

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER

DIPLOMSKA NALOGA
VPLIV STARAJOČEGA SE PREBIVALSTVA IN
»MEDICINSKE INFLACIJE« NA DOPOLNILNO
ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

SEBASTJAN ŠVAB

MENTOR
DOC. DR. ALEŠ AHČAN

KOPER, 2007

POVZETEK

Namen diplomske naloge je proučiti vpliv demografskih sprememb in t. i. medicinske inflacije na dopolnilno zdravstveno zavarovanje. S staranjem prebivalstva se povečujejo stroški zdravstvenih storitev: podaljševanje pričakovane življenjske dobe in nizka stopnja rodnosti pomenita povišanje deleža starejših v celotnem prebivalstvu. Povišanje premij dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, zaradi povišanja stroškov zdravstvenih storitev, zmanjšuje interes mladih ljudi, ki povzročajo relativno malo zdravstvenih izdatkov za vključitev v zavarovanje. Dolgoročno tak sistem financiranja osnovnega zdravstvenega varstva ni stabilen. Rešitev bi lahko bila v spremembi paketa storitev, ki so financirane iz obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in povečanju vloge ostalih prostovoljnih zdravstveni zavarovanj.

Ključne besede: zdravstveno varstvo, dopolnilno zdravstveno zavarovanje, negativna demografska struktura, medicinska inflacija.

ABSTRACT

In my thesis, i examine the effects of likely demographic changes and increases in overall medical costs on Slovenian complementary health insurance. Medical costs generally increase with age. Greater life expectancy and low birth rates means that more of the elderly will be in the older age group. Greater insurance premium (because of greater health costs) in complementary health insurance can diminish the interest of young people for this kind of insurance. This will make unstable the Slovenian health care system in long term. A solution to the problem of long term financial stability can be found in redefining the package of health services financed by compulsory health insurance and by encourage the population to opt for other voluntary health insurance.

Key words: health care system, complementary health insurance, negative demografic structure, medical inflation.

UDK: 368.942(497.4)(043.2)

VSEBINA

1	Uvod.....	1
2	Sistem zdravstvenega varstva.....	3
2.1	Zdravje in razvoj sistema zdravstvenega varstva.....	3
2.2	Sistemi zdravstvenega varstva	3
2.2.1	Sistem obveznega zdravstvenega varstva ali Bismarckov model.....	3
2.2.2	Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva ali Beveridgov model	4
2.2.3	Tržni sistem zdravstvenega varstva	4
2.3	Zdravstveno varstvo v Sloveniji	4
2.4	Obvezno zdravstveno zavarovanje	6
2.5	Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	7
2.5.1	Spremembe zdravstvenega zavarovanja leta 2005	8
2.5.2	Problematika dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja	9
2.6	Negativna demografska struktura	10
2.6.1	Umrljivost.....	11
2.6.2	Rodnost.....	11
2.6.3	Demografske projekcije.....	13
2.7	Medicinska inflacija.....	14
2.8	Rast stroškov zdravstvenih storitev	15
3	Prihodnji razvoj dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja	19
3.1	Trendi	19
3.2	Oblikovanje premij za dopolnilno zdravstveno zavarovanje.....	20
3.3	Financiranje zdravstvenih izdatkov	21
3.4	Pogled v prihodnost	23
4	Sklep	27
	Literatura	29
	Viri	29

SLIKE

Slika 2.1 Obseg zdravstvenih storitev	6
Slika 2.2 Medgeneracijska solidarnost	10
Slika 2.3 Celotna stopnja rodnosti.....	12
Slika 2.4 Število starejšega prebivalstva v Sloveniji.....	14
Slika 3.1 Gibanje javnih in zasebnih izdatkov za zdravstveno varstvo v letih 1992 - 2002	22
Slika 3.2 Kumulativna realna rast BDP in zasebnih izdatkov za zdravstvo v letih 1992 - 2002	23

TABELE

Tabela 2.1 Naravno gibanje in skupni prirast prebivalstva v Sloveniji.....	11
Tabela 2.2 Pričakovano trajanje življenja po spolu.....	11
Tabela 2.3 Rast odhodkov za zdravstvene storitve in zdravila iz OZZ v obdobju 1993 - 2005	16
Tabela 3.1 Zavarovane osebe	19

KRAJŠAVE

<i>OZZ</i>	Obvezno zdravstveno zavarovanje
<i>DZZ</i>	Dopolnilno zdravstveno zavarovanje
<i>MZ</i>	Ministrstvo za zdravje
<i>SURS</i>	Statistični urad Republike Slovenije
<i>ZZVZZ</i>	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
<i>ZZZS</i>	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
<i>UZS</i>	Učbenik za slušatelje
<i>NHS</i>	Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva (angl. National health system)



1 UVOD

Celotna svetovna populacija se stara, kljub različnim stopnjam po posameznih državah. V Sloveniji se vedno več institucij in posameznih ekonomistov ukvarja s problematiko staranja prebivalstva in raziskuje ekonomske posledice, ki jih le-ta prinaša. Do sedaj je bilo že veliko napisanega o vplivu staranja prebivalstva na pokojninski sistem v Sloveniji. Ta, v kolikor ne bo prišlo do vidnejših sprememb, dolgoročno ni vzdržen, kar bo posledično prizadelo sedanjo in bodočo mlado generacijo. Podobno se dogaja z ostalimi področji, na katere ima staranje prebivalstva velik vpliv, vključujoč na sistem zdravstvenega varstva.

V diplomski nalogi želim prikazati vpliv staranja prebivalstva in rasti stroškov v zdravstvu na dopolnilno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji. Prvo je povezano z biološkim procesom staranja, ki lahko vodi v povečanje števila kroničnih bolnikov in onemoglih v starih letih in s tem stroškov zdravstvenih storitev. Drugo je nadpovprečna rast stroškov zdravstvenih storitev, ki viša premijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in posledično zanj zmanjšuje interes tistih ljudi, ki ga skoraj ne ali relativno malo koristijo.

V prvem delu želim predstaviti razvoj in pomen zdravstvenega varstva. Izoblikovali so se trije temeljni tipi sistemov zdravstvenega varstva, od katerih je v Sloveniji uveljavljen Bismarckov model zdravstvenega varstva z močno vlogo države. K vsakemu sistemu zdravstvenega varstva sodi zdravstveno zavarovanje. V Bismarckovem modelu zdravstvenega varstva, zdravstveno zavarovanje ločujemo na obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je bilo v Sloveniji uvedeno leta 1992. Poznamo štiri oblike prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Nadomestno zdravstveno zavarovanje, dodatno zdravstveno zavarovanje, dopolnilno zdravstveno zavarovanje in vzporedno zdravstveno zavarovanje.

Izmed prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj ima v Sloveniji največji pomen dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Z njim se izognemo t. i. doplačil, ki jih v primeru, da ne bi bili zavarovani, morali plačati sami. Je neločljivo povezano z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, saj pokriva iste zdravstvene storitve, zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke. Že od samega začetka je dopolnilno zdravstveno zavarovanje sklenilo večino t. i. zavezancev za doplačila. Zaradi tega nastaja dvom z vidika prostovoljnosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Od uvedbe dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je bilo na tem področju precej nejasnosti, zato je skušala vlada s sprejemom novele zakona o zdravstvenem zavarovanju in zdravstvenem varstvu leta 2005 doseči večjo preglednost tega zavarovanja. V dopolnilno zdravstveno zavarovanje je bilo uvedeno načelo

medgeneracijske vzajemnosti, ki je nevarno z vidika vzdržnosti takega sistema dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, zaradi negativne demografske strukture in medicinske inflacije.

Zato bom v nadaljevanju preučil konstrukcijo demografskih projekcij, kot glavnega vira rasti stroškov zdravstvenih storitev, zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov ter ocenil vpliv ostalih dejavnikov, ki vplivajo na rast zdravstvenih izdatkov t. i. medicinsko inflacijo.

V drugem poglavju bom skušal na podlagi trendov, analize sedanjega oblikovanja premij dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in financiranja zdravstvenih izdatkov oceniti, kaj lahko v prihodnosti pričakujemo na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in možen razvoj ostalih oblik prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

2 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

2.1 Zdravje in razvoj sistema zdravstvenega varstva

Eno najvišjih vrednot v človekovem življenju že od nekdaj predstavlja zdravje. Čeprav si ljudje želijo dobro zdravje oz. preprečitev obolenosti, nimajo vsi enakih možnosti za zagotovitev le tega. Od zmeraj so ljudje v okviru svojih zmožnosti, z razpoložljivim znanjem in sredstvi pomagali pri bolezni in poudarjali skrb za bolne. Z zdravljenjem so se nekoč ukvarjali ljudje, ki so bili nekoliko bolj izkušeni, zaupanja vredni ter s splošnim znanjem. Pozneje je zdravljenje postalo zahtevnejše, skrb za bolne ljudi so prevzemali izšolani zdravniki, prav tako je odnos med bolnikom in zdravnikom postal materialen, saj je bilo potrebno zdravljenje plačati.

Ob napredku znanosti, raziskovanju in proučevanju nastajanja bolezni, njihovem preprečevanju ter vplivih okolja na zdravje, se je spremenil odnos družbe do vprašanj zdravja. Čedalje bolj je bil predmet skrbi celotna populacija ter človekovo naravno ter družbeno okolje in ne le posameznik, ki je zbolel ali se poškodoval. V sodobnem času so države začele sprejemati razne ukrepe za preprečevanje širjenja bolezni, sprejemali in uveljavljali so se predpisi za povečanje skrbi posameznika in družbe za zdravje. Nastali so sistemi zdravstvenega varstva, ki pomenijo zavestno, organizirano ter usklajeno delovanje in prizadevanje posamezne države za doseganje ciljev boljšega zdravstvenega stanja in kakovosti življenja ljudi (Toth 2003, 92-93).

