

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

ZAKLJUČNA STROKOVNA NALOGA VISOKE POSLOVNE ŠOLE
**VLOGA PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V
SLOVENIJI**

Ljubljana, februar 2024

KATJA ZGOJZNIK

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Katja Zgojznik, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Vloga prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji, pripravljenega v sodelovanju s svetovalko izr. prof. dr. Petro Došenović Bonča

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.
11. da sem preverila verodostojnost informacij, ki izhajajo iz zapisov, na podlagi uporabe orodij umetne inteligence.

V Ljubljani, dne _____

Podpis študentke: _____

KAZALO

1	UVOD	1
2	ANALIZA STRUKTURE ZDRAVSTVENIH IZDATKOV PO VIRIH FINANCIRANJA V EU.....	1
2.1	Tekoči zdravstveni izdatki po virih financiranja v EU	2
2.2	Tekoči zdravstveni izdatki po virih financiranja v Sloveniji.....	6
3	VLOGA IN TIPI PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ.....	8
3.1	Opredelitev in vloga prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.....	9
3.2	Tipi prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj	12
4	ANALIZA SLOVENSKEGA TRGA IN PRODUKTOV	16
4.1	Pregled slovenskega trga	17
4.2	Tipi produktov	18
4.2.1	Zavarovanje za primer težjih bolezni	18
4.2.2	Zavarovanje za specialistične preglede	19
5	SKLEP.....	21
	LITERATURA IN VIRI	22

KAZALO TABEL

Tabela 1: Struktura zdravstvenih izdatkov po virih financiranja izbranih držav za leto 2021 (v odstotkih).....	4
Tabela 2: Struktura zdravstvenih izdatkov po virih financiranja Slovenije za obdobje od 2015 do 2022 (v odstotkih).....	6
Tabela 4: Gibanje vrednosti (v milijon evrih) in spremembe vrednosti posameznih oblik financiranja za obdobje 2016-2022 (v odstotkih).....	7
Tabela 5: Primerjava obračunov kosmatih zavarovalnih premij za izbrana zavarovanja (v milijon evrih)	14
Tabela 6: Pregled zavarovalnic, njihovega obračuna kosmate premije in tržni deleži.....	17
Tabela 7: Primerjava produktov specialističnih pregledov vseh zavarovalnic.....	21

KAZALO SLIK

Slika 1: Tridimenzionalna kocka financiranja zdravstva	5
Slika 2: Gibanje vrednosti prostovoljnih zavarovanj za obdobje 2016-2022 (v milijon evrih)	8
Slika 3: Pregled in primerjava obračuna kosmate premije za osnovne skupine zavarovanj (v milijon evrih).....	12

SEZNAM KRATIC

angl. – angleško

COVID-19 – (angl. coronavirus disease 2019); koronavirusna bolezen 2019

EU – (angl. European Union); Evropska unija

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1 UVOD

V negotovih razmerah dogodki, kot so na primer bolezni, nesreče in smrt nastopijo nenapovedano in nepričakovano. V takšnih razmerah lahko tveganje znižamo s pomočjo zavarovanj, ki predstavljajo vrsto zaščite za posameznika, njegove družine, svojcev, saj nudijo finančno oporo v teh nesrečnih dogodkih (Maheshwari, 2023).

Zato sem se za svojo Zaključno strokovno nalogo odločila, da poučim prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Ta postajajo vse bolj pomembna in ključna za naše vsakdanje življenje, ker se spreminja vloga obveznega in dodatnega zdravstvenega zavarovanja v državi.

Namen naloge je, da prikažem nove zavarovalniške produkte, ki jih trg že ponuja in tudi na novo ter nadaljnje razvija, zaradi trenutne situacije, ki jo prinaša ukinitvev doplačil, ki so predmet dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Da bom svoj namen dosegla, bom sledila trem ciljem. Prvi cilj je zagotovo ta, da ugotovim ali je to področje res pomembno oziroma kako pomembno vlogo igrajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja pri financiranju zdravstva. Nato sledi cilj izslediti, kakšne so vrste prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj in na koncu še prepoznati katere vrste se pospešeno razvijajo v Sloveniji.

Temeljno raziskovalno vprašanje torej je, kakšni produkti prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj se trenutno ponujajo na slovenskem trgu. Metode dela vključujejo pregled literature in nato primerjalna analiza produktov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

Glavni del naloge je sestavljen iz treh poglavij. V prvem bo predstavljena analiza strukture zdravstvenih izdatkov po virih financiranja v Evropski uniji, kjer je ključnega pomena to, da ugotovim kakšni in kateri so viri financiranja zdravstva. V drugem poglavju se bom predvsem osredotočila na pomen prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj in njihove tipe. Opredelila bom tudi povpraševanje in ponudbo le-teh. Kot zadnje poglavje pa sledi analiza trga in produktov v Sloveniji, kjer bom med drugim predstavila produkte zavarovalnic in jih primerjala.

2 ANALIZA STRUKTURE ZDRAVSTVENIH IZDATKOV PO VIRIH FINANCIRANJA V EU

Financiranje zdravstva oziroma zdravstvenega varstva se lahko analizira s pomočjo vidika finančnih programov in vrst prihodkov finančnih programov. Med programe štejejo finančne ureditve, preko katerih ljudje plačujejo in posledično pridobijo zdravstvene storitve. To je

na primer socialno zdravstveno zavarovanje, katerega se pridobi s plačevanjem prispevkov (OECD, 2017).

Poleg tega pa nam sheme prihodkov omogočajo, da razberemo oziroma pridobimo dva tipa informacij. Prvi tip nam omogoča, da se lahko osredotočimo na sledenje sredstvom, ki so na razpolago finančnim programom, kot so tokovi iz institucionalnih enot gospodarstva (na primer splošna vlada, nefinančne organizacije in neprofitne organizacije, ki delujejo v javnem interesu) ter tokovi iz preostalega sveta. Drugi tip pa je bolj zanimiv z vidika informacij o mehanizmu prispevkov, ki se nanaša na način zbiranja sredstev za zdravstveno oskrbo in se navezuje na vprašanja o fiskalni stabilnosti, trajnosti in enakosti financiranja zdravstvenega varstva (OECD, 2017).

V grobem obstajajo štirje modeli financiranja zdravstva za zadovoljevanje zdravstvenih potreb družbe. Model Beveridgea prihaja iz Velike Britanije in po njem ustvarjen Nacionalni zdravstveni sistem. Ta sistem se uporablja na Danskem, Portugalskem, v Španiji, Grčiji, Švedski in Finski (Rokicki in drugi, 2020).

Sledi mu Bismarckov model, pri katerem vir financiranja predstavljajo zdravstveni prispevki, katere plačujejo zaposleni in delodajalci neodvisnim skladom za zdravstveno zavarovanje. Odgovornost za organizacijo zavarovalnega kritja pa še vedno nosi javna oblast. Javne in zasebne zdravstvene enote zagotavljajo storitve na podlagi podpisanih pogodb. Ta model se pojavlja v Nemčiji, Avstriji, Belgiji, Nizozemski in Franciji. V to skupino sodi tudi Slovenija (Rokicki in drugi, 2020).

Tržno naravnan sistem zdravstvenega zavarovanja (angl. The residual model) državo izključuje iz obveznosti zagotavljanja zdravstvenih storitev državljanom. Prisotne so subvencije, ampak so le-te majne. Osnovni vir v tem primeru predstavljajo zasebna zavarovalniška podjetja, ki delujejo pod nadzorom medicinskih organizacij, kar pomeni, da je v tem primeru za svoje zdravje odgovorna družba sama. Obstajajo tudi programi pomoči, ki so financirani iz javnih sredstev, ampak so na voljo samo ljudem brez dohodka ali z nizkim dohodkom. Ta način financiranja se pojavlja v Združenih državah Amerike (Rokicki in drugi, 2020).

Zadnji model pa je model Semašek, kjer gre za polno odgovornost zagotavljanja zdravstvene oskrbe družbe s strani države. Kar pomeni, da je edini vir financiranja državni proračun. Posledično ni prisotnega zasebnega sektorja, ker je vse javno in državljani imajo dostop do paketa zdravstvenih storitev v celoti. Ta model je bil prisoten na Poljskem do leta 1998 (Rokicki in drugi, 2020).

2.1 Tekoči zdravstveni izdatki po virih financiranja v EU

V različnih zdravstvenih sistemih je struktura financiranja zdravstva različna. V grobem delimo vire financiranja na javne in zasebne. Kot institucionalni sektor gospodinjstva

predstavljajo in se štejejo med zasebni sektor in posledično se plačila iz lastnega žepa gospodinjstev štejejo za zasebno financiranje. Poleg tega se med elemente zasebnega financiranja štejejo tudi premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Nasprotno pa velja za davke in druge vire državnih proračunov ter za prispevke za socialno zdravstvo, ki jih gospodinjstva plačujejo preko premij zdravstvenega zavarovanja, saj se ta štejejo potem kot element javnega financiranja (OECD, 2017).

Ker pa potrebe po zdravstvenih storitvah naraščajo hitreje od razpoložljivih virov, se povečuje tudi neravnovesje med generacijami v finančnem sistemu. Vplačila, tako javna kot zasebna, ki so zagotovljena s strani ene generacije, niso običajno enaka plačilom, ki so potrebna, da se zagotovi storitev tej generaciji (OECD, 2017).

