

FAKULTETA ZA PRAVO IN EKONOMIJO
UNIVERZITETNI ŠTUDIJSKI PROGRAM POSLOVNE VEDE

ROK TAUZES

**SLOVENSKI JAVNI ZDRAVSTVENI SISTEM
IN ZDRAVSTVENA ZAVAROVANJA**

DIPLOMSKO DELO

Mentor: Doc. Dr. Karmen Marguč

Ljubljana, 2023

Zahvaljujem se mentorici doc.dr. Karmen Marguč za strokovno pomoč in koristne nasvete pri nastajanju te diplomske naloge.

1. Seznam uporabljenih kratic in okrajšav

COVID- 19 – Coronavirus Disease 2019

DZZ – Dopolnilno zdravstveno zavarovanje

KZZ- Kartica zdravstvenega zavarovanja

OZZ - Obvezno zdravstveno zavarovanje

SZA- Specialisti z asistenco

TZA- Turistična zdravstvena zavarovanja

ZZavar- 1 – Zakon o zavarovalništvu

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje

Kazalo

1. Seznam uporabljenih kratic in okrajšav	3
2. Uvod in opredelitev področja	8
2.1. Namen diplomske naloge	8
2.2. Raziskovalna teza diplomske naloge	8
3. Prvi del diplomske naloge: Pravni temelji, ureditev in značilnosti slovenskih zdravstvenih zavarovanj	9
3.1. Pravni temelji	9
3.2. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju- ZZVZZ	10
4. Obvezno zdravstveno zavarovanje- OZZ	12
5. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje- DZZ	15
5.1. Odpoved DZZ	20
6. Vzporedna zdravstvena zavarovanja: Specialisti z asistenco	22
6.1. Specialisti z asistenco	23
7. Dodatna zdravstvena zavarovanja: Zavarovanje Tujina	25
8. Kako si zagotoviti primerno diagnostično, operativno in po operativno zdravstveno oskrbo v slovenskem javnem in zasebnem zdravstvenem sistemu?	26
8.1. Obvezno zdravstveno zavarovanje- brez možnosti za primerjavo	26
8.2. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje- obsežna primerjava ni smiselna	27
8.3. Vzporedno zdravstveno zavarovanje- Specialisti z asistenco- SZA- primerjava je smiselna in pomembna	27
8.4. Dodatno zdravstveno zavarovanje- Turistično zdravstveno zavarovanje z asistenco v tujini- TZA	28

9. Drugi del diplomske naloge: Razvoj dogodkov in spreminjanje slovenskih zdravstvenih zavarovanj	30
9.1. Nova Vlada nastopi svoj mandat	30
9.2. Pričakovanja javnosti v zvezi z zdravstvom	30
10. Minister za zdravstvo v osmem mesecu svojega mandata pripravi zdravstveno reformo	31
10.1. Prednostne naloge za izvedbo zdravstvene reformo	31
10.1.1. Digitalizacija zdravstvenega sistema	31
10.1.2. Reforma plačnega sistema javnih uslužbencev	31
10.1.3. Reševanje problematike družinske in urgentne medicine	32
10.1.4. Strukturna prenova ZZZS	32
10.1.5. Prenova nadzora in vodenja javnih zavodov	33
10.1.6. Ureditev področja absentizma	33
10.1.7. Koncesionarstvo in koncesije	33
10.1.8. Kadri v zdravstvu	34
10.1.9. Celovita prenova financiranja	34
10.1.10 Centralizirano javno naročanje	35
11. Zdravstveni minister Dr. Daniel Bešič Loredan: Vlada in novo vodstvo UKC se borita s korupcijo v zdravstvu	36
12. Neuspeh ukrepa za skrajševanje čakalnih dob	37
12.1. Zahtevk za sklic nujne seje Odbora državnega zbora	37
12.2. Odstop ministra za zdravstvo	37
13. Vodenje Ministrstva za zdravstvo prevzame Robert Golob	38
13.1. Napoved ukinitve dopolnilnega zdravstvenega sistema s strani Golobove vlade	38
13.1.1. Dosedanje težnje po ukinitvi DZZ	38

13.1.2. Spremenjeni zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem zavarovanju in zdravstvenem varstvu iz leta 2005	39
13.2. Neposredni povod za ukinitvev DZZ	39
13.2.1. Odziv vlade- napoved skorajšnje ukinitve DZZ	40
13.3. Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ v državnem zboru	40
13.3.1. Uvod predloga zakona o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ	41
13.3.2. Cilji načela in pogloblitve rešitve predloga zakona o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ	44
13.3.3. Ocena finančnih posledic zakona za državni proračun in druga javnofinančna sredstva	44
13.4. Ukaz o razglasitvi zakona o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ	44
13.5. Takojšnje in morebitne posledice ukinitve DZZ	45
13.5.1. Takojšnje posledice izčrpavanja zdravstvenih zavarovalnic	45
13.5.2. Posledice po 31. Decembru 2023, izčrpavanje državnega proračuna	50
13.5.3. Posledice novega ZZVZZ za javne prihodke	50
13.5.4. Neusklajenost s fiskalnim pravilom	53
13.5.5 Morebiten propad ene ali več zdravstvenih zavarovalnic	53
14. Valentina Prevolnik Rupel prevzame posle Ministrice za zdravje	58
15. Povzetek- Ministrstvo za zdravstvo na prepihu	59
16. Zaključne ugotovitve in sklep	60
17. Reference	61
18. Izjava o avtorstvu	63

Kazalo slik

Slika 1: Zdravstvena zavarovanja	10
Slika 2: Ureditev zdravstvenega sistema	10
Slika 3: Shema pravnih temeljev zdravstvenega sistema	11
Slika 4: Razdelitev zdravstvenih zavarovanj	17

Kazalo grafov

Graf 1: Razlike med vrednostmi zdravstvenih storitev, ki jih OZZ pokriva delno in ne v celoti	14
Graf 2: Delež zavarovancev pri zavarovalnicah, ponudnicah dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj	46
Graf 3: Izgube zavarovalnic	47
Graf 4: Ocena prihodkov in odhodkov zdravstvenega prispevka 2024- 2026	51
Graf 5: Število zaposlenih v največjih zavarovalnicah v Sloveniji	55

2. Uvod in opredelitev področja

Diplomska naloga obravnava slovenski zdravstveni sistem in zdravstvena zavarovanja, ki jih na eni strani izvaja javna zdravstvena služba preko ZZZS in na drugi strani prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ki jih izvajajo zasebne zavarovalnice.

Obravnava tematike kaže, da zgolj obvezno zdravstveno zavarovanje preko javne zdravstvene službe ne pokriva vseh potreb prebivalstva in da je nuja modernega načina življenja sklepanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

2.1. Namen diplomske naloge

Namen diplomske naloge je podroben pregled slovenskega zdravstvenega sistema in zdravstvenih zavarovanj od katerih so nekatera obvezna, druga pa prostovoljna. Podroben pregled in razumevanje zdravstvenega sistema vključno z njegovimi hibami nam pomaga spoznati lastne potrebe po zdravstvenih storitvah in oskrbi. Poznavanje zdravstvenih zavarovanj nas pripelje do spoznanj, kako si te storitve tudi preudarno zagotoviti.

2.2. Raziskovalna teza diplomske naloge

V slovenskem javnem zdravstvenem sistemu obstaja kar nekaj težav, še posebej pereč pa je problem dolgih in po dveh letih epidemije COVID-19 tudi nedopustno dolgih čakalnih vrst za diagnostične preglede, specialistične preglede, zdravstvene storitve in po operativne zdravstvene storitve. Problem se je v zadnjih dveh letih stopnjeval in hudo obremenil in ogrozil še posebej zdravje populacije s kroničnimi boleznimi in težjimi diagnozami. Zaradi epidemije so bili začasno ustavljeni razni preventivni programi za spremljanje raznih kroničnih bolezni. Reševanje te problematike poteka preko mobilizacije zasebnih zdravstvenih zmogljivosti, ki naj pomagajo javni zdravstveni službi, ki se je zaradi epidemije znašla v težki situaciji zaradi pomanjkanja kadrov in drugih bolnišničnih kapacitet.

3. Prvi del diplomske naloge: Pravni temelji, ureditev in značilnosti slovenskih zdravstvenih zavarovanj

3.1. Pravni temelji

Zdravstvena zavarovanja so tista zavarovanja, ki v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja krijejo:

- Stroške zdravstvenih ter z njimi povezanih storitev, stroške oskrbe z zdravili in medicinsko tehničnimi pripomočki.
- Izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil.

Krovni zakon o zavarovanju- 1 obravnava zdravstveno zavarovanje, kot drugo zavarovalno vrsto zzav-2.

Zdravstvena zavarovanja vključujejo škodno premoženjsko zavarovanje in vsotno osebno zavarovanje, torej kombinacijo enega in drugega in so potemtakem z vidika obligacijskega zakonika hibrid.

ZZavar- 1 Zdravstvena zavarovanja- ZV2

Zavarovanje, ki v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja krije:

- Škodno (premoženjsko) zavarovanje,
- Vsotno (osebno) zavarovanje

Slika 1: Zdravstvena zavarovanja

3.2. **Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju- ZZVZZ**

ZZavar-1 (Zakon o zavarovalništvu), DZZ- prostovoljno zavarovanje

- **Javni interes RS**- izvaja se po **načelih medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med spoloma** med vsemi zavarovanci DZZ.
- Obvezna vključitev DZZ zavarovancev v **izravnalne sheme** za izravnavo razlik v stroških zdravstvenih storitev med DZZ zavarovalnicami (razlike v starostni strukturi in strukturi po spolu portfelja posameznih zavarovalnic).
- Podrobnejša ureditev pogodbe za DZZ v ZZVZZ

Slika 2: Ureditev zdravstvenega sistema

Ureditev zdravstvenega sistema po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) je takšna, da imamo na eni strani sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ), v katerega so vključeni vsi zaposleni, izvaja pa se kot javna zdravstvena služba preko Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ki je nosilec zdravstvene blagajne v katero se stekajo sredstva. Ta sredstva plačujejo vsi zaposleni v RS vsak mesec od svojih plač.

Utemeljevanje: DZZ oziroma njegova vsebina je urejena z zakonom o zavarovalništvu ZZAVAR-1- krovni zakon o zavarovalništvu, ki okvirno določa vsebino dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ), najpomembnejša pa je ureditev DZZ-ja, ki jo prinaša Zakon o zdravstvenem zavarovanju in zdravstvenem varstvu (ZZVZZ). (Uradni list RS 1992)

Pravni viri DZZ

- ZZavar- 1,
- ZZVZZ,
- OZ,
- splošni pogoji

Slika 3: Shema pravnih temeljev zdravstvenega sistema

Ureditev zdravstvenega sistema po ZZVZZ zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Na eni strani imamo sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ), v katerega smo vključeni vsi in se izvaja kot javna zdravstvena služba preko Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ki je nosilec zdravstvene blagajne v katero se stekajo sredstva. Ta sredstva plačujemo vsi zaposleni v RS vsak mesec od svojih plač.

4. Obvezno zdravstveno zavarovanje- OZZ

Obvezno zdravstveno zavarovanje prinaša zavarovancem košarico zdravstvenih storitev, ki pa niso vse plačane v polni meri iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Za namen razlikovanja in določevanja plačevanja zdravstvenih storitev do polne mere, deli zakon zdravstvene storitve opredeljene po OZZ obveznem zdravstvenem zavarovanju v 6 razredov.

V prvem razredu se plača **100%** zdravstvenih storitev. Zdravljenje in rehabilitacija:

- zdravljenje otrok, učencev in študentov (redno šolanje, z motnjami v razvoju),
- malignih, mišičnih in živčno mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševne bolezni, težke sladkorne bolezni, multipla skleroze, psoriaze, slepote, naglušnosti,
- nosečnost in porod,
- preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje, infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja,
- poklicnih bolezni in poškodbe pri delu,
- nujna medicinska pomoč z nujnimi reševalnimi prevozi.

V drugem razredu se plača **90 %** storitev:

- presaditev organov,
- drugi najzahtevnejši operativni posegi,
- intenzivna terapija,
- dializa,
- drugi nujni najzahtevnejši diagnostični, terapevtski in rehabilitacijski posegi.

