

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
EKONOMSKA FAKULTETA**

**DIPLOMSKO DELO**

**DOPOLNILNA ZDRAVSTVENA ZAVAROVANJA S  
POUDARKOM NA SISTEMU IZRAVNALNIH SHEM**

Ljubljana, september 2006

JASNA PETEJAN

## **IZJAVA**

Študentka JASNA PETEJAN izjavljam, da sem avtorica tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom doc. dr. IGORJA MASTENA in dovolim objavo dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne 26.09.2006

Podpis: \_\_\_\_\_

# KAZALO

UVOD.....	1
<b>1. FAKTORJI ZDRAVJA .....</b>	<b>2</b>
<b>2. PROBLEMI, KI SE POJAVLJAJO.....</b>	<b>4</b>
2.1. DEMOGRAFSKE SPREMEMBE.....	4
2.2. MEDICINSKA INFLACIJA.....	5
2.3. FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA .....	6
<b>3. STRATEGIJE PREPREČEVANJA SELEKCIJE TVEGANJA.....</b>	<b>8</b>
<b>4. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI.....</b>	<b>9</b>
4.1. OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE .....	10
4.2. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE.....	11
4.3. PONUDNIKI PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ.....	13
4.3.1. VZAJEMNA ZDRAVSTVENA ZAVAROVALNICA.....	13
4.3.2. ZAVAROVALNA DRUŽBA ADRIATIC.....	14
4.3.3. TRIGLAV, ZDRAVSTVENA ZAVAROVALNICA .....	14
4.4. RAZVOJ PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENGA ZAVAROVANJA OD LETA 1992 DO 2005.....	15
4.4.1. SPREJEM ZAKONA O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU.....	15
4.4.2. NOVELE ZAKONA O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU ...	15
4.4.3. POMEMBNEJŠE RAZLIKE V ZAKONU PRED IN PO SPREJETJU NOVELE ZVZZ-H.....	16
<b>5. IZRAVNALNE SCHEME.....</b>	<b>17</b>
5.1. IZRAVNALNE SCHEME NA NIZOZEMSKEM .....	20
5.2. IZRAVNALNE SCHEME V AVSTRALIJI.....	24
5.3. IZRAVNALNE SCHEME NA IRSKEM .....	26
5.4. IZRAVNALNE SCHEME V SLOVENIJI .....	30
5.5. PRIMERJAVA SLOVENIJE IN IRSKE .....	32
5.5.1. PODOBNOSTI.....	33
5.5.2. RAZLIKE.....	34
<b>6. RAZVOJ PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V SLOVENIJI .....</b>	<b>35</b>
<b>SKLEP .....</b>	<b>37</b>
<b>LITERATURA.....</b>	<b>39</b>
<b>VIRI.....</b>	<b>41</b>

## UVOD

V vsakdanjem življenju ljudi postaja zdravje vse pomembnejši pojem. Lahko si ga predstavljamo kot stanje telesa in duha, kot vrednoto in ideal ali kot življenjski cilj. Svetovna zdravstvena organizacija definira zdravje kot stanje popolne telesne, duševne ter družbene blaginje in ne samo kot odsotnost bolezni ali slabosti. Izpostavlja ga kot vodilo družbenoekonomskega razvoja. Naloga vsake države naj bi bila poskrbeti za zdravje svojih državljanov do te mere, da bi jim bilo omogočeno kar najbolj produktivno delovanje in sodelovanje v družbi. Države se vsaka na svoj način spopadajo s to nalogo. V Evropi namreč ne najdemo dveh držav, ki bi imeli popolnoma enako ureditev zdravstvenega varstva.

Večina evropskih držav se sooča s problemom staranja prebivalstva in medicinsko inflacijo, ki močno povečujeta stroške zdravljenja. Zaradi povečanih stroškov obvezni oziroma javni sistemi zdravstvenega zavarovanja ne morejo več vzdrževati zadovoljive ravni kritja stroškov državljanov. Zato se zdravstveni sistemi vedno bolj nagibajo k zasebnemu zdravstvenemu zavarovanju, ki naj bi omejilo praznenje zdravstvenih blagajn. Tako ima večina držav sistem zdravstvenega zavarovanja, ki temelji na javnem in zasebnem. Med zasebna zdravstvena zavarovanja uvrščamo nadomestno, vzporedno, dodatno in dopolnilno zavarovanje. Vsako od teh ima v določeni državi primarno vlogo. V Sloveniji se je na primer najbolj uveljavilo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki z obveznim zdravstvenim zavarovanjem deluje kot celota.

Države si prizadevajo, da bi bila zasebna zdravstvena zavarovanja kar najbolj dostopna vsem državljanom, zato uvajajo enotno premijo. Le-ta omogoča, da v sistem zdravstvenega zavarovanja vplačujejo vsi enako, ne glede na spol, starost ali zdravstveno stanje. Tako imajo tudi starejši in bolj bolni ljudje, ki spadajo v tako imenovano bolj rizično skupino, možnost prostovoljnega zavarovanja. Če bi bila premija teh zavarovanj odvisna od posameznikovega zdravstvenega stanja, bi veliko starejših in bolnih ostalo brez njega, saj si ga zaradi previsoke premije ne bi mogli privoščiti. Ob uvajanju enotne premije in s tem medgeneracijske vzajemnosti pa se pojavi nov problem, problem selekcije tveganja in s tem »pobiranja smetane«. Zavarovalnice se v takih primerih poslužujejo mehanizmov, ki privabljajo mlajše in manj rizične zavarovance ter odbijajo starejše in bolj rizične. S tem si zagotovijo ugoden portfelj, na podlagi katerega lahko ustvarjajo višje dobičke ali pa ob enakih dobičkih ponujajo nižjo premijo. Zoper ta problem so države razvile različne mehanizme preprečevanja selekcije tveganja. Eden izmed njih je tudi sistem izravnalnih shem.

Izravnalne sheme omogočajo prenos sredstev z zavarovalnic z ugodnejšim portfeljem zavarovancev od povprečnega, na zavarovalnice s podpovprečno strukturo zavarovancev. V svetu tak sistem uporablja kar nekaj držav. Nekatero ga uvajajo v javnem sistemu zdravstvenega zavarovanja, druge pa v sistemu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Pri prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih ga je z nedavno novelo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju uvedla tudi Slovenija. Novela zakona, ki je bila sprejeta

septembra 2005, je na novo opredelila izvajanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Največja novost pa so nedvomno izravnalne sheme. To je tudi razlog, da sem se v diplomskem delu odločila predstaviti spremembe, ki so s tem nastale, ter prikazati razlike med prejšnjo in sedanjo ureditvijo. V ta namen sem poiskala tudi podobne ureditve v svetu. Nato sem naredila primerjavo našega in irskega sistema izravnalnih shem, ki sta si najboj podobna in iz katerega lahko črpamo največ informacij.

Prvi del diplomskega dela je namenjen kratki predstavitvi faktorjev zdravja. Drugi del obsega probleme, ki se pojavljajo v današnjem svetu in vplivajo na rast zdravstvenih stroškov. To so demografske spremembe, ki se vedno bolj nagibajo k staranju prebivalstva in zmanjševanju stopenj rodnosti in smrtnosti, ter medicinska inflacija, ki kar za šest odstotnih točk presega splošno inflacijo. S tem je seveda povezan tudi problem financiranja zdravstvenega varstva, saj je vedno manj tistih, ki prispevajo v zdravstveno blagajno in vedno več tistih, ki so porabniki teh sredstev.

Tretje poglavje je namenjeno kratki predstavitvi preprečevanja selekcije tveganja, med katere sodijo tudi izravnalne sheme. Le-te so podrobneje predstavljene v nadaljevanju diplomskega dela. V četrtem delu sem predstavila zdravstveno zavarovanje v Sloveniji. Na kratko sem opisala obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje ter ponudnike slednjega. Sledi razvoj prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja od njegove uvedbe leta 1992 do sprejema zadnje novele leta 2005. V tabeli so nato podane glavne novosti, ki so se pojavile s sprejemom le-te.

Peto poglavje prikazuje namen in delovanje izravnalnih shem. Delovanje tega sistema v praksi sem poskušala ponazoriti s primeri Nizozemske, Avstralije, Irske in Slovenije. Naš sistem izravnalnih shem je najboj podoben irskemu, zato sem ju primerjala. Šesto poglavje opisuje razvoj prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji ter možne spremembe, ki bi jih lahko v naš sistem izravnalnih shem povzeli po zgledu drugih držav. Diplomsko delo zaključujem s sklepom.

## **1. FAKTORJI ZDRAVJA**

Da bi razvili učinkovit zdravstveni sistem je treba upoštevati dejavnike zdravja, ki zajemajo socialne, ekonomske, okoljske in kulturne faktorje. Faktorji so prikazani na Sliki 1 na str. 3.

Starost, spol in dedne značilnosti, so osnovni dejavniki zdravstvenega stanja posameznika, na katere posameznik nima vpliva. Pomemben temelj zdravstvenega stanja v odraslosti se oblikuje v prenatalnem obdobju in zgodnjem otroštvu. Pomanjkanje čustvene podpore in počasna rast v tem obdobju povečata tveganje za slabo telesno zdravje in vplivata na slabše fizično, umsko ter čustveno delovanje.

Socialna in občinska mreža, ki vključuje tudi družino, ima pomembno vlogo pri zdravju posameznika. Pogosto dobijo posamezniki in občine informacije o zdravju in zdravstvenih storitvah skozi lokalno sestavo. Od tu tudi dobijo podporo, ki jo potrebujejo za aktivno izboljševanje svojega zdravja.

Drugi dejavniki zdravja vključujejo vzgojo, zaposlovanje, nastanitev, delovno okolje, kmetijstvo, vodo in higieno ter zdravstvene storitve. Te faktorje opišemo kot socialno-ekonomske, kulturne in okoljske pogoje, ki vplivajo na posameznikov socialni in osebni razvoj.

Zdravstvene zmogljivosti niso odvisne samo od priprave zdravstvenih storitev. Pri prizadevanju za izboljšanje zdravstvenih storitev sodeluje še veliko drugih faktorjev, posameznikov, skupin, javnih in zasebnih ustanov, ki imajo prav tako pomembno vlogo pri izboljševanju zdravstvenega sistema in doseganju zdravstvenega potenciala populacije.

Slika 1: Faktorji, ki določajo zdravje



## **2. PROBLEMI, KI SE POJAVLJAJO**

Skozi razvoj zdravstvenega varstva v svetu lahko vidimo, da se ta vedno bolj nagiba od javnega zavarovanja k zasebnemu. Usmeritev v prostovoljno zavarovanje ni povezana le s preprosto željo po neki »izjemni« obravnavi posameznika, ampak postaja povsod po svetu čedalje bolj potreba, ki izhaja iz zaostrenih in zoženih možnosti zadovoljevanja interesov zavarovancev v okviru sistema socialnega oziroma javnega zavarovanja (Toth, Košir, 1998, str. 50). Zaradi naraščanja izdatkov za programe zdravstvenih storitev, vedno večjega deleža bruto domačega proizvoda namenjenega za zdravstvo in vrste problemov, ki se pojavljajo, vse države na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja uvajajo programe omejevanja pravic in dobrin s tega področja ter zastrujejo pogoje njihove dostopnosti.

### **2.1. DEMOGRAFSKE SPREMEMBE**

Zadnje čase je v Evropi mogoče zaslediti trende staranja prebivalstva. Zaradi vse boljše tehnologije in napredka v zdravstvu ter tudi spreminjanja življenjskega sloga se je občutno zmanjšala rodnost v Evropi, ki ne omogoča več obnavljanja prebivalstva. Poleg rodnosti pa je močno upadla tudi smrtnost. Ena najpomembnejših prednosti naše družbe pa je vedno daljša življenjska doba. Soočamo pa se tudi s staranjem »baby boom« generacije, kar pomeni večanje števila starejših delavcev, upokojencev in zelo starih ljudi.

Leta 2003 je bil letni naravni prirastek v Evropi 0,04 odstotka, v novih državah članicah razen Cipra in Malte pa je prebivalstvo celo upadlo (Zelena knjiga, 2005, str. 7). To tudi pomeni, da je naravni prirastek nižji, kot bi moral biti. Za normalno obnovo prebivalstva bi moral naravni prirastek obsegati 2,1 otroka na žensko, v mnogih državah članicah pa znaša le 1,5 ali celo manj. Padanje naravnega prirastka pomeni tudi staranje prebivalstva v Evropi, kar bo nedvomno vplivalo na bruto domači proizvod (v nadaljevanju BDP) Evrope. Raziskave namreč kažejo, da bi staranje lahko znižalo »potencialno letno rast« BDP-ja v Evropi s sedanjih 2 do 2,5 odstotka na 1,25 odstotka leta 2040.

Evropska komisija je ugotovila, da se bo zaradi podaljševanja pričakovane življenjske dobe in posledic upadanja rodnosti v Evropi od leta 2005 do leta 2030 delež prebivalstva starega nad 65 let, povečal kar za 52 odstotkov, medtem, ko se bo delež delovnosposobnega prebivalstva, starega od 15 do 64 let, skrčil za 6,8 odstotka. To pomeni, da se bo leta 2050 delež starega prebivalstva med delovnosposobnimi podvojil s 24 odstotkov na skoraj 50 odstotkov. Vsi ti razlogi bodo močno vplivali na izdatke za pokojnine in na zdravstveno ter socialno varstvo. Do leta 2050 se bodo ti izdatki tako povečali iz sedanjih štiri na osem odstotkov BDP-ja.

Že sedaj je pričakovana življenjska doba za moške v Sloveniji 72 let, za ženske pa 80 let. Ocene kažejo, da naj bi se v prihodnje pričakovana življenjska doba še podaljševala. Pri moških naj bi se po ocenah UMAR-ja podaljšala na 75,6 leta (leta 2030), pri ženskah pa na 83,9 leta (leta 2023).

Slovenija se ravno tako kot celotna Evropa sooča s staranjem prebivalstva in padanjem naravnega prirastka. V Sloveniji naravni prirastek znaša 1,21 otroka na žensko, kar je občutno premalo za normalno obnovo prebivalstva. Iz starostne piramide Slovenije je namreč razvidno širjenje piramide v zgornjih slojih, ki prikazujejo starejše prebivalstvo in ožanje piramide spodaj, kjer je prikazano mlado prebivalstvo. Po zgledu Evropske komisije je podobne raziskave za Slovenijo opravil UMAR. Poskušal je ugotoviti, kakšen vpliv imajo omenjeni trendi na izdatke za zdravstvo. Ugotovitve so pokazale, da bi se ob nespremenjenem obsegu pravic iz zdravstvenega zavarovanja skupni javni izdatki za zdravstvo s 6,83 odstotka BDP-ja (leto 2004) v najbolj ugodnem primeru povečali na prek 9 odstotkov po letu 2030, ob neugodnem demografskem razvoju pa bi se približali kar neverjetnim 12 odstotkom BDP-ja (Kraiger, 2003, str. 202).

Vse navedeno je vzrok, da je vedno več starega prebivalstva in vedno manj mladega, delovnosposobnega. To pomeni, da se vedno bolj zmanjšuje delež ljudi, ki prispevajo v blagajno in povečuje delež tistih, ki povečujejo porabo. Ocene namreč kažejo, da je za kritje zdravstvenih izdatkov povprečne zavarovane osebe v starosti nad 65 let potrebnih od 3,5 do 4,5-krat več sredstev kot za osebe med 20. in 40. letom. Iz navedenega lahko sklepamo, da bo s povečevanjem deleža starejših vedno težje financirati zdravstvo zgolj iz javnih sredstev, zato se bo to vedno bolj prenašalo na posameznika preko prostovoljnih zavarovanj. Navedene razlike bi močno vplivale na višino premij, ki bi jih posamezniki plačevali. Temu pa se lahko izognemo z uveljavitvijo medgeneracijske vzajemnosti znotraj posamezne zavarovalnice in z izravnavo razlik v škodah med zavarovalnicami, ki izhajajo iz razlik v strukturi njihovih portfeljev.

## **2.2. MEDICINSKA INFLACIJA**

Zaradi zgoraj omenjenih demografskih sprememb in predvsem zaradi velikega napredka v medicinski tehnologiji se bodo znatno povečali stroški zdravstvenih storitev. Temu pravimo medicinska inflacija, ki pomeni podražitev zaradi sprememb cen zdravstvenih ali z njimi povezanih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov. Samo zaradi sprememb v starostni strukturi se bodo stroški zdravstvenih storitev realno povečali za 1,0 do 1,5 odstotka letno, v dvajsetih letih pa za več kot 25 odstotkov.

Zaradi novejših metod zdravljenja, dražjih zdravil in staranja prebivalstva postaja zdravstvo vse dražje. V zahodnoevropskih državah zdravstvena inflacija že za šest odstotnih točk presega splošno inflacijo, v Sloveniji pa še za bistveno več. Zaradi tako visokih stroškov, ki še naraščajo, se vloga dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj v razvitih državah povečuje.