Kot sem omenila, se zdravstveni izdatki v vsaki državi članici Evropske Unije financirajo različno. Struktura financiranja je odvisna od samega delovanja države, kulture in zgodovinske ureditve sistemov socialne varnosti. V večini držav Evropske unije (v nadaljevanju EU), prevladuje javno financiranje, in sicer bodisi preko državnega proračuna bodisi preko obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se ga lahko pridobi preko socialnih zdravstvenih zavarovanj (npr. Slovenija, Nemčija ...) ali preko obveznih pogodbenih zdravstvenih zavarovanj, ki jih nudijo zasebne zavarovalnice (npr. Nizozemska) (OECD, 2022).

V ospredje vse bolj prihajajo tudi neposredna plačila gospodinjstev in prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ki predstavljajo glavno temo zaključne strokovne naloge. Le-ta so običajno namenjena dopolnitvi ali nadomestitvi avtomatskega ali obveznega kritja. Omenjena plačila predstavljajo v strukturi financiranja zdravstva zasebne izdatke (OECD, 2022).

Švedska in Danska sta dve izmed držav članic, v katerih se zdravstveni izdatki financirajo v pretežnem delu iz državnega proračuna. Le-ti so v letu 2021 pokrivali dobrih 85 odstotkov vseh izdatkov za zdravstvo. Njima je blizu Italija s 75,30 odstotki. Obvezna zdravstvena zavarovanja uporabljajo poleg Slovenije tudi Luksemburg, Nemčija, Nizozemska, Hrvaška in Nizozemska. V povprečju so le-ta za celotno Evropsko unijo predstavljala 50,70 odstotkov (Eurostat, 2023).

Povprečno so v letu 2021 neposredna plačila gospodinjstev v državah članicah predstavljala 14,52 odstotkov. Visok delež so neposredna plačila predstavljala v Grčiji, kjer so znašala dobrih 33 odstotkov vseh tekočih izdatkov za zdravstvo (Eurostat, 2023).

Slovenija je izstopala ravno na področju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Namreč le-ta so v letu 2021 predstavljala več kot 10 odstotkov izdatkov za zdravstvo, medtem ko imajo ostale države odstotek prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja nekje do 5 odstotkov (Eurostat, 2023).

Vloga prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja se je skozi leta v Evropski uniji vseeno povečala. Zasebne zavarovalnice nudijo strankam veliko storitev, ki jim omogočajo razširitev in dopolnitev zdravstvenega varstva, financiranega iz javnih sistemov. Vloge zavarovalnic se po državah Evrope razlikujejo zaradi že prej omenjenih zdravstvenih sistemov v državi, njihovih načinov in organizacije (Insurance Europe, 2022).

V tabeli 1 je prikazana struktura zdravstvenih izdatkov po virih financiranja za izbrane države za leto 2021. Izbrano leto 2021 je zadnje leto, za katero so za vse države razpoložljivi podatki. Podatki so prikazani v odstotkih glede na delež tekočih izdatkov za zdravstvo (OECD, 2022).

Tabela 1: Struktura zdravstvenih izdatkov po virih financiranja izbranih držav za leto 2021 (v odstotkih)

Država	Državni proračun	Obvezno ZZ	Prostovoljna ZZ	Izdatki iz žepa	Ostali viri financiranja	SKUPNA VREDNOST
Slovenija	12,7	61,1	12,4	12,9	0,9	100
Nemčija	10,7	74,8	1,3	12,0	1,2	100
Hrvaška	9,4	76,1	5,1	9,4	/	100
Italija	75,3	0,2	2,0	21,9	0,6	100
Švedska	85,9	/	0,6	13,1	0,4	100
Danska	85,2	/	2,1	12,6	0,1	100
Luksemburg	9,0	77,0	2,9	8,9	2,2	100
Nizozemska	13,1	71,8	4,3	9,4	1,4	100
Grčija	30,4	31,8	4,2	33,3	0,3	100
Združene države Amerike	30,4	53,2	1,0	10,7	4,7	100

Vir: prirejeno po OECD (2023).

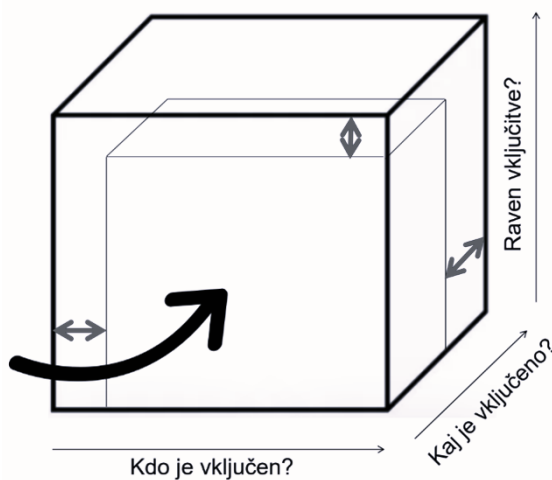
Glede na podatke predstavljene v tabeli 1, lahko vidimo, da je bila višina financiranja iz državnega proračuna najvišja v Italiji, Švedski in Danski, kar pomeni, da se njihovo zdravstvo v glavni meri financira iz državnega proračuna. To je posledica izbranega tipa sistema za financiranje. Nemčija ima višje odstotke pri obveznih zdravstvenih zavarovanjih, ki so znašali 74,8 odstotka. Slovenija ima dobrih 10 odstotnih točk manjšo vrednost (OECD, 2023).

Če se osredotočim na prostovoljna zdravstvena zavarovanja, je presenetljiv podatek, ki sem ga omenila že predhodno - da ima Slovenija precej visok odstotek deleža prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v primerjavi z ostalimi državami. Pri izdatkih iz žepa ima najvišji odstotek Grčija s 33,3 odstotki. Blizu je Italija s kar 21,9 odstotki. Najmanjšega imata Hrvaška in Nizozemska z 9,4 odstotki. Zelo blizu sta si Slovenija z 12,9 odstotki in Nemčija z 12 odstotki (OECD, 2023).

Na koncu lahko vidimo, kakšni so odstotki za ostale vire financiranja. Hrvaška na tem področju nima deleža, saj že predhodni predstavljajo celoto 100 odstotkov. Pri Združenih državah Amerike je bil odstotek preostalih virov najvišji izmed vseh izbranih držav in je znašal 4,7 odstotkov (OECD, 2023).

Odnose med različnimi načini financiranja zdravstvenih storitev lahko prikažemo s pomočjo kocke, ki jo prikazuje slika 1. Manjša kocka predstavlja javno zdravstvo, ki zagotavlja javno financiranje zdravstvene dobrine, velika pa celotno zdravstvo. Razlika med njima kaže obseg in vlogo tržnega gospodarstva (Rice in drugi, 2018).

Slika 1: Tridimenzionalna kocka financiranja zdravstva



Vir: Došenović Bonča (2023a).

Štiri dimenzije, ki so zajete v ta pogled, so vključenost prebivalstva v različne načine financiranja, nabor storitev in raven kritja (soudeležba). Vse dimenzije na nek način odgovarjajo na svoje vprašanje. V prvi dimenziji se sprašuje o tem, kdo je vključen v javno ali kolektivno financiranje. V drugi, katere dobrine so zajete v javno financirano košarico zdravstvenih dobrin. Pri tretji dimenziji gre predvsem za vprašanje o deležu financiranja dobrin, ki je zagotovljen iz javnih virov. Zadnja, četrta dimenzija, pa odgovarja na vprašanje o delovanju javnega zdravstva (Došenović Bonča, 2023a).

Prebivalci, ki nimajo pravice do zdravstvenih dobrin iz naslova javnega financiranja, si le-te lahko zagotovijo zgolj s plačili iz žepa ali pa s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem. Enako velja za zdravstvene dobrine, ki niso del javno financirane košarice (Rice in drugi, 2018). Če prebivalci niso zadovoljni z delovanjem javnega zdravstvenega sistema, si iz žepa ali s pomočjo prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj zagotovijo storitve, ki so sicer del javno financirane košarice zdravstvenih dobrin, a jim zaradi, na primer dolgih čakalnih dob, niso v ustrezni meri dostopne (Došenović Bonča, 2023a).

2.2 Tekoči zdravstveni izdatki po virih financiranja v Sloveniji

V Sloveniji so bila glavni vir financiranja v letu 2021, kot tudi v vseh predhodno obravnavanih letih, obvezna zdravstvena zavarovanja. Predstavljala so 60,98 odstotkov od skupnih tekočih izdatkov za zdravstvo, kar je znašalo 3.022,25 milijonov evrov. Nato sledijo prostovoljna zdravstvena zavarovanja, izdatki iz žepa in državni proračun, ki so si po vrednosti zelo blizu. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja so v letu 2021 nosila delež 12,33 odstotkov in izdatki iz žepa 12,88 odstotkov. Državni proračun je za leto 2021 imel delež, ki znaša 12,81 odstotka za leto 2021. V tabeli 2 so prikazani vsi omenjeni podatki v odstotkih od skupnih tekočih izdatkov za zdravstvo. Podatki so obravnavani za obdobje od 2015 do 2022, ker so za Slovenijo razpoložljivi podatki tudi za leto 2022 (Eurostat, 2023).

Tabela 2: Struktura zdravstvenih izdatkov po virih financiranja Slovenije za obdobje od 2015 do 2022 (v odstotkih)

	Državni proračun	Obvezna zdravstvena zavarovanja	Prostovoljna zdravstvena zavarovanja	Izdatki iz žepa	Ostali viri financiranja	VSE SHEME
2015	3,39	68,42	14,44	12,47	1,28	100
2016	3,98	68,75	14,01	11,98	1,53	100
2017	3,38	68,82	14,25	12,32	1,23	100
2018	3,39	69,43	14,00	11,98	1,20	100
2019	4,21	68,58	14,30	11,66	1,25	100
2020	9,10	64,07	13,41	12,47	0,95	100
2021	12,81	60,98	12,33	12,88	1,00	100
2022	9,23	65,05	12,17	12,70	0,85	100

Vir: prirejeno po Eurostat (2023).