2.2 Sistemi zdravstvenega varstva

V nobeni državi na svetu ne najdemo popolno enako urejenega sistema zdravstvenega varstva. Države so v svoje sisteme vnašale nekatere izvirne rešitve in povzemale posamezne značilnosti ostalih sistemov. Kljub temu lahko razvrstimo sisteme zdravstvenega varstva po nastanku in z nekaterimi ključnimi skupnimi lastnostmi. Podobnosti se lahko kažejo v načinu financiranja, delovanja sistema, v opredelitvi področja glede na to ali so sredstva zanj javna ali, zasebna ali delujejo izvajalci zdravstvenih storitev v javnih zavodih ali kot zasebniki, po stopnji vključenosti prebivalstva v sistem in še posebej v načinu upravljanja s programom zdravstvenega varstva.

Tako lahko sisteme zdravstvenega varstva razdelimo v tri temeljne tipe:

2.2.1 *Sistem obveznega zdravstvenega varstva ali Bismarckov model*

To je bil prvi sodobnejši in organiziran sistem zdravstvenega varstva na svetu. Imenuje se po svojemu ustanovitelju nemškemu kanclerju Bismarcku. Prvi je postavil obveznost vključenosti določenih skupin ljudi v zdravstveno zavarovanje. Kasneje je to zavarovanje postalo obvezno za vse prebivalstvo. Ponekod so izločene le nekatere skupine ljudi, ki so sposobne same plačevati zdravstvene storitve. Posebnost sistema

predstavlja t. i. tripartitnost, ki jo predstavljajo država, nosilec ali nosilci obveznega zdravstvenega zavarovanja in predstavniki izvajalcev. Le ti se usklajujejo in dogovarjajo o obsegu programa zdravstvenega varstva in njihovih cenah. Financiranje je urejeno s prispevki delodajalcev, delojemalcev in drugih zavezancev, ki zbirajo sredstva ločeno od proračuna države. Primeri držav, v katerih je v veljavi Bismarckov model zdravstvenega varstva, so Nemčija, Avstrija, Belgija, Francija, Nizozemska in Slovenija.

2.2.2 Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva ali Beveridgeov model

Ta sistem je bil najprej vzpostavljen v Veliki Britaniji. Angleški ekonomist Beveridge je takrat prikazal vse slabosti prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki so jih ponujale zasebne zavarovalnice, in nakazal rešitev v poddržavljanju zdravstvenega varstva. Ob uveljavitvi njegove ideje je nastala nacionalna zdravstvena služba - NHS (angl. National health service), ki vključuje v zdravstveno zavarovanje vse državljane in določa njihove minimalno zagotovljene pravice. S takim sistemom država skrbi za organiziranje, delovanje in izvajanje zdravstvenega varstva. Odločitve sprejema najvišja raven in sicer ministrstvo za zdravje in osrednji urad NHS, na nižjih ravneh imajo predvsem izvedbene in nadzorne naloge na svojih območjih. Financiranje je urejeno preko državnega proračuna in proračunov lokalnih skupnosti. Zdravniki in zdravstveni delavci so državni uslužbenci oz. zasebniki v pogodbenem odnosu z NHS. Ta sistem imajo poleg Velike Britanije še Danska, Švedska, Norveška, Finska, Španija, Grčija in nekatere druge države.

2.2.3 Tržni sistem zdravstvenega varstva

Tipičen primer tržno urejenega sistema zdravstvenega varstva so Združene države Amerike (ZDA). Zdravstveno varstvo temelji na tržnih zakonitostih, in sicer po načelih ravnovesja med ponudbo in povpraševanjem po zdravstvenih storitvah. Izvajalci zdravstvenih storitev delujejo povsem komercialno na pridobitni osnovi. Skrb za zdravje in z njim povezani stroški so prepuščeni posamezniku. Zdravstveno zavarovanje ni obvezno, zato v takih sistemih zdravstveno zavarovanje ponujajo zasebne zavarovalnice. Država omogoča kritje stroškov zdravstvenih storitev samo za majhno število ljudi brez imetja z različnimi socialnimi programi, vendar le za določene storitve in v omejenem obsegu. V ZDA država zbira sredstva za ljudi brez premoženja, starih in onemoglih preko skladov »Medicare« in »Medicaid«.

2.3 Zdravstveno varstvo v Sloveniji

Zdravstveno varstvo v Sloveniji ima več kot stoletno tradicijo. Njeni začetki segajo v polovico 19. stoletja, še pred čas, ko je bilo socialno zavarovanje tudi obvezno uvedeno. Zahtevo po socialni zaščiti so prvi sprožili delavci, saj so ob nastopu bolezni

ostali brez dela in s tem izgubili dohodek. Zato so se začeli sami organizirati v društva in druge organizacije, z namenom, da si v takih primerih medsebojno pomagajo. Po vzoru ostalih narodov, ki so živeli v isti državi, je Slovenija prevzela in razvijala Bismarckov model zdravstvenega varstva. Prav Bismarck je s svojo zakonodajo postavil temelje sodobnemu zdravstvenemu zavarovanju (Toth 2003, 431 in UZS pogl. 3.4, 1).

Temeljni dokument, ki ureja področje zdravstvenega varstva v Sloveniji je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) sprejet leta 1992. V njem so opredeljeni nosilci družbene skrbi za zdravje in njihove naloge. Ta zakon ureja zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja (prvi odstavek 1. člena ZZVZZ-UPB3).

S tem zakonom smo se v Sloveniji, namesto omejitev dostopa do zdravstvenih storitev oz. pomembnejšega krčenja pravic, odločili za uvedbo zasebnih sredstev v zdravstveno varstvo. Tako so bila uvedena doplačila k polni vrednosti zdravstvenih storitev (angl. cost-sharing, participacija). Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in delež doplačil ureja 23. člen ZZVZZ. Vrednost storitve, ki sodi v obvezno zdravstveno zavarovanje, je določena na podlagi standarda in normativa, to pomeni vrste in količine storitve ter postopke in pogoje uveljavljanja pravic. Nanaša se na obseg pravic iz zdravstvenega zavarovanja, medicinske pripomočke in zdravila. Nikakor pa se cene ne oblikujejo na trgu na podlagi ponudbe in povpraševanja. Obseg pravic oz. delež vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, je razdeljeno v šest razredov. V prvem razredu so stroški zdravstvenih storitev v celoti pokrite z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, v vseh ostalih razredih pa so določne stopnje, tako da je del vrednosti storitve pokrit v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, za preostanek je bolnik zavezanec za doplačila. Zakonsko predpisani odstotki plačila v breme obveznega zavarovanja so naslednji (Slika 2.1 Obseg zdravstvenih storitev):

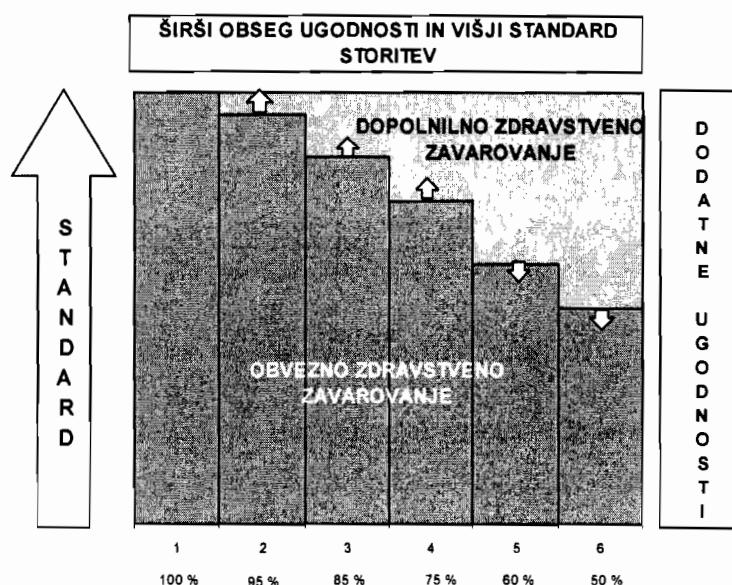
1. razred: 100 % vrednosti,
2. razred: najmanj 95 % vrednosti,
3. razred: najmanj 85 % vrednosti,
4. razred: najmanj 75 % vrednosti,
5. razred: največ 60 % vrednosti,
6. razred: največ 50 % vrednosti.

Določanje obsega in standarda pravic je v pristojnosti nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki jih redno obravnava in uveljavlja v okviru sprememb Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Prav tako to velja za določanje stroškov zdravstvenih storitev, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje v skladu s prej naštetimi odstotnimi deleži (v soglasju z vlado). Velja omeniti, da v kriterijih »najmanj

do« plačuje zavod že najnižje vrednosti. Prav tako pri zdravstvenih storitvah iz petega in šestega razreda zavod plačuje manj od navedenih mejnih vrednosti (Učbenik za slušatelje - UZS pogl. 3.4, 8).

Zakon določa, da lahko zavarovalnice uvedejo prostovoljno zavarovanje tudi za večji obseg pravic ali za višji standard storitev in za dodatne pravice, ki niso zajete v obveznem zavarovanju.

Slika 2.1 Obseg zdravstvenih storitev



Vir: Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve, 74.

2.4 Obvezno zdravstveno zavarovanje

Zdravstveno zavarovanje je del celovite socialne varnosti vsake države. Za vse ljudi je najbolj pomembno zagotovljeno zdravstveno zavarovanje, s katerim država določi dosegljivi zdravstveni standard za vse ljudi, ki ga zagotavlja pretežno na javen račun. Izvajajo ga države same ali javne nedobičkonosne zdravstvene zavarovalnice (Česen 1998, 40).