Poleg nenehnega povečevanja stroškov zdravstvenih storitev pa nam to prinaša tudi neposredne ekonomske koristi. Na primer manjša raven izostajanja od dela vodi k večji produktivnosti v gospodarstvu. Daljšanje pričakovane življenjske dobe in zmanjševanje prezgodnje umrljivosti lahko vodi v podaljševanje delovne dobe v gospodarstvu ali delovanja na drugih področjih, na primer pri skrbi za družino, raznih udeležbah v skupinah ali



prostovoljnem delu. Prav tako je dobra zdravstvena infrastruktura pomemben dejavnik pri večji privlačnosti določenih lokacij v povezavi s prostorskim planiranjem ali industrijskim in trgovskim razvojem.

Razprave o zdravstveni porabi morajo prepoznati tako socialno kot ekonomsko vrednost, ki je nastala v povezavi z investicijami v zdravstvene in družbene storitve.

### **2.3. FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

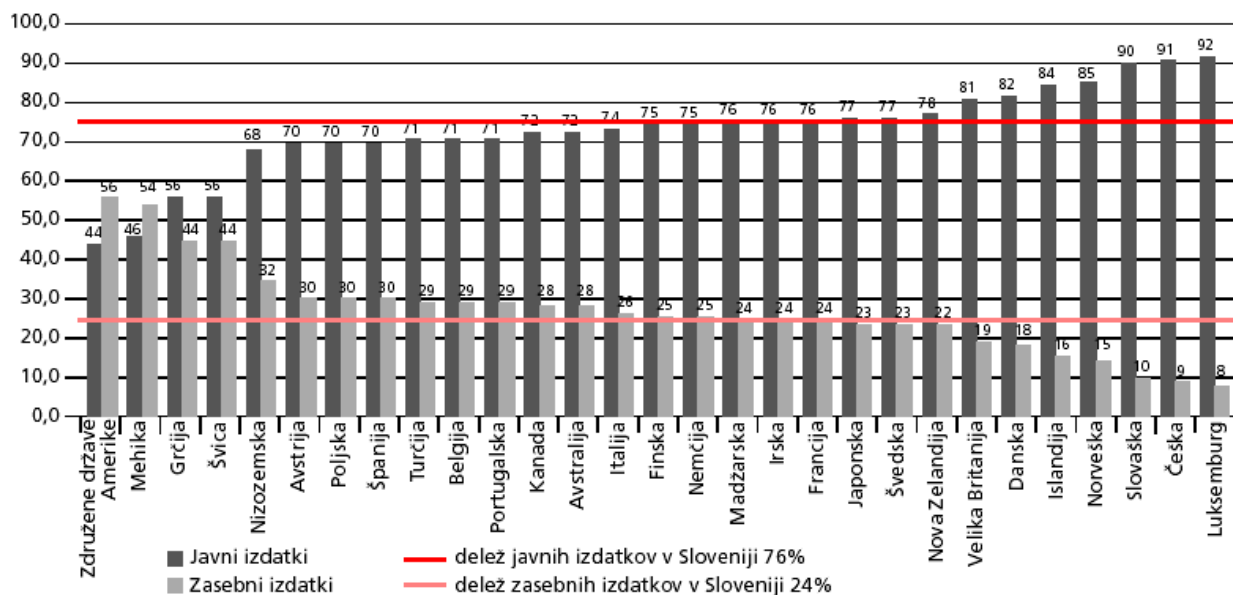
Izdatki v sistemu zdravstvenega varstva že dalj časa naraščajo hitreje od bruto domačega proizvoda. Že omenjeno staranje prebivalstva, nove medicinske tehnologije ter višja raven splošne zdravstvene kulture prebivalstva so le nekateri izmed dejavnikov, ki povzročajo pospešeno večanje porabe v zdravstvenem varstvu. Zaradi vsega naštetega javni sistem zdravstvenega varstva ni sposoben zagotavljati popolne zdravstvene nege vsem prebivalcem.

Zdravstveno varstvo se financira iz javnih in zasebnih sredstev. Javna sredstva predstavljajo proračunska sredstva države in občin ter sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zasebne vire sredstev pa sestavljajo sredstva, zbrana s premijami prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnic, in del sredstev nezgodnih zavarovanic, samoplačniška sredstva, ki jih pacienti plačajo neposredno izvajalcu zdravstvenih storitev ter sredstva različnih dobrodelnih organizacij in donatorjev.

V splošnem predstavljajo zasebna sredstva v celotnih izdatkih za zdravstveno varstvo manjši delež, ki se giblje nekje med 20 in 30 odstotkov. Kot je razvidno iz spodnje slike, je delež teh sredstev v Sloveniji 24-odstoten, delež javnih izdatkov pa znaša 76 odstotkov. Slednji se je od leta 1992 močno znižal, saj je takrat znašal približno 90 odstotkov.

Iz Slike 2 na strani 7 lahko razberemo, da so imele leta 2000 med obravnavanimi državami največji delež zasebnih izdatkov izmed zdravstvenih izdatkov Združene države Amerike (v nadaljevanju ZDA), kjer le-ti dosega 56 odstotkov. Med državami Evropske unije beleži največji odstotek zasebnih sredstev Grčija (44 %), sledijo pa ji Nizozemska (32 %), Avstrija (30 %) in Španija (30 %). Države, ki bi jih lahko primerjali s Slovenijo so Finska, Nemčija, Madžarska, Irska, Francija ter Švedska, katerih delež zasebnih izdatkov se giblje med 20 in 25 odstotkov.

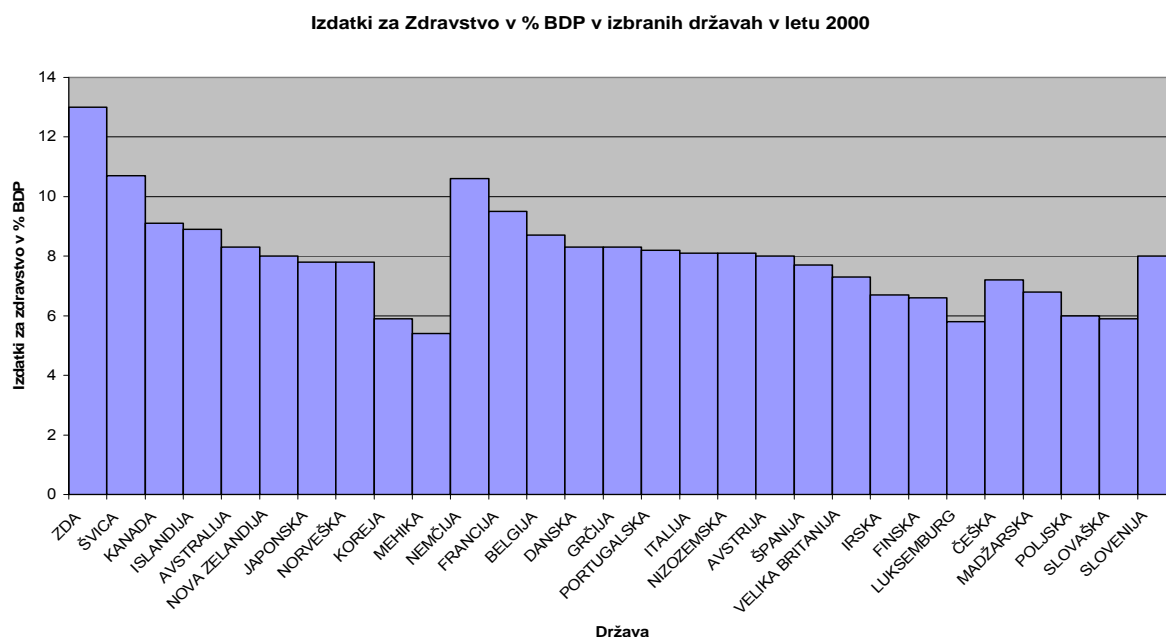
Slika 2: Delež javnih in zasebnih izdatkov za zdravstvo v izbranih državah leta 2000



Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 253.

Javni izdatki za zdravstvo so v obdobju od leta 1992 do 2002 rasli počasneje kot bruto domači proizvod, celotni izdatki zdravstva pa bistveno hitreje kot BDP. Izdatki za zdravstvo so torej rasli nad rastjo BDP na račun zasebnih sredstev prebivalcev (Zdravstvena reforma, 2003, str. 241). Zaradi rasti izdatkov za zdravstvo v BDP-ju je pomembna tudi primerjava med državami glede na delež sredstev v BDP-ju, ki ga posamezne države namenijo za zdravstvo.

Slika 3: Izdatki za zdravstvo v % BDP v izbranih državah v letu 2000



Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 252.

Iz Slike 3 na str. 7 lahko razberemo, da imajo največji delež izdatkov za zdravstvo v BDP-ju ZDA, ki dosega 13 odstotkov. Izmed držav Evropske unije pa ima največji delež izdatkov za zdravstvo v BDP-ju Nemčija, katere delež znaša 10,6 odstotka, sledijo pa ji Francija (9,5 %) in Belgija (8,7 %). V Sloveniji znašajo izdatki za zdravstvo 8 odstotkov BDP-ja. Enak delež BDP-ja namenja za zdravstvo tudi Avstrija. S Slovenijo pa so primerljive še Nizozemska, Italija, Portugalska, Grčija in Danska, ki namenjajo od 0,1 do 0,3 odstotne točke več sredstev.

Zaradi povečevanja deleža izdatkov za zdravstvo v BDP-ju in vedno večjega primankljaja v zdravstvenih blagajnah poskuša vsaka država te probleme reševati na svoj način. Če primerjamo ureditve zdravstvenega varstva v Evropski uniji ugotovimo, da nobena država nima popolnoma enakega sistema kot druga. Čeprav imajo določene države zelo podobne sisteme, pa obstajajo med njimi vsaj minimalne razlike, tako da sistem zdravstvenega varstva med evropskimi državami ni popolnoma primerljiv.

### 3. STRATEGIJE PREPREČEVANJA SELEKCIJE TVEGANJA

Zdravstvene zavarovalnice so ponavadi urejene kot delniške družbe. Zanje je značilno, da poskušajo kar najbolj povečevati dobiček in vrednost za svoje delničarje. Zaradi uveljavljanja enotne premije pri prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih, da bi bila ta dostopna vsem prebivalcem, pa se lahko zgodi, da se zavarovalnice poslužujejo zavestne ali prikrite selekcije tveganja, kar vodi v pojav »pobiranja smetane«. To v praksi pomeni pridobivanje mlajših zavarovancev, ki so zaradi manjšega tveganja deležni nižjih premij, oziroma z različnimi trženjskimi pristopi odbijati starejše, ki so ponavadi bolj rizični. Na ta način bi imele zavarovalnice z ugodnejšim portfeljem možnost določanja nižje premije ali pa ob enaki premiji ustvarjanja višjega dobička. Da bi preprečili takšno ravnanje zavarovalnic in ohranili bistvo prostovoljnih zavarovanj, so se v svetu razvile različne metode preprečevanja selekcije tveganja.

Med strategije preprečevanja selekcije tveganja, ki temeljijo na porazdelitvi tveganj, sodijo (W.P.M.M. van de Ven, 2003, str. 80):

- ◆ **Proporcionalna porazdelitev tveganj** (angl. Proportional risk adjustment): vzajemni sklad povrne bolezenskemu skladu stroške za nazaj. Stroški se ne povrnejo v celoti, ampak se za vsak izdatek povrne določen fiksni odstotek sprejemljivih stroškov.
- ◆ **Zunanja porazdelitev tveganj** (angl. Outlier risk sharing): tudi tu vzajemni sklad povrne bolezenskemu skladu stroške za nazaj. Povrnejo se mu zdravstveni stroški za zavarovance, ki presežejo neko dogovorjeno letno vsoto zdravstvenih stroškov. Tudi v tem primeru stroški niso povrnjeni v celoti, ampak le nek določen odstotek zneska nad dogovorjenim.
- ◆ **Porazdelitev velikih tveganj** (angl. Risk sharing for high risks): bolezenski sklad je upravičen do povrnitve zdravstvenih stroškov za vsako obdobje, ko ima sklenjen dogovor. Dogovor sklence za določen odstotek svojih zavarovancev z višjim tveganjem (od 1 do 4 odstotke). Ti stroški se lahko povrnejo delno ali v celoti.

- ◆ **Porazdelitev tveganj za posamezne težje bolezni** (angl. Condition-specific risk sharing): bolezenskemu skladu stroške zdravljenja, ki so odvisni od določenih bolezenskih stanj, povrne za nazaj solidarnostni sklad.

Poleg zgoraj naštetih metod se za preprečevanje selekcije tveganja uporabljajo tudi izravnalne sheme. Ta metoda je najučinkovitejša za preprečevanje selekcije tveganja in moralnega hazarda, ni pa vedno najboljša. O izravnalnih shemah bom govorila v petem poglavju.

#### **4. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI**

V celovit sistem zdravstvenega varstva spada tudi zdravstveno zavarovanje. Slovenski model zdravstvenega zavarovanja uvrščamo v Bismarckov model. Zanj je značilno, da temelji na solidarnosti, financira pa se preko prispevkov. Plačevanje prispevkov je razdeljeno na dva dela, in sicer polovico plačujejo delodajalci, polovico pa si morajo plačati zaposleni sami iz bruto plače. Za socialno šibke kategorije državljanov plačuje prispevke država (Dragan, 2003, str. 6).

V Sloveniji je sistem zdravstvenega zavarovanja določen z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ). Ta določa, da je sistem zdravstvenega zavarovanja razdeljen na tri dele: obvezno zdravstveno zavarovanje, prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila in zavarovanja za storitve, ki niso sestavni del obveznega zavarovanja.

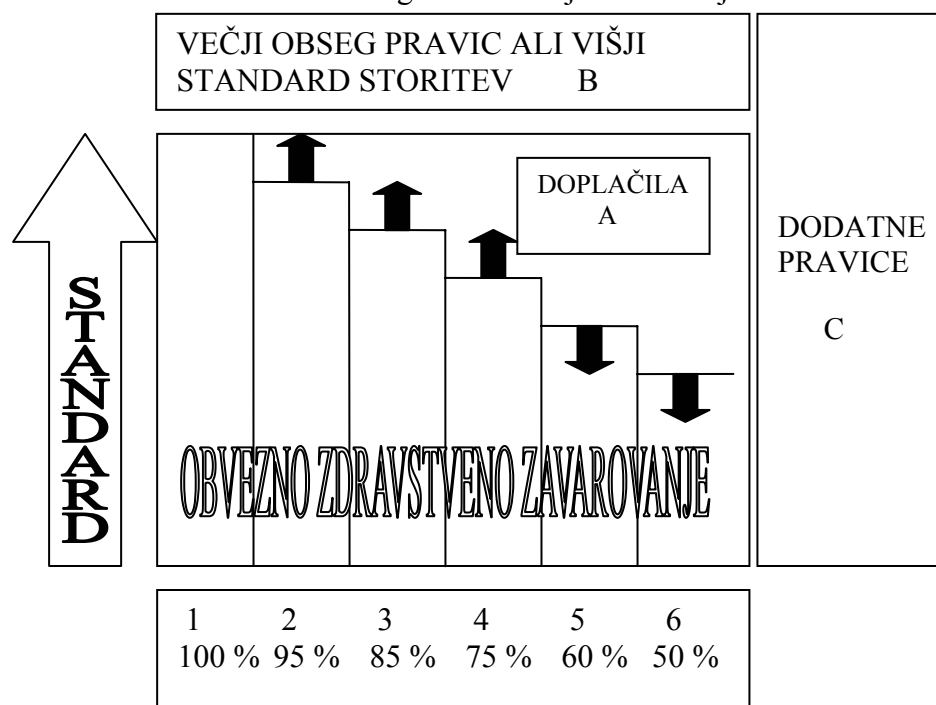
Pri nas obvezno zdravstveno zavarovanje ne zagotavlja kritja vseh stroškov, ki nastanejo pri zdravljenju. Do popolnega kritja stroškov zdravljenja so upravičeni le otroci, šolarji ter ljudje z nekaterimi boleznimi in stanji. Za vse ostale storitve zagotavlja obvezno zavarovanje le določen odstotni delež cene. Za razliko med deležem, ki ga krije obvezno zavarovanje, in polno ceno se oseba lahko zavaruje. To imenujemo prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila ali dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki zagotavlja, da bodo posamezniku kriti stroški nujnih zdravstvenih storitev. V primeru, da oseba ni dopolnilno zavarovana, mora sama plačati razliko.

Obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje sta nedeljiva celota in predstavljata raven zdravstvene in socialne varnosti, ki jo država zagotavlja vsem zavarovanim osebam (Klinični center, 2006).