Izdatki za financiranje zdravstva so skozi leta v Sloveniji večinoma naraščali. Njihovo gibanje vrednosti (v milijon evrih) in spremembe (v odstotkih) sem prikazala v tabeli 3. Največje spremembe skozi leta se je zabeležilo pri državnem proračunu. Največja sprememba je bila med leti 2019 in 2022. Leta 2019 je znašal državni proračun za zdravstvo 403,61 milijonov evrov, leto kasneje, leta 2021, pa je znašal kar 634,66 milijonov. Iz leta 2019 v 2020 je bila ta sprememba manjša in je znašala 230,15 milijonov evrov, kar pomeni, da so se proračunska sredstva povečala za 132,68 odstotkov glede na predhodno leto. V letu 2022 je prišlo do ponovnega upada za 24,11 odstotkov glede na leto 2021, kar znaša 153 milijonov evrov (Eurostat, 2023).

Pri ostalih oblikah financiranja je skozi leta šlo v glavni meri samo za rast vrednosti. Le pri izdatkih iz žepa lahko v Tabeli 3 vidimo, da je v letu 2018 prišlo do 14,77 odstotnega upada vrednosti glede na leto 2017 in v letu 2016 za 0,46 odstotkov glede na leto 2015 (Eurostat, 2023).

Tabela 3: Gibanje vrednosti (v milijon evrih) in spremembe vrednosti posameznih oblik financiranja za obdobje 2016-2022 (v odstotkih)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Državni proračun	112,06	136,30	118,90	128,66	173,46	403,61	634,66	481,66
Sprememba državnega proračuna		+21,63	-12,77	+8,20	+34,82	+132,68	+57,25	-24,11
Obvezna zdravstvena zavarovanja	2.264,16	2.357,39	2.422,71	2.636,51	2.828,85	2.841,62	3.022,25	3.394,69
Sprememba obveznega zdravstvenega zavarovanja		+4,12	+2,77	+8,82	+7,30	+0,45	+6,36	+12,32
Prostovoljna zdravstvena zavarovanja	477,89	480,46	501,69	531,74	589,91	594,98	611,28	635,09
Sprememba prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja		+0,54	+4,42	+6,00	+10,94	+0,86	+2,74	+3,90
Izdatki iz žepa	412,68	410,80	533,80	454,96	481,02	553,28	638,18	662,68
Sprememba izdatkov iz žepa		-0,46	+29,94	-14,77	+5,73	+15,02	+15,34	+3,84

Vir: lastno delo.

Dejstvo je, da je na te številke nezanemarljivo vplivala pandemija koronavirusne bolezni 2019 (angl. coronavirus disease 2019 – COVID-19). Obvladovanje epidemije je povzročilo občutno povečanje sredstev iz državnega proračuna. Ne glede na to je bilo tri četrtine tekočih izdatkov pridobljenih s strani javnih virov, to so torej skladi socialne varnosti in proračunska sredstva. Zasebni viri na letni ravni predstavljajo dobro četrtino vseh sredstev financiranja zdravstvenega varstva (Černič in Simončič, 2023).

Pri izdatkih iz žepa gre večinoma za rast vrednosti, so pa bili tudi manjši padci v deležu tekočih izdatkov za zdravstvo. Zabeležena sta bila dva padca, in sicer v letu 2016 in v letu 2018 glede na njuni predhodni leti. V letu 2017 so izdatki znašali 533,8 milijonov evrov, v letu 2018 pa 454,96 milijonov evrov. Torej je bil zabeležen padec, ki znaša 78,84 milijonov evrov. V letu 2016 pa je bila sprememba manjša. Padec glede na leto 2015 je znašal 1,88 milijona evrov. Prisoten je bil tudi velik skok v letu 2017, ko se je glede na predhodno leto vrednost namenjenih izdatkov iz žepa dvignila za 123 milijonov evrov (Eurostat, 2023).

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja so skozi leta v vrednosti počasi naraščala. Za obravnavano obdobje med leti 2015 in 2022 je prišlo do porasta z 477,89 milijonov evrov v letu 2015 na 635,09 milijonov evrov v letu 2022. To znaša 157,2 milijonov evrov rasti. Največja rast je bila zabeležena v letu 2019 glede na predhodno leto 2018. Doživela je skok za 58,17 milijonov evrov. Najmanjša rast je bila v letu 2016 glede na predhodno leto 2015 in je znašala 2,57 milijonov evrov. Gibanje sprememb med leti je prikazano v spodnjem sliki 2 (Eurostat, 2023).

Slika 2: Gibanje vrednosti prostovoljnih zavarovanj za obdobje 2016-2022 (v milijon evrih)



Vir: lastno delo.

3 VLOGA IN TIPI PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ

Da lahko obravnavamo produkte na trgu, je potrebno tudi razumeti, kaj je zavarovanje. To je vrsta pravne pogodbe, ki je sklenjena med posameznikom ali podjetjem, ki to pogodbo sklene, in zavarovalnico. Zavarovalnica je v tem primeru tista, ki zavarovani osebi v primeru nastanka kakršnega koli nesrečnega dogodka ali krize, kot so na primer telesne poškodbe, bolezni, nenadna smrt, poškodbe premoženja, kot so hiše, avtomobili itd., izplača denarne vsote zavarovani osebi oziroma podjetju. Zavarovanec je z njegove strani dolžan redno plačevati denarne zneske, imenovane premija, da je potem lahko deležen teh prednosti in koristi (Maheshwari, 2023).

Pri tem je pomembno, da omenim tudi elemente zavarovanja. Mednje štejemo rizik, predmet zavarovanja, zavarovalni primer, zavarovalno premijo, zavarovalno vsoto in nadomestilo škode oziroma zavarovalnino ali odškodnino. V nadaljevanju bom vsakega posebej na kratko tudi opisala (Pegam, 2017; Maheshwari, 2023):

- Rizik predstavlja nevarnost za nastanek škodnega dogodka, kateri mora biti mogoč, naključen, nepričakovan in njegova posledica mora biti tudi ekonomska škoda.
- Predmete zavarovanja sem že nanizala v prvem odstavku tega poglavja, torej so to osebe, stvari, premoženje itd.
- Da lahko ocenimo, da je nastal zavarovalni primer, se mora zgoditi dogodek, ki se je zgodil seveda na zavarovanem predmetu, katerega posledica so poškodbe na predmetu zavarovanja. Sam dogodek mora imeti vzrok v riziku.
- Zavarovalna premija je določen znesek, katerega lahko zavarovanec plačuje zavarovalnici na mesečni, četrtni, polletni ali na letni ravni. Sam znesek je odvisen od vrste zavarovanja in višine oziroma “moči” zavarovanja, imenovan zavarovalna vsota.
- Zavarovalna vsota predstavlja najvišjo mejo obveznosti zavarovalnice do zavarovanca za vsak posamezen zavarovalni primer.
- Nadomestilo škode oziroma zavarovalnina ali odškodnina je izkupiček denarja, katerega zavarovalnica izplača ob nastanku škode zavarovancu.

Sam koncept zavarovanja je zelo preprost in enostaven. Če ima posameznik ali podjetje v lasti nekaj dragocenega in bi v primeru izgube, okvare ali poškodbe to predstavljalo nelagoden položaj, je za to potem pametno skleniti zavarovanje. S sklenitvijo zavarovanja se kupi tudi varnost, da v primeru nastanka dogodka škode ali izgube ne bo še večjih težav s tem, da bi dogodek vplival na finančno stanje posameznika oz. podjetja (Maheshwari, 2023).

3.1 Opredelitev in vloga prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj

Pri zdravstvenih zavarovanjih gre za zaščito, ki daje socialno varnost ljudem. Ta specifično krije, v celoti ali delno, stroške zdravstvene oskrbe, ki jo ljudje potrebujemo. Vse od vsakodnevnih zdravil do različnih operacij (ZZZS, brez datuma a).

Evropska panoga zdravstvenega zavarovanja se tudi povečuje zaradi vse pogostejših pojavov različnih zdravstvenih stanj, kroničnih bolezni in tudi naraščajočih stroškov v zdravstvu. To tudi potrjuje nova študija BlueWeave Consulting, ki kaže, da je bil evropski trg v letu 2021 vreden 286,3 milijard ameriških dolarjev. Nadaljnje projekcije in izračuni pa nakazujejo na rast trga zdravstvenih zavarovanj v višini 6,4 odstotkov, kar bi pomenilo 440,4 milijarde ameriških dolarjev prihodkov do konca leta 2028 (BlueWeave Consulting and Research Pvt Ltd, 2022).

Ne smemo pa pozabiti na vlogo prostovoljnih zavarovanj, ko pride do financiranja celotnega zdravstvenega sistema. Sicer v Evropski Uniji nimajo velikega pomena, ko pa pogledamo trge prek naših meja, pa je situacija drugačna, predvsem v Združenih državah Amerike, Švici in Avstraliji. V EU je prisotna takšna situacija, ker so vlade skozi čas vedno strmele in se trudile za takšno ureditev, ki bi državljanom zagotovila in omogočala osnovne pravice po načelu solidarnosti, torej dostopnosti do zdravstvenih storitev po potrebah in ne glede na

zmožnost plačila. Zaradi tega so se bolj razvijala zdravstvena zavarovanja, ki so vezana na javna sredstva v obliki obveznega zavarovanja (Beguš, 2017).