Glavne značilnosti socialnega zdravstvenega zavarovanja so univerzalnost (obvezna vključenost prebivalstva v zavarovanje s subvencioniranjem zdravega prebivalstva bolnih), cene zdravstvenega zavarovanja so regulirane (zaradi zagotavljanja solidarnosti), ni omejitev pri vključitvi v zavarovanje ter paket pravic je določen in reguliran (Health policy consensus group b. l., 6). Socialni del zdravstvenega zavarovanja je v Sloveniji zagotovljen v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Obvezno zdravstveno zavarovanje prispeva tudi največji delež, k skupnim izdatkom za zdravstveno varstvo.

Zdravstveno zavarovanje je obvezno za vse državljane Republike Slovenije (RS) s stalnim prebivališčem v RS, plačilo predpisanega prispevka pa je vezano na vir, ki zavezancu zagotavlja osnovno socialno varnost. Zavarovane osebe so zavarovanci in njihovi družinski člani. Družinski člani so zavarovani preko zavarovancev, če ne izpolnjujejo pogojev, da bi bili sami zavarovanci. Družinski člani so tako oproščeni plačila prispevka za zdravstveno zavarovanje. Obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije vseh storitev v celoti, razen za otroke in šolajočo se mladino ter za nekatere bolezni in bolezenska stanja (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2007).

2.5 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje ima namen omogočiti ljudem, da si z lastnimi viri zagotovijo širši obseg ugodnosti in višji standard storitev oz. da si zagotovijo take storitve in blaginjo, ki jim jih javna socialna zavarovanja oz. nacionalni sistemi socialne varnosti ne zagotavljajo. S prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem si zagotavljajo kritje tveganj (Toth 2003, 289):

- osebe, ki po nacionalni zakonodaji niso ali ne morejo biti vključene v obvezna zavarovanja,
- za dobrine ali storitve, ki jim jih javni sistem ne omogoča,
- za dobrine ali pravice, ki presegajo njihovo raven, opredeljeno v predpisih obveznega zavarovanja ali socialne in zdravstvene varnosti,
- ko si ob uveljavljanju svojih pravic želijo zagotoviti boljše in ugodnejše pogoje in možnosti, kot jih določajo javni, nacionalni sistemi.

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja krijejo zavarovancem stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki ter izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja. V Sloveniji smo z zakonom uvedli štiri oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja:

- dopolnilno zdravstveno zavarovanje je prostovoljno zdravstveno zavarovanje za razliko ali del razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije v celoti. To so storitve iz 2. do 6. točke 23. člena ZZVZZ. Nadomešča participacijo to je doplačila, ki bi jih morali posamezniki ob koriščenju zdravstvenih storitev neposredno plačati sami. Participacija je neločljivo vezana na obvezno zdravstveno zavarovanje in vsebinsko sodi vanj. Je namreč na strani povpraševanja po zdravstvenih storitvah edini konkretni ukrep obvladovanja javne zdravstvene porabe. Ima namreč vzgojni učinek, saj zmanjšuje rabo »nepotrebnih« zdravstvenih storitev,

- nadomestno zdravstveno zavarovanje je zavarovanje, v katerega se vključujejo osebe, ki iz različnih vzrokov ne morejo biti vključene v obvezno zavarovanje. Take osebe stroške zdravljenja pokrivajo same svojim premoženjem ali se za pokrivanje teh stroškov prostovoljno zavarujejo. Kritje stroškov zdravstvenih in z njimi povezanih storitev z nadomestnim zavarovanjem je lahko največ v obsegu standarda obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- dodatno zavarovanje je zavarovanje za večji obseg pravic ter za višji standard storitev, ki niso sestavni del pravic iz obveznega, dopolnilnega ali nadomestnega zdravstvenega zavarovanja,
- vzporedno prostovoljno zdravstveno zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev, ki jih bi sicer v celoti ali delno krilo obvezno zdravstveno zavarovanje, vendar jih zavarovane osebe uveljavljajo po drugačnih postopkih in ob drugih pogojih, kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje.

2.5.1 Spremembe zdravstvenega zavarovanja leta 2005

Novela zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je korenito spremenila področje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. S spremembami so želeli zagotoviti boljše varstvo in zaščito zavarovancev, vzpostaviti boljši nadzor zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, večjo preglednost tega zavarovanja in odpravo zakonskih nejasnosti, ki urejajo to področje. Ključne novosti, ki jih je Zakon o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ na področju Dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja prinesel so:

- zakon določa, da je dopolnilno zdravstveno zavarovanje oz. zavarovanje za doplačila javni interes RS in da se izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti,
- uvaja se izravnalna shema dopolnilnega zavarovanja, s katero se med zavarovalnicami izravnavajo razlike v stroških zaradi različnih struktur zavarovancev glede na starost in spol,
- določa, da mora biti zavarovalna premija enaka za vse zavarovance posamezne zavarovalnice, ne glede na spol, starost in zdravstveno stanje zavarovanca, z največ triodstotnim popustom,
- spodbuja zgodnjo vključitev v zavarovanje, saj se za vsako polno leto nezavarovanosti, poviša premija za tri odstotke, vendar skupno za največ osemdeset odstotkov. Poleg tega je uvedena trimesečna čakalna doba¹ v primeru prekinitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za več kot en mesec,

¹ Čakalna doba je čas, v katerem zavarovanec plačuje premijo, vendar pa zavarovalnica v tem obdobju ne krije razlike med celotno dogovorjeno ceno storitve in deležem te cene, ki jo po 23. členu ZZVZZ krije obvezno zdravstveno zavarovanje.

- zavarovanec ali zavarovalec lahko prekine pogodbo po poteku enega leta od začetka veljavnosti zavarovanja z tri mesečnim odpovednim rokom, pred tem pa le v primeru prenehanja statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju,
- zavarovalnica lahko odpove pogodbo o dopolnilnem zavarovanju le v primeru neplačila premije.

2.5.2 Problematika dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja

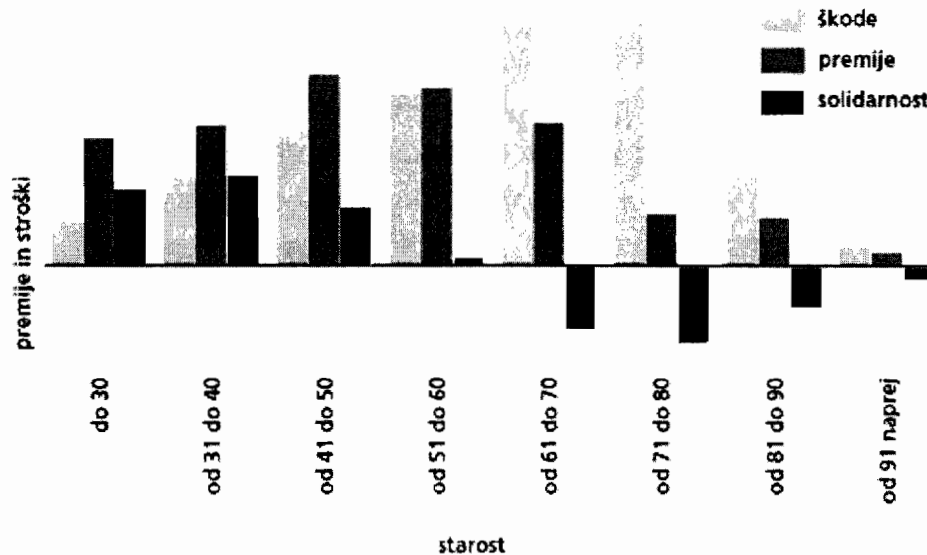
V osnovi so privatna zavarovanja, med katera spadajo tudi prostovoljna zdravstvena zavarovanja, kot temu rečejo ekonomisti, »dodatna dobrina«. To pomeni, da bi moralo biti koriščenje teh zavarovanj strogo vezana na dohodek.

Velja ugotovitev, da v večini držav vloga prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ni naravnana v pokrivanje doplačil, temveč je predvsem usmerjena na zagotavljanje višjega standarda storitev ali dodatnih pravic – gre torej za nadstandardna zdravstvena zavarovanja (Marcon 1999, 48).

V Sloveniji smo vnesli posebnost na področju prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in dopolnilno zdravstveno zavarovanje opredelili kot javno dobro. Med drugim so se zaradi tega poenotile premije po načelu medgeneracijske vzajemnosti. To pomeni, da vsi zainteresirani za vključitev v dopolnilno zdravstveno zavarovanje plačujejo enako zavarovalno premijo, kljub precejšnji razliki v višini škod med mlado in starejšo populacijo. Ne tem mestu se postavlja vprašanje o nujnosti takega zavarovanja, saj če je vzajemnost nujna pri zdravstvenih storitvah, ki so pokrite z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, zakaj le-te niso vključene že v obvezno zdravstveno zavarovanje.

Znano je, da potrebujejo starejše osebe nad 65 let, v povprečju 3,5 do 4,5 krat več zdravstvenih storitev in finančnih sredstev za njihovo kritje, kot osebe v starosti med 20 in 40 let (Novela ZZVZZ - delovno gradivo 2005, 7). Nižanje rojstev in vse tanjši sloj aktivnega prebivalstva, na drugi strani pa vedno večji delež starejše populacije bo dodatno povečal obremenjenost mladega in aktivnega sloja prebivalstva. V prihodnosti bodo morali mladi prispevati še večji delež k skupnim zdravstvenim izdatkom kljub temu, da imamo že sedaj visoko stopnjo medgeneracijske solidarnosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju.

Slika 2.2 Medgeneracijska solidarnost



Vir: Ahčan 2005.