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so skladno s 23. členom ZZVZZ razporejene v šest skupin. Na spodnji sliki so prikazane s stolpci oštevilčenimi od ena do šest. Stroške, ki izhajajo iz prve skupine pravic, krije obvezno zdravstveno zavarovanje v celoti. Za ostalih pet skupin je določeno, kakšen odstotek stroškov mora kriti pacient sam. Lahko pa se za kritje teh stroškov tudi dodatno zavaruje. Zakon za drugo, tretjo in četrto skupino pravic določa najnižji odstotek, ki ga mora kriti obvezno zavarovanje, za peto in šesto skupino pravic pa je določen

maksimalen odstotek kritja. Točne odstotke določi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZS) v soglasju z vlado Republike Slovenije.

Slika 4: Struktura zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji



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

Vrste prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj so prikazane na Sliki 4 s polji A, B in C. Doplačila, označena s črko A, predstavljajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki skupaj z obveznim zdravstvenim zavarovanjem predstavljajo osnovni standard. Doplačila, ki so označena s črkama B in C pa predstavljajo nadstandardna zavarovanja.

#### 4.1. OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Leta 1992 je vlada sprejela Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, s katerim je bil ustavnovljen Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. S tem zakonom je bilo uvedeno tudi obvezno zdravstveno zavarovanje, ki ga izvaja omenjeni zavod. V skladu z ZZVZZ-jem so v obvezno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji vključeni vsi, ki imajo slovensko državljanstvo in stalno bivališče na območju Slovenije ter osebe, ki v Sloveniji opravljajo pridobitno dejavnost in niso zavarovane po predpisih drugih držav (Poslovno poročilo ZZS, 2005, str. 18). Sredstva se pridobivajo s prispevki, ki jih plačujejo zavarovanci, delodajalci in drugi zavezanci opredeljeni v tem zakonu. Zadnja tri leta pa se sredstva pridobivajo tudi z zadolževanjem. V zameno za pridobljena sredstva zagotavlja zavarovancem pravico do zdravstvenih storitev in določenih denarnih nadomestil, kar predstavlja državljanom visoko raven zdravstvene in socialne varnosti. S tako zbranimi sredstvi upravljajo razni skladi in agencije, namenjena pa so za plačilo zdravstvenih storitev, ki se izvajajo preko javnih zavodov ali zasebnikov s koncesijami.

Obvezno zdravstveno zavarovanje se izvaja po načelih socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, starimi in mladimi, bogatimi in revnimi. Predpisani prispevek, ki ga plačajo državljani, je vezan na vir, ki zavarovancu zagotavlja osnovno socialno varnost (zaposlitev, pokojnina, samostojna dejavnost, invalidnina, lastna sredstva, družbena pomoč). V primeru, da slovenski državljani nima nobene podlage za zavarovanje, nikogar, ki bi ga bil dolžan preživljati, niti nobenih lastnih virov sredstev, ga mora zavarovati občina v kateri ima stalno prebivališče (ZZZS, Ljubljana, 2006).

31. 12. 2005 je bilo v Sloveniji v obvezno zavarovanje vključenih 1.983.109 oseb (Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju, 2006, str. 3) V primerjavi z letom 2004 se je število le-teh povečalo za 0,4 odstotka.

Celotni izdatki za zdravstvo so v Sloveniji v letu 2004 znašali 534,05 milijarde tolarjev ali 8,62 odstotka BDP. Javnih izdatkov za zdravstveno varstvo je bilo v letu 2004 skupno 423,8 milijarde tolarjev ali 6,84 odstotka BDP. Delež javnih izdatkov po letu 2001 kaže stalno stagnacijo. Zasebnih izdatkov je bilo skupno 1,78 odstotka BDP, od česar so sredstva zavarovalnic za prostovoljno zavarovanje predstavljala 1,08 odstotka BDP. Delež zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstveno varstvo je primerljiv z večino razvitih držav Evropske unije (Poslovno poročilo ZZZS, 2005, str. 14).

## **4.2. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE**

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja so se pojavila z zakonodajnimi spremembami leta 1993. Uvrščamo jih med zdravstvena zavarovanja, in sicer v zavarovalno skupino premoženjskih zavarovanj. ZZVZZ določa, da lahko ta zavarovanja na območju Republike Slovenije opravljajo zavarovalnice, ki izpolnjujejo določene pogoje po omenjenem zakonu in po Zakonu o zavarovalništvu.

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja krijejo zavarovancem stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnih pripomočkov ter izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja (Uradni list Republike Slovenije, št. 100, str. 10433).

V evropskem prostoru se je izoblikovalo več tipov zdravstvenih zavarovanj, ki se med seboj razlikujejo glede na odnos do javnega zdravstvenega zavarovanja in po vsebini. Tako imamo štiri vrste prostovoljnih zavarovanj:

- ◆ **Nadomestno zdravstveno zavarovanje** (angl. Substitutional VHI<sup>1</sup>): poslužujejo se ga osebe, ki jih nacionalna zakonodaja izključuje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali iz sistema nacionalnega zdravstvenega varstva, ker s svojimi dohodki presegajo vnaprej določen znesek in zakonodajalec meni, da obvezne zaščite v primeru bolezni ali poškodbe ne potrebujejo. Tem osebam to zavarovanje nadomešča

---

<sup>1</sup> Voluntary health insurance

obvezno zdravstveno zavarovanje. Taka oblika zavarovanj je pomembna predvsem v nemški ureditvi.

- ◆ **Dopolnilno zdravstveno zavarovanje** (angl. Residual VHI): ta zavarovanja krijejo razliko med vrednostjo storitev in deležem te vrednosti, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Ta vrsta zavarovanj je pogosta predvsem pri nas, poznajo pa jo tudi v Franciji. V dopolnilno zavarovanje je v Sloveniji vključenih prek 90 odstotkov zavarovancev.
- ◆ **Vzporedno zdravstveno zavarovanje** (angl. Duplicate VHI): ta skupina zajema zavarovanja pred omejitvami, ki so v obveznem zdravstvenem zavarovanju prisotne s strani izvajalcev zdravstvenih storitev in njihovih zmogljivosti. To zavarovanje obstaja in deluje ob sistemu socialnega zdravstvenega zavarovanja, vendar po drugačnih postopkih in standardih. Ta oblika zavarovanj je pogosta v državah z nacionalno zdravstveno službo, kot so Španija, Velika Britanija, Grčija, Portugalska in Italija. Vzporedno zavarovanje si zagotovijo predvsem osebe z višjimi dohodki, zato imajo tudi neposreden vpliv na porazdelitev dohodka.
- ◆ **Dodatno zdravstveno zavarovanje** (angl. Supplementary VHI): to zavarovanje obsega zavarovanje za vsebine, ki niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in ni niti dopolnilno niti nadomestno zdravstveno zavarovanje. Tipični primeri teh zavarovanj so zdravljenje kroničnih bolezni v tujini, lepotne operacije, alternativna zdravljenja, posebno udobje v bolnišnici, zdravila in pripomočki, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne zagotavlja in podobno (Strban, 2005, str. 53).

Slika 5: Tipologija zdravstvenih zavarovanj



Vir: Gracar, 2002, str. 189.

V Sloveniji se je od zgoraj navedenih tipov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj uveljavilo predvsem dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki je s 7,56 milijarde tolarjev ali 0,53 odstotka BDP leta 1993 naraslo na 69,4 milijarde tolarjev ali skoraj 1,1 odstotka BDP v letu 2004.

### **4.3. PONUDNIKI PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ**

Na slovenskem ozemlju so prisotni trije ponudniki prostovoljnih zavarovanj:

- ◆ Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.
- ◆ Zavarovalna družba Adriatic, d.d.
- ◆ Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d.d.

#### **4.3.1. VZAJEMNA ZDRAVSTVENA ZAVAROVALNICA**

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. je družba za vzajemna zdravstvena zavarovanja. Ustanovljena je bila na podlagi Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki je bil sprejet leta 1998.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica je s svojim poslovanjem začela novembra 1999, ko je novi Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju predpisal, da se morajo sredstva za prostovoljna zdravstvena zavarovanja voditi ločeno od sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Do takrat je namreč Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije izvajal tako obvezna kot prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Zaradi take ureditve se je prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila izvajalo po dvojni ureditvi in po dvojni tehnologiji, kar je imelo za posledice hude zaplete. ZZS je tako ustanovil Vzajemno zdravstveno zavarovalnico, d.v.z., na katero je prenesel celotno premoženje, terjatve in obveznosti, ki so izhajale iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Danes je Vzajemna največja specializirana zavarovalnica za prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Sloveniji, ki ima prek 900 tisoč zavarovancev. Do marca 2006 jih je imela več kot 1.200.000, a se je s spremembo zakona mnogo ljudi odločilo za prestop k drugima dvema ponudnikoma. Kljub temu je ohranila večinski delež na našem trgu.

Ta zdravstvena zavarovalnica posluje po dveh načelih, vzajemnosti in neprofitnosti. Prvo načelo pravi, da si zavarovanci v primeru bolezni ali poškodbe medsebojno pomagajo pri kritju stroškov za zdravstvene storitve. Drugo načelo, načelo neprofitnosti, pa pravi, da če pride do presežka prihodkov nad odhodki, se ti v obliki raznih ugodnosti vrnejo zavarovancem in se ne delijo med delničarje, kot je to v navadi pri delniški družbi.

Vzajemna ima v svoji ponudbi naslednje oblike zavarovanj (Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, Ljubljana, 2005):

- ◆ Prostovoljna zdravstvena zavarovanja za doplačila
- ◆ Prostovoljna zdravstvena zavarovanja za višji obseg pravic:
  - Nadstandardna zavarovanja A
  - Nadstandardna zavarovanja B
- ◆ Zdravstvena zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini
- ◆ Vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje pod različnimi pogoji.



#### **4.3.2. ZAVAROVALNA DRUŽBA ADRIATIC**

Zavarovalna družba Adriatic, d.d. je nastala leta 1990 iz Območne zavarovalne skupnosti Koper, ki je bila del Zavarovalne skupnosti Triglav. Adriatic že od samega začetka ponuja velik izbor zavarovanj, leta 1993 pa je izkoristil spremembe v ZZVZZ-ju ter v njihovo ponudbo vključil tudi prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Takrat je bil Adriatic edina zavarovalnica, ki je poleg Zavoda za zdravstveno zvarovanje Slovenije slovenskemu trgu ponudila prostovoljna zdravstvena zavarovanja.

Ponudba prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj obsega:

- ◆ Dopolnilna zdravstvena zavarovanja,
- ◆ Zavarovanja za večji obseg pravic ali višji standard (skupina B),
- ◆ Zavarovanje za dodatne pravice (skupina C) in
- ◆ Zdravstvena zavarovanja v tujini z asistenco Coris

Konec leta 2005 se je k zavarovalni družbi Adriatic priključila zavarovalniška hiša Slovenica. Adriatic se tako sedaj imenuje Adriatic Slovenica Zavarovalna družba d.d. S to združitvijo je Adriatic Slovenica postal druga največja zavarovalnica v Sloveniji.

#### **4.3.3. TRIGLAV, ZDRAVSTVENA ZAVAROVALNICA**

Triglav, zdravstvena zavarovalnica je na slovenski trg zdravstvenih zavarovanj vstopila leta 2003 kot specializirana zavarovalnica za zdravstvena zavarovanja. Zavarovalnica Triglav ima v Triglav, zdravstveni zavarovalnici večinski delež, in sicer kar 98,5 odstotka. Triglav, zdravstvena zavarovalnica dopolnjuje že tako pestro ponudbo zavarovanj.

Poleg dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj namerava Triglav, zdravstvena zavarovalnica ponuditi še paleto zdravstvenih zavarovanj, ki so v skladu z veljavno slovensko zakonodajo. Pripravljajo pa tudi ponudbo zavarovalniških produktov, ki so postali zanimivi ob normativnih spremembah na področju zdravstvenega zavarovanja.

V evropskem prostoru se je oblikovalo pet tipov zasebnih zdravstvenih zavarovanj, ki postajajo vedno bolj aktualna in zanimiva tudi za Slovenijo, zato namerava Triglav, zdravstvena zavarovalnica razširiti svojo ponudbo še na:

- ◆ Vzporedna zdravstvena zavarovanja,
- ◆ Dodatna zdravstvena zavarovanja,
- ◆ Nadomestna zdravstvena zavarovanja in
- ◆ Asistenčna zdravstvena zavarovanja.

#### **4.4. RAZVOJ PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENGA ZAVAROVANJA OD LETA 1992 DO 2005**

Izvajanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj je opredeljeno s številnimi zakoni, in sicer Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakonom o zavarovalništvu, Zakonom o zdravstveni dejavnosti in Zakonom o lekarniški dejavnosti.

V Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju se je od njegovega sprejetja do danes pojavilo kar veliko sprememb (glej Prilogo).

##### **4.4.1. SPREJEM ZAKONA O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU**

V sistemu, ki je veljal do marca 1992 so imeli vsi prebivalci zagotovljeno zdravstveno varstvo glede na potrebe in ne glede na lastne prispevke. To je povzročalo stalne težave v poslovanju zdravstvenih zavodov. Tako so marca 1992 sprejeli Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki je uvedel zdravstvena zavarovanja. Skladno s tem zakonom so bili vsi prebivalci Slovenije obvezno zavarovani za določen obseg storitev. S 1. 1. 1993 pa se je začelo izvajati prostovoljno zavarovanje. Od takrat se je možno prostovoljno zavarovati za tisti del, ki ga ni v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Če se oseba za tako zavarovanje ne odloči mora pri uveljavljanju pravic plačati razliko med vrednostjo storitve, ki se je krila z obveznim zdravstvenim zavarovanjem in njeno polno vrednostjo. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje so lahko izvajale tako zavarovalnice kot tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

##### **4.4.2. NOVELE ZAKONA O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU**

Prva pomembnejša sprememba v ZZVZZ-ju je nastala leta 1998 (novela ZZVZZ–C), ko so spremembe zakona narekemale, da lahko prostovoljno zdravstveno zavarovanje izvajajo le zavarovalnice in ne več tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. V skladu z zakonom je tako ZZVZZ ustanovil Vzajemno, na katero je prenesel prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Novi zakon je namreč narekoval, da se morajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja voditi ločeno od ostalih zavarovanj, poleg tega pa je tudi naložil zavarovalnicam, da to vrsto zavarovanj sklonejo dolgoročno ter oblikujejo zavarovalno-tehnične rezervacije.

Druge pomembnejše spremembe pa so nastale avgusta 2005 (novela ZZVZZ–H). Ta novela posega predvsem v dopolnilna zdravstvena zavarovanja, ki jih ponovno ureja in popravlja tako, da ZZVZZ ne vsebuje več nasprotujočih si določb, ki bi omogočale različne razlage. Zaradi omenjenih kontradiktornih določb je namreč od leta 1999 do danes, pri teh vrstah zavarovanj prihajalo, do sistemskih in poslovnih neurejenosti. Največja novost zakona so nedvomno izravnalne sheme, ki so se začele izvajati 1. 3. 2006. Z njihovo uvedbo so dopolnilna zdravstvena zavarovanja postala javni interes Republike Slovenije. Poleg tega je z novim zakonom bolje poskrbljeno za zaščito zavarovancev, okrepljen se je nadzor nad

poslovanjem zavarovalnic in povečala se je konkurenčnost med zavarovalnicami, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

#### **4.4.3. POMEMBNEJŠE RAZLIKE V ZAKONU PRED IN PO SPREJETJU NOVELE ZZVZZ–H**

62. člen ZZVZZ narekuje zavarovalnicam, da morajo glede pravic in obveznosti vse zavarovance obravnavati enako. S tem se izenači obseg zavarovalnega kritja ter premije znotraj posamezne zavarovalnice, ki veljajo za vse zavarovance, ne glede na starost, spol in zdravstveno stanje. Isti člen tudi narekuje, da se morajo vse izvajalke dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja vključiti v izravnalne sheme, na podlagi katerih se izravnavajo stroški med zavarovalnicami zaradi različne strukture zavarovancev. Novela zakona tudi preprečuje selektivno obravnavanje zavarovancev z višjim tveganjem in s tem možnost »pobiranja smetane«. Pred novelo se je namreč dogajalo, da so zavarovalnice sprejemale zavarovance z nižjim tveganjem in tako imele v svojem portfelju ugodno strukturo zavarovancev, kar je prineslo večji dobiček, saj so bili prihodki od premij večji kot odhodki za plačevanje zdravljenja.

Novi zakon pri dopolnilnih zdravstvenih zavarovanjih uvaja tudi čakalno dobo za pozen vstop, ki znaša tri mesece. To pomeni, če se oseba ne zavaruje v roku enega meseca po poteku zavarovanja, plačuje premijo tri mesece, vendar mu zavarovalnica v tem obdobju ne krije razlike, zato mora še vedno doplačevati za zdravstvene storitve, ki niso v celoti krite iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Naslednja novost je določitev maksimalnega popusta, ki ga lahko odobri zavarovalnica. Ta po novem znaša največ tri odstotke medtem ko je pred novelo lahko znašal med 0 in celo 60 odstotkov. Poleg tega je novi zakon ukinil tako matematične rezervacije kot rezervacije za starost ter plačilo davka od prometa zavarovalnih poslov.