Glavna in najpomembnejša vloga zdravstvenih zavarovanj je, da v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja krije stroške zdravstvenih storitev, zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov ali izplača dogovorjena denarna nadomestila. Možna je tudi kombinacija obojega (AZN, brez datuma).

Pomembno je omeniti, da se v tržnem gospodarstvu pojavljajo različni deležniki. To so bolniki, ponudniki in z njimi povezani lastniki, zaposleni, dobavitelji in zavarovalnice. V tržnih razmerah imajo posamezniki na strani povpraševanja vlogo kupca, uporabnika in plačnika, a lahko pride tudi do ločitve teh vlog, za kar sta glavna razloga uveljavljanje solidarnosti in obvladovanje negotovosti. Učinki zdravljenja so nepredvidljivi in pogosto se v teh situacijah ne more vnaprej napovedati vrste bolezni in obsega potrebnih zdravstvenih storitev. V situaciji negotovosti kupec težko zagotovo predvidi svoje potrebe in z njimi povezane stroške. V razmerah negotovosti glede nastanka in razvoja bolezni ali poškodb nastanejo z določenimi verjetnostmi različni možni izidi in s tem povezani izdatki (Došenović Bonča, 2019).

To se najlažje predstavi na primeru, ko imamo deset oseb in dve od njih zbolita, torej je 20 odstotna verjetnost, da bo bolezen prizadela posameznika. Neglede na predpostavko, da posameznik pozna višino stroškov zdravljenja, ne more predvideti, da bo med tistimi, ki bodo zboleli. V primeru, ko so posamezniki soočeni z negotovostjo, se razvije spodbuda za sklenitev dogovora o kritju izgube med njimi. Gre za obliko dogovora, kjer vsak prispeva k kritju stroškov, ko pride do bolezni. Če pričakujemo, da zbolita dva od desetih, bi to povzročilo stroške zdravljenja v višini 2.000 evrov na eno osebo, torej bodo skupni stroški 4.000 evrov. Če ta dva skleneta s preostalimi osmimi dogovor, da bodo vsi sodelovali pri kritju teh stroškov, bi vsak potem prispeval desetino celotnega zneska, kar je 400 evrov (Došenović Bonča, 2019).

Razumljivo je, da posamezniki, nenaklonjeni tveganju, raje plačajo 400 evrov za kritje stroškov zdravstvenih storitev, ne glede na to, ali bodo zboleli ali ne, kot pa da tvegajo in bi v primeru bolezni morali sami plačati petkrat večji znesek, torej 2.000 evrov. S sklenitvijo zavarovanj in plačano premijo dosežemo ravno to predhodno opisano rešitev. Razlika je samo v tem, da lahko zavarovalnice med seboj povežejo veliko število posameznikov (Došenović Bonča, 2019).

Merjenje nagnjenosti k tveganju je precej zahteven postopek, ker ni prisotnih veliko empiričnih podatkov o vlogi nagnjenosti k tveganju pri povpraševanju po prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih. Običajno je zaključek tak, da osebe, ki niso nagnjene k tveganju, torej se tveganju izogibajo, kupujejo oziroma sklepajo tovrstna zavarovanja. Tisti, ki so bolj nagnjeni k tveganju in imajo visok profil tveganosti, teh zavarovanj ne kupujejo pogosto. Torej posameznik, ki je nagnjen k nizki stopnji tveganja, ravna bolj preudarno in ima večjo verjetnost, da je zavarovan (Tavares, 2019).

Zanimanje za sklenitev zavarovanja v zvezi s stroški zdravljenja je očitno, vendar, če od posameznika vzame zavarovalnica le 400 evrov, kar pomeni skupaj 4.000 evrov, to zadostuje le za plačilo zdravstvenih storitev tistih, ki zbolijo. S tem pa ne ustvari dobička, ki ga pričakujejo lastniki zavarovalnic, niti ne pokrije svojih lastnih stroškov (Došenović Bonča, 2019).

Zbranih 400 evrov za zavarovalnico predstavlja čisto premijo, kar je v bistvu pričakovana vrednost škode. K temu zavarovalnica dodatno zaračuna obratovalni dodatek, ki predstavlja vir sredstev za njeno delovanje. Ne glede na to, če doda premiji še 50 evrov, bo za mnoge posameznike še vedno smiselno, da plačajo premijo v višini 450 evrov, kot pa da tvegajo plačilo 2.000 evrov, če niso zavarovani. Vsota čiste premije in operativnega dodatka predstavlja kosmato premijo (Došenović Bonča, 2019).

S tem primerom se kažejo tudi razmere, ko zavarovanje ni smiselno. Večja kot je verjetnost nastopa bolezni, manj je prostora za zavarovalniško dejavnost. V skrajnem primeru, da bi bili zagotovljeni stroški zdravljenja pri vseh desetih posameznikih, ne bi prišlo do razlike med stroškom posameznika in čisto premijo. To pomeni, da bi bilo neracionalno, da bi se zavarovalnici dodatno plačalo še obratovalni dodatek in s tem povečalo skupne stroške. Po definiciji namreč zavarovanje odgovarja na negotovost in zato mora biti predmet zavarovanja negotov dogodek (Došenović Bonča, 2019).

Kljub pozitivnim učinkom zavarovanj so prisotne tudi negativne posledice pri vedenju zavarovancev, kar se izkazuje na dva načina. Po eni strani lahko zaradi občutka varnosti postanejo manj pazljivi, kar se označi kot moralno tveganje. V tržnih sistemih se s tem zavarovalnice soočajo tako, da se poslužujejo sistemov doplačil in odbitkov, s čimer prenesejo del stroškov nazaj na zavarovance. Doplačila in odbitki predstavljajo mehanizem, s katerim se poskuša obvladovati moralno tveganje in s tem tudi racionalnejšo porabo zdravstvenih storitev (Došenović Bonča, 2019).

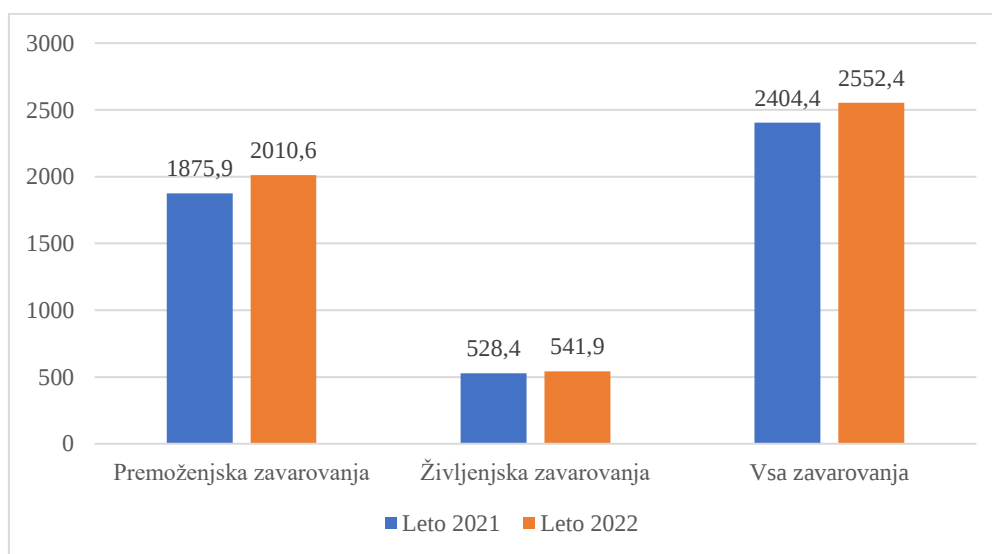
Po drugi strani pa si s plačilom premije v višini 450 evrov, namesto 4.000 evrov za stroške zdravljenja, ustvarijo vtis, da so zdravstvene storitve cenejše, kot dejansko so. S tem pridemo do tega, da se poveča povpraševanje po navidezno cenejših storitvah. Takšno obnašanje privede do verjetnosti povečevanja uporabe zdravstvenih storitev, kar posledično povečuje tudi količino porabe. To vodi do večjih zdravstvenih stroškov, ki jih mora zavarovalnica pokriti, kar pa na koncu pomeni dvig premij (Došenović Bonča, 2019).

Pojavi se tudi problem na strani ponudbe, kjer gre za negativno selekcijo, ki je povezana s skritimi lastnostmi posameznika. V situaciji, kjer bi zavarovalnici bile na voljo popolne informacije, bi lahko svoje zavarovance ločila v dve skupini, in sicer v skupino bolj in manj tveganih. Posledično bi bolj tveganim zaračunavala višjo premijo in manj tveganim nižjo. Ker pa vemo, da je razvoj bolezni skrita informacija oziroma značilnost, oblikujejo zavarovalnice enotno premijo za vse, kar predstavlja problem, da je cena previsoka za manj tvegane in prenizka za visoko tvegane. S tem pridemo do zaključka, da se manj tvegani niso pripravljeni zavarovati in tako lahko z negativno selekcijo pridemo do razpada trga zavarovanj za manj tvegane. Zavarovalnica se pred to opisano asimetrijo informacij okvirno

zaščiti na način, da v zavarovanja na primer doda čakalno dobo, imenovano karenca, ki jo natančneje opredelim v podpoglavju 4.2.1. Ustvari lahko tudi diferencirane produkte, ki naj bi do neke mere razkrili posameznike, ki imajo večjo verjetnost nastopa bolezni (Došenović Bonča, 2023b).