V tretjem razredu se plača 80% iz OZZ:

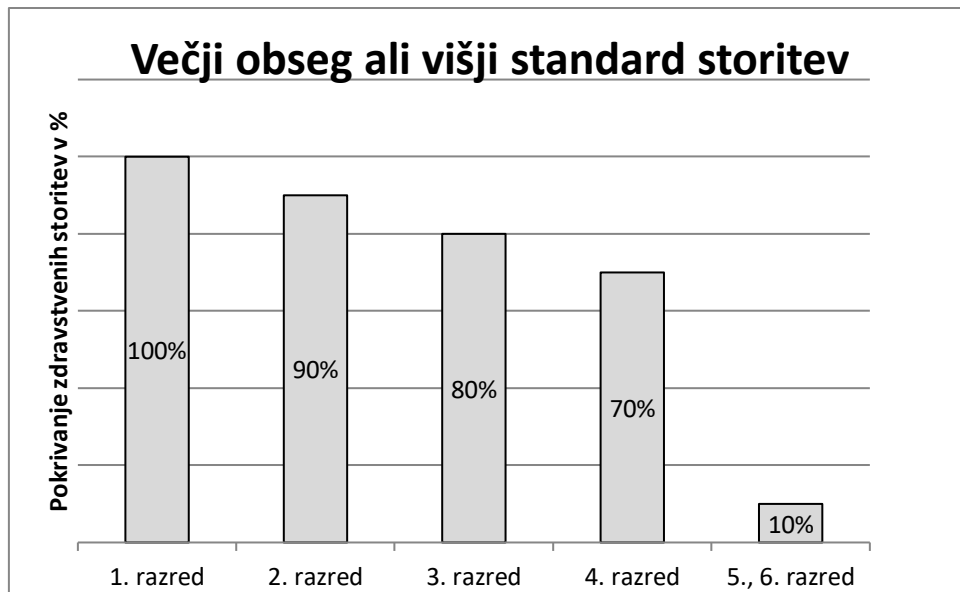
- osnovna zdravstvena dejavnost za bolezni,
- specialistično ambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve, kot podaljšanje bolnišničnega zdravljenja (razen poškodbe izven dela)
- zdravljenje zmanjšane plodnosti, umetna oploditev, umetna prekinitev nosečnosti,
- zdravljenje ustnih in zobnih bolezni,
- medicinski pripomočki.

V četrtem razredu se plača 70% OZZ

- osnovna zdravstvena dejavnost za nezgode,
- specialistično ambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve za poškodbe izven dela,
- zdravila na recept s pozitivne liste,
- medicinski pripomočki za poškodbe izven dela

Peti, šesti razred: samo 10% plača OZZ:

- reševalni prevozi, ki niso nujni,
- zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja (odločba ZZZS),
- zdravila na recept iz vmesne liste,
- zobno-protetično zdravljenje odraslih,
- medicinski pripomočki za izboljšanje vida za odrasle.



Graf 1: Razlike med vrednostmi zdravstvenih storitev, ki jih OZZ pokriva delno in ne v celoti

5. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje- DZZ

Izmed vseh prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj sklenjenih v Sloveniji prednjači Dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Preko 1.400.000 zavarovalnih pogodb predstavlja dopolnilno zdravstveno zavarovanje, torej predstavlja drugo najbolj množično obliko zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji. Gre za zelo pravno regulirano zavarovanje, ki ga ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), je pa tudi zavarovalna pogodba, zato velja zanj obligacijski zakonik in splošni pogoji, ki predstavljajo vsa pravila v konkretni zavarovalni pogodbi. Zakon o zdravstvenem zavarovanju obravnava vsa zdravstvena zavarovanja kot drugo zavarovalno vrsto, ker krijejo stroške oskrbe, pa tudi izplačevanje dogovorjenih nadomestil. DZZ predstavljajo hibrid saj so lahko na eni strani premoženjska zavarovanja, ker ščitijo premoženje zavarovancev, na drugi strani pa so tudi vsotna zavarovanja, ker se izplačujejo v primeru okvare zdravstvenega stanja zavarovalne vsote, kot pri življenjskih zavarovanjih. Z vidika obligacijskega zakonika so torej dopolnilna zavarovanja hibrid med premoženjskimi zavarovanji in osebnimi zavarovanji. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje v nadaljevanju DZZ je prostovoljno zavarovanje. DZZ je na področju zdravstvenih zavarovanj druga najbolj množična oblika zdravstvenega zavarovanja, a je hkrati najmanj tipična zavarovalna pogodba.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje (DZZ) je za razliko od osnovnega zdravstvenega zavarovanja prostovoljno zavarovanje pri katerem pa je izkazan javni interes RS, ker gre za ureditev zdravstvenega sistema v državi. Glede na to na eni strani ureditev v zdravstvenem zakonu prinaša obvezno zdravstveno zavarovanje, na drugi strani pa dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Javni interes RS poudarja, da se zdravstveni sistem izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti, vzajemnosti med spoloma in med vsemi zavezanci DZZ. Obvezna je torej na nek način obravnava vseh zavarovancev, ki so vključeni v dopolnilno zdravstveno zavarovanje. V bistvu ni možno razlikovati bolj zdravih od manj zdravih, mlajših od starejših, oseb glede na spol. Z zakonom o zavarovalništvu je tudi predpisano, da vse zavarovalnice, ki izvajajo DZZ v RS, morajo biti vključene v izravnalne sheme, kar pomeni, da ker ima vsaka zavarovalnica različno strukturo portfelja zavarovancev. Nekatere imajo več starih, več bolnih, več žensk kot moških, kar se seveda odraža v različnih škodnih rezultatih. Po posebnih zakonsko določenih formulah se potem izračunava kateri portfelj je boljši. Na podlagi odločb, ki jih izdaja ministrstvo za zdravje morajo potem zavarovalnice z boljšimi

portfelji, tistim s slabšimi portfelji plačevati določene zneske, ki jih izravnalne sheme predvidevajo. Zakon o zavarovalništvu ZZVZZ določa ureditev pogodbe za dopolnilna zdravstvena zavarovanja DZZ.

Na drugi strani imamo zavarovanja, ki se sklepajo na prostovoljni bazi, izvajajo pa jih zasebne zavarovalnice, ki se delijo na vzajemne družbe (Vzajemna) ali pa gospodarske družbe (Triglav, Generali) - delitev glede na dopolnilna zdravstvena zavarovanja, druge pa sklepajo samo dodatna zavarovanja. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja lahko delimo naprej na dopolnilna zdravstvena zavarovanja, ki predstavljajo največji delež prostovoljnih zavarovanj in so med njimi najpomembnejša. Na drugi strani pa imamo druga prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ki niso dopolnilna. (Triglav, zdravstvena zavarovalnica 2017)

To so kot jih določa zakon: nadomestno, vzporedno (npr. hitrejši dostop do specialistov, tolmačenje izvidov, hitrejši dostop do diagnostike, hitrejši dostop do fizioterapije, video posvet z zdravnikom - višji standard iste storitve) in dodatno (npr. stroški oskrbe, zavarovanje z asistenco v tujini, zavarovanje zdravil) zdravstveno zavarovanje.

Dodatna zavarovanja - krijejo stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki ter izplačila denarnih prejemkov, ki niso predmet OZZ.

Nadomestna zavarovanja - krijejo košarico zdravstvenih storitev v obsegu OZZ osebam, ki ne morejo biti v OZZ. Zakon jih predvideva, v praksi pa jih ne zasledimo.

Vzporedna zavarovanja - krijejo košarico zdravstvenih storitev v obsegu OZZ, vendar, ko jih zavarovanci uveljavljajo, jih uveljavljajo po drugačnih postopkih in drugih pogojih, kot jih predpisuje OZZ (npr. hitrejši dostop do diagnostike, hitrejši dostop do specialistov, tolmačenje izvidov, drugo mnenje, video posvet z zdravnikom, hitrejši dostop do pooperativnih storitev - višji standard iste storitve).



Slika 4: Razdelitev zdravstvenih zavarovanj

Na nek način spadajo slednja tri zavarovanja med nadstandardna zdravstvena zavarovanja, vendar bi jih lahko glede na moderni način življenja uvrstili kar med standardna zdravstvena zavarovanja. Obvezno zdravstveno zavarovanje OZZ prinaša košarico zdravstvenih storitev, ki pa niso pokrite v celotni meri. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje krije oziroma dopolnjuje razliko do celotne mere z OZZ določenih storitev. Financiranje zdravstvenih storitev po OZZ je sicer razdeljeno v različne razrede, samo po enem razredu gre dejansko 100% financiranje iz OZZ, pri drugih razredih pa obstaja razlika, ki jo mora zavezanec kriti iz lastnega žepa. Da do tega ne prihaja skrbijo dopolnilna zdravstvena zavarovanja, za kritje razlik v vrednosti, ki ni krita iz OZZ, torej prostovoljno sklepamo dopolnilna zdravstvena zavarovanja pri vzajemnih ali gospodarskih družbah. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je vezano na osnovno zdravstveno zavarovanje, torej ga lahko sklepajo le osebe, ki so zavarovanci po osnovnem zdravstvenem zavarovanju. Na drugi strani imamo dodatna zdravstvena zavarovanja, ki se nanašajo na stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki in za izplačila denarnih prejemkov, ki niso predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja (stroški oskrbe, zavarovanje zdravstvene asistencije v tujini, zavarovanje zdravil, zdravstvenih pripomočkov...).

Kar se tiče drugih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj: dodatnih, nadomestnih in vzporednih, jih ZZVZZ določa le v dveh točkah in sicer:

- v primeru, ko sta zavarovalec in zavarovanec različni osebi morata biti na pogodbi podpisana oba,
- da se mora pri teh zavarovanjih uporabljati tudi Obligacijski zakonik.

Pri uporabi obligacijskega zakonika nastane težava, ker le ta ne govori o pravilih, ki za zdravstvena zavarovanja veljajo, ampak samo o treh pravilih obligacijskega zakonika, ki se za zdravstvena zavarovanja, ne uporabljajo in sicer: o pravilu neplačila premije, o pravilu trajanja zavarovanja in prijave zavarovalnega primera.

Ravno za to, ker je obligacijski zakonik v zvezi z zdravstvenimi zavarovanji tako skop so izredno pomembni pogoji, ki se uporabljajo za zdravstvena zavarovanja. S pogoji se določajo vsa pravila, ki niso urejena z obligacijskim zakonikom. Ker je ta zakonik tako skop, morajo biti splošni pogoji toliko bolj natančni.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje se lahko sklene le za zavarovanca, ki je vključen v obvezno zdravstveno zavarovanje in je hkrati tudi zavezanec za doplačila. DZZ se osredotoča ravno na plačevanje doplačil, ki bi jih zavarovanec moral plačevati, če tega zavarovanja ne bi imel. Običajno Največkrat sklenemo DZZ sami zase, ni pa nujno, saj sta zavarovalec in zavarovanec lahko različni osebi. Če sta zavarovalec in zavarovanec različni osebi morata pogodbo podpisati obe in v tem primeru ima tudi zavarovanec možnost odpovedi pogodbe. Ciljne skupine zavezancev za doplačila oziroma za sklepanje DZZ so: zavarovane osebe iz OZZ, razen tistih, ki jim stroške v celoti krije OZZ. Izjeme so: vojaški invalidi in civilni invalidi vojne (UE-premija, njim premijo plačuje upravna enota); zaporniki; socialno ogroženi (CSD-center za socialno delo, plačujejo tako zavarovanje). So izjeme in jim ni treba plačevati dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, ker jim jih plačujejo drugi.

Zavezanci za doplačila niso:

- otroci,
- šolska mladina,
- dijaki (pod 16 let),
- študenti, ki se redno šolajo do poteka šolskega leta v katerem dopolnijo 26. let.

To so osebe, ki se jim DZZ v celoti plača iz proračuna in so zavarovani po svojih starših.

Ko dopolnijo 26. leto ali pa se pred dopolnitvijo te starosti prenehajo šolati, postanejo zavezanec za doplačilo in s tem tudi morebitni- potencialni naslovniki za prodajo oziroma sklenitev DZZ.

Dopolnilna zdravstvena zavarovanja so seveda povezana z oceno nevarnosti oziroma zavarovalnega tveganja, ki je z vidika vsake zavarovalnice pomemben vidik sklepanja.

Pri dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju poteka enaka obravnava vseh zavarovancev ne glede na spol zavarovancev.

Z vidika zavarovalnice je pri vsaki zavarovalni pogodbi bistvena ocena tveganja za zavarovalni dogodek. Ko zavarovalec prijavi zavarovalne okoliščine se zavarovalnica odloči pod kakšnimi pogoji in za kakšno premijo bo nekoga sprejela v zavarovalno kritje. Lahko se tudi odloči, da je glede na zavarovalne okoliščine zanjo tveganje preveliko in takšne zavarovalne pogodbe ne bo sklenila. Pri dopolnilnih zdravstvenih zavarovanjih, zavarovalnica takšne izbire nima. V primeru dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj mora zavarovalnica obravnavati vse zavarovance enako, ne glede na njihovo starost, spol in zdravstveno stanje, nikogar ne sme zavriniti. Posledica tega predpisa je tudi enaka premija za vse. To ne pomeni, da mora biti premija pri vseh zavarovalnicah, ki v Sloveniji ponujajo tovrstna zavarovanja enaka. Enaka premija mora biti za vse pri isti zavarovalnici. Sicer so premije za DZZ pri različnih zavarovalnicah različne, vendar pa se ne razlikujejo veliko. Generali DZZ mesečna premija: 34,50 EUR, Triglav DZZ mesečna premija: 35,55 EUR, Vzajemna DZZ mesečna premija: 35,67 EUR (pred aprilom 2023). Zakon predvideva doplačilo in sicer 3% za vsako leto, ko zavarovanec ni bil zavarovan po pogodbi DZZ. Zavarovanec mora za vsako leto, ko je bil zavezanec za plačilo DZZ, pa je odlašal, plačati 3% doplačila, vendar maksimalno 80% mesečne premije. Vsi odstotki doplačila za vsako nezavarovano leto se seštevajo, dokler ne dosežejo maksimalne vrednosti plus 80%. Pri DZZ se ne plačuje davka od zavarovalnih poslov. Poleg doplačil pri DZZ velja tudi čakalna doba treh mesecev od datuma sklenitve DZZ do datuma, ko prične zavarovanje veljati. S tem je želel zakonodajalec preprečiti, da bi nekdo sklenil DZZ šele, ko bi resno zbolel, pa bi že naslednji dan po sklenitvi zavarovanje že veljalo. Z doplačili in čakalno dobo se potencialne zavarovance usmerja v ravnanje nasprotno odlašanja in taktiziranja z namenom sklepanja potem, ko bolezen že nastopi.