Novela ZZVZZ–H predpisuje tudi pribitek na pozni vstop, ki znaša tri odstotke za vsako nezavarovano leto. Šeštevek pribitkov pa lahko znaša največ 80 odstotkov. Pri izračunu števila polnih let se upoštevajo vsi dnevi po 1. 1. 2006. Na primer, če bi moral posameznik dopolnilno zdravstveno zavarovanje začeti plačevati pri 24. letih, v zavarovanje pa bi se vključil šele pri 30., bi plačeval 18 odstotkov višjo letno premijo.

Zavarovalec ali zavarovanec lahko tudi odstopita od pogodbe, vendar je v takem primeru določen trimesečni odpovedni rok. Zavarovalnica pa lahko odstopi od pogodbe le v primeru, da zavarovanec ne plačuje premije.

Tabela 1: Primerjava dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja pred in po noveli

		<b>PRED NOVELO</b>	<b>PO NOVELI</b>
1	Kritje	Vsa doplačila ali del doplačil	Vsa doplačila
2	Prost vstop	Da	Da
3	Enakost obravnave - sprejema	Ne	Da
4	Enakost obravnave - izvajanje	Da	Da
5	Čakalna doba za pozni vstop	Ne	3 mesece
6	Cena	Skupina, starostna skupina, posameznik	Enotna za zavaovalnico
7	Popusti	Od 0 % do 60 %	Max 3 %
8	Rezervacije za starost	Da in ne	Ne
9	Matematične rezervacije	Da in ne	Ne
10	Pribitek za pozni vstop	Ne	3 % za vsako nezavarovano leto
11	Izravnalna shema	Ne	Da
12	Kapitalska ustreznost		Vpliv izravnalne sheme
13	Trajanje	Dolgoročno	Najmanj 1 leto
14	Odstop zavarovalca	Da in ne	1 leto od začetka, 3-mes. odp. rok
15	Odstop zavarovanca	Ne	1 leto od začetka, 3-mes. odp. rok
16	Posledice neplačevanja	Odpoved, ni odstopa	Odstop
17	Davek od prometa zavarovalnih poslov	Da, ne	Ne

Vir: Vzajemci.com

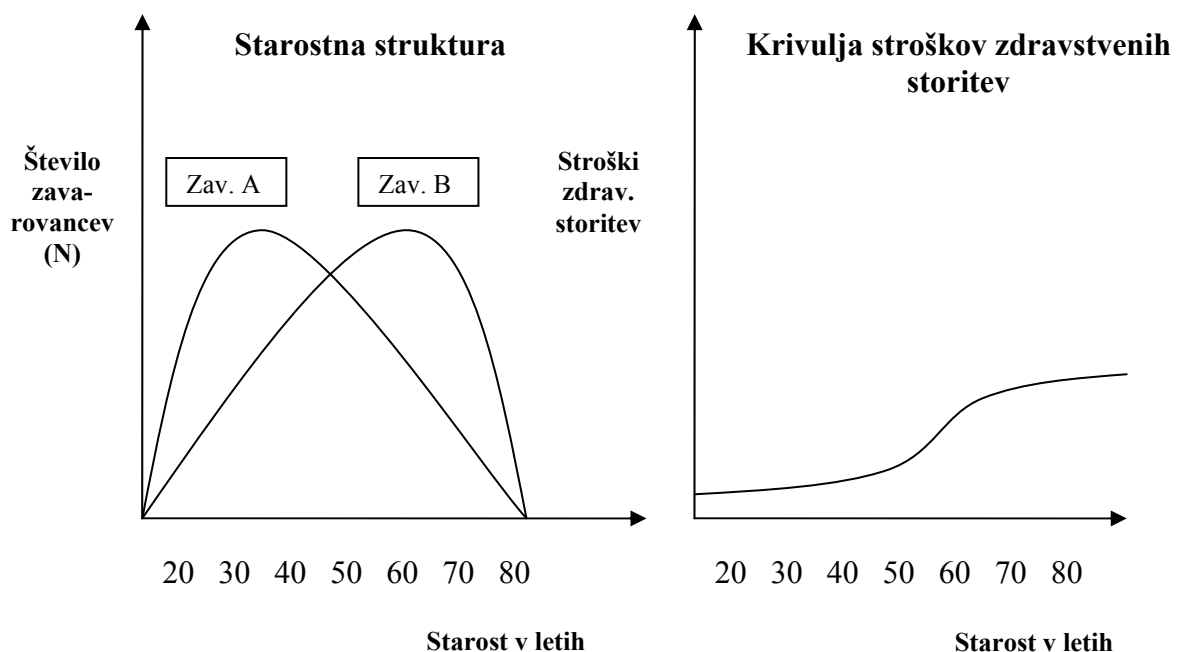
## 5. IZRAVNALNE SCHEME

Kot sem že omenila, stroški za zdravstvo s starostjo močno naraščajo. Ravno zaradi tega je novi zakon opredelil, da se dopolnilna zdravstvena zavarovanja izvajajo po načelu medgeneracijske vzajemnosti. To pomeni, da so premije za vse zavarovane osebe pri isti zavaovalnici enake. Tako osebe, ki so mlajše in praviloma bolj zdrave, prispevajo nekoliko več kot bi v povprečju dejansko potrebovale, starejše in praviloma bolj bolne osebe pa nekoliko manj kot dejansko porabijo. Pri takšni vzajemnosti bi se pojavili problemi, če bi se izvajala zgolj znotraj ene zavaovalnice. Kot sem že omenila, je to problem »pobiranja smetane«. Ravno zaradi tega so nekatere evropske države začele z izvajanjem izravnalnih shem, ki bodo preprečile zavestno ali naključno selekcijo oziroma grupiranje zavarovancev pri posamezni zavaovalnici. Pri izravnalnih shemah pa ne gre zgolj za medgeneracijsko vzajemnost, temveč tudi za vzajemnost med spoloma (stroški zdravstvenih storitev za ženske so v splošnem višji od stroškov teh storitev za moške) ter med zdravimi in bolnimi.

Definicija izravnalnih shem pravi, da se znesek za izravnavo z zavarovalnice z zavarovanci z manjšim zdravstvenim tveganjem (mlajši, bolj zdravi) prenese na zavarovalnico z večjim tveganjem. To pomeni, da so tiste zavarovalnice, ki imajo več mlajših in praviloma manj bolnih zavarovancev, solidarne s tistimi, ki imajo več starejših in praviloma bolj bolnih zavarovancev. Tako omogočajo nevtralizacijo razlik v stroških zdravstvenih storitev zavarovalnic, ki so posledica različne starostne in spolne strukture zavarovancev.

Slika 6 prikazuje dve zavarovalnici, ki imata različno starostno strukturo in krivuljo stroškov. Zavarovalnica A ima bolj ugoden portfelj zavarovancev, saj prevladujejo mlajši in zato praviloma manj bolni zavarovanci, za katere je v povprečju značilno, da povzročajo manj stroškov za zdravstveno varstvo. Zavarovalnica B pa ima večinoma starejše zavarovance in zato manj ugoden portfelj zavarovancev, ki zahtevajo več stroškov za zdravstvo. Iz strukture zavarovancev lahko sklepamo, da bo pri izravnavi na koncu obdobja zavarovalnica A plačnica in zavarovalnica B prejemnica. To pomeni, da se bodo sredstva iz zavarovalnice A, ki ima boljši zavarovalni portfelj od povprečnega, prenesla k zavarovalnici B, ki ima podpovprečen zavarovalni portfelj.

Slika 6: Prikaz zavarovalnic z različno starostno strukturo



Vir: Šik, 2005.

Pomembno je omeniti, da izravnalne sheme zavarovalnicam ne onemogočajo pridobivanja konkurenčne prednosti. Večina konkurenčnih prednosti, ki jih posamezna zavarovalnica lahko uresniči, je ob uvedbi izravnalnih shem še vedno mogoča. Najpomembnejše med njimi so distribucija (različne prodajne poti, po katerih je mogoče produkte ponuditi na trgu), blagovna znamka, odnos do potrošnikov in dobaviteljev, razvoj novih produktov, obvladovanje škod, nakupna učinkovitost, nizki stroški administracije itd. Iz navedega lahko sklepamo, da

izravnalne sheme ne krnijo konkurence, ampak le omogočajo invalidno konkurenco, saj imajo zavarovalnice na voljo veliko vzvodov za realizacijo svojih konkurenčnih prednosti (Jaklič, Košir, 2000, str. 40, 41).

Izravnalne sheme morajo imeti določene značilnosti, da bi kar najbolj služile svojemu namenu. Pogoji, ki morajo biti izpolnjeni, da bodo izravnalne sheme »dobre« so (Šik, Šavron, 2005, str. 290):

- ◆ Sistem izravnalnih shem mora preprečiti manipuliranje zavarovalnic s podatki. Mnogo raziskav je pokazalo, da so zavarovalnice, ki se ukvarjajo s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji, nagnjene k zlorabi podatkov, ki so potrebni za izračun izravnave.
- ◆ Model mora imeti predvidljivo stopnjo natančnosti in pravičen izračun.
- ◆ Podatki morajo biti dostopni in ne preveč dragi.
- ◆ Omogočeno mora biti stalno preverjanje in vrednotenje učinkov shem na podlagi odziva trga. Izravnalne sheme namreč niso uvedene za zmeraj. Obstajati mora sistem, ki omogoča njihovo popravljanje, če pride do problemov.
- ◆ Uspeh izravnalnih shem je odvisen tudi od sprememb v izgubah ali dobičkih udeleženk, ki so posledica izravnave.

Obstajata dva načina za izračun zneskov za izravnavo, in sicer prospektivni in retrospektivni. Pri prospektivni metodi se izračun opravi na začetku obdobja. Tu se uporabljajo informacije, ki so znane vnaprej, običajno ob sklenitvi zavarovanja. Ponavadi so to informacije, ki se nanašajo na kronično stanje posameznika in se ne spreminjajo pogosto. Ena večjih slabosti te metode je, da se lahko pojavijo večje zlorabe podatkov. Prednosti te metode pa so, da je bolj uresničljiva, omogoča oceno stroškov na začetku obdobja izravnave, podatki so na voljo ter da spodbuja zdravstveno blagajno k preventivi. Zaradi vseh teh prednosti se ta metoda pogosteje uporablja. Za retrospektivno metodo je značilno, da se izračun opravi na koncu opazovanega obdobja. To pomeni, da se uporabljajo dejanski podatki. Informacije se nanašajo na aktualna stanja posameznika. Ta metoda je težje uresničljiva, zato se v svetu manj uporablja. Lahko pa se uporablja tudi kombinacija obeh metod, saj dajeta približno enako predvidljivo stopnjo natančnosti pod pogojem, da je zavarovanih veliko oseb. Problem pri uporabi kombinacije pa nastane, ko je prisoten moralni hazard. V tem primeru metodi ne dajeta podobnih rezultatov.

Izravnalne sheme so bile ponavadi vpeljane v javnem oziroma obveznem zdravstvenem zavarovanju. Izravnalne sheme v javnih zdravstvenih sistemih so uvedli v Avstriji, Švici, Angliji, Nemčiji itd. V Sloveniji izravnalnih shem v obveznem zdravstvenem zavarovanju ne potrebujemo, saj imamo le enega izvajalca tega zavarovanja, to je ZZZS. Izravnalne sheme pa se lahko uveljavijo tudi pri zasebnih zavarovanjih, in sicer tam, kjer je vrsta zdravstvenega zavarovanja določena z zakonom ali pa se izkazuje za javni interes države. Ker imamo v Sloveniji tri ponudnike dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj in le-ta predstavljajo javni interes države, je bilo treba na tem področju uvesti izravnalne sheme. Tako je bil narejen prvi korak k

izboljšanju stabilnosti zdravstvenega varstva. V zasebnem zdravstvenem zavarovanju sta izravnalne sheme uvedli Irska in Avstralija.

Francija, ki je edina evropska država, ki ima primerljiv sistem dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj s Slovenijo in ima tudi obvezno zdravstveno zavarovanje, je namesto izravnalnih shem uvedla alternativne mehanizme za preprečevanje selekcije zavarovancev.

## **5.1. IZRAVNALNE SHEME NA NIZOZEMSKEM**

Nizozemska je imela do konca leta 2005 svojevrsten sistem zdravstvenega zavarovanja, ki je bil razdeljen na tri stebre. Trije stebri prejšnjega sistema so bili:

- ◆ obvezno zdravstveno zavarovanje,
- ◆ zasebno zdravstveno zavarovanje in
- ◆ sheme zdravstvene porabe za državne uslužbence.

Do spremembe v sistemu je prišlo 1. januarja 2006 s sprejetjem novega zakona, ki se imenuje Health Care Insurance Act 2005. Ta akt je ukinil dosedanjo razdrobljenost sistema in uvedel obvezen univerzalni sistem za vse Nizozemce. Nizozemska vlada se je za ta korak odločila zato, da bi omejila rast zdravstvenih stroškov, okrepila solidarnostno ureditev, ohranila posameznikovo svobodo izbire zdravstvene zavarovalnice, naredila zdravstveno varstvo bolj učinkovito in inovativno ter da bi se izboljšala kvaliteta le-tega in povečala transparentnost. S spremembo zakona pa se je še vedno ohranila možnost sklenitve dodatnega zdravstvenega zavarovanja.

S 1. januarjem 2006 je tako začel veljati nov zakon, ki pravi, da so vsi prebivalci Nizozemske kriti z istim zdravstvenim zavarovanjem, ki je regulirano z zakonom. Tako so vsi kriti z enotnim paketom, ki zagotavlja osnovno zavarovanje. Ta paket je uvrščen v kritje, ki je že do sedaj obstajalo pod zakonom socialnega zavarovanja (Social Health Insurance Act). Osnovni paket krije stroške zdravstvene nege, hospitalizacijo (do enega leta) in specialiste, zobozdravstveno nego za otroke (do 18. leta), specialistično zobozdravstveno nego in zobne proteze za odrasle (od 18. leta dalje), lekarniške storitve, materinstvo in poporodno nego do deset dni po rojstvu otroka, rešilca in stroške prevoza ter nekatere rehabilitacijske storitve (omejeno na psihiatrijo/zdravilno terapijo, terapijo za govorne napake, zaposlitveno terapijo in nasvete glede prehranjevanja).

Po novem morajo vsi, ki prebivajo ali plačujejo davek na plače na Nizozemskem, skleniti zdravstveno zavarovanje, saj jim tako naroča zakon, razen dveh izjem. To so osebe, ki so člani sekte, ki jim vest ne dopušča, da bi služili vojsko, in člani oborožene sile, ki služijo na bojišču.

Državljeni, ki izpolnjujejo pogoje za zasebno zdravstveno zavarovanje, plačujejo nominalno premijo, ki je neodvisna od njihovih dohodkov, starosti ali zdravstvenega stanja. Vsak posameznik se lahko sam odloči, s katero zavarovalnico bo sklenil zavarovanje. Pogodbe se

sklepajo za dobo enega leta, saj ima zavarovanec pravico vsako leto zamenjati zavarovalnico. Otrokom, mlajšim od 18 let, ni treba plačevati nominalne premije. Njihovo zavarovanje financira vlada z vladnim prispevkom, ki ga nalaga v nov zdravstvenozavarovalni sklad (Health Insurance Fund).

Poleg nominalne premije pa zaposleni plačujejo še določen prispevek, ki je odvisen od njihovih dohodkov. Ta prispevek znaša 6,5 odstotka njihovih obdavčljivih dohodkov, ne sme pa presegati zneska 1950 evrov. Ta prispevek delodajalec odbije zaposlenemu od plače in se nakaže v zdravstvenozavarovalni sklad<sup>2</sup>. Znesek, ki je odbit od plače zaposlenega, mora delodajalec zaposlenemu povrniti v celoti. Upokojenci, nezaposleni in invalidi plačujejo ravno tako 6,5 odstotka od njihovih dohodkov (npr. pokojnine), vendar morajo poleg tega plačati še 4,4 odstotka od dodatne pokojnine, če jo prejemajo. Za ta drugi prispevek dobijo delno povračilo. Ljudje, ki so se zgodaj upokojili ali so zaposleni le s polovičnim delovnim časom, plačujejo 4,4 odstotka dokler ne dopolnijo starosti 65 let.

Nizozemska vlada je uvedla tudi pomoč pri plačevanju stroškov premije (Healthcare Allowance). Tako lahko glede na dohodke, ki jih zavarovanec prejema, če so ti nižji od določene meje, prejme subvencijo od države, ki mu olajša plačevanje premije. Podpore določa nova organizacija, ki je bila ustanovljena v sklopu davčnega oddelka (Tax Department). Podpora, ki jo prejme zavarovanec, je določena na podlagi dohodkov, ki jih je prejemal zadnje leto, ter na podlagi pričakovanih dohodkov v prihajajočih letih. Znesek podpore plačujejo zavarovancem na začetku meseca, pred rokom zapadlosti mesečne premije in je plačan iz davkoplačevalskega denarja. Ker želijo državljane spodbujati k ocenjevanju zavarovalnih polic tudi na podlagi cene, je višina podpore določena glede na povprečje nominalnih premij na trgu in ne glede na dejansko premijo, ki jo plačuje zavarovanec.

