijo ustreznega socialnega sistema želijo države za svoje državljane oblikovati primerno ali pa vsaj zadovoljivo raven socialne varnosti. Socialna varnost je dokaj širok pojem, ki po navedbi Kostanjškove (Kostanjšek, 2004, str. 2) vsebuje pojem socialnega zavarovanja in pojem socialnega varstva. Pri socialnem zavarovanju gre za sklop ukrepov, ki dajejo socialno varnost v najširšem pomenu besede pri začasni zadržanosti od dela, pri starosti, smrti ali invalidnosti (zdravstveno, pokojninsko in invalidsko zavarovanje). Socialno varstvo pa sestavljajo ukrepi, s katerimi pomagamo ljudem, ki brez pomoči širše družbene skupnosti ne morejo zadovoljevati svojih življenjskih potreb. To so na primer duševno in telesno prizadeti, otroci, stari in onemogli ter nesposobni za delo.

Socialni izdatki po Stanovnikovi definiciji (Stanovnik, 2004, str. 181) obsegajo javne izdatke za izobraževanje, zdravstveno zaščito, stanovanjsko oskrbo, pokojnine, nadomestila za brezposelnost ter druge oblike dohodkovnih nadomestil in socialnih storitev. Po obsegu se socialni izdatki razdelijo na dve ožji podskupini, in sicer na izdatke za socialno zaščito ter izdatke za socialno varnost. Izdatki za socialno zaščito ne vključujejo javnih izdatkov za izobraževanje in javnih izdatkov stanovanjsko oskrbo v obliki objektnih subvencij. Izdatki za socialno varnost pa ne vključujejo ukrepov za aktivno politiko zaposlovanja in javnih izdatkov za nastanitev v obliki subvencij za najemnine.

Glede na obseg izdatkov za socialno varnost predstavlja pokojninski sistem najpomembnejši podsistem socialne varnosti, sledi pa mu zdravstveni sistem.

V Beli knjigi (Zdravstvena reforma, 2003, str. 19) je zdravstveno varstvo opredeljeno kot razvejan, odprt in dinamičen sistem, za katerega je značilna povezanost z gospodarskim in družbenim sistemom. Osnovni cilj vseh sistemov zdravstvenega varstva je zagotoviti dostop do zdravstvenih pravic na ustrezni kakovostni ravni vsem, ki so vključeni v javne sisteme zdravstvenega varstva ali zdravstvenega zavarovanja. Dostop do zdravstvenega varstva kot univerzalno pravico opredeljujejo tudi pravni dokumenti Evropske unije, saj temeljni akti o

pravicah državljanov Evropske unije razglašajo, da ima vsak posameznik pravico dostopa do preventivnega zdravstvenega varstva in pravico do medicinskega zdravljenja.

V Sloveniji je zdravstveno varstvo opredeljeno v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ), ki pravi (Uradni list RS, št. 9/92), da je zdravstveno varstvo splet družbenih, skupinskih in individualnih ukrepov ter aktivnosti, s katerimi poskrbimo za krepitev in ohranitev zdravja.

Po zakonski definiciji zdravstvenega varstva obsega sistem zdravstvenega varstva tudi sistem zdravstvenega zavarovanja. V sistemu zdravstvenega zavarovanja, ki se deli na obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje, so določeni viri financiranja, kritje stroškov zdravstvenih storitev, obseg pravic zavarovancev ter pogoji za dostop do zdravstvenega zavarovanja.

1.2 Osnovne skupine sistemov zdravstvenega varstva

Pri razvrščanju sistemov zdravstvenega zavarovanja v skupine je potrebno opredeliti, kakšno vlogo, pomen in vpliv imajo posamezni elementi, ki so prisotni v sistemih in omogočajo njihovo delovanje. Najprej je potrebno definirati vlogo in prisotnost države pri upravljanju področja, njen vpliv in pristojnost glede ustanovitve in lastnine zdravstvenih zavodov ter socialne varnosti ljudi. Potrebno je opredeliti način in vire financiranja zdravstvenega varstva. Financiranje lahko poteka v obliki davkov, vplačanih v proračun države ali lokalnih skupnosti, ali pa v obliki prispevkov za zdravstveno zavarovanje ali premij. Pomembna pa je tudi vloga in položaj izvajalcev v sistemu.

Sisteme zdravstvenega varstva lahko na podlagi naštetih značilnosti razčlenimo v tri osnovne skupine (Svenšek, 1995, str. 22):

1.2.1 Model nacionalnega zdravstvenega varstva

Prvo skupino sistemov predstavlja model nacionalnega zdravstvenega varstva, kjer o najpomembnejših vprašanjih odloča država. Upravni organi imajo pooblastila in pristojnosti za odločanje o tem, kakšne so pravice ljudi do zdravstvenih storitev, kako naj delujejo zdravstveni zavodi, odločajo pa tudi o njihovem upravljanju in lastnini. Sredstva za financiranje zagotavlja država z davki oziroma proračunskimi sredstvi. Bistvo modela temelji na prepričanju, da je mogoče izboljšati zdravstveno stanje celotnega prebivalstva, če država omogoči, da so zdravstvene storitve dostopne vsemu prebivalstvu. Model nacionalnega zdravstvenega varstva imajo Velika Britanija, Danska, Švedska, Finska, Norveška in Italija.

1.2.2 Partnerski model zdravstvenega varstva

Drugo skupino predstavljajo sistemi, ki temeljijo na načelih obveznega zdravstvenega zavarovanja (socialne varnosti). Bistvo tega modela je, da država sicer postavi okvire in pravila

urejanja področja, izvajanje pa prepušča nosilcem posameznih skupinskih interesov in le-ti imajo pri tem določeno avtonomnost. Najbolj znan je tripartitni partnerski model, kjer se kot nosilci nalog pojavljajo Ministrstvo za zdravje, združenja zdravstvenih delavcev ter združenja zavarovancev in plačnikov prispevkov za zdravstveno varstvo in zavarovanje. V partnerskem modelu gre za neprekinjena »pogajanja« med predstavniki različnih stališč in interesov. V veliki meri se v modelu pojavljajo zavarovalniška načela, zato ga pogosto označujejo kot zavarovalniški model. Partnerski model zdravstvenega varstva je značilen za Nemčijo, Avstrijo, Grčijo, Španijo, Francijo in Slovenijo.

1.2.3 Tržni sistem zdravstvenega varstva

Tretjo skupino sistemov zdravstvenega zavarovanja sestavljajo povsem komercialno oziroma profitno naravnani sistemi. Sistem temelji na načelih ponudbe in povpraševanja zdravstvenih storitev, država pa pri tem ne zagotavlja ljudem skoraj nobene ali le minimalno zdravstveno oziroma socialno varnost. Država tudi ne zagotavlja niti ne predpisuje načina in oblik financiranja zdravstvenih storitev. Celotno dogajanje je prepuščeno tržnim zakonitostim, povpraševalci pa si zdravstvene storitve zagotavljajo z lastnimi sredstvi. Tržni koncept zavarovanja imajo v Združenih državah Amerike.

1.3 Najpomembnejši evropski sistemi zdravstvenega varstva

Evropski sistemi zdravstvenega varstva temeljijo ali na konceptu nacionalnega zdravstvenega varstva ali na konceptu, ki izhaja iz zavarovalniških načel. Sistema, ki bi temeljil na tržnih načelih, pa v Evropi ni moč zaslediti, čeprav imajo mnoge države vgrajene določene tržne elemente. Znotraj navedenih konceptov v Evropi ločimo tri najbolj značilne skupine sistemov (Svenšek, 1995, str. 24):

1.3.1 Beveridgov (liberalni) sistem nacionalnega zdravstvenega varstva

Beveridgov sistem se je po drugi svetovni vojni razvil v Angliji. V tem sistemu država prevzame vlogo vodenja in upravljanja. Pri tem izhaja iz načela, da je vsem prebivalcem potrebno zagotoviti primerno dostopnost do zdravstvenih storitev. Najpomembnejši vir financiranja predstavljajo davki, zbrani v državnem proračunu, obseg pravic, ki se pridobijo že iz naslova državljanstva, pa je omejen. O deležu proračuna za zdravstveno varstvo odloča država, razporejanje proračunskih sredstev pa izvajajo upravne institucije. Država predpisuje tudi delovanje in naloge zdravstvene službe. Zdravniki osnovne dejavnosti so v pogodbenem odnosu s pristojnim državnim uradom NHS (National Health Service), ki jim določa način plačevanja in cene storitev. Naloga NHS je, da skrbi za organiziranje, delovanje in financiranje zdravstvene službe. Beveridgov model imajo v Evropi poleg Anglije še Danska, Švedska, Irska, Italija, Španija, Grčija, Portugalska in Finska.

1.3.2 Bismarckov (korporativistični) sistem zdravstvenega varstva

Bismarckov sistem je najstarejši sistem zdravstvenega zavarovanja, nastal pa je v Nemčiji leta 1883. Značilnost sistema je s strani države predpisana obveznost za državljane, da se zdravstveno zavarujejo. Pravice s področja zdravstvenega zavarovanja so zagotovljene skoraj vsem prebivalcem države. Vloga države je majhna, razen v primeru, ko gre za brezposelne, socialno ogrožene ter begunce. Sistem se financira pretežno s prispevki, plačilo katerih pogojuje osnovne pravice. Prispevki se plačujejo bolniškim blagajnam, ki imajo vrsto javnih pooblastil. Le-te same določajo prispevne stopnje za zdravstveno zavarovanje, opredeljujejo pravice zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev in denarnih prejemkov ter vstopajo v partnerske odnose z združenji zdravstvenih delavcev.¹ Za sistem velja partnersko upravljanje sistema zdravstvenega zavarovanja, v okviru katerega se določa tudi obseg programa in cene zdravstvenih storitev. Prevladuje način, da se izvajalce plačuje do obsega, opredeljenega v pogodbah med izvajalci in nosilcem zavarovanja. Privatna zavarovanja in zasebna sredstva so dovoljena in možna, vendar v celotnem sistemu ne dosegajo pomembnega deleža. Bismarckov model imajo danes v Nemčiji, Avstriji, Belgiji, Franciji, Luksemburgu in v Sloveniji.

1.3.3 Semaškov model – sistem socialističnega zdravstvenega varstva

Sistem je nastal v času socialistične družbene ureditve v nekdanji Sovjetski zvezi. Za vsa vprašanja, povezana z zdravstvenim varstvom, je odgovorna država. Na področju zdravstvenega varstva so zasebno lastnino in pobude v obliki zasebnih dejavnosti ali privatnih zavarovanj celo prepovedali. Model temelji na predpostavki, da morajo biti vse zdravstvene storitve dostopne vsem, brez razlikovanja in brez doplačil. Zdravstvene storitve se v tem sistemu financirajo iz proračuna, ki se polni z davki. Pogajanj med interesno organiziranimi skupinami ni, saj višino sredstev za financiranje dela izvajalcev določa vlada. Model so imele vse bivše socialistične države v Evropi, v Rusiji, na Kitajskem, v Severni Koreji pa je še vedno v veljavi.

2 UREDITEV PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V EVROPSKI UNIJI

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje ima v večini evropskih držav namen omogočiti zavarovancem možnosti, da si z ustreznim plačilom iz lastnih sredstev zagotovijo boljši standard, dostopnost storitev in ustrezno raven pri uveljavljanju zahtev in potreb po zdravstvenih storitvah in socialni varnosti, kot jo lahko zagotovi obvezno zavarovanje s sredstvi javnih financ. Usmeritev v prostovoljno zavarovanje je potreba, ki izhaja iz zaostrenih in zoženih možnosti zadovoljevanja interesov zavarovancev v okviru sistema socialnega oziroma javnega zdravstva.

¹ Za Slovenijo navedeno ne velja, saj v ZZVZZ predpisane prispevne stopnje določa vlada RS na podlagi skupščine Zavoda, prispevki pa se plačujejo Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja vse države, ne glede na uveljavljen sistem, uvajajo programe omejevanja pravic in dobrin s tega področja ali vsaj zaostrejejo pogoje njihove dostopnosti. To je posledica naraščajočih izdatkov v zdravstvu. Zato postaja prostovoljno zdravstveno zavarovanje v določenem delu nadomestilo in dopolnilo za socialno in zdravstveno varnost, ki si jo ljudje želijo in ki je ne more v celoti zagotoviti obvezno zavarovanje. Zasebni viri sredstev tudi spodbujajo posameznike k večji odgovornosti za svoje zdravje.

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja v državah Evropske unije se po svojem obsegu, razlogih uvedbe, organizaciji in drugih pogojih med seboj bistveno ne razlikujejo. V glavnem se v vseh državah ukvarjajo s kritjem tveganj pri pravicah do storitev, ki jih ne zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje države. Prevladujejo zavarovanja, s katerimi je zavarovancu v celoti ali v pretežnem delu zagotovljeno pokrivanje stroškov opravljenih zdravstvenih storitev, ki bi jih sicer moral plačati sam.

2.1 Vrste prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Evropski uniji

V državah EU lahko prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ki se nanašajo na zdravstvene storitve, razvrstimo v štiri skupine, ki se med seboj razlikujejo glede na področje oziroma vsebino zavarovanja (Scheider, 1992, str. 14-15):

- Nadomestno («substitutive») prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje je namenjeno osebam, ki so po nacionalni zakonodaji izključene iz možnosti vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje ali sistem zdravstvenega varstva, ker po višini doseženih dohodkov na družinskega člana presegajo vnaprej določen znesek. Obseg kritja stroškov je podoben obsegu iz javnega sistema zdravstvenega zavarovanja in vključuje kritje stroškov za storitve v osnovni, specialistični, bolnišnični in zdraviliški dejavnosti ter za zdravila in pripomočke.

- Dodatno («supplementary») prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje vsebuje zavarovanje za storitve, ki so izvzete iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali pa za storitve, ki so sicer sestavni del javnega sistema, a jih zavarovanci želijo uresničiti pod ugodnejšimi pogoji. Zavarovanje je namenjeno kritju stroškov zdraviliškega in bolnišničnega zdravljenja na višjem nivoju, zdravil, ki niso razvrščena na liste, in različnih pripomočkov ter zagotavljanju možnosti proste izbire zdravnika in bolnišnice.

- Zavarovanje za doplačila («residual insurance»)

Zavarovanje za doplačila označuje zavarovanje za storitve, za katere postavlja obvezno zavarovanje omejitve glede višine ali deleža cene storitev oziroma stroškov zdravljenja.

- Alternativno oziroma vzporedno prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Alternativno oziroma vzporedno prostovoljno zdravstveno zavarovanje je zavarovanje pred omejitvami, ki so v obveznem zavarovanju prisotne na strani izvajalcev in njihovih zmogljivosti zaradi omejevanja njihovih programov po obsegu storitev ali po zmogljivostih. To so na primer zavarovanja pred čakanjem na vrstni red na čakalni listi, za zdravljenje pri zdravnikih, ki niso vključeni v mrežo javne zdravstvene službe, za možnost izbire zdravnika za posamični poseg ter za boljši standard v bolnišnici.

Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje poznajo v Nemčiji, kjer imajo zaposleni s prihodki nad zakonsko določeno mejo (leta 2002 je meja za letni dohodek znašala 40.500 EUR²) možnost izbire ostati v javnem zdravstvenem zavarovanju ali skleniti nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje pri zasebni zdravstveni zavarovalnici. Prostovoljno zavarovanih je 9% vsega prebivalstva, vendar je ta odstotek zaradi možnosti izbire posameznika v upadanju. Predvsem starejši del prebivalstva se pogosteje odloča za vključitev v javno zavarovanje, saj so za njih prispevki v javnem zavarovanju nižji od premij prostovoljnega zavarovanja. Nadomestno zavarovanje je značilno tudi na Nizozemskem, kjer so osebe s prihodki nad zakonsko določeno višino (leta 2002 je višina letnega dohodka znašala 30.700 EUR³) izvzete iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V Španiji je nadomestno zavarovanje namenjeno javnim uslužbencem, ki jim predpisi onemogočajo redno zavarovanje. Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje je v manjši meri značilno še za Belgijo, Francijo in Irsko.

Avstrija v okviru prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja nudi zavarovanje za posebni razred, ki ga uvrščamo med dodatna zavarovanja. Zavarovanec na podlagi le-tega uveljavlja boljši standard pri bolnišničnem zdravljenju ter prosto izbiro specialista v tej bolnišnici. Dodatno zavarovanje krije razliko med ceno osnovnega in posebnega razreda ter strošek dodatnega honorarja, ki ga zavarovalnice izplačajo izbranemu specialistu. Zavarovanje za posebni razred lahko sklenejo vsi, ki so že vključeni v javno socialno zavarovanje.

Dopolnilna zdravstvena zavarovanja so značilna za tiste države, v katerih je v javnem sistemu zdravstvenega zavarovanja uveden režim doplačevanj. S sklenitvijo zavarovanja se posameznik zavaruje pred tveganjem morebitnega doplačila razlike med celotno vrednostjo opravljene zdravstvene storitve in delom, ki ga krije javno zdravstveno zavarovanje. Dopolnilna zdravstvena zavarovanja so najbolj razširjena v Belgiji, Franciji in Luksemburgu.

Vzporedna prostovoljna zdravstvena zavarovanja so poznana v Veliki Britaniji, kjer kljub vključenosti vsega prebivalstva v sistem nacionalne zdravstvene službe in možnostjo uveljavljanja vseh pravic v okviru javnih sredstev, prihaja zaradi omejenih možnosti zadovoljevanja potreb po zdravstvenih storitvah, ki so posledica restriktivnega financiranja, do dolgih čakalnih dob pri operativnih posegih. S sklenitvijo vzporednega zavarovanja si tako

² Busse Reinhard et al., 2002.

³ Busse Reinhard et al., 2002.

zavarovanci pridobijo časovno prednost, medtem ko kritje stroškov storitev prevzame zavarovalnica.

V Evropski uniji postavljajo jasno mejo med vzajemnim in privatnim zavarovanjem, ki temelji na profitnosti. Med vzajemna zavarovanja sodijo zavarovanja za doplačila ter zavarovanja za višji standard storitev. Zavarovanje za osebe, ki ne morejo biti vključene v javno zavarovanje in za pravice, ki jih to ne vključuje, pa predstavlja predmet profitnih zavarovanj. Posle vzajemnih zavarovanj smejo opravljati le tisti nosilci, ki so za takšno dejavnost tudi registrirani. Zavarovalnice, ki so registrirane kot profitne, pa lahko opravljajo prostovoljna zavarovanja, ki ne temeljijo na načelu vzajemnosti. Nosilci prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Evropi so razna združenja, zadruga, socialne bolniške blagajne, specializirane ali splošne zavarovalne družbe ter podjetja.

2.2 Primerjava slovenske ureditve z ureditvijo v državah Evropske unije

V večini članic unije vloga prostovoljnega zavarovanja ni naravnana v pokrivanje doplačil, temveč je predvsem usmerjena na zagotavljanje višjega standarda storitev ali dodatnih pravic, gre torej za nadstandardna zdravstvena zavarovanja. V Sloveniji pa prevladujejo zavarovanja za doplačila, medtem ko ostale oblike še niso dovolj razvite. To so področja, ki jih bo v prihodnje potrebno še razviti. Razmah prostovoljnih zavarovanj je močno odvisen od obsega pravic, ki ga zagotavlja obvezno zavarovanje. Ob preveč razvejani solidarnosti ni veliko prostora in ne interesa ljudi po prostovoljnih zavarovanjih, kar kaže na soodvisnost obeh področij in na nujno po jasni opredelitvi politike in strategije razvoja celotnega področja zdravstvenega zavarovanja.

Najpomembnejša razlika med prostovoljnimi zavarovanji v državah Evropske unije in slovensko ureditvijo je, da v tujini prostovoljna zdravstvena zavarovanja za doplačila običajno obravnavajo pod enakimi pogoji kot obvezno zavarovanje. Tako standarde, politiko oblikovanja cen storitev, postopke uveljavljanja pravic zavarovancev, načine plačevanja izvajalcem in celoten program obravnavajo kot nacionalno zdravstveno zavarovanje. To vključuje tako delovanje zavarovalnic kot tudi politiko parlamenta in vlade do tega področja. Pri sprejemanju zakonodaje posvečajo enako odgovornost tako področju obveznega kot tudi prostovoljnega zavarovanja. V Sloveniji pa je zakonodaja na področju prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja še vedno pomanjkljiva.

2.3 Možnost poenotenja trga zdravstvenih zavarovanj v EU

Kot sem že omenila v prvem poglavju, v državah Evropske unije obstajajo trije prevladujoči sistemi financiranja zdravstva. Prvi je javno financiranje preko splošnih davkov (Beveridgov model). Države s tem modelom financiranja zdravstvenega varstva so Finska, Grčija, Irska, Italija, Švedska, Španija, Velika Britanija, Danska in Portugalska. Zdravstveni sistemi omenjenih držav se financirajo tudi preko neposrednih plačil prebivalcev ter preko prostovoljnih zavarovanj. Drugi sistem financiranja zdravstva, ki je značilen tudi za Slovenijo, je javno financiranje, ki temelji na obveznem zdravstvenem zavarovanju (Bismarckov model). Tudi

sistemi držav s prevladujočim obveznim zdravstvenim zavarovanjem se dodatno financirajo z neposrednimi plačili, s prostovoljnim zavarovanjem in tudi z davki. Takšen model financiranja imajo še v Avstriji, Belgiji, Franciji, Nemčiji in Luksemburgu. Tretji model financiranja je financiranje iz zasebnih virov preko prostovoljnih zavarovanj, ki pa pokriva le manjši del, običajno premožnejših prebivalcev Evropske unije.

Znotraj opisanih treh osnovnih modelov zdravstvenega zavarovanja so med državami Evropske unije precejšnje razlike. Poskusi poenotenja so neuresničljivi in tudi niso predvideni v državah Evropske unije, saj so poleg pravno – sistemskih razlik, tudi velike razlike v gospodarskih možnostih članic, v razvitosti zdravstvene mreže, v ekonomski moči prebivalstva in njihovi osveščenosti o skrbi za zdravje itd.. Pričakovati je, da bo vsaka država poskušala obdržati svojo pravno ureditev, ki se nanaša na obvezno zavarovanje, in s tem v določenem delu tudi nekatere opredelitve, ki se nanašajo na področje prostovoljnih zavarovanj. Le-ta so v članicah unije tako obsežna in različna, da Evrope na tem področju ni mogoče označiti za enoten prostor in še manj za enoten trg. Na področju zdravstvenega varstva je le eno področje, kjer je realno pričakovati poenotenje, in to je področje pravic do nujnega zdravljenja v tujini oziroma v drugih državah članicah unije. Takšno stališče izhaja iz enega izmed temeljnih načel združevanja v Evropsko unijo, ki govori o prostem pretoku ljudi oziroma delovne sile, ki vključuje tudi njihove osnovne pravice s področja socialne varnosti.

3 SISTEM ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI

3.1 Zgodovinski pregled zdravstvenega zavarovanja

Slovenski sistem zdravstvenega varstva ima več kot stoletno tradicijo in pri razvoju socialne varnosti Slovenija ni zaostajala za drugimi evropskimi državami. Zdravstveno varstvo se je v Sloveniji razvijalo skladno z razvojem na geopolitičnem področju, ki mu je Slovenija pripadala. Do leta 1945 je bil za zdravstveno varstvo na področju Slovenije značilen Bismarckov model, med letoma 1945 in 1992 je deloval sistem nacionalnega zdravstvenega varstva, po letu 1992 pa je za Slovenijo ponovno značilen sistem zdravstvenega zavarovanja, ki temelji na obveznem zdravstvenem zavarovanju.

Sistem zdravstvenega zavarovanja se je pri nas začel razvijati sredi 19. stoletja z ustanavljanjem podpornih društev in društev za vzajemno pomoč. V Ljubljani tako že leta 1835 zasledimo društveno bolniško in podporno blagajno trgovskih in zdravstvenih uslužbencev. Razvoj se je nadaljeval v okviru Avstro-Ogrske monarhije, in sicer s sprejetjem Zakona o obveznem zavarovanju delavcev za nesrečo pri delu (1887) in z Zakonom o bolniškem zavarovanju delavcev (1888). V vseh večjih slovenskih mestih so se ustanovljale bolniške blagajne, ki so sprva zagotavljale predvsem delavčeve pravice do nadomestila plače zaradi odsotnosti z dela v času bolezni, kasneje pa tudi pravice do zdravstvenih storitev. V času kraljevine SHS je na področju Slovenije deloval dober sistem socialnega zavarovanja. Novi zakoni so poskušali poenotiti sistem socialnega zavarovanja in z njim zajeti čim večji krog upravičencev. Socialno

zavarovanje je zajemalo zavarovanje za primer bolezni, onemoglosti, starosti, smrti, nesreče in brezposelnosti. Sistem bolniških blagajn je z določenimi organizacijskimi in vsebinskimi spremembami deloval vse do druge svetovne vojne.

Po letu 1945 je bila pozornost usmerjena izgradnji socialne blaginje. Takratno socialno zavarovanje, ki so ga izvajali okrajni uradi, je vključevalo pokojninsko zavarovanje, invalidsko zavarovanje, zdravstveno zavarovanje in zavarovanje za porodniški dopust. V tem času kmetje, samozaposleni in obrtniki ter druge poklicne skupine niso bili zavarovani. Leta 1954 je prišlo do združitve panog socialnega zavarovanja s sprejetjem Zakona o zdravstvenem zavarovanju, leta 1957 je bil sprejet Zakon o pokojninskem zavarovanju ter leta 1958 še Zakon o invalidskem zavarovanju. Vzpostavila so se ločena zavarovanja za delavce, javne uslužbence, obrtnike, samozaposlene in leta 1972 še za kmete. Razvoj socialističnega političnega sistema je vplival tudi na upravljanje zdravstvenega varstva. Zdravstveni zavodi so postali last države, privatna praksa je bila prepovedana in vsi zdravniki so postali državni uslužbenci. Osnovno zdravstveno varstvo je bilo zagotovljeno v zdravstvenih domovih, ki so bili v lasti države in so vključevali splošno medicinsko dejavnost, pediatrično dejavnost, zdravstvene programe za šolske otroke in študente, medicino dela, specialistično dejavnost za pljučne bolezni, ginekologijo, zobozdravstvo in ostale podporne dejavnosti. Zdravstveno varstvo se je financiralo iz državnega proračuna. Uvedena je bila tudi participacija - doplačilo uporabnikov v fiksnem znesku k ceni zdravstvenih storitev, vendar je zaradi postopne oprostitve določenim kategorijam prebivalstva participacija izgubila ves pomen. Razvoj socialnega zavarovanja je bil usmerjen k ureditvi, ki bi vsem ljudem zagotavljala vse pravice s pomočjo najširše solidarnosti vseh drugih državljanov.

Problem take organiziranosti (sistem nacionalnega zdravstvenega varstva) je bila predvsem nepreglednost zdravstvene politike in slab nadzor nad porabo stroškov v zdravstvu ob nenadzorovani širitvi obsega pravic in preveč razraščeni administraciji.

Pomembno prelomnico v razvoju slovenskega zdravstvenega varstva predstavlja leto 1992, ko so bile z reformo sprejete bistvene sistemske spremembe zdravstvenega zavarovanja. Tedanji koncept nacionalnega zdravstvenega varstva je zamenjal sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga je izvajal takrat novoustanovljeni Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS).

3.2 Reforma zdravstvenega sistema leta 1992

Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva, v katerem je država zagotavljala vse pravice iz zdravstvenega varstva s pomočjo najširše solidarnosti vseh državljanov, je povzročil nezadržno širjenje uveljavljanja pravic. To je povzročilo neskladje med ekonomskimi zmožnostmi financiranja čedalje večjega obsega pravic, saj so bila za potrebe takšnega sistema na voljo le sredstva iz prispevkov, torej viri javnih sredstev.

Kljub nekaterim pozitivnim dosežkom nacionalnega sistema zdravstvenega varstva, ki so se odražali v sorazmerno visoki stopnji zdravstvene in socialne varnosti, v vključenosti celotnega prebivalstva v obvezno zdravstveno zavarovanje, v dobri razvejenosti mreže zdravstvenih zmogljivosti, v dobri dostopnosti do zdravstvenih storitev, v razviti zdravstveni preventivi in v organizaciji zdravstvene službe, ki je temeljila na načelih primarnega zdravstvenega varstva, je zaradi pomanjkljivosti in splošnih sprememb v družbi moralo priti do sprememb tudi na področju zdravstva.

3.2.1 Razlogi za reformo zdravstvenega sistema

Pomanjkljiva zakonodaja na področju zdravstvenega varstva in zavarovanja je povzročila širjenje denarnih pravic in pravic do zdravstvenih storitev, ki se jih samo z javnimi sredstvi ni moglo zagotoviti. Ker sistem ni imel ekonomskih spodbud za varčno in preudarno obnašanje izvajalcev ter uporabnikov zdravstvenih storitev, je bilo za finančno stabilnost sistema potrebno uvesti spremembe. Neučinkovitost in finančna neracionalnost se je pokazala tudi pri upravljanju sistema, ki je bilo sicer decentralizirano, vendar preveč razdrobljeno in premalo koordinirano med občinami in državo.

Z reformo leta 1992 so poskušali vzpostaviti sistem zdravstvenega varstva in zavarovanja, v katerem naj bi bilo področje zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenih storitev organizirano kot lahko dostopna, javna in nepridobitna dejavnost z opredeljeno odgovornostjo posameznika, delodajalca, zdravstvene službe in države. Glede na gospodarske možnosti države je bilo za ohranitev ravni zdravstvenih storitev potrebno pridobiti poleg javnih sredstev še druga dodatna sredstva, ki naj bi se zagotovila v okviru prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za storitve oziroma pravice, ki niso zagotovljene v okviru obveznega zdravstvenega sistema.

3.2.2 Novosti, ki so sledile reformi iz leta 1992

V okviru reforme je bila v marcu 1992 sprejeta nova zakonodaja za področje zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki je prinesla več novosti. Od sprejetih zdravstvenih zakonov je najpomembnejši Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), ki je uvedel posebno blagajno zunaj proračuna v obliki novoustanovljenega Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, javnega zavoda, ki izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje in omogoči prostovoljno zavarovanje v obliki dopolnilnega zavarovanja za doplačila.