5.1. Odpoved DZZ

Zavarovalec lahko DZZ tudi odpove po poteku enega leta, prej pa le ob prenehanju statusa zavarovane osebe s trimesečnim odpovednim rokom. Zavarovalnica ne sme odpovedati DZZ-ja razen v primeru neplačila premije. To lahko stori s priporočenim pismom, z dvakrat daljšim rokom, kot za običajne premoženjske pogodbe, to je 60 dni po vročitvi. Višina obveznosti, ki jo bo plačala zavarovalnica je razlika med OZZ in kompletno storitvijo (23. Člen ZZVZZ9), rez zavarovalne vsote.

Pravice iz DZZ se lahko uporabljajo:

- neposredno pri izvajalcu zdravstvene storitve,
- uveljavljanje pravic iz OZZ in DZZ, preko kartice zdravstvenega zavarovanja (KZZ),
- izjema je če nam je na kartici odvzeto jamstvo.

Jamstvo je lahko odvzeto zaradi različnih razlogov, bodisi zaradi neplačevanja premije ali čakalne dobe. V tem primeru moramo doplačilo poravnati iz lastnega žepa, nato pa urediti svojo obveznost do zavarovalnice in z računom oditi v zavarovalnico, ki nam po izpolnitvi naših obveznosti do nje račun regresira- naknadno izplača.

Javni interes pri DZZ se kaže v:

- enaki obravnavi zavarovancev ne glede na starost, spol, zdravstveno stanje,
- vključitvi zavarovalnice v zavarovalno shemo,
- ločenem vodenju prihodkov in odhodkov DZZ (ločen prikaz poslovnega izida DZZ),
- posebnih pogojih za izračun minimalnega kapitala zavarovalnici,
- dolžnosti sodelovanja javnih in zasebnih zavodov z zavarovalnico, elektronski izmenjavi podatkov, prepovedi zaračunavanja doplačil, če se zavarovanec izkaže z veljavnim DZZ.

Obveznosti zavarovalca oziroma zavarovanca do zavarovalnice- ZV oz. ZN:

- obvestilo o spremembah podatkov v 8 dneh,
- pojasnilo o obsegu opravljenih zdravstvenih storitev,
- spremembe pogojev (30 dni za odpoved),
- varstvo osebnih podatkov,
- medsebojno obveščanje.

Vsa ta pravila so v splošnih pogojih povzeta.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje, vezano na obvezno zdravstveno zavarovanje, pokriva tisto kar bi morali pri obveznem zavarovanju doplačati, pokriva pa enako košarico kot OZZ.

6. Vzporedna zdravstvena zavarovanja

Slovenski sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja se dopolnjuje s prostovoljnim dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem. Žal je ta javni zdravstveni sistem preobremenjen in se spopada s številnimi težavami. Te težave so:

- staranje prebivalstva povzroča vedno več odhodkov iz zdravstvene blagajne,
- splošni zdravniki so preobremenjeni in težje dostopni, kar je bolezen COVID-19 še poslabšala,
- nova zdravila in novi postopki zdravljenja so praviloma dragi in pomenijo dodatne obremenitve zdravstvene blagajne,
- obstoječim preventivnim pregledom bi bilo potrebno dodati tudi oblike preventivnih pregledov za zagotavljanje zdravega načina življenja.

Prej omenjene številne trajne težave slovenskega javnega zdravstva se kažejo v dolgih čakalnih dobah, ki so se zaradi epidemije COVID-19 še podaljšale.

z napotnico

>>redno<<.

Operacije krčnih žil	426 dni
Ortopedska operacija rame	262 dni
MR vratu brez KS	112 dni
Urološki pregled – prvi	226 dni
Ortopedski pregled – prvi	90 dni
Nevrološki pregled – prvi	164 dni
Alergološki pregled – prvi	53 dni
Dermatološki pregled – prvi	116 dni
Kardiološki pregled – prvi	178 dni

6.1. Specialisti z asistenco

Zaradi prej naštetih težav in posledic teh težav je priporočljivo poskrbeti za dodatna zdravstvena zavarovanja, ki ljudem omogočajo hitrejši dostop do zdravstvene oskrbe in zdravstvenih storitev. Ponudba zavarovalnih storitev: specialisti z asistenco je rešitev za potrebe sodobnega človeka. Omogoča:

- pravočasno pridobitev diagnoze pri splošnem zdravniku ali specialistu,
- omogoča izognitev nepotrebnim zapletom pri poškodbi ali bolezni med čakanjem na prvi pregled,
- napotitev na dodatne raziskave v samoplačniške ambulante s tem, da to zavarovanje pokriva plačilo storitev,

- napotitev in plačilo morebitnega zdravljenja, operacij, fizioterapije, psihološke pomoči in izdelava načrta zdravljenja,
- postavitev diagnoze in predlog zdravljenja, preverjen z drugim mnenjem priznanih zdravnikov iz tujine,
- izbira preventivnega pregleda in preiskave

Zavarovalnice pod nazivom specialisti z asistenco na slovenskem zavarovalnem trgu tržijo različne širine kritja. Bodisi: veliki, srednji in mali paket ali pa specialisti in specialisti plus... Ti paketi se med seboj razlikujejo v glavnem po letnih zavarovalnih vsotah, ki se gibljejo nekje od 2000 EUR pa do 30.000 EUR; pa tudi po posameznih področjih za katera kritja veljajo. Tako npr. mali ali osnovni paketi marsikje ne pokrivajo kritij za zdravila, fizioterapijo in operativne posege, srednji paketi ne pokrivajo operativnih posegov, do čim veliki paketi ali paketi plus pokrivajo vse: od specialistične obravnave, zahtevne diagnostične obravnave, tolmačenja zdravstvenih izvidov, pridobivanja drugega mnenja, načrta zdravljenja, strokovnega posveta z zdravnikom, psihološke pomoči, kritja zdravil, fizioterapije in operativnih posegov, tudi do 30.000 EUR letne zavarovalne vsote. Od poletja 2020 nekatera kritja specialisti z asistenco vključujejo tudi brezplačno kritje COVID-19 (Generali Zavarovalnica d.d.).

7. Dodatna zdravstvena zavarovanja

Tipična in v Sloveniji široko prisotna dodatna zdravstvena zavarovanja so bila včasih pred korona krizo Turistična zdravstvena zavarovanja z asistenco v tujini. Med epidemijo COVID-19 v letu 2020 je število tovrstnih zavarovanj precej upadlo, v drugi polovici leta 2021 pa je njihova prodaja ponovno narasla. Turistična zdravstvena zavarovanja z asistenco v tujini vključujejo poleg stroškov nujne medicinske oskrbe in obiskov zdravnika, ki so posledica nezgode ali bolezni, tudi stroške nujnega zdravljenja, kot posledico nezgode ali bolezni in stroške nujne zobozdravstvene pomoči za odpravo akutne bolečine ali za svežo poškodbo zobovja. Krijejo še prevoz do najbližje bolnišnice ali klinike in nazaj, prevoz v domovino ob predhodnem soglasju asistenčnega centra, spremstvo ali prevoz mladoletnega otroka in prevoz posmrtnih ostankov v domovino. V zadnjih dveh letih krijejo tudi stroške zaradi bolezni COVID-19. Zdravstvena zavarovanja za tujino se seveda spreminjajo zaradi novih in novih potreb sodobnega človeka, tako da poleg kritij zdravstvenih storitev krijejo tudi premoženjska zavarovanja v obliki kritij, kot so: preklic potovanja, izguba in kraja prtljage, zamudo potovanja, izgubo ali krajo osebnih predmetov, kritje osebne in materialne odškodninske odgovornosti do tretjih oseb, kritje stroškov odpovedi potovanj zaradi nepredvidenih dogodkov, kritje stroškov za neizkoriščeni del bivanja na potovanju, kritje zlorabe izgubljenih ali ukradenih kartic, protipravni odvzem gotovine...

Tudi ponudba turističnih zdravstvenih zavarovanj z asistenco v tujini se pri različnih zavarovalnicah v Sloveniji pojavljajo pod različnimi komercialnimi imeni in z različnimi širinami kritja in lahko ponujajo več ali manj osnovno ali razširjeno ponudbo kritja zdravstvenih in premoženjskih zavarovanj z različnimi zajamčenimi zavarovalnimi vsotami in različnimi termini kritja. Lahko gre za kratkoročna ali celoletna kritja.

8. Kako si zagotoviti primerno diagnostično, operativno in po operativno zdravstveno oskrbo v slovenskem javnem in zasebnem zdravstvenem sistemu ?

Odgovor na to vprašanje, nikakor ni enostaven, saj moramo pri njem izhajati iz lastnih potreb in zmožnosti, modro pa je tudi, da skušamo pri tem oceniti verjetnost posameznih dogodkov in s tem tudi potreb po zdravstvenih storitvah. Glede na naše zmožnosti, potrebe, pa ne nazadnje tudi poznavanje slovenskega zdravstvenega sistema se bomo lažje odločili o izbiri zavarovanj, ki nam bodo zagotovila optimalne zdravstvene storitve. To je tudi glavna usmeritev analize ponudbe prostovoljnih zavarovanj, ki jih ponujajo vodilne zavarovalnice na slovenskem trgu.

8.1. Obvezno zdravstveno zavarovanje- brez možnosti za primerjavo

V obvezno zdravstveno zavarovanje so vključeni vsi zaposleni, izvaja pa se kot javna zdravstvena služba preko zavoda zdravstvenega zavarovanja Slovenije, ki je nosilec zdravstvene blagajne v katero se stekajo sredstva. Ta sredstva plačujejo vsi zaposleni v RS vsak mesec od svojih plač. Obvezno zavarovanje prinaša enako košarico zdravstvenih storitev vsem zavarovancem, torej je ponudnik obveznega zavarovanja en sam in je tudi obseg zdravstvenih storitev enoten, tako da ne ponuja možnosti primerjave in izbire različnih opcij.

8.2. Dopolnilna zdravstvena zavarovanja- obsežna primerjava ni smiselna

Spadajo med zavarovanja ki se sklepajo na prostovoljni bazi, izvajajo pa jih zasebne zavarovalnice, ki se delijo na vzajemne družbe (Vzajemna) ali pa gospodarske družbe (Triglav, Generali).

Ponudniki dopolnilnih zavarovanj so v Sloveniji samo trije, ponujajo pa enako košarico zdravstvenih storitev. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje se lahko sklene le za zavarovanca, ki je vključen v obvezno zdravstveno zavarovanje in je hkrati tudi zavezanec za doplačila. Premija mora biti enaka za vse zavarovance pri isti zavarovalnici. Sicer so premije za DZZ pri različnih zavarovalnicah različne, vendar pa se ne razlikujejo veliko.

Generali DZZ mesečna premija: 34,50 EUR, Triglav DZZ mesečna premija: 35,55 EUR, Vzajemna DZZ mesečna premija: 35,67 EUR.

(podatki glede premij dopolnilnih zavarovanj pred 5. Aprilom 2023)

8.3. Vzporedna zdravstvena zavarovanja- Specialisti z asistenco- SZA- primerjava je smiselna in pomembna

Zavarovalnice preko svojih oddelkov in služb za raziskavo trga, zdravstva, marketinga in pravnih služb spremljajo razmere na področju slovenskega zdravstva in pripravljajo produkte zdravstvenih zavarovanj, ki jih prebivalstvo potrebuje v situaciji, ko se čakalne dobe za diagnostiko, operativne posege in post-operativno zdravljenje podaljšujejo preko razumnih meja. Za naslednje zdravstvene storitve: Operacije krčnih žil, ortopedske operacije rame, MR vratu, prvi urološki, prvi ortopedski, nevrološki, alergološki, dermatološki, kardiološki pregled so čakalne vrste še posebej dolge in pereče za potrebe sodobnega človeka.

Vzporedna zdravstvena zavarovanja: tipa specialisti z asistenco omogočajo ljudem hitrejši dostop do zdravnika, diagnoze, zdravljenja in rehabilitacije ter hkrati spodbujajo k ohranjanju zdravja. Dopolnjujejo obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje tako, da napotijo ljudi, ki potrebujejo storitve s področja diagnostike, operativnih in postoperativnih storitev v

samoplačniške ambulante in jim plačajo te storitve. Nekateri ponudniki ponujajo še več: pravočasno pridobivanje diagnoz pri splošnem zdravniku ali specialistu- halo doktor, psihološko pomoč, načrt zdravljenja v najkasneje sedmih dneh, preverjanje diagnoz z drugim mnenjem priznanih zdravnikov iz tujine, nudenjem izbire preventivnih pregledov in preiskav...