Če pogledamo poročilo o sestavi slovenskega zavarovalnega trga za leto 2022, lahko dobimo tudi malo predstave o višini povpraševanja na slovenskih tleh. Zavarovanja so razdeljena v osnovni skupini, na premoženjska in življenjska. V naslednjem podpoglavju je natančneje opredeljeno, v katere skupine se uvrščajo različni tipi prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. V letu 2022 je bilo iz naslova premoženjskih in življenjskih zavarovanj obračunanih 2.552,4 milijonov evrov kosmate premije. To je 6,2 odstotka oziroma 148 milijonov evrov več kakor prejšnje leto. Prevladujoča so premoženjska zavarovanja, ki so predstavljala 2.010,6 milijonov evrov od skupnega zneska, kar je 78,8 odstotkov. Preostalih 21,2 odstotkov, oziroma 541,9 milijonov, pa so predstavljala življenjska zavarovanja. Pri obeh oblikah je prišlo do rasti. Pri premoženjskih za 7,2 odstotka in pri življenjskih za 2,6 odstotka. Pregled podatkov je razviden tudi na spodnji sliki 3 (AZN, 2023).

Slika 3: Pregled in primerjava obračuna kosmate premije za osnovne skupine zavarovanj (v milijon evrih)



Vir: AZN (2023).

3.2 Tipi prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj

V Sloveniji je bila s 1. januarjem 1993 uvedena nova ureditev zdravstvenega sistema, s katerim se je opustil nacionalni sistem zdravstvenega varstva in se vpeljal sistem zdravstvenih zavarovanj. S tem se je uvedlo obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje (Beguš, 2017).

Najpomembnejše dejstvo je, da obvezno zdravstveno zavarovanje temelji na načelih pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, med različnimi generacijskimi skupinami, torej med mladimi in starejšimi in nenazadnje tudi med bogatimi in revnimi (ZZZS, brez datuma a).

Koga se dotika in določila o vseh tipih zdravstvenih zavarovanj so zapisana in določena v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23). Z ZZVZZ je bil ustanovljen tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ki je prevzel vlogo urejanja obveznega zdravstvenega zavarovanja (Beguš, 2017).

Temu sledi prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki velja za neobvezno obliko zavarovanja, za katerega posameznik presodi, ali ga želi skleniti. Poleg tega nudi tudi pravice, katere niso zajete v obveznem zdravstvenem zavarovanju. S to obliko zavarovanja se fizična ali pravna oseba obvezuje k plačevanju premije, ki je posledica sklenitve prostovoljne zavarovalne pogodbe (Beguš, 2017).

Zakon o zavarovalništvu (Uradni list RS, št. 93/15, 9/19, 102/20, 48/23 in 78/23 – ZZVZZ-T, v nadaljevanju Zzavar-1) prostovoljna zdravstvena zavarovanja uvršča v zavarovalno skupino premoženjskih zavarovanj. Vezano na kritje nevarnosti pa se jih uvršča v zavarovalno vrsto zdravstvenih zavarovanj (Jadrič in drugi, 2022).

Vseeno pride tudi do prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki se izvajajo na podobni tehnični podlagi kot življenjska zavarovanja. Razlog za to je nova direktiva Solventnost II, ker je na področju zdravstvenih zavarovanj uvedla novo terminologijo. Zdravstvena zavarovanja je razdelila na dva področja, in sicer na zavarovanja, ki so podobna premoženjskim zavarovanjem in se ne izvajajo na podobni tehnični podlagi kot posli življenjskega zavarovanja ter na zdravstvena zavarovanja, ki so podobna življenjskim zavarovanjem in se izvajajo na podobni tehnični podlagi kot posli življenjskega zavarovanja. Med premoženjska zavarovanja spadajo zavarovanja za stroške zdravljenja in zavarovanje za izpad dohodka (AZN, 2023).

V spodnji tabeli 4 je prikazana primerjava za leto 2022 z letom 2021 za premoženjska zdravstvena zavarovanja. Pri zavarovanjih za stroške zdravljenja je prišlo do rasti za 31,5 milijonov evrov. Pri zavarovanjih pred izpadom dohodka, kamor uvrščamo predhodno omenjeno nezgodo, je prišlo do prirasta za 6,6 milijonov evrov. Pri življenjskih zdravstvenih zavarovanjih pa je prišlo do manjšega dviga za 0,7 milijona evrov (AZN, 2023).

Tabela 4: Primerjava obračunov kosmatih zavarovalnih premij za izbrana zavarovanja (v milijon evrih)

Vrsta zavarovanja	Leto 2021	Leto 2022	Letna rast (v odstotkih)
Zavarovanje za stroške zdravljenja (premoženjska)	633,7	665,2	31,5
Zavarovanje izpada dohodka (premoženjska)	154,2	160,8	6,6
Zdravstvena zavarovanja (življenjska)	13,1	13,8	0,7

Vir: prirejeno po AZN (2023).

Zavarovanja za stroške zdravljenja razdelimo na štiri področja. Na nadomestna, vzporedna, dodatna in dopolnilna (Generali zavarovalnica, 2021).

Pod **nadomestna prostovoljna zdravstvena zavarovanja**, ki se imenujejo tudi primarna zdravstvena zavarovanja (angl. primary/substitutive voluntary health insurance), štejejo zavarovanja, ki so edini način, da je omogočen dostop do zdravstvenega zavarovanja v dveh primerih. Prvi primer je, ko ni javnega oziroma obveznega kritja ali posamezniki niso upravičeni do kritja v okviru državnih oziroma socialnih programov. Drugi primer je, ko so posamezniki, ki so upravičeni do vladnega oziroma obveznega kritja, ampak se samostojno odločijo, da se mu odpovejo (OECD, 2023). Predstavljena nadomestna zdravstvena zavarovanja v Sloveniji niso na voljo (Generali zavarovalnica, 2021).

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje (angl. Complementary voluntary health insurance) predstavlja zdravstveno zavarovanje, ki dopolnjuje kritje storitev, zajetih v obveznem zdravstvenem zavarovanju, tako da krije vse ali preostali del stroškov, ki sicer niso povrnjeni (na primer soudeležba, doplačila) (OECD, 2023). Pogostokrat se jih sklepa v primerih, ko preneha veljavnost statusa študenta ali dijaka, ko posameznik dopolni starost 26 let, ko nastopi prva zaposlitev, ko posameznik na novo pridobi državljanstvo Republike Slovenije, ko posameznik postane družbenik družbe z omejeno odgovornostjo in družbe z neomejeno odgovornostjo (E-SKLEPANJE, brez datuma).

Pod **dodatna zdravstvena zavarovanja** (angl. supplementary voluntary health insurance) šteje kritje storitev, ki jih javno zdravstvo v okviru obveznega in dopolnilnega zdravstvenega sistema sploh ne krije (OECD, 2023). Dodatno zdravstveno zavarovanje je tudi tisto, ki nudi storitve oziroma kritje stroškov storitev, ki so opravljene v zasebnih ambulantah in niso na razpolago v javnem zdravstvenem sistemu. Torej bi zanje morali poravnati celotne stroške samoplačniško (Vse bo v redu, 2018).

Sama dodatna zdravstvena zavarovanja se razlikujejo od zavarovalnice do zavarovalnice, vse od pogojev in različnih postavk, ki jih vključujejo ali ne. Poleg tega obstajajo različne vrste oziroma ponudbe, ki jih zavarovalnice oblikujejo glede na potrebe ljudi (Varuh zdravja Vzajemna, brez datuma a). Pomembno je tudi omeniti, da se dodatno zdravstveno zavarovanje pogostokrat prodaja v kombinaciji z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem (Insurance Europe, 2022).

Vzporedna zdravstvena zavarovanja (angl. duplicate voluntary health insurance) nudijo kritja za zdravstvene storitve, ki so že vključene v javno zdravstveno zavarovanje, hkrati pa omogoča dostop do različnih ponudnikov, kot so na primer zasebne bolnišnice, ali stopnjo storitev, kot je na primer hitrejši dostop do oskrbe. Ta oblika ne izvzema obveznosti plačevanja prispevkov posameznikov k programom javnega zdravstva (OECD, 2023).

Od vzporedne oblike zdravstvenega zavarovanja oseba pridobi kritje storitev, ki so na voljo v javnem zdravstvenem sistemu, a omogočajo višji standard zdravstvenih storitev. Na primer za hitrejši sprejem pri samoplačniškem zdravniku, ki nima čakalne dobe, hitrejšo obravnavo, kot so diagnoze, preiskave, zdravljenja, rehabilitacije in zdravila brez doplačil. Z njimi si osebe kupijo tudi višji standard za odnos do njih kot pacientov (Generali zavarovalnica, 2021).

Vse predstavljene oblike zdravstvenih zavarovanj lahko vnesemo v predhodno opisano tridimenzionalno kocko financiranja zdravstva, videno na Sliki 1. Nadomestna zdravstvena zavarovanja predstavljajo dimenzijo in so primerna za posameznike, ki nimajo obveznega zdravstvenega zavarovanja in bi za storitve morali plačati iz žepa, ali pa si uredijo to vrsto zavarovanja. Vzporedna zdravstvena zavarovanja predstavljajo dimenzijo, kjer so storitve v javnem zdravstvu sicer dostopne, ampak si lahko z določenimi zavarovanji omogočijo posamezniki te storitve tudi v tržnem zdravstvu. Dodatna zdravstvena zavarovanja predstavljajo dimenzijo tistih storitev, ki niso na voljo v košarici storitev. Nenazadnje pa dopolnilna zdravstvena zavarovanja predstavljajo tisto dimenzijo, kjer gre za storitve, ki dopolnjujejo kritje tistih storitev, ki so del košarice, ampak z obveznim zavarovanjem niso pokrita v celoti (Došenović Bonča, 2023a).