Novi zakon pa predvideva tudi povračila. Do povračila je upravičen zavarovanec od 18. leta dalje (mlajši od 18 let namreč ne plačujejo premije), če ni imel škode. Do povračila v višini 255 evrov je upravičen zavarovanec, ki ni povzročil nobenih zdravstvenih stroškov. Če pa je zavarovanec povzročil zdravstvene stroške, vendar le-ti niso presegli zneska 255 evrov, je upravičen do povračila razlike ob koncu zavarovalnega leta.

Zavarovalnice, ki opravljajo zdravstveno zavarovanje, so urejene kot zasebne družbe. To pomeni, da lahko ustvarjajo dobiček in delničarjem izplačujejo dividende. Stari skladi, ki so ponujali zavarovanja, so tako z novim zakonom izgubili javni status in morajo zato konkurirati oziroma tekmovati z zasebnimi zavarovalnicami. Zavarovalnice morajo zagotoviti storitve in ponuditi zdravstveno zavarovanje po vsej Nizozemski. Izjema so zavarovalnice z manj kot 850 tisoč zavarovanci. Taka zavarovalnica lahko svojo ponudbo omeji na eno ali več provinc Nizozemske.

---

<sup>2</sup> Iz tega sklada se opravlja tudi izravnava med zavarovalnicami.



Zavarovalnice lahko poleg zasebnega zdravstvenega zavarovanja ponujajo tudi dodatno zdravstveno zavarovanje. Zanj same določijo premijo in koristi, ki izhajajo iz zavarovanja. Za razliko od osnovnega paketa lahko zavarovalnice pri tem zavarovanju opravljajo določene ocene strank, ki se želijo pri njih zavarovati. Na podlagi ocen se nato odločijo, ali bodo osebo sprejele v zavarovanje ali ne. V letu 2006 nobena zavarovalnica ni izrabila te pravice. Zavarovanci niso obvezani skleniti dodatnega zavarovanja z isto zavarovalnico, kot imajo sklenjeno zasebno zdravstveno zavarovanje, ampak se lahko odločijo za katerokoli drugo zavarovalnico.

Novi zakon pa je tudi zavarovalnicam naložil obveznost, da morajo v zavarovanje sprejeti vsakogar, ki bi se želel zavarovati pri njih. Tako naj bi postalo zavarovanje dostopno vsem prebivalcem. Premija se razlikuje od zavarovalnice do zavarovalnice. Pri isti zavarovalnici pa mora obstajati enotna premija za vse zavarovance ne glede na spol, starost ali zdravstveno stanje. Premija se lahko razlikuje zaradi dveh razlogov. Prvi razlog so različni paketi storitev. Tako lahko zavarovanec izbere širši paket storitev, za katerega doplača med 100 in 500 evrov. Drugi razlog pa je morebitni popust. Zavarovalnica lahko odobri popust v primeru sklenitve kolektivnih zavarovanj, a ta ne sme presegati 10 odstotkov osnovne premije.

Na Nizozemskem lahko zavarovanec izbira med dvema tipoma polic ali pa se odloči za mešano polico, ki je sestavljena iz obeh. Ta dva tipa sta:

- ◆ **In-kind polica** je enaka dosedanjemu obveznemu zdravstvenemu zavarovanju. Po njej zavarovalnica plača neposredno izvajalcu zdravstvenih storitev. Zavarovanec se lahko odloči za zdravljenje pri izvajalcu, s katerim ima zavarovalnica sklenjeno pogodbo za ta tip police. Če pa se zavarovanec odloči za zdravljenje pri nepogodbenem izvajalcu, se lahko zgodi, da ne bo dobil celotnega povračila stroškov.
- ◆ **Povračilna polica** deluje kot večina dosedanjih zasebnih zdravstvenih zavarovanj. Zavarovanec lahko izbere izvajalca zdravstvenih storitev po svoji želji. Ponavadi bo moral temu izvajalcu najprej poravnati račun, šele nato pa bo dobil povračilo od zavarovalnice. Lahko pa se izvajalec in zavarovalnica dogovorita, da bo zavarovalnica plačala neposredno izvajalcu.

Oseba, ki izpolnjuje pogoje za vključitev v zdravstveno zavarovanje, mora skleniti pogodbo z zavarovalnico v roku štirih mesecev. Oseba lahko sklene zavarovanje s katerokoli zavarovalnico v provinci, v kateri živi oziroma dela. Če oseba ne sklene zavarovanja v določenem časovnem roku, mu lahko zavarovalnica zaračuna pribitek na premijo (kot nekakšna kazen za pozno zavarovanje), ko se le-ta odloči skleniti to zavarovanje. Tako bo oseba morala plačati zavarovalnici nominalno premijo za zdravstveno zavarovanje in pribitek na premijo, ki znaša 130 odstotkov nominalne premije. Pribitek se plačuje toliko mesecev, kolikor oseba ni bila zavarovana. Najdaljša doba plačevanja pa znaša pet let. Torej, če oseba ni bila zavarovana tri mesece, bo pribitek na premijo plačevala tri mesece. Če pa oseba ni bila zavarovana šest let, bo višjo premijo plačevala le pet let. V primeru, da oseba dokaže, da ni odgovorna za nastalo zamudo, oziroma če obstaja tehtno opravičilo za nesklennitev

zavarovanja (na primer psihične motnje), bo oproščena plačila pribitka. Tudi ko oseba nima sklenjenega zdravstvenega zavarovanja, mora plačevati prispevek, ki je odvisen od dohodka, ki ga prejema.

Zavarovalnice se financirajo preko nominalnih premij, ki jih plačujejo zavarovanci neposredno zavarovalnici in s plačili za izravnavo, ki jih plačuje zdravstvenozavarovalni sklad. Omenjeni sklad pa se financira preko premij, ki so odvisne od dohodkov delojemalcev in preko državnega prispevka. Ta je namenjen za financiranje zavarovanja osebam, ki ne plačujejo premije, torej otrokom do osemnajstega leta starosti.

Zaradi zgoraj omenjene obveznosti zavarovalnic, da morajo v zavarovanje sprejeti vsakogar, ki bi se pri njih odločil skleniti zavarovanje, ter zaradi enotne premije za isti obseg kritja, so zavarovalnice vključene v finančno izravnavo. V ta namen so na Nizozemskem uvedli izravnalni sklad. Zavarovalnica za svoje delovanje dobi nekaj denarja iz izravnalnega sklada (Health Insurance Fund). Sredstva, ki se izplačajo, so določena po splošnem porazdelitvenem ključu. Ključ se določi vnaprej glede na značilnosti zavarovancev. Tak ključ naj bi bil ustrezen, saj je bila korelacija med stroški zdravstvenih storitev in zdravstvenim profilom zavarovancev statistično potrjena. Model izravnalnih shem vsebuje parametre, ki odpravljajo razlike, ki nastanejo zaradi starosti, spola in ostalih zdravstvenih značilnosti zavarovancev. Model se uporablja za izravnavo tveganj, ki nastanejo zaradi razlikovanja med tremi kategorijami storitev, in sicer zaradi

- ◆ variabilnih stroškov bolnišnične in specialistične nege,
- ◆ fiksnih stroškov bolnišnične nege in
- ◆ stroškov drugih storitev.

Nizozemske sheme se izvajajo po mešanem sistemu izravnave. To pomeni, da je izravnavna sestavljena iz prospektivnega in retrospektivnega načina:

- ◆ **Ex-ante (prospektivna) izravnavna.** Vsaka zavarovalnica, ki ponuja zavarovanje na Nizozemskem in izpolnjuje pogoje, ki jih narekuje Health Insurance Act, dobi vsako leto enoten znesek. Le-ta odraža zdravstveno tveganje zavarovancev v njegovem portfelju strank. Vsota tega zneska in realne ocene zbranih premij je enakovredna napovedanim stroškom zdravljenja.
- ◆ **Ex-post (retrospektivna) izravnavna.** Znesek, ki ga dobi zavarovalnica na začetku leta, mora biti prilagojen zaradi razlik, ki nastanejo med oceno in dejanskim številom zavarovancev. Potreba po retrospektivni izravnavi je le začasna. Ta izravnavna se bo namreč zmanjšala, ko bodo dostopne boljše informacije za prospektivno izravnavo.

Poleg stroškov opravljanja zdravstvenih storitev, ki jih plačajo zavarovalnice, imajo le-te tudi stroške obratovanja. Operativni stroški pa so iz izravnalne sheme izpuščeni. Zavarovalnice imajo z osebami mlajšimi od 18 let, stroške zdravstvenih storitev (za katere so vključene v izravnavo), imajo pa tudi operativne stroške. Ker zavarovalnice teh stroškov ne morejo

financirati preko pribitkov na premije za mlajše od 18 let, dobijo od sklada še določeno nominalno plačilo. To plačilo je ločeno od zneska izravnave.

V primeru, da se bodo v tem razdrobljenem sistemu izravnave pokazale določene pomanjkljivosti, bo nizozemska vlada vpeljala splošno izravnavo.

## **5.2. IZRAVNALNE SCHEME V AVSTRALIJI**

Avstralski sistem zdravstvenega varstva je kompleksen, saj obsega veliko storitev, ponudnikov zdravstvenih storitev ter serijo skladov in urejevalnih mehanizmov. Avstralski sistem zdravstvenega varstva je (tako kot v mnogih drugih državah) razdeljen na zasebni in javni sektor.

Nacionalni zdravstveni program izvaja vladni sistem zdravstvenega zavarovanja, ki se imenuje Medicare. Ponuja univerzalen dostop do zdravstvene nege ne glede na pacientovo zmožnost plačila. Ta sistem se financira iz splošnih davkov in posebnega obveznega davka za zdravje, ki je odvisen od posameznikovih dohodkov. Medicare svojim članom ponuja brezplačno ambulantno nego, brezplačno nastanitev, zdravniško, bolniško in ostalo nego v vlogi javnega pacienta v javnih bolnišnicah. Bolnik pa se lahko odloči tudi za drugo možnost, ki predstavlja alternativo prvi. Izbere lahko zdravljenje v vlogi zasebnega pacienta v javnih ali zasebnih bolnišnicah. V tem primeru mu Medicare ne krije celotnih stroškov. Medicare na splošno ne krije stroškov zobozdravstvenih storitev, nujne medicinske pomoči, nege na domu, fizioterapije, zaposlitvene terapije, terapije za izboljšanje govora, kiropraktičnih storitev in storitev za zdravljenje bolezni nog, psihološkega zdravljenja, očesnih in slušnih pripomočkov ter zdravstvenih storitev, ki niso na njegovem seznamu (Health care systems in eight countries: trends and challenges, str. 5). Vsi, ki so vključeni v Medicare, imajo dostop do lekarniške sheme (Pharmaceutical Benefit Scheme). Preko teh shem se subvencionirajo določena zdravila s predpisanega seznama.

Posameznik pa lahko sklene tudi dodatno zdravstveno zavarovanje, ki je povsem prostovoljno. To zavarovanje je namenjeno kritju stroškov, ko se bolnik odloči za zdravljenje v vlogi zasebnega pacienta. Zasebni pacienti so deležni boljšega zdravljenja in lahko sami izberejo zdravnika, na ta način pa si lahko tudi skrajšajo čakalno dobo za nekatere kirurške posege v zasebnih bolnišnicah. Zasebno zdravstveno zavarovanje pa krije tudi stroške storitev, ki jih Medicare ne, na primer rešilne prevoze, zobozdravstveno nego, okulistične pripomočke, fizioterapijo ter še veliko drugih storitev.

Zavarovalnice, ki izvajajo zasebno zdravstveno zavarovanje morajo vsem, ki bi se želeli dodatno zavarovati, zaračunati enako premijo ne glede na njihovo zdravstveno stanje. To namreč zagotavlja, da je zasebno zdravstveno zavarovanje na voljo široki množici ljudi in da starejši in kronično bolni niso izločeni.

Osebe, ki sklenejo zasebno zavarovanje so deležne tudi določenih popustov. Mlajši od 65 let imajo 30-odstotni popust. Tisti, ki so stari med 65 in 69 let, so upravičeni do 35-odstotnega popusta, osebe, stare 70 let in več, pa so deležne 40-odstotnega popusta.

Z ustanovitvijo Medicara leta 1984 je začelo upadati članstvo v zasebnem zdravstvenem zavarovanju. Upadanje je znašalo 3,5 odstotka letno. Problem upadanja članstva je bil toliko večji, ker so izstopali pretežno mlajši in bolj zdravi ljudje, ostajali pa so starejši in večji potrošniki zdravstvenih storitev. To je seveda povzročilo naraščanje stroškov, kar je posledično pripeljalo do visoke rasti premij. Le-ta je preseгла inflacijo in je znašala kar 9,8 odstotka letno. Nacionalne vlade so si zato zadale cilj: zaustaviti upadanje članstva v zasebnem zdravstvenem zavarovanju ter spodbujati mlade in bolj zdrave k sklepanju in tudi ohranitvi tega zavarovanja. S tem bi se seveda izboljšal rizični profil skladov in znižale premije. Tako so vlade izvedle tri pomembnejše spremembe v politiki zasebnega zdravstvenega zavarovanja. Prva sprememba se je zgodila julija 1997, ki je vpeljala subvencioniranje premij za zdravstveno zavarovanje za posameznike z letnim dohodkom, nižjim od 35 tisoč avstralskih dolarjev, oziroma za družine z letnim dohodkom, nižjim od 70 tisoč avstralskih dolarjev. Poleg tega so uvedli tudi dodatno obremenitev v višini enega odstotka za posameznike, katerih dohodki presegajo 50 tisoč avstralskih dolarjev (za družine 100 tisoč avstralskih dolarjev), ki nimajo sklenjenega privatnega zdravstvenega zavarovanja. Druga sprememba je bila vpeljana januarja 1999. Ta je nadomestila subvencije. Omogočila je 30-odstotni popust tistim, ki sklenejo zasebno zdravstveno zavarovanje. Tretja sprememba pa je nastala julija 2000 in je imela največji vpliv na ponovno povečevanje članstva v zasebnem zdravstvenem zavarovanju. Uvedli so pribitek na premijo za osebe starejše od 30 let, ki niso imele stalno sklenjenega zasebnega zavarovanja. Takim osebam se premija povečuje za 2 odstotka letno dokler se ne vključijo v zasebno zdravstveno zavarovanje. Tisti, ki se vključijo pred 31. letom starosti, bodo tako deležni nižje premije, vendar samo v primeru, da zavarovanja ne prekinejo. Z vsemi tremi reformami je vladi le uspelo povečati delež prebivalstva z zasebnim zdravstvenim zavarovanjem iz 30 odstotkov leta 1998 na 45 odstotkov leta 2001.

Avstralci svoj vzorec izravnalnih shem imenujejo pozavarovanje (reinsurance), kar je nekoliko neustrezno pojmovanje. Kakorkoli, avstralski sistem izravnalnih shem deli zavarovance zgolj na dve skupini, in sicer na mlajše od 65 let in starejše od 65 let. Izravnava med zavarovalnicami poteka tako, da se za posamezno zavarovalnico določi, ali je delež starejših večji ali manjši od povprečnega deleža starejših. Nato pa iz razmerja med povprečnimi stroški zdravstvenih storitev za mlajše in za starejše izračunajo obtežitveni faktor, ki ga uporabijo za izračun obveznosti. Poleg izravnave med mlajšimi od 65 let in starejšimi od 65 let pa poteka tudi izravnava za bolnišnično zdravljenje, ki je daljše od 35 dni. To povzroča dodaten problem, saj bolnišnice tako nimajo spodbude, da bi iskale metode učinkovitejšega zdravljenja težjih primerov ali kronično obolenih.

Pozavarovanje zaradi samo dveh obstoječih stroškovnih skupin in neenakomernih struktur portfeljev pri izravninah povzroča velike prenose med zavarovalnicami. Višina prenesenih sredstev je tako enaka 50 odstotkom sredstev, ki so bila izplačana za bolnišnična zdravljenja. Izravnava med zavarovalnicami se opravlja vsake štiri mesece.

Pri zasebnem zdravstvenem zavarovanju so uvedli tudi čakalno dobo. Za bolnišnična zdravljenja je določena maksimalna čakalna doba dva meseca. Za posameznike, ki imajo že prej obstoječe težave ali bolezni ter za nosečnice, je določena daljša maksimalna čakalna doba. Problem nastane, ker ni določenih minimalnih čakalnih dob in se tako mnoge zavarovalnice tej čakalni dobi odpovejo, da bi pritegnile nove zavarovance. Ljudje, ki prehajajo med zavarovalnicami, dobijo potrdilo o »odsluženi« čakalni dobi, tako da jim s preходом k novi zavarovalnici ni treba ponovno čakati na veljavnost sklenjenega zavarovanja.