Dotedanji koncept nacionalnega zdravstvenega varstva je bil opuščen, uvedlo se je obvezno zdravstveno zavarovanje za vse prebivalstvo Slovenije, ki temelji na načelih solidarnosti vseh zavarovanih oseb. Nova zakonska ureditev je predstavljala pozitiven premik na poti postopne modernizacije sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Zakon je uvedel dve obliki zdravstvenega zavarovanja, in sicer obvezno in prostovoljno. Osnovni namen take delitve je bil v tem, da bi se v določenem obsegu za pokrivanje potreb na področju uporabe zdravstvenih storitev razbremenilo javna sredstva ter v večji meri angažiralo osebna sredstva.

Uvedba obveznega zdravstvenega zavarovanja pomeni dolžnost vseh prebivalcev Republike Slovenije, da se zavarujejo za uveljavljanje zdravstvenih storitev v obsegu, ki je določen z zakonom. Plačilo prispevkov je vezano na dohodke zavarovancev, če pa oseba nima dohodka, zanjo plačuje prispevek država.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je bilo uvedeno za doplačila do polne cene zdravstvenih storitev, kar je nadomestilo plačevanje participacije v prejšnjem sistemu. Uvedli so tudi več oblik profitnih zavarovanj za kritje določenih specifičnih interesov posameznikov ter storitev v višjem razredu, kot je določeno v obveznem zdravstvenem zavarovanju.

Uvedba partnerskega modela v sistem zdravstvenega zavarovanja pomeni sodelovanje in dogovarjanje med predstavniki različnih področij oziroma interesov. Partnerji skupaj oblikujejo dogovore o programu zdravstvenih storitev in izhodiščih za njihovo uresničevanje, kar omogoča demokratični dialog med nosilci različnih interesov in zagotavlja večjo koordinacijo pri upravljanju programa zdravstvenih storitev.

3.3 Sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji

3.3.1 Zakonska podlaga sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji

Sprejeta zakonodaja, ki opredeljuje sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, poleg najpomembnejšega zakona, Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, obsega še Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o lekarniški dejavnosti, Zakon o javnih zavodih ter še kasneje sprejeta zakona, Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih ter Zakon o prispevkih za socialno varnost.

3.3.1.1 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Zakon, ki je bil sprejet leta 1992, poleg načel zdravstvenega varstva, ureja tudi zdravstveno zavarovanje. Z uzakonitvijo zdravstvenega zavarovanja se je v Sloveniji določil poseben način financiranja in upravljanja s tem področjem. Sistem zdravstvenega zavarovanja se financira z namenskimi sredstvi, zbranimi s prispevki delodajalcev, delojemalcev in drugih zavezancev, s katerimi upravljajo njihovi izvoljeni predstavniki.

Sprejet zakon je porazdelil odgovornost za zdravje med posameznika, državo in širšo družbo. Država načrtuje zdravstveno varstvo, sprejema predpise in ukrepe za krepitev zdravstvenega stanja in varovanja zdravja, zdravstveno osvešča prebivalce ter zagotavlja proračunska sredstva za določene namene. Posameznik je poleg večje skrbi in odgovornosti za svoje zdravje zavezan tudi k plačilu prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. Delodajalci so odgovorni za izvrševanje predpisov s področja varstva pri delu ter ostalih aktivnosti za utrjevanje zdravstvenega zavarovanja delojemalcev.

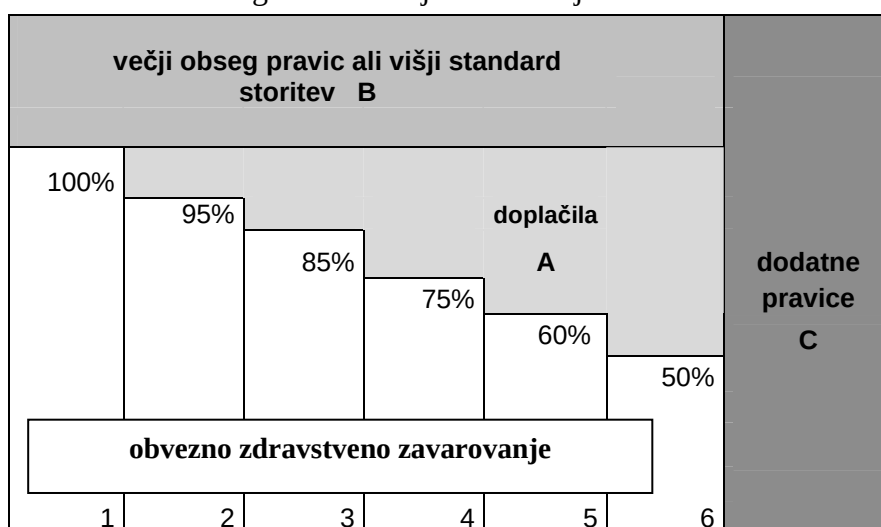
Na podlagi zakona je bil 01. 03. 1992 ustanovljen ZZZS, ki izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje, do 31. 09. 1999 pa je izvajal tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Izvajanje slednjega se je takrat preneslo na zdravstveno zavarovalnico Vzajemno, d. v. z. Zakon določa tudi vire sredstev, obseg in pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter pogoje za izvajanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

3.3.2 Struktura sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji

Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji je sestavljeno iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Pravice iz obveznega zavarovanja so skladno s 23. členom ZZVZZ razporejene v šest skupin. Za vse, razen za prvo skupino pravic, kjer stroške v celoti krije obvezno zavarovanje, je za preostalih pet predpisano, kakšen odstotek stroškov mora plačati pacient sam (doplačila A), če se zanje dodatno ne zavaruje.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki ga sklene posameznik v izogib neposrednim doplačilom za opravljene zdravstvene storitve, predstavljajo na Sliki 1 poleg področja A še področji B in C. Zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard storitev (področje B) zagotavlja plačilo stroškov kakovostnejšega bivanja in oskrbe med zdravljenjem v bolnišnici ali zdravilišču ter pravico do povračila stroškov zahtevnejših medicinsko-tehničnih pripomočkov, materialov ter zdravil, ki niso razvrščena na pozitivno ali vmesno listo. S sklenitvijo zavarovanja za dodatne pravice (področje C) lahko zavarovanec uveljavlja zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti pri zdravniku, ki ni njegov osebni zdravnik. Zavarovanje daje tudi možnost uveljavljanja ambulantno-specialističnih storitev v samoplačniških ambulantah ali zdravstvenih ustanovah, ki niso v javni mreži, vključno z vsemi registriranimi zdravili, ne glede na njihovo razporeditev na listo.

Slika 1: Struktura zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji



Vir: Prostovoljna zdravstvena zavarovanja, Adriatic, 2005, str 10.

Dopolnilno zavarovanje (področje A) skupaj s pravicami iz obveznega zavarovanja predstavlja osnovni standard, zavarovanja iz področij B in C pa sodijo med nadstandardna zavarovanja.

Število zavarovancev po posameznih področjih v strukturi zdravstvenega zavarovanja je glede na standard, ki ga določeno področje v celotni strukturi predstavlja pričakovano.

Leta 2004 je obvezno zdravstveno zavarovanje imelo urejeno 1.948.343 državljanov Slovenije, kar predstavlja 99% vseh državljanov Slovenije (Podatki ZZZS, 2005, str. 2). Zanimljiv delež slovenskih državljanov, ki nimajo urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja, je posledica neurejenega statusa zavarovane osebe v določenem časovnem obdobju ter visoke fluktuacije na področju urejanja obveznega zdravstvenega zavarovanja. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje oziroma zavarovanje za doplačila (področje A) je v letu 2003 imelo sklenjeno 1.392.381 zavarovancev, medtem ko pa je zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard storitev (področje B) ter za dodatne pravice (področje C) imelo le 41.468 zavarovancev (Poročilo Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2003, 2004, str. 8).

3.3.3 Obvezno zdravstveno zavarovanje

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije kot nosilec in izvajalec obveznega zavarovanja zagotavlja učinkovito zbiranje in razdeljevanje javnih sredstev za pravično in kakovostno uresničevanje pravic vseh zavarovancev.

Zavarovane osebe obveznega zdravstvenega zavarovanja so vsi zavezanci za prispevke in njihovi družinski člani. Zavarovanci, delodajalci in osebe, ki opravljajo pridobitno gospodarsko, kmetijsko ali športno dejavnost, so dolžni plačevati Zavodu prispevek za obvezno zavarovanje. Občina ali država plačujeta prispevke za osebe, ki se ne ukvarjajo s pridobitno dejavnostjo in nimajo lastnih dohodkov, kot na primer prejemniki socialnih pomoči. Med zavarovanci so tudi upokojenci, ki jim prispevke plačuje Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (v nadaljevanju ZPIZ). Za nezaposlene osebe, ki prejemajo v času brezposelnosti ustrezno nadomestilo, plačuje prispevke Zavod za zaposlovanje. Prispevki se plačujejo od osnov, določenih z zakonom, po predpisanih proporcionalnih stopnjah ali v pavšalnih zneskih.

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, kar pomeni, da obvezno zdravstveno zavarovanje sicer pokriva večino zdravstvenih tveganj, vendar ne pokriva vseh tudi v celoti. Zavarovane osebe morajo razliko do polne cene plačati iz lastnih sredstev, lahko pa se za doplačilo tudi dodatno zavarujejo. Zakon določa, da so zdravstvene storitve, opravljene nekaterim kategorijam zavarovanih oseb (otroci, šolarji, mladina do 18. leta, študentje) in pri nekaterih bolezenskih stanjih (rak, sladkorna bolezen, multipla skleroza) v celoti zagotovljene iz obveznega zavarovanja. Ostale storitve so sicer krite in zagotovljene v obveznem zavarovanju, vendar le v določenem odstotnem deležu njihove cene.

Odstotki vrednosti storitev, ki štejejo v obvezno zdravstveno zavarovanje, se spreminjajo na podlagi zakonskih usmeritev. Določa jih skupščina Zavoda v soglasju z Vlado Republike

Slovenije, zakon pa določa njihovo spodnjo mejo, torej najnižji odstotek, ki ga mora zagotoviti obvezno zavarovanje pri posameznih skupinah storitev.

Zdravstveno zavarovanje torej zagotavlja zavarovancem dve skupini pravic, in sicer pravice do zdravstvenih storitev in pravice do denarnih prejemkov (ZZVZZ, 1992):

- Do zdravstvenih storitev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja so upravičene vse zavarovane osebe in med njimi ni razlik. Med tovrstne storitve sodijo preventivni pregledi in storitve, storitve zdravljenja na primarni, sekundarni in terciarni ravni, zdravljenje in nega na domu ter v posebnih socialnih zavodih in domovih za starejše, prevozi z reševalnimi vozili, zdravila, uvrščena na listo, in medicinski pripomočki.
- Druga skupina pravic so pravice do nekaterih denarnih prejemkov. To so nadomestila plače za čas zadržanosti od dela iz bolezenskih razlogov, povračila potnih stroškov, pogrebne in posmrtnine. Do nadomestila plače so po zakonu upravičeni le zaposleni in kmetje, ki plačujejo poseben prispevek, do ostalih denarnih prejemkov pa tudi druge skupine zavarovanih oseb.

Zavarovane osebe lahko uveljavljajo pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v vseh zavodih oziroma pri vseh zdravnikih, ki delujejo v okviru mreže javne zdravstvene službe. Na osnovi koncesij so v mrežo javne zdravstvene službe enakopravno vključeni javni zdravstveni in drugi zavodi ter zasebni zdravniki in drugi zasebniki.

3.3.4 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Nova zakonodaja iz leta 1992 je poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja uvedla tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Dejansko pa je bilo prostovoljno zdravstveno zavarovanje uveljavljeno s prvim januarjem 1993, ko je bila odpravljena participacija kot oblika neposrednega doplačila zavarovancev ob uveljavljanju zdravstvenih storitev.

V Sloveniji so z zakonom uvedli naslednje oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Splošni in posebni pogoji za prostovoljna zdravstvena zavarovanja, 1995, str. 1-26):

- Zavarovanje za doplačilo do polne vrednosti storitev.

Pri zavarovanju za doplačila oziroma dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju gre za zavarovanje, ki je vezano na obvezno zdravstveno zavarovanje in tudi vsebinsko sodi vanj. Na Sliki 1 (glej str. 13) je to zavarovanje označeno s področjem doplačil A. Zavarovanec se zavaruje za plačilo razlike med vrednostjo zdravstvenih storitev, zdravil in pripomočkov, ki jih zavarovancu pokriva obvezno zavarovanje in polno vrednostjo teh zdravstvenih storitev, zdravil in pripomočkov, ki je določena s pogodbo med izvajalcem in Zavodom. Ta oblika zavarovanja zavarovancem torej ne prinaša novih oziroma dodatnih pravic, gre le za to, da mora del vrednosti

cene ali storitev, ki jih ne krije obvezno zavarovanje, plačati koristnik sam, če v ta namen ni prostovoljno zdravstveno zavarovan za razliko do polne vrednosti storitev.

- Zavarovanje za večji obseg pravic ter za višji standard storitev.

Za izvajanje zavarovanja za večji obseg pravic ter za višji standard storitev morata biti jasno opredeljena obseg in standard zdravstvenega varstva iz obveznega dela. To obliko zavarovanja označujemo kot nadstandardno (področje B na Sliki 1 na str. 13), saj omogoča zavarovanim osebam na primer bivanje v enoposteljnih sobah, dodatno in boljšo postrežbo v času zdravljenja, dobijo pa lahko tudi zdravila z negativne liste, predpisana na recept, ter tudi zahtevnejše pripomočke, ki niso pravica obveznega zavarovanja.

- Zavarovanje za dodatne pravice, ki niso predmet obveznega zavarovanja.

Omenjena oblika zavarovanja za ljudi ni najbolj privlačna, predvsem zato, ker so osnovne zdravstvene pravice dostojno zagotovljene že v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovanje za dodatne pravice (področje C na Sliki 1 na str. 13) pa predstavlja predvsem zavarovanje za posebne primere, kot so zdraviliško zdravljenje, zavarovanje v tujini ter pomoč na domu, zavarovanje za dnevno odškodnino, kjer se zavaruje izguba dela plače zavarovanca v času prejemanja nadomestila iz obveznega zavarovanja.

- Zavarovanje za osebe, ki po zakonu ne morejo pridobiti lastnosti zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju.

Sklenitelji takšnega zavarovanja (to so tujci, ki bivajo v RS organizirano zaradi sodelovanja na kulturnih ali športnih prireditvah, tuji študenti v času opravljanja študentske prakse, tuje osebe, ki sodelujejo z našimi pravnimi osebami na podlagi pogodb o mednarodnem sodelovanju, ter tujci na začasnem delu pri nas) se lahko vključijo v obvezno zavarovanje (VOZ A, VOZ B, VOZ S) ali pa se lahko vključijo v obvezno zavarovanje za zobozdravstvo (VOZ C), ki omogoča pridobitev pravic o zdravstvenih storitvah iz obveznega dela z izjemo pravic do zdravil, pripomočkov, denarnih nadomestil v času zadržanosti z dela, pogrebnin ter posmrtnin.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje se lahko izvaja na dva različna načina, in sicer na podlagi vzajemnosti ali pa kot profitna dejavnost. Pri vzajemnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih vsi zavarovanci plačujejo enako nediferencirano premijo, pri čemer mlajše generacije trošijo relativno malo, starejše pa bistveno več. Izravnava je zagotovljena z medgeneracijsko vzajemnostjo. Pri profitno usmerjenih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih pa se posamezniku obračuna zavarovalna premija, ki upošteva individualne lastnosti zavarovanca.