Izmed vseh naštetih se je v Sloveniji vse do konca leta 2023 najpogosteje uporabljal ravno zadnji omenjen tip prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. To zavarovanje predstavlja kritje razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev, katerih obvezno zdravstveno zavarovanje ne more kriti v celoti. Vsa določila, o tem katere storitve krije obvezno zdravstveno zavarovanje v celoti in katere do določene višine, objasnjuje ZZVZZ v členih od 23. do 25. 95 odstotkov zavezancev za plačilo doplačil je sklepalo to obliko prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Sklepali so ga z razlogom, ker so imeli občutek in so ga dojemali kot obveznega, saj so se z njim izognili nevarnostim visokih doplačil za draga zdravila in operacije (Rednak, 2023). Januarja 1993 je bilo zabeleženih okoli 1,2 milijona prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, do leta 2019 pa je to porastlo na 1,45

milijona (Zupančič Slavec, 2019). Zaradi rasti doplačil in s tem premij za dopolnilno zdravstveno zavarovanje se je v zadnjih letih povečalo tudi število oseb, ki niso imeli urejenega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS, brez datuma a).

S sklenitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja so se do konca leta 2023 krili naslednji stroški (Varuh zdravja Vzajemna, brez datuma b):

- zdravstvene storitve na katerem koli področju, vključno z namestitvijo in prehrano v bolnišnicah ali zdravstvenih letoviščih,
- zdravil na beli recept, s pozitivne in vmesne liste,
- ne nujni reševalni prevoz, v katero koli zdravstveno ustanovo v Sloveniji,
- medicinski pripomočki, s slušnega, očesnega, ortodontskega, zobotehničnega, ortopedskega in ortooptičnega področja.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je prisotno poleg Slovenije tudi v Franciji in Hrvaški. Veliko manj je ta oblika prisotna na Danskem, Finskem, Poljskem in v Latviji (Sagan in Thompson, 2016).

Izpostaviti je treba, da je na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji prišlo do sprememb, ker so zasebne zavarovalnice premijo za dopolnilno zdravstveno zavarovanje želele dvigniti, saj so se zaradi rasti obsega javno financiranih programov povečala doplačila. Država je na to odreagirala z željo, da se spremeni zakon na način, da se financiranje doplačil uredi na drugačen način. S tem namenom je bilo uvedeno zdravstveno nadomestilo (MMC RTV Slovenija, 2023).

Sprememba je stopila v veljavo s 1. januarjem 2024 z Zakonom o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 78/2023 z dne 19. 7. 2028, ZZVZZ-T). Zdravstveni sistem se je uredil na način, da se je ukinilo prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje in se je uvedel obvezni zdravstveni prispevek. Le-tega ni možno odložiti ali preložiti na drugo fizično ali pravno osebo. Če posameznik ne plača prispevka, so mu pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja posledično zadržane. Prispevek bo od januarja 2024 do februarja 2025 znašal 35 evrov. Enkrat letno se bo urejal glede na povprečno bruto plačo v Sloveniji za preteklo leto. Takšna prva uskladitev bo sledila marca 2025 glede na povprečno bruto plačo iz leta 2024 (ZZZS, brez datuma b) .

4 ANALIZA SLOVENSKEGA TRGA IN PRODUKTOV

V nadaljevanju poglavja se bom osredotočila na dve pomembni postavki, in sicer na trg in na ponudbo, ki sta prisotni v Sloveniji. Predstavila bom glavne ponudnike in produkte prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki se trenutno razvijajo in tržijo na slovenskem trgu.

4.1 Pregled slovenskega trga

Slovenski trg ima veliko zavarovalnic, ki ponujajo zdravstveno zavarovanje. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje so do konca leta 2023 na slovenskem trgu ponujale tri zavarovalnice - Vzajemna, Triglav zdravstvena zavarovalnica in Generali. Razlika med njimi je samo v tem, da sta Vzajemna in Triglav zdravstvena specializirani na področju zdravstvenih zavarovanj, medtem ko Generali na splošno ponuja ves spekter zavarovanj (E-zavarovanja, brez datuma).

V primeru dodatnega zdravstvenega zavarovanja je ponudnikov še veliko več. Ti ponudniki so že predhodno omenjeni dve zavarovalnici, Generali in Vzajemna, poleg njih pa še prisotne zavarovalnice Grawe, Merkur, Prva osebna, Vita, življenjska zavarovalnica, Sava in Triglav (Agencija za zavarovalni nadzor, 2023).

Poročilo Agencije za zavarovalni nadzor je prikazalo, da je bila v letu 2022 še vedno na področju zdravstvenih zavarovanj vodilna zavarovalnica Vzajemna s 40,4 odstotnim tržnim deležem. V letu 2022 je imela obračun kosmate zavarovalne premije v višini 339,4 milijonov evrov. Sledi zavarovalnica Triglav s tržnim deležem 24,4 odstotka in obračunom kosmate zavarovalne premije v višini 204,6 in zavarovalnica Generali z 18,8 odstotki ter obračunom v višini 157,8 milijonov evrov. Pregled vseh tržnih deležev v odstotkih in zneskov obračunane kosmate zavarovalne premije v milijon evrih je viden v tabeli 5 (Agencija za zavarovalni nadzor, 2023).

Tabela 5: Pregled zavarovalnic, njihovega obračuna kosmate premije in tržni deleži

ZAVAROVALNICA	Obračunane kosmate premije (v milijon Evrih)	Tržni delež (v odstotkih)
Vzajemna	339,4	40,4
Triglav Zdravstvena	204,6	24,4
Generali	157,8	18,8
Triglav	57,3	6,8
Sava	51,2	6,1
Merkur	13,2	1,6
Prva osebna	6,7	0,8
Vita, življenjska zavarovalnica	5,2	0,6
Grawe	4,4	0,5

Vir: prirejeno po AZN (2023).

Zanimiv je tudi pregled oziroma primerjava škodnih, stroškovnih in kombiniranih količnikov med leti 2022 in 2021. Za stroške zdravljenja je v premoženjskih zavarovanjih škodni količnik v letu 2021 znašal 85,7 odstotka, v letu 2022 pa kar 95,5 odstotkov. Odstotek količnika je torej v letu 2022 narastel za 10,2 odstotnih točk. Pri stroškovnem količniku je sprememba manjša, v letu 2022 je ta narastel za 0,8 odstotne točke (leto 2021: 9,4 odstotka; leto 2022: 10,2 odstotka). Kombinirani pa je v letu 2022 znašal 105,6 odstotka, kar pa je 10,6 odstotnih točk več kot leto prej (AZN, 2023).

4.2 Tipi produktov

V tem poglavju bom prikazala tipe zavarovalnih produktov, in sicer 3 izbrana področja prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj: za hude bolezni, specialiste in operacije. Analizo sem pripravila s pomočjo internega gradiva podjetja, ki trži zavarovanja, za kar sem dobila 13. novembra 2023 soglasje, ter lastnega pregleda spletnih strani zavarovalnic.

4.2.1 Zavarovanje za primer težjih bolezni

Zavarovanja za primer hudih bolezni ponujajo zavarovalnica Merkur, Sava, Prva osebna, Vzajemna, Generali, Grawe in Triglav. Med njimi so manjše ali večje razlike. V nadaljevanju bom opredelila vse glavne razlike (Izbrano podjetje, 2023):

- **število kritih bolezni:** trenutno ima največje število hudih bolezni zavarovalnica Merkur, ki ima v sklopu 40 hudih bolezni. Sledi Prva osebna s 30, potem so si po številu zelo blizu Sava (23), Vzajemna (21), Grawe (20) in Triglav (24). Najmanjše število kritih hudih bolezni ima zavarovalnica Generali, in sicer 13. Nekatere krite bolezni so: Alzheimerjeva bolezen, embolija pljuč, aids, koma, možganska kap, multipla skleroza in rak;
- **doba zavarovanja:** najdaljšo dobo, za katero se posameznik lahko odloči, nudita Prva osebna in Grawe, ki znaša 40 let. Za 25 let se lahko sklene ta oblika zavarovanja pri zavarovalnicah Merkur in Triglav. Malo drugačen sistem imajo zavarovalnice Sava, Vzajemna in Generali. Pri Savi je pogoj, da je zavarovanje sklenjeno minimalno 5 let in najdlje 30 let. Pri Vzajemni je minimum 10 let, pri zavarovalnici Generali pa najmanj eno leto z možnostjo podaljševanja do preklica oziroma do dopolnjenega 65. leta starosti;
- **način izplačila:** Sava in Merkur sta poenoteni pri načinu izplačila zavarovalnine, saj izplačata celotno zavarovalno vsoto hkrati. Preostale izplačujejo odstotke zavarovalne vsote glede na stanje oziroma stopnjo bolezni. Prva osebna ima že v začetku določene štiri stopnje oziroma ravni izplačevanja. Prva raven pomeni 100 odstotno izplačilo zavarovalne vsote, druga 60 odstotno, tretja 25 odstotno in četrta 10 odstotno. Bolezni je razdelila v 4 skupine. Merkur ima svoj nabor bolezni razdeljen v 5 razredov. Zanimivost njihovega zavarovanja je v tem, da v primeru obolenja z eno od hudih bolezni iz enega razreda, se izplača zavarovalna vsota, premija se neha plačevati, ampak ostane zavarovanje v veljavi do izteka dobe za vse ostale bolezni iz drugih razredov. Pri zavarovalnici Grawe se na primer ob nastopu bolezni izvede izplačilo, ampak se po tem polica prekine. Generali ima razdeljene bolezni glede na izplačilo – 100-odstotno ali 50-odstotno. Imajo pa tudi pogoj 30-dnevnega preživetja po postavitvi diagnoze težke bolezni;
- **starost:** zavarovalnice imajo določeno maksimalno število let ob izteku zavarovanja. Zavarovalnice Merkur, Sava in Prva osebna imajo maksimalno število let ob izteku določeno na 70 let. Triglav ima določeno starost ob izteku 75 let, Generali in Vzajemna pa 65 let. Poleg tega starost tudi vpliva na višino premije;