2.6 Negativna demografska struktura

Povsod v razvitem svetu intenzivno poteka proces staranja prebivalstva, to pomeni povečanje starega prebivalstva nad določeno starostno mejo v celotnem prebivalstvu. Staranje prebivalstva je posledica hitrega zniževanja smrtnosti in nizkih stopenj rodnosti. (Majcen et al. 2005, 68).

Ko govorimo o starosti ali tretjem življenjskem obdobju, se le-ta začne z upokojitvijo nekje pri 60 letu, vendar se ta meja zaradi daljšanja življenjskega pričakovanja in večanjem deleža tretje generacija pomika navzgor.

Glede na biološko oz. funkcionalno staranje se tretje življenjsko obdobje deli na zgodnjo starostno obdobje od 66 do 75 leta, ko je večina ljudi zelo samostojnih, srednje starostno obdobje od 76. do 85. leta, ko se poveča potreba po socialni pomoči, in pozno starostno obdobje po 86. letu do smrti, ko t. i. najstarejši stari ljudje potrebujejo praviloma zelo veliko pomoči ali celo popolno socialno oskrbo in nego.

Na demografsko rast vplivajo tri osnovne komponente: rodnost, umrljivost in selitve. V letu 2005 je število prebivalstva v Sloveniji prvič po dolgem času ponovno preseglo dva milijona ljudi. To gre pripisati predvsem visokemu selitvenemu prirastku s

tujino. Večino priseljenih ljudi je moških z območja bivše republike Jugoslavije, ki pridejo na delo v Slovenijo zaradi zaslužka.

Tabela 2.1 Naravno gibanje in skupni prirast prebivalstva v Sloveniji

	1997	1999	2001	2003	2005
Živorajeni na 1000 prebivalcev	9,1	8,8	8,8	8,7	9,1
Umrli na 1000 prebivalcev	9,5	9,5	9,3	9,7	9,4
Naravni prirast na 1000 prebivalcev	-0,4	-0,7	-0,5	-1,1	-0,3
Selitveni prirast s tujino na 1000	0,1	1,2	1,5	1,7	3,2
Skupni prirast na 1000 prebivalcev	-0,2	0,5	1	0,6	2,9
Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu - moški	71,01	71,37	72,13	73,15	74,08
Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu - ženske	78,62	78,75	79,57	80,7	81,3

Vir: Statistični urad Republike Slovenije 2007.

2.6.1 Umrljivost

Že najmanj 150 let se stopnja umrljivosti v Sloveniji znižuje. Razlog za upočasnjevanje umrljivosti je predvsem razvoj medicine ter kulturnih in higienskih navad (Kraigher 2005, 13).

Tabela 2.2 Pričakovano trajanje življenja po spolu

	1960- 1961	1996- 1997	1998- 1999	2000- 2001	2002- 2003	2004- 2005
Moški	66,11	71,01	71,37	72,13	73,15	74,08
Ženske	71,96	78,62	78,75	79,57	80,7	81,3

Vir: Statistični urad Republike Slovenije 2007.

Do leta 2005 se je pričakovano trajanje življenja pri moških podaljšalo na 74,08 let, pri ženskah pa na 81,3 let. Pričakovano trajanje življenja za moške se je od leta 1960-61 do 2004-05 zvišalo za 8 let, pri ženskah pa za 9 let.

Po projekcijah gibanja števila prebivalstva v Sloveniji, naj bi se trend zniževanja smrtnosti nadaljeval. Življenjsko pričakovanje za moške je leta 2001/2002 bilo 72,33 let in naj bi se do leta 2070 podaljšalo na 78,4 let. Pričakovana življenjska doba za ženske naj bi se iz 79,87 let v letu 2001/2002 narasla na 83,9 let do leta 2070² (Majcen et al. 2005, 73-75).

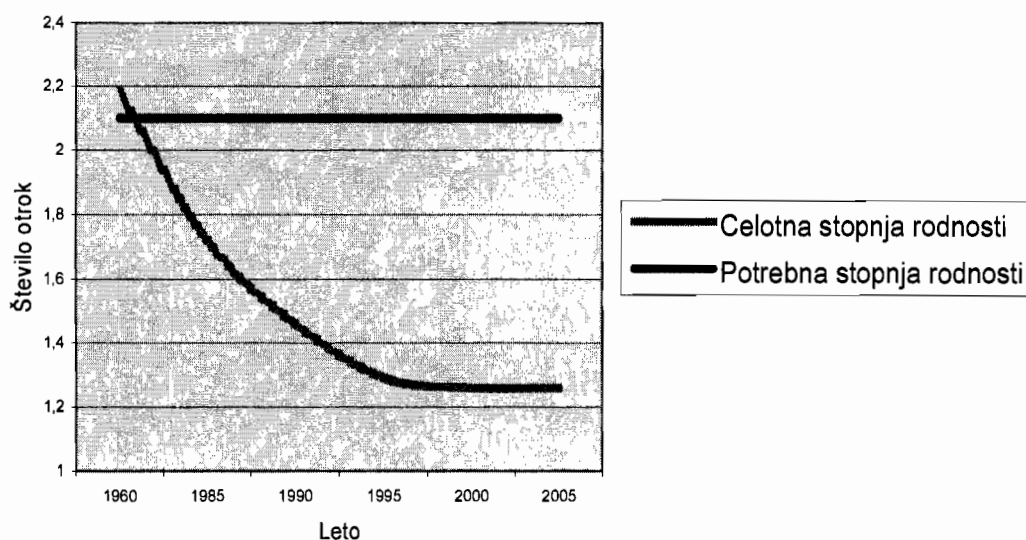
2.6.2 Rodnost

V Sloveniji se stopnja rodnosti zmanjšuje že več desetletij z različnimi nihaji in hitrostmi upadanja, vendar je po letu 1980 padla pod raven, ki še zagotavlja enostavno obnavljanje generacij.

² Izračuni so bili narejeni v več variantah. Prikazana je srednja varianta v katero oblikovalec projekcij najbolj verjame.

Da bi število prebivalcev ostalo na enaki ravni, bi morala biti stopnja rodnosti 2,1 otrok na žensko. V številnih članicah evropske unije je to število manj kot 1,5 otroka, v Sloveniji je to število med najnižjimi v Evropi in sicer z 1,21 otroka na žensko. Povprečna starost matere ob rojstvu prvega otroka se povišuje, ta je leta 2002 v Sloveniji znašala 28,8 let. Po zgledu nekaterih evropskih držav naj bi se povprečna starost matere ob rojstvu prvega otroka do leta 2013 ustalila pri 30,2 let (Majcen et al. 2005, 73-75).

Slika 2.3 Celotna stopnja rodnosti



Vir: Statistični urad Republike Slovenije 2007.

Razlogi, zakaj se mlade družine in ženske odločajo za rojstva v kasnejših letih in z manj otroki, so delno ekonomske narave (omejene možnosti zaposlitve in še vedno visoka brezposelnost mladih, pomanjkanje stanovanj ter manjše zaposlitvene možnosti žensk, če je pričakovati, da bodo še rodile), delno gre za demografski proces, ki je bil značilen za vse razvite države, in je posledica visoke vključenosti žensk v izobraževalni sistem (Kraigher 2005, 16).

Po raziskavah sodeč si Evropejci želijo imeti povprečno 2,3 otroka na žensko. Zelena knjiga usmerja politiko v boljše usklajevanje poklicnega in družinskega življenja mladih družin. Evropske države se bodo v naslednjih letih srečevale s številnimi problemi, med katerimi Zelena knjiga posebej izpostavlja staranje delovne sile. Med rešitvami omenja zlasti boljše vključevanje mladih generacij in starejših državljanov v delitev dela (Strategija varstva starejših do leta 2010 2006, 6).

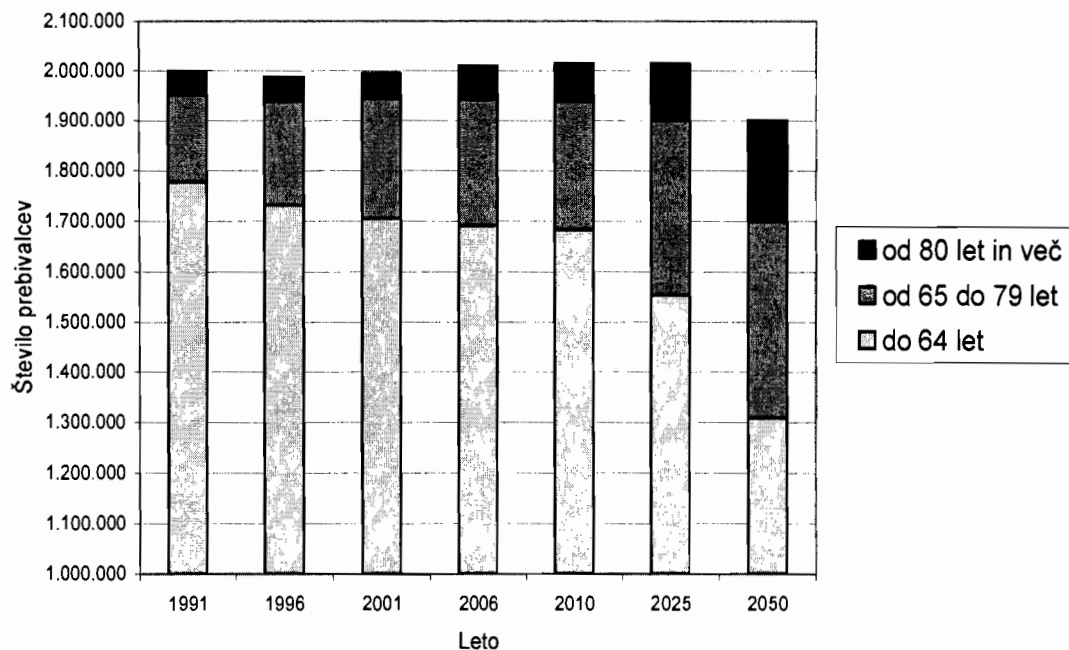
2.6.3 Demografske projekcije

Ob popisu prebivalstva je leta 1991 znašal delež starejših od 64 let v celotnem prebivalstvu 11,2 %, deset let pozneje se je povečal že na 14,5 %, ob koncu leta 2006 je bilo pri nas že 15,9 % starejših od 65 let, kar pomeni, da je v tej starostni dobi že 320.000 prebivalcev Slovenije. Delež starejših od 80 let v celotnem prebivalstvu je leta 2006 znašal 3,4 %. Starejših od 80 let je med vsemi starejšimi presegel 27 % ali kar 68.000 prebivalcev.