Glavna ponudnika prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji sta Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., ki je z izvajanjem začela leta 1999 in Zavarovalna družba Adriatic, d.d., ki prostovoljna zdravstvena zavarovanja trži od leta 1993. V drugi polovici leta 2004 pa je na trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj poleg Vzajemne in Adriatica vstopila še zavarovalna družba Triglav.

Od leta 1999 zavarovane osebe uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev iz naslova prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja izkazujejo s kartico zdravstvenega zavarovanja. Zdravstveno kartico izdaja Zavod in predstavlja elektronski osebni dokument, ki ga prejmejo vsi z urejenim obveznim in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem v Sloveniji. Kartica omogoča potrjevanje veljavnosti zavarovanja na samopostrežnih terminalih ter neposreden prenos podatkov med zavarovancem, zavarovalnico in zdravstvenimi ustanovami.

3.3.5 Financiranje zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji

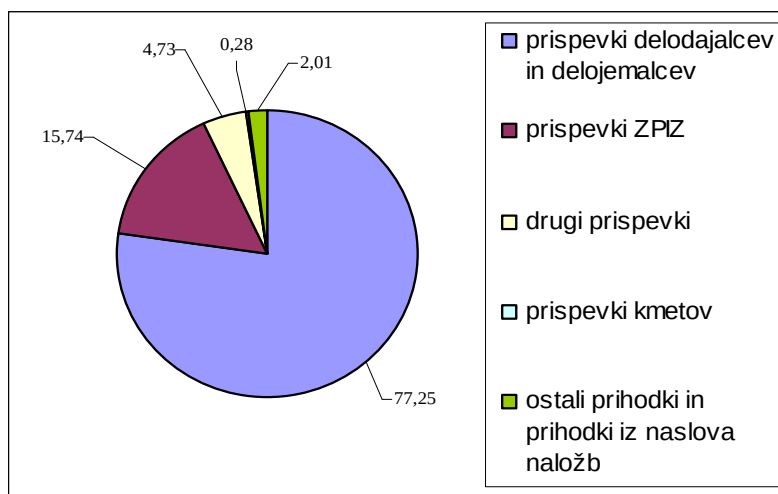
V Sloveniji se zdravstveno zavarovanje financira iz javnih in zasebnih sredstev, zato lahko financiranje zdravstvenega zavarovanja razdelimo na dva dela. Med javne vire sredstev zdravstvenih zavarovanj uvrščamo sredstva, zbrana s prispevki obveznega zdravstvenega zavarovanja ter proračunska sredstva države in občin. Med zasebne vire za financiranje zdravstva pa uvrščamo sredstva zbrana s premijami prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ter v manjši meri tudi neposredna plačila prebivalcev.

Sredstva za obvezno zdravstveno zavarovanje se zbirajo v obliki prispevkov delodajalcev, delojemalcev in drugih zavezancev, ki jih določa zakon po predpisani proporcionalni stopnji ali v obliki pavšalnih prispevkov za ostale kategorije zavarovancev (npr.: tujci, ki se izobražujejo v RS plačujejo mesečni pavšalni prispevek v višini 20.700 SIT, 4.810 SIT pavšalnega prispevka mesečno plačuje država za osebe, ki prejemajo stalno denarno pomoč, 610 SIT mesečnega pavšalnega prispevka plačuje pravna oseba za učence in študente pri opravljanju delovne prakse). Aktivni zavarovanci so za zavarovanje v primeru bolezni in poškodb dolžni plačevati 6,36% od bruto plače, delodajalci pa poleg 6,56% plačujejo še prispevek za poškodbe pri delu, ki znaša 0,53% od bruto plače. Za upokojence plačuje prispevke s prispevno stopnjo 5,96% ZPIZ, za začasno nezaposlene plačuje 12,92% prispevno stopnjo Zavod za zaposlovanje, za državljane, ki nimajo nobenih sredstev in nikogar, ki bi ga bil dolžan preživljati, prispevke plačuje država oziroma občina.

V letu 2004 so bili celotni prihodki ZZZS-ja realizirani v višini 396.183 milijonov tolarjev. Večji del prihodkov (98%) predstavljajo prihodki od plačanih prispevkov za socialno varnost, od tega je 81,2% ali 315.156 milijonov tolarjev od neposredno vplačanih prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje in 18,8% ali 73.095 milijonov tolarjev transfernih prihodkov (vplačani prispevki ZPIZ, Zavoda za zaposlovanje, občin in države). Preostala 2% realiziranih prihodkov predstavljajo prihodki od naložb in ostali prihodki (Poročilo ZZZS za leto 2004, str. 59).

V strukturi prihodkov po kategorijah zavezancev za plačilo prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavljajo največji del prispevki delodajalcev in delojemalcev (77,25%), sledijo prispevki ZPIZ za upokojence (15,74%), drugi prispevki (4,73%), prispevki kmetov (0,28%) ter ostali prihodki in prihodki iz naslova naložb (2,01%) (Poročilo ZZZS za leto 2004, str. 59).

Slika 2: Struktura prihodkov po kategorijah zavezancev za plačilo prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja in drugi prihodki v letu 2004.



Vir: Poročilo ZZZS za leto 2004, str. 59.

Sredstva za prostovoljno zdravstveno zavarovanje zberejo zavarovalnice z vplačilom premij prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki jih plačujejo zavarovanci. Premije se določajo za vsako poslovno leto posebej in vnaprej. Njihova višina se uravnava po višini izplačanih zavarovalnin. Kot sem že omenila, pri nas možnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja omogočajo tri zavarovalnice, in sicer Adriatic, Vzajemna in Triglav. Zbrana sredstva na podlagi vplačanih premij se med njimi razlikujejo, kar je glede na čas obstoja na trgu in število zavarovancev posamezne zavarovalnice tudi pričakovano. Zavarovalna družba Adriatic, d.d. je v letu 2004 zbrala 12,6 milijarde SIT premij ter izplačala 8,1 milijarde škod iz naslova zdravstvenih zavarovanj (Adriatic, 2005). Zavarovanci Vzajemne, d.v.z. so v letu 2004 vplačali za 56,6 milijarde SIT premij iz naslova prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Odhodki zavarovalnice pa so v lanskem letu znašali 58,9 milijarde SIT (Poslovno poročilo Vzajemne za leto 2004, str. 21).

Tabela 1: Ocena izdatkov za zdravstvo v Sloveniji 2000-2004 v tekočih cenah in v odstotku od BDP-ja

	2000		2001		2002		2003		2004	
	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP
OBVEZN. ZDR. ZAV.	270,40	6,70	313,42	6,86	349,20	6,62	378,87	6,59	405,97	6,55
PROR. SRED. DRŽAVE	6,73	0,16	8,92	0,20	14,15	0,26	15,94	0,28	14,77	0,24
PRORAČUN OBČIN	3,33	0,08	3,35	0,07	3,66	0,07	3,78	0,07	3,06	0,05
Javni izdatki skupaj (2)	280,46	6,95	325,69	7,13	367,01	6,96	398,59	6,94	423,80	6,84
PROSTO. ZDR. ZAV.	46,43	1,15	54,37	1,19	59,40	1,13	64,18	1,12	66,90	1,08
Vzajemna	41,66	1,03	48,00	1,05	52,54	1,00	56,94	0,99	58,99	0,95
Adriatic	4,77	0,12	6,37	0,14	5,86	0,13	7,24	0,13	7,91	0,13
Druga zasebna sredstva	32,28	0,80	36,53	0,80	40,93	0,78	43,22	0,75	43,35	0,70
Skupaj zasebna sredstva (1)	78,71	1,95	90,90	1,99	100,33	1,90	107,40	1,87	110,25	1,78
Skupaj 1+2	359,17	8,90	416,59	9,12	467,34	8,86	505,99	8,80	534,05	8,62
BDP	4.035,50		4.566,19		5.275,83		5.747,17		6.194,50	

Vir: Poročilo ZZZS za leto 2004, str. 14.

Na osnovi podatkov iz Tabele 1 lahko ocenimo, da so v letu 2004 celotni izdatki za zdravstveno varstvo v Sloveniji znašali 534,05 milijarde tolarjev ali 8,62% BDP. Javnih izdatkov za zdravstveno varstvo je bilo 423,8 milijarde tolarjev ali 6,84% BDP, od tega so sredstva za obvezno zdravstveno zavarovanje predstavljala 6,55% BDP ali 405,97 milijarde tolarjev. Zasebnih izdatkov je bilo skupno za 110,25 milijard SIT, od česar so predstavljala sredstva zavarovalnic za prostovoljno zavarovanje 66,90 milijard SIT ter neposredna plačila 43,35 milijard SIT. Celotne izdatke za zdravstvo sestavlja 80% javnih in 20% zasebnih izdatkov. (Poročilo ZZS za leto 2004, str. 14.).

Kriza zdravstvenega sistema se iz leta v leto pogloblja, deficit v javni zdravstveni blagajni je zaradi vpliva medicinske tehnologije in demografskih sprememb vsako leto večji. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije že peto leto zapored posluje s primanjkljajem, v letu 2004 je beležil 9,7 milijard tolarjev izgube, le-ta naj bi po napovedih leta 2007 dosegla že četrtno letnega proračuna. Naštete vplive je moč zaznati tudi pri zavarovalnicah, ki izvajajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, saj višine škod zdravstvenih storitev, ki jih zavarovalnice izplačujejo, naraščajo. Zbrane premije zavarovancev ne zadoščajo več za kritje škod zdravstvenih storitev. Najbolj je tem vplivom izpostavljena Vzajemna, ki ima v portfelju 1.129.000 zavarovancev, ter kar 95% vseh prebivalcev Slovenije, ki so starejši od 50 let. V zavarovalnici so za sledenju višanju škod in ohranjanju kapitalske ustreznosti zavarovalnice prisiljeni zviševati premije določenim kategorijam zavarovancev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Medtem ko pa se pri Adriaticu s pretežno mlajšimi zavarovanci za povišanje premij še niso odločili. Izravnalne sheme so edina rešitev, ki zagotavljajo z uvedbo enotne premije za vse kategorije zavarovancev pri isti zavarovalnici dostopno dopolnilno zdravstveno zavarovanje za vse in hkrati s prenosom sredstev iz zavarovalnice z ugodno starostno strukturo portfelja v zavarovalnico z manj ugodno starostno strukturo portfelja tudi uspešno poslovanje slednjih.

Slovenija se tako ukvarja z vedno večjimi težavami pri zagotavljanju sredstev za izvedbo zdravstvenih programov. Slovenija je za ohranitev stabilnosti zdravstvenega sistema prisiljena razmisliti, koliko javnih sredstev, zbranih s prispevki, zmore nameniti zdravstvu in na kakšen način v sistem pritegniti zasebna sredstva in kako razpoložljiva sredstva razporediti, da bi dolgoročno zagotovila dobro ter dostopno zdravstveno varstvo za vse prebivalstvo.

3.4 Zdravstvena reforma - Bela knjiga leta 2003

V letu 2003 je Ministrstvo za zdravje pripravilo predlog zdravstvene reforme, njen namen je bil zmanjšati razkorak med povečanimi pričakovanji državljanov in omejenimi možnostmi glede sredstev in zmogljivosti ter omogočiti državljanom univerzalen in pravičen dostop do čim boljše zdravstvene oskrbe. Minister je s strokovnjaki in svetovalci za določena področja predstavil in zapisal oceno stanja v zdravstvu, vrednote, na katerih temelji reforma, ter cilje v tako imenovani Beli knjigi. Večji del le-te je bil namenjen temeljiti spremembi sistema zdravstvenega zavarovanja.

Glavni razlogi naraščajočih stroškov v zdravstvu so hiter napredek medicinske znanosti in tehnologije ter večja zdravstvena osveščenost ljudi glede ohranjanja in krepitev zdravja. Poleg staranja populacije, ki v večjem obsegu kot mlajša populacija koristi in potrebuje zdravstveno varstvo, saj so njeni stroški tudi do šestkrat višji kot pri mlajši populaciji, je razlog naraščajočih stroškov tudi naraščanje števila kroničnih bolnikov ter podaljševanje njihove življenjske dobe zaradi uspešnejše zdravstvene oskrbe (Košir et al., 2000, str 36). Našteti razlogi tako povečujejo povprečne stroške na zavarovanca, kar se odraža tudi v višini škodnih zahtevkov zavarovalnic. Omenjen pojav je poznan pod pojmom tako imenovane medicinske inflacije.

Prebivalci pričakujejo ohranjanje solidarnosti, boljšo dostopnost, nove programe, večjo možnost izbire, boljšo odzivnost izvajalcev ter večjo kakovost in večjo soudeležbo pri odločanju. Reforma, zapisana v Beli knjigi, je bila torej odraz problemov, ki so posledica demografskih, socialnih, ekonomskih, političnih in zdravstvenih sprememb, s katerimi se poleg ostalih držav sveta sooča tudi Slovenija.

3.4.1 Vrednote in cilji Bele knjige

Cilji zdravstvene reforme v Sloveniji so temeljili na štirih sklopih vrednot, in sicer : pravičnost, dostopnost, kakovost in učinkovitost. Iz njih izvira šest glavnih ciljev reforme (Keber, 2003, str. 46):

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

Za izpolnitev cilja pravičnosti pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo je bil osrednji namen zdravstvene reforme ukinitve doplačil v obveznem zdravstvenem zavarovanju, kar bi odpravilo podlago za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, kot ga poznamo sedaj. Uvedba novega zdravstvenega prispevka pa naj bi nadomestila izpad premij dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. V okviru reforme so zato predlagali razvoj prostovoljnih dodatnih zdravstvenih zavarovanj, kot jih poznajo v Evropi, vendar zanje niso predstavili možnega razvoja in uvedbe le-teh na slovenskem trgu.

3.4.2 Kritike in odzivi na Belo knjigo

Za uspešno izpeljavo reforme socialne zaščite oziroma socialne varnosti je potrebna široka družbena podpora ali vsaj podpora tistih skupin, ki jih reforma neposredno zadeva. Pri zdravstveni reformi bi bila potrebna podpora skupine aktivnih zavarovancev, skupine

uporabnikov, ustrezne socialne institucije ter podpora izvajalcev zdravstvene oskrbe. Do predloga zdravstvene reforme so se odzvali kritično tako ekonomisti kot tudi nova vlada.