- karenc: pomembno je izpostaviti karenc, ki je prisotna pri tej obliki zavarovanja. Karenc je obdobje, ko se začetek kritja že veljavno sklenjene zavarovalne pogodbe odloži za določen čas, predvsem iz razlogov, da se izključijo možnosti, da je zavarovalni primer ob sklenitvi že obstajal (Slovensko zavarovalno združenje, brez datuma). Pri vseh izpostavljenih zavarovalnicah je karenčna doba 6 mesecev.

Prednost predstavljenega tipa produkta je, da posameznik v primeru, da zboli za boleznijo, ki je vključena na seznam produkta, dobi finančno izplačilo. Sicer je pri izplačilu tudi manjša slabost, ker nekatere zavarovalnice izvedejo izplačilo zavarovalne vsote samo v primeru, ko je bolezen na dovolj visokem staležu in ne že takoj v primeru, ko je v manjši oziroma milejši obliki.

Skozi pregled produktov sem ugotovila, da sta po lastni oceni med boljšimi produkti produkta zavarovalnic Merkur in Prve osebne. Pri Merkurju je velika prednost to, da zavarovalnica trenutno na trgu nudi kritje za največ oblik hudih bolezni. Ostale zavarovalnice imajo precej manjše število v primerjavi z izbranimi. Pri Prvi osebni je število kritih hudih bolezni 30, a je velika prednost zavarovalna doba 40 let v primerjavi z zavarovalnico Merkur, kjer je samo 25 let.

4.2.2 Zavarovanje za specialistične preglede

Pri specialističnih pregledih je zadeva malce bolj kompleksna, ker ima skoraj vsaka zavarovalnica drugačne izključitve in različne pakete. Zavarovalnice, ki nudijo specialistične preglede, so zavarovalnice Generali, Sava, Triglav, Vzajemna, Merkur in Prva osebna. Vse zavarovalnice imajo določena področja izključena iz kritja, ta pa so natančno opisana v splošnih pogojih. Glavna razlike bom opisala in izpostavila v nadaljevanju besedila (Izbrano podjetje, 2023):

- paketi in zavarovalne vsote: zavarovalnice so v veliki meri vse uredile več paketov glede na višino zavarovalne vsote, kar pomeni tudi več različnih premij in različnih kritij. Višine zavarovalnih vsot je večina zavarovalnic določila sama, z izjemo Prve osebne, kjer ni določena. Pri Generaliju imajo vsi paketi zavarovalno vsoto 2.000 evrov, Sava in Triglav imata pri prvem paketu zavarovalno vsoto 3.000 evrov in pri drugem 30.000 evrov. Vzajemna nudi kar 4 zavarovalne vsote, 2.000, 3.000, 5.000 in 10.000 evrov. Merkur pa ima zavarovalno vsoto 15.000 evrov;
- kriti pregledi in izključitve: vsaka zavarovalnica ima seznam kritih pregledov in izključitev. Seznami so precej dolgi, zato jih ne bom podrobneje opisovala. Vse zavarovalnice izključujejo urgentne storitve, alternativo, komplementarno in eksperimentalno zdravljenje, refrakcijsko okvaro oči, kot so kratkovidnost, daljnovidnost in astigmatizem ter estetiko. Izpostavim lahko tudi to, da zavarovalnice Merkur, Triglav in Prva osebna med izključitve nanizajo tudi pred obstoječa stanja. To pomeni, karkoli

se je zgodilo oziroma bilo diagnosticirano pred sklenitvijo zavarovanja za specialistične preglede, se vam po sklenitvi zavarovanja ne bo krilo pregledov za tovrstno težavo;

- operacije: poleg specialističnih pregledov nekatere zavarovalnice omogočajo tudi enostavnejše ambulantne posege, operacije brez nočitve in z nočitvijo. Najpogosteje so vključeni enostavni ambulantni posegi, in sicer pri paketih z višjo zavarovalno vsoto. Nudijo jih zavarovalnice Generali, Sava, Triglav in Merkur. Zavarovalnice Vzajemna, Prva osebna in prav tako Merkur in Triglav nudijo možnost sklenitve samostojnega produkta samo za operacije;
- zdravila na beli recept: bel recept je samoplačniški recept, kjer posameznik ne more uveljavljati obveznega zdravstvenega zavarovanja in se uporablja v točno določenih primerih (Gorenjske lekarne, 2017). Vse zavarovalnice, z izjemo Sava, omogočajo kritje zdravil na beli recept pri določenih paketih. Višina kritja se giblje med 200 in 300 evri;
- starost: pri starosti pride do omejitev za sklepanje produktov. Generali, Sava, Vzajemna in Prva osebna dajejo možnost sklenitve vsem do 65. leta starosti. Določene imajo tudi pakete za seniorje. Triglav in Merkur pa imata to malo drugače urejeno. Triglav ima dve različni možnosti sklepanja glede na starost, odvisno od izbranega paketa. Paket Specialisti lahko sklene posameznik od 18 leta naprej, brez omejitve, Specialisti + pa so na voljo samo osebam med 0 in 63. letom starosti. Pri Merkur zavarovalnici lahko to obliko zavarovanja sklenejo osebe od 1 do 69. leta starosti. Ob izteku zavarovanja starost ne more preseči 70 let. Poleg tega pa ima starost ponovno vpliv na premijo;
- premije: zavarovalnice so premije razdelile v starostne razrede. Nekatere imajo teh razredov več, nekatere manj. Generali in Merkur imata 6 starostnih razredov, Triglav 5, Sava 4, Vzajemna in Prva osebna pa 3.

Ključna prednost tega produkta, ne glede na to, katera zavarovalnica ga trži, je ta, da omogoča posamezniku obravnavo pri specialistu v roku od 5 do 7 dni. Kar je glede na trenutne čakalne dobe v javnem zdravstvu velika prednost. Zagotovo je slabost tega produkta to, da so prisotne izključitve, katere sem omenila zgoraj. Le-te lahko posamezniku predstavljajo omejitve.

Če sklenemo, lahko ugotovimo iz vseh informacij to, da gre pri zavarovanju za specialiste in operacije za obliko zavarovanja, ki združuje lastnosti vzporednega in dodatnega zdravstvenega zavarovanja. Ta oblika zavarovanj daje možnost obravnave v tržnem zdravstvu, medtem ko iste storitve še vedno nudi javno zdravstvo, kar predstavlja vzporedno obliko zavarovanja. Kot že predhodno omenjeno, ima večina zavarovalnic kritje zdravil na beli recept, kar pa bi lahko označili kot del dodatnega zdravstvenega zavarovanja, saj gre za kritje zdravil, katera posamezniku niso na voljo v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Tabela 6: Primerjava produktov specialističnih pregledov vseh zavarovalnic

	Dodatno	Vzporedno
Vzajemna	✓	✓
Triglav	✓	✓
Merkur	✓	✓
Generali	✓	✓
Sava		✓
Prva osebna	✓	✓

Vir: lastno delo.

Po pregledu produktov lahko ocenim, da je produkt za specialistične preglede in operacije najboljši pri zavarovalnici Vzajemna. Takšnega mnenja sem zato, ker ima največjo izbiro med danimi zavarovalnimi vsotami in je ena izmed zavarovalnic z najmanjšim številom starostnih razredov, po katerih se oblikuje premija zavarovanja.

5 SKLEP

Cilje Zaključne strokovne naloge, ki sem si jih zadala v uvodu, sem skozi pisanje naloge počasi in z zanimanjem odkrivala. Ugotovila in raziskala sem oblike financiranja zdravstva v Evropski uniji, kjer igrajo pomembno vlogo prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ki so ključni del moje naloge. Financiranje zdravstva se oblikuje glede na model financiranja, ki ga ima država. Poznamo 4 modele, to so Beveridgev, Bismarckov, tržno naravnani sistem in model Semašek, ki je bil nazadnje prisoten na Poljskem leta 1998.

Pomemben del je tudi razumevanje vlog prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki jih ni malo. Glavni pomen in vloga je zagotovo dajanje socialne varnosti ljudem v primeru negotovih dogodkov. Hkrati si s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji posamezniki omogočajo in zagotovijo dodatne zdravstvene pravice ter kritja, ki niso vključena v obvezno zdravstveno zavarovanje, ki je primarni vir financiranja slovenskega zdravstva.

Potrebno se je zavedati, da v tržnem gospodarstvu delujejo različni deležniki, kot so bolniki in zavarovalnice. Negotovost glede zdravljenja spodbuja sklepanje dogovorov o kritju izgube med posamezniki, kar pa je zanimivo za posameznike, ki se izogibajo tveganju. Zavarovanje ima poleg pozitivnih učinkov tudi negativne posledice, kot so moralno tveganje in povečano povpraševanje po zdravstvenih storitvah, kar privede do dviga premij.

