



B&B  
VIŠJA STROKOVNA ŠOLA

Diplomsko delo višješolskega strokovnega študija  
Program: Ekonomist  
Modul: Strokovni sodelavec za zavarovalništvo –  
načrtovanje zavarovanj

**UREJENOST ZDRAVSTVENEGA  
ZAVAROVANJA V SLOVENIJI IN OSTALA  
ZAVAROVANJA ZAVAROVALNICE  
VZAJEMNE, D.V.Z.**

Mentor: mag. Andrej Šalamun  
Lektorica: Ana Peklenik, prof. slov.

Kandidatka: Senka Pucelj

Kranj, november 2013

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorju, g. mag. Andreju Šalamunu.

Hvala gospodu Viktorju in gospe Jani Poličar za vso pomoč pri izdelavi diplomske naloge in moji družini, ki me je potrpežljivo čakala doma, ko sem študirala in pisala diplomsko nalogo.

Zahvaljujem se tudi lektorici Ani Peklenik, ki je mojo diplomsko nalogo jezikovno in slovnično pregledala.

## IZJAVA

»Študentka Senka Pucelj izjavljam, da sem avtorica tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom mag. Andreja Šalamuna.«

»Skladno s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorski in sorodnih pravicah dovoljujem objavo tega diplomskega dela na spletni strani šole.«

Dne \_\_\_\_\_

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

## **POVZETEK**

Pri delu na področju izvajanja dodatnega zdravstvenega zavarovanja v zavarovalnici Vzajemna, d.v.z., večkrat ugotavljamo, da zavarovanci ne vedo, kaj sodi v okvir obveznega zdravstvenega zavarovanja in kaj v dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Diplomska naloga je tako razdeljena na prvi del, v katerem podrobneje obravnavamo urejenost zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji tako z vidika obsega obveznega kakor tudi prostovoljnega zavarovanja, v okvir katerega sodi tudi dopolnilno zavarovanje.

V nalogi nadalje predstavimo tako Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije kakor tudi zavarovalnice na splošno s posebnim poudarkom na Vzajemni, d.v.z., kot specializirani zavarovalnici, ki izvaja prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

Diplomsko nalogo zaključujemo s podrobnejšo analizo opravljene ankete, na osnovi katere smo na vzorcu 157 anketirancev pridobili sklepne ugotovitve o poznavanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja med uporabniki.

### **KLJUČNE BESEDE:**

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- obvezno zdravstveno zavarovanje
- dopolnilno zdravstveno zavarovanje
- zavarovalnice

## **ABSTRACT**

While working at the Vzajemna d.v.z. health insurance institution I have noticed that our clients cannot distinguish what is covered by the mandatory health insurance and the complementary health insurance.

Hence, this diploma paper consists of two parts. The first part of the paper deals with the regularity of different segments of the Slovene health insurance, such as: mandatory health insurance, optional insurance and complementary health insurance.

Furthermore this diploma paper presents the Health Insurance Institute of Slovenia in detail, while various insurance companies are presented in general. However, the emphasis is on Vzajemna d.v.z. which specializes in voluntary health insurance.

The last part of this diploma paper entails a survey of 157 people interviewed. On the basis of this survey it was possible to reach a conclusion on the topic matter: the knowledge and understanding of what is covered by the complementary health insurance.

### **KEY WORDS:**

- The Welfare and Health Insurance Act
- The Health Insurance Institute of Slovenia
- mandatory health insurance
- complementary health insurance
- insurance institutions

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b>	<b>1</b>
1.1	PREDSTAVITEV PROBLEMA	1
1.2	CILJI NALOGE	2
1.3	PREDSTAVITEV OKOLJA	2
<b>2</b>	<b>UREJENOST ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI</b>	<b>3</b>
2.1	ZAKONSKI OBSEG ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	3
2.2	OBSEG OBVEZNEGA ZAVAROVANJA	4
2.2.1	Zavarovane osebe v okviru obveznega zavarovanja	4
2.2.2	Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja	7
2.2.3	Financiranje obveznega zdravstvenega zavarovanja	10
2.3	PROSTOVOLJNO ZAVAROVANJE	13
<b>3</b>	<b>ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE IN UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA</b>	<b>14</b>
3.1	ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE	14
3.1.1	Uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja	15
3.1.2	Postopki uveljavljanja pravic	16
<b>4</b>	<b>ZAVAROVALNICE</b>	<b>18</b>
4.1	ZAKONSKA UREJENOST ZAVAROVALNIŠTVA	18
4.2	IZVAJANJE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V OKVIRU ZAVAROVALNICE	19
<b>5</b>	<b>VZAJEMNA, ZDRAVSTVENA ZAVAROVALNICA, D.V.Z.</b>	<b>20</b>
5.1	OSNOVNA PREDSTAVITEV ZAVAROVALNICE	20
5.2	VRSTE IN OBLIKA PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA, KI SE IZVAJA V VZAJEMNI, D.V.Z.	21
5.2.1	Dopolnilno zdravstveno zavarovanje	21
5.2.2	Nadomestno zdravstveno zavarovanje	21
5.2.3	Dodatno zdravstveno zavarovanje	21
5.2.4	Vzporedno zdravstveno zavarovanje	21
5.3	ORGANI DRUŽBE	22
5.3.1	SKUPŠČINA	22
5.3.3	UPRAVA	23
<b>6</b>	<b>POZNAVANJE OBSEGA IN VSEBINE DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA VZAJEMNE</b>	<b>25</b>
6.1	IZVEDBA ANKETE	25

<b>6.2 ANALIZA ANKETE .....</b>	<b>26</b>
<b>7 ZAKLJUČEK.....</b>	<b>43</b>
<b>8 LITERATURA IN VIRI .....</b>	<b>47</b>

## Kazalo slik

Slika 1: Prikaz zavezancev za plačilo prispevka v obvezno zavarovanje v odstotkih .....	12
Slika 2: Grafični prikaz deležev plačila obveznih zavarovanj .....	13
Slika 3: Organigram Vzajemne .....	24
Slika 4: Numerični prikaz velikosti družine .....	26
Slika 5: Prikaz velikosti družine v odstotkih .....	27
Slika 6: Numerična razvrstitev družinskih članov po spolu .....	27
Slika 7: Razvrstitev družinskih članov po spolu v odstotkih.....	28
Slika 8: Numerični prikaz anketirancev po območju in njihovi starosti.....	29
Slika 9: Prikaz anketirancev po območju v odstotkih .....	29
Slika 10: Prikaz anketirancev po starosti v odstotkih .....	30
Slika 11: Numerični prikaz družinskih članov po zaposlitvi.....	31
Slika 12: Prikaz družinskih članov po zaposlitvi v odstotkih .....	31
Slika 13: Numerični prikaz družinskih članov po njihovem statusu.....	32
Slika 14: Prikaz družinskih članov po njihovem statusu v odstotkih .....	33
Slika 15: Numerični prikaz družinskih članov, ki so že koristili dopolnilno zavarovanje .....	34
Slika 16: Prikaz družinskih članov, ki so že koristili dopolnilno zavarovanje, v odstotkih.....	34
Slika 17: Numerični prikaz plačnikov dopolnilnega zavarovanja .....	35
Slika 18: Prikaz plačnikov dopolnilnega zavarovanja v odstotkih .....	36
Slika 19: Numerični prikaz o primernosti zneska plačila dodatnega zavarovanja....	37
Slika 20: Prikaz o primernosti zneska plačila dodatnega zavarovanja v odstotkih ..	37
Slika 21: Numerični prikaz razlogov za nezavarovanje .....	38
Slika 22: Prikaz razlogov za nezavarovanje v odstotkih.....	38
Slika 23: Numerični prikaz zadovoljstva zavarovancev s predstavitvijo vsebine in obsega zavarovanja .....	39
Slika 24: Prikaz zadovoljstva zavarovancev s predstavitvijo vsebine in obsega zavarovanja v odstotkih.....	39
Slika 25: Numerični prikaz urejenosti tudi dodatnega oziroma vzporednega zavarovanja po spolu .....	40
Slika 26: Prikaz urejenosti tudi dodatnega oziroma vzporednega zavarovanja po spolu v odstotkih .....	41
Slika 27: Numerični prikaz urejenosti tudi dodatnega oziroma vzporednega zavarovanja po vrsti zavarovanja .....	42
Slika 28: Prikaz urejenosti tudi dodatnega oziroma vzporednega zavarovanja po vrsti zavarovanja v odstotkih .....	42

## Kazalo tabel

Tabela 1: Število družinskih članov .....	26
Tabela 2: Razvrstitev družinskih članov glede na spol.....	27
Tabela 3: Starostne strukture družine po posameznih področjih.....	28
Tabela 4: Zaposlenost anketirancev.....	30
Tabela 5: Status družinskih članov .....	32
Tabela 6: Koriščenje prostovoljnega zavarovanja po statusu zavarovancev.....	33
Tabela 7: Plačniki dodatnega zdravstvenega zavarovanja .....	35
Tabela 8: Mnenje anketirancev o primernosti višine zneska za plačilo dopolnilnega zavarovanja.....	36
Tabela 9: Razlogi za nezavarovanost anketirancev.....	37
Tabela 10: Mnenje anketirancev o poznavanju dopolnilnega zavarovanja.....	38
Tabela 11: Zavarovanci, ki imajo tudi dodatno ali vzporedno zavarovanje, po spolu .....	40
Tabela 12: Zavarovanci, ki imajo tudi dodatno ali vzporedno zavarovanje, po vrsti zavarovanja.....	41



# 1 UVOD

V diplomski nalogi želimo predstaviti sedanjo urejenost zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji s posebnim poudarkom na dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju po sprejetem Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju leta 1992. Navedenega leta je namreč Skupščina Republike Slovenije sprejela zakon, na podlagi katerega je dopolnilno zavarovanje z Zavoda za zdravstveno zavarovanje delno lahko prešlo tudi na druge zavarovalnice.

Pri dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju gre tako za nudenje tistih pravic s področja zdravstvenega varstva, ki ne sodijo v obvezno zavarovanje, oziroma ga Zavod za zdravstveno zavarovanje ne pokrije v celoti.