Delež starejših v celotni strukturi prebivalstva bo na podlagi projekcije Eurostat v obdobju od leta 2006 do leta 2010 naraščal nekoliko počasneje kot v letih pred tem, saj bo v tem obdobju starostno mejo 65 let prestopila generacija rojena med drugo svetovno vojno, ko je bilo število rojenih otrok bistveno nižje kot v letih pred tem obdobjem, zlasti pa po njem. Bistveno pa se bo povečal delež prebivalcev, starejših od 80 let (Strategija varstva starejših do leta 2010 2006, 41). Veliko povečanje starejših od 65 let bo po letu 2010, ko bodo mejo 65 let prestopile t. i. »baby-boom« generacije.

Delež starejših od 65 let bo po zadnji projekciji Eurostata do leta 2050 v celotnem prebivalstvu zrasel na 31,1 % oz. 592.000, delež starejših od 80 let pa na 10,6 % oz. kar 201.000. To pomeni, da se bo delež starejših od 65 let podvojil, medtem ko se bo delež starejših od 80 let celo potrojil.

Slika 2.4 Število starejšega prebivalstva v Sloveniji



Vir: Statistični urad Republike Slovenije 2007; Population Statistic – 2006 Edition 2006.

2.7 Medicinska inflacija

V splošnem pomenu besedne zveze si lahko medicinsko inflacijo razlagamo kot rast cen zdravstvenih ali z njimi povezanih storitev, medicinsko-tehničnih pripomočkov in zdravil. Nanjo vpliva mnogo dejavnikov, ki pomenijo pritisk na povečanje vlaganj v zdravstveno varstvo.

Pri določanju cen zdravstvenih storitev in programov imajo največji vpliv izvajalci zdravstvenih storitev, saj uporabnik težko ali pa nima možnosti preverjati kakovosti in cen zdravstvenih storitev pri različnih ponudnikih. Ko zboli ali išče zdravniško pomoč, ne ve, kakšno storitev naj bi zahteval, ker za to nima znanja ali pa nima časa iskati primerne in ugodnega izvajalca zdravstveni storitev. Posledično uporabnik zdravstvenih storitev kot posameznik tudi ne izvaja pritisk na znižanje cen zdravstvenih storitev.

V sistemih s socialnim zdravstvenim zavarovanjem ali nacionalno zdravstveno varnostjo plačnik zdravstvenih storitev ni neposredno posameznik. V takih sistemih so načeloma zdravstvene storitve javno dostopne za vse. Financiranje je zagotovljeno z obveznim plačevanjem davkov in prispevkov prebivalstva. Zaradi tega so posamezniki začeli uveljavljati zahteve, ki jih v primeru, da bi si jih morali sami plačati, skoraj

zagotovo ne bi. Prišlo je do prekomernega uveljavljanja zahtev, kar imenujemo »moralni hazard«.

Večanje zahtev in razvoj medicine zahtevajo strokovnjake oz. specialiste na svojih področjih, kateri se dlje izobražujejo, imajo večje znanje in posledično so tudi bolje plačani. Za vrsto storitev, ki so jih nekoč opravili splošni zdravniki, jih dandanes opravljajo izključno timi specialistov. Večanje števila zaposlenih v zdravstvenih dejavnostih ter višanje njihove izobrazbe pomenijo zahteve po večjih vlaganjih v zdravstveno varstvo.

Prav tako zaposleni v teh dejavnostih, ki so vedno bolj razgledani in vplivni, se znajo zavzeti za svoj družbeni in materialni položaj. Tako znajo izkoristiti svojo vlogo pri sprejemanju zakonov, v socialno-partnerskih odnosih ali v okviru kolektivnih pogajanj, kar velja zlasti za plače. Za primer sredstva za plače v zahodnoevropskih družbah dosegajo kar 80 % celotne vrednosti zdravstvenih programov.

Zaradi specifičnosti zdravstvene dejavnosti, so te zdravstvene zmogljivosti organizirane tako, da v vsakem trenutku zagotovijo vse nujne zdravstvene storitve. Tako je zdravstvena služba plačana tudi v času, ko je uporabnik ne uporablja. Le manj nujne storitve je mogoče odložiti na poznejši čas.

Z dvigom izobrazbene ravni prebivalstva in gospodarske moči so posamezniki ali družba pripravljene in odločeni prispevati večji delež bruto domačega proizvoda za zdravstveno varstvo.

V najbolj razvitih državah se povečuje število kroničnih degenerativnih bolezni, ki zahtevajo dolgotrajno zdravljenje. Te bolezni so povezane s postopnim staranjem prebivalstva in s spremenjenim načinom življenja. V manj razvitih državah so v porastu nalezljive bolezni in stanja, ki kažejo na slabe higiensko-sanitarne razmere.

Nova tehnologija v gospodarstvu pomeni po navadi zvišanje produktivnosti ali zmanjšanje stroškov, v zdravstveni dejavnosti pa večinoma vodi k povišanju izdatkov. Za nakup novih aparatov so pomembna velika vlaganja, ki lahko sicer omogočajo povečanje števila, kakovosti preiskav ali posegov, vendar to ne pomeni znižanje cene storitev, ampak povečanje izdatkov zanje (Toth 2003, 352).

2.8 Rast stroškov zdravstvenih storitev

Zaradi novih metod zdravljenja, novih in vse dražjih zdravil, staranja prebivalstva in ostalih dejavnikov, ki so opisani v razdelku 2.7, postaja zdravstvo vse dražje. V nadaljevanju bom prikazal, v kolikšni meri so ti razlogi vplivali na naraščanje odhodkov za zdravstvene storitve in zdravila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in posledično tudi na odhodke iz naslova dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Dejstvo je namreč, da sta obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje

v Sloveniji tesno in neločljivo povezana, saj se nanašata na enake pravice oz. zdravstvene storitve, razlikujeta se le pri financiranju različnih deležev.

Tabela 2.3 Rast odhodkov za zdravstvene storitve in zdravila iz OZZ v obdobju 1993-2005

Leto	Odhodki za zdr. stor. na prebivalca, v SIT		Realna rast odhodkov za zdravstvene storitve		Odhodki za zdravila na prebivalca, v SIT		Realna rast odhodkov za zdravila (indeks)
	(tekoče cene)	(stalne cene)	(indeks)	(indeks)	(tekoče cene)	(stalne cene)	
1993	35.464	35.464	100		7.191	7.191	100
1994	42.805	35.730	100,75		9.839	8.213	114,21
1995	48.999	36.324	102,42		10.668	7.908	109,97
1996	57.333	38.744	109,25		11.083	7.490	104,16
1997	65.838	40.781	114,99		12.507	7.747	107,73
1998	73.578	42.238	119,10		14.893	8.550	118,90
1999	82.095	44.418	125,25		16.489	8.922	124,07
2000	93.663	46.535	131,22		18.754	9.318	129,58
2001	106.624	48.869	137,80		23.226	10.645	148,03
2002	117.799	50.224	141,62		25.881	11.034	153,44
2003	127.202	51.357	144,81		29.062	11.734	163,18
2004	136.533	53.209	150,04		30.540	11.902	165,51
2005	140.892	53.569	151,05		33.213	12.628	175,61

Vir: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2005, 15-16.

Odhodki ZZZS za zdravstvene storitve (brez lekarniške dejavnosti), preračunani na prebivalca, so v letu 2005 znašali 140.892 SIT oziroma 53.569 SIT v stalnih cenah iz leta 1993, medtem ko so leta 1993 odhodki za zdravstvene storitve preračunani na prebivalca znašali 35.464 SIT. To pomeni, da so se odhodki za zdravstvene storitve v 12 letih realno povečali za 51 %, kar je v glavnem posledica močnejšega povečevanja plač v zdravstvu v teh letih, večanja materialnih stroškov oziroma uvedbe davka na dodano vrednost in vsakoletnih širitev rednih programov zdravstvenih storitev.

Še večjo rast so beležili odhodki za zdravila. Iz tabele 2.3 so vidni odhodki za zdravila iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (vključno z lekarniško dejavnostjo), preračunani na prebivalca, od leta 1993 do leta 2005. V letu 1993 so odhodki za zdravila na prebivalca znašali 7.191 SIT, v letu 2005 pa 12.628 SIT, izraženo v stalnih cenah iz leta 1993. Vidimo, da so se odhodki za zdravila realno povečali za 75,6 % v primerjavi z letom 1993.

Omeniti velja, da je realna rast izdatkov za zdravila iz obveznega zdravstvenega zavarovanja bila manjša od rasti izdatkov za vsa zdravila. Razlog za to je v oblikovanju list za razvrščanje zdravil, na podlagi katerih se je del izdatkov za zdravila prenesel iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v dopolnilno prostovoljno zdravstveno

zavarovanje. Odhodki dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja so se zaradi tega ukrepa povečali, kar je tudi eden glavnih vzrokov, da se je prostovoljno zdravstveno zavarovanje (tedaj še v okviru ZZZS) v letih 1997 in 1998 znašlo v izgubi (Keber, Dušan et al 2003, 267).