3.4.2.1 Kritike ekonomistov

Bela knjiga je bila pisana z negativnim stališčem do ekonomike in ekonomske logike, saj so ekonomisti in njihova stališča v Beli knjigi omenjeni kot nekakšna ovira za večjo pravičnost in učinkovitost javnega sektorja v zdravstvu. Avtorji reforme so izhajali iz trditve, da je zdravstveni trg zelo specifičen, saj zanj ne veljajo klasični ekonomski zakoni. Ekonomisti se strinjajo, da v zdravstvu zaradi določenih razlogov ne deluje konkurenčni trg, kot ga zahteva ekonomska teorija, ni pa to razlog za neveljavo ekonomskih zakonitosti v zdravstvu. Kranjec (2003, str. 43) pravi, da je zdravstvo specifično v odnosu do trga in ekonomike zato, ker je zanj značilna velika negotovost glede nastopa bolezni, poteka zdravljenja, stroškov, delovanja zdravil in drugih faktorjev. Razlogi, da v takšnih razmerah ni ustreznih informacij, ki so potrebne za delovanje trga, tako da je na področju izvajanja (ponudbe zdravstvenih storitev) kot na področju financiranja težko organizirati trg, ki bi vodil do teoretično učinkovite alokacije, so informacijska asimetrija, eksterni učinki in problem pravičnosti.

Zaradi večjih zahtev po povečanju učinkovitosti, kakovosti in odgovornosti za skrbno ravnanje z viri v javnem sektorju obstaja tendenca od državnega upravljanja javnih podjetij k njihovem reguliranju. Zagovornik slednjega je Tajnikar (Tajnikar, 2003, str. 29), saj je po njegovem potrebno javnim zavodom omogočiti vsaj delne privatizacije in spreminjanje v javna podjetja z mešano lastnino ter njihovo reorganiziranje v smeri ustanavljanja podjetniških oblik, s katerimi lahko tudi javna podjetja nastopajo na trgu storitev. Vedno pomembnejša bo konkurenca, zato se bodo morali javni zavodi in javna podjetja sčasoma spopasti tudi z zasebnimi podjetji zdravstvenega varstva. Vstop zasebnih investitorjev v sistem zdravstvenega varstva omogoča tudi povečanje zmogljivosti na strani izvajalcev s pomočjo zasebnih sredstev in bolj prilagojeno obliko zavarovalniške pomoči posameznikom na strani povpraševanja po dobrinah zdravstvenega varstva.

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

3.4.2.2 Odziv nove vlade

Naraščanje stroškov v zdravstvu, neizpeljana zdravstvena reforma, zapisana v Beli knjigi, pomanjkanje zdravnikov, dolge čakalne dobe in slabi odnosi so samo nekatere od težav slovenskega zdravstvenega sistema, s katerimi se bo moral v svojem mandatu ukvarjati nov minister za zdravstvo dr. Andrej Bručan.

Minister je ob prevzemu mandata jeseni 2004 že najavil nujne radikalne spremembe v osnovni zdravstveni dejavnosti. Kot največji problem v slovenskem zdravstvenem sistemu je izpostavil neorganiziranost mreže osnovnega zdravstva, kar vpliva tudi na slabe odnose med ministrstvom in izvajalci v zdravstveni dejavnosti.

Na resorju za zdravstvo se zavedajo, da je reforma v slovenskem zdravstvu nujna, zato bodo na ministrstvu pripravili kratkoročni, srednjeročni in dolgoročni program zdravstva do leta 2013 ter pripravili ustrezne spremembe zakonodaje na področju zdravstva. Uvesti želijo pospešeno privatizacijo osnovne (primarne) ravni zdravstvene dejavnosti, torej privatizacijo zdravstvenih domov ter na dolgi rok tudi privatizacijo nekaterih bolnišnic. Novosti se obetajo tudi na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kjer bodo poskušali poiskati rešitev za 100.000 brezposelnih oziroma socialno šibkih, ki so nezmožni plačevanja premij dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Finančni položaj v zdravstvenem sistemu bodo poskušali izboljšati tudi s spodbujanjem nadstandardnih zavarovanj v segmentu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Zavzemali se bodo za čimprejšnje sprejetje zakonodaje, ki bo uredila izravnalne sheme, na podlagi katerih se bodo poenotili pogoji za vse zavarovalnice na trgu in obenem omogočili enak dostop do dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za vse ljudi.

4 PONUDBA PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V SLOVENIJI

Sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji daje obvezno zavarovanim osebam možnost, da se po lastni presoji še prostovoljno zdravstveno zavarujejo in se s tem izognejo neposrednim doplačilom za opravljene zdravstvene storitve. Oblike zavarovanj, za katere se posameznik lahko prostovoljno zdravstveno zavaruje, so predstavljene na Sliki 1 (glej str. 13). Na slovenskem trgu omenjene oblike prostovoljnih zavarovanj tržijo pri Vzajemni, Adriaticu in Triglavu. Vsi trije ponudniki poleg zavarovanj, ki sodijo v področja A, B in C glede na strukturo zdravstvenega zavarovanja s Slike 1, omogočajo tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje v tujini. Da bi se izognili plačilu visokih stroškov, povezanih z zdravstvenimi storitvami v državah, s katerimi Slovenija nima sklenjene meddržavne pogodbe, oziroma da bi imeli možnost iskati pomoč v zasebnih, praviloma kvalitetnejših in dražjih zdravstvenih ustanovah, lahko sklenemo prostovoljno zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco. Zato bom v predstavitev ponudbe prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj vseh treh zavarovalnic vključila tudi zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco.

4.1 Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, družba za vzajemna zavarovanja je 1. novembra 1999 prevzela izvajanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in takrat postala samostojni pravni subjekt. Danes je Vzajemna zdravstvena zavarovalnica z 81 % tržnim deležem pri prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih in več kot 1.129.000 zavarovanci prva in največja specializirana zdravstvena zavarovalnica za prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Sloveniji (Letno poročilo Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2004, 2005, str. 7).

Vzajemna pri svojem poslovanju sledi poslovnim načelom neprofitnosti, vzajemnosti ter medgeneracijski izravnavi stroškov. Neprofitnost se kaže v izključnem zadovoljevanju interesov zavarovancev in ne v ustvarjanju dobička, saj družba vse presežke namenja članom v obliki bonusov ali povečanih varnostnih rezerv, ki zagotavljajo stabilno poslovanje in dolgoročno zdravstveno varstvo članov. Najpomembnejše načelo, ki predstavlja temelj odnosov v Vzajemni, je vzajemnost. Načelo vzajemnosti pomeni, da vsi zavarovanci, ki so hkrati tudi člani družbe, prispevajo približno enak znesek za kritje stroškov zdravstvenih storitev ne glede na osebno tveganje, ki ga predstavljajo, in ne glede na njihov finančni položaj. Z medgeneracijsko izmenjavo stroškov si zavarovanci Vzajemne izravnajo različne stopnje tveganja, ki nastajajo pri različnih rizičnih skupinah. S tem sta zagotovljeni dolgoročna in socialna varnost tudi v zrelem življenjskem obdobju, ko stroški za zdravstvene storitve presegajo finančne zmožnosti zavarovancev. Medgeneracijski sporazum starejšim članom omogoča nižje premije od aktuarsko izračunanih, razliko pa prevzamejo mlajši člani.

Zavarovalnica kot družba za vzajemna zavarovanja z izpolnjevanjem poslovnih načel poslovanja hkrati izpolnjuje tudi načela vzajemnih organizacij, kot so nedobičkonosni cilji, prost vstop v članstvo ter odsotnost deležev družbe.

Vzajemna v okviru zavarovalne vrste zdravstvenih zavarovanj trži naslednje oblike prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj:

- Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila,
- Prostovoljna zdravstvena zavarovanja za večji obseg pravic,
 - Nadstandardno zavarovanje A (NSA),
 - Nadstandardno zavarovanje B (NSB),
- Zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini (TAS),
- Vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje pod različnimi pogoji (VOZ).

▪ Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila

Vzajemna, d. v. z. na podlagi sklenjenega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (področje A na Sliki 1) zavarovani osebi plačuje stroške doplačil zdravstvenih storitev na področju vseh zdravstvenih dejavnosti, vključno s storitvami nastanitve in prehrane v bolnišnici ali zdravilišču,

vseh zdravil s pozitivne in vmesne liste, predpisanih na recept, nenujnih reševalnih prevozov, zdravstvenih pripomočkov, ortopedskih, slušnih, očesnih, ortodontskih in drugih tehničnih pripomočkov ter zobnoprostetičnih nadomestkov. Višina premije je odvisna od vstopne starosti zavarovanca, ki se določi ob sklenitvi zavarovanja. Mesečna premija za najnižji starostni razred do 27 let znaša 3.374 SIT, za starostni razred nad 60 let pa 4.874 SIT.

- **Prostovoljna zdravstvena zavarovanje za večji obseg pravic**

Vzajemna v okviru svoje ponudbe ponuja tudi prostovoljna zdravstvena zavarovanja za večji obseg pravic ali višji standard storitev, ki zavarovancem zagotavljajo večji obseg storitev, kot jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje.

Nadstandard A zavarovancem omogoča uveljavljanje pravic, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar na višji kakovostni ravni oziroma v večjem obsegu. To zavarovanje zagotavlja plačilo stroškov kakovostnejšega bivanja in oskrbe med zdravljenjem v bolnišnici ali zdravilišču ter možnost bivanja bližnjega v bolniški sobi, zavarovanec pa pridobi tudi pravico do povračila stroškov zahtevnejših medicinsko-tehničnih pripomočkov in zdravil, ki niso razvrščena na pozitivno ali vmesno listo, in jih mora oseba, ki nima sklenjenega NSA, v celoti plačati sama. Zavarovanec lahko uveljavlja pravice iz NSA, če je bil v skladu s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja napoten na zdravljenje v bolnišnico ali zdravilišče ali upravičen do medicinsko-tehničnega pripomočka, zobnoprostetičnega nadomestka ali zdravil, predpisanih na beli receptni obrazec. Višina letne premije, ki je odvisna od vrste storitev, za katere se sklene zavarovanje, se giblje v razponu med 20.646 SIT in 41.292 SIT.

Z Nadstandardom B zavarovanci lahko uveljavljajo zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti pri zdravniku, ki ni njihov osebni zdravnik, zobozdravnik ali ginekolog. Zavarovanci lahko brez napotnice osebnega zdravnika uveljavljajo ambulantno-specialistične storitve v samoplačniških ambulantah ali zdravstvenih ustanovah, ki niso v javni mreži, vključno z vsemi registriranimi zdravili, ne glede na njihovo razporeditev na listo. Letna premija je odvisna od višine zavarovalne vsote in pri 45.000 SIT zavarovalne vsote le-ta znaša 14.519 SIT.

- **Zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini (TAS)**

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica v sodelovanju s pogodbenim partnerjem ELVIA Travel Insurance Company zagotavlja storitve zdravstvenega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini. Zavarovanje Vzajemna *Tujina* krije stroške nujnih zdravstvenih in zobozdravstvenih storitev, nujnih zdravstvenih prevozov do bolnišnice ali klinike ter zdravljenje v njih, prevozov obolelega, poškodovanega ali umrlega zavarovanca v domovino, iskanja in reševanja zavarovanca ter stroške odvetniških storitev.

Pri Vzajemni je zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini možno skleniti v osnovnem ali višjem programu posebej za področje Evrope ali področje Sveta. Osnovni program

za območje Evrope krije stroške zdravstvenih storitev do 12.800 EUR in nujnih prevozov v domovino do 5.100 EUR. Premija za enodnevno potovanje znaša 990 SIT in s trajanjem potovanja narašča do 36.970 SIT za enoletno potovanje v tujini. Za območje Sveta osnovni program krije stroške zdravstvenih storitev do 17.900 EUR in stroške nujnih prevozov v domovino do 10.200 EUR. Premija za posameznika se giblje od 2.490 SIT pa do 73.510 SIT za enoletno potovanje.

Poleg zdravstvenega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini je kot dodatek k dopolnilnemu zdravstvenemu zavarovanju možno skleniti še zavarovanje Vzajemna5000. Vzajemna5000 zagotavlja kritje stroškov nujnih zdravstvenih storitev v tujini in telefonsko pomoč pri organizaciji nudenja pomoči zavarovancu v višini 5.000 EUR za območje Evrope, v obdobju od 01. 01. 2005 do 31. 12. 2005. Premija za zavarovanje znaša 1 SIT.

Ponudba vključuje še nekatere posebne programe, ki so primerni za določene skupine oseb, kot so zavarovanje za športnike, zavarovanje za večji riziko pri delu, letno zavarovanje za ljudi, ki pogosto potujejo v tujino ter top program namenjen poslovnežem. Poseben je tudi program s franšizo, pri katerem zavarovanec ob nastopu zavarovalnega primera vedno nosi s franšizo določen del stroškov sam. Vzajemna je v aprilu 2005 razširila ponudbo zdravstvenega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini še z dvema programoma, in sicer program Družinskega zavarovanja za Hrvaško ter program Sezonskega zavarovanja v tujini za obdobje 90 ali 120 dni.

▪ **Vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje pod različnimi pogoji**

Zavarovanje 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. Na volje je več različic VOZ, za vse pa velja, da izključujejo zdravila, pripomočke, potne stroške, nadomestila v času zadržanosti z dela, pogrebne in posmrtnine ter storitve, ki so opravljene v zvezi z nosečnostjo ali porodom. Zavarovance mora ob sklenitvi zavarovanja predložiti potrdilo o zdravstvenem stanju ter v celoti plačati višino premije.

VOZ A se sklepa za dobo trajanja enega leta in krije pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, kot jih opredeljuje zakon. Z omenjenim zavarovanjem si zavarovanci zagotavljajo pravico do zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti, v zobozdravstveni dejavnosti, v specialističnih ambulantah, v bolnišnicah in na klinikah ter zdraviliško zdravljenje v naravnih zdraviliščih.

VOZ B se sklepa za dobo trajanja treh let, obsega pa pravico do nujne medicinske pomoči in vključuje tudi nujne reševalne prevoze, zdravljenje in medicinsko nego na domu ter storitve osnovne dejavnosti brez zobozdravstva. Zavarovanje vključuje tudi specialistično-ambulantne,

bolnišnične in terciarne zdravstvene dejavnosti v vrednosti storitev, obsegu, standardu in postopku, kot določajo predpisi iz obveznega zavarovanja.

VOZ C je zavarovanje, ki se sklepa za dobo treh let, z njim pa si zavarovanci zagotavljajo le pravice do zobozdravstvenih storitev, ki vključujejo zdravljenje zob in ustne votline ter zobnoprostetične storitve in nadomestke.

VOZ S se sklepa za obdobje najmanj 10 dni in za največ 6 mesecev. Vsebuje pravice v istem obsegu kot VOZ B, razen pravice do zdravljenja in medicinske nege na domu.

VOZD zavarovanje pomeni zavarovanje doplačil, krije pa znesek razlike med delom vrednosti zdravstvene storitve, ki je zagotovljen z obveznim zavarovanjem in celotno vrednostjo zdravstvene storitve, ki izhaja iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v istem obdobju in za iste storitve, kot jih krije zavarovanje VOZ. Pogoj za sklenitev zavarovanja doplačil VOZD je sklenjeno zavarovanje VOZ.