Dosedanje izravnalne sheme v Avstraliji niso najbolj učinkovite. V prihodnje bi morala Avstralija razmisliti o uvedbi več starostnih skupin. Da bi povečali spodbude pri iskanju učinkovitejših metod zdravljenja za kronične bolnike in težje primere, bi morala izravnava potekati tudi za primere z bolnišnično nego, ki je krajša od 35 dni. S tem, ko so uvedli pribitke na premije za pozni vstop, se bo stanje v zasebnem zdravstvenem zavarovanju verjetno izboljšalo, čeprav zaradi narave njegovega kritja še vedno obstaja nevarnost ne vključevanja v zasebno zdravstveno zavarovanje. Mnoge storitve za katere stroške krije zasebno zdravstveno zavarovanje, so namreč dostopne tudi preko obveznega zdravstvenega zavarovanja.

### **5.3. IZRAVNALNE SCHEME NA IRSKEM**

Irska ureditev zdravstvenega varstva je specifična in svojevrstna. Po zakonu imajo vsi prebivalci pravico do zdravstvenega varstva. Prebivalci pa se lahko odločijo, ali bodo vključeni v javni zdravstveni sistem ali bodo iz njega izstopili in sklenili zasebno zavarovanje. Za socialno šibke prebivalce je poskrbljeno s posebno kartico, s katero lahko uveljavljajo svoje pravice do zdravstvenih storitev v javni zdravstveni službi. Ustrezne oskrbe so v takih zavodih deležni ob minimalnih doplačilih ali brez njih. Prebivalci, ki niso socialno ogroženi in se odločijo za javni sistem zavarovanja, so ob uveljavljanju pravic iz tega sistema dolžni plačati določen znesek doplačil za zobozdravstvene storitve, zdravila ter bolnišnično zdravljenje. Ta del storitev se financira iz javnega proračuna, v katerega vplačujejo vsi davčni zavezanci. Tisti, ki se odločijo za zasebno zavarovanje, pa so deležni enakega obsega pravic kot osebe v javnem zavarovanju, s to razliko, da se le-ti poslužujejo zasebnih bolnišnic in zasebnih postelj v javnih bolnišnicah. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je na Irskem kar obsežno, saj je vanj vključenih kar 45 odstotkov celotnega prebivalstva. Na Irskem je prostovoljno zdravstveno zavarovanje namenjeno kritju celotnih ali delnih stroškov zdravljenja in zdravstvenih storitev, ki nastanejo zaradi zdravljenja v zasebnih bolnišnicah, pri zdravstvenih svetovalcih in zaradi uporabe zasebnih pripomočkov v javnih bolnišnicah. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje krije poleg obiskov na domu, bolnišničnih storitev,

oskrbe pri specialistu, dnevne nege, zdravljenja v domovih za nego, stroškov namestitve v zasebnih sobah, alternativnega zdravljenja in podobnega tudi stroške za doplačila, ki so predpisana v javnem sistemu. Tako ima Irska v bistvu kombinacijo vzporednega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Financiranje zdravstvenega varstva na Irskem poteka tako preko javnih kot preko zasebnih sredstev. Javna sredstva predstavljajo približno 78 odstotkov vsega denarja, namenjenega za zdravstvo, zbirajo pa se iz splošnih davkov. Zasebna sredstva predstavljajo 22 odstotkov vseh sredstev, namenjenih za zdravstvo. Od tega jih 8,5 odstotka izhaja iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ostalih 13,5 odstotka pa plačajo posamezniki iz svojega žepa.

Na Irskem prostovoljno zdravstveno zavarovanje izvajajo tri zavarovalnice. Do leta 1994 je bila edina ponudnica prostovoljnih zavarovanj Voluntary Health Insurance (v nadaljevanju VHI), ki je tudi največja zavarovalnica na Irskem. To je državna zavarovalnica, ki jo je ustanovilo Ministrstvo za zdravje in otroke. Ker je Irska članica Evropske unije, je morala njena vlada uskladiti dejavnost zdravstvenega zavarovanja s pravom Evropske unije na splošno, še posebej pa glede na zavarovalniške direktive neživljenjskih zavarovanj (Non-Life Insurance Directive). S 1. julijem 1994 pa je prišla v veljavo tudi tretja neživljenjska zavarovalniška direktiva (Third Non-Life Insurance Directive), ki je obvezala vse države članice, da prilagodijo celoten notranji trg neživljenjskih zavarovanj, vključno z zdravstvenim zavarovanjem. S tem so tudi tuje zdravstvene zavarovalnice dobile možnost vstopiti na irski trg zdravstvenih zavarovanj. Vstopili sta dve novi zavarovalnici, in sicer BUPA Ireland in Vivas Health. Vse zdravstvene zavarovalnice pa morajo biti registrirane pri VHI.

Na podlagi 24. odstavka tretje zavarovalniške direktive neživljenjskih zavarovanj je Irska uvedla izravnalne sheme na področju zasebnega zdravstvenega zavarovanja. Irski sistem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja temelji na načelu medgeneracijske solidarnosti z enotno premijo oziroma solidarnosti med različnimi zavarovanimi generacijami. To načelo uresničuje z instrumenti, kot so enotna premija, odprtost članstva, doživljenjsko kritje in izravnalne sheme.

Odprtost članstva pomeni, da mora zavarovalnica sprejeti vse osebe, ki želijo pri njej skleniti zavarovanje, ne glede na spol, starost in zdravstveno stanje. Doživljenjsko kritje pa pomeni, da, ko zavarovalnica sprejme osebo v zavarovanje, ne more prekiniti zavarovanja. Zavarovanje lahko prekine le ob neplačevanju premije. Oseba, ki ima sklenjeno prostovoljno zavarovanje pri eni zavarovalnici, lahko preide k drugi zavarovalnici, ne da bi se ji pri tem dodelila čakalna doba. Prehod mora biti opravljen v roku trinajstih tednov od prekinitve zavarovanja pri prejšnji zavarovalnici. S tem, ko oseba prehaja od ene zavarovalnice k drugi, ne izgubi kritja. Instrument enotne premije pravi, da mora zavarovalnica zaračunati isto premijo za vse osebe, ki imajo sklenjeno isto zavarovanje, ne glede na spol, starost ali zdravstveno stanje.

Tabela 2: Višine pribitka na premijo

Starost ob vključitvi	Maksimalni pribitek
Pod 35 let	0 %
Od 35 do 44 let	10 %
Od 45 do 54 let	25 %
Od 55 do 64 let	45 %
65 let in več	80 %

Vir: White Paper Private Health Insurance, 1999, str. 36.

S tem, ko država uvede enotno premijo, se lahko zgodi, da se mladi ne odločajo za sklenitev zavarovanja. To lahko resno ogrozi zdravstveni sistem države. Irska je zato uvedla pribitek na premijo za pozni vstop, da bi tako preprečila ne vključevanje mladih v sistem. Pribitek ni enak skozi celotno obdobje, ampak se s starostjo povečuje. Kot je razvidno iz Tabele 2 pribitka do 35. leta starosti ni. Po tem letu znaša 10 odstotkov in z leti narašča do največ 80 odstotkov.

Uvedba pribitka je omejena z maksimalnim pribitkom, ki ga lahko zaračuna zavarovalnica. Maksimalni pribitek zagotavlja, da tisti, ki se vključijo v prostovoljno zdravstveno zavarovanje kasneje, plačajo tudi vsoto, ki bi jo plačali, če bi se v sistem vključili prej. Višina pribitkov je odvisna tudi od pričakovane stopnje inflacije škod. Zaradi tega je določeno, da se mora pribitek kontrolirati vsakih pet let. Če zavarovanec za dalj časa prekine zavarovanje, se mu pribitek izračunava tako, da se od starosti ob vstopu v sistem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja odšteje število let, ko je bil vključen v sistem.

Poleg pribitka na premijo pa so, da bi preprečili pozne vstopne, uvedli tudi čakalno dobo. Ta preprečuje vstop zavarovancev v sistem šele, ko bi se jim to splačalo, oziroma ko bi le-ti menili, da so njihove škode večje od vplačanih premij. Čakalna doba je odvisna od zdravstvenega stanja zavarovanca, starosti in dodatnega kritja, ter se razteza od 26 tednov do 10 let. Za nova zavarovanja je določena čakalna doba od 26 do 52 tednov, za določena zdravstvena stanja od 5 do 10 let, ob dopolnitvi kritja pa od 2 do 5 let.

Enotna premija uresničuje tudi cilje države. V primeru, da ljudje niso prostovoljno zavarovani, pozroča to državi večjo porabo javnih sredstev, kar pa ob že tako naraščajočih stroških ni interes nobene države. Če bi se premija oblikovala glede na tveganje, bi bilo namreč nevarno, da veliko starejših in bolnih sploh ne bi bilo vključenih v zdravstveno zavarovanje. Taki ljudje namreč imajo višji riziko in to pomeni visoke premije. Mnogi med njimi pa si jih seveda ne morejo privoščiti, zato bi bil odstotek ljudi, ki so vključeni v prostovoljno zdravstveno zavarovanje, občutno manjši. Omenjeno je potrjeno tudi v praksi. Velika Britanija in Irska imata namreč podoben sistem zdravstvenega varstva, le da se v Veliki Britaniji premije izračunavajo glede na tveganje. Primerjava je pokazala, da je v Veliki Britaniji število ljudi, ki so vključeni v prostovoljno zavarovanje, skoraj štirikrat manjše kot na Irskem.

Irski vzorec izravnalnih shem razdeli zavarovance v štiri razrede, ki so ločeni po spolu. Prvi razred zajema zavarovance od 18 do 24 let, drugi od 25 do 44 let, tretji od 45 do 64, četrti pa 65 let in več. Poleg starosti in spola pa so skupine odvisne tudi od zdravstvenega stanja posameznika.

O izravnavi odloča minister, pristojen za zdravstvo. Odločitev poda glede na priporočilo, ki mu ga posreduje The Health Insurance Authority (v nadaljevanju HIA). HIA je urad za izravnavo, ki deluje pod okriljem zdravstvenega ministrstva. Izravnavo se opravlja glede na MEP (Market Equalization Percentage). To je količnik skupnega zneska za izravnavo in zneska škod vseh zavarovalnic v opazovanem obdobju. Če vrednost MEP doseže manj kot 2 odstotka, se izravnavo ne izvede. Če je vrednost MEP med 2 in 10 odstotki, mora HIA izdelati priporočilo za ministra. Priporočilo je glede plačevanja lahko pozitivno ali negativno, vendar se mora v vsakem primeru ozirati na splošne interese zavarovancev. Če minister nima priporočila HIE, ne sme izdati sklepa o izravnavi. HIA mora pri odločanju o začetku izravnave upoštevati tudi razlike v tveganosti portfelja zavarovalnic, relativno velikost zavarovalnic in posledično vpliv sheme na manjše zavarovalnice, starostno-spolni profil zavarovancev, stopnjo splošne in medicinske inflacije, število zavarovalnic na trgu/število novo vstopajočih zavarovalnic na trg, realno mogoče učinke prenosa sredstev na premije zavarovancev, celotni obseg trga, učinek vplačil na poslovne načrte ali solventnost zavarovalnic ter komercialni status zavarovalnic (The HIA, 2003, str. 13). Če MEP doseže vrednost nad 10 odstotkov, izda minister sklep o izravnavi. Pred tem se mora obvezno posvetovati s HIO. Pri odločitvi pa mora minister upoštevati še dva dejavnika, ki sta zelo pomembna:

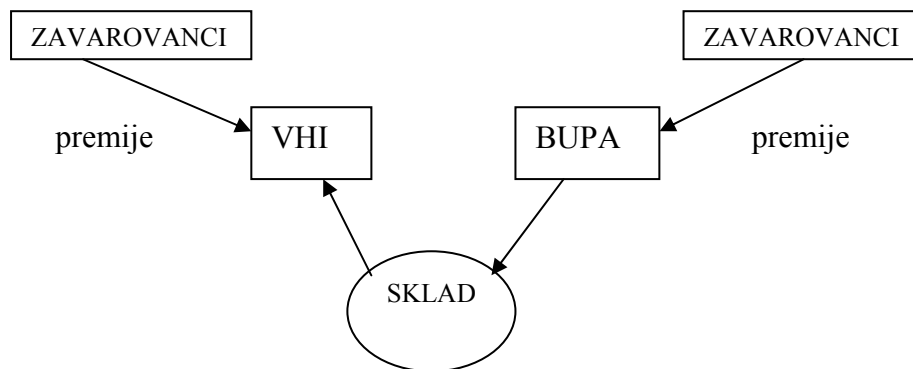
- ◆ splošni interes zavarovancev, ki se kaže v ohranjanju čim bolj enake in čim nižje premije za vse zavarovance ter
- ◆ omogočanje konkurenčnosti med zavarovalnicami brez nevarnosti ogrožanja katere od njih.

Obdobje za izravnavo je določeno na vsakih šest mesecev. Metoda izravnave, ki se uporablja, pa je retrospektivna, kar pomeni, da se opravlja za nazaj in temelji na dejanskih podatkih.

Minister mora ob odobritvi začetka izravnave določiti tudi datum začetka plačevanja v skladu z izravnavo. Od odločitve do začetka plačevanja mora miniti najmanj devet mesecev. Prvih dvanajst mesecev je izravnavo polovična. To omogoča zavarovalnicam, da se prilagodijo na nove pogoje poslovanja. Izravnavo do 1. januarja 2005 še ni bila opravljena, ker HIA ni izdala pozitivnega priporočila glede na zgoraj naštetá merila. Ker izravnavo v vseh teh letih še ni bila opravljena, je minister za zdravje in otroke določil, da se bo pričela 1. januarja 2006, vendar bo še vedno treba upoštevati priporočilo HIE in poznejše prikaze s strani zavarovalnic.



Slika 7: Denarni tokovi v izravnalni shemi – Irska



Vir: Šik, Šavron, 2005, str. 299.

Za novonastopajoče zavarovalnice na irskem trgu velja, da so lahko izključene iz izravnalnih shem prvih 36 mesecev delovanja. Trenutno je na Irskem ena taka zavarovalnica, in sicer Vivas. V naslednjih 12 mesecih pa plačajo le polovični znesek. Tako naj bi bila izravnava opravljena, če bi HIA dala pozitivno priporočilo, le med dvema zavarovalnicama, kot je prikazano na sliki 7. Izravnava bi potekala med manjšo zavarovalnico BUPA, ki bi bila pri izravnavi plačnica, in večjo VHI, ki bi bila prejemnica iz izravnalnega sklada.

#### 5.4. IZRAVNALNE SCHEME V SLOVENIJI

Spremembe in prilagoditve trga prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj so bile potrebne zaradi uskladitve s pravom Evropske unije, posebej pa še z direktivami neživljenjskih zavarovanj. Tretja zavarovalniška direktiva neživljenjskih zavarovanj (Third Non-Life Insurance Directive) zavezuje vse države članice, da sklenejo sporazume za uvedbo notranjega trga na področju neživljenjskih zavarovanj. Med drugim so v 24. odstavek te direktive uvrščene tudi izravnalne sheme, kar pomeni, da je Slovenija z njihovo uvedbo septembra 2005 skladna tudi z zakonodajo Evropske unije.

Poleg uskladitve z zakonodajo Evropske unije pa so bile spremembe Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju potrebne tudi zaradi neurejenosti na področju dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj. Taka ureditev je namreč omogočala nepravo konkurenco, ki je temeljila na selekciji rizikov. Na ta način si je zavarovalnica lahko pridobila ugodnejšo bolezensko in starostno strukturo portfelja. Kljub temu da je zakon določal, da morajo zavarovalnice v svoj portfelj sprejeti vsakega posameznika ne glede na spol, starost in njegovo zdravstveno stanje, so se zavarovalnice lahko odločale za prikrito selektivno obliko trženja, ki jim omogoča doseči ugodnejši portfelj. Zaradi neurejenosti trga dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj so se pojavile zahteve po boljšem varstvu in zaščiti zavarovancev, potreba po boljšem nadzoru zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, večji preglednosti tega zavarovanja in po odpravi zakonskih nejasnosti, ki urejajo to področje. Z uvedbo izravnalnih shem so omogočili izenačitev finančnih pogojev za vse domače in tuje

zavarovalnice, ki bi se odločile izvajati dopolnilna zdravstvena zavarovanja na slovenskem trgu.

Slovenija si je za zgled vzela Irsko, ki je izravnalne sheme uvedla leta 1993. Tako smo v Sloveniji septembra 2005 sprejeli novelo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki uvaja novosti pri izvajanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Največja novost so izravnalne sheme, ki udeležujejo javni interes Republike Slovenije.