Kar se tiče vzporednih zdravstvenih zavarovanj, še zdaleč vse zavarovalnice, ki se v Sloveniji ukvarjajo s tovrstno ponudbo ne ponujajo enake vrste in širine kritij, enake višine premij in tudi ne za enak razpon starosti zavarovancev. Primerjava oz. analiza ponudbe različnih zavarovalnic je torej pri vzporednih zavarovanjih še kako koristna in kaže na velike razlike pri tovrstni ponudbi.

8.4. Dodatno zdravstveno zavarovanje- Turistično zdravstveno zavarovanje z asistenco v tujini- TZA

Če je še pred dobrim desetletjem zadostovala za večino dopustnikov Evropska kartica, ki jo ponuja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije za nujno kritje osnovnih zdravstvenih storitev v tujini, le ta za večino modernih popotnikov in dopustnikov ne zadostuje več.

V preteklem obdobju so uporabniki Evropske kartice odkrili njene naslednje pomanjkljivosti: Evropska kartica ne krije stroškov zdravstvene oskrbe pri zasebnikih, niti ne krije stroškov povratka v domovino. Stroški po Evropski kartici se povrnejo v višini povprečne cene enakih storitev v Sloveniji. Strošek zdravstvenih storitev je v tujini običajno višji, zato pogosto ni v celoti povrnjen.

Zaradi omenjenih pomanjkljivosti in slabih izkušenj z ozkim kritjem zdravstvenih storitev z asistenco v tujini v obliki Evropske kartice so vse zavarovalnice, pa najsi so to vzajemne družbe ali pa gospodarske družbe zavarovanja tipa Tujina spremenile v taki meri, da zdaj vključujejo različna zdravstvena kritja, krijejo stroške iskanja in reševanje v tujini v planinah in na morju ter tudi raznovrstna premoženjska zavarovanja. Struktura kritij zavarovanj z asistenco v tujini je zdaj razdeljena na več paketov, na primer: Tujina osnovno, tujina potovanje, tujina nezgoda, tujina odgovornost, tujina odpoved, tujina prekinitev, tujina kartica.

Osnovna kritja običajno vključujejo pomoč, ki jo nudijo preko asistenčnega centra, ko se zavarovanec v tujini znajde v težavah. Organizacijo zdravstvene pomoči in obveščanje zavarovanca in njegovih najbližjih ter posledično kritje stroškov, medicinske oskrbe, zdravil, in zdravniških pripomočkov, stroškov prevozov zavarovanca in njegovih bližnjih, spremstvo otrok, povratek v domovino oz. prevoz posmrtnih ostankov v domovino ter iskanje in reševanje v gorah, na morju.

Kritja pomoč na potovanju krijejo stroške, ki jih lahko ima zavarovanec zaradi preklica leta, izgube ali kraje prtljage, zamude pri izročitvi prtljage ali zamude leta, izgube ali kraje osebnih dokumentov. Krijejo tudi stroške, če ob dogodku zavarovanec potrebuje nujno nakazilo denarja ali predujem varščine ter stroške organizacije pravne pomoči.

Tujina Nezgoda zagotavlja izplačilo zavarovalnine v primeru nezgode ali nezgodne smrti zavarovanca v tujini.

V okviru Dodatnih zdravstvenih zavarovanj z asistenco v tujini, lahko izberemo tudi Tujina Odgovornost. To zavarovanje pokriva kritje odškodninske odgovornosti do tretjih oseb na potovanju v tujini.

Za police Tujina sklenjene za celo leto je možno sklepati tudi kritja Tujina Odpoved in Tujina Prekinitev.

Tujina Odpoved: Zagotavlja izplačilo zavarovalnine v primeru odpovedi potovanja zaradi nepredvidenih dogodkov. Kritje velja, če je bila polica sklenjena za eno leto. Kritje se nanaša le na potovanja, ki so bila rezervirana v času veljavnosti police.

Tujina Prekinitev: Zagotavlja izplačilo zavarovalnine v primeru, da zavarovanec utрпи stroške zaradi predčasnega povratka s potovanja, ker mu organizator potovanja ne povrne stroškov za neizkoriščen del nastanitve na potovanju.

Tujina kartica: Zagotavlja izplačilo zavarovalnine v primeru, da zavarovanec utрпи škodo zaradi kraje kartice s strani tretje osebe, če kartico izgubi ali mu jo protipravno odvzamejo.

Enako velja, če je bil denar odvzet nezakonito. (Generali zavarovalnica 2021)

9. Drugi del diplomske naloge: Razvoj dogodkov in spreminjanje slovenskih zdravstvenih zavarovanj

9.1. Nova vlada nastopi svoj mandat

15. Vlada Republike Slovenije je nastopila mandat 01.06.2022 in poudarjala kot enega največjih izzivov in zavez iz predvolilnega programa največje koalicijske stranke Gibanje Svoboda: izvedbo zdravstvene reforme.

9.2. Pričakovanja javnosti v zvezi z zdravstvom

Javnost je glede na predvolilne obljube in kasnejše izjave ministrskega predsednika Roberta Goloba in ministra za zdravstvo Dr. Danijela Bešič Loredana pričakovala predvsem:

- Skrajšanje čakalnih dob v zdravstvu.
- Borbo s korupcijo v zdravstvu.
- Reševanje problematike družinske in urgentne medicine.
- Strukturno prenovo Zavoda za zdravstveno zavarovanje RS.
- Prenovo nadzora in vodenja javnih zavodov.

10. Minister za zdravstvo v osmem mesecu svojega mandata predstavi zdravstveno reformo

Na sestanku vladajoče koalicije dne 18. 01. 2023 je zdravstveni minister Danijel Bešič Loredan predstavil analizo delovanja slovenskega zdravstvenega sistema, predlagal prednostne naloge za izvedbo zdravstvene reforme in opredelil časovne termine za izvedbo prednostnih nalog. (Spletna stran Gibanje Svoboda 2023)

10.1. Prednostne naloge za izvedbo zdravstvene reforme

10.1.1. Digitalizacija zdravstvenega sistema

- Usklajene strukturne spremembe bodo pripravljene po vzoru estonskega sistema.

-digitalizacija in uzakonjenje preko Zakona o e-zdravju v Sloveniji.

Časovni termini za izvedbo: Priprava zakonodaje v treh mesecih, implementacija v sistem 1. 1. 2024 (e-karton). (Spletna stran Gibanje Svoboda 2023)

10.1.2. Reforma plačnega sistema javnih uslužbencev

- Do 1. 4. 2023 bo oblikovan ločeni plačni steber za področje zdravstva in socialnega varstva, s poudarkom na najnižjih plačah.

Časovni termini za izvedbo: Začetek pogajanj 27. 2., priprava zakonodaje do 30. 6., implementacija v sistem 1. 1. 2024. (Spletna stran Gibanje Svoboda 2023)

10.1.3. Reševanje problematike družinske in urgentne medicine

- Na novo bodo definirani timi družinske medicine.
- Poskrbeli bodo za administrativno razbremenitev in prenos kompetenc.
- Postavljena bo regionalna mreža na temelju območnih enot ZZZS.
- Poenoteno bo delovanje urgentnih centrov.
- Izboljšana bo kakovost in varnost obravnavanih pacientov – temeljno obravnavo pacientov bodo vrnil specialistom družinske medicine oz. pediatrom na primarni ravni.
- Upoštevane bodo specifike posameznih regij.

Časovni termini za izvedbo: Z verificiranjem podatkov bodo naslovili problematiko neopredeljenih pacientov – prikaz dejanskega stanja v šestih tednih.

Priprava systemske zakonodaje do konca junija 2023, implementacija v sistem 01.01.2024.
(Spletna stran Gibanje Svoboda 2023)

10.1.4. Strukturna prenova ZZZS

- Prenovljen ZZZS bo postal središčna točka zdravstvenega sistema.
- Sistem bo v celoti digitaliziran in transparenten.
- Javno bodo objavljeni podatki o storilnosti izvajalcev v zdravstvenem sistemu.
- Prenovljen bo model plačevanja storitev na vseh ravneh.

Časovni termini za izvedbo: Priprava zakonodaje v dveh mesecih – ker gre za središčno točko zdravstvenega sistema, bo vlada iskala konsenz za čim hitrejšo implementacijo. (Spletna stran Gibanje Svoboda 2023)

10.1.5. Prenova nadzora in vodenja javnih zavodov

- Modernizacija 30 let starega Zakona o zavodih.
- Opolnomočenje Urada za upravljanje, kakovost in investicije v zdravstvu.

Časovni termini za izvedbo: Priprava zakonodaje do 30.06.2023, implementacija 01.01.2024.
(Spletna stran Gibanje Svoboda 2023)

10.1.6. Ureditev področja absentizma

- Vlada bo pripravila potrebne zakonodajne spremembe za:
- razbremenitev družinskih zdravnikov,
- vključitev specialistov medicine dela,
- vzpostavitev enotnega izvedenskega organa.
- Porazdelitev nalog in obveznosti med ZZZS in ZPIZ.

Časovni termini za izvedbo: Priprava zakonodaje do 30. 6., implementacija 1. 1. 2024.
(Spletna stran Gibanje Svoboda 2023)

10.1.7. Koncesionarstvo in koncesije

- Glede na regionalno postavitve mreže potreb zdravstvenih storitev na vseh ravneh bo vlada sprejela odločitev glede sprememb sistema koncesij oz. iskala ravnovesje pri izvajanju javnih zdravstvenih storitev med javnimi zavodi (občinskimi in državnimi) ter zasebnimi izvajalci v javnem sistemu.

Časovni termini za izvedbo: Priprava zakonodaje do 31. 12. 2023, implementacija 1. 1. 2025.
(Spletna stran Gibanje Svoboda 2023)

10.1.8. Kadri v zdravstvu

- V vladi bodo določili standarde in normative dela za vse ključne poklicne skupine v zdravstvu.
- Ob objektivnem pomanjkanju zdravnikov in drugega zdravstvenega kadra bodo iskali rešitve za zagotovitev stabilnosti javnega zdravstvenega sistema.
- Z močnim nadzorom (digitalizacijo in ZZZS) bodo natančno ovrednotili obremenitev zdravnikov in določili maksimalno mesečno urno obremenitev.

Časovni termini za izvedbo: Priprava zakonodaje do 31. 12. 2023, implementacija 1. 1. 2025.
(Spletna stran Gibanje Svoboda 2023)

10.1.9. Celovita prenova financiranja

- Naslovili bodo potrebe starajočega prebivalstva.
- Zagotovili bodo stabilno in vzdržno financiranje.
- Iskali bodo nove vire sredstev za zdravstvo.
- Strukturno bodo prenovili in nadgradili zdravstveno zavarovanje, kar bo pomenilo ukinitve sedanje oblike dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.
- Določene bodo proračunske postavke za financiranje zdravstvenega sistema.

Časovni termini za izvedbo: Priprava zakonodaje do 31.12.2023, implementacija 01.01.2025.
(Spletna stran Gibanje Svoboda 2023)

10.1.10. Centralizirano javno naročanje

- Vzpostavili bodo transparenten in učinkovit model nabave medicinskega materiala, opreme in zdravil.
- Vzpostavili bodo centralni register referenčnih cen zdravstvenega materiala in opreme.
- Okrepljen bo nadzor nad izvajanjem skupnih javnih naročil.

Časovni termini za izvedbo: Priprava zakonodaje do 31. 12. 2023, implementacija 01.01.2025.
(Spletna stran Gibanje Svoboda 2023)

11. Zdravstveni minister Dr. Bešič Loredan :

Vlada in novo vodstvo UKC se borita s korupcijo v zdravstvu

Dne 17.03.2023 v 11 mesecu svojega mandata se je zdravstveni minister zavzel za javno obsodbo korupcije v zdravstvu. Kot gost v oddaji Tarča na RTV Slovenija je Dr. Bešič Loredan govoril, da se vlada in novo vodstvo UKC borita s korupcijo v zdravstvu, da bi uresničili svojo obljubo in izpeljali zdravstveno reformo. V oddaji Tarča je minister poudaril, da je naloga ministrstva, da korupcijo razišče in pravi, da bodo to tudi storili.

(Spletna stran Gibanje svoboda 2023)

»Ko nekdo v javnem zavodu za strokovno mnenje zaračuna 6.000 evrov, opravi operacijo v javnem zdravstvenem zavodu in od tega ne plača davka, je to korupcija. 6.000 evrov, kolikor je šlo v davčno oazo, je dva meseca trdega dela. To je nesprejemljivo in to moramo kot družba obsoditi. Moramo se vprašati, kaj se je zgodilo, da v bistvu nihče ni bil nikoli kaznovan. Da tudi med tistimi, ki so bili pravnomočno obsojeni, nihče ni izgubil licence«. ¹

(Spletna stran Gibanje svoboda 2023)

¹ <https://gibanjesvoboda.si/novica/reformo-bomo-izpeljali-to-je-nasa-obljuba/>

12. Neuspeh ukrepa za skrajševanje čakalnih dob

12. 1. Zahtevak za sklic nujne seje Odbora državnega zbora za zdravstvo

Dne 03.06.2023 je poslanska skupina SDS zahtevala sklic nujne seje odbora DZ za zdravstvo zaradi neuspešnega skrajševanja čakalnih dob v višini 111 milijonov evrov na podlagi zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema. Ob tem so ministrstvo za zdravje pozvali, naj pripravi celovito analizo in jo skupaj z rešitvami predstavi na nujni seji odbora.

