

**VIŠJA STROKOVNA ŠOLA ACADEMIA,
MARIBOR**

DIPLOMSKO DELO

**KATERE ZDRAVSTVENE STORITVE KRIJE OBVEZNO
ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V CELOTI IN KATERE DELNO?**

Kandidatka: Tina Ličen

Študentka študija ob delu

Številka indeksa: 11190122776

Program: RAČUNOVODJA

Mentorica: dr. Vlasta Črčinovič-Krofič

Maribor, februar 2010

IZJAVA O AVTORSTVU DIPLOMSKE NALOGE

Podpisana Tina Ličen, št. indeksa 11190122776, sem avtorica diplomske naloge z naslovom

Katere zdravstvene storitve krije obvezno zdravstveno zavarovanje v celoti in katere delno?,

ki sem jo napisala pod mentorstvom dr. Vlaste Črčinovič-Krofič.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;
- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana skladno s pravili Višje strokovne šole Academia;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del oziroma misli kot mojih lastnih – kaznivo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah (UL, št. 16/2007, v nadaljevanju ZASP), prekršek pa podleže tudi ukrepom VŠŠ Academia, in to skladno z njenimi pravili;
- skladno z 32. členom ZASP dovoljujem VŠŠ Academia objavo diplomske naloge na spletnem portalu šole.

Maribor, 18. 2. 2010

Podpis študentke: Tina Ličen

ZAHVALA

Zahvaljujem se svoji mentorici dr. Vlasti Črčinovič-Krofič za vzpodbudo, pomoč in vodenje pri pisanju diplomske naloge.

Iskrena hvala predavateljem in vsem ostalim strokovnim delavcem na VSS Academia.

Lidiji Šalamun, prof., se zahvaljujem za jezikovni pregled naloge.

Za prevod v tuji jezik se zahvaljujem ge. Alenki Helbl, prof.

Prav tako se zahvaljujem vsem svojim najbližjim za podporo in motivacijo, da sem dosegla zastavljeni cilj.

POVZETEK

Zdravje je neprecenljiva vrednota. Kadar zbolimo ali se poškodujemo, se poskušamo pozdraviti sami. Če nam to ne uspe, poiščemo zdravniško pomoč. Ne zanima nas, koliko stanejo zdravstvene storitve, ki jih koristimo v času zdravljenja, oziroma v kolikšnih deležih se krijejo iz obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Težava nastane, če zdravstvenega zavarovanja nimamo urejenega, saj moramo zdravstvene storitve plačati sami, doplačila so pa lahko zelo visoka.

V diplomski nalogi bomo predstavili zdravstveno zavarovanje v Sloveniji, ki se deli na obvezno in prostovoljno. Na podlagi kronološkega pregleda bomo primerjali obseg pravic zdravstvenih storitev v deležih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja od leta 1993 dalje. Opravili bomo primerjavo med štirimi primeri. Izhajali bomo iz cene storitve, zanima nas pa delež pokritosti med osnovnim in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem.

Ključne besede: zdravstveno zavarovanje, osnovno zdravstveno zavarovanje, prostovoljno zdravstveno zavarovanje, zavarovana oseba, obseg pravic.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Gesundheit ist der unschätzbare Wert. Wenn man erkrankt oder beschädigt ist, versucht, sich selbst zu heilen. Wenn man dabei aber nicht erfolgreich ist, muss man zum Arzt gehen. Es interessiert uns nicht, wie viel die medizinischen Dienstleistungen bei der Behandlung kosten bzw. welcher Anteil wird durch die freiwillige und zusätzliche obligatorische Krankenversicherung gedeckt. Das Problem entsteht, wenn die Krankenversicherung nicht ordnungsgemäß ist, denn man muss dann diese Leistungen selbst zahlen, die Zusatzzahlungen könnten aber ziemlich hoch sein.

In meiner Diplomarbeit wird die Krankenversicherungsschutz in Slowenien, die aus obligatorischen und freiwilligen besteht, vorgestellt. Auf der Grundlage der chronologischen Übersicht ist der in den Aktien der Umfang der Rechte der medizinischen Dienstleistungen der obligatorischen Krankenversicherung seit 1993 verglichen. Wir haben einen Vergleich zwischen den vier Fällen gemacht. Wir gehen aus dem Dienstleistungspreis, es interessiert uns aber auch der Anteil der Deckungsgrad zwischen den Grund- und Zusatzversicherung.

Schlüsselworte: Krankenversicherung, Grundversicherung, freiwillige Krankenversicherung, der Versicherte, der Umfang der Rechte.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD	8
1.1 OPREDELITEV OBRAVNAVANE ZADEVE	8
1.2 NAMEN IN CILJI TEME	8
1.3 TRDITVE, PREDPOSTAVKE IN OMEJITVE	8
1.4 RAZISKOVALNE METODE	9
2 OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	10
2.1 ZAVAROVANE OSEBE	10
2.2 PRAVICE IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	15
3 PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI	21
3.1 OBLIKE PROSTOVOLJNEGA ZAVAROVANJA	21
3.1.1 <i>Dopolnilno zdravstveno zavarovanje</i>	22
3.2 NAČIN UVELJAVLJANJA PRAVICE PROSTOVOLJNEGA ZAVAROVANJA	23
3.3 PONUDNIKI DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	25
4 PRIMERJAVA OBVEZNEGA IN DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	28
4.1 KRONOLOŠKI PREGLED OBSEGA PRAVIC IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA OD LETA 1993 DALJE	28
4.2 PRIMERJAVA CEN IN DELEŽA POKRITOSTI NA IZBRANIH ZDRAVSTVENIH STORITVAH	30
4.2.1 <i>Primer 1: Redni zobozdravniški pregled</i>	30
4.2.2 <i>Primer 2: Visok pritisk – zdravila za tri mesece</i>	31
4.2.3 <i>Primer 3: Dioptrija – očala za bližino in daljavo</i>	31
4.2.4 <i>Primer 4: Zlom goleni</i>	32
5 SKLEP	33
6 UPORABLJENA LITERATURA IN VIRI	35
6.1 SEZNAM LITERATURE	35
6.2 SEZNAM SPLETNIH VIROV	35

KAZALO SLIK

Slika 1: Maksimalni oziroma minimalni deleži, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje po 23. členu

ZZVZZ	17
-------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Redni zobozdravniški pregled	30
Tabela 2: Visok pritisk – zdravila za tri mesece	31
Tabela 3: Dioptrija – očala za bližino in daljavo	31
Tabela 4: Zlom goleni	32

KAZALO GRAFOV

Graf 1: Tržni deleži zdravstvenih zavarovalnic v letu 2008	27
Graf 2: Odstotek vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, po skupinah za leti 1993 in 2009	28
Graf 3: Odstotek vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, skupin 5 in 6 za leta 1993, 1995, 1996 in 2009	29

1 UVOD

1.1 Opredelitev obravnavane zadeve

Za temo, ki jo bomo predstavili v diplomski nalogi, smo se odločili na podlagi osebne odločitve po preučevanju literature in predpisov, ki urejajo obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Pred kratkim smo se zaposlili v zdravstveni zavarovalnici, ki je specializirana za trženje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, kar je bila še dodatna vzpodbuda, da področje obsega pravic in odstotke cene zdravstvenih storitev, ki se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v celoti ali delno, podrobneje preučimo. Naša naloga bo predstaviti področje celostno. Na podlagi celostne predstavitve in splošnega pomena bodo o obravnavanem področju dobili ustrezne informacije naključni bralci in tisti, ki bodo iskali podrobnejše informacije.