S sprejetjem novega zakona so začele v Sloveniji veljati enotne premije za vse zavarovance, zato je zakon obvezal vse zavarovalnice, da se vključijo v izravnalno shemo, kar naj bi preprečilo selekcijo rizika in grupiranje zavarovancev pri eni zavarovalnici. Pozitivni učinki enotne premije pa so do določene mere odvisni tudi od vključevanja mladih v dopolnilna zdravstvena zavarovanja. Presežki, ki nastanejo pri mladih, namreč pripomorejo k temu, da starejši in bolj rizični zavarovanci plačujejo premijo, ki si jo lahko privoščijo. Če se mladi ne bi vključevali v dopolnilno zdravstveno zavarovanje, bi to s časom povzročilo dvig premije, kar bi povečalo izstopanje mladih iz tega zavarovanja in bi posledično še poslabšalo strukturo portfelja. Tej nevarnosti se je mogoče v veliki meri izogniti z uvedbo čakalnih dob in pribitka za pozen vstop. V Sloveniji je čakalna doba tri mesece. To pomeni, da zavarovanec v tem obdobju plačuje premijo, vendar nima kritja s strani dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Pribitek na premijo pa znaša tri odstotke za vsako nezavarovano leto. Maksimalni pribitek je lahko največ 80 odstotkov.

V Sloveniji je sedanja razdelitev in starostna neenakost portfelja med zavarovalnicami bolj posledica politike nastajanja zavarovalnic kot dejanske selekcije mlajše populacije. Z že prej omenjeno spremembo zakona leta 1998 so bili zavarovanci, ki so imeli sklenjeno zavarovanje pri ZZZS, avtomatično preneseni k na novo ustanovljeni družbi Vzajemna. Ker pa so bile pogodbe sklenjene dolgoročno, je bilo tako rekoč onemogočeno prehajanje zavarovancev med zavarovalnicami.

Izravnalne sheme so v Sloveniji opredeljene v 62.d členu ZZVZZ (leto 2005), ki pravi, da morajo biti vse zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, vključene v izravnalno shemo, s katero se med njimi izravnajo razlike v stroških zdravstvenih storitev, ki izhajajo iz različnih struktur zavarovancev posameznih zavarovalnic glede na starost in spol. Izhodiščni znesek za izravnavo se za zavarovalnico izračuna kot razlika med zneskom stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zavarovanja te zavarovalnice in standardiziranim zneskom stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zavarovanja te zavarovalnice. Če je znesek stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zavarovanja manjši od standardiziranega zneska stroškov, je zavarovalnica plačnica v izravnavi. V nasprotnem primeru pa je zavarovalnica prejemnica v izravnavi. Obdobje izravnave je obdobje treh zaporednih koledarskih mesecev. O izravnavi med zavarovalnicami odloča Ministrstvo za zdravje, ki mu morajo izvajalke dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj najkasneje v 20 dneh po zaključku izravnalnega obdobja posredovati poročila o izvajanju dopolnilnega zdravstvenega

zavarovanja. Ministrstvo za zdravje na podlagi prejetih poročil določi, katera zavarovalnica je prejemnica in katera plačnica. Zavarovalnica plačnica mora znesek za izravnavo plačati v osmih dneh od prejema odločbe o izravnavi. V nasprotnem primeru se ji zaračunavajo zamudne obresti.

V Sloveniji smo za vsak spol oblikovali po sedem rizičnih razredov. Vodi se jih ločeno za moške in ženske. Starostni razredi se začnejo pri starosti 15 let in si sledijo v razponu desetih let do starosti 75 let. Zadnji starostni razred, ravno tako ločen po spolu, predstavljajo zavarovanci, stari 75 let in več. Zavarovanci, ki še niso dopolnili 15 let, spadajo v prvi starostni razred.

Izravnavo med zavarovalnicami se ne opravi, če je seštevek zneskov za izravnavo, ki jih morajo plačati zavarovalnice plačnice, manjši od enega odstotka in pol zneskov kosmatih obračunanih škod, povečanih za zneske nadomestil. Če se izravnavo ne opravi, se znesek za izravnavo prenese v naslednje obračunsko obdobje. V primeru, da je seštevek zneskov za izravnavo večji od enega odstotka in pol, pa se izravnavo opravi.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica je imela v svojem portfelju večino starejših zavarovancev (400 tisoč jih je bilo starejših od 60 let), in tako so bile njene zahteve večje v primerjavi z ostalima dvema zavarovalnicama, ki imata pretežno mlajše zavarovance in lahko ustvarjata velike dobičke. Ravno zaradi tega dejstva je parlament že v Zakonu o zavarovalništvu leta 2000 definiral dopolnilno zavarovanje kot javni interes Republike Slovenije in je tako ustanovil fundacijo za izvrševanje izravnalnih shem na področju dopolnilnih zavarovanj. Nekdanja vlada pa ni pokazala velikega zanimanja za izvršitev teh shem. V bistvu je minister za zdravstvo v Zeleni knjigi celo predlagal odpravo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in vključitev vseh storitev pod 100-odstotno kritje iz obveznega zavarovanja. Seveda bi takšen premik še bolj obremenil plače in posledično resno prizadel slovensko gospodarstvo, tako da je nekdanji finančni minister zavrnil njegov predlog. Z večino starejših zavarovancev je Vzajemna leta 2004 ustvarila 11,6 milijona evrov izgube iz poslovanja. Če bi Slovenija takrat imela izravnalne sheme, bi bila Vzajemna prejemnica v izravnavi in bi tako dobila približno 10 milijonov evrov iz izravnalnega sklada. Prva izravnavo v Sloveniji je predvidena po zaključku prehodnega obdobja v drugi polovici leta 2006.

## **5.5. PRIMERJAVA SLOVENIJE IN IRSKE**

V Sloveniji smo se odločili za vpeljavo izravnalnih shem s sprejetjem novele ZZVZZ-ja septembra 2005 po zgledu izravnalnih shem na Irskem, kjer so uzakonjene že od leta 1993. Glede na to je razumljivo, da sta si sistema izravnalnih shem nekoliko podobna, obstajajo pa tudi razlike.

### 5.5.1. PODOBNOSTI

Tako v Sloveniji kot na Irskem posle prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja opravljajo tri zavarovalnice, ki imajo podobne tržne deleže. V obeh državah namreč posluje ena večja zavarovalnica in dve manjši. Poleg tega imajo zavarovalnice obeh držav podobno povprečno višino škod. V obeh državah je pri manjših zavarovalnicah nižja kot pri večji.

V obeh državah je podoben tudi sistem odločanja o izravnavi. V Sloveniji imamo enostopenjski sistem in o izravnavi odloča le Ministrstvo za zdravje, na Irskem pa je ta sistem dvostopenjski. O izravnavi sicer odloča Ministrstvo za zdravje in otroke, vendar pa se mora, preden izda poročilo o izravnavi, posvetovati s HIO. V obeh državah se izravnavo izvaja na podlagi količnika MEP, s to razliko, da je v Sloveniji meja za izravnavo postavljena pri enem odstotku in pol, na Irskem pa pri dveh odstotkih. Če je v Sloveniji količnik MEP pod določeno mejo, se izravnavo ne opravi, v nasprotnem primeru pa pride do izravnave. Na Irskem pa se izravnavo ne opravi, če je količnik MEP pod dvema odstotkoma. Če je med 2 in 10 odstotki, se opravi pod določenimi pogoji, če pa preseže 10 odstotkov, se izravnavo opravi. Tudi pri metodi, ki se uporablja za izravnavo, ni razlik, saj obe državi uporabljata retrospektivno metodo. To pomeni, da se izravnavo opravlja za nazaj in na dejanskih podatkih.

Naslednja podobnost med sistemoma je odprto članstvo, ki je določeno v obeh državah. Na Irskem zavarovalnica ne sme zavrniti vstopa v zavarovanje osebam, mlajšim od 65 let. Starejšim od 65 let pa zavarovanja ne sme zavrniti v primeru, ko je bila oseba brez zavarovanja manj kot 13 tednov. Če je bila oseba, starejša od 65 let, nezavarovana več kot 13 tednov, pa ji zavarovalnica lahko zavrne zavarovanje. V Sloveniji zavarovalnica, ki izvaja dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ne sme zavrniti nobene osebe, ki je obvezno zdravstveno zavarovana in želi pri njej skleniti zavarovanje. Pri sklenitvi zavarovanj mora vse zavarovance obravnavati enako ne glede na tveganje.

V obeh državah je prisotna enotna premija znotraj zavarovalnice. Možna pa so določena zakonska odstopanja od premije. Na Irskem imajo otroci do 18. leta starosti določeno premijo, ki ne sme biti višja od polovice premije za odraslo osebo z enakim kritjem. Študenti med 18. in 23. letom imajo 50-odstotni popust na premijo v primeru, da jih vzdržuje oseba, ki že ima sklenjeno zavarovanje. Popusta so deležni tudi upokojenci in zaposleni, ki so skupinsko zavarovani. V tem primeru znaša popust 10 odstotkov. V Sloveniji je določen maksimalen popust, ki lahko znaša največ 3 odstotke. Zavarovalnica lahko odobri popust, ko ima pri skupinskem načinu sklepanja in izvajanja zavarovanj ali v drugih primerih nižje administrativne stroške.

Obe državi sta uvedli pribitek na premijo za poznejši vstop ter čakalno dobo, da bi se s tem izognili izstopanju mlajših iz prostovoljnega zavarovanja. Na Irskem je za vsak starostni razred določen maksimalni pribitek, ki ga lahko zavarovalnica zaračuna ob kasnejšem vstopu. Do 35. leta starosti pribitka ni, po tej starosti pa znaša 10 odstotkov in se nato po starostnih

razredih povečuje do največjega pribitka, ki v starostnem razredu od 65 let in več znaša 80 odstotkov. V Sloveniji je pribitek na premijo določen na 3 odstotke za vsako nezavarovano leto in lahko znaša največ 80 odstotkov. Čakalna doba na Irskem je odvisna od starosti, zdravstvenega stanja zavarovanca in dodatnega kritja. Čakalna doba je precej daljša kot pri nas, saj lahko znaša od 26 tednov do 10 let. V Sloveniji je čakalna doba enotna za vse. Če se zavarujemo v roku največ enega meseca od predhodnega poteka zavarovanja, čakalne dobe ni, v nasprotnem primeru pa se določi čakalna doba treh mesecev.

V obeh državah je zavarovalnica, ki se na novo vključi na trg prostovoljnih zavarovanj, lahko izključena iz sistema izravnalnih shem, razlika je le v trajanju te možnosti. Na Irskem je nova zavarovalnica iz sistema izravnalnih shem izključena prvih 36 mesecev delovanja, pri nas pa prvih 12 mesecev delovanja.

### 5.5.2. RAZLIKE

Prva temeljna razlika, ki jo zasledimo med obema državama, so vrste zavarovanj, za katere se izvajajo izravnalne sheme. V irske sheme so zajeta zasebna zavarovanja, ki obsegajo kritje stroškov za nastanitve v zasebnih ali javnih bolnišnicah, stroškov bolnišničnega zdravljenja in podobno. V slovenske izravnalne sheme pa je zajeto celotno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Razlika je tu zelo velika, saj gre pri nas le za doplačila, na Irskem pa so zajeti vsi stroški bolnišničnega bivanja in zdravstvenih bolnišničnih storitev.

Druga velika razlika med Irsko in Slovenijo je v postopku realizacije plačil v izravnavo in določitve predhodnega obdobja. Pri nas je začetek izravnave odvisen izključno od vrednosti MEP-a. Za izravnavo se začne plačevati takoj in v celoti. Na Irskem pa o izravnavi odločajo glede na vrednost MEP, vendar ob upoštevanju določenih pogojev. Za izravnavo se začne plačevati najmanj 9 mesecev po odločitvi ministra, da se izravnava izvede. Prvih 12 mesecev je znesek polovičen, da se lahko zavarovalnice privadijo na nov način poslovanja.

Naslednja razlika je v minimalni dobi zavarovanja. Na Irskem nimajo določila o minimalni dobi zavarovanja, medtem ko je v Sloveniji zakonsko določena, in sicer eno leto. Po poteku enega leta lahko od zavarovanja odstopimo s trimesečnim odpovednim rokom.

Razlika med sistemoma je tudi v obdobju, za katero naj bi se opravila izravnava. Na Irskem je to obdobje šestih mesecev, pri nas pa naj bi se izravnava opravila vsake tri mesece. V obeh državah sta merili tveganja spol in starost. Irska pa ima še dodatno merilo, in sicer zdravstveno stanje zavarovanca.

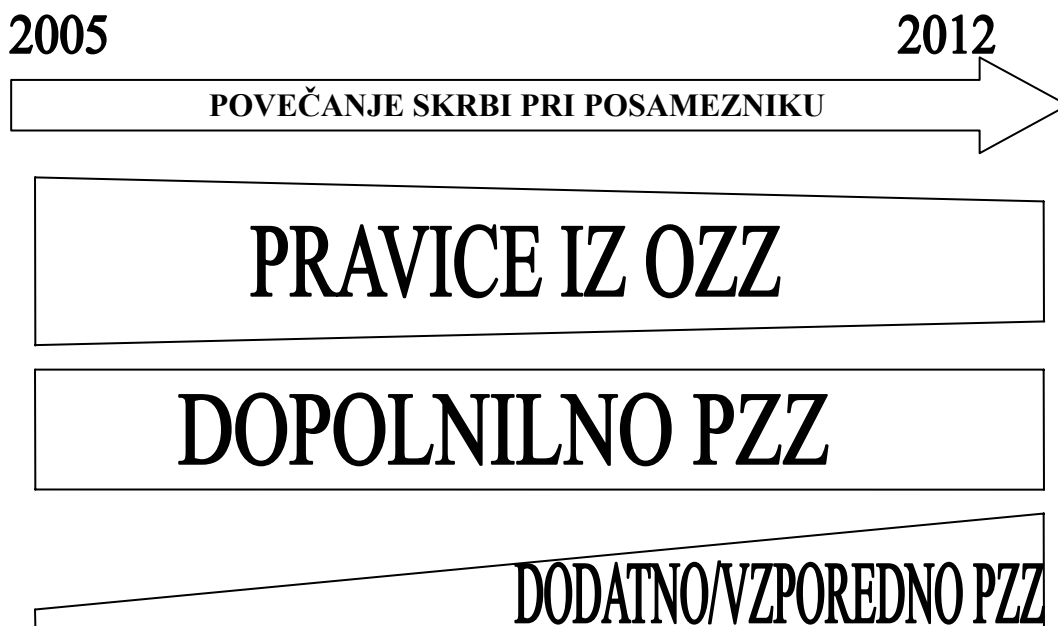
## 6. RAZVOJ PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V SLOVENIJI

S sprejemom novele Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju septembra 2005 je bil storjen prvi korak k bolj stabilnemu sistemu zdravstvenega varstva pri nas. Pričakujemo pa lahko, da bodo v prihodnjih letih na področju zdravstvenih zavarovanj nastale še druge spremembe, ki bodo poskušale odpraviti primankljaje v zdravstveni blagajni in poskušale narediti zdravstveno zavarovanje dostopnejše vsem, tudi socialno ogroženim.

Pričakujemo lahko, da se bodo spremembe pojavile tudi pri obveznem zdravstvenem zavarovanju. V prihodnjih letih bi bilo namreč treba spremeniti obseg pravic, ki jih sedaj zagotavlja to zavarovanje. Poleg pravic iz obveznega zavarovanja pa bo treba urediti tudi privatizacijo v zdravstveni dejavnosti. Vsi se zavedamo, da če želimo doseči dolgoročno stabilnost in sistemsko vzdržnost zdravstvenega varstva, bo treba ohraniti ali celo povečati delež zasebnih sredstev. S povečanjem zasebnih virov v zdravstvu pa bomo vplivali tudi na prestrukturiranje posameznih tipov prostovoljnih zavarovanj. Treba bo bolj uveljaviti tudi druge tipe prostovoljnih zavarovanj, ki so v Evropi že zelo uveljavljeni.

Zavarovalnice, ki sedaj tržijo dopolnilna zdravstvena zavarovanja, bi morale svojo ponudbo razširiti še na druga prostovoljna zavarovanja, ki so namenjena premožnejšim prebivalcem. Eden od razlogov, da se ta zavarovanja pri nas še niso razvila, je tudi na strani zavarovalnic, saj je bilo trženje dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj preprostejše kot trženje drugih oblik prostovoljnega zavarovanja.

Slika 8: Dolgoročne spremembe v prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju



Vir: Gracar, 2005.

Razvoja vzporednega zdravstvenega zavarovanja bi bil pri nas lahko zelo uspešen. Ta vrsta zavarovanja omogoča posamezniku zavarovanje pred omejitvami, ki so prisotne v obveznem zdravstvenem zavarovanju na strani izvajalcev. V Sloveniji se namreč že vrsto let soočamo s problemom dolgih čakalnih vrst za določene operativne posege in pomembne diagnostične preglede. Osebe, ki bi sklenile vzporedno zavarovanje, bi imele hitrejši dostop do teh storitev. Vzporedno zdravstveno zavarovanje pa ima tudi eno slabost, in sicer možnost kršenja načela pravičnosti dostopa.