3 PRIHODNI RAZVOJ DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje že danes v Sloveniji vsak aktiven zavarovanec vzdržuje 1,5 neaktivnih zavarovanih oseb, kar pomeni veliko obremenitev aktivne populacije pri vzdrževanju ravni socialne oz. zdravstvene varnosti (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2006, 21). Posledice, ki jih prinaša starejša populacija so predvsem povezane z biološkimi procesi staranja, saj se v starosti poveča verjetnost nastanka kroničnih obolenj in starostne oslabelosti.

3.1 Trendi

Posebnost slovenskega sistema zdravstvenega varstva je velik pomen doplačil, k osnovnim zdravstvenim storitvam in posledično skoraj popolna vključenost v dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Na dan 31. 12. 2006 je bilo v obvezno zdravstveno zavarovanje vključenih 1.983.109 oseb, od tega je bilo 515.017 zavarovanih s statusom družinskih članov. Skladno z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju so otroci, šolarji, študenti in dijaki oproščeni doplačil pri koriščenju zdravstvenih storitev. Pri popisu prebivalstva leta 2002 je bilo število takih oseb, katerim stroške zdravstvenih storitev v celoti krije ZZZS, skoraj enako številu oseb zavarovanih kot družinski člani. Konec leta 2005 je imela družba Vzajemna 1.128.993 aktivnih zavarovalnih polic dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ). Adriatic je v poročilu za leto 2005 navedel 18 odstotni tržni delež na področju DZZ, kar pomeni približno 251.120 aktivnih zavarovalnih polic. Medtem ko je bilo v zdravstveni zavarovalnici Triglav konec leta 2005 približno 15.000 zavarovanih oseb. Po grobi oceni je imelo leta 2005 v Sloveniji DZZ urejeno 1.395.113 oseb, kar je približno 95 % vseh zavezancev za doplačila.

Tabela 3.1 Zavarovane osebe

	Zavarovanci DZZ				Zavarovanci OZZ brez družinskih članov
	<i>Vzajemna d.v.z.</i>	<i>Adriatic d.d.</i>	<i>Triglav</i>	<i>Skupaj</i>	
Leto 2005	1.128.993	251.120	15.000	1.395.113	1.468.092

Vir: Letno poročilo za leto 2005 družb Vzajemna d. v. z, Adriatic Slovenica d. d., Triglav, Zdravstvena zavarovalnica d. d. in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije; lastni izračun.

Ob podatku, da je skoraj popolna vključenost zavezancev za doplačila, se je potrebno vprašati o prostovoljnosti dopolnilnega zavarovanja. Saj ob tem podatku težko rečemo, da se lahko temu zavarovanju izognemo. Glede tega, katere skupine ljudi nimajo urejenega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ni podatkov. Na podlagi

francoskih izkušenj lahko sklepamo, da je to sloj prebivalstva z najnižjimi dohodki ali pa mlajši in premožnejši ljudje, ki nimajo zdravstvenih težav in zavestno sprejmejo tveganje doplačil nase (Keber et al. 2003, 70). Lahko rečemo, da so to ljudje, ki jim je premija za dopolnilno zdravstveno zavarovanje predraga oz. vedo da bi morali za dopolnilno zdravstveno zavarovanje plačevati bistveno več, kot bi ob morebitnih zdravstvenih težavah doplačila za zdravljenje plačevali iz žepa.

Zakaj je tako visok odstotek vključenih v DZZ lahko izhaja iz dejstva, da ljudje točno ne vedo, kaj lahko pričakujejo od tega zavarovanja in se iz bojazni, da bi morali sami plačati tudi najzahtevnejše in najnujnejše zdravstvene storitve v celoti ali da ne bi mogli uveljavljati vseh pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

3.2 Oblikovanje premij za dopolnilno zdravstveno zavarovanje

Premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje so se pred spremembami iz leta 2005 oblikovale z rezervacijami za starost. S takim načinom oblikovanja premije vsaka generacija skrbi za financiranje svojih stroškov zdravstvenih storitev. To pomeni, da so premije v mladosti višje od tekočih izdatkov za zdravstvo. Višek premije, ki se ga plačuje v mladih letih, se zbira v rezervacijah in je namenjen pokrivanju višjih izdatkov, ki nastanejo v starosti. Na ta način ostanejo skozi celotno zavarovalno dobo premije enako visoke.

Način oblikovanja premije, ki je bil uveden s spremembami leta 2005 pa vpelje sistem sprotnih plačil. Pri zdravstvenem zavarovanju sprotnih plačil (angl. pay as you go insurance) se tekoči prihodki usklajujejo s tekočimi odhodki znotraj zavarovalnice. Gre za uresničitev medgeneracijske solidarnosti, saj mladi, delovno aktivni zavarovanci plačujejo za starejše in bolne zavarovance. Ta oblika zavarovanja je občutljiva na staranje prebivalstva, povečanje brezposelnosti ali gospodarsko stagnacijo. Zdravstveno zavarovanje sprotnih plačil je potemtakem primerno predvsem za gospodarstva s pretežnim deležem mladega in aktivnega prebivalstva (Tajnikar, Došenovič in Uršič 2005, 82-83). Ker se morajo prihodki in odhodki za zdravstveno varstvo sprotno pokrivati, bi ob gospodarski stagnaciji in hkratnemu povečanju stroškov zdravstvenih storitev povišanje premije naletelo na neodobranje prebivalstva.

Na podlagi načela medgeneracijske vzajemnosti mladi zavarovanci subvencionirajo starejše zavarovance. Tak sistem plačil je ob povečanju obremenjenosti mladega in aktivnega prebivalstva dvomljiv tudi z vidika medgeneracijske pravičnosti, saj ni pravično, da mora ena generacija skrbeti za veliko večji del potreb celotne družbe kot druge generacije (Mrkaić 2007, 92).

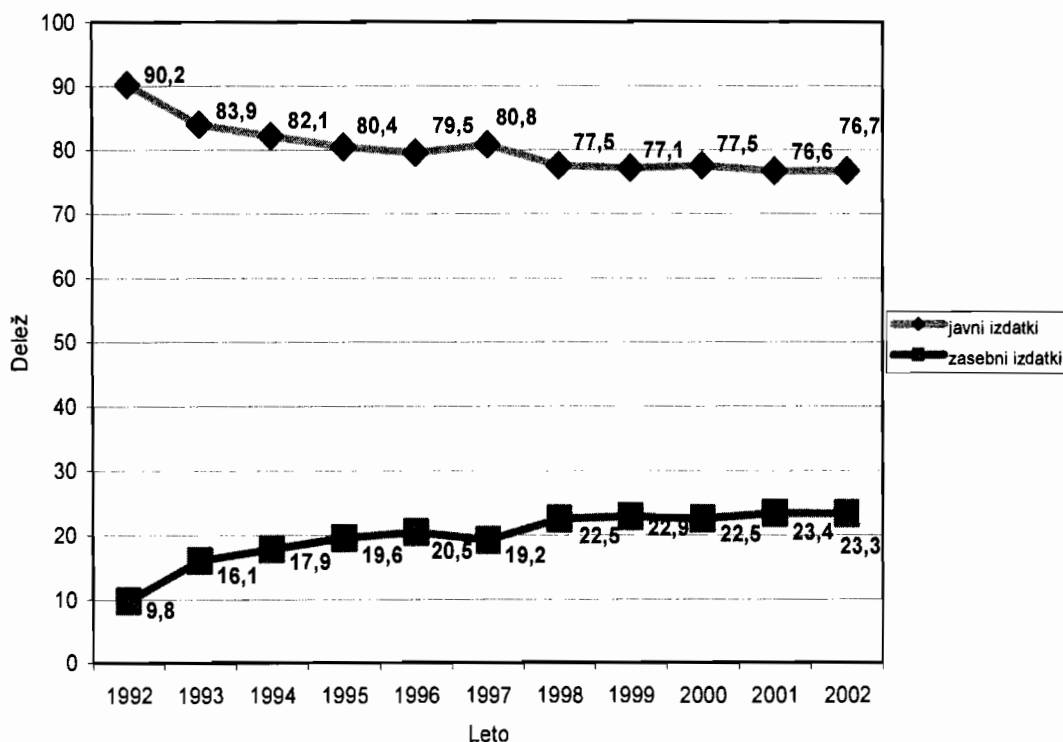
3.3 Financiranje zdravstvenih izdatkov

V Sloveniji se pretežni del sredstev namenjenih za zdravstvo črpa iz javnih virov. Sem spadajo sredstva iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, državnega in občinskega proračuna. Sredstva za obvezno zdravstveno zavarovanje se zbirajo od prispevkov zavarovanih oseb, razen zavarovanih oseb s statusom družinskih članov. Prispevki se odmerjajo po proporcionalnih stopnjah glede na dohodke ali druge zakonsko določene osnove zavezancev za plačilo prispevkov. Državni proračun pokriva izdatke ožjega ministrstva in organov v njegovi sestavi, investicij ter programov preventive. Občine plačujejo prispevke obveznega zdravstvenega zavarovanja nezaposlenim, namenjajo sredstva za aktivnosti pri izvajanju zdravstvene varnosti na primarni ravni, za različne zdravstvene programe itd. (Keber et al. 2003, 244).