1.2 Namen in cilji teme

Namen diplomske naloge je raziskati, analizirati in predstaviti obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji.

Cilji, ki jih želimo doseči, so:

- preučiti in predstaviti zakonodajo, ki ureja področje obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja;
- kronološko prikazati obseg pravic zdravstvenih storitev v deležih v obveznem zdravstvenem zavarovanju in jih primerjati;
- na konkretnih primerih prikazati delež pokritosti cen izbranih zdravstvenih storitev med obveznim in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem.

1.3 Trditve, predpostavke in omejitve

Osnovna trditev je, da se:

- obseg pravic in odstotki cen zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja znižujejo.

Predpostavljamo, da:

- dopolnilno zdravstveno zavarovanje pridobiva na pomenu;
- so na tržišču tri zavarovalnice, ki ponujajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Omejitve

- Glede na razsežnosti, zapletenosti in zahtevnosti zdravstvenega zavarovanja se bomo pri raziskavi omejili na področje osnovnega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

1.4 Raziskovalne metode

V teoretičnem delu bomo uporabili:

- domačo strokovno literaturo,
- podatke svetovnega spleta,
- metodo kompilacije,
- metodo deskripcije ali opisovanja,
- metodo komparacije ali primerjave,
- metodo lastnega opazanja in zaznavanja.

Raziskovalni del diplomske naloge bo potekal tako, da bomo zbrane podatke oblikovali in jih nato obdelali s pomočjo programa Excel. Podatke bomo prikazali tabelarično in grafično ter jih pojasnili.

2 OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Obvezno zdravstveno zavarovanje določajo Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu ZZVZZ) in podzakonski akti, predvsem Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu Pravila).

Značilnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja:

- ⇒ povzeti so osnovni principi Bismarckovega modela (načela socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, starimi in mladimi, bogatimi in revnimi);
- ⇒ vključeni so vsi prebivalci Republike Slovenije, ki imajo v njej stalno prebivališče, ter vse osebe, ki se ukvarjajo s pridobitno dejavnostjo na območju Republike Slovenije;
- ⇒ edini izvajalec je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu ZZZS), ki je v okviru zakonskih pooblastil avtonomen, z njim upravlja skupščina, ki sprejema najpomembnejše akte, kot so statut, predpisi o pravicah in postopkih uresničevanja pravic, lista zdravil, predlog prispevnih stopenj in podobno;
- ⇒ financira se s prispevki delodajalcev, delojemalcev (prispevna stopnja znaša 12,92 odstotka bruto plače) in drugih zavarovancev, saj ZZVZZ vse pravne in fizične osebe, ki ustvarjajo ali imajo kakršen koli dohodek, zavezuje k plačevanju prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje;
- ⇒ gre za javna sredstva;
- ⇒ »tripartitni« sistem odločanja o programu zdravstvenih storitev in delitvi zbranih sredstev med izvajalce zdravstvenih storitev (ZZS, izvajalci zdravstvenih storitev in Ministrstvo za zdravje). (Vzajemna, interno gradivo, 2008).

2.1 Zavarovane osebe

Zavarovane osebe so zavarovanci in njihovi družinski člani, ki imajo pravico do koriščenja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Za zavarovance je z ZZVZZ predpisana obveznost plačevanja prispevkov, pri čemer so predpisani tudi, kdo je zavezanec za njihovo plačevanje in s tem zavezanec za prijavo osebe v obvezno zdravstveno zavarovanje, vrsta prispevkov in osnova, od katere se le-ti plačujejo, ter obseg pravic.

Prijavo, spremembo ali odjavo oseb v obvezno zdravstveno zavarovanje oziroma iz njega opravi na podlagi vloge zavezanca za prijavo območna enota ali izpostava Zavoda.

Plačilo predpisanih prispevkov je vezano na vir, ki zavarovancu zagotavlja osnovno socialno varnost (zaposlitev, pokojnina, samostojna dejavnost, invalidnina, lastna sredstva, družbena pomoč).

Družinski člani se vključijo v obvezno zdravstveno zavarovanje preko zavarovancev kot nosilcev zavarovanja, če ne izpolnjujejo pogojev, da bi bili sami zavarovanci. Družinski člani niso zavezanci za prispevek.

Zavarovanci po 15. členu ZZVZZ so:

1. osebe, ki so v delovnem razmerju v Republiki Sloveniji;
2. osebe v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji, poslane na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zavarovane v državi, v katero so bile poslane;
3. osebe, zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah in ustanovah, tujih konzularnih in diplomatskih predstavništvih s sedežem v Republiki Sloveniji, če ni z mednarodno pogodbo določeno drugače;
4. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zaposlene pri tujem delodajalcu, ki niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
5. osebe, ki na območju Republike Slovenije samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic;
6. osebe, ki so lastniki zasebnih podjetij v Republiki Sloveniji, če niso zavarovane iz drugega naslova;
7. kmetje, člani njihovih gospodarstev in druge osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic;
8. vrhunski športniki in vrhunski šahisti – člani telesnokulturnih in šahovskih organizacij v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
9. brezposelne osebe, ki prejemajo pri zavodu za zaposlovanje nadomestilo oziroma denarno pomoč;

10. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino po predpisih Republike Slovenije oziroma preživnino po predpisih o preživninskem varstvu kmetov;
11. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če z mednarodno pogodbo ni določeno drugače;
12. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki med bivanjem v Republiki Sloveniji ne morejo uporabljati pravic iz tega naslova;
13. družinski člani osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji in niso zavarovani kot družinski člani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
14. tujci, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
15. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci invalidnin po predpisih o vojaških invalidih in civilnih invalidih vojne, pravic po predpisih o varstvu vojnih veteranov, žrtev vojnega nasilja in udeležencev drugih vojn ter uživalci republiških priznawalnin, če niso zavarovane iz drugega naslova;
16. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo nadomestilo po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb, če niso zavarovane iz drugega naslova;
17. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo stalno denarno pomoč kot edini vir preživljanja po predpisih o socialnem varstvu;
18. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci priznawalnin po predpisih o varstvu udeležencev vojn, če niso zavarovane iz drugega naslova;
19. vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so v civilni službi kot nadomestilu vojaškega roka;
- 19 a. vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji med služenjem vojaškega roka oziroma med usposabljanjem za rezervno sestavo policije;
20. osebe z drugimi prihodki in s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, če niso zavarovane iz drugega naslova;
21. državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovanci iz drugega naslova. (ZZVZZ-UPB3, 15. člen).

Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so zavarovani tudi:

1. učenci in študentje pri praktičnem pouku, pri opravljanju proizvodnega dela oziroma delovne prakse in na strokovnih ekskurzijah;
2. otroci in mladostniki z motnjami v telesnem in duševnem razvoju pri praktičnem pouku v organizacijah za usposabljanje ali na obveznem praktičnem delu;
3. osebe, ki so po končanem šolanju na prostovoljni praksi, ne glede na to, ali za to prakso prejemajo nagrado;
4. vojaški invalidi, civilni invalidi vojne in druge invalidne osebe na poklicni rehabilitaciji oziroma usposabljanju pri praktičnih delih in vajah;
5. osebe, ki opravljajo delo na podlagi pogodbe o delu;
6. učenci srednjih šol oziroma študenti višjih in visokih šol pri opravljanju dela preko pooblaščenih organizacij;
7. brezposelne osebe na javnih delih, organiziranih po predpisih o zaposlovanju;
8. volonterji;
9. osebe na prestajanju zaporne kazni in vzgojnega ukrepa pri delu, poklicnem izobraževanju in pri opravljanju dovoljenih dejavnosti v skladu z zakonom;
10. osebe, ki opravljajo dejavnost kot postranski poklic. (ZZVZZ-UPB3, 17. člen).