12.2. Odstop ministra za zdravstvo

Minister za zdravje Danijel Bešič Loredan, zoper katerega je poslanska skupina največje opozicijske stranke SDS 30.06.2023 vložila interpelacijo, je 08.07.2023 odstopil.

13. Vodenje Ministrstva za zdravstvo prevzame Robert Golob

Dne 10.07.2023 je predsednik vlade RS Robert Golob začasno prevzel vodenje Ministrstva za zdravstvo. Ob tej priložnosti je razložil tudi razloge za razhod z dotedanjim ministrom Beščem Loredanom.

Gibanje Svoboda si je krepitev javnega zdravstva postavilo za ključni cilj in prednostno nalogo že pred volitvami. Ob vzpostavitvi vlade so si ta cilj določili tudi kot prioriteto vlade in koalicije. Robert Golob naj bi v zadnjih dneh pred Beščevim odstopom opravil več pogovorov o tem, kako doseči cilj krepitve javne zdravstvene mreže in na žalost ugotovila, da imata različne poglede, je dejal predsednik vlade.

13.1. Napoved ukinitve dopolnilnega zdravstvenega sistema s strani Golobove vlade

13.1.1. Dosedanje težnje po ukinitvi DZZ

Težnje po ukinitvi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja so se pojavile že kmalu po 5. Avgustu 2005, ko je v veljavo stopil spremenjeni zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Že leta 2010 je takratni finančni minister Dorjan Marušič v 9. Vladi RS, ki jo je vodil predsednik Borut Pahor pripravil zakon o ukinitvi DZZ. Omenjeni predlog je bil s strani vlade potrjen, a je bil kasneje zaradi negotovanja javnosti s strani vlade tudi umaknjen.

Za časa 13. Vlade republike Slovenije, natančneje novembra 2019 je poslanska skupina stranke Levica pripravila predlog za ukinitve Dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, a ni imela zadostne podpore strank vladajoče koalicije in takratnega finančnega ministra Andreja Bertonclja. To je bil februarja 2020 tudi eden ključnih razlogov za odstop 13. vlade RS, ki jo je vodil predsednik vlade Marjan Šarec.

13.1.2. Spremenjeni zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem zavarovanju in zdravstvenem varstvu iz leta 2005

Zakon je predvideval kritje zavarovančevih zdravstvenih stroškov, drugih storitev, oskrbe z zdravili in medicinsko tehnične pripomočke ter izplačila denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja preko prostovoljnih zavarovanj, ki bi jih ponujale zavarovalnice. V zakonu so uvedli možnost, da lahko zavarovalnice uvedejo vse oblike prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (dopolnilno, nadomestno, dodatno in vzporedno zdravstveno zavarovanje). (Uradni list RS 2005)

13.2. Neposredni povod za ukinitvev DZZ

Že z nastopom 15. vlade Republike Slovenije so znova zaživele ideje o ukinitvi DZZ. To je bila ena od pomembnejših koalicijskih zavez te vlade in kazalo je da koalicijske partnerke samo še iščejo povod za omenjeno ukinitvev.

Povod je prišel v obliki napovedi ene od treh zavarovalnic, ki v Sloveniji nudijo DZZ, da bo dvignila cene omenjenega zavarovanja. Zavarovalnica Generali d.d. je torej nameravala dvigniti premije za DZZ s 34,50 EUR na 44,89 EUR, torej za 33%. Tej napovedi sta se v kratkem pridružili še ostali dve zavarovalnici, ponudnici DZZ zavarovanj, Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z. in zavarovalnica Triglav. Vse zavarovalnice so napovedani dvig premij utemeljevale z rastjo cen zdravstvenih storitev, medicinskih pripomočkov in zdravil, ki jih omenjeno zavarovanje zagotavlja (medicinsko inflacijo).

13.2.1. Odziv vlade – napoved skorajšnje ukinitve DZZ

Vlada je razloge za dvig premij dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj ostro zavrnila in očitala vsem zavarovalnicam, ki izvajajo DZZ v Republiki Sloveniji velike dobičke z naslova trženja DZZ in nezadostno socialno pravičnost in solidarnost.

Na zahteve zavarovalnic je odreagirala burno in napovedala najprej zamrznitev in poenotenje premij dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj na ceno 35,67 EUR, nato pa ukinitve DZZ in njegov prenos v obvezno zdravstveno zavarovanje. Svoje ukrepe je utemeljila, češ da sledijo koalicijski zavezi vladnih strank, naporom za krepitev javnega zdravstva. O svojih odločitvah se z ostalimi partnerji izvajalci zdravstvenih storitev in zdravstvenih zavarovanj ni posvetovala. Najprej je zamrznila premije od 14. aprila 2023 do 1. septembra 2023. Kasneje je obdobje zamrznitve premij podaljšala do 1. januarja 2024, ko naj bi dokončno ukinila DZZ in ga pripojila obveznemu zdravstvenemu zavarovanju. Obvezno zdravstveno zavarovanje bo po novem obvezno za vse, njegova vplačila pa se bodo zbirala na računu Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki je plačane prispevke za OZZ zbiral že do sedaj.

Predstavniki zavarovalnic in Zavarovalniškega združenja Slovenije so izrazili, da jih predlog zakona o ukinitvi dopolnilnega zavarovanja ni presenetil, a jih je presenetila časovnica, saj je vlada napovedovala ukinitve za leto 2025. Predstavnike zavarovalnic je zmotila predvsem naglica in nedorečenost predloga zakona.

13.3. Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ v Državnem zboru RS

Dne 11.04.2023 tako, kot so v odzivu na zahteve zavarovalnic napovedali predstavniki vladajoče koalicije, skupina poslancev z prvopodpisanim mag. Borutom Sajovicem vložil v Državni zbor RS; Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

13.3.1. Uvod predloga zakona o spremembah in dopolnitvah ZZZVZZ

V uvodu tega predloga predlagatelji najprej ugotavljajo da se slovenski zdravstveni sistem že vrsto let sooča s številnimi težavami in izzivi, ki državljanom omejujejo dostop do zdravstvene oskrbe. Opozarjajo na akutno stanje slovenskega zdravstva za katerega naj bi bile krive številne afere, korupcijska dejanja in nepravilnosti, ki pa jih predlagatelji natančno ne navajajo. Dalje v svojem predlogu trdijo, da je nujen korak v smeri zagotovitve modernega in pravičnega zdravstva sprejem celovite zdravstvene reforme. Trdijo da je zdravstveni minister Danijel Bešič Loredan predstavil že nekaj konkretnih predlogov za sprejem zdravstvene reforme in da je pred sprejemom le te, potrebno preprečiti dodatno slabenje položaja slovenskega pacienta. Enega od takšnih izzivov predlagatelji zakona vidijo v občutnem povišanju premij za DZZ, po napovedih zavarovalnic vključenih v sistem DZZ. (Državni zbor RS 2023)

V nadaljnji oceni stanja v slovenskem zdravstvu predlagatelji zakona ocenjujejo, da je vsakršen dvig stroškov na račun zavarovancev nedopusten v času, ko se le ti soočajo z daljšanjem čakalnih vrst, pomanjkanjem zdravnikov, težjo dostopnostjo do zdravstvenih storitev itd.

V nadaljevanju predlagatelji opisujejo slovenski zdravstveni sistem, kot sem ga opisal že sam v prvem delu diplomske naloge, zanimiva pa je njihova trditev:

»Čeprav je dopolnilno zdravstveno zavarovanje po svoji naravi prostovoljno, ima to zavarovanje sklenjeno približno 95% zavezancev. To pomeni, da je dopolnilno zavarovanje dejansko obvezno«. ²(Državni zbor RS 2023)

²<https://imss.dz-rs.si/IMiS/ImisAdmin.nsf/ImisnetAgent?OpenAgent&2&DZ-MSS-01/dc37262c7337af69b75f16867c2d51ea193d8ec4154d33b8f053fcc2e3df63e3>

Vse kaže da predlagatelji novele zakona s to trditvijo opravičujejo svoje težnje po ukinitvi DZZ in njegov prenos v obvezno zdravstveno zavarovanje v obliki plačil obveznega zdravstvenega prispevka v enotnem fiksnem znesku, hkrati pa ne razlagajo kako si bodo lahko prenos DZZ v obvezno zdravstveno zavarovanje lahko privoščili tisti, ki DZZ do sedaj niso imeli. Takšnih je približno 80.000 pacientov oziroma uporabnikov slovenskega zdravstvenega sistema. Ukinitve DZZ in njegov prenos v obvezno zavarovanje jih tudi ne moti z vidika prehoda z prostovoljne osnove v obvezno in tega v tem smislu tudi ne pojasnjujejo. Z ničemer ne pojasnjujejo kaj se bo zgodilo z doslej veljavnimi pravili, ki so veljala za DZZ, če se bo DZZ preneslo v OZZ. Pravila, ki so vodila zavarovance k pozitivnim praksam, so jim prinašala, bonuse če so jih upoštevali in maluse, če se jih niso držali. Po novem bodo, kot vse kaže ob prenosu DZZ v OZZ čez noč vsi izenačeni, kar pa se bo lahko odrazilo v nezadovoljstvu, nezaupanju in občutku izigranosti tistih, ki so vsa leta delovanja DZZ za svoje zdravstveno stanje in delovanje javnega zdravstva prostovoljno skrbeli. (Državni zbor RS 2023)

V nizanju trditev, ki naj bi terjale ukinitve DZZ in njegov prenos v OZZ predlagatelji razlagajo da v Sloveniji storitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja nudijo tri komercialne zavarovalnice: Vzajemna, Triglav in Generali. Storitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je v vseh treh primerih enaka. Vse tri zasebne zavarovalnice, ki ponujajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, za svoje obratovanje skupaj porabijo okrog 50 milijonov evrov letno. Upoštevajoč dejstvo, da Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) za svoje delovanje pri upravljanju s šestkrat večjim obsegom sredstev, kot omenjene zavarovalnice, porabi približno isto vsoto denarja(nominalno), kot prej omenjene zavarovalnice in ima pri upravljanju aktivnejšo vlogo, lahko sklenemo, da gre za precej visok znesek finančnih sredstev, ki bi se lahko porabila neposredno za financiranje zdravstvenih storitev oziroma drugih pravic iz zdravstvenega zavarovanja. ZZZS za svoje delovanje porabi približno 1,4% sredstev, ki jih zbere, kar je nekajkrat manj kot omenjene zavarovalnice, ki porabijo približno 10% sredstev. (Državni zbor RS 2023)

Predlagatelji novele ZZVZZ očitajo zavarovalnicam, ponudnicam DZZ zavarovanj, da za nameravani dvig premij niso predhodno pridobile odobritve regulatorja. Navajajo da je bila prva zavarovalnica ki je nameravala dvigniti premije z 34,50 eur na 44,89 eur na mesec,

zavarovalnica Generali in da tudi preostali dve nista izključili možnosti dviga premij. Naprej navajajo da bodo zavarovanci ponovno priča dvigu stroškov in da razlog za dvig ne bo boljša kakovost ali boljša dostopnost zdravstvenih storitev, temveč drugi ekonomski razlogi, na katere zavarovanci nimajo vpliva. Pobudniki novele zakona primerjajo premijo, ki jo je želela uveljaviti zavarovalnica Generali s premijami izpred desetih let in ugotavljajo, da bi bilo povišanje v takšnem obdobju kar 75%. Trdijo, da ne glede na socialne popravke, ki jih zakonodaja dovoljuje vsakokratne podražitve DZZ, zaradi njegove narave, vedno najbolj obremenijo socialno ogrožene skupine prebivalstva. (Državni zbor RS 2023)

Slednja trditev je glede na samo naravo DZZ, ki pa je ravno, medgeneracijska solidarnost, solidarnost med spoloma in vzajemnost med zavarovanci z različnim zdravstvenim stanjem – neverjetna.

V šestem odstavku ocene stanja in razlogov za sprejem predloga zakona predlagatelji opisujejo večkratne poskuse ukinitve DZZ v zadnjih dvajsetih letih. Ugotavljajo tudi, da so se vsi ti poskusi končali neuspešno in z odstopi ministrov, ki so jih predlagali ali pa kar z odstopi celotnih vlad. Naprej razlagajo, da levo sredinske vlade niso opustile teh teženj in da so ene želele ukinitve doseči z reformo celotnega zdravstvenega sistema, druge pa zgolj z delnimi ukrepi, ki bi ukiniteli samo DZZ in ga prenesli na ZZZS. Opisujejo še zadnji tak poskus, ki je odnesel 13. Vlado RS pod vodstvom Marjana Šarca. (Državni zbor RS 2023)

V sedmem odstavku predlagatelji navajajo da so si skladno s programom koalicije, stranke ki tvorijo 15. Vlado Republike Slovenije zadale cilj, da do konca leta 2024 pripravijo celovito reformo financiranja zdravstvenega sistema, ki vsebuje tudi ukinitve po njihovih ocenah: nepravičnega in neučinkovitega DZZ. Glede na zadnje napovedi komercialnih zavarovalnic, kot jih vseskozi v svojem predlogu o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ, vztrajno imenujejo; da bodo prisiljene dvigniti premijo DZZ za nekaj več kot 30%, želijo skrajšati predvideni rok za njegovo ukinitve, kot rešitev pa predlagajo Državnemu zboru novelo zakona ZZVZZ, s katero bi finančna sredstva iz DZZ prenesli v OZZ ob ohranitvi iste ravni pravic in trenutne višine premije. (Državni zbor RS 2023)

Uvod ocene stanja in razlogov za sprejem predloga zakona, predlagatelji zaključijo s povzetkom prej naštetega. Predlagana novela zakona torej predvideva le prenos DZZ v OZZ, s čimer se spremeni le prejemnik teh sredstev, ki bi bil ZZZS. S tem bi bilo financiranje zdravstvenih storitev 100% krito iz OZZ. Delitev financiranja posameznih pravic na del, ki ga pokriva OZZ in del ki ga pokriva DZZ pa ne bi bila več potrebna.