Pred analizo prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki jih nudi slovenski trg, je bilo ključnega pomena tudi opredeliti ponudbo, torej kdo je sploh ponudnik teh oblik

zavarovanja. Gre za 9 zavarovalnic, ki imajo zelo različne tržne deleže v slovenskem gospodarstvu. Med njimi so tri glavne zavarovalnice - Vzajemna, Triglav in Generali.

Pomembno vlogo pred analizo igra tudi razumevanje zavarovanj in njihovih osnovnih pojmov, kot so rizik, zavarovalni primer, premija, vsota in nadomestilo škode. V analizi zavarovanj za hude bolezni in za specialistične preglede sem ugotovila, da prihaja do razlik med zavarovalnicami glede na število kritih bolezni in specialističnih pregledov, dobe zavarovanja, načina izplačevanja zavarovalnine in tudi starostnih omejitev. Pri obeh tipih zavarovanj pomembno vlogo igra starost, ki vpliva na višino premije, ki jo mora posameznik poravnati. Pri vsaki obliki zavarovanja glede na zavarovalnico pride do razlik, ki predstavljajo prednosti in slabosti produktov za posameznika glede na njegove potrebe.

LITERATURA IN VIRI

1. Agencija za zavarovalni nadzor – AZN. (2023). *Poročilo Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2022*. <https://www.a-zn.si/wp-content/uploads/AZN-Letno-porocilo-2022.pdf>
2. Agencija za zavarovalni nadzor – AZN. (brez datuma). *Legenda zavarovalnih vrst*. <https://www.a-zn.si/zavarovalnice-pokojninske-druzbe/register-subjektov-nadzora/>
3. Beguš, M. (2017). *Vloga in pomen prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji* (magistrsko delo). <https://repozitorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=92698&lang=slv>
4. BlueWeave Consulting and Research Pvt Ltd. (2022, 24. maj). *Europe Health Insurance Market to Reach USD 440 Billion, at a CAGR of 6.4% by 2022*. <https://www.globenewswire.com/news-release/2022/05/24/2449579/0/en/Europe-Health-Insurance-Market-to-Reach-USD-440-Billion-at-a-CAGR-of-6-4-by-2022-BlueWeave-Consulting.html>
5. Černič, I. in Simončič M. (2023). *Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2021: Izdatki in viri financiranja zdravstvenega sistema*. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/03/9_Izdatki_in_viri-financiranja_2021_pregledano1.pdf
6. Došenović Bonča, P. (2019). Zdravje: interes družbe in kapitala. V *Tiranija zdravja: zbornik za učne delavnice za mentorje v družinski medicini 2019/2020* (str. 23–45). Zavod za razvoj družinske medicine
7. Došenović Bonča, P. (2023a, 19. in 20. oktober). Dve desetletji zdrsov in padcev predlogov zdravstvene reforme. <https://www.devz.si/wp-content/uploads/2023/11/Dve-desetletji-zdrsov-in-padcev-predlogov-zdravstvene-reforme.pdf>
8. Došenović Bonča, P. (2023b). *Zdravstvo in zdravstveni sistemi* [Predstavitev PPT]. Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani.
9. E-SKLEPANJE d.o.o. (brez datuma). *Pogosta vprašanja*. <https://dopolnilno-zavarovanje.si/>

10. Eurostat. (2023, 29. november). *Health care expenditure by financing scheme*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hf__custom_8915902/default/table?lang=en
11. E-zavarovanja. (brez datuma). *Dopolnilno zdravstveno zavarovanje*. <https://www.e-zavarovanja.com/pogosta-vprasanja/ponudniki-dopolnilnega-zdravstvenega-zavarovanja/>
12. Generali zavarovalnica d. d. (2021, 9. november). *Kaj krije obvezno zdravstveno zavarovanje* [objava na blogu]. <https://www.general.si/nasveti/zavarovanje/-/blog/2021/Zdravje/vse-kar-morate-vedeti-o-zdravstvenem-zavarovanju>
13. Gorenjske lekarne. (2017). *Katere vrste zdravniških receptov poznamo?* <https://www.gorenjske-lekarne.si/svetovanje-clanek/katere-vrste-zdravniskih-receptov-poznamo>
14. Insurance Europe. (2022). *European Insurance in Figures, 2020 data*. <https://insuranceeurope.eu/publications/2569/european-insurance-in-figures-2020-data>
15. Izbrano podjetje. (2023). *Primerjava ponudb* (interno gradivo). Izbrano podjetje.
16. Jadrič, I., Lučič, A., Peterle, P., Zadnikar, D. Zdravstvena zavarovanja. V Benec, M., Bešter, H., Brenčič Ramšak, T., Bubnič, E., Fric, L., Hartman, A., Golovrški, M., Jadrič, I., Jakopič, P. F., Jakopanec Levart, R., Korbar, T., Zadnikar, D., Musil, M., Krumberger, M., Panza-Frece, T., Ristin, G., Srše, D., Šenk, M., Vončina, M., ... Zidar, N. (2022). *Učbenik za zavarovalne zastopnike in zavarovalne posrednike* (5. izd., str. 4 zv.) (2. del, str. 133). Slovensko zavarovalno združenje.
17. Kagan, J. (2023, 20. april). *Insurance: Definition, How It Works, and Main Types of Policies*. <https://www.investopedia.com/terms/i/insurance.asp>
18. MMC RTV Slovenija. (2023, 14. april). Sprememba zakona o zdravstvenem zavarovanju. <https://www.rtv.slo.si/enostavno/slovenija/sprememba-zakona-o-zdravstvenem-zavarovanju/664810>
19. Maheshwari, R. (2023, 10. marec). *Insurance: Definition, How It Works And Main Types of Policies*. <https://www.forbes.com/advisor/in/insurance/what-is-insurance/>
20. Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD. (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts-2011_9789264270985-en
21. Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en
22. Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD. (2023). *OECD Health Statistics 2023, Definitions, Sources and Methods*. <https://stats.oecd.org/fileview2.aspx?IDFile=e11b92da-6cc5-4cea-afe9-1d4cce02e5a4>
23. Pegam, S. (2017). *Kaj je zavarovanje?* <https://www.zav-zdruzenje.si/wp-content/uploads/2017/11/Kaj-je-zavarovanje.pdf>

24. Peterle, P. (2022). Uvod. V T. Brenčič Ramšak, E. Bubnič, L. Fric, I. Jadrič, P. F. Jakopič, T. Koblar, A. Lučič, P. Peterle, M. Vončina in D. Zadnikar. 2. del: *Premoženjska zavarovanja* (str. 133). Slovensko zavarovalno združenje.
25. Rednak, A. (2023, 6. julij). *Državni zbor po več kot 30 letih odpravlja dopolnilno zdravstveno zavarovanje*. <https://www.finance.si/drzavni-zbor-po-vec-kot-30-letih-odpravlja-dopolnilno-zdravstveno-zavarovanje/a/9014888>
26. Rice, T., Quentin, W., Anell, A., Barnes, A., J., Rosenau, P., Unruh, L., Y. in van Ginnken, E. (2018, 18. maj). *Revisiting out-of-pocket requirements: trends in spending, financial access barriers, and policy in ten high-income countries*. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3185-8#citeas>
27. Rokicki T., Perkowska A. in Ratajczak M. (2020, 29. december). *Differentiation in Healthcare Financing in EU Countries*. <https://www.mdpi.com/2071-1050/13/1/251>
28. Sagan A. in Thompson S. (2016). *Voluntary health insurance in Europe: role and regulation*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447647/pdf/Bookshelf_NBK447647.pdf
29. Slovensko zavarovalno združenje. (brez datuma). *Karenca*. <https://www.zav-zdruzenje.si/izrazi/karenca/>
30. Tavares A. I. (2019, 22. september). *Voluntary private health insurance demanddeterminants and risk preferences: Evidence from SHARE*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hpm.2922>
31. Vse bo v redu. (2018). *Zdravstvena zavarovanja: Kaj je mit in kaj resnica?* <https://vsebovredu.triglav.si/>
32. Varuh zdravja Vzajemna. (brez datuma a). *Dodatno ali dopolnilno zdravstveno zavarovanje*. <https://www.vzajemna.si/>
33. Varuh zdravja Vzajemna. (brez datuma b). *Dopolnilno zdravstveno zavarovanje*. <https://www.vzajemna.si/>
34. Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23
35. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – ZZZS. (brez datuma a). *Kaj je zdravstveno zavarovanje?* <https://www.zzzs.si/kaj-je-zdravstveno-zavarovanje>
36. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – ZZZS. (brez datuma b). *Obvezni zdravstveni prispevek*. <https://zavezanec.zzzs.si/prispevki-za-obvezno-zdravstveno-zavarovanje/obvezni-zdravstveni-prispevek/>
37. Zupančič Slavec, Z. (2019). *Razvoj zdravstvenega zavarovanja pri Slovencih 1889-2019*. [http://api.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/8d7230bd3c86d0b6c125848200314ea3/\\$FILE/bro%C5%A1ura%20Razvoj%20zdravstvenega%20zavarovanja%20pri%20Slovenih_9.10.2019.pdf](http://api.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/8d7230bd3c86d0b6c125848200314ea3/$FILE/bro%C5%A1ura%20Razvoj%20zdravstvenega%20zavarovanja%20pri%20Slovenih_9.10.2019.pdf)