Za poškodbo pri delu so zavarovani tudi:

1. osebe, ki sodelujejo pri organiziranih javnih delih splošnega pomena, pri reševalnih akcijah ali pri zaščiti in reševanju ob naravnih in drugih nesrečah;
2. udeleženci mladinskih taborov v Republiki Sloveniji;
3. osebe, ki opravljajo dela oziroma naloge vojaške službe ali nadomestne civilne službe, narodne zaščite, civilne zaščite, službe za opazovanje in obveščanje, splošnih reševalnih služb ali enot za zveze ter pri usposabljanju za obrambo in zaščito;
4. osebe, ki pomagajo organom za notranje zadeve in pooblaščenim osebam teh organov pri opravljanju njihovih nalog v skladu z zakonom;
5. osebe, ki opravljajo naloge organov za notranje zadeve kot osebe v rezervnem sestavu organov za notranje zadeve;
6. osebe, ki opravljajo na poziv državnih in drugih pooblaščenih organov javne in druge družbene funkcije ali državljansko dolžnost;

7. športniki, trenerji ali organizatorji, ki v okviru organizirane športne dejavnosti sodelujejo pri športnih akcijah;
8. osebe, ki kot člani operativnih sestavov prostovoljnih gasilskih organizacij opravljajo naloge pri gašenju požarov, zaščiti in reševanju pri drugih nesrečah, pri usposabljanju, zavarovanju na požarno nevarnih mestih in pri javnih prireditvah, naloge pri javnih nastopih in demonstracijah s prikazovanjem demonstrativnih vaj ter pri poučevanju ljudi o požarni varnosti;
9. osebe, ki kot člani gorske reševalne službe ali potapljači opravljajo naloge reševanja življenj ali odvrnitve oziroma preprečitve nevarnosti, ki neposredno ogrožajo življenje ali premoženje občanov. (ZZVZZ-UPB3, 18. člen).

Poleg tega ZZVZZ v 23. členu določa tudi posebne skupine zavarovanih oseb, ki so jim vse storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja krite v celoti, ter zavarovane osebe, ki jim razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev krije proračun Republike Slovenije.

Plačilo zdravstvenih storitev se zagotavlja v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za zdravljenje in rehabilitacijo:

- otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo;
- otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
- otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov.

Razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev, ki se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in polno vrednostjo zdravstvenih storitev za določene skupine zavarovanih oseb zagotavlja proračun Republike Slovenije, in sicer za:

- pripornike, ki niso zavarovanci iz drugega naslova, obsojence na prestajanju kazni zapor, mladoletniškega zapor, mladoletnike na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, osebe, ki jim je bil izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog;
- vojaške invalide in civilne invalide vojne;

- vojne veterane in žrtve vojnega nasilja. (<http://www.zdravstvena.info/vsznj/zzzs-obvezno-in-prostovoljno-zdravstveno-zavarovanje/>, dne 5. 1. 2010).

Poleg tega imajo od 1. 1. 2009 zavarovanci in po njih zavarovani družinski člani, ki nimajo zagotovljenega plačila zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v celoti, pravico do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev v breme proračuna Republike Slovenije. To pravico imajo zavarovanci in po njih zavarovani družinski člani, če izpolnjujejo pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči, kar ugotavlja center za socialno delo, ki v zvezi s tem izda posebno odločbo.

([http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/bec5f467d81d81afc125718600544067/\\$FILE/06_Vrste%20in%20obseg%20pravic%20iz%20obveznega%20zdravstvenega%20zavarovanja.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/bec5f467d81d81afc125718600544067/$FILE/06_Vrste%20in%20obseg%20pravic%20iz%20obveznega%20zdravstvenega%20zavarovanja.pdf), dne 15. 1. 2010).

2.2 Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in njihove vrste so določene z ZZVZZ, podrobneje pa postopek njihovega uveljavljanja določajo Pravila.

Obvezno zdravstveno zavarovanje omogoča zavarovanim osebam v času bolezni ali poškodbe, v primerih, ko zbolimo, se poškodujemo ali imamo kakšne druge zdravstvene potrebe, uveljavljanje:

⇒ pravic do zdravstvenih storitev, in sicer pravico do

- osnovne zdravstvene dejavnosti,
- zobozdravstvene dejavnosti,
- dejavnosti v določenih socialnih zavodih,
- storitev specialističnih ambulant, bolnišničnih in terciarnih dejavnosti,
- zdraviliškega zdravljenja,
- obnovitvene rehabilitacije,
- prevoza z reševalnimi in drugimi vozili,
- zdravljenja in bivanja v tujini,
- do zdravil in živil za posebne zdravstvene namene na recept,

- medicinsko-tehničnih pripomočkov;

⇒ **pravic do denarnih nadomestil, in sicer pravico do**

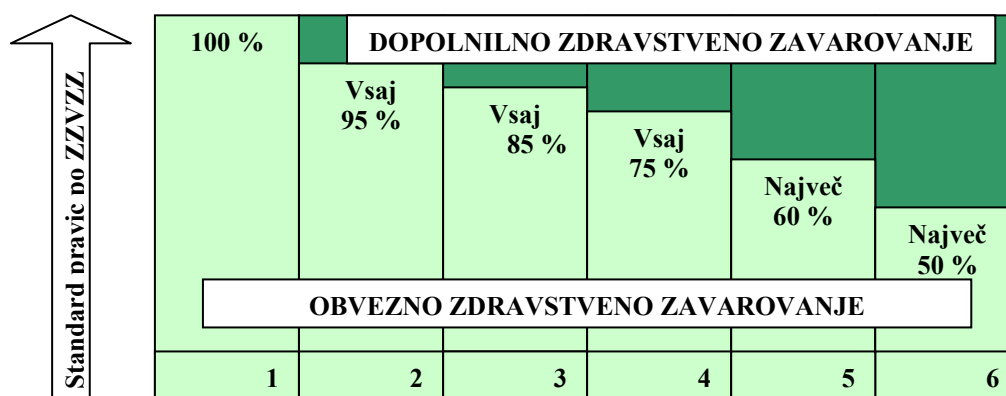
- plače med začasno zadržanostjo od dela,
- pogrebne,
- posmrtnine,
- povračila potnih stroškov. (<http://www.zzzs.si>, dne 1. 9. 2009).

Med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ne sodijo:

- storitve estetskih operacij, razen če so potrebne zaradi posledic poškodb, okvar ali bolezni in so povezane tudi z odpravo funkcionalnih prizadetosti;
- storitve, ki so povezane z iztreznitvijo ob akutnem alkoholnem opoju;
- storitve neobveznega cepljenja;
- storitve ugotavljanja zdravstvenega stanja, ki jih zavarovana oseba uveljavlja zaradi zahtev ali predpisov na drugih področjih ali pri drugih organih (pri zavarovalnicah, na sodiščih, v kazenskem postopku, pri izdaji potrdil za voznike motornih vozil, ukrepov v zvezi z varstvom pri delu itd.);
- storitve, potrebne za uveljavljanje pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki presegajo obseg storitev, opredeljenih v seznamu obvezne medicinske dokumentacije za uveljavljanje pravic na podlagi invalidnosti in preostale delovne zmožnosti, in storitve na zahtevo invalidske komisije;
- storitve alternativne diagnostike, zdravljenja ali rehabilitacije, za katere ni dal soglasja minister, ki je pristojen za zdravje;
- storitve, ki se izvedejo na zahtevo zavarovane osebe in ki po mnenju osebnega ali napotnega zdravnika glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe niso potrebne;
- stroški prevoza zavarovane osebe iz tujine v domovino.