13.3.2. Cilji, načela in pogloblitve rešitve predloga zakona o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ

Smoter predlagane novele je ukinitiv DZZ in njegov prenos v OZZ, s tem pa predvsem prenos vplačil DZZ premij v obliki plačil obveznega zdravstvenega prispevka v enotnem fiksnem znesku. Zavezanci za plačilo tega prispevka bi bili vsi zavezanci za plačilo obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki bi prispevek plačevali z upoštevanjem uveljavljenega postopka pobiranja prispevkov. Prejemnik sredstev bi bil po novem ZZS in ne več zasebne zavarovalnice. S tem bi predlagatelji novele odpravili bistven očitek trenutnega sistema DZZ, stroške treh zasebnih zavarovalnic z izvajanjem DZZ v višini okrog 50 milijonov evrov. Ta sredstva bi lahko uporabili za plačilo zdravstvenih storitev. (Državni zbor RS 2023)

13.3.3. Ocena finančnih posledic zakona za državni proračun in druga javnofinančna sredstva.

Ocena finančnih posledic za državni proračun

Predlagatelji novele zakona ne predvidevajo proračunskih sredstev v obdobju, za katero je bil državni proračun že sprejet. Predlog zakona ne predvideva neposrednih posledic na državni proračun v letu 2023 in letu 2024. (Državni zbor RS 2023)

13.4. Ukaz o razglasitvi zakona o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ

Dne 14.04.2023 je vlada RS izdala ukaz in zamrznila premije DZZ, od 01.05.2023 do 01.09.2023.

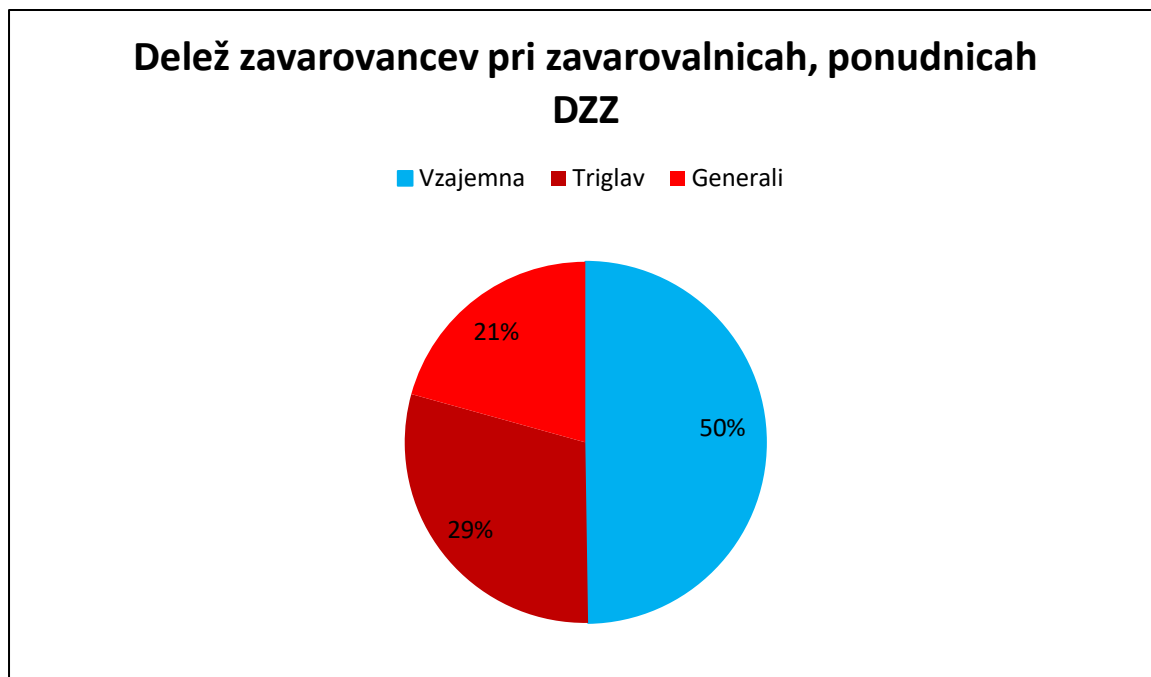
Dne 06.07.2023 je Državni zbor po glasovanju sprejel Zakon o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ.

13.5. Takojšne in morebitne posledice ukinitve DZZ

13.5.1. Takojšnje posledice izčrpavanja zdravstvenih zavarovalnic

Od 1. maja 2023, ko so zdravstvene zavarovalnice, ki izvajajo DZZ, skušale dvigniti premije, pa jim je vlada RS to namero preprečila, le te mesečno z vsako polico ustvarijo več kot 10 EUR izgube. Omenjeno izčrpavanje, ki je bilo najprej napovedano za obdobje od 1. maja do 1. septembra je vlada še podaljšala do 1. januarja 2024.

Zavarovalnici Triglav in Generali, izvajalki DZZ – gospodarski družbi ob več, kot 30 % primanjkljaju, ob trenutni letni inflaciji 6,2 % skušata pokrivati izgubo s pozitivnim poslovanjem na pestrem področju premoženjskih in življenjskih zavarovanj. Zavarovalnica Vzajemna, edina izvajalka DZZ, ki je hkrati vzajemna družba, takega izčrpavanja po vsej verjetnosti ne bo prenesla.



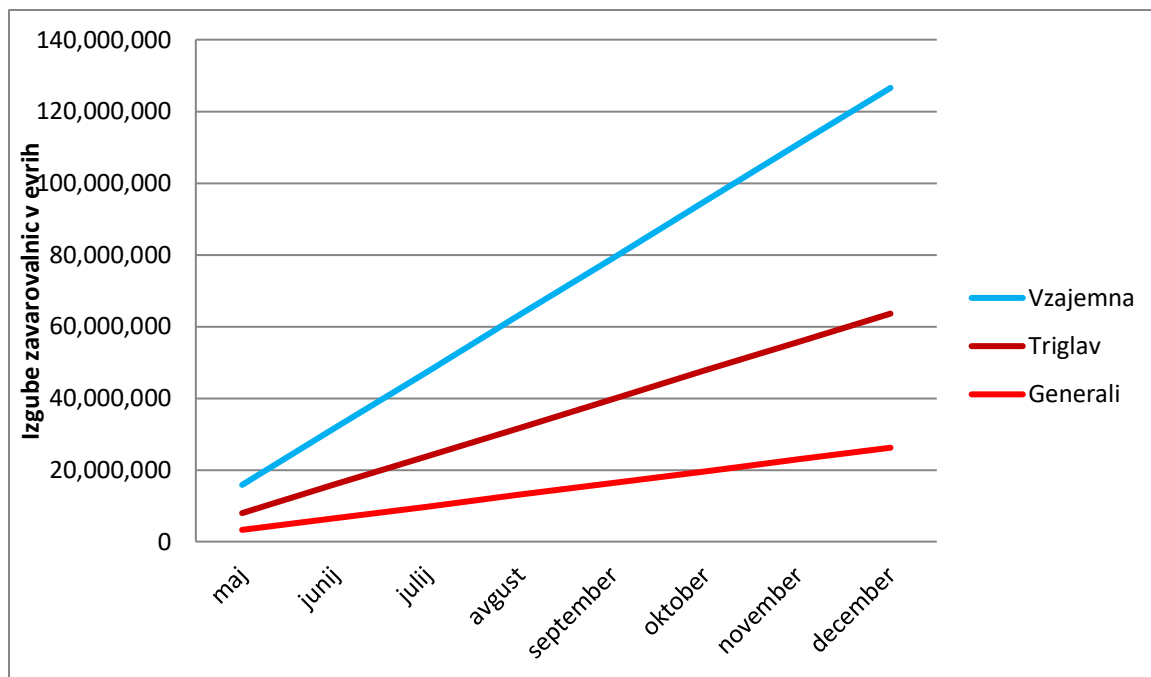
Graf 2: Delež zavarovancev pri zavarovalnicah, ponudnicah dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj

Vzajemna, število zavarovancev DZZ: 757.522.

Triglav, število zavarovancev DZZ: 450.000.

Generali, število zavarovancev DZZ: 315.000. (Mariborski spletni portal, 2023)

Po nekaterih projekcijah znaša samo izguba zdravstvene zavarovalnice z največjim številom zavarovancev DZZ – Vzajemne, zaradi zamrznitve premij DZZ, v obdobju od 01.05.2023 do 01.09.2023 , 31.482.600 EUR .



Graf 3: Izgube zavarovalnic

Do konca leta se bo izguba povečala najmanj na 62.965. 300 EUR,

Izguba druge največje ponudnice DZZ zavarovanj, Zavarovalnice Triglav s 450.000 zavarovanci DZZ, znaša v obdobju od 01.05.2023 do 01.09.2023, 18.702.000 EUR in se bo do konca leta povečala najmanj na 37.404.000 EUR.

Izguba ponudnice DZZ zavarovanj z najnižjim deležem zavarovancev, Zavarovalnice Generali s 315.000 zavarovanci DZZ, znaša v obdobju od 01.05.2023 do 01.09.2023, 13.091.000 EUR in se bo do konca leta povečala najmanj na 26.183.000 EUR.

Izguba vseh treh zavarovalnic bo konec leta znašala že več kot 126.552.000 EUR. Ob navedenih številkah velja opomniti, da bo izguba še nekoliko višja, ker omenjena projekcija ne upošteva še trenutne inflacije, ki je še vedno krepko nad ciljno inflacijo za EU in samo v mesecu septembru znaša 6,2%.

Evidentno je da je vladna koalicija, ki je pripravila Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ, nenaklonjena zavarovalnicam ponudnicam DZZ zavarovanj. Odklonilen odnos do njih se kaže v tem, da skozi celoten tekst predloga zakona o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ imenuje te zavarovalnice, vključene v sistem DZZ, komercialne zavarovalnice, kljub temu, da so se le te za vključitev v sistem DZZ, morale odreči prav komercialnim pravilom in sprejeti pravila za upoštevanje javnega interesa, ki se pri DZZ kažejo v:

- enaki obravnavi zavarovancev ne glede na starost, spol, zdravstveno stanje,
- vključitvi zavarovalnic v zavarovalno shemo,
- ločenem vodenju prihodkov in odhodkov DZZ (ločen prikaz poslovnega izida DZZ),
- posebnih pogojih za izračun minimalnega kapitala zavarovalnic,
- dolžnosti sodelovanja javnih in zasebnih zavodov z zavarovalnicami, elektronska izmenjava podatkov, prepoved zaračunavanja doplačil, če se zavarovanec izkaže z veljavnim DZZ.

Nastrojenost proti ponudnicam DZZ in samemu DZZ veje iz celotnega besedila v katerem se predlagatelji spretno izmikajo dejstvom da prav DZZ temelji na medgeneracijska solidarnost, solidarnosti med spoloma in vzajemnosti med zavarovanci z različnim zdravstvenim stanjem.

Višek nastrojenosti do ponudnikov DZZ zavarovanj pa se kaže v načrtnem izčrpanju zavarovalnic, ki so dolga leta, kot ponudniki DZZ zavarovanj sodelovale v sistemu zaščite javnega interesa RS. Predlagatelji zakona, kot tudi vladajoča koalicija v državnem, ki je omenjeni zakon sprejela so zavestno prezrli ekonomske razloge, ki so zavarovalnice, ponudnice DZZ silili v dvig premij, pa čeprav so za dvig cen zdravstvenih storitev v veliki meri krivi sami. Prav vlada RS je z dvigovanjem plač v zdravstvu in spremembami modelov plačevanja stopnjevala medicinsko inflacijo.

Z njimi se tudi niso posvetovali o reševanju perečih problemov. Na posvet o reševanju problematike niso pozvali niti zavarovalnega združenja Slovenije niti ZZZS s stališča moči kot zakonodajalec, prezrli vse ekonomske razloge za dvig stroškov zdravstvenih storitev, zdravstveno tehničnih pripomočkov in zdravil ter pripisali težnjo po dvigu premij za DZZ, pohlepu in sli po dobičku komercialnih zavarovalnic. Prezrli so tudi posledice dviga cen omenjenih storitev in dobrin ter zamrznili premije DZZ zavarovanj. S tem so prisili zavarovalnice k zagotavljanju enakega obsega storitev in dobrin po nevzdržni ceni, kar je zavarovalnice pahnilo v težak položaj, ko so začele ustvarjati zaradi teh razlogov vsak mesec milijonske izgube. Te izgube lahko pripeljejo zavarovalnice do zloma, kar pa je slaba zahvala za vsa leta delovanja v javno dobro in zaščito zavezancev pred doplačili zdravstvenih storitev.