Dodatno zdravstveno zavarovanje je v Sloveniji že prisotno, vendar ga je sklenil le manjši odstotek ljudi. Namenjeno je kritju stroškov, ki jih obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje ne vključujeta. Primernejše je za premožnejše, ki so s sklenitvijo tega zavarovanja deležni višjega standarda v bolnišnicah, zdravljenja v tujini, določenih zdravstvenih pripomočkov itd. Če bi želeli, da bi se to zavarovanje v Sloveniji bolje razvilo, bi bilo treba izboljšati in razširiti določene zmogljivosti nastanitve in izvajanja zdravstvenih storitev.

Nadomestna zdravstvena zavarovanja bi se pri nas lahko razvila, le pod pogojem, da bi spremenili zakonska določila. Ta vrsta zavarovanj namreč krije stroške zdravstvenih storitev osebam, ki so iz obveznega zdravstvenega zavarovanja izvzete zaradi prekoračitve zakonsko določene meje letnega dohodka. Tako bi prišli do dodatnih zasebnih sredstev v zdravstvenem sistemu. Slabost pa se kaže v tem, da bi te osebe izpadle iz obveznega zavarovanja, zato bi nastal primankljaj teh sredstev.

Kot sem že omenila, smo izravnalne sheme povzeli po irskem modelu. Čeprav imajo ta sistem uveden že vrsto let, pa do izravnave še ni prišlo, tako da ne moremo ugotoviti, kakšne posledice imajo izravnalne sheme za trg zdravstvenih zavarovanj in zavarovalnice. Pri nas je prva izravnava predvidena v drugi polovici leta 2006. Takrat se bodo pokazali morebitni problemi, ki jih povzroča izravnava. Zavarovalnice bodo lahko Ministrstvu za zdravstvo poročale o težavah, s katerimi se bodo soočale, zato ne bi bilo odveč, če bi podrobneje preučili dodatne dejavnike, ki jih HIA upošteva, preden se odloči za potrditev izravnave. Pomembno bi bilo preučiti vpliv izravnave na solventnost zavarovalnic, njihov komercialni status in možne učinke prenosa sredstev na premije zavarovancev. Lahko se namreč zgodi, da izravnava ogrozi normalno delovanje zavarovalnic in oslabi njihovo poslovanje. A sistem izravnalnih shem bo treba testirati vsaj par let, da bomo lahko ugotovili njihov vpliv na trg in zavarovalnice. Takrat bo razvidno, ali bodo potrebne določene spremembe.

V Sloveniji so obljubljali, da se bo z novo ureditvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja premija znižala, vendar se za večino zavarovancev to ni zgodilo. Ravno nasprotno, skoraj celotni populaciji, razen nekaterim upokojevcem, se je premija relativno povečala. To lahko pripelje do nezavarovanja ljudi iz nižjih dohodkovnih razredov. Prav ta skupina pa je zaradi slabših bivalnih pogojev najbolj izpostavljena raznim boleznim. Če nimajo sklenjenega zavarovanja, morajo svoje obiske pri zdravniku ali morebitna zdravljenja plačati iz lastnega

žepa, za kar pa tudi nimajo denarja. In to je začaran krog. Zato bi Slovenija kot socialna država družinam ali posameznikom z letnim dohodkom pod določeno mejo lahko ponudila subvencijo za plačevanje premije. Tako bi dopolnilno zdravstveno zavarovanje postalo dostopnejše.

Po vzoru Nizozemske pa bi bilo morda vredno razmisliti tudi o morebitnih povračilih, če zavarovana oseba ni povzročila stroškov zdravstvenih storitev do določenega zneska. To bi verjetno precej zmanjšalo število namišljenih bolnikov in posledično tudi število dni izostanka z dela, kar bi povečalo produktivnost in izboljšalo gospodarske razmere v državi.

## **SKLEP**

Sistem zdravstvenega varstva je del socialnega področja vsake države. Sestavljen je iz dveh glavnih podsistemov, in sicer sistema zdravstvenih dejavnosti in sistema zdravstvenega zavarovanja. Bistvo slednjega je financiranje celotnega sistema. To pa zadnje čase povzroča nemalo težav večini evropskih in drugih razvitih držav, saj se vse pogosteje srečujejo s problemom zagotavljanja sredstev za učinkovito in nemoteno delovanje sistema zdravstvenega varstva. To je nedvomno posledica staranja prebivalstva. Že nekaj časa namreč spremljamo trende upadanja rodnosti in smrtnosti. Število otrok, ki jih v povprečju rodi ženska v svoji rodni dobi, ne zadošča za normalno obnovo prebivalstva. Poleg staranja prebivalstva stroške zdravstvenih storitev povečujejo predvsem nove tehnologije v medicini. Temu pojavu pravimo medicinska inflacija. Analize so potrdile, da se izdatki v sistemu zdravstvenega varstva povečujejo hitreje kot bruto domači proizvod.

Države poskušajo probleme financiranja reševati tako, da breme prelagajo na posameznika. Vedno pomembnejše postaja prostovoljno zdravstveno zavarovanje, a se tudi tu lahko pojavijo problemi, če se premija oblikuje glede na tveganje posameznika. V takem primeru si ljudje z višjim tveganjem namreč ne bi mogli privoščiti te vrste zavarovanja, saj bi bila premija zanje previsoka. Zato so države uzakonile enotne premije, ki udeležujejo tudi medgeneracijsko vzajemnost. Tako osebe, ki so bolj zdrave, prispevajo v zdravstveno blagajno nekoliko več kot so njihove povprečne potrebe, osebe, ki so bolj bolne, pa nekoliko manj. Brez dodatnih mehanizmov, pa se pojavijo problemi na strani zavarovalnic. Te namreč poskušajo preko zavestne ali prikrite selekcije tveganja privabljati manj rizične zavarovance ter z določenimi trženjskimi prijemi odbijati bolj rizične. Vendar tudi za ta problem obstaja rešitev, in sicer različni mehanizmi preprečevanja selekcije tveganja, ki se jih poslužujejo različne države.

Eden izmed teh mehanizmov je tudi sistem izravnalnih shem. Te omogočajo, da se sredstva za izravnavo prenesejo z zavarovalnice z boljšo strukturo zavarovancev k zavarovalnici s slabšo strukturo zavarovancev. Izravnalne sheme torej omogočajo nevtralizacijo razlik v stroških zdravstvenih storitev, ki so posledica različne starostne in spolne strukture zavarovancev. Tako so zavarovalnice z več mlajšimi in praviloma bolj zdravimi zavarovanci solidarne s



tistimi, ki imajo več starejših in praviloma bolj bolnih zavarovancev. Sistem izravnalnih shem najdemo v svetu tako na področju javnih kot tudi zasebnih zavarovanj.

Ena izmed držav, ki ima sistem izravnalnih shem uveden na področju zasebnih zavarovanj, je Irska. Zakonsko so izravnalne sheme uvedli že leta 1993, vendar zaradi različnih razlogov do izravnave do sedaj še ni prišlo. Poleg MEP-a ima Irska namreč še druge pogoje, ki jih morata HIA in minister za zdravstvo in otroke upoštevati preden se izravnava izvede. Nekateri izmed teh pogojev so solventnost zavarovalnic, vpliv izravnave na premije posameznika, komercialni status zavarovalnic, število zavarovalnic na trgu/število novovstopajočih zavarovalnic itd.

S sprejemom novele Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju leta 2005 se je tudi Slovenija pridružila skupinici držav, ki imajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja urejena s sistemom izravnalnih shem. Novela je posegla predvsem na področje izvajanja dopolnilnega zdravstvena zavarovanja, pri katerem so uzakonjene izravnalne sheme. Naš sistem je najbolj podoben irskemu, iz katerega lahko največ prevzamemo. Vsekakor pa bo potrebno večletno testiranje delovanja sistema pri nas, preden se bomo odločali o njegovih spremembah.

S sprejemom novele ZZVZZ-H je Slovenija naredila prvi korak k prenovi sistema zdravstvenega varstva. Najverjetneje bodo sledile še druge spremembe. O njihovih usmeritvah lahko samo ugibamo, a se bodo po mojem mnenju gibale v smeri prenašanja bremena stroškov zdravstvenega varstva na zasebna zavarovanja in s tem na posameznika. Tako lahko pričakujemo, da se bodo v prihodnje zmanjšale pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pravice dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja pa bodo ostale nespremenjene ali se bodo povečale. Pomembnejše pa bodo postale druge oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, predvsem dodatno in vzporedno zavarovanje.

## 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. 267-284.
2. Busse Reinhard et.al.: Health care systems in eight countries: trends and challenges. London : The London school of Economics & Political Science Hub, 2002. 114 str.
3. Colombo Francesca, Tapay Nicole: Private Health Insurance in Australia: A case study. Pariz : OECD, 2003. 48 str.
4. Colombo Francesca, Tapay Nicole: Private Health Insurance in Ireland: A case study. Pariz : OECD, 2004. 54 str.
5. Cowen Brian: White Paper Private Health Insurance. Dublin : Department of health and children, 1999. 92 str., 8 pril.
6. Dragan Roman: Nadstandardno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2003. 41 str., 6 pril.
7. Glišović Maja: Razvoj prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v zavarovalni družbi Adriatic d.d. Koper. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2004. 44 str., 3 pril.
8. Gracar Ivan: Medgeneracijska vzajemnost, zavarovalno-tehnične rezervacije za starost in izravnalne sheme v dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju za razliko do polne vrednosti storitev v Republiki Sloveniji. 9. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 2002, str. 187-202.
9. Jaklič Marko, Košir Franc: Javni interes in vloga države pri prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih. 7. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 2000, str. 33-43.
10. Keber Dušan et al.: Zdravstvena reforma. Ljubljana : Vlada RS, Ministrstvo za zdravje 2003. 348 str.
11. Korošec Roman: Izzivi obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2003. 88 str.

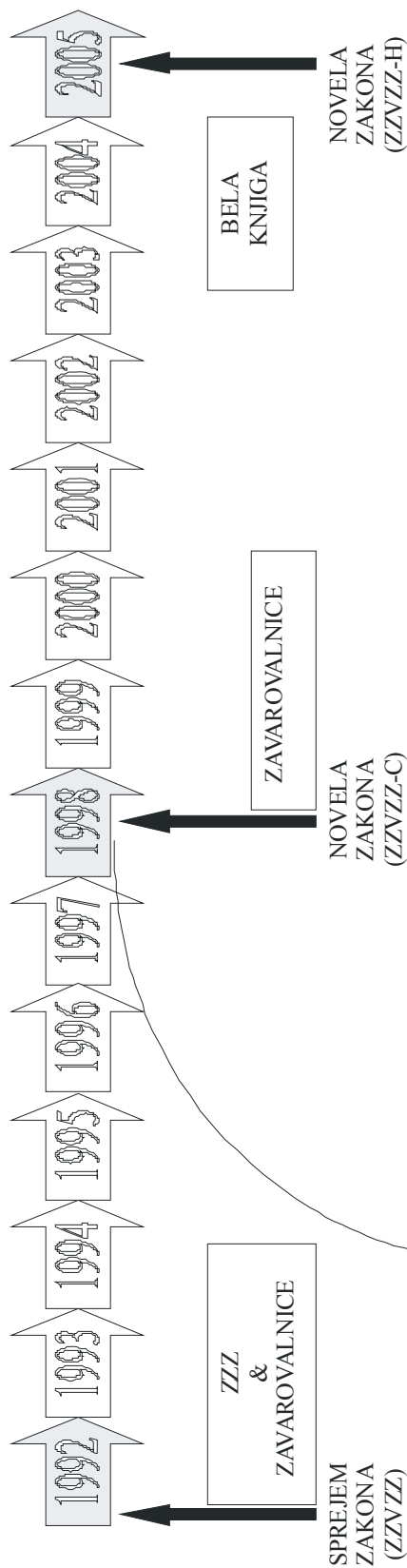
12. Kraiger Tomaž: Vpliv različnih možnosti demografskega razvoja na ekonomsko vzdržnost staranja prebivalstva v Sloveniji. Statistika kot orodje in vir za kreiranje znanja uporabnikov. Zbornik referatov 13. mednarodnega statističnega posvetovanja. Radenci : Statistični urad Republike Slovenije, 2003, str. 194-203.
13. Mossialos Elias, Thomson Sarah: Voluntary health insurance in the European Union. Bruselj : European Observatory on Health Care Systems and LSE Health & Social Care, 2004. 168 str., 3 pril.
14. Sraka Robert, Jaklič Marko: Sistemi izravnalnih shem in možnost njihovega razvoja v Sloveniji. 9. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 2002, str. 173-185.
15. Sraka Robert: Zdravstvena zavarovanja: slediti ali voditi?. 12. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 2005, str. 149-163.
16. Strban Grega: Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ljubljana : Cankarjeva založba, 2005. 328 str.
17. Šik Alenka, Šavron Illenia: Izravnalne sheme in trg zdravstvenih zavarovanj. 12. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 2005, str. 285-310.
18. Tapay Nicole, Colombo Francesca: Private Health Insurance in Netherlands: A case study. Pariz : OECD, 2004. 42 str.
19. Toth Martin, Košir Franc: Prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Evropi in Sloveniji. 5. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 1998, str. 50-61.
20. Van de Ven W.P.M.M. et al.: Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. Health Policy. Amsterdam, 65 (2003), 1, str. 75-98.
21. Van de Ven W.P.M.M., Ellis R.P.: Risk adjustment in competitive health plan markets. Handbook of health economics. Amsterdam, 2000, str. 755-845

## VIRI

1. Adriatic Slovenica Zavarovalna družba. [URL: <http://www.adriatic.si>], 14.05.2006.
2. Australia's Health System.  
[URL: <http://www.medibank.com.au/productandservices/overseas/students/austhealth.asp>], 16.06.2006.
3. Do you have compulsory or private health insurance?. Ministry of Health, Welfare and Sport. 2005. 12 str.
4. Gracar Ivan: Novela ZZVZZ-H: Prvi korak pri iskanju dolgoročne stabilnosti sistema zdravstvenega varstva. Interno gradivo Triglav, zdravstvene zavarovalnice, 2005.
5. Health Insurance (Amendment) Act.  
[URL: <http://acts.oireachtas.ie/en.act.2001.0017.1.html>], 2001.
6. Health Insurance (Amendment) Act.  
[URL: [http://www.irishstatutebook.ie/2003\\_11.html](http://www.irishstatutebook.ie/2003_11.html)], 2003.
7. Health Insurance in the Netherlands. The new health insurance system from 2006. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2005. 77 str.
8. Klinični center Ljubljana. [URL: <http://www2.kclj.si/bolniki-8.html>], 07.05.2006.
9. Kratka predstavitev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Koper : Adriatic Zavarovalna družba d.d., 2003. 19 str.
10. Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju. [URL: [http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/295718392335dff5c12571300029b966/\\$FILE/Podatki%20o%20ZZ\\_13.3.2006.pdf](http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/295718392335dff5c12571300029b966/$FILE/Podatki%20o%20ZZ_13.3.2006.pdf)], 10.05.2006.
11. Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2004. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2005. 108 str.
12. Private health insurance in Ireland.  
[URL: [http://oasis.gov.ie/health/health\\_insurance/private\\_health\\_insurance.html#id3150427](http://oasis.gov.ie/health/health_insurance/private_health_insurance.html#id3150427)], 05.06.2006.

13. Private Health Insurance, Industry Commision, Report No. 57. Canberra : Australian Government Publishing Service, 1997. 399 str., 9 pril.
14. Quality and Fairness. Dublin : Department of Health and Children, 2001. 183 str., 3 pril.
15. Risk equalisation. The Health Insurance Authority. 2003. 13 str., 4 pril. [URL: [http://www.hia.ie/docs/risk-equalisation/Risk\\_Equalisation-Media-Briefing.pdf](http://www.hia.ie/docs/risk-equalisation/Risk_Equalisation-Media-Briefing.pdf)], 05.06.2006.
16. Šik Alenka: Izravnalne sheme in trg zdravstvenih zavarovanj. Inetno gradivo zavarovalne družbe Adriatic d.d. Koper, 2005.
17. The Australian Health Care System. Canberra : Commonwealth of Australia. 2000. 15 str.
18. The New Health Insurance System in brief. [URL: [http://www.minvws.nl/images/health-insurance-system\\_tcm11-62646.pdf](http://www.minvws.nl/images/health-insurance-system_tcm11-62646.pdf)], 16.06.2006.
19. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica. [URL: <http://www.zdravstvena.net>], 14.05.2006.
20. Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. [URL: <http://www.sigov.si/umar>], 12.05.2006.
21. Vzajemci. [URL: <http://www.vzajemci.com/text.php?id=6414>], 16.05.2006.
22. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica. [URL: <http://www.vzajemna.si>], 14.05.2006.
23. Zakon o zavarovalništvu (Uradni list RS, št. 13/00).
24. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92, 29/98, 76/2005, 100/2005).
25. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. [URL: <http://www.zzzs.si>], 06.05.2006.
26. Zelena knjiga. Luxenburg : Urad za uradne publikacije Evropske skupnosti, 2005. 28str., 1 pril.

**Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju**



**Zakon o zavarovalnicah / zavarovalništvu**