([http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/bec5f467d81d81afc125718600544067/\\$FILE/06_Vrste%20in%20obseg%20pravic%20iz%20obveznega%20zdravstvenega%20zavarovanja.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/bec5f467d81d81afc125718600544067/$FILE/06_Vrste%20in%20obseg%20pravic%20iz%20obveznega%20zdravstvenega%20zavarovanja.pdf), dne 15. 1. 2010).

Zdravstvene storitve so zaradi različnih odstotnih deležev, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje v skladu s 23. členom ZZVZZ, razporejene v šest skupin. Na spodnji sliki so deleži prikazani 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, kolikšen odstotek stroškov mora kriti pacient sam, ki pa se lahko za kritje teh stroškov tudi dopolnilno zavaruje. Zakon določa za drugo, tretjo in četrto skupino pravic najnižji odstotek, ki ga mora kriti obvezno zavarovanje, za peto in šesto skupino pravic pa je določen maksimalni odstotek kritja. Točne odstotke določi ZZS za posamezna obdobja v soglasju z Vlado Republike Slovenije.



Slika 1: Maksimalni oziroma minimalni deleži, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje po 23. členu ZZVZZ

Vir: Gracar, 2008.

ZZVZZ v 23. členu določa, da je z obveznim zdravstvenim zavarovanjem zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev v naslednjih primerih.

1. V celoti za:

- sistematične in druge preventivne preglede otrok, učencev, dijakov in študentov do dopolnjenega 26. leta starosti, žensk v zvezi z nosečnostjo in drugih odraslih oseb v skladu s programom, razen pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavljajo delodajalci;
- preprečevanje, presejanje in zgodnje odkrivanje bolezni, skladno s programom, ki ga sprejme Zdravstveni svet;

- svetovanje, izobraževanje, usposabljanje in pomoč za spreminjanje nezdravega življenjskega sloga;
- zdravljenje in rehabilitacijo otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo, in otrok ter mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov;
- zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, s kontracepcijo, z nosečnostjo in s porodom;
- preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja;
- obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa, skladno s programom;
- zdravljenje in rehabilitacijo malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegijo, tetraplegijo, cerebralno paralizo, epilepsijo, hemofilijo, duševne bolezni, razvite oblike sladkorne bolezni, multiplo sklerozo in psoriarzo;
- celovito obravnavo z zdravljenjem in rehabilitacijo slepote in slabovidnosti v skladu z veljavno klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije, popolne ali zelo težke okvare sluha po Mednarodni klasifikaciji okvar, invalidnosti in oviranosti Svetovne zdravstvene organizacije (1980), cistične fibroze in avtizem in osebe po nezgodni poškodbi glave in okvari možganov;
- zdravljenje in rehabilitacijo zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu;
- zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam;
- nujno medicinsko pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi;
- patronažne obiske, zdravljenje in nego na domu ter v socialnovarstvenih zavodih;
- zdravila s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje oseb in stanj iz četrte do trinajste alineje te točke, medicinske pripomočke v zvezi z zdravljenjem oseb in stanj iz zgoraj naštetih alinej;
- zdravila in živila za posebne zdravstvene namene s pozitivne in vmesne liste za otroke, učence, dijake, vajence in študente ter osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju, živila za posebne zdravstvene namene s prilagojeno sestavo hranil za zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove;
- sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno 5 let;

- predhodne in obdobjne zdravstvene preglede za športnike, ki nastopajo na uradnih tekmovanjih nacionalnih panožnih športnih zvez.

2. V najmanj 95-odstotni vrednosti za:

- storitev v zvezi s presaditvijo organov in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi ne glede na razlog;
- zdravljenja v tujini;
- storitev v zvezi z intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi nujnimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi in rehabilitacijskimi posegi.

3. V najmanj 85-odstotni vrednosti za:

- storitve v zvezi z zagotavljanjem in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in umetno oploditvijo, s sterilizacijo in z umetno prekinitvijo nosečnosti;
- specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela;
- nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču v okviru nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela;
- storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki niso zajete v 1. točki, ter zdravljenje zobnih in ustnih bolezni;
- ortopedske, ortotične, slušne in druge pripomočke, razen v primerih iz 1. in 4. točke tega odstavka.

4. V najmanj 75-odstotni vrednosti za:

- specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, ortopedske, ortotične in druge pripomočke v zvezi z zdravljenjem poškodb izven dela;
- zdravila s pozitivne liste za vse druge primere.

5. V največ do 60-odstotni vrednosti za:

- reševalne prevoze, ki niso nujni, zavarovanih oseb, ki so nepokretne ali rabijo prevoz na dializo in z nje, ali v drugih primerih, ko bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali

osebnim avtomobilom za njihovo zdravje škodljiv, ali zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebujejo spremstvo zdravstvenega delavca (v višini 30 odstotkov);

- zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja (v višini 15 odstotkov).

6. V največ do 50-odstotni vrednosti za:

- zdravila z vmesne liste (v višini 10 odstotkov);
- zobnoprótetično zdravljenje odraslih (v višini 25 odstotkov);
- očesne pripomočke za odrasle (v višini 25 odstotkov).

Odstotke iz 2. do 6. točke prejšnjega odstavka določi Zavod v soglasju z Vlado Republike Slovenije. Odstotki za posamezne vrste storitev ali pri posameznih boleznih v okviru teh točk so lahko različni. Zavod lahko določi pogoj predhodnega zavarovanja do šest mesecev za pravice do ortopedskih, ortotičnih, očesnih, slušnih, zobnoprótetičnih in drugih pripomočkov, razen za pravice iz 1. točke prvega odstavka tega člena. (ZZVZZ-UPB3, 23. člen).

3 PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje urejata ZZVZZ in Zakon o zavarovalništvu (v nadaljevanju ZZavar).

Značilnosti prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja:

- ⇒ je zavarovalniška dejavnost;
- ⇒ izvajajo ga zavarovalnice na trgu;
- ⇒ financira se s premijami, ki jih zavarovalci plačujejo zavarovalnici, pri kateri imajo sklenjeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. (Vzajemna, interno gradivo, 2008).

3.1 Oblike prostovoljnega zavarovanja

ZZVZZ deli prostovoljna zdravstvena zavarovanja na:

- dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki ob uresničevanju pravic do zdravstvenih storitev po postopkih in pogojih, kot so predpisani v obveznem zdravstvenem zavarovanju, krije razliko ali del razlike med vrednostjo zdravstvenih storitev po 23. členu tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga po istem členu krije obvezno zdravstveno zavarovanje;
- nadomestno zdravstveno zavarovanje, ki krije največ v obsegu standarda obveznega zdravstvenega zavarovanja, stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki osebam, ki po predpisih Republike Slovenije ne morejo biti obvezno zavarovane;
- dodatno zdravstveno zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki in za izplačila denarnih prejemkov, ki niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja; ni niti dopolnilno niti nadomestno zdravstveno zavarovanje;

- vzporedno zdravstveno zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki, ki so sicer pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, a jih zavarovanci uveljavljajo po drugačnih postopkih in ob drugih pogojih, kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje. (<http://www.zdravniki-zobozdravniki.net/pacienti/placilo-storitev.asp>, dne 31. 1. 2010).