Omenjena strategija izčrpavanja zavarovalnic, ko jih zakonodajalec sili da ob spremenjenih ekonomskih pogojih zagotavljajo enak obseg storitev in dobrin za prenizko premijo je v skladu s programom za delo koalicije in ciljem da koalicijske stranke pripravijo celovito prenovo zdravstvenega sistema in po besedah predlagateljev, nepravičnega in neučinkovitega DZZ. Verjetno je bila pripravljena že kmalu po nastanku predkoalicijske zaveze.

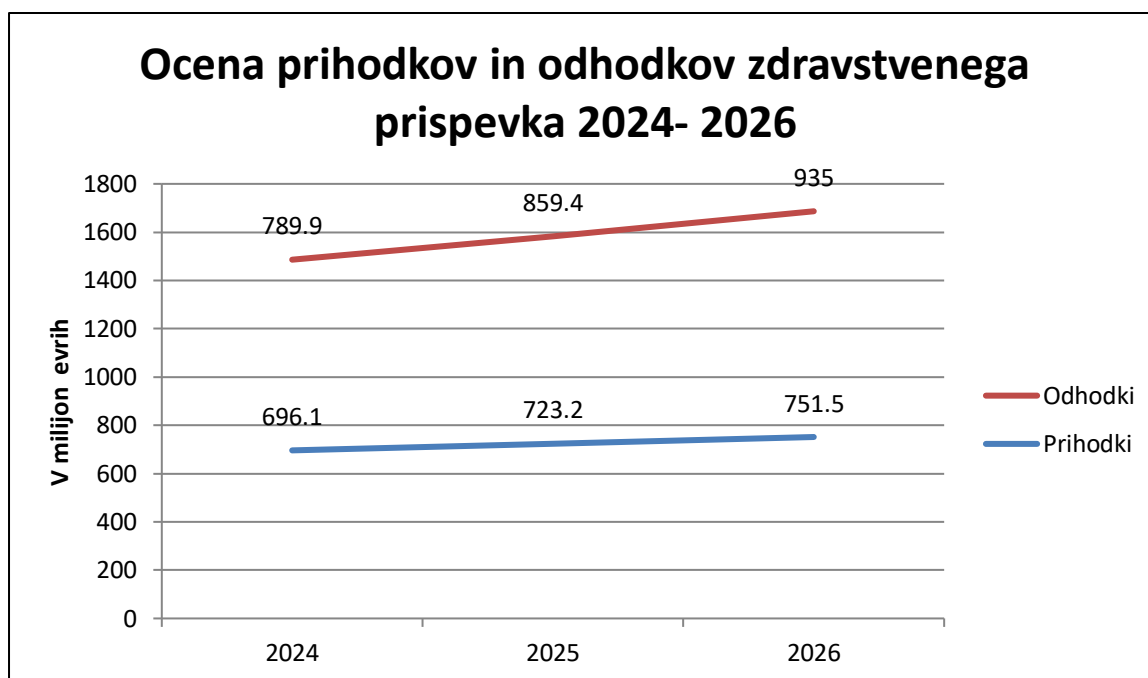
Z izčrpavanjem komercialnih zavarovalnic, gospodarskih družb, ki seveda izgube s področja DZZ od 01.05.2023 (nekomercialnega dela svojega poslovanja), pokrivajo s komercialnih segmentov poslovanja (premoženjskih in osebnih zavarovanj), je bil zakonodajalec tako zadovoljen, da se je odločil z njim nadaljevati. V ta namen je vlada sprejela zamik izvajanja Zakona o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ s 01.09.2023 na 01.01.2024

13.5.2. Posledice po 31. decembru 2023, izčrpavanje državnega proračuna

Vsi akterji s področja zdravstvenih zavarovanj, tako predstavniki ZZZS, kot predstavniki zavarovalnic in zavarovalnega združenja Slovenije, predstavniki Ekonomske fakultete, razen predstavnikov vladajoče koalicije priznavajo spremenjene ekonomske pogoje v zdravstvu. Med njimi se je že uveljavil izraz medicinska inflacija. Posledice za ponudnice DZZ smo tudi že ocenili do konca leta 2023. Potrebno je tudi omeniti da bodo seveda ti stroški, ki do tedaj bremenijo zavarovalnice, po 01.01.2024 bremenili proračun RS, čeprav tega bremena predlagatelji zakona sploh niso predvideli in so s tem zavestno zavajali javnost in poslance Državnega zbora. V oddaji Arena na RTV Slovenija, so mesec dni pred sprejetjem novele zakona ZZVZZ, vsi strokovnjaki s področja zdravstvenega varstva na to opozarjali. Kljub njihovim opozorilom je bil zakon kasneje sprejet, ker pa je nedorečen, bo verjetno prinesel dodatno izčrpavanje proračuna ali pa zmanjšanje pravic do zdravstvenih storitev, zdravstveno tehničnih sredstev in zdravil – krčenje košarice storitev in dobrin.

13.5.3. Posledice novega ZZVZZ za javne prihodke

Dr Petra Došenović Bonča z Ekonomske Fakultete v Ljubljani v oddaji Arena na RTV Slovenija dne, 05.06.2023 ocenjuje, da bo do leta 2030 realno pričakovati, da bo potrebno nadomestiti od 700 milijonov do 1,2 milijarde EUR sredstev letno, več od tega kar zdaj zberemo z premijami v zvezi z zdravstvenimi izdatki in izdatki za zdravstveno oskrbo. Odvisno od tega katere scenarije pri projekcijah upoštevamo.



Graf 4: Ocena prihodkov in odhodkov zdravstvenega prispevka 2024- 2026, (Arena, RTV 2023)

Tatjana Mlakar, generalna direktorica ZZZS v isti oddaji na RTV Slovenija komentira graf o oceni prihodkov in odhodkov zdravstvenega prispevka 2024 do 2026, iz katerega lahko razberemo koliko denarja bo zmanjkalo.

Najprej poudarja, da vlada v predlogu zakona ni predvidela finančnih posledic zakona. Navaja da ZZZS nima vseh podatkov, ker ne izvajajo DZZ, zaradi česar nimajo natančnih podatkov o škodah, premijah in številu primerov. Vendar so na osnovi obračunanih zdravstvenih storitev lahko ocenili kolikšni delež je tisti, ki je odpadel v breme odplačevanja DZZ. Na osnovi podatkov o odhodkih so potem revalorizirali te odhodke za podano projekcijo do leta 2026, z rastjo zdravstvenih storitev oziroma s tako imenovano medicinsko inflacijo, kar se tiče odhodkov. Spodnja premica na grafu predstavlja prihodke, ki so jih revalorizirali z zakonsko opredeljeno revalorizacijsko stopnjo, ki jo je določil zakonodajalec.

Ta je za leto 2025, ko naj bi se prva revalorizacija prvič zgodila v višini trenutnih 3,9 % v obsegu rasti bruto plač, kar pa je bistveno manj kot je ta medicinska inflacija, ki trenutno znaša 8,8%. To je izračunano iz pet letnega povprečja rasti stroškov v zdravstvu. Po navedbah generalne direktorice ZZZS se medicinska inflacija generira na osnovi boljše tehnologije in postopkov zdravljenja, hkrati pa tudi z nenehnim spreminjanjem, dviganjem plač v zdravstvu, o čemer se pogaja in odloča vlada in tudi s spremembami ter dvigavanji modelov plačevanja.

Direktorica ZZZS torej govori o povišanih stroških dejavnosti, o katerih tudi odloča vlada s splošnim dogovorom oziroma z uredbo s katero razporeja dejavnosti, torej programe in cene. Na vprašanje voditeljice oddaje Arena kako se bodo povečali prihodki zdravstvene blagajne na račun spremembe DZZ v OZZ, odgovarja direktorica ZZZS, da novi zakon predvideva dodaten prispevek iz neto plač, da je trenutno po njeni oceni v sistemu zdravstvenega sistema okoli 150.000 oseb, ki nimajo sklenjenega DZZ. To je tudi lahko negativen vpliv na dohodkovno premico. Njena izjava glede negativnega vpliva na dohodkovno premico in nedorečenost novele zakona ZZVZZ lahko pomeni, da bodo osebe, ki do sedaj niso imele DZZ, po novem imele premijo poravnano iz proračuna.

Morebitna potrditev takšne ureditve financiranja plačila DZZ, ki bi tistim, ki do leta 2024 niso imeli tega zavarovanja, po novem pa ga bodo morali imeti, a bi ga financirala država iz proračuna; bi seveda prinesla ostalim, ki so dolga leta plačevali premije DZZ in prostovoljno skrbeli za svojo socialno in zdravstveno varstvo; občutek da so izigrani.

Zaradi nedorečenosti novele ZZVZZ, tudi še vedno ni jasno kaj bo z do sedaj pridobljenimi bonusi in malusi, pravicami in dolžnostmi dosedanjih DZZ ob ukinitvi DZZ in prenosom le tega v OZZ. Če se bo ob tem prenosu obstoječe karakteristike zavarovancev enostavno izenačilo, bo to prineslo tudi negativne posledice takšne ureditve, kot so: nezaupanje v pravičen sistem zdravstvenih zavarovanj, dvom v enako obravnavo zavarovancev, dvom v nagrajevanje dosedanje skrbi za pravočasno pristopanje in neoportuno sklepanje DZZ. (Arena, RTV 2023)

13.5.4. Neusklajenost s fiskalnim pravilom

V zvezi z naraščanjem obremenitve državnega proračuna je treba omeniti tudi proračunsko pravilo namenjeno zagotavljanju srednjeročne uravnoteženosti prihodkov in izdatkov proračunov države, brez (dolgoročnega) zadolževanja ter s tem vzdržnosti javnih financ. Proračunsko pravilo od leta 2020 ni veljalo zaradi blaženja posledic pandemije. V začetku prihodnjega leta bo potrebno izdatke proračuna ponovno uravnotežiti s prihodki, ker fiskalno pravilo ponovno stopi v veljavo.

13.5.5. Morebiten propad ene ali več zdravstvenih zavarovalnic

Morebiten propad ene ali več zdravstvenih zavarovalnic, ki bodo do konca leta še morale nuditi DZZ in bodo s tem ustvarile milijonske izgube, bi tudi za državo pomenil veliko izgubo:

- Izguba proračunskih sredstev

Obveznost obračunavanja in plačevanja davka od prometa zavarovalnih poslov je določena z Zakonom o davku od prometa zavarovalnih poslov, ki določa, kaj so zavarovalni posli, zavezance za ta davek, osnovo za obračun davka, davčno stopnjo in oprostitve.

Davčni zavezanec za davek od zavarovalnih poslov je zavarovalnica in druga pravna oseba, ki opravlja zavarovalne posle na območju Republike Slovenije. Zavarovalni posli po tem zakonu so sklepanje in izvrševanje pogodb o premoženjskem oziroma življenjskem zavarovanju.

Davek od zavarovalnih poslov, opravljenih od vključno 01.01.2015 dalje, se plačuje po stopnji 8,5 % od davčne osnove. Od zavarovalnih poslov, opravljenih do 01.01.2015, se je davek od zavarovalnih poslov plačeval po stopnji 6,5 %.

Davčna osnova za obračun davka od zavarovalnih poslov je premija oz. prispevek, ki se plačuje na podlagi sklenjene zavarovalne pogodbe. V osnovo se vštevata tudi udeležba na dobičku, ki se pripíše zavarovalni vsoti.

Glede na način ugotavljanja in plačevanja davčne obveznosti se davek od prometa zavarovalnih poslov uvršča med obvezne dajatve, za katere velja načelo samoobdavčitve. To pomeni, da je davčni zavezanec dolžan sam sestaviti in predložiti davčni obračun ter plačati obračunani davek. Obračun mora davčni zavezanec predložiti v elektronski obliki preko sistema eDavki.

Z vidika davčnih prihodkov je nerazumljivo, da vlado ne skrbi izguba proračunskih sredstev, do katere bi prišlo, če katera od zavarovalnic zaradi izčrpanja, do katere je prišlo že v maju 2023, propade. Kot zgoraj navajam, zavarovalnice od 01.01.2015 plačujejo 8,5% davek od zavarovalnih poslov. Vlado bi morale skrbeti tudi dejstvo, da so zavarovalnice gibalno razvoja in donatorji človekoljubnih in športnih organizacij.

- Izguba delovnih mest

Dne 30.06.2023 je imela zavarovalnica Triglav, d.d. sledeče število zaposlenih: Triglav 2.724 zaposlenih. (Spletna stran Zavarovalnica Triglav 2023)

Zavarovalna skupina SAVA RE, d.d. je imela dne 30.6.2023, 2702 zaposlenih. (Spletna stran Slovenski državni holding 2023)

Tretja zavarovalnica po številu zaposlenih je bila Zavarovalnica Generali, ki je dne 31.12.2020 zaposlovala 1340 oseb. (Spletna stran Generali zavarovalnica 2023)

Zavarovalnica Vzajemna je na dan 31.12.2021 imela 356 zaposlenih. (Spletna stran Zavarovalnica Vzajemna 2021)



Graf 5: Število zaposlenih v največjih zavarovalnicah v Sloveniji

Vlada RS je s svojimi koalicijskimi partnerji sestavila, predlagala in v Državnem zboru podprla in izglasovala novi ZZVZZ, ki ukinja DZZ in ga preoblikuje v OZZ. Po tem takem se druga najštevilčnejša oblika zavarovanj v Sloveniji: DZZ tudi, kot prostovoljno zavarovanje, po nareku Vlade RS preoblikuje v obvezno zavarovanje. Vlada se o tako pomembnem vprašanju ni posvetovala, ne z Zavarovalnim združenjem Slovenije, niti z zavarovalnicami, ponudnicami DZZ, niti ne z ZZS. S spreminjanjem prostovoljnega zavarovanja v obvezno in s tem, da za spremembe ne išče soglasja partnerjev, ki so dolga leta delovali v javno dobro, pošilja partnerjem in javnosti čudna in nedemokratična sporočila.