4.2 Adriatic Zavarovalna družba, d. d.

Adriatic Zavarovalna družba, d. d. je bila ustanovljena konec leta 1990. Ponudba Zavarovalne družbe Adriatic vključuje življenjska, premoženjska ter od leta 1993 v okviru slednjih tudi prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Uspešno poslovanje in razvoj sta zavarovalnico v letu 2004 pripeljala do tretjega mesta med največjimi splošnimi zavarovalnicami v Sloveniji. V maju 2005 pa naj bi se s pripojitvijo zavarovalnice Slovenice, d. d. k zavarovalni družbi Adriatic oblikovala druga največja zavarovalna družba pri nas.

Adriatic ponuja dve skupini prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, in sicer dopolnilna zdravstvena zavarovanja v skupini A ter nadstandardna zdravstvena zavarovanja, ki obsegajo skupino B s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji za večji obseg pravic ali višji standard storitev, ter skupino C s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji za dodatne pravice. Poleg tega nudi tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco, in sicer Zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco CORIS.

▪ B - Zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard

V skupino B je vključenih osem zavarovanj za večji obseg pravic ali višji standard storitev. To so zavarovanja, s katerimi je mogoče pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja uveljaviti na višji kakovostni ravni oziroma v večjem obsegu, kot so storitve zagotovljene v obveznem zdravstvenem zavarovanju.

B01 – Zavarovanje podaljšane ortopedske rehabilitacije v ortopedski bolnišnici Valdoltra,

B02 – Zavarovanje nadstandardnih zobozdravstvenih materialov,

B03 – Zavarovanje nadstandardnih očesnih pripomočkov,

- B04 – Zavarovanje nadstandardnih ortopedskih pripomočkov,
- B05 – Zavarovanje zdravil,
- B06 – Zavarovanje podaljšanega zdraviliškega zdravljenja,
- B07 – Zavarovanje hospitalizacije spremljevalca otroka,
- B08 – Zavarovanje višjega standarda bolnišničnega in zdraviliškega zdravljenja.

Višina premije je določena mesečno za vsako obliko zavarovanja posebej in je odvisna od višine zavarovalne vsote ter od pristopne starosti zavarovanca, razen za zavarovanje B04, pri katerem je premija enaka za vse starostne skupine.

▪ **C – Zavarovanje za dodatne pravice**

V skupino C je vključenih šest zavarovanj za dodatne pravice, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne zajema.

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

Zavarovanja v skupini C imajo različne višine zavarovalnih vsot in nadomestil, za katere se lahko zavarovanec odloči, ter različno visoke premije, ki jih zavarovanci plačujejo. Vseh šest oblik dodatnih zavarovanj se lahko sklene največ za obdobje dveh let, pri čemer je višina premije za posamezno obliko zavarovanja odvisna od pristopne starosti zavarovanca ter od višine zavarovalne vsote oziroma višine nadomestila, za katero se zavarovanec odloči.

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

▪ **Zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco CORIS**

Adriatic s poslovnim partnerjem, asistenčno družbo CORIS, ponuja izbor zdravstvenih zavarovanj v tujini z asistenco. CORIS je prva in edina slovenska asistenčna družba, ki v primeru bolezni ali nezgode nudi zavarovancem 24-urno pomoč v slovenskem jeziku. Sklenjeno zavarovanje krije stroške obiskov in konzultacij zdravnika, nakupov zdravil, prevozov do bolnišnice ali klinike ter zdravljenje v bolnišnici ali kliniki, prevozov zavarovanca domov ter stroške prevozov posmrtnih ostankov v domovino. Zavarovanje ne krije stroškov bolezni ali

poškodb, ki nastanejo zaradi že obstoječih kroničnih bolezni, poskusa samomora ali naklepne poškodbe, sodelovanja pri nekaterih vrstah športnih dejavnosti ali višje sile.

Osnovno zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco je možno skleniti kot posameznik, družina (starši in otroci do 18. leta) ali kot skupina nad 9 oseb do starosti 70 let. Osnovno zavarovalno kritje znaša 15.000 EUR na osebo, pri 50% doplačilu premije pa velja dvojno zavarovalno kritje v višini 30.000 EUR na osebo. Višina premije je v razponu med 1.210 SIT za tridnevno potovanje in 8.560 SIT za polletno potovanje.

Adriatic v okviru ponudbe zdravstvenih zavarovanj z asistenco nudi z ustreznim doplačilom premije tudi posebne ponudbe za določene skupine ljudi, in sicer za poslovneže, športnike, dijakе in študente ter za imetnike kreditnih kartic Visa, Diners, Eurocard in American express.

4.3 Zavarovalnica Triglav d. d. – Triglav, Zdravstvena zavarovalnica , d. d.

Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d. d., specializirana zdravstvena zavarovalnica, ki deluje v sklopu skupine Triglav, se je na slovenskem trgu zdravstvenih zavarovanj pojavila v letu 2003. Njen večinski lastnik, Zavarovalnica Triglav, d.d., se je za vstop na trg zdravstvenih zavarovanj odločila na podlagi dolgoročnih poslovnih usmeritev, s katerimi zaokrožuje ponudbo zavarovalniških storitev znotraj skupine Triglav. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. je na trgu zdravstvenih zavarovanj aktivno nastopila v drugi polovici leta 2004.

Ponudba prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj Triglava, Zdravstvene zavarovalnice, d.d. obsega dopolnilno zdravstveno zavarovanje – ZZ11. Poleg tega imajo pri zavarovalnici namen pripraviti ponudbo zavarovalniških produktov, ki bi postali zanimivi ob morebitni spremembi zakonodaje s področja zdravstvenega zavarovanja. V ponudbo želijo vključiti prostovoljno vzporedno zdravstveno zavarovanje, prostovoljno dodatno zdravstveno zavarovanje ter posebna obvezna zdravstvena zavarovanja. Zavarovalnica Triglav, d. d. pa s poslovnim partnerjem Mercur Assistane omogoča sklepanje zdravstvenega zavarovanja z asistenco v tujini, ki zajema Zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini z asistenco in Zdravstveno zavarovanje na poslovnih potovanjih v tujini z asistenco.

▪ Zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini z asistenco

Zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini z asistenco poleg finančne varnosti v znesku zavarovalne vsote za kritje stroškov nujnega zdravljenja in stroškov prevoza zaradi bolezni ali nezgode zagotavlja v sodelovanju z asistenčno družbo Mercur Assistance tudi 24-urno pomoč pri nudenju informacij o možnosti zdravstvenih storitev v posamezni državi ter pomoč pri organiziranju prevozov do bolnišnice ali v domovino v angleškem, nemškem in francoskem jeziku.

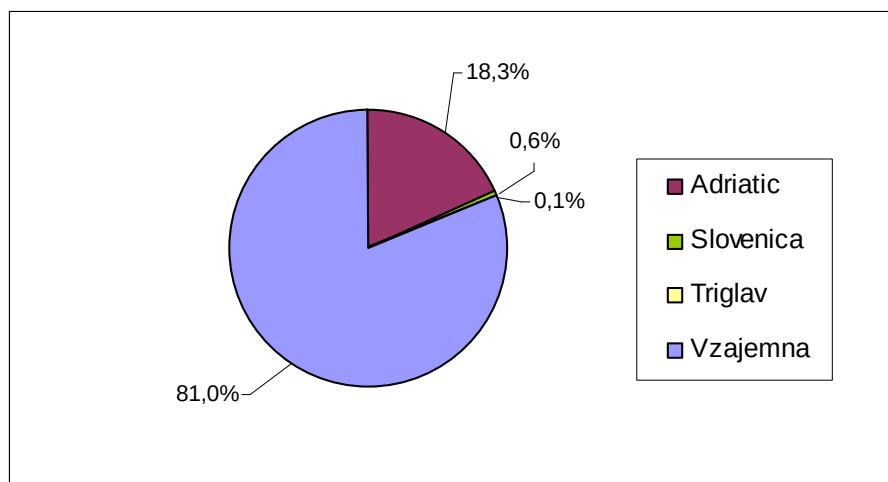
Zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini z asistenco se lahko sklene kot individualno, družinsko (starši in otroci do 18. leta) ali skupinsko (nad 10 zavarovancev) obliko zavarovanja. Zavarovalno kritje je določeno na osebo in za osnovni program znaša 15.000 EUR oziroma 30.000 EUR za nadstandardni program. Skupna zavarovalna vsota vključuje tudi stroške prevoza, in sicer največ 3.600 EUR v osnovnem oziroma 7.200 EUR zavarovalne vsote v nadstandardnem programu. Višina premije se pri individualni obliki v osnovnem programu giblje med 1.190 SIT in 44.810 SIT, odvisno od dolžine trajanja potovanja.

Zdravstveno zavarovanje na poslovnih potovanjih v tujini z asistenco je namenjeno podjetjem, ki sklepajo zavarovanja za svoje zaposlene, ki potujejo v tujino. Zavarovanje velja po celem svetu in se sklene za obdobje enega leta. Zavarovalno kritje obsega stroške potrebne zdravniške oskrbe ter stroške prevoza zaradi nepredvidenih bolezni ali posledic nesreče oziroma nezgode, ki se pojavijo ali nastanejo med potovanjem ali bivanjem v tujini.

4.4 Primerjava treh ponudnikov

Po številu zavarovancev ni mogoče narediti ustrezne primerjave med ponudniki, saj zavarovalnice teh podatkov natančno ne izdajajo. Glede na dostopnost podatkov naj bi bilo pri Vzajemni okrog 1.129.000 zavarovancev, pri Adriaticu 300.000 in pri Triglavu 6.000 zavarovancev. Primernejši kriterij za primerjavo je zato tržni delež, ki ga posamezna zavarovalnica na področju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj dosega.

Slika 3: Tržni delež zavarovalnic na področju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v letu 2004.



Vir: Letno poročilo Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2004, str. 7.

Na podlagi Slike 3 lahko trdim, da si v Sloveniji trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj delita Vzajemna zdravstvena zavarovalnica in Zavarovalna družba Adriatic. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica je v letu 2004 pokrivala 81% trga, Adriatic zavarovalna družba pa 18,3% trga. V letu 2004 je na trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj vstopila tudi Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d. d, ki pa s 0,1 % tržnim deležem še ne predstavlja vidnejšega položaja na slovenskem trgu zdravstvenih zavarovanj. Zavarovalnica Slovenica nudi zdravstveno

zavarovanje za primer zdravljenja v bolnišnici zaradi nezgode v okviru prostovoljnega pokojninskega zavarovanja, zato je njen delež v prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju zanemarljiv.

Vsebinskih razlik pri dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju treh ponudnikov ni, saj je le-to namenjeno doplačilu razlike med celo vrednostjo storitve in delom, ki ga krije obvezno zavarovanje. Razlike med ponudniki so opazne pri strukturi zavarovancev, višini premije ter obdobju trajanja zavarovanj. Razlog, da zavarovalnice ponujajo in obenem izkoriščajo različne višine premij ter različna obdobja trajanja zavarovanja, je v pomanjkljivi in neustrezni zakonodaji.

Izvajanje dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj omogoča ZZVZZ v povezavi z določili 14. in 70. člena Zakona o zavarovalništvu (ZZavar). Po tem zakonu je dopolnilno zdravstveno zavarovanje opredeljeno kot javni interes Republike Slovenije, ki se izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti. Po istem zakonu bi morale biti zavarovalnice vključene v izravnavo razlik v višini škod, ki so posledica razlik v strukturi njihovih zavarovancev po starosti in spolu. Ker posebni zakon, ki bi naštetu opredelil, ni bil sprejet, so se na trgu oblikovali zavarovalni produkti dopolnilnega zavarovanja in premije po zavarovalnicah na različne načine glede trajanja zavarovanja, z različnimi premijami po starostnih skupinah ter s premijami, ki vključujejo rezervacije za starost ali brez njih. Do takšnih razlik prihaja tudi med zavarovanci znotraj posamezne zavarovalnice.

Tako imamo na slovenskem trgu na eni strani Adriatic, ki z nižjimi premijami za mlajše pridobiva manj rizične zavarovance in se z visokimi premijami za starejše izogiba rizičnim zavarovancem. To zavarovalnici omogoča ustvarjanje dodatnega dobička, medtem ko ima na drugi strani Vzajemna s pretežno starejšimi zavarovanci v svojem portfelju slabše pogoje poslovanja in je zaradi naraščajočih stroškov škod prisiljena k zviševanju premij za starejše zavarovance. Pojav konkurenčnosti zaradi ugodne starostne strukture zavarovancev je znan pod imenom »pobiranje smetane« in je s stališča javnega interesa nezaželen, saj ima za posledico kratkoročno pobiranje dobičkov s pomočjo selekcije rizikov, dolgoročno pa lahko ogrozi stabilnost celotnega sistema zdravstvenega zavarovanja. Posledice omenjenega pojava pa občutijo predvsem starejši zavarovanci, saj zanje dopolnilno zdravstveno zavarovanje zaradi visokih premij postaja vse manj dostopno. Negativni pojav selekcije rizikov je mogoče preprečiti z uvedbo izravnalnih shem, ki zmanjšujejo interes zavarovalnic, da bi dosegale konkurenčno prednost s pomočjo selekcije rizikov, in hkrati spodbuja zavarovalnice k razvoju tistih konkurenčnih prednosti, ki povečujejo učinkovitost trga kot celote. Zato bom naslednje poglavje namenila predstavitvi sistemov izravnalnih shem.

5 SISTEMI IZRAVNALNIH SHEM

5.1 Izravnalne sheme

Izravnalne sheme so sredstvo, s katerim je mogoče nevtralizirati razlike v tistih stroških posamezne zavarovalnice, ki so posledica različne rizičnosti zavarovalnega portfelja, kar se izvede s prenosom sredstev od zavarovalnic, ki imajo manj rizičen zavarovalni portfelj od povprečnega, k zavarovalnicam, ki imajo podpovprečno rizičen zavarovalni portfelj. Različna rizičnost posameznega portfelja temelji na dejavnikih, kot so starost, spol ter zdravstveno stanje zavarovancev (Mossialos, 2002, str. 144).

Osnovni namen izravnalnih shem je vzajemnostne narave, saj naj bi z njimi preprečili in odpravili posledice neenakomerne razporeditve zavarovanih oseb z različnimi stopnjami tveganj po posameznih zavarovalnicah in s tem povečali stabilnost sistema prostovoljnih zavarovanj. Rezultat izravnave rizika je prenos sredstev za pokrivanje škod iz zavarovalnic s škodno bolj ugodno starostno in bolezensko strukturo zavarovancev k zavarovalnicam s starostno in bolezensko manj ugodno strukturo zavarovancev.

Izravnava razlik v tveganjih se lahko izvede po prospektivnem ali retrospektivnem pristopu. Pri prospektivnem pristopu se merila za izračun sredstev namenjenih za izravnavo določijo vnaprej. Zavarovalnice, ki s povprečno teoretično premijo določeno na osnovi izbranih meril ne zmorejo pokriti pričakovanih škodnih zahtevkov, so upravičene do sredstev, ki jih z isto premijo zberejo druge zavarovalnice. Slabost tega pristopa je ta, da temelji na pričakovanjih in ne na dejanskih podatkih. Retrospektiven pristop pa temelji na znanih dogodkih, zato je za izpeljavo izravnave potrebno zagotoviti relevantne podatke o zavarovancih, o škodnih zahtevkih ter obsegu opravljenih zdravstvenih storitev, na podlagi katerih se s pomočjo modela izravnave izračuna višina sredstev namenjenih izravnavi. Izračuni za izravnavo sredstev lahko temeljijo na različnih merilih oziroma dejavnikih, odvisno za katere izvajalec predvidi, da bo njihova uporaba odražala realno stanje različne rizične strukture, ki obstaja na trgu.