3.1.1 Dopolnilno zdravstveno zavarovanje

Z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem se obseg pravic ne spreminja, ker je v celoti vezano na pravice obveznega zdravstvenega zavarovanja. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje tako krije le znesek razlike med celotno vrednostjo zdravstvenih storitev iz 23. člena ZZVZZ in deležem te vrednosti, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje. (Vzajemna, interno gradivo, 2008).

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje predstavlja javni interes Slovenije in se izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med spoloma med vsemi zavarovanci dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Podrobneje je določeno v ZZVZZ in dopolnitvah zakona. (Vzajemna, interno gradivo, 2008).

Značilnosti dopolnilnega zavarovanja:

- ⇒ močna soodvisnost z obveznim zdravstvenim zavarovanjem;
- ⇒ zavarovalnica je dolžna sprejeti vsakega, ki želi skleniti zavarovanje in ima predhodno urejen status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju;
- ⇒ visoka stopnja zavarovanosti prebivalstva, zavarovalna vsota je neomejena;
- ⇒ premija dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je enaka za vse zavarovance posamezne zavarovalnice;
- ⇒ zavarovalnica lahko ponudi do 3-odstotni popust zaradi nižjih administrativnih stroškov;

⇒ uvedba čakalne dobe in doplačila na premijo, ki sta posledica pozne vključitve v zavarovanje glede na dobo zavarovanosti v obveznem zavarovanju. (Vzajemna, interno gradivo, 2008).

S sklenitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja se zavarujemo za stroške doplačil:

- zdravstvenih storitev na področju vseh zdravstvenih dejavnosti, vključno s storitvami nastanitve in prehrane v bolnišnici ali zdravilišču;
- vseh zdravil s pozitivne in vmesne liste (do priznane vrednosti za to zdravilo), predpisanih na recept;
- nenujnih reševalnih prevozov;
- zdravstvenih pripomočkov;
- ortopedskih, ortotičnih, slušnih, očesnih, ortodontskih in drugih tehničnih pripomočkov ter zobnoprostetičnih nadomestkov. (<http://intranetd/default.asp?CatId=298&print=1>, dne 29. 12. 2009).

Omenimo le nekatere odstotne deleže, ki jih krije dopolnilno zavarovanje: pri zobni protetiki je delež doplačil 75 odstotkov, pri očesnih pripomočkih (očala) prav tako 75 odstotkov, pri nenujnih reševalnih prevozih 70 odstotkov, pri zdravilih z vmesne liste 75 odstotkov. Brez dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja bi morali v navedenih primerih odstotek vrednosti zdravstvene storitve plačati sami. Tudi pri storitvah osnovne zdravstvene dejavnosti znaša doplačilo 15 odstotkov, pri storitvah bolnišnične dejavnosti od 5 do 15 odstotkov, vendar je v nekaterih primerih (npr. zahtevnejši operativni posegi) lahko celotni znesek opravljene storitve visok, zaradi česar lahko teh pet odstotkov doplačil pomeni velik izdatek za bolnika. (<http://intranetd/default.asp?CatId=298&print=1>, dne 29. 12. 2009).

3.2 Način uveljavljanja pravice prostovoljnega zavarovanja

Edini veljavni dokument za uveljavljanje pravic iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je kartica zdravstvenega zavarovanja. Elektronski osebni dokument brezplačno prejme vsakdo, ko si prvič uredi obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji. (<http://intranetd/default.asp?CatId=452&print=1>, dne 17. 9. 2009).

Na kartici so elektronsko zapisani podatki o:

- imetniku kartice (ime in priimek, naslov, spol, datum rojstva);
- zavezancu za prispevek (registracijska številka, naziv, naslov, vrsta plačnika prispevka);
- obveznem zdravstvenem zavarovanju (veljavnost zavarovanja);
- prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju (zavarovalnica, vrsta police, veljavnost zavarovanja);
- izbranem osebnem zdravniku (splošnem zdravniku/pediatru, zobozdravniku, ginekologu);
- izdanih medicinsko-tehničnih pripomočkov;
- prostovoljni opredelitvi za posmrtno darovanje organov in tkiv za presaditev;
- izdanih zdravilih. (http://sl.wikipedia.org/wiki/Kartica_zdravstvenega_zavarovanja, dne 12. 1. 2010).

Od 9. februarja 2010 ZZZS postopno ukinja potrjevanje kartic na zdravkomatih. Zdravstveni izvajalci bodo v celoti prešli na neposredno »on-line« pridobivanje podatkov zdravstvenega zavarovanja, informacijskih sistemov ZZZS in treh prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnic. Za zavarovance prinaša vstop v on-line sistem ta hip samo eno novost: kartice zdravstvenega zavarovanja ne bo več treba potrjevati na terminalih. V obeh sistemih, sedanjem in novem, še velja stara kartica zdravstvenega zavarovanja. Novo dobijo novorojenčki in tisti, ki staro izgubijo ali jo poškodujejo. Kartica zdravstvenega zavarovanja je v novem sistemu samo ključ za dostopnost do podatkov na strežnikih. Zdravstveni delavec pride do podatkov samo s hkratno uporabo dveh kartic: svoje profesionalne in zavarovančeve. (<http://www.dnevnik.si/novice/zdravje/1042299457>, dne 30. 1. 2010).

Dejavnosti izklopa samopostrežnih terminalov bodo potekale časovno usklajeno z zaključevanjem uvedbe on-line sistema po regijah: (<http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/2B02EFC719EABA9AC125737C0038FA1C?OpenDocument>, dne 30. 1. 2010).

- Februar 2010: OE Celje, Koper, Kranj, Krško, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto in Ravne na Koroškem;
- april 2010: OE Ljubljana in Maribor (brez Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana);
- julij 2010: Univerzitetni klinični center Ljubljana.

3.3 Ponudniki dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje izvajajo na podlagi ZZVZZ v Sloveniji tri zavarovalnice:

- Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z.,
- Zavarovalnica Adriatic, d. d.,
- Zavarovalnica Triglav, d. d.

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

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

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

Vzajemna ima v svoji ponudbi naslednje oblike zavarovanj:

- 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.

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 in v svojo ponudbo vključil tudi prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Takrat je bil Adriatic edina zavarovalnica, ki je poleg ZZZS slovenskemu trgu ponudila prostovoljna zdravstvena zavarovanja.