Drugi del sredstev v zdravstvenih izdatkih so zasebna sredstva. Sem spadajo sredstva, ki jih ljudje neposredno namenjajo za zdravljenje, za zdravila in za določene zdravstvene storitve, sredstva dobrotelčnih organizacij, donatorska sredstva ipd. Največji delež v zasebnih izdatkih pa predstavlja prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Gre predvsem za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, saj preostalih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj skorajda ni (Keber et al. 2003, 246).

Po uvedbi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja leta 1992 je dopolnilno zdravstveno zavarovanje pridobivalo vedno večjo vlogo pri pokrivanju stroškov osnovnega zdravstvenega varstva. Posledično se je spremenil delež financiranja zdravstvenih izdatkov med javnimi in zasebnimi sredstvi. Iz slike 3.1 je razvidno, kako se je od leta 1992 do leta 2002 prenašalo breme financiranja zdravstvenih izdatkov od javnih k zasebnim sredstvom.

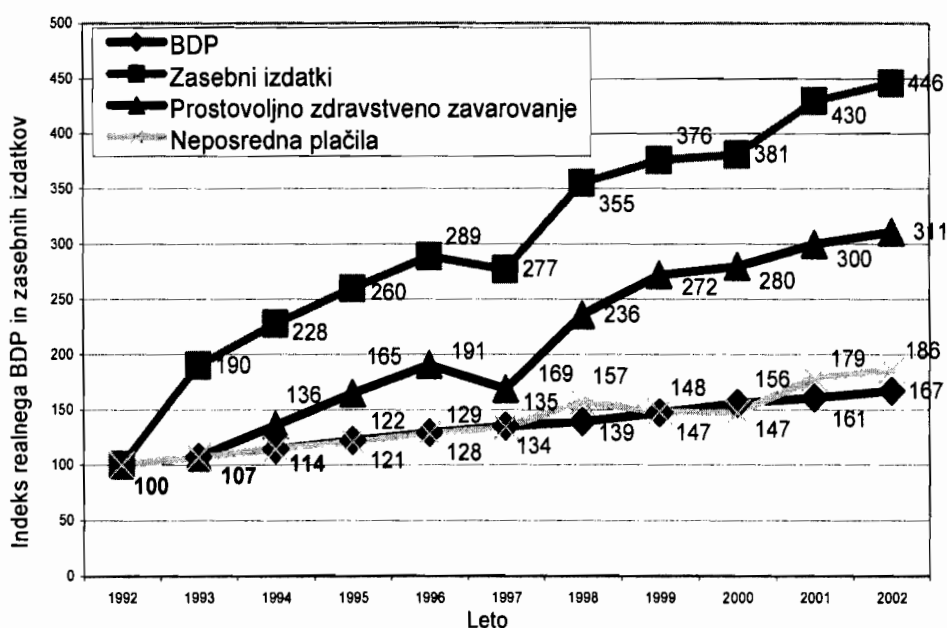
Slika 3.1 Gibanje javnih in zasebnih izdatkov za zdravstveno varstvo v letih 1992 - 2002



Vir: Keber et al. 2003, 242.

Javni izdatki za zdravstvo so v letu 1992 predstavljali 90,2 % celotnih izdatkov za zdravstvo, v letu 2002 se je ta delež znižal na 76,7 % vseh izdatkov zdravstva. V opazovanem obdobju so javni izdatki celo zaostajali za realno rastjo bruto domačega proizvoda (BDP). Skupaj so se javni izdatki za zdravstvo v letu 2002 glede na leto 1992 realno povečali za 60 %, medtem ko je realna rast BDP znašala 67 %. Bistveno so se v tem obdobju povečali zasebni izdatki za zdravstvo, in sicer za kar 346 %. Od tega je rast izdatkov za dopolnilna zdravstvena zavarovanja znašala 211 %. Pri tem je prelaganje bremen financiranja zdravstvenih izdatkov na zasebna sredstva zmanjšalo realno rast javnih izdatkov, na drugi strani pa bistveno povečalo rast zasebnih sredstev za zdravstvo, to pa predvsem na račun visoke rasti izdatkov za dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Slika 3.2 Kumulativna realna rast BDP in zasebnih izdatkov za zdravstvo v letih 1992-2002



Vir: Keber et al. 2003, 249.

3.4 Pogled v prihodnost

Nedvomno je, da bo negativna demografska struktura v Sloveniji še dalj časa prisotna, saj se demografska gibanja ne dajo hitro obrniti v pozitivno smer. Prav tako je že ustvarjena precejšnja demografska vrzel, ki bo vplivala na povečano obremenjenost delavno aktivnega in mladega prebivalstva na povečane potrebe vedno številčnejšega starejšega dela populacije.

Staranje je povezano s spremembami v zdravstvenem stanju, saj je med starejšo populacijo visoka pojavnost in razširjenost kroničnih bolezni, kot so obolenja srca in ožilja, kosti in gibal, raka ter duševnih in nekaterih drugih bolezni. Zato se s staranjem prebivalstva povečujejo zahteve po zdravstvenih storitvah (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2003, 16).

Ob večanju starega prebivalstva in medicinske inflacije je moč pričakovati, da se bodo stroški zdravstvenega varstva še povečevali. Posreden vpliv staranja prebivalstva na rast zdravstvenih izdatkov ima neformalna nega, ki jo starejšemu prebivalstvu zagotavljajo svojci. Saj z nižanjem sklenjenih porok in nižanjem rojstev je vedno manj ljudi, ki bi skrbeli za starejše prebivalstvo. To pomeni še večje prelivanje bremena financiranja zdravstvenih izdatkov starejših na družbo oz. mlado delovno aktivno prebivalstvo.

V svetu je vidno, da se države počasi, a zanesljivo odmikajo s socialnih področij in prepuščajo skrb za zdravje posameznikom. Pri tem procesu je dopolnilno zdravstveno zavarovanje toliko bolj izpostavljeno, saj je politično manj sprejemljivo dvigovanje prispevnih stopenj ali pa pomembnejše krčenje pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju, kakor pa prelivanje bremena financiranja zdravstvenega varstva na dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

S spremembami leta 2005 naj bi se premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje znižale, vendar se je zgodilo ravno nasprotno. Za večino zavarovanih oseb so se premije povišale, razen za starejše zavarovance oz. upokoјence, pri katerih se je premija relativno znižala. Nevarnost za obstoj dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ob vse dražji premiji, ki jo lahko pričakujemo v prihodnosti, je nevdržnost takega sistema financiranja zdravstvenih storitev. V kolikor bi se mladi in zdravi del prebivalstva ne odločal za to obliko zavarovanja, ki nosijo največje breme financiranja (Slika 2.2 Medgeneracijska solidarnost), bi spraval pod velik vprašaj obstoj tega zavarovanja.

V Strategiji varstva starejših do leta 2010 je zavzeto stališče ministrstva za zdravje, da se obseg zdravstvenega varstva starejših ljudi, ki sodi v obvezno zdravstveno zavarovanje, ne bo zmanjševal. Pomembna je ugotovitev, da je potrebno pri prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih zagotoviti pravičnejšo porazdelitev bremen, glede na dohodkovni položaj starejših. S tega stališča bi bilo mogoče zagotoviti sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki omogoča diferenciacijo premij glede na starost in s tem pričakovane stroške zdravljenja, ter ohraniti sistem izravnavanja razlik v višini škod med zavarovalnicami, ki izhaja iz različnih struktur njihovih zavarovancev po starosti. Socialno ogroženim ljudem iz vseh starostih skupin, ki resnično ne zmorejo plačevanja premij DZZ pa omogočiti pokrivanje nujnih stroškov zdravljenja iz proračuna.

Po zgledu mnogih Evropskih držav, lahko pričakujemo povečanje vloge ostalih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v zdravstvenem varstvu in ustvarjenju pogojev za njihovo uveljavitev (privlačno zavarovanje, večje povpraševanje, itn.). Ob stalnem višanju izdatkov za zdravstveno varstvo, bo v prihodnosti potrebno spremeniti obseg pravic, ki so zagotovljene v osnovnem zdravstvenem zavarovanju. Gre za prenos bremena financiranja nekaterih storitev na zasebna sredstva. Tu je mišljeno na zdravstvene storitve, ki so predvsem v interesu posameznika kot npr. glavoboli, zoboboli, kontracepcija, slušni aparati, zdravljenje nahoda itd.

Nadomestno zdravstveno zavarovanje je zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih storitev, zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov največ v obsegu pravic iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja. Velja za osebe, ki po zakonu niso ali ne morejo biti vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje. V svetu je to zavarovanje najbolj razširjeno med premožnejšimi ljudi, ki presegajo zakonsko določeno mejo dohodka in

se pod drugačnimi ponavadi ugodnejšimi pogoji nadomestno zavarujejo. Pri nas ima to zavarovanje prehodni značaj, predvsem za tujce, ki se iz različnih vzrokov ne morejo vključiti v osnovni zdravstveni sistem.

Dodatno zdravstveno zavarovanje je zavarovanje za višji obseg storitev ali višji standard storitev, namenjeno premožnejšim državljanom. Ta oblika zavarovanja, je že dalj časa prisotna v Sloveniji, vendar se zanjo odloči relativno malo ljudi. Trenutno je v Sloveniji v okviru osnovnega zdravstvenega varstva zagotovljen dokaj visok standard zdravstvenih storitev, zato dodatno zavarovanje za dosego večjega uspeha ni dovolj privlačno. Poleg tega med izvajalci zdravstvenih storitev zaenkrat ni dovolj zmogljivosti, ki bi omogočale nadstandardno obravnavo (npr. nadstandardne nastanitve, oskrbe itd.).