5.2 Obstoj izravnalnih shem v Evropi

Ureditev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki skupaj z obveznim zdravstvenim zavarovanjem predstavljajo sestavino socialne in zdravstvene varnosti prebivalcev posamezne države, je opredeljena v tretji zavarovalniški direktivi o neživljenjskih zavarovanjih (Third Non-Life Insurance Directives), med katera od leta 1994 spadajo tudi zdravstvena zavarovanja. Direktiva med specifično pravno ureditev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj uvršča tudi izravnalne sheme. Uvedba in izvajanje izravnalnih shem sta tako skladna tudi z zakonodajo Evropske unije, ki omogoča državam članicam, da področje izvajanja prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj pravno uredijo in s tem zaščitijo javni interes države in njenih prebivalcev.

Izravnave razlik v višini škod med zavarovalnicami se izvajajo v javnih in privatnih zdravstvenih zavarovanjih. Z njihovo uvedbo in izvajanjem poskušajo države čim bolj izenačiti pogoje ter

dostopnost zdravstvenega zavarovanja vsem prebivalcem in hkrati izenačiti pogoje poslovanja zavarovalnic, ki izvajajo zavarovanja. Izravnalne sheme v javnih zdravstvenih sistemih poznajo v Nemčiji, Belgiji in na Češkem, v okviru prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj pa jih zasledimo na Irskem in na Nizozemskem.

V uporabi so različni modeli izravnalnih shem oziroma mehanizmi izravnave, ki so namenjeni stabilnejšemu delovanju zdravstvenih sistemov, kjer je v veljavi enotna premija ali pa zagotavljanju dostopnosti zavarovanj v sistemih, kjer je premija odvisna od posameznikovega tveganja. V nadaljevanju bom predstavila dva sistema izravnalnih shem pri prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih, in sicer irski sistem – primer izravnave pri prostovoljnih zavarovanjih z enotno premijo in nizozemski sistem – primer izravnave pri sistemu s premijo, odvisno od tveganja posameznika.

5.2.1 Irski sistem izravnalnih shem

Irsko uvrščamo med države z Beveridgovim modelom zdravstvenega varstva, v kateri imajo pravico do zdravstvenega varstva z zakonom zagotovljeno vsi prebivalci. Glede pravic in obveznosti pa le-te razdelijo v dve kategoriji. Socialno šibkejši prejmejo posebno kartico, s katero uveljavljajo potrebe po zdravstvenih storitvah v javni zdravstveni službi z minimalnimi doplačili ali brez njih. Ostali prebivalci pa imajo možnost izbire med javnim sistemom in prostovoljnim zavarovanjem. Pravice javnega zavarovanja morajo zavarovanci uveljavljati v javnih zmogljivostih in so pri tem dolžni plačati določen znesek doplačil za zobozdravstvene storitve, zdravila ter bolnišnično zdravljenje. Javni sistem se sicer financira iz proračuna, v katerega vplačujejo vsi davčni zavezanci. Prebivalci, ki se odločijo za prostovoljno zavarovanje, lahko uveljavljajo pravice in zahteve po zdravstvenih storitvah v enakem obsegu kot to zagotavlja javni sistem, vendar v zasebnih zmogljivostih. Prostovoljno zavarovanje zagotavlja poleg kritja tveganj ob koriščenju storitev v zasebni zdravstveni službi tudi kritje za doplačila, ki so predpisana v javnem sistemu. V primeru irskega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja gre torej za kombinacijo dopolnilnega in vzporednega zavarovanja.

Posebnost irskega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja se kaže tudi glede nadzora izvajanja prostovoljnega zavarovanja in glede uvajanja izravnalnih shem. Irška je med prvimi na področju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj z zakonodajo opredelila in utemeljila javni interes države in njenih državljanov. S tem je država prevzela odgovornost za področje prostovoljnega zavarovanja tako, da z zakonom predpisuje način določanja premij ter obvezo zavarovalnic k izvajanju izravnave razlik v višini škod, ki so posledica razlik v njihovem portfelju in so pogojene s strukturo po starosti in spolu ter razlikami v strukturi težje bolnih. Irski zakon določa tudi nadzorni organ v okviru ministrstva, ki skrbi za upravljanje in izvajanje izravnalne sheme in sklada za izravnavo. Na podlagi sprejete zakonodaje lahko na irskem trgu izvajajo prostovoljno zavarovanje domače in tuje zavarovalnice, trenutno ga izvajata domača zavarovalnica VHI in podružnica angleške zavarovalnice BUPA.

Irski model izravnalnih shem je vzpostavljen pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju, ki temelji na načelu medgeneracijske vzajemnosti. Omenjeno načelo se v prostovoljnem zavarovanju uresničuje z instituti enotne premije, odprtostjo članstva, doživljenjskim kritjem in izravnalnimi shemah, ki so urejeni tudi v zakonodaji. Pri enotni premiji je uvedba izravnalne sheme nujna, saj v nasprotnem primeru zavarovalnica teži k selekciji rizikov in privabljanju manj rizičnih zavarovancev v svoj portfelj. Odprto članstvo pa zavarovalnice zavezuje k sklenitvi doživljenjskega zavarovanja za vsakega posameznika, mlajšega od 65 let. Ker pa so pozitivni učinki enotne premije odvisni od pritoka mladih v sistem, so na Irskem uvedli pribitek na premijo zaradi poznega vstopa v sistem, kar mlade spodbuja k čim prejšnjemu vstopu.

Izravnava razlik v tveganjih se izvaja po retrospektivnem načelu, pri katerem kot merilo za izračun sredstev, namenjenih za izravnavo, uporabljajo poleg strukture zavarovancev tudi stopnjo hospitalizacije zavarovancev. Izračune opravlja nevtralna nevladna strokovna organizacija, ki vsako leto izračuna, koliko sredstev mora nameniti za izravnavo zavarovalnica, ki ima nižje stroške od povprečnih in koliko sredstev lahko prejme zavarovalnica, ki ima višje stroške od povprečnih. Kljub temu pa realizacija prenosa sredstev še ni bila izvedena.

5.2.2 Nizozemski sistem izravnalnih shem

Zdravstveni sistem na Nizozemskem je precej zapleten in se deli na tri stebre. Prvi steber zavarovanja predstavlja obvezno zavarovanje za tako imenovane izredne medicinske izdatke, ki se financira s prispevki zaposlenih. V drugem stebru so zavarovani zaposleni državljani do 65. leta starosti, državljani z državno podporo in nekatere samozaposlene osebe. Tiste osebe, ki so zavarovane do 65. leta starosti, imajo možnost da se po preteku zavarovanja vključijo v sistem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Ravno tako se osebe z visokim osebnim dohodkom, ki niso vključene v obvezno zavarovanje, lahko odločijo za nadomestna zavarovanja. Tretji steber zdravstvenega zavarovanja pa je sestavljen iz dodatnega in vzporednega zavarovanja.

Prostovoljni del osnovnega zavarovanja, v katerega se vključijo prebivalci z višjimi dohodki, je pravno nereguliran. Zavarovalnice sprejemajo v zavarovanje posameznike glede na tveganje, ki jih zanje predstavljajo. Za zaščito starejših in bolnih zavarovancev je zato država uvedla »standardno polico«, ki jo morajo rizičnim zavarovancem ponuditi vse zavarovalnice z enako premijo. Razlika med višjimi stroški standardnih polic in premijami se poravna s prispevki drugih zavarovancev v prostovoljnem zavarovanju. Vse zavarovalnice morajo namreč za vsakega zavarovanca prispevati fiksni znesek za izravnavo standardnih polic uradu, ki na podlagi dobljenih analitičnih podatkov o vseh zavarovanjih ter o vseh škodah iz standardnih polic skrbi za izravnavo. Zavarovalnice na ta način z izdajo standardnih polic nič ne tvegajo, saj od vsake police dobijo določen delež za stroške upravljanja standardnih polic.

5.3 Uvedba sistema izravnalnih shem v Sloveniji

V Sloveniji prostovoljna zdravstvena zavarovanja predstavljajo pomemben delež v okviru sredstev (20% zasebnih sredstev, 80% javnih sredstev v letu 2004), potrebnih za zagotavljanje zdravstvenega varstva prebivalcev. Zato je zaščita javnega interesa in potreba po državnem reguliranju prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja nujna in obenem skladna tudi z zakonodajo Evropske unije.

Dosedanja pomanjkljiva zakonodaja na področju dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj omogoča nepravo konkurenco, ki temelji na starostno in bolezensko ugodnejši strukturi portfelja posamezne zavarovalnice. Kljub določbam, da so zavarovalnice dolžne sprejeti v zavarovanje vsakega posameznika ne glede na spol, starost in njegovo zdravstveno stanje, se zavarovalnice za dosego boljše strukture zavarovalnega portfelja prikrito poslužujejo selektivnih oblik trženja in s tem v svoj portfelj pridobivajo manj rizične posameznike. Nereguliran trg vpliva na to, da zavarovalnice dajejo prednost vzvodom, ki omogočajo boljšo strukturo portfelja, s katero lažje dosežejo boljše rezultate družbe kot pa uporabi vzvodov za zmanjševanje stroškov poslovanja. Proces zasledovanja »dobrih rizikov« in izogibanja »slabih rizikov« je zaradi zagotovitve stabilnosti slovenskega zdravstvenega sistema in zaradi prihodnjega postopnega odpiranja zavarovalniškega trga za tuje zavarovalnice potrebno zaustaviti in poskušati čim prej rešiti.

Kot sem že omenila, pri nas obstaja velika razlika v strukturi portfelja med vzajemno zavarovalnico - Vzajemno zdravstveno zavarovalnico in komercialno zavarovalnico - Adriaticom, dvema največjima ponudnikoma dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj. Na podlagi opravljenih analiz je povprečna letna škoda na zavarovanca pri Vzajemni od 40% do 50%⁴ višja od povprečne letne škode na zavarovanca pri Adriaticu. Razlika v prihodkih na osnovi tako imenovanega pobiranja smetane pa znaša že 2 milijardi tolarjev letno. Rešitev za nevtralizacijo nastalih razlik v škodah med zavarovalnicama je uvedba izravnalnih shem.

Za izdelavo modela izravnalnih shem pri nas lahko uporabimo nekatere tuje izkušnje, vendar samih izravnalnih shem ni mogoče neposredno primerjati s tujimi, ker se sistemi zdravstvenega zavarovanja med državami razlikujejo. Najprimernejšo osnovo, ki bi jo bilo potrebno prilagoditi z značilnostmi našega sistema prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, za nas predstavlja irski model izravnalnih shem. Tudi pri nas se namreč načelo medgeneracijske vzajemnosti med generacijami v prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju uresničuje z enotno premijo, odprtim članstvom in doživljenjskim kritjem.

Od 01. 09. 2005 Slovenija z uveljavitvijo novega zakona o ZZVZZ uresničuje javni interes RS v dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju. Sprejet zakon namreč na področje dopolnilnih zavarovanj uvaja obvezo vseh zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, da se vključijo v izravnalno shemo, s katero se med zavarovalnicami izravnavajo razlike v stroških zdravstvenih storitev, ki so posledica različnih struktur zavarovancev po starosti in spolu v

⁴ Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z., 2005.

posamezni zavarovalnici. Poleg tega izravnalna shema omogoča tudi vzdrževanje enotne premije za vse kategorije zavarovancev pri isti zavarovalnici, večji nadzor nad izvajanjem zavarovanj ter zaščito interesa zavarovanca, kar posledično zagotavlja stabilnost sistema dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Z zaščito javnega interesa dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj in uvedbo izravnalnih shem naj bi se pri dopolnilnih zdravstvenih zavarovanjih vzpostavila zdrava konkurenca med zavarovalnicami, ki bi temeljila na kakovostni ponudbi, nižjih stroških poslovanja, boljši prodaji in dostopnosti zavarovanj. Z izravnavo razlik v škodah med zavarovalnicami naj bi se znižala povprečna premija za dopolnilno zdravstveno zavarovanje pri posamezni zavarovalnici in s tem izboljšala dostopnost zavarovanja za socialno šibke in starejše zavarovance, ki jim je sedaj zaradi višine premije dopolnilno zavarovanje nedostopno. Zavarovalnice bodo zaračunavale enako premijo za vse svoje zavarovance z izjemo doplačil za kasnejši vstop v zavarovanje, kar bo vzpodbudilo mlajše za čim prejšnjo vključitev v zavarovanje. Zaradi izboljšane nadzora države nad dopolnilnimi zavarovanji se bodo vzpostavili tudi enaki pogoji za nastop na trgu tako za domače kot tuje zavarovalnice, kar bo vplivalo tudi na stabilnost celotnega sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji.

Kljub pozitivnim učinkom, ki naj bi jih povzročila uvedba izravnalnih shem, pa uvedba slednjih v slovenskem zdravstvenem sistemu prinaša tudi nekatere dileme in pomisleke glede njihove izpeljave. Ena od dilem je, kako izpeljati izravnalne sheme med zavarovalnico v pravno organizacijski obliki družbe za vzajemno zavarovanje in zavarovalnico v pravno organizacijski obliki delniške družbe. Pri delniški družbi zavarovana oseba celotno tveganje prenese na zavarovalnico, ki jo je skladno z zakonodajo v primeru dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja dolžna sprejeti v zavarovalno razmerje, medtem ko pri družbi za vzajemno zavarovanje del tveganja prevzame tudi zavarovana oseba, ki se je s članstvom v družbi zavezala za vzajemno pokrivanje tveganja. Izravnavo, ki z izravnalnimi shemami poteka med dvema različnima pravno organizacijskima oblikama zavarovalnic, lahko povzroči nestabilnost v sistemu dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj. Potrebna sredstva za izravnavo lahko zavarovalnice pridobijo od zavarovancev ali pa na račun manjšega dobička. Upravljalci delniške družbe bi bili tako za ohranitev portfelja primorani znižati premije, saj bi s tem povečali interes možnih zavarovancev, obenem pa bi se zmanjšal njihov dobiček. Pri nas bi se rezultat izravnalnih shem odrazil v prenosu sredstev iz zavarovalnice s 18,3 % tržnim deležem v največjo zdravstveno zavarovalnico z 81 % tržnim deležem. Pri zavarovalnici vplačniki opozarjajo na to, da bi le-to lahko povzročilo njihov umik s trga, saj interes lastnikov delniške družbe seveda ni zmanjševanje dobička. To pomeni, da bi na trgu obstala ena zavarovalnica brez konkurence in brez interesa za izboljšave kontrole škod, ki ves čas naraščajo, kar bi posledično vplivalo spet na višje premije. Za učinkovito in uspešno izvajanje shem oziroma za izračun zneska za izravnavo bi bilo potrebno s strani zavarovalnic zagotoviti tudi točne in zanesljive podatke, kjer pa se lahko pojavi možnost manipulacij in zlorabe le-teh.