Ponudba prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj obsega:

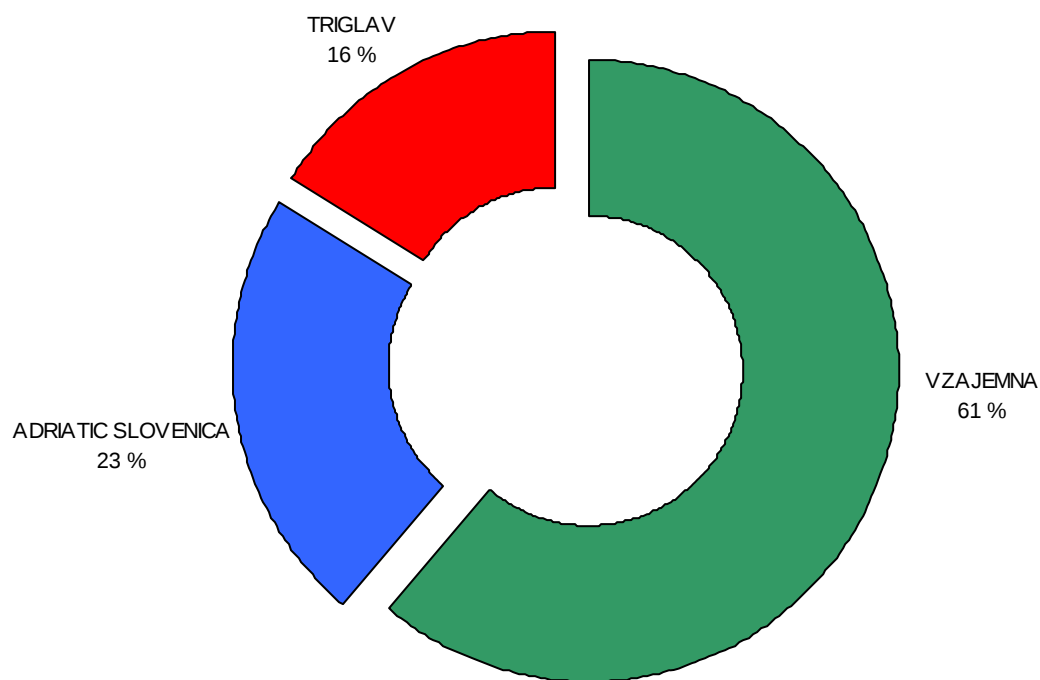
- dopolnilna zdravstvena zavarovanja;
- prostovoljna zdravstvena zavarovanja za višji obseg pravic ali višji standard:
 - nadstandardna zavarovanja B;
- zavarovanja za dodatne pravice (skupina C);
- zdravstvena zavarovanja v tujini z asistenco Coris.

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

Triglav, zdravstvena zavarovalnica, je na slovenski trg zdravstvenih zavarovanj vstopil leta 2003 kot specializirana zavarovalnica za zdravstvena zavarovanja.

Ponudba prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj obsega:

- dopolnilna zdravstvena zavarovanja;
- zdravstvena zavarovanja v tujini z asistenco Mercur Assistance (http://www.cek.ef.uni-lj.si/u_diplome/fende2643.pdf, dne 30. 1. 2010).



Graf 1: Tržni deleži zdravstvenih zavarovalnic v letu 2008

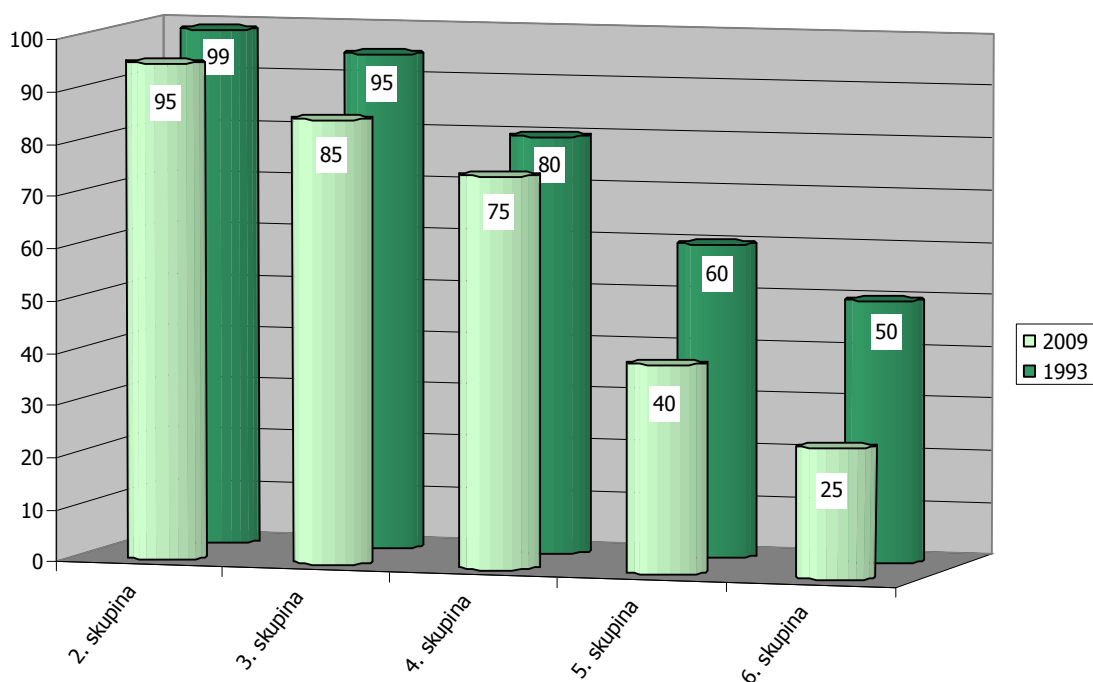
Vir: Revidirano letno poročilo za leto 2008, Vzajemna, d. v. z., 2009.

(<http://www.vzajemna.si/uploaded/pdf/letnaporocila/revidirano%20letno%20porocilo%20za%20leto%202008.pdf>, dne 28. 1. 2010).

Na podlagi grafa 1 ugotovimo, da je v Sloveniji vodilna zavarovalnica na področju dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj Vzajemna. Njen tržni delež je v letu 2008 znašal 61 odstotkov. Sledita ji Adriatic Slovenica s 23 odstotki in zavarovalnica Triglav s 16 odstotki.