Glede zgoraj navedenih podatkov je potrebno poudariti, da je vlada v novem ZZVZZ in njegovem predlogu gladko spregledala dejstvo, koliko slovenskih državljanov je zaposleno v zavarovalniškem sektorju in kaj bi pomenila izguba socialne varnosti za njih in posredno za javna sredstva, če zaradi izčrpavanja zavarovalnic pride do stečaja katere od ponudnic DZZ.

- Plačevanje garancij propadlih zavarovalnic iz proračuna

Država regulira zavarovalnice in ima vzpostavljene sisteme za zaščito zavarovancev, v primeru da zavarovalnica preneha s poslovanjem. Ko zavarovalnica zaide v finančne težave bo na pomoč priskočil sistem jamstva, ki ga ureja država. Številne države imajo urejena jamstvena združenja glede na nacionalno organizacijo zavarovalniških jamstvenih skladov. Če zavarovalnica postane finančno nestabilna in ne more več plačevati terjatev zavarovancev, lahko državni pooblaščenec razglasi zavarovalnico za plačilno nesposobno in proda njeno premoženje, v skladu z nacionalno organizacijo jamstvenih združenj. Če je zavarovalnica razglašena za insolventno, ukrepata državno jamstveno združenje in jamstveni sklad. Združenje bo zavarovalne police preneslo na drugo zavarovalnico ali pa bo nadaljevalo samo zavarovanje zavarovancev. Zato je pomembno, da zavarovanci še naprej plačujejo premije, če njihovo zavarovalnico prevzame država. Če zavarovalnica nima dovolj sredstev za plačilo terjatev zavarovancev, bo garancijsko združenje za plačilo terjatev uporabilo sredstva, ki jih ima družba in jamstvena sredstva. Vendar ima država možnost omejitve zneskov zahtevkov, ki jih bo plačala.

- Izguba zaupanja davkoplačevalcev v finančne institucije

Vlada RS je aprila 2023, javno označila poskus zavarovalnic– ponudnic DZZ, da dvignejo premije DZZ; za nedopusten, poskus neupravičenega bogatenja komercialnih zavarovalnic. S tem, ko je spregledala ekonomske razloge za takšen dvig premij in svoje vloge, kot so-generatorja medicinske inflacije je vrgla slabo luč na zavarovalnice in banke. S takšnim delovanjem je vrgla slabo luč na finančne institucije, kar je v javnosti vzbudilo nezaupanje in se lahko reflektira v zmanjšanju sklepanja prostovoljnih zavarovanj vseh vrst.

Omenjeno dejstvo lahko usodno vpliva na socialno varnost prebivalstva in njegovo večjo izpostavljenost in odvisnost od javnih sredstev.

- Izguba zaupanja zavarovalnic v smotrnost delovanja v javno dobro

S tem ko so prisili zavarovalnice k zagotavljanju enakega obsega storitev in dobrin, po nevzdržni ceni kar je zavarovalnicam prineslo vsak mesec milijonske izgube so poslali vpletenim zavarovalnicam, kot tudi komercialnim zavarovalnicam jasno sporočilo. Z zavarovanji pri katerih se zavarovalnice odrečejo komercialnim pravilom in segmentaciji strank v korist javnega dobra se ne izplača ukvarjati. Delovanje zavarovalnic na osnovi načel solidarnosti na osnovi enakosti spolov, medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med ljudmi z različnim zdravstvenim stanjem, lahko zavarovalnicam prinese samo izgubo. Te izgube lahko pripeljejo zavarovalnice do zloma, kar pa je slaba zahvala za vsa leta delovanja v javno dobro in zaščito zavezancev pred doplačili zdravstvenih storitev.

14. Valentina Prevolnik Rupel prevzame posle Ministrice za zdravje

Po tem, ko je premier Robert Golob v začetku julija 2023 začasno prevzel tudi vodenje ministrstva za zdravstvo je v začetku oktobra 2023 predlagal za vodenje ministrstva Valentino Prevolnik Rupel, ki je funkcijo prevzela 13.10.2023.

Nova ministrica za zdravstvo je na novinarsko vprašanje na njeni predstavitvi, ali je zdravstvena reforma, ki jo je premier Robert Golob napovedoval kot ključen projekt te vlade, še vedno prednostna naloga odgovorila, da zelo nerada uporablja besedo reforma. V zdravstvu ne gre za radikalne spremembe, ki bi sistem postavile na glavo, je poudarila.

Med samim zaslišanjem kandidatke za zdravstveno ministrico pred njenim izglasovanjem na matičnem odboru je Valentina Prevolnik Rupel podrobno opisala stanje v slovenskem zdravstvu, a pri tem ni predstavila nobenih ukrepov za izboljšanje stanja.

15. Povzetek – Ministrstvo za zdravstvo na prepihu

Samo od 30.11.2000 se je na ministrstvu za zdravstvo zamenjalo kar 16 ministrov, kar kaže da je to ministrstvo na največjem prepihu in da je v povprečju minister za zdravstvo deloval dobrih 17 mesecev.

Navedena dejstva sama pričajo o občutljivosti in težavnosti zdravstvene problematike in o zdi se nerešljivih razmerah, ki že daljše obdobje vladajo v slovenskem zdravstvu. Kljub temu da si je Gibanje Svoboda krepitev javnega zdravstva postavilo za ključni cilj in prednostno nalogo že pred volitvami in da so si ob vzpostavitvi 15. Slovenske vlade ta cilj določili tudi kot prioriteto vlade in koalicije, se zdi, da tako, kot premnoge vlade poprej, izgubljajo boj z razbohoteno korupcijo. Neuspešni so pri reševanju problematike družinske in urgentne medicine, prenovi nadzora in vodenja javnih zavodov, zamujajo tudi pri strukturalni prenovi ZZZS. Zaradi reforme plačnega sistema javnih uslužbencev je vlada tudi močno prispevala k povišanju cen zdravstvenih storitev in medicinski inflaciji.

Vprašanja financiranja in pomanjkanja sredstev za zdravstvo verjetno s samo odpravi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ne bomo rešili. Brez prave možnosti za strokovno napredovanje bodo mladi zdravniki še naprej odhajali v tujino in še naprej bomo v bolnišnicah zdravili z zastarelo opremo. Razlogi večje solidarnosti, ki naj bi jo dosegli z ukinitvijo dopolnilnega zavarovanja, nas težko prepriča, ob dejstvu, da zaradi dolgih čakalnih dob vsak mesec več bolnikov plačuje zdravstvene storitve zasebnim zdravnikom neposredno iz lastnih prihrankov, po cenah, ki veliko presegajo mesečne premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Ukinitvev dopolnilnega zavarovanja ne more nadomestiti celovite zdravstvene reforme in odpraviti težav v slovenskem zdravstvu.

16. Zaključne ugotovitve in sklep

Po dveh letnem poglobljenem spremljanju tematike s področja zdravstvenih zavarovanj sem prišel do zaključkov, da še vedno ni prave politične volje za korenito reformo slovenskega zdravstvenega sistema. Omenjale in obljubliale so jo že premnoge slovenske vlade, še nobeni pa ni uspelo tega zagotoviti.

Ukinjanje sistema prostovoljnega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in njegovo preoblikovanje v obvezno zdravstveno zavarovanje se zdi kot zgrešen ukrep, ki ukinja še tisto dobro prakso, ki je mobilizirala poleg preobremenjenega javnega zdravstva tudi zasebne zdravstvene kapacitete. Ta ukrep ne bo prinesel ničesar pozitivnega, kar bi lahko rešilo resne težave slovenskega zdravstva, ki sem jih tudi sam naštel v svoji diplomski nalogi. Menim, da bi vlada v tem pogledu morala vztrajati pri doslednem izvajanju zdravstvene reforme in smernicah, ki jih je zagovarjala v začetku mandata. Brez korenite zdravstvene reforme, ki bi temeljila na ukrepih proti korupciji, kontroli porabe namenskih sredstev za medicinsko tehnično opremo, zdravila, spodbudah za perspektiven medicinski kader in spodbujanju dobrih medicinskih praks; slovenskega zdravstva in zdravstvenih zavarovanj ne bomo rešili z obveznimi zavarovanji in populističnimi ukrepi.

17. Reference

Državni zbor RS, Poslanska skupina Svoboda. 2023. Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 11. april.

<https://www.dz->

[rs.si/wps/portal/Home/zakonodaja/izbran!/lut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfIjo8zivSy9Hb283Q0N3E3dLQwCQ7z9g7w8nAwsnMz1w9EUGAWZGgS6GDn5BhsYGwQHG-pHEaPFAAdwNCBOPx4FUfiNL8gNDQ11VFQEAAAXcoa4!/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/?uid=C1257A70003EE6A1C125898F0041C05F&db=kon_zak&mandat=IX&tip=doc](https://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/zakonodaja/izbran!/lut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfIjo8zivSy9Hb283Q0N3E3dLQwCQ7z9g7w8nAwsnMz1w9EUGAWZGgS6GDn5BhsYGwQHG-pHEaPFAAdwNCBOPx4FUfiNL8gNDQ11VFQEAAAXcoa4!/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/?uid=C1257A70003EE6A1C125898F0041C05F&db=kon_zak&mandat=IX&tip=doc)
(pridobljeno 1.10.2023)

EMaribor, Mariborski spletni portal. 2023. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje pri Generali dražja za tretjino. Kmalu sledita še Triglav in Vzajemna, 6. april. <https://emaribor.si/dopolnilno-zdravstveno-zavarovanje-pri-generalidrazja-za-tretjino-kmalu-sledita-se-triglav-in-vzajemna/> (pridobljeno 1.10.2023)

Glasilo uradni list RS. 2005. 3383. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-H), stran 8157, 12. avgust. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/57598>

Poslanska skupina Gibanje Svoboda. 2023. Zdravstvena reforma ostaja ključna prioriteta Gibanja Svoboda, 5. julij. <https://gibanjesvoboda.si/novica/zdravstvena-reforma-ostaja-kljucna-prioriteta-gibanja-svoboda/> (pridobljeno 18.10.2023)

Poslanska skupina Gibanje Svoboda. 2023. Zaveze za sodelovanje in podporo pri izvedbi zdravstvene reforme, 23. januar. <https://gibanjesvoboda.si/wp-content/uploads/2023/02/ZavezaKoalicija.pdf> (pridobljeno 1.10.2023)

RTV. 2023. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje- ukinitev, ki to ni. RTV 365, 5. junij. <https://365.rtv-slo.si/arhiv/arena-pogled-naprej/174963130> (pridobljeno 1.10.2023)

Splošni pogoji dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja- Dopolnilno, 2017. Ljubljana, Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.

Splošni pogoji za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, SPD-13, 2013. Ljubljana, Vzajemna d.v.z.

Splošni pogoji dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja 01-DZZ-01/19, 2019. Ljubljana, Generali zavarovalnica d.d.

Spletna stran Zavarovalnica Triglav, d.d.2023. Struktura zaposlenih po trgih na dan 30.6.2023, 30. junij. <https://www.triglav.eu/sl/o-nas/skupina-triglav>

Spletna stran Slovenski državni holding, d.d. 2023. Predstavitev 20 največjih družb portfelja RS in SDH, 30. junij. <https://www.sdh.si/sl-si/druzbe/22/sava-re-d-d->

Spletna stran Generali zavarovalnica. 2020. Letno poročilo 2020, 31. december. https://www.generali.si/documents/180316/283252/LP+GENERALI++2021-SLO_9.4.2021.pdf/6ae6a357-63a7-49ca-a871-937c6d5b1064

Spletna stran Zavarovalnica Vzajemna d.v.z. 2021. Osebna izkaznica, 31. december. <https://www.vzajemna.si/o-vzajemni/o-zavarovalnici/osebna-izkaznica>

Uradni list RS, št. 97/07. 2001. Obligacijski zakonik /OZ/, 25. oktober. <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1263> (pridobljeno 19.1.2022)

Uradni list RS. 1992. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju /ZZVZZ/, št. 72/06, 21. februar. <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213> (pridobljeno 19.1.2022)

18. Izjava o avtorstvu

Spodaj podpisani Rok Tauzes, rojen 4.2.1997 v Ljubljani, izjavljam, da je diplomsko delo Slovenski javni zdravstveni sistem in zdravstvena zavarovanja v celoti moje avtorsko delo.

- Rok Tauzes, Ljubljana, december 2023

V(kraj)

.....(datum)

.....(lastnoročni podpis)