6 MOŽNOST RAZVOJA PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V SLOVENIJI

6.1 Vsebinska sprememba prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja

Vsebinska sprememba prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je bila nakazana že leta 2003 v Beli knjigi, a do realizacije le-te ni prišlo. Vsebinski prenos prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v obvezno zdravstveno zavarovanje ne bi predstavljal večjega problema, saj pravice, ki se pokrivajo iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, dejansko sodijo v obvezno zdravstveno zavarovanje in predstavljajo osnovne zdravstvene pravice. Ob teh spremembah bi se morale pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na novo definirati, prostovoljno zdravstveno zavarovanje pa bi po vsebini tako postalo dodatno ter bilo usmerjeno na premožnejše prebivalstvo.

Dejanski problem vsebinske spremembe bi bil v načinu prenosa in viru zagotovitve sredstev, ki so sedaj financirana v okviru premij prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Možen način za nadomestitev teh sredstev bi bil v uvedbi povišane proporcionalne prispevne stopnje za obvezno zdravstveno zavarovanje. Državljanj torej ne bi več za osnovne zdravstvene pravice plačevali enakih premij za prostovoljno zdravstveno zavarovanje, temveč višjo prispevno stopnjo za obvezno zavarovanje. S tem bi zagotovili pravičen dostop do osnovnih zdravstvenih pravic tudi za tiste, ki do sedaj niso bili sposobni plačevati premij dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Na drugi strani pa bi bilo ob povišanju prispevne stopnje mogoče pričakovati odpor vplivnejših družbenih skupin z nadpovprečnimi plačami, saj bi po tem načinu sami v sistem prispevali veliko več kot revnejši. Na podlagi pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja pa bi vsi dobili enako kot sedaj.

6.2 Razvoj prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki že obstajajo v Evropi

V primeru vsebinske spremembe prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je ena izmed možnosti razvoja prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji tudi razvoj že obstoječih oblik prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki jih poznajo drugod po Evropi. Zavarovalnice, ki sedaj tržijo dopolnilna zdravstvena zavarovanja, bi tako trženje dodatnih oblik prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj usmerile na premožnejše prebivalce, ki si nadstandardno ponudbo zavarovanj želijo in si jo lahko tudi privoščijo. Zato bom v nadaljevanju predstavila, kakšne možnosti razvoja imajo pri nas nadomestno, vzporedno ter dodatno zdravstveno zavarovanje.

Uvedba nadomestnega zdravstvenega zavarovanja, pri katerem gre za zavarovanje tistih oseb, ki so iz sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja zaradi prekoračitve meje letnega dohodka izločene, bi bila možna ob ustrezni spremembi zakonodaje, ki bi izločila določene skupine ljudi iz sedanjega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja. Izvajanje takšne oblike zavarovanja bi angažiralo dodatna zasebna sredstva v zdravstven sistem, po drugi strani pa bi ta oblika zavarovanja negativno vplivala na finančni položaj obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki bi s tem izgubilo najboljše zavarovance.

Vzporedna zavarovanja v Evropi omogočajo posameznikom zavarovanje pred omejitvami, ki so prisotne v obveznem zavarovanju na strani izvajalcev. Pri nas bi bila možnost razvoja vzporednega zavarovanja perspektivna pri zavarovanju za hitrejši dostop do zdravstvenih storitev, saj čakalne dobe predvsem pri operativnih posegih predstavljajo že precejšen problem. Slabost vzporednega zavarovanja pa se pokaže v javnih ustanovah, kjer je v primeru, da posameznik uporablja storitve javne zdravstvene službe, prisotna nevarnost kršenja načela pravičnosti dostopa.

Dodatno zdravstveno zavarovanje oziroma zavarovanje za višji obseg pravic in višji standard storitev v Sloveniji že poznamo. V letu 2003 je zavarovanje za višji obseg pravic in višji standard storitev imelo sklenjeno 41.468 zavarovancev (Letno poročilo Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2003, 2004, str. 8). Za večji razvoj tako imenovanih nadstandardnih zavarovanj bi bilo potrebno najprej zagotoviti kapacitete in zmogljivosti pri nastanitvah in izvajanju zdravstvenih storitev, na podlagi katerih bi lahko zavarovalnice ponudile več za svoje zavarovance, kot jim to omogoča obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Nadstandardna oblika zavarovanja omogoča individualno obravnavo posameznika, kar je za zavarovalnice zanimivo, saj na ta način lahko v svoje portfelje pridobijo tiste zavarovance, ki si jih želijo.

Kot perspektivna možnost se kaže tudi večja izkoriščenost dodatnih kolektivnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj prek delodajalcev. Na ta način postanejo tveganja posameznikov porazdeljena, premija pa je lahko nižja in enotna za vse. Omenjena zavarovanja predstavljajo po vzoru pokojninskega sistema enega od treh stebrov zdravstvenih zavarovanj. Prvi steber predstavlja obvezno zdravstveno zavarovanje, drugi kolektivno zavarovanje zaposlenih s strani delodajalca, tretji steber pa prostovoljno individualno zdravstveno zavarovanje (Šik, 2003, str. 125).

SKLEP

Zdravstveni sistem je del širšega socialnega sistema, s katerim želijo države oblikovati primerno raven socialne varnosti za svoje državljane. V Sloveniji je sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja opredeljen v zakonu o ZZVZZ.

Glede na različen vpliv in vlogo države pri zagotavljanju zdravstvenega varstva ter različne načine financiranja le tega so se v svetu razvile tri osnovne skupine sistemov zdravstvenega varstva, in sicer sistem nacionalnega zdravstvenega varstva, partnerski sistem zdravstvenega varstva ter tržni sistem zdravstvenega varstva. Najpomembnejši sistemi zdravstvenega varstva v Evropi so Beveridgeov sistem, ki je značilen za Anglijo, Dansko, Švedsko, Finsko, Irsko, Italijo, Španijo, Grčijo in Portugalsko. Semaškov sistem - sistem socialističnega zdravstvenega varstva, ki so ga imele vse bivše socialistične države v Evropi. Najstarejši sistem zdravstvenega varstva, imenovan Bismarckov sistem, pa je nastal v Nemčiji, danes ga imajo še v Belgiji, Franciji, Luksemburgu in tudi v Sloveniji.

V Sloveniji je od leta 1992 razvit sistem zdravstvenega zavarovanja, ki temelji na načelih obveznega zdravstvenega zavarovanja. Z namenom razbremenitve javnih virov financiranja zdravstvenega zavarovanja je bilo v letu 1993 kot dopolnilo k obveznemu zavarovanju uvedeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Zdravstveno zavarovanje se financira iz javnih virov – prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja ter proračunskih sredstev države in občin ter zasebnih virov – premij prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in neposrednih plačil. Slovenija se tako kot druge države sooča z naraščajočimi stroški v zdravstvu, kar je posledica staranja prebivalstva, razvoja medicinske znanosti in opreme, večje ozaveščenosti in vedno večjih zahtev ljudi. Zaradi izgube v javni zdravstveni blagajni in finančnih težav, s katerimi se soočajo zavarovalnice prostovoljnega zavarovanja, se pojavljajo težnje po spremembah zdravstvenega sistema. Bela knjiga iz leta 2003 je spremembe v sistemu načrtovala, a se le-te niso izpeljale.

Primerjava prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja med Slovenijo in državami EU kaže na razliko v vsebini zavarovanj. Za države EU je značilno predvsem dodatno, nadomestno ter vzporedno zavarovanje in ne dopolnilno v obliki doplačil, kot to velja za Slovenijo. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja v državah EU so namenjena zagotavljanju višjega standarda storitev in dodatnih pravic, pri nas pa se moramo za zagotovitev vseh osnovnih zdravstvenih pravic prostovoljno zdravstveno zavarovati.

Na slovenskem trgu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj obstajajo trije ponudniki, ki poleg dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja omogočajo tudi zdravstveno zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard storitev, zdravstveno zavarovanje za dodatne pravice, ki niso predmet obveznega zavarovanja ter zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco. Problem je prisoten pri dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju, kjer ima Vzajemna s pretežno starejšimi zavarovanci v portfelju slabe pogoje poslovanja, medtem ko Adriatic z mlajšimi zavarovanci v portfelju lahko ustvarja dobiček. Razlika v strukturi portfelja je nastala zaradi »pobiranja smetane«. Slovenija je po izkušnjah iz tujine v septembru 2005 zaščitila javni interes RS na področju dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj in s sprejetjem novega zakona o ZZVZZ uvedla v sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja izravnalne sheme, ki bodo omogočile prenos sredstev iz zavarovalnice z ugodnejšo starostno strukturo zavarovancev k zavarovalnici z manj ugodno starostno strukturo zavarovancev. Pri izpeljavi shem pa poleg pozitivnih učinkov, ki naj bi jih sheme prinesle, velja opozoriti tudi na morebitne negativne posledice, ki bi lahko ogrozile stabilnost zdravstvenega sistema.

V Sloveniji je zaradi povezanosti obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja razvoj slednjega odvisen od sprememb v obveznem zavarovanju. Ob morebitnem prenosu osnovnih pravic iz dosedanjega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v obvezno zavarovanje bi bilo tudi za nas perspektivno nadomestno, vzporedno in dodatno zdravstveno zavarovanje, kot ga poznajo drugod po Evropi.

LITERATURA

1. Bizjak-Mlakar Julijana: Smeri razvoja prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji v luči približevanja Evropski uniji. 7. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 2000, str. 255-267.
2. Bručan Andrej: Za boljše zdravstvo ne potrebujemo nove drage Bele knjige. Novice vzajemne, Ljubljana, 5(2005), 1, str. 6-9.
3. Busse Reinhard et al.: Health care system in eight countries: trends and challenges. London : London School of Economics & Political Science Hub, 2002. 114 str.
4. Čok Mitja: Javne finance v Sloveniji. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2005. 84 str.
5. Gracan Ivan: Medgeneracijska vzajemnost, zavarovalno-tehnične rezervacije za starost in izravnalne sheme v dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju za razliko do polne vrednosti storitev. 9. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 2002, str. 187-203.
6. Jaklič Marko: Dileme in priložnosti prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Bančni vestnik, Ljubljana, 53(2004), 7/8, str. 66-70.
7. Jakubowski Elke: Health Care System in Transition. 118 str.
[URL: <http://www.euro.who.int/document/E76966.pdf>], 25.05.2005.
8. Keber Dušan et al.: Zdravstvena reforma. Ljubljana : Vlada RS, Ministrstvo za zdravje, 2003. 347 str.
9. Kostanjšek Barbika: Primerjava sistemov zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in ZDA. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2004. 43 str.
10. Košir Franc et al.: Javni interes in vloga države pri prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih. 7. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 2000, str. 33-45.
11. Kranjec Marko: Sprememba sistema financiranja ni reforma zdravstva. Strokovno posvetovanje Bela knjiga. Ljubljana : Društvo ekonomistov, 2003, str. 41-51.
12. Mossialos Elias et al.: Voluntary Health Insurance in the European Union. Buckingham : Open University press, 2002. 420 str.

13. Mrkaić Mićo: Nekateri makroekonomski učinki predloga zdravstvene reforme. Strokovno posvetovanje Bela knjiga. Ljubljana : Društvo ekonomistov, 2003, str. 63-71.
14. Scheider Markus et al.: Complementary Health Schemes in European Union. Augsburg : Basys, 1992. 244 str.
15. Sraka Robert: Kaj bo s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem. Novice Vzajemne, Ljubljana, 4(2004), 4, str. 9-10.
16. Sraka Robert: Katera zdravstvena zavarovanja lahko obstajajo skupaj. Novice Vzajemne, Ljubljana, 4(2004), 2, str. 9-14.
17. Sraka Robert: Kdaj izravnalne sheme. Novice vzajemne, Ljubljana, 5(2005), 2, str. 8-10.
18. Sraka Robert et al.: Sistemi izravnalnih shem in možnost njihovega razvoja v Sloveniji. 9. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 2002, str. 173-187.
19. Stanovnik Tine: Javne finance. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2004. 203 str.
20. Svenšek Rosvita: Model za opredeljevanje ekonomskih okvirov razvoja zdravstvenega varstva. Magistrsko delo. Maribor : Ekonomsko – poslovna fakulteta, 1995. 145 str.
21. Strateški razvojni program zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1998. 153 str.
22. Šik Alenka et al.: Financiranje zdravstvenih sistemov in zasebna zdravstvena zavarovanja z vidika prenavljanja zdravstvenega sistema. 11. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 2004, str. 307-332.
23. Šik Alenka: Značilnosti trga prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU in možni vplivi v Sloveniji. 10. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 2003, str. 107-127.
24. Tajnikar Maks: Bela knjiga zdravstvene reforme v Sloveniji v letu 2003 - komentar. Strokovno posvetovanje Bela knjiga. Ljubljana : Društvo ekonomistov, 2003, str. 23-33.
25. Tajnikar Maks: Kako do tržnega zdravstva. Finance, Ljubljana, 5(2003), 154, str. 8-9.
26. Toth Martin et al.: Prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Evropi. 5. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 1998, str. 50-61.

27. Toth Martin et al.: Sistem financiranja v zdravstvu: Mednarodna primerjava. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1999. 168 str.
28. Toth Martin: Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje, 2003. 524 str.

VIRI

1. Adriatic zavarovalna družba, d. d.
[URL: <http://www.adriatic.si/zdravje.html?uid=87&menuid=1>], 18.05.2005.
2. Kratka predstavitev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Koper : Adriatic zavarovalna družba d.d., 2003. 19 str.
3. Letno poročilo Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2003. Ljubljana : Agencija za zavarovalni nadzor, 2004. 46 str.
4. Letno poročilo Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2004. Ljubljana : Agencija za zavarovalni nadzor, 2005. 47 str.
5. Letno poročilo Adriatic zavarovalne družbe, d. d. za leto 2003. Koper : Adriatic, zavarovalna družba, 2004. 127 str.
6. Novela Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – delovno gradivo. Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2005. 82 str.
7. Novice Vzajemne. Ljubljana : Vzajemna, 4(2004), 3, 27 str.
8. Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2005. 12 str.
9. Poslovno poročilo Vzajemne za leto 2003. Ljubljana : Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, 2004. 86 str.
10. Poslovno poročilo Vzajemne za leto 2004. Ljubljana : Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, 2005. 88 str.
11. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2004. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2005. 108 str.
12. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94, 47/97, 3/98).

13. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Koper : Adriatic zavarovalna družba d.d., 2005. 12 str.
14. Splošni in posebni pogoji za prostovoljna zdravstvena zavarovanja (Uradni list RS, št. 5/95, 7/95).
15. Tradicija solidarnosti in spremembe po meri zavarovancev: Predlog strateškega razvojnega programa Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2002 – 2007). Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2002. 87 str.
16. Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. – predstavitev projekta. Koper : Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. , 2002. 10 str.
17. Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d.d.
[URL: <http://www.zdravstvena.net/produkti.htm>], 17.05.2005.
18. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z.
[URL: <http://www.vzajemna.si>], 15.05.2005.
19. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92, 29/98).
20. Zakon o zavarovalništvu (Uradni list RS, št. 13/00).
21. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
[URL:<http://www.zzzs.si>],20.05.2005