4 PRIMERJAVA OBVEZNEGA IN DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

4.1 Kronološki pregled obsega pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja od leta 1993 dalje

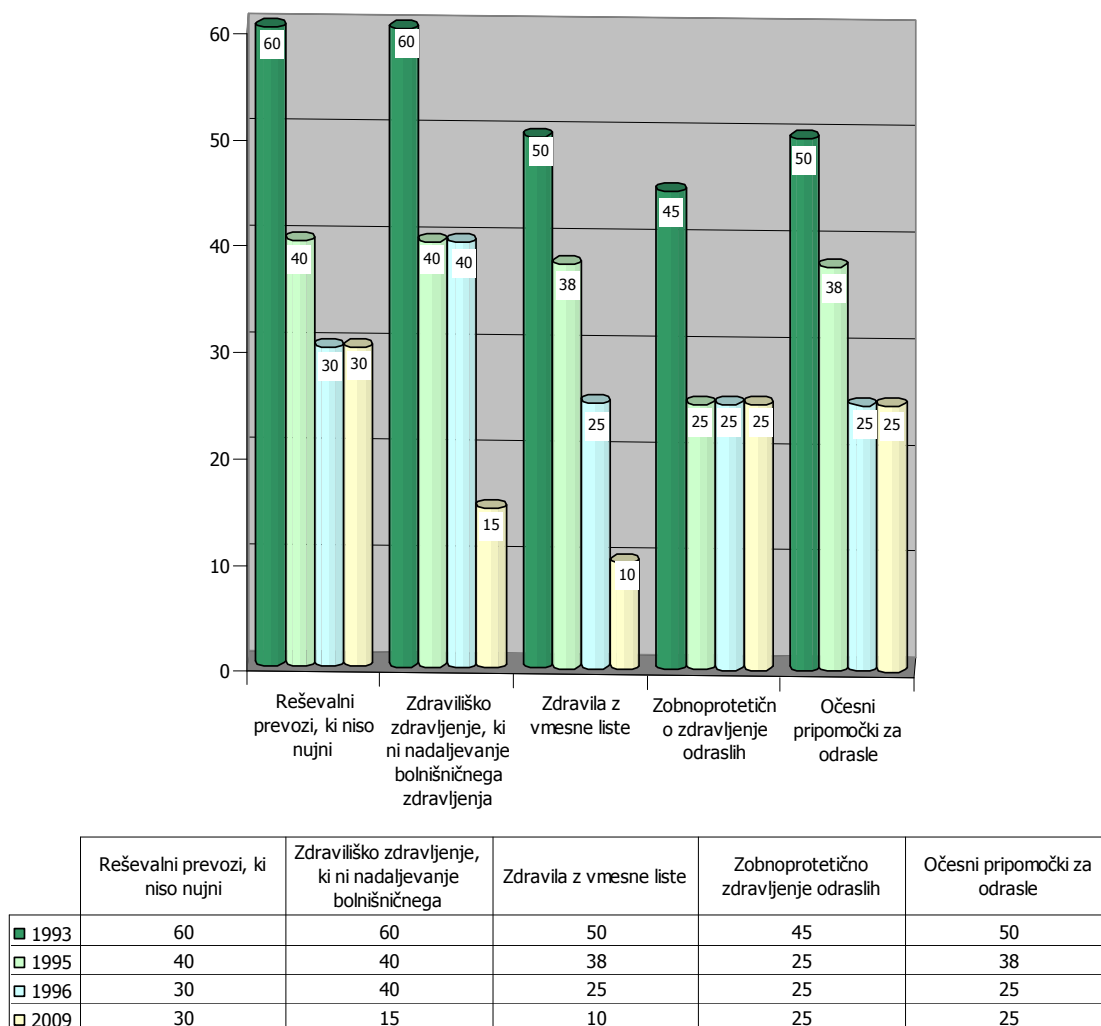


Graf 2: Odstotek vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, po skupinah za leti 1993 in 2009

Vir: Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 80/94, 73/95, 2/96, 51/09, 102/09).

Iz grafa 2 je razvidno, da so se odstotki vrednosti zdravstvenih storitev v obveznem zdravstvenem zavarovanju znižali v vseh skupinah. V primerjavi med letoma je največ odstopanja v 6. skupini, in sicer za 25 odstotnih točk, sledi 5. skupina za 20 odstotnih točk. Pri

teh dveh skupinah zakon določa zgornjo možno mejo pokritja, njegovo zmanjšanje pa navzdol ni omejeno. Zaradi naraščanja izdatkov in obvladanja le-teh so se odstotki vrednosti zdravstvenih storitev v obveznem zdravstvenem zavarovanju znižali.



Graf 3: Odstotek vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, skupin 5 in 6 za leta 1993, 1995, 1996 in 2009

Vir: Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 80/94, 73/95, 2/96, 51/09, 102/09).

Graf 3 prikazuje odstotke vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, za skupini 5 in 6 od leta 1993 do 2009. Od leta 1996 do 2009 so se najbolj znižale storitve za zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, in sicer od 40 odstotkov vrednosti na 15 odstotkov, kar pomeni zmanjšanje za 25 odstotnih točk. Pri zdravilih z vmesne liste, predpisanih na recept, gre za zmanjšanje od 25 odstotkov na 10 odstotkov njihove vrednosti, kar je zmanjšanje za 15 odstotnih točk. Razlog zmanjšanja odstotkov teh dveh zdravstvenih storitev v letu 2009 je moč pripisati ukrepom, ki sta jih sprejeli skupščina ZZZS in Vlada RS za zagotavljanje vzdržnosti sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so bili potrebni zaradi slabšanja gospodarskega položaja oziroma vse ostrejših makroekonomskih napovedi v državi in večjih odhodkov ZZZS od predvidenih zaradi zvišanja plač v zdravstvu. Sklep o spremembah Sklepa o določitvi odstotkov vrednosti plačila zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, je pričel veljati z 18. 7. 2009 za obdobje 12 mesecev.

4.2 Primerjava cen in deleža pokritosti na izbranih zdravstvenih storitvah

4.2.1 Primer 1: Redni zobozdravniški pregled

STORITEV	SKUPNA VREDNOST	DELEŽ OZZ	ZNESEK OZZ	DELEŽ DZZ	ZNESEK DZZ
Stomatološki pregled	8,04	85	6,84	15	1,21
RTG-zobovja	5,62	85	4,78	15	0,84
Zalivka na treh ploskvah	26,83	85	22,80	15	4,02
Jedkanje	6,71	85	5,70	15	1,01
Poliranje zalivke	4,03	85	3,43	15	0,60
Izdelava nadzidka (štifta)	62,19	25	15,55	75	46,64
Kovina za nadzidek (g)	9,27	25	2,32	75	6,95
Izdelava prevlek	116,31	25	29,08	75	87,23
Kovina za prevleke(g)	9,27	25	2,32	75	6,95
SKUPAJ	248,27		92,81		155,46

Tabela 1: Redni zobozdravniški pregled

Vir: lasten.

Iz tabele 1 je razvidno, da je delež doplačila za storitve s področja zdravljenja zob in ustnih bolezni ter rentgenske diagnostike zobovja ali čeljusti 15-odstoten. Za zobnoprotetične nadomestke, ki so natančno opredeljeni v 30. členu Pravil, je delež doplačila 75 odstotkov. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje (DZZ) krije 62,62 odstotka zneska celotne storitve.

4.2.2 Primer 2: Visok pritisk – zdravila za tri mesece

STORITEV	SKUPNA VREDNOST	DELEŽ OZZ	ZNESEK OZZ	DELEŽ DZZ	ZNESEK DZZ
Pregled pri osebni zdravniku	12,69	85	10,78	15	1,90
Zdravila (vmesna lista)	51,54	10	5,15	90	46,39
Zdravila (pozitivna lista)	10,08	75	7,56	25	2,52
SKUPAJ	74,31		23,50		50,81

Tabela 2: Visok pritisk – zdravila za tri mesece

Vir: lasten.

Iz tabele 2 je razvidno, da je delež doplačila za zdravila s pozitivne liste 10-odstoten, za zdravila z vmesne liste pa 75-odstoten. Za zdravniški pregled pri osebni zdravniku je delež doplačila 15-odstoten. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje (DZZ) krije 68,38 odstotka zneska celotne storitve.

4.2.3 Primer 3: Dioptrija – očala za bližino in daljavo

STORITEV	SKUPNA VREDNOST	DELEŽ OZZ	ZNESEK OZZ	DELEŽ DZZ	ZNESEK DZZ
Kratek pregled pri osebni zdravniku	5,29	85	4,49	15	0,79
Prvi pregled pri specialistu okulistu	4,13	85	3,51	15	0,62
Očala s torzičnimi stekli za bližino	33,13	25	8,28	75	24,85
Očala s torzičnimi stekli za daljavo	33,13	25	8,28	75	24,85
SKUPAJ	75,67		24,57		51,10

Tabela 3: Dioptrija – očala za bližino in daljavo

Vir: lasten.