Poleg razdelitve obsega in vsebine obveznega zdravstvenega zavarovanja po samem zakonu in dopolnilnega zavarovanja v okviru zavarovalnice bomo v nalogi obdelali tudi finančne obveznosti obeh oblik zdravstvenega zavarovanja. Predstavili bomo tudi ostala zavarovanja s področja zdravstvenega varstva v okviru zavarovalnice Vzajemne, d.v.z.

Diplomsko nalogo zaključujemo z analizo opravljene ankete, s katero je natančneje ugotovljeno dejansko mnenje anketirancev, vključenih v dopolnilno zavarovanje. Anketiranci so razdeljeni po spolu, starosti in statusu, poleg tega pa tudi po plačnikih dopolnilnega zavarovanja. Sklepna ugotovitev naloge nam tako daje tudi smernice oziroma napotke za nadaljnje delo zavarovalnice na tem področju zdravstvenega varstva.

## 1.1 PREDSTAVITEV PROBLEMA

Osnovni problem, ki ga obravnavamo v diplomski nalogi, izhaja iz ugotovitve delavcev, zaposlenih v zavarovalnici Vzajemna, d.v.z., pri izvajanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, da večina zavarovancev ne pozna dovolj dobro vsebine, vrste in obsega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v odnosu do obveznega zdravstvenega zavarovanja. Še manj pa zavarovanci poznajo finančne obveznosti, ki praviloma grede najprej v breme delodajalca oziroma neposredno v breme zavarovanca, če ta ne sklene dopolnilnega zavarovanja.

Namen naloge je torej razširjanje poznavanja prednosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja med občani, saj bi se le na ta način lahko izognili kasnejšim finančnim in ostalim težavam, ki izhajajo iz zdravstvenega zavarovanja.

## 1.2 CILJI NALOGE

Z anketo, opravljeno na določenem vzorcu izbranih anketirancev želimo potrditi oziroma ugotoviti dejansko stanje o tem, kako dobro zavarovanci poznajo razliko med obveznim in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem tako z vidika vrste in obsega posameznega zavarovanja kakor tudi svojih finančnih obveznosti.

Cilj naloge je tudi preko analize anketnih vprašanj ugotovili zavest o pomembnosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, saj če zavarovanci tega nimajo urejenega, lahko to vodi v velike finančne obveznosti.

## 1.3 PREDSTAVITEV OKOLJA

Kategorije posameznih anketirancev smo v anketi razdelili na štiri različna območja, to je mesta, vasi, kmečko in poslovno-industrijsko okolje.

Anketiranci so bili člani širše oziroma ožje družine, tako da pod pojmom družinske skupnosti razumemo vse tiste anketirance, ki sodijo v to skupino, ne glede na sorodstveno razmerje z vidika zakona o družini ali zakonski zvezi.

Prav tako so bili anketiranci razdeljeni po spolu, statusu, starosti ter še nekaterih drugih specifikah, ki so za analizo poznavanja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja pomembne.

## 2 UREJENOST ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI

### 2.1 ZAKONSKI OBSEG ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Zdravstveno zavarovanje in zdravstveno varstvo je v Republiki Sloveniji urejeno z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki je bil sprejet 12. februarja 1992. leta. Ta zakon določa nosilce družbene skrbi za zdravje in njihove naloge. Ureja zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja (ZZVZZ, Strban, 2005).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v sistemu družbenih, skupinskih in individualnih aktivnostih skrbi za ukrepe in storitve pri krepitvi zdravja in preprečevanje bolezni oziroma njihovo zgodnje odkrivanje. Skrbi za nego in rehabilitacijo obolelih oziroma poškodovanih. Prevzema tudi skrb za socialno varnost za primer bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

Vsi prebivalci Republike Slovenije imamo v skladu z Zakonom pravice in dolžnosti v zvezi z zdravstvenim varstvom in zdravstvenim zavarovanjem. Pravico imamo do zdravja, hkrati pa moramo skrbeti zanj do najvišje možne stopnje v obsegu svojih zmožnosti. Naša dolžnost je, da po svojih močeh nudimo prvo pomoč poškodovanim ali bolnim ljudem in jim omogočimo dostop do nujne medicinske pomoči.

Republika Slovenija z gospodarsko, ekološko in socialno politiko skrbi za uresničitev nalog zdravstvenega varstva na področju celotne države. Občina in mesto sta dolžna zagotoviti zdravstveno varstvo na svojem območju. Posamezniki, podjetja, zavodi in druge organizacije pa smo dolžni skrbeti za neškodljive posege v zdravje in okolje.

Iz opisanega prikaza ureditve zdravstvenega zavarovanja je razvidno, da naš sistem zdravstva upošteva načelo solidarnosti in vzajemnosti, kar pomeni, da se del zdravstvenega varstva ureja ter posredno tudi izvaja preko Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Drugi del pa se izvaja preko posebnih zavarovalnic, ki so v skladu z določbami zakona pristojne za urejanje t. i. prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Celotno zdravstveno zavarovanje je tako po vsebini in obsegu razdeljeno na:

- obvezno zavarovanje in
- prostovoljno zavarovanje.

## 2.2 OBSEG OBVEZNEGA ZAVAROVANJA

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju določa, da obvezno zavarovanje obsega zavarovanje za primer:

- bolezni in poškodbe izven dela ter
- poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

Poleg zgoraj navedenega pa se v okviru obveznega zavarovanja zavarovanim osebam zagotavlja tudi določen obseg zdravstvenega varstva v primeru:

- ko gre za plačilo zdravstvenih storitev,
- nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela,
- pogrebnino in posmrtnino ter
- povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev (ZZVZZ).

### 2.2.1 Zavarovane osebe v okviru obveznega zavarovanja

Pri opredelitvi zavarovanih oseb, ki sodijo v okvir obveznega zavarovanja, bomo v nadaljevanju naloge predstavili posamezni status zavarovane osebe z vidika:

- njene zaposlitve pri delodajalcu v Sloveniji kakor tudi pri delodajalcu v tujini ter tujci,
- osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki imajo pravice iz naslova obveznega zavarovanja po posebnem predpisu (*lex specialis*) (ZZVZZ).

#### 2.2.1.1 Zavarovane osebe po statusu svoje zaposlitve

V to skupino zavarovanih oseb spadajo zavarovanci, ki so v delovnem razmerju v Sloveniji ter osebe v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Sloveniji, poslani osebe na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zavarovane v državi, v katero so bile poslani.

Osebe, ki so zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah in ustanovah, na tujih konzulatih in diplomatskih predstavništvi s sedežem v Republiki Sloveniji, so prav tako zavarovane za primer obveznega zavarovanja, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno.

V okvir obveznega zdravstvenega zavarovanja spadajo tudi osebe, ki so v Sloveniji prijavljene s stalnim prebivališčem, zaposlene pa so pri tujem delodajalcu in niso zavarovane v tujini, in osebe, ki v Sloveniji opravljajo samostojno gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic, kakor tudi osebe, ki so lastniki zasebnih podjetij, če niso zavarovane iz drugih naslovov.

### 2.2.1.2 Kmetje in druge osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost

Svojo podlago v obveznem zdravstvenem zavarovanju imajo kmetje in člani njihovih gospodarstev ter druge osebe v Sloveniji, ki opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic in s to dejavnostjo ustvarjajo dohodek. Na tej podlagi so tako poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja vključeni tudi v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje ali pa so se v ta zavarovanja vključili prostovoljno. To velja tudi za kmete, ki niso pokojninsko in invalidsko zavarovani, in kmete, če kmečko gospodarstvo dosega na člana gospodarstva mesečno najmanj tolikšen katastrski in drug dohodek, ki ustreza znesku četrte minimalne plače, zmanjšane za davke in prispevke.

Kmetje, ki so obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje sklenili prostovoljno, so lahko do 31. 12. 2012 izbirali, ali bodo plačevali zavarovanje za popoln ali delni obseg pravic z naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Po spremembi in dopolnitvi zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju – ZPIZ-2 pa kmetje od 1. 1. 2013 dalje možnosti izbire obsega zavarovanja nimajo več, tako da so od navedenega dne dalje lahko zavarovani le za širši obseg pravic iz pokojninsko-invalidskega zavarovanja. Pri teh je osnova za plačilo prispevkov za zavarovanje določena v znesku, ki je najmanj enak znesku 60 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji, preračunane na mesec. Ne glede na napisano je treba upoštevati prehodne odločbe ZPIZ-2, ki določajo, da so za leto 2013 in 2014 najnižje osnove za plačilo prispevkov določene v višini minimalne plače v RS (ZZVZZ, ZPIZ-2, Občasnik, akti & navodila).

Med člane kmečkega gospodarstva se uvrščajo vse osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic. Med druge dohodke z naslova kmečkega gospodarstva se štejejo dohodki, od katerih se plačuje davek iz kmetijske dejavnosti in dopolnilnih dejavnosti na kmetiji v skladu z zakonom, ki ureja kmetijstvo (ZZVZZ, ZPIZ-2, Občasnik, akti & navodila).

### 2.2.1.3 Zavarovane osebe po posebnem predpisu (lex specialis)

Vrhunski športniki in vrhunski šahisti, ki so člani telesnokulturnih in šahovskih organizacij v Sloveniji in niso kakorkoli drugače obvezno zavarovani, so zavarovanci po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Po posebnem zakonu so zavarovane tudi brezposelne osebe, ki so prijavljene na Zavodu za zaposlovanje in prejemajo denarno nadomestilo, prav tako tudi osebe, ki imajo stalno prebivališče v Sloveniji in prejemajo pokojnino po predpisih Republike Slovenije oz. preživnino po predpisih o preživninskem varstvu kmetov.

Pravico do obveznega zdravstvenega zavarovanja po zakonu imajo tudi osebe, ki imajo stalno prebivališče v Sloveniji in prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če z mednarodno pogodbo ni drugače določeno, kakor tudi osebe, ki imajo stalno prebivališče prav tako pri nas in so zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, vendar med bivanjem v Sloveniji ne morejo uporabljati pravic s tega naslova. Pravico do obveznega zdravstvenega zavarovanja imajo tudi družinski člani osebe, ki je zavarovana pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, imajo stalno prebivališče v RS in niso zavarovani kot družinski člani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja.

Do vključitve v obvezno zavarovanje v Republiki Sloveniji imajo pravico tudi tujci, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Sloveniji in niso zavarovani z drugega naslova.

Vključene so lahko tudi osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki so uživalci invalidnin po predpisih o vojaških invalidih in civilnih invalidih vojne, uživalci pravic po predpisih o varstvu vojnih veteranov, žrtev vojnega nasilja in udeležencev drugih vojn, uživalci republiških priznavalnin, če niso zavarovani z drugega naslova. Pravico do vključitve imajo tudi osebe, ki imajo prav tako stalno prebivališče pri nas in prejemajo nadomestilo po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb, če to ni kakorkoli drugače urejeno.

S stalnim prebivališčem v Sloveniji so si pridobile pravico do urejenega zdravstvenega zavarovanja osebe, ki prejemajo stalno denarno socialno pomoč in je zanje kot edini vir preživljanja po predpisih o socialnem varstvu, osebe, ki so uživalci priznavalnin po predpisih o varstvu udeležencev vojn, če tega nimajo drugače urejenega, ter vojaški obvezniki, ki so v civilni službi kot nadomestilo vojaškemu roku ali so med služenjem vojaškega roka oz. med usposabljanjem za rezervno sestavo policije.

Stalno prebivališče v Republiki Sloveniji pa morajo imeti tudi vse osebe, ki si same plačujejo prispevek.

Poseben status v obveznem zdravstvenem zavarovanju imajo tudi:

- priporniki, ki niso kakorkoli drugače zavarovani do trenutka nastopa pripora oz. jim zavarovanje preneha v času trajanja,
- obsojenci na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora, mladoletniki na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom,
- osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja ter varstva v zdravstvenem zavodu in obvezno zdravljenje od odvisnosti od drog in alkohola.

Pripornike v zavarovanje prijavi Zavod za prestajanje kazni zapora, v katerem so ti na prestajanju pripora, vse ostale opisane osebe v tem odstavku pa Zavod oz.

organizacija, v kateri se te osebe nahajajo, in to najkasneje naslednji delovni dan po sprejemu.

Zavarovanci po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju so tudi osebe, ki pridobijo pravico po zakonu o starševskem varstvu. To so upravičenci do:

- starševskih nadomestil, ki jim je prenehalo delovno razmerje v času trajanja starševskega dopusta in pri katerih je eden od staršev, ki si na podlagi svoje dejavnosti plačuje prispevke za socialno varnost za najmanj 20 ur tedensko ter neguje in varuje otroka do tretjega leta starosti, oziroma eden od staršev, ki zapusti trg dela zaradi nege in varstva štirih ali več otrok;
- zavarovanci so tudi otroci do 18. leta starosti, ki se šolajo in niso zavarovani kot družinski člani, ker njihovi starši ne skrbijo zanje oz. ker starši ne izpolnjujejo pogojev za vstop v obvezno zavarovanje;
- to pravico imajo tudi družinski pomočniki po zakonu, ki ureja socialno varstvo.

## 2.2.2 Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju določa tudi pravice, ki jih imajo zavarovanci iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. To zavarovanje izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu – Zavod) in ga lahko koristijo državljani Republike Slovenije oziroma vse osebe, ki izpolnjujejo katerega od pogojev, opredeljenega v točki 2.1.1 te naloge (Občasnik, akti & navodila).

Pravice so razdeljene v 6 skupin in se razlikujejo po višini kritja od 50 do 100 % vrednosti storitve. Odstotke določi Zavod v soglasju z Vlado Republike Slovenije. Višina odstotkov znotraj skupine pa je glede na posamezne vrste storitev in glede na posamezne bolezni različna.

### 2.2.2.1 Pravica zavarovancev do plačila zdravstvenih storitev v celoti

Zdravstvene storitve se v celoti krijejo z naslova zdravstvenega zavarovanja za:

- sistematične in druge preventivne preglede pri otrocih, učencih, dijakih in študentih, ki še niso dopolnili 26 let, prav tako pa je zagotovljeno 100-odstotno kritje stroškov zdravstvenih storitev tudi nosečim ženam in drugim odraslim osebam v skladu s programom Zavoda. Preventivni pregledi, ki jih na podlagi zakona mora zagotoviti delodajalec, so izključeni iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,

- zdravljenje in rehabilitacijo otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo, za otroke in mladostnike z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otroke in mladostnike z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov,
- zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcije, nosečnosti ter porodom,
- preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcij HIV in nalezljivih bolezni, pri katerih je z zakonom določeno, da se izvajajo ukrepi za preprečevanje širjenja teh,
- zdravljenje in rehabilitacijo malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševne bolezni ali za razvito obliko sladkornih bolezni ter multiple skleroze ali psoriaze,
- celovito obravnavo z zdravljenjem in rehabilitacijo slepote in slabovidnosti, ki je v skladu z veljavno klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije, popolne ali zelo težke okvare sluha po Mednarodni klasifikaciji okvar, invalidnosti in oviranosti Svetovne zdravstvene organizacije (1980), cistične fibroze in avtizma oseb po nezgodni poškodbi glave in okvari možganov,
- potrebno zdravljenje in rehabilitacijo zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu,
- za zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam, nudenjem nujne medicinske pomoči, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi,
- patronažne obiske, zdravljenja in nege na domu ter v socialnovarstvenih zavodih, kakor tudi zdravil, ki so na pozitivni listi in so potrebna za zdravljenje oseb in stanj, ter medicinskih pripomočkov, ki so že opisani v prejšnjih odstavkih,
- zdravila in živila za posebne zdravstvene namene s pozitivne in vmesne liste za otroke, učence, dijake in študente ter vajence in osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju, kakor tudi živila za posebne zdravstvene namene, ki imajo prilagojeno sestavo hranil za zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove,
- sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti 5 let,
- potrebe po svetovanju, izobraževanju, usposabljanju ali pomoči pri spreminjanju nezdravega življenjskega sloga in še v nekaterih drugih primerih, kot jih določa Zakon (zdravstveni pregledi športnikov in program, ki ga je sprejel Zdravstveni svet za storitve za preprečevanje, presejanje in zgodnje odkrivanje bolezni ter obveznega cepljenja).



#### 2.2.2.2 Pravice zavarovancev do plačila najmanj 95 % vrednosti zdravstvenih storitev

Zavarovanci imajo pravico do plačila navedenega odstotka vrednosti zdravstvenih storitev v primerih, ko gre za:

- storitve, ki so povezane s presaditvijo organov in z drugimi najzahtevnejšimi operacijami ne glede na razlog nastanka,
- zdravljenje v tujini,
- storitve v zvezi z intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi ali rehabilitacijskimi posegi.

#### 2.2.2.3 Pravice zavarovancev do plačila najmanj 85 % vrednosti zdravstvenih storitev

Zavarovanci imajo pravico do plačila navedenega odstotka vrednosti zdravstvenih storitev v primerih, ko gre za:

- storitve zagotavljanja in zdravljenja zmanjšane plodnosti in umetne oploditve, sterilizacije in umetne prekinitve nosečnosti,
- storitve v specialističnoambulantnih, bolnišničnih ali zdraviliških zavodih in so nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja (to ne velja za primere poškodb izven dela);
- storitve v bolnišnici in zdravilišču za nemedicinski del oskrbe, ki so nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela;
- storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki niso krite v celoti, ter zdravljenje zobnih in ustnih bolezni;
- ortopedske, ortotične, slušne in druge pripomočke, ki niso kriti z naslova popolnega oz. 95-odstotnega kritja zneska opravljenih storitev razen v primerih iz 1. in 4. alineje te točke.

#### 2.2.2.4 Pravice zavarovancev do plačila najmanj 75 % vrednosti zdravstvenih storitev

Zavarovanci imajo pravico do plačila navedenega odstotka vrednosti zdravstvenih storitev, kadar gre za:

- zdravljenje poškodb izven dela v specialističnih ambulantah, bolnišnicah in zdraviliščih, ko gre za nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, ter ortopedske, ortotične in druge pripomočke,
- zdravila s pozitivne liste.

### 2.2.2.5 Pravice zavarovancev do plačila največ 60 % vrednosti zdravstvenih storitev

Zavarovanci imajo pravico do plačila navedenega odstotka vrednosti zdravstvenih storitev, kadar gre za:

- reševalne prevoze, ki niso nujni, namenjeni pa so zavarovanim osebam, ki so nepokretne ali potrebujejo prevoz na ali z dialize ali v drugih situacijah, ko bi bil javni ali osebni prevoz za njihovo zdravje škodljiv, ter zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebujejo spremstvo;
- zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.

Zdravila z vmesne liste, zobnoprótetično zdravljenje odraslih in očesni pripomočki za odrasle pa se plačajo s strani Zavoda do največ 50 % vrednosti.

### 2.2.3 Financiranje obveznega zdravstvenega zavarovanja

Pri uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev s strani zavarovanih oseb v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja je zato treba vsaj okvirno predstaviti tudi način zagotavljanja potrebnih sredstev za tovrstno obliko zavarovanja.

Sredstva za obvezno zavarovanje se zagotavljajo s prispevki, ki jih zavarovanci, delodajalci ter drugi zavezanci, ki jih opredeljujemo v nadaljevanju te naloge, plačujemo zavodu (ZZVZZ).

Čeprav Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju opredeljuje zavezance za prispevek z naslova obveznega zavarovanja po vrsti bolezni in poškodb ter drugih pravic do zdravstvenih storitev, v nadaljevanju prikazujemo strukturni delež posameznih zavezancev za prijavo zavarovancev v obvezno zavarovanje za plačilo tega prispevka.

Triindvajset vrst zavarovancev je tako razvrščenih v 6 kategorij zavezancev.

- Delodajalci:
  - za osebe, ki so pri njih v delovnem razmerju.
- Osebe same:
  - ki opravljajo samostojno gospodarsko ali poklicno dejavnost,
  - ki so lastniki zasebnih podjetij,
  - s stalnim prebivališčem v Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki v času stalnega bivanja v Sloveniji ne morejo koristiti zavarovanja pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, oziroma njihovi družinski člani, ki niso zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja,
  - tujci, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Sloveniji,

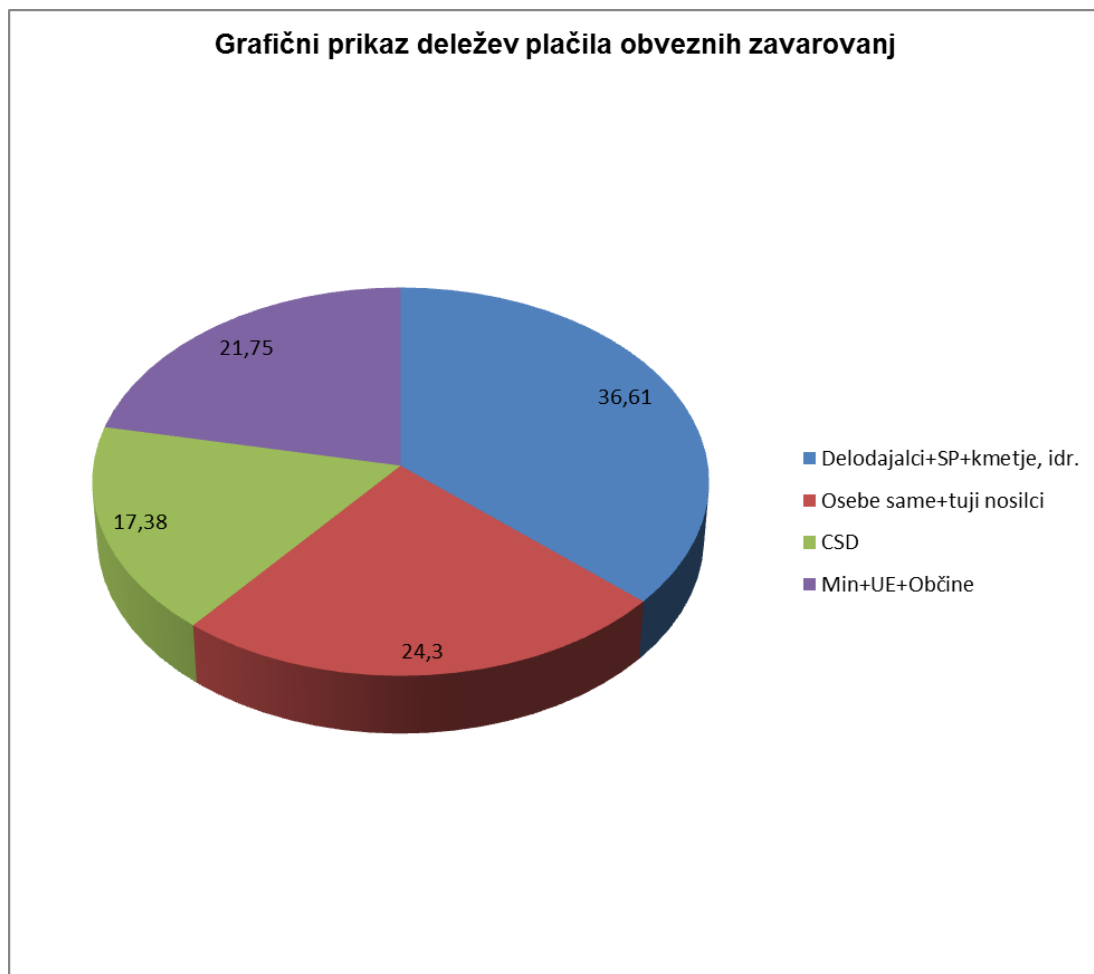
- prejemniki pokojnine od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja,
  - osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po drugi podlagi,
  - za družinske člane (otroke), ki jih v zavarovanje prijavi zavarovanec, po katerem je družinski član zavarovan.
- Center za socialno delo:
    - za osebe, ki so prejemniki nadomestila za invalidnost po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb,
    - za osebe, ki so prejemniki trajne denarne socialne pomoči, in begunce,
    - za slovenske državljane s stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki jim občina ne plačuje prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje,
    - za osebe, ki pridobijo pravico po zakonu o starševskem varstvu,
    - za družinske pomočnike.
  - Ministrstva, UE in občina:
    - za vojake na prostovoljnem služenju vojaškega roka,
    - za pripornike in obsojence,
    - za vrhunske športnike in vrhunske šahiste, ki so člani telesnokulturnih in šahovskih organizacij v Sloveniji,
    - za uživalce vojaških invalidnin in civilnih invalidov vojne, žrtev vojnega nasilja in drugih udeležencev vojn,
    - za uživalce priznavalnin po predpisih o varstvu udeležencev vojn,
    - za otroke do 18. leta starosti, ki niso zavarovani kot družinski člani.
  - Kmetje:
    - osebe, ki samostojno opravljajo kmetijsko dejavnost, in člani njihovih gospodarstev.
  - ZZZS in ZPIZ:
    - za brezposelne osebe, ki prejemajo denarno nadomestilo,
    - za upokojence in prejemnike preživnin po predpisih o preživninskem varstvu kmetov (ZZVZZ).

Spodnji grafikon prikazuje deleže zavezancev za prijavo zavarovancev v obvezno zavarovanje.



*Slika 1: Prikaz zavezancev za plačilo prispevka v obvezno zavarovanje v odstotkih (Vir: Lasten)*

Ko primerjamo nominalne zneske plačil prispevkov za obvezno zavarovanje zavezancev, lahko ugotovimo, da največji del prispevkov plačajo delodajalci, pri katerih so osebe v delovnem razmerju, osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko, poklicno ali kmetijsko dejavnost oziroma so lastniki zasebnih podjetij, ter pri njih zaposleni družinski člani, saj ti skupno prispevajo 36,61-odstotni delež prispevkov obveznega zavarovanja, medtem ko vsi ostali – CSD, Min, UE, občine in drugi zavezanci prispevajo 63,40-odstotni delež.



*Slika 2: Grafični prikaz deležev plačila obveznih zavarovanj*

### 2.3 PROSTOVOLJNO ZAVAROVANJE

Poleg obveznega zavarovanja, ki smo ga po vrsti, obsegu pravic in statusu samih zavarovancev že obravnavali v prejšnjih točkah, je treba podrobneje predstaviti drugi del zdravstvenega zavarovanja, to je prostovoljno zavarovanje (ZZVZZ, Motl, 2013).

Pri prostovoljnem zavarovanju gre za tiste vrste zdravstvenih storitev, oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki, v zvezi s katerimi nastale stroške zavarovancem na območju RS krijejo zavarovalnice. Poleg navedenega tako zavarovalnice krijejo tudi del denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja, kar bomo podrobneje obrazložili v nadaljevanju te naloge.

Prostovoljno zavarovanje se tako v okviru izvajanja te dejavnosti pri posamezni zavarovalnici razvrščajo v posamezne tipe prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, in sicer:

- dopolnilno zavarovanje,
- nadomestno zdravstveno zavarovanje,
- dodatno zdravstveno zavarovanje ter
- vzporedno zdravstveno zavarovanje.

Vsebinska obrazložitev navedenih tipov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj je predstavljena v nadaljevanju te naloge, in sicer v delu, kjer obravnavamo zavarovalnice oziroma posebej dejavnost zavarovanja Vzajemne kot edine in največje specializirane zavarovalnice za prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Sloveniji.

### **3 ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE IN UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA**

Že pri sedanji obravnavi urejenosti zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji smo nekajkrat omenili, da je največ pozornosti usmerjene v obvezno zdravstveno zavarovanje, ki je osnova vseh drugih vrst zavarovanja.

Obvezno zdravstveno zavarovanje, v katerega je vključeno tudi največ zavarovancev, se izvaja kot javna služba, ki jo opravlja Zavod kot javni zavod, zato bomo v nadaljevanju naloge navedli le nekaj bistvenih značilnosti Zavoda z vidika organiziranosti ter pristojnosti posameznih organov in drugih strokovnih služb Zavoda.

#### **3.1 ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE**

Zavod je organiziran tako, da je služba dostopna zavarovanim osebam na posameznih območjih, na katerih se oblikujejo posebne organizacijske enote Zavoda (Statut Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije).

Dejavnost Zavoda opravlja skupščina, ki jo sestavljajo predstavniki delodajalcev, organiziranih zbornic in drugih splošnih združenj – 20 predstavnikov – in 25 predstavnikov zavarovancev. Predstavniki zavarovancev se izberejo tako, da so ustrezno zastopani po spolu, geografski pripadnosti, aktivni zavarovanci, upokojenci in invalidi. Mandat članov skupščine traja 4 leta (Statut Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije).

Od pomembnejših aktov, ki jih sprejema skupščina Zavoda, je poleg samega statuta treba omeniti tudi druge splošne akte, ki urejajo uresničevanje zdravstvenega zavarovanja, prispevne stopnje, finančni načrt in zaključni račun Zavoda, ki jih sprejemajo člani skupščine z večino glasov vseh prisotnih predstavnikov delodajalcev in predstavnikov zavarovancev.

Od ostalih organov Zavoda naj omenimo le upravni odbor kot izvršilni organ in direktorja Zavoda kot poslovodni organ, vendar njunih pravic oz. pristojnosti ne bomo podrobneje obravnavali, saj niso neposredno vezane na sam sistem urejenosti zdravstvenega zavarovanja oz. v okviru tega v obseg in pravice zavarovancev v sklopu obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Opozoriti je treba predvsem na strokovne naloge Zavoda, ki obsegajo:

- izvajanje obveznega zavarovanja,
- sklepanje pogodb z zdravstvenimi in drugimi zavodi ter organizacijami, ki upravljajo zdravstveno dejavnost, oz. z zasebnimi zdravstvenimi delavci,
- izvajanje mednarodnih pogodb o zdravstvenem zavarovanju,
- finančno poslovanje,
- opravljanje drugih strokovnih, nadzornih in administrativnih nalog ter
- dajanje pravne in druge strokovne pomoči zavarovanim osebam.

### **3.1.1 Uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja**

Oseba, ki ji je priznana lastnost zavarovane osebe, uveljavlja pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki jih ima v okviru Zakona ter drugih veljavnih predpisov s področja zdravstvenega zavarovanja.

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico, ki jo izda Zavod na podlagi prijave v zavarovanje. To vloži zavezanec za plačilo prispevkov najkasneje v roku 8 dni od dneva začetka zavarovanja (ZZVZZ).

Zavarovancem ter njihovim družinskim članom se v določenih primerih, kot jih navaja Zakon o zdravstvenem varstvu, v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačila prispevkov, zadržijo njihove pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev z naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Iz zadržanja pravic iz prejšnjega odstavka so izvzeti pastorki, ki jih zavarovanec preživlja, in otroci (zavarovančevi otroci in otroci, ki so z odločbo pristojnega organa nameščeni v družino z namenom posvojitve) ter vnuki, bratje, sestre in drugi otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja, ob pogojih, ki jih določa Zakon za otroke.

### 3.1.2 Postopki uveljavljanja pravic

Postopke v zvezi z uveljavljanjem pravic, ki jih v okviru Zavoda začne sam zavarovanec ali jih delodajalec ureja s splošnim aktom, v katerem je določeno, v katerih primerih odloča na prvi stopnji imenovani zdravnik oz. območna enota Zavoda ter o zavarovančevih pravicah, o katerih odloča organ II. stopnje – to je Direkcija zavoda (ZZVZZ, Statut Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije).

#### 3.1.2.1 Imenovani zdravnik:

- odloča o začasni nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov za delo nad 30 dni in v vseh drugih primerih, ko je izplačevalec nadomestila plače obvezno zdravstveno zavarovanje, razen če gre za nego, spremstvo ali izolacijo zavarovane osebe, o kateri odloča njen osebni zdravnik,
- odloča o zahtevi zavarovanca ali delodajalca za presojo ocene izbranega osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni,
- odloča o napotitvi na zdraviliško zdravljenje,
- odloča o upravičenosti zahteve po medicinskem pripomočku pred iztekom trajnostne dobe in o pravici zahtevnejših medicinskih pripomočkov,
- odloča o upravičenosti zdravljenja v tujini,
- poda na zahtevo zavarovane osebe pisno mnenje o upravičenosti izdaje zdravniškega potrdila, če gre za nenadno in nepredvidljivo bolezen ali poškodbo, ki ji ponovno onemogoča prihod na sodišče ali sodelovanje pri procesnem dejanju, v osmih dneh od prejema zahteve,
- poda na zahtevo sodišča pisno mnenje o upravičenosti izdaje zdravniškega potrdila v osmih dneh od prejema zahteve sodišča.

Imenovani zdravnik o svoji odločitvi izda najkasneje v osmih dneh po prejemu zahteve oz. predloga osebnega zdravnika zavarovanca odločbo, zoper katero lahko zavarovanec in delodajalec vložita v treh delovnih dneh zahtevo po drugi alineji prejšnje točke. V vseh ostalih primerih pa ima zavarovana oseba ali delodajalec pravico do pritožbe zoper izdano odločbo imenovanega zdravnika, in sicer v roku petih delovnih dni od dneva vročitve odločbe na zdravstveno komisijo, ki jo imenuje upravni odbor Zavoda.

Kadar gre za uveljavljanje pravic do nadomestila, pogrebnine, posmrtnine, povračila potnih stroškov, ob pridobitvi, spremembi ali izgubi lastnosti zavarovane osebe, o pravici proste izbire zdravnika in drugih pravicah iz ZZVZZ ter drugih zahtevah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja odloča:

- na I. stopnji območna enota Zavoda,
- na II. stopnji Direkcija Zavoda.



Za vse postopke, v katerih se odloča o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, se uporablja Zakon o splošnem upravnem postopku, če ni z drugim zakonom drugače določeno.

### 3.1.2.2 Uveljavljanje škode

Zavod je v določenih primerih, kot jih določa zakon, v celoti ali deloma plačnik stroškov zdravljenja, zdravil, drugih zdravstvenih storitev in medicinsko-tehničnih pripomočkov.

Kadar gre za okvaro zdravja ali smrt zavarovane osebe, bolezni ter drugih škodnih posledic, zaradi katerih nastanejo stroški zdravljenja, njihov povzročitelj pa je delodajalec ali druga oseba, ki je namenoma ali iz malomarnosti povzročil nastale stroške, ima Zavod pravico zahtevati povrnitev povzročene škode.

Ko je bilo prizadeto zdravje ali povzročena smrt zavarovane osebe in je to povzročila fizična oseba namenoma ali iz malomarnosti, ima Zavod pravico zahtevati povrnitev škode od tistega, ki je namenoma ali iz malomarnosti povzročil okvaro zdravja ali smrt zavarovane osebe. Za škodo, povzročeno s prometnim sredstvom, ima Zavod pravico zahtevati povrnitev te od zavarovalnice z naslova obveznega avtomobilskega zavarovanja.

Posebno odgovornost ima delodajalec, ko gre za povzročeno škodo v zvezi z boleznijo, poškodbo ali smrt zavarovane osebe iz razlogov, ko niso bili izvedeni ustrezni higiensko-sanitarni ukrepi ter ukrepi v zvezi z varnim delom. Delodajalec je še posebej odgovoren, če nastane škoda zaradi tega, ker je bilo delovno razmerje sklenjeno brez predpisanega zdravstvenega pregleda oz. oseba zaradi zdravstvenih razlogov ni bila sposobna opravljati določenih del in nalog, kar se je pozneje ugotovilo z zdravniškim pregledom. Delodajalec je dolžan povrniti povzročeno škodo tudi v primerih, ko je nastala zato, ker Zavod ni dobil podatkov ali je dobil neresnične podatke o dejstvih, od katerih je odvisna pravica do zdravstvenega zavarovanja.

V vseh opisanih primerih mora oseba, delodajalec ali drugi zavezanec Zavodu škodo povrniti v roku, kot ga določa Zakon, v nasprotnem primeru pa Zavod povračilo škode zahteva pri pristojnem sodišču.

## 4 ZAVAROVALNICE

### 4.1 ZAKONSKA UREJENOST ZAVAROVALNIŠTVA

Osnovna dejavnost zavarovalnic, pogoji in način ustanovitve teh družb so posebej urejeni v Zakonu o zavarovalništvu, naš namen pa ni obravnavati zavarovalnice na splošno, ampak le dejavnost zdravstvenega zavarovanja. V Sloveniji lahko opravljata dejavnost s področja zdravstvenega zavarovanja poleg Vzajemne, d.v.z., ki je edina zavarovalnica z izključno dejavnostjo zdravstvenega zavarovanja, še Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d.d., in Adriatic Slovenica, d.d. (ZZavar, 2010, [www.adriatic-slovenica.si](http://www.adriatic-slovenica.si), [www.vzajemna.si](http://www.vzajemna.si), [www.zdravstvena.net](http://www.zdravstvena.net)).

Zdravstveno zavarovanje, ki po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju spada v področje dopolnilnega zavarovanja, lahko poleg že omenjene zavarovalnice Vzajemne, d.v.z., tako opravlja vsaka zavarovalnica, ki izpolnjuje pogoje, kot jih določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Gre za javni interes Republike Slovenije, zato so zavarovalnice kot izvajalke teh storitev vključene v mrežo javne zdravstvene službe in so dolžne na področju dopolnilnega zavarovanja medsebojno sodelovati, s čimer je zagotovljena ažurnost in vsestranska preglednost vseh potrebnih podatkov, kar je še posebej pomembno za delovanje izravnalne sheme dopolnilnega zavarovanja.

Zavarovalnica mora za opravljanje zavarovalnih poslov dopolnilnega zavarovanja, tj. pred pričetkom izvajanja zdravstvenega zavarovanja, pridobiti predhodno soglasje ministra, pristojnega za zdravje. Poleg že omenjenih zahtev, ki jih v zvezi s to obliko zavarovanja določa Zakon, je za pridobitev soglasja v sami vlogi potrebno navesti splošne pogoje za dopolnilno zavarovanje, izjavo, da zavarovalnica vstopa v izravnalno shemo dopolnilnega zavarovanja ter vse potrebne obrazce, tiskovine ter druge listine, ki jih bo zavarovalnica uporabljala v poslovanju z zavarovanci.

Minister za zdravje izda na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter vložene vloge zavarovalnici ustrezno odločbo, ki je dokončna in zoper njo ni dovoljen upravni spor.

## 4.2 IZVAJANJE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V OKVIRU ZAVAROVALNICE

Pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja mora zavarovalnica upoštevati naslednja načela in postopke:

- po načelu enakosti obravnavati vse zavarovance enako, razen v primerih, kot jih določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- urejenost obveznega zdravstvenega zavarovanja s strani oseb, ki se želijo zavarovati,
- obveznost upoštevanja 3-mesečne čakalne dobe od pričetka zavarovanja do uveljavljanja pravic iz zdravstvenega zavarovanja, razen v primerih, kot jih določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, in pribitka na premijo,
- kriti zavarovancu razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev, zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov in deležev teh vrednosti, kot to določa Zakon in splošni pogoji zavarovalnice.

Zavarovalnica sklene zavarovanje za najmanj eno leto, razen v primeru zavarovanja oseb, katerih status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju je časovno omejen (ZZVZZ).

Zavarovalnica ne sme odpovedati pogodbe o zdravstvenem zavarovanju, razen če premija ni plačana. Če oseba do zapadlosti ne plača premije po pogodbi o zdravstvenem zavarovanju, preneha obveznost zavarovalnice po 60 dneh od dneva, ko je bilo zavarovancu vročeno priporočeno pismo z obvestilom o zapadlosti premije. V teh primerih zavarovalnica lahko razdre pogodbo in izterja neplačane premije s pripadajočimi obrestmi.

V vseh postopkih izvajanja zdravstvenega zavarovanja se uporablja Zakon o upravnem postopku pred pristojnim sodiščem v primerih, ko ti niso dokončno rešeni v sami zavarovalnici.

## 5 VZAJEMNA, ZDRAVSTVENA ZAVAROVALNICA, D.V.Z.

### 5.1 OSNOVNA PREDSTAVITEV ZAVAROVALNICE

Vzajemno zdravstveno zavarovalnico je ustanovil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, in sicer kot družbo za vzajemno zavarovanje – d.v.z.

Zavarovalnica je bila ustanovljena 1. novembra 1999 na podlagi Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 29/98), s katerim je bil opravljen prenos prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja z Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na samostojno zavarovalnico. Zavarovalnica je ustanovljena za nedoločen čas in lahko preneha v primerih in pod pogoji, kot jih določata zakon in statut zavarovalnice (Statut Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z.).

Poglavitni del njene dejavnosti predstavljajo dopolnilna zdravstvena zavarovanja, to je dopolnitev k obveznemu zdravstvenemu zavarovanju, tako da so njeni temeljni cilji naslednji:

- zagotavljati članom zavarovalnice dosegljivo in dolgoročno zdravstveno varnost skupaj s področjem obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- izvajati dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki bo dostopno vse zavarovanim osebam v državi, ne glede na njihovo zdravstveno stanje, starost ali druge pogoje in katerega cilj ne bo ustvarjanje dobička,
- članom družbe po načelu vzajemnosti zagotoviti varno, skrbno in stabilno poslovanje z nizkimi stroški,
- uveljavitev načel zavarovalne stroke in aktuarskih načel ter vsestranskega strokovnega razvoja področja vseh zavarovanj, ki jih izvaja zavarovalnica,
- uveljavitev in širitev vseh ostalih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki se ne nanašajo na doplačila, in to tako v Sloveniji kot tudi v tujini,
- vlaganje kapitala v tiste dejavnosti, ki ohranjajo in povečujejo vrednost sredstev družbe in njenih članov ter s tem v obliki bonitet izboljševati njihov položaj,
- zagotavljati jamstva za sklenjena zavarovanja in vložena sredstva,
- izvajati druga zdravstvena, življenjska in ostala zavarovanja ter sodelovati z ostalimi zavarovalnicami.

## **5.2 VRSTE IN OBLIKA PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA, KI SE IZVAJA V VZAJEMNI, D.V.Z.**

Kot je bilo že omenjeno, je Vzajemna edina specializirana zavarovalnica, ki izvaja v okviru prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja vse vrste spodaj navedenih oblik zdravstvenega zavarovanja, saj zavarovalnica Adriatic Slovenica ne opravlja nadomestnega zdravstvenega zavarovanja, zavarovalnica Triglav pa ne nadomestnega, dodatnega in vzporednega zdravstvenega zavarovanja (ZZVZZ).

### **5.2.1 Dopolnilno zdravstveno zavarovanje**

Pri dopolnilnem zavarovanju gre za uresničevanje pravic do zdravstvenih storitev po postopkih in pogojih, kot sicer veljajo za obvezno zavarovanje. Razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki ga po določbi zakona krije obvezno zavarovanje, oz. del te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravil s seznama medsebojno izmenljivih zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov, krije zavarovalnica.

### **5.2.2 Nadomestno zdravstveno zavarovanje**

Nadomestno zavarovanje je namenjeno osebam, ki po predpisih Republike Slovenije ne morejo imeti obveznega zavarovanja. Gre za zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki največ v obsegu standarda obveznega zdravstvenega zavarovanja.

### **5.2.3 Dodatno zdravstveno zavarovanje**

Dodatno zdravstveno zavarovanje ni niti dopolnilno niti nadomestno zdravstveno zavarovanje. Pri njem gre za kritje stroškov zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbo z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki ter za izplačila denarnih prejemkov, ki niso sestavni del obsega kritja z naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

### **5.2.4 Vzporedno zdravstveno zavarovanje**

Zavarovanci se za vzporedno zdravstveno zavarovanje odločijo, če želijo uveljavljati pravice do kritja stroškov zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki, po drugačnih postopkih in drugih pogojih, kot jih obsega obvezno zdravstveno zavarovanje.

## 5.3 ORGANI DRUŽBE

Zavarovanci uveljavljajo svoje pravice v organih družbe v mejah oziroma obsegu svojih pravic, ki jih pridobijo s sklenitvijo zavarovalne pogodbe ter s tem tudi statusa člana družbe.

Organi družbe so:

- skupščina,
- nadzorni svet,
- uprava (Statut Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z.).

### 5.3.1 SKUPŠČINA

Člani družbe izvolijo skupščino, ki jo sestavlja 45 zastopnikov članov; vsak zastopnik ima 2 nadomestna zastopnika. Volitve v skupščino se opravijo vsakih 6 let, kolikor traja volilno obdobje. Natančnejši postopek imenovanja in izvolitve je podrobneje urejen v statutu in drugih splošnih aktih družbe.

Na podlagi določb zakona in statuta tako skupščina odloča predvsem o naslednjih zadevah:

- obravnava splošne usmeritve glede pravic in obveznosti članov družbe,
- podelitvi razrešitve članov uprave in nadzornega sveta,
- izvolitvi in odpoklicu članov nadzornega sveta, ki jih voli skupščina,
- uporabi bilančnega dobička,
- višini plačila in drugih povračilnih stroškov, ki gredo članom nadzornega sveta,
- ukrepih za povečanje oz. zmanjšanje osnovnega kapitala,
- imenovanju in odpoklicu revizorja,
- prenehanju družbe vzajemnega zavarovanja in statusnih spremembah,
- drugih zadevah, ki jih določa zakon, statut in drugi splošni akti zavarovalnice.

### 5.3.2 NADZORNI SVET

Nadzorni svet voli skupščina z navadno večino glasov navzočih zastopnikov.

Nadzorni svet šteje 7 članov, izmed katerih je 5 predstavnikov članov družbe, 2 člana pa sta predstavnika delavcev. Člani nadzornega sveta so izvoljeni za dobo štirih let z možnostjo ponovne izvolitve.

Nadzorni svet sprejema odločitve predvsem o naslednjih zadevah:

- imenuje in odpokliče člane uprave in predsednika uprave,

- zastopa družbo proti članom uprave,
- daje soglasje k poslovnemu načrtu,
- sprejme letno poročilo ter o tem seznanj skupščino,
- skupaj z upravo poda predlog skupščini o uporabi bilančnega dobička,
- daje mnenje k letnemu poročilu o notranjem revidiranju,
- poda predlog skupščini o imenovanju revizorja,
- odloča o nagradi za delo članov uprave,
- obravnava periodična poročila o poslovanju družbe,
- odloča in sprejema odločitve o vseh drugih zadevah, ki so še določene v statutu družbe oziroma v zadevah, ki niso v izrecni pristojnosti skupščine.

Nadzorni svet lahko odpokliče posameznega člana uprave oziroma predsednika v naslednjih primerih:

- če huje krši obveznosti,
- če ni sposoben voditi poslov,
- če mu skupščina izreče nezaupnico, razen če je nezaupnico izrekla iz očitno neutemeljenih razlogov,
- iz drugih ekonomsko-poslovnih razlogov.

### 5.3.3 UPRAVA

Družbo vodi uprava samostojno in na lastno odgovornost, pri čemer mora upoštevati zakone, statut ter druge akte skupščine in nadzornega sveta.

Uprava zastopa družbo in jo predstavlja nasproti tretjim osebam neomejeno, na podlagi statuta pa z omejeno pristojnostjo le v zadevah, za katere mora po statutu obvezno pridobiti predhodno soglasje skupščine ali nadzornega sveta in so kot omejitve tudi vpisane v sodni register.

Mandat predsednika in članov uprave je 5 let, potem so lahko ponovno imenovani brez omejitve, vendar pa se ponovno imenovanje ne sme opraviti prej kot eno leto pred iztekom mandata.

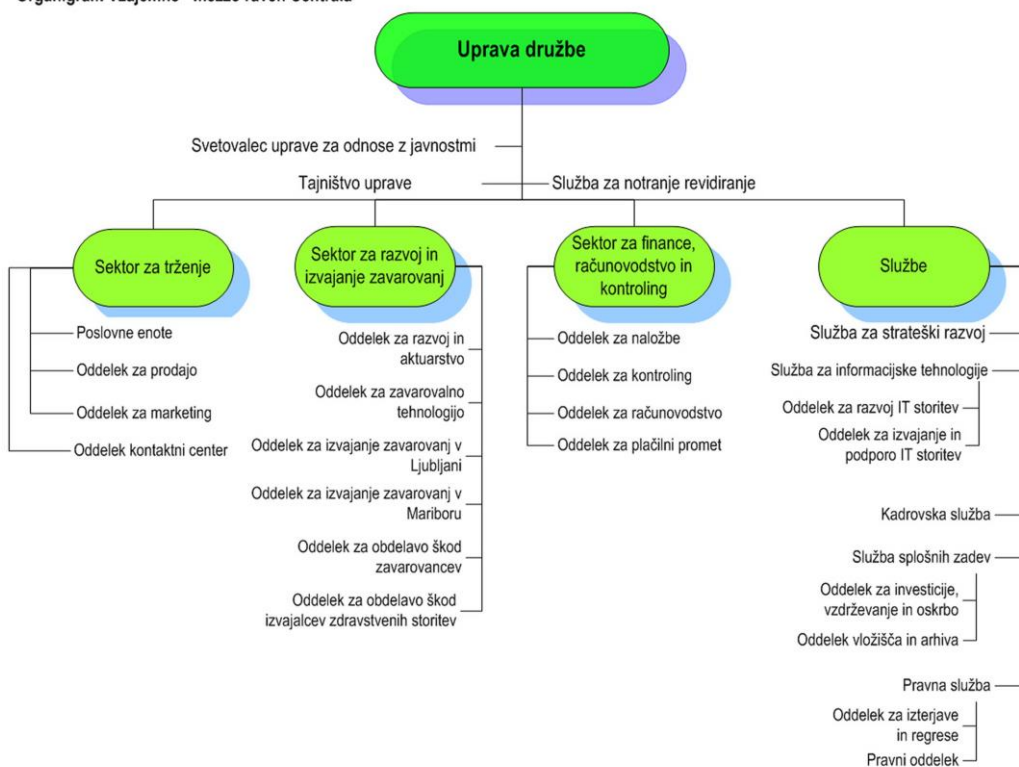
Uprava v okviru svojih pristojnosti in odgovornosti sprejema in odloča predvsem o naslednjih zahtevah:

- odloča o vprašanjih s področja poslovanja družbe,
- sprejema in izvaja ukrepe, ki so potrebni pri opravljanju dejavnosti družbe,
- sprejema splošne in posebne zavarovalne pogoje, premijske sisteme, premijske cenike in druge zavarovalno-tehnične podlage,
- organizira in izvaja delovni proces,
- skrbi za registracijo vpisa in drugih statusnih sprememb v sodni register,
- skrbi, da so vse obveznosti članov iz zavarovalnih pogodb pravilno vplačane,

- poroča nadzornemu svetu o načrtovani poslovni politiki, donosnosti družbe, prometu in finančnem stanju družbe ter drugih poslih, ki lahko pomembno vplivajo na donosnost ali plačilno sposobnost družbe,
- odloča o sklicu skupščine in predlaga predsednika skupščine,
- opravlja druge naloge v skladu s statutom in drugimi akti zavarovalnice.

Notranja organiziranost Vzajemne je razvidna iz spodnjega organigrama.

Organigram Vzajemne - mezo raven Centrala



Slika 3: Organigram Vzajemne  
(Vir: Revidirano letno poročilo za leto 2012)



## 6 POZNAVANJE OBSEGA IN VSEBINE DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA VZAJEMNE

V prejšnjih poglavjih smo podrobneje predstavili obvezno zdravstveno zavarovanje, pa tudi posamezne vrste prostovoljnega zavarovanja, s posebnim poudarkom na vsebini in obsegu dopolnilnega zavarovanja.

Ker želimo ugotoviti, v kolikšni meri občani poznajo dopolnilno zavarovanje, smo tako v empiričnem delu diplomske naloge z anketo, opravljeno med člani družinskih skupnosti oz. družin, ki štejejo najmanj 3 člane, ugotovili, kolikšno je njihovo poznavanje te vrste dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Na ta način bomo tako v štirih različnih okoljih na 157 obravnavanih primerih ugotovili, kakšno je število teh članov po spolu in v katero starostno skupino spadajo, podrobneje pa tudi njihov status z vidika zaposlenosti, vrste in obsega prostovoljnega zavarovanja in razloge, zaradi katerih anketiranci niso vključeni v dopolnilno zdravstveno zavarovanje pri zavarovalnici Vzajemni.

### 6.1 IZVEDBA ANKETE

Pri izvedbi ankete smo sodelovali štirje anketarji; vsak je obiskal deset družin, tako da smo prejeli odgovore od 157 občanov s posameznih območij, ki so bila razvrščena na:

- mesto,
- vasi,
- kmečko okolje in
- primestno-poslovne cone.

Na anketna vprašanja je odgovarjal član družine oz. družinske skupnosti, ki ga je določila družina sama. Anketa je bila povsem anonimna, saj nikogar nismo spraševali po osebnih podatkih, temveč le po spolu, starosti in statusu članov družine oz. družinske skupnosti ter jim postavili še nekatera druga vprašanja:

1. Koliko članov šteje vaša družina oziroma družinska skupnost?
2. Razvrstite število družinskih članov po njihovem spolu.
3. Razvrstite člane družine po starostnih skupinah.
4. Opredelite zaposlenost družinskih članov.
5. Število družinskih članov po njihovem statusu.
6. Število prej navedenih družinskih članov (vpr. 5), ki so po njihovem statusu že koristili dopolnilno zavarovanje.
7. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje vam plačuje?
8. Ali so zneski plačila dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja primerni?

9. Kaj je razlog, da niste dopolnilno zdravstveno zavarovani?
10. Ali ste dovolj seznanjeni z vsebino in obsegom dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja s strani same zavarovalnice?
11. V katero vrsto spodaj navedenih prostovoljnih zavarovanj ste vključeni?

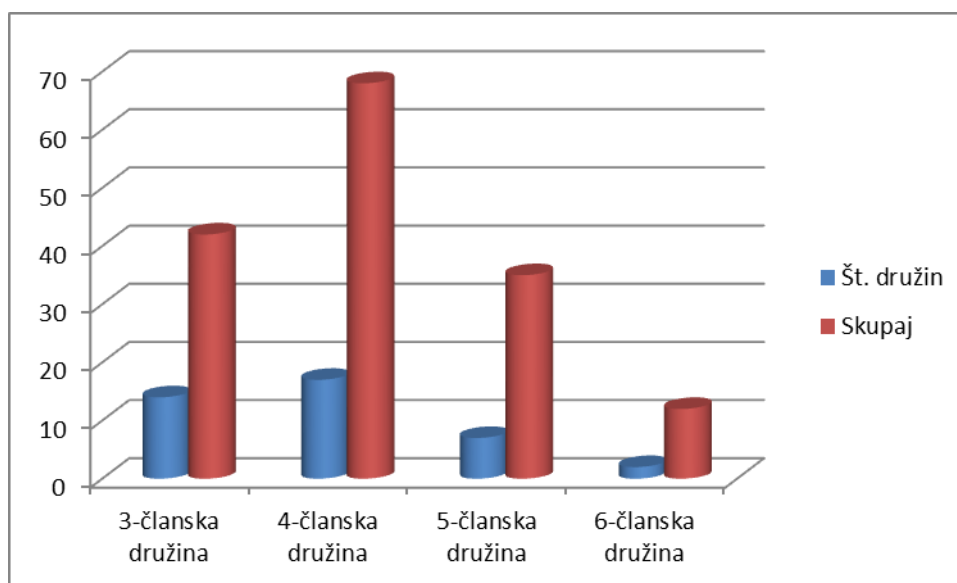
Celotna vsebina anketnega lista z zgoraj navedenimi vprašanji in njihovo razčlenitvijo je razvidna iz priloženega anketnega lista, ki je v prilogi te naloge.

## 6.2 ANALIZA ANKETE

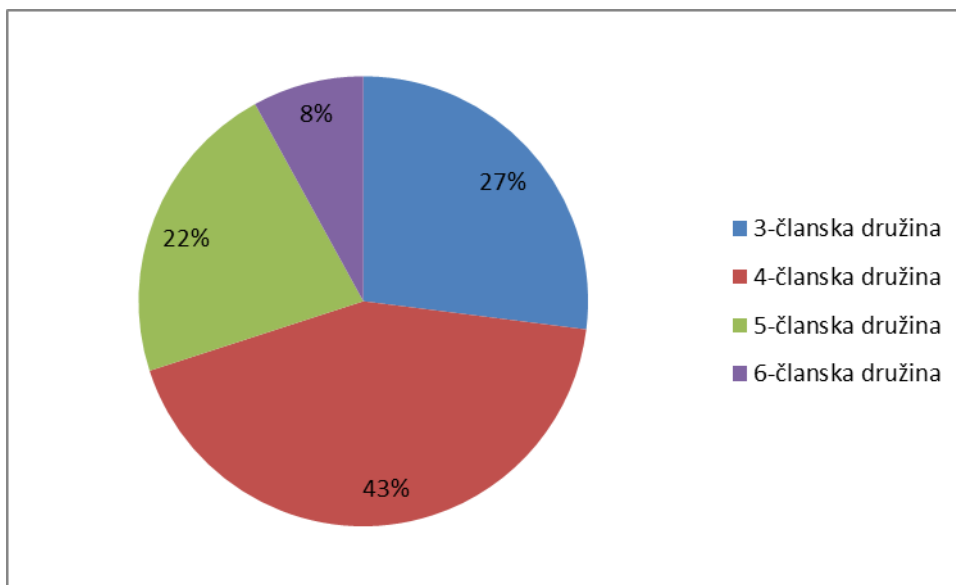
1. V prvem vprašanju smo ugotovili, koliko članov šteje družina oz. družinska skupnost.

	Člani	Št. družin	Skupaj	Delež
	3	14	42	27 %
	4	17	68	43 %
	5	7	35	22 %
	6	2	12	8 %
Skupaj	18	40	157	100 %

Tabela 1: Število družinskih članov



Slika 4: Numerični prikaz velikosti družine

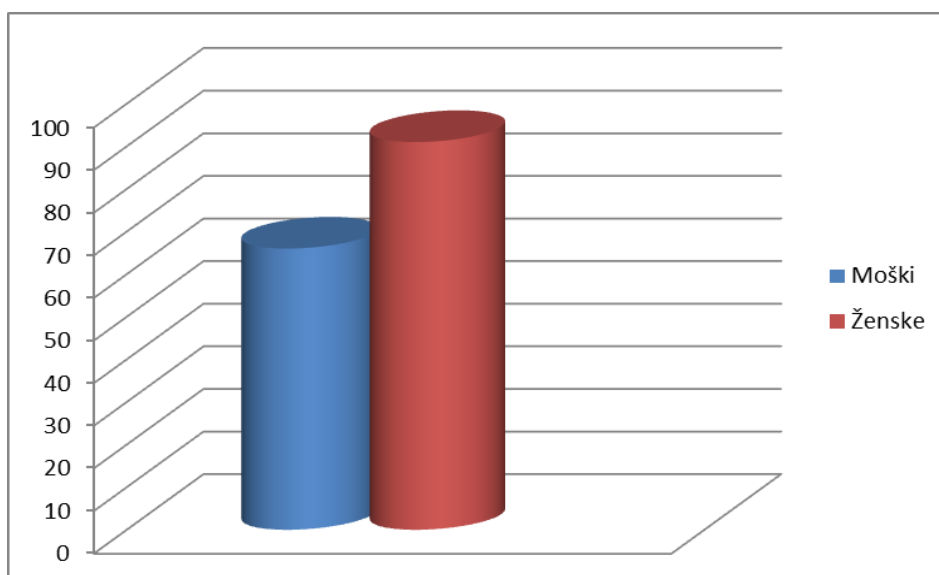


Slika 5: Prikaz velikosti družine v odstotkih

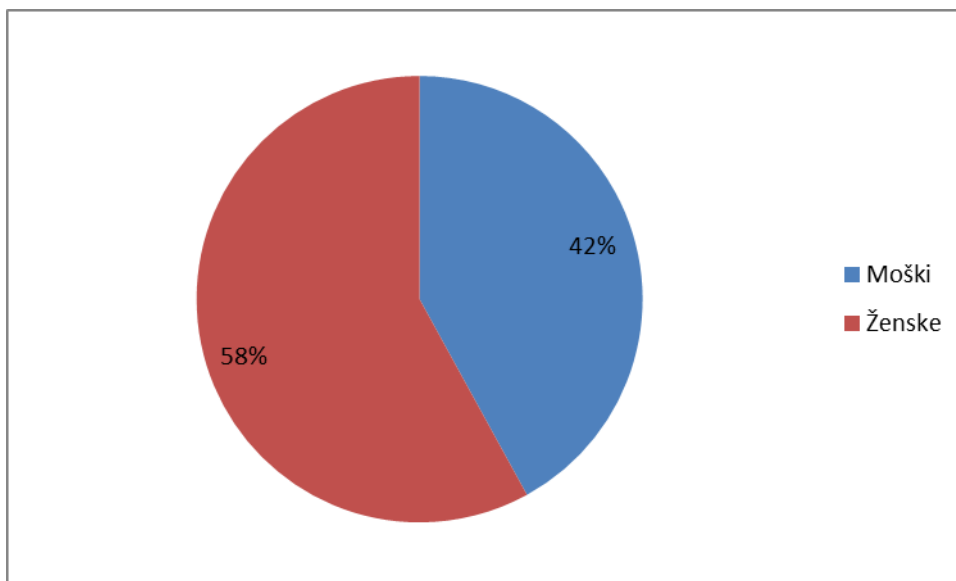
2. Drugo vprašanje nam je dalo odgovor o razvrstitvi družinskih članov glede na spol.

Moški	Ženske	Skupaj
66	91	157
42 %	58 %	100 %

Tabela 2: Razvrstitev družinskih članov glede na spol



Slika 6: Numerična razvrstitev družinskih članov po spolu

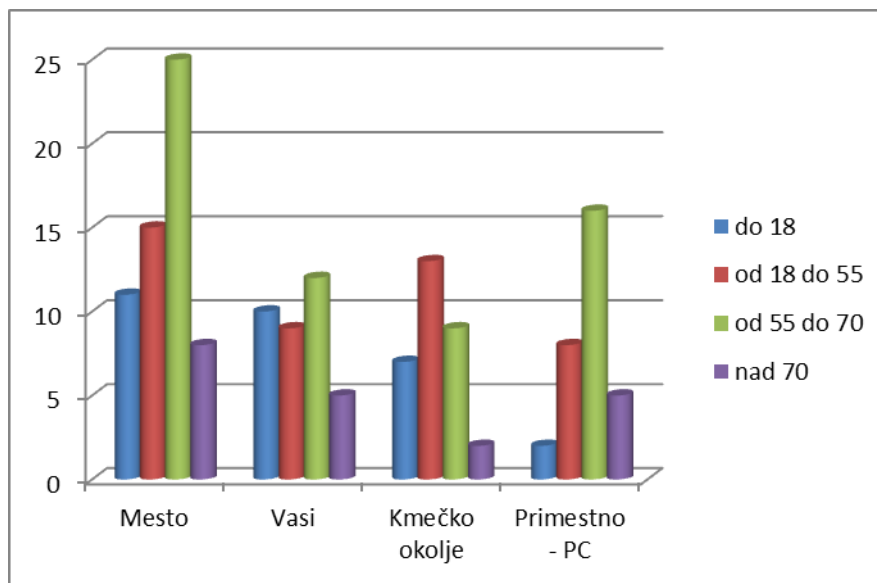


Slika 7: Razvrstitev družinskih članov po spolu v odstotkih

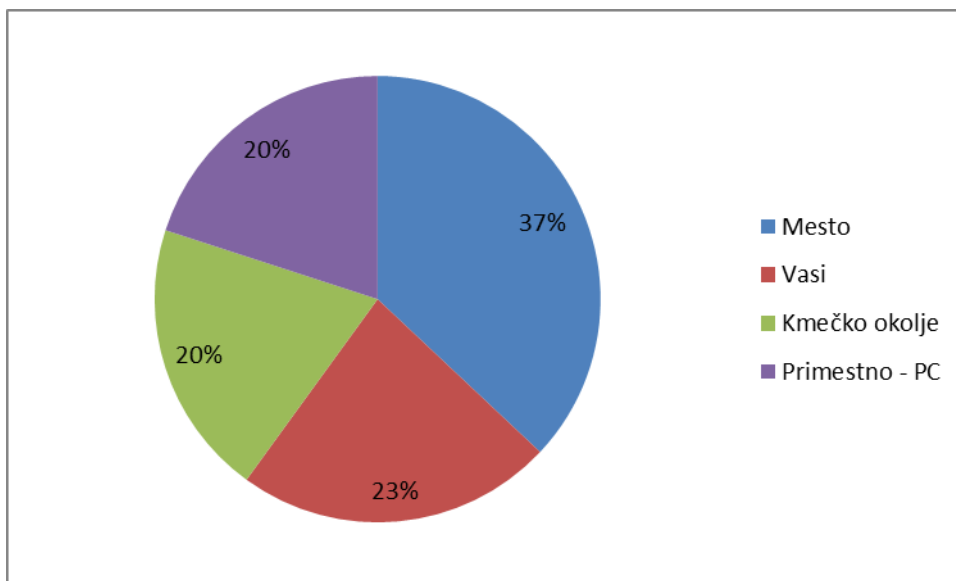
3. Tretje vprašanje nam je dalo odgovor o starostni strukturi družine po posameznih območjih.

Območje	do 18	od 18 do 55	od 55 do 70	nad 70	Skupaj	Odstotek
Mesto	11	15	25	8	59	37 %
Vasi	10	9	12	5	36	23 %
Kmečko okolje	7	13	9	2	31	20 %
Primestno-posl. cone	2	8	16	5	31	20 %
Skupaj	30	45	62	20	157	100 %
Odstotek	19 %	29 %	39 %	13 %	100 %	

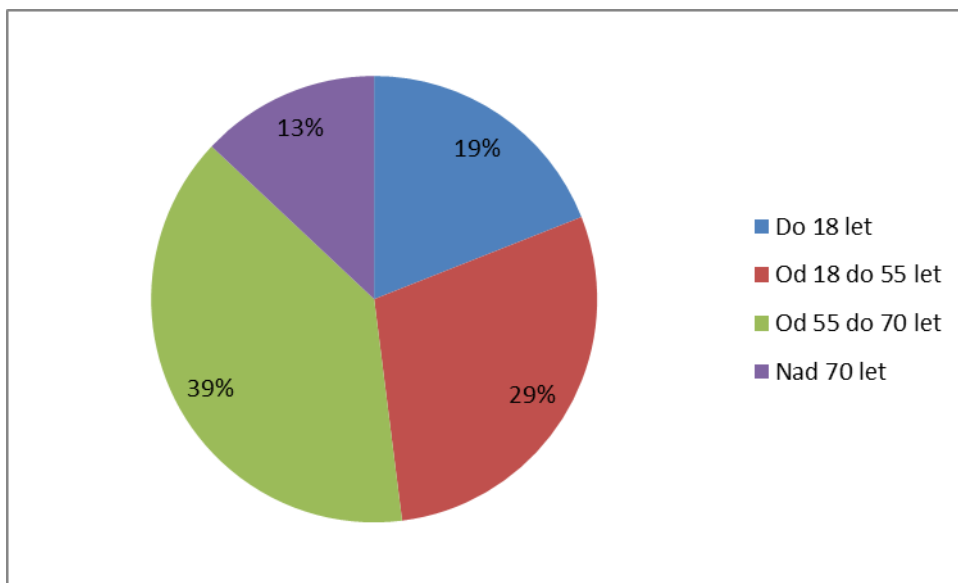
Tabela 3: Starostne strukture družine po posameznih področjih



Slika 8: Numerični prikaz anketirancev po območju in njihovi starosti



Slika 9: Prikaz anketirancev po območju v odstotkih

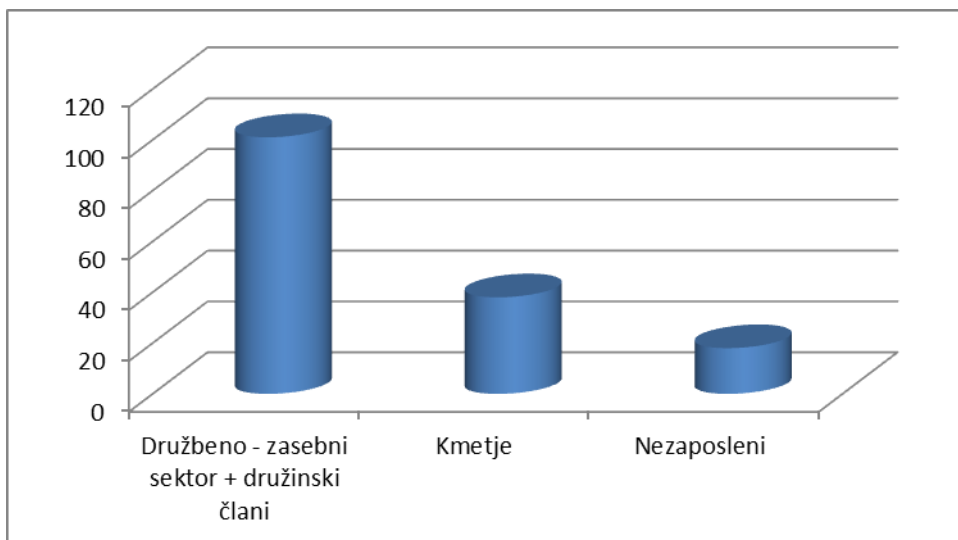


Slika 10: Prikaz anketirancev po starosti v odstotkih

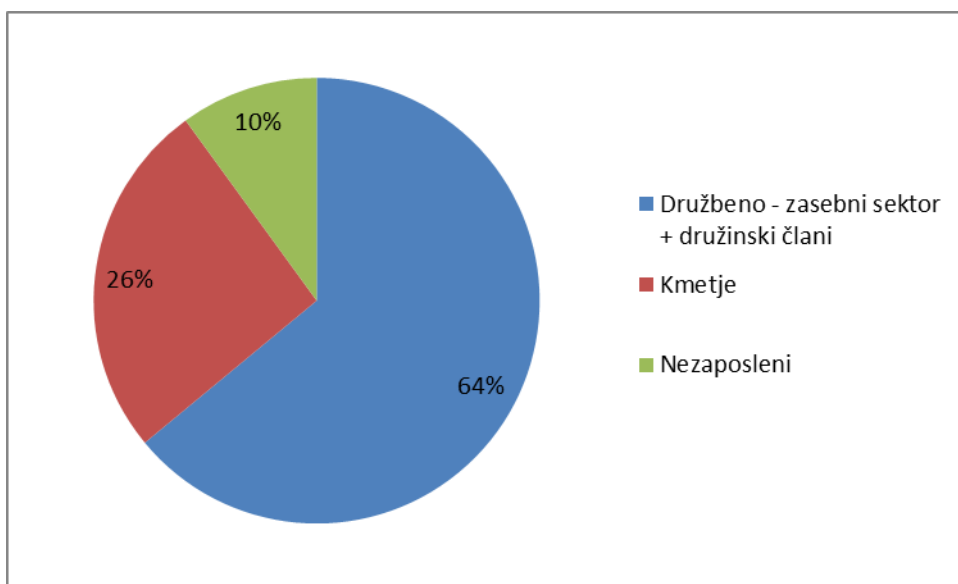
#### 4