Trenutno eno najbolj perspektivnih zdravstvenih zavarovanj je vzporedno zdravstveno zavarovanje. Zavarovanje za zdravstvene storitve, ki so sicer pravica iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja, vendar jih je mogoče uveljaviti po drugačnih in ugodnejših pogojih, mimo omejitev, ki obstajajo v osnovnem zdravstvenem zavarovanju. Kot prva je zavarovalnica Adriatic Slovenica konec leta 2006 uvedla zavarovanje za krajše čakalne vrste. Kot posledica starajočega prebivalstva in njihovih zdravstvenih potreb, so se v zdravstvu čakalne dobe za nenujne preiskave in operativne posege močno podaljšale. Kljub posameznim ukrepom za zaježitev podaljševanja čakalnih dob, je na podlagi trendov, ki jih povzroča negativna demografska struktura, težko pričakovati, da bodo čakalne dobe ostale na enaki ravni ali se celo zmanjšale.



4 SKLEP

Za lažje razumevanje problematike negativne demografske strukture in t.i. medicinske inflacije na dopolnilno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji, je v diplomski nalogi najprej opisan pomen zdravja in zdravstvenega varstva. Najznačilnejši sistemi zdravstvenega varstva, njihov razvoj in pomembnejše sestavine. V nadaljevanju so opisane temeljne značilnosti zdravstvenega varstva v Sloveniji, njegova delitev in še posebej trenutna ureditev prostovoljnega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Da bi lahko ocenil vpliv starajočega se prebivalstva in medicinske inflacije na dopolnilno zdravstveno zavarovanje sem preučil konstrukcijo demografskih projekcij in opredelil medicinsko inflacijo. V drugem delu je na podlagi trendov, načina oblikovanja premij in financiranja zdravstvenih izdatkov ocenjen prihodnji razvoj dopolnilnega in ostalih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji.

V Sloveniji imamo že iz preteklosti močno usidran socialni sistem zdravstvenega varstva. V svetu ne najdemo dveh popolnoma enakih sistemov zdravstvenega varstva, vendar jih po nastanku in zaradi nekaterih ključnih lastnosti delimo na tri temeljne tipe. Slovenija sodi med države, ki imajo sistem obveznega zdravstvenega varstva. Zanj je značilno obvezno zdravstveno zavarovanje, v katerega so vključeni vsi državljani Slovenije. S tem zavarovanjem je vsem državljanom zagotovljen določen nivo socialne varnosti.

Poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja poznamo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, namenjeno posameznikom, ki si želijo zagotoviti boljšo zdravstveno oskrbo. V Sloveniji je z uvedbo prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj največ pomena pridobilo dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Zaradi vedno višjih izdatkov za zdravstvene storitve smo raje od pomembnejšega krčenja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, prenašali breme financiranja iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Ker je dopolnilno zdravstveno zavarovanje postalo nepogrešljivi vir financiranja zdravstvenega varstva v RS, je bila leta 2005 sprejeta novela zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, s katero je vlada želela urediti nejasnosti in nepravilnosti prejšnje ureditve in doseči večjo preglednost na tem področju.

Med drugim je z novelo ZZVZZ dopolnilno zdravstveno zavarovanje opredelila kot javni interes in uvedla načelo medgeneracijske vzajemnosti. Posledično so se premije za vse zavarovance DZZ poenotile ne glede na višino pričakovanih škod. To pomeni, da plačujejo enako visoko premijo tako tisti zavarovanci, ki imajo izredno nizke pričakovane stroške zdravljenja bolezni in poškodb, kot tisti, ki imajo izredno visoke oz. nadpovprečne stroške zdravljenja. Zato tak sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ni enak za vse starostne generacije.

Že danes ima Slovenija eno najbolj neugodnih demografskih struktur v svetu. Delež starejših od 65 let v celotnem prebivalstvu se bo po projekcijah Eurostata do leta 2050 podvojil, medtem ko se bo delež starejših od 80 let celo potrojil. Ker imajo starejši zavarovanci v povprečju višje stroške zdravljenja, se bodo zaradi vse višjega deleža starejših v celotnem prebivalstvu povišale tudi premije iz naslova dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. V takem primeru bodo relativno najslabše odnesli mladi zavarovanci, ki imajo že sedaj najslabše razmerje premij in škod.

Na rast premij dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ima velik vpliv medicinska inflacija, tj. rast cen zdravstvenih storitev, medicinsko-tehničnih pripomočkov in zdravil. Zaradi naglega razvoja medicinske in farmacevtske tehnologije in vedno večjega pomena, ki ga ima zdravje v družbi, je pričakovati, da bo zdravstvo vedno dražje. Medicinska inflacija že sedaj močno presega splošno rast cen življenjskih potrebščin, zato bo premija za najštevilčnejši del zavarovancev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja predstavljala vedno višji delež dohodka in si ga bodo zato vse težje privoščili. Od uvedbe sprememb ZZZVZZ leta 2005 so že vidni dvigi zavarovalne premije zavarovalnic, ki ponujajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ti pa so precej višji od splošne stopnje inflacije.

V svetu se države odmikajo s socialnih področij in skrb za zdravje prepuščajo posameznikom. Ob stalnem višanju izdatkov bo potrebno prevetriti obseg zdravstvenih storitev, ki so zagotovljene v osnovnem zdravstvenem zavarovanju. Zato lahko pričakujemo tudi pri nas, da se bo vedno bolj razvijalo predvsem dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, s katerim si lahko posameznik zavaruje lasten interes po zdravstveni varnosti v zelenem obsegu in standardu.

V danem sistemu DZZ bodo prikazani trendi resno ogrozili stabilnost financiranja zdravstvenega varstva. Najbolj verjetno je, da bodo mladi, ki v največji meri subvencionirajo dan sistem izgubili interes za vključitev v dopolnilno zdravstveno zavarovanje v zgodnjih letih ali pa bodo vedno težje plačevali vedno višje premije. V tem primeru je jasno, da tak sistem dolgoročno ne more preživeti.

LITERATURA

- Česen, Marjan. 1998. *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Keber, Dušan et al. 2003. *Zdravstvena reforma*. Ljubljana: Vlada RS, Ministrstvo za zdravje.
- Kraigher, Tomaž. 2005. *Srednjeročna in dolgoročna projekcija demografskega razvoja Slovenije in njegovih socialno-ekonomskih komponent*. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.
- Majcen, Boris et al. 2005. *Ekonomske posledice spreminjanja demografske strukture slovenskega prebivalstva*. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja.
- Marcon, Petra. 1999. *Oženje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in vloga zavarovalnic v Sloveniji*. Diplomsko delo, Ekonomska fakulteta, Univerza v Ljubljani.
- Mrkaić, Mičo. 2007. *Dolgoročni problemi financiranja slovenskega zdravstvenega sistema*. INERHC. Institut za ekonomske raziskave v zdravstvu d.o.o.
- Tajnikar, Maks, Došenovič Petra in Uršič Huč Jana. 2005. *Pregled stanja na trgu prostovoljnih dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Mednarodni inštitut za potrošniške raziskave.
- Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Učbenik za slušatelje. 2005. *Izobraževanje zavarovalnih zastopnikov in zavarovalnih posrednikov*. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje, g. i. z.

VIRI

- Adriatic Slovenica, zavarovalna družba d. d. 2006. *Letno poročilo za leto 2005*. Koper: Adriatic Slovenica, zavarovalna družba d. d.
- Adriatic Slovenica, zavarovalna družba d. d. 2007. Vstopna stran. [Http://www.adriatic-slovenica.si](http://www.adriatic-slovenica.si) (9. 8. 2007).
- Agencija za zavarovalni nadzor. 2006. Vstopna stran. [Http://www.a-zn.si](http://www.a-zn.si) (2. 12. 2006).
- Ahčan, Aleš in Sašo Polanec. 2005. *Krkost izravnalnih shem*. Ljubljana: Finance.
- Health policy consensus group. b.l. *Options for Healthcare Funding*. [Http://www.civitas.org.uk/pdf/hpcgSystems.pdf](http://www.civitas.org.uk/pdf/hpcgSystems.pdf) (7. 6. 2007).
- Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve. 2006. *Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja 2006 – 2008*. Ljubljana: Republika Slovenija, Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve.
- Novela zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) - delovno gradivo. 2005. [Http://www.sonček.org/Novela_ZZVZZ-delovno_gradivo.pdf](http://www.sonček.org/Novela_ZZVZZ-delovno_gradivo.pdf) (23. 11. 2006).
- Population Statistic – 2006 Edition*. 2006. Luxembourg: Office for official publications of the European communities.

[Http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EH-06-001/EN/KS-EH-06-001-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EH-06-001/EN/KS-EH-06-001-EN.PDF) (8. 3. 2007)

- Statistični urad Republike Slovenije. 2007. Vstopna stran. [Http://www.stat.si](http://www.stat.si) (8. 8.2007)
- Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva*. 2006. Ljubljana: Republika Slovenija, Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve.
- Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d. d. *Revidirano letno poročilo za leto 2005*. Koper: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d. d.
- Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z. 2006. *Poslovno poročilo Vzajemne za leto 2005*. Ljubljana: Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d. v. z.
- Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z. 2007. Vstopna stran. [Http://www.vzajemna.si](http://www.vzajemna.si) (9.8.2007).
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-UPB3). Uradni list RS, št. 72/2006.
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2007. Vstopna stran. [Http://www.zzzs.si/](http://www.zzzs.si/) (8.6.2007).
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2003. *Poslovno poročilo za leto 2002*. Ljubljana. Zavoda za zdravstveno zavarovanje.
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2006. *Poslovno poročilo za leto 2005*. Ljubljana. Zavoda za zdravstveno zavarovanje.
- Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2007. *Poslovno poročilo za leto 2006*. Ljubljana. Zavoda za zdravstveno zavarovanje.
- Zdravstveni statistični letopis*. 2005. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje in Inštitut za varovanje zdravja RS.