Iz tabele 3 je razvidno, da je delež doplačila očesnih pripomočkov odraslih 25-odstoten. Za zdravniški pregled pri osebnem zdravniku in specialistu je delež doplačila 15-odstoten. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje (DZZ) krije 67,53 odstotka zneska celotne storitve.

4.2.4 Primer 4: Zlom goleni

STORITEV	SKUPNA VREDNOST	DELEŽ OZZ	ZNESEK OZZ	DELEŽ DZZ	ZNESEK DZZ
Bolnišnično zdravljenje – posegi na goleni	6.813,83	75	5.110,37	25	1703,46
Zdraviliško zdravljenje – nadaljevalno	1.457,51	75	1.093,13	25	364,38
MTP-bergle	20,57	75	15,43	25	5,14
Prvi pregled pri osebnem zdravniku	12,69	85	10,78	15	1,90
Protibolečinska zdravila (vmesna lista)	65,66	10	6,57	90	59,09
Kontrolni pregled pri osebnem zdravniku	8,10	85	6,89	15	1,22
Kontrolni pregled pri specialistu travmatologu	13,06	75	9,79	25	3,26
Bolnišnično zdravljenje – odstranitev os. mat.	862,25	75	646,69	25	215,56
Kontrolni pregled pri osebnem zdravniku	8,10	85	6,89	15	1,22
Protibolečinska zdravila (vmesna lista)	65,66	10	6,57	90	59,09
Fizioterapija: 10-krat	125,66	85	106,81	15	18,85
Kontrolni pregled pri specialistu travmatologu	13,06	75	9,79	25	3,26
Kontrolni pregled pri osebnem zdravniku	8,10	85	6,89	15	1,22
SKUPAJ	9.474,26		7.036,60		2.437,65

Tabela 4: Zlom goleni

Vir: lasten.

Iz tabele 4 vidimo, da sta vrednosti storitve za bolnišnično zdravljenje in zdraviliško zdravljenje – nadaljevalno – najvišji. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje (DZZ) krije 25,73 odstotka zneska celotne storitve. Ne glede na nizek delež doplačila za posamezno storitev je znesek za celotno storitev zelo visok. Če ne bi imeli urejenega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, bi v tem primeru morali plačati 2.437,65 evra.

5 SKLEP

V diplomskem delu smo predstavili obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji, ki ga ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Obvezno zdravstveno zavarovanje je zavarovanje, ki je obvezno za vse državljane, financira se s prispevki, izvaja pa ga Zavod za zdravstveno zavarovanje. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je oblika neobveznega zavarovanja, za katero se odloči vsak posameznik sam. Poznamo več oblik prostovoljnega zavarovanja, poudarek je na dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju, in sicer je to prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki krije razliko ali del razlike med celotnimi stroški zdravstvenih storitev in stroških teh storitev, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Na slovenskem trgu izvajajo dopolnilna zdravstvena zavarovanja trenutno tri zavarovalnice, in sicer so to Vzajemna, Zavarovalnica Adriatic Slovenica in Zavarovalnica Triglav.

Na podlagi pridobljenih podatkov smo kronološko primerjali obseg pravic zdravstvenih storitev v deležih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Potrjujemo trditev, da se obseg pravic in odstotki cen zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja znižujejo. Problem vidimo v naraščajočih stroških v obveznem zdravstvenem zavarovanju, kar je posledica staranja prebivalstva, razvoja medicinske znanosti in opreme, zdravil, večje ozaveščenosti in večjih zahtev ljudi. Menimo, da bo obvezno zdravstveno zavarovanje v prihodnosti pokrivalo vedno manjši del stroškov. Posledično bo dopolnilno zdravstveno zavarovanje pokrivalo vedno večji del stroškov in postajalo vedno bolj obvezno.

Na podlagi cen zdravstvenih storitev smo prikazali pokritosti med osnovnim in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem v deležih in vrednostno. Pri prvih treh primerih smo ugotovili, da so deleži dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja po posameznih zdravstvenih storitvah nizki. Če pogledamo celoten znesek storitve vrednostno ali v deležih, je ta presegel 60 odstotkov celotne storitve. Tudi pri zadnjem primeru so deleži dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja po posameznih zdravstvenih storitvah nizki. Ne glede na nizek delež doplačila je znesek za celotno storitev zelo visok. Zato je smiselno skleniti dopolnilno zdravstveno

zavarovanje in se izogniti visokim doplačilom, saj nikoli ne vemo, kdaj nas doleti bolezen ali nesreča.

6 UPORABLJENA LITERATURA IN VIRI

6.1 Seznam literature

1. Akademiki s sodelavci: *Priročnik akademije Vzajemne*, interno gradivo Vzajemne, 2008.
2. Gracar, I.: *Izkušnje pri izvajanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji*, Balkanski forum o reformah financiranja sistemov zdravstvenega varstva, Slovensko zavarovalno združenje, Portorož, 2008.

6.2 Seznam spletnih virov

1. <http://intranetd/default.asp?CatId=298&print=1>, dne 29.12.2009.
2. <http://intranetd/default.asp?CatId=452&print=1>, dne 17.09.2009.
3. http://sl.wikipedia.org/wiki/Zdravstveno_zavarovanje, dne 05.01.2010.
4. http://www.cek.ef.uni-lj.si/u_diplome/fende2643.pdf, dne 30.01.2010.
5. <http://www.dnevnik.si/novice/zdravje/1042299457>, dne 30.01.2010.
6. <http://www.vzajemna.si/uploaded/pdf/letnaporocila/revidirano%20letno%20porocilo%20za%20leto%202008.pdf> dne, 28.01.2010.
7. <http://www.zdravniki-zobozdravniki.net/pacienti/placilo-storitev.asp>, dne 31.01.2010.
8. <http://www.zdravstvena.info/vsznj/zzs-obvezno-in-prostovoljno-zdravstveno-zavarovanje/>, dne 05.01.2010.
9. <http://www.zzs.si/>, 01.09.2009.

10. [http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/bec5f467d81d81afc125718600544067/\\$FILE/06_Vrste%20in%20obseg%20pravic%20iz%20obveznega%20zdravstvenega%20zavarovanja.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/bec5f467d81d81afc125718600544067/$FILE/06_Vrste%20in%20obseg%20pravic%20iz%20obveznega%20zdravstvenega%20zavarovanja.pdf) dne 15.01.2010.
11. <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/2B02EFC719EABA9AC125737C0038FA1C?OpenDocument>, dne 30.01.2010.
12. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 Odl.US: U-I-125/97, 90/98, 6/99 popr., 109/99 Odl.US: U-I-50/97, 61/00, 64/00 popr., 91/00 popr., 59/02, 11/03 Skl.US: U-I-279/00-42, 18/03, 30/03, 35/03 popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 popr., 64/07, 33/08, 71/08, 118/08 Skl.US: U-I-163/08-12, 7/09).
13. Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 80/94, 73/95, 2/96, 51/09, 102/09).
14. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 77/98 Odl. US: Up 53/96, 6/99, 56/99-ZVZD, 99/01, 42/02-ZDR, 60/02, 11/03 Skl.US: U-I-279/00-42, 126/03, 20/04-UPB1, 62/05 Odl.US: U-I-390/02-27, 76/05, 100/05-UPB2, 100/05 Odl.US: U-I-69/03-17, 21/06 Odl.US: U-I-277/05-32, 38/06, 72/06-UPB3, 114/06-ZUTPG, 91/07, 71/08, 76/08, 118/08 Skl.US: U-I-163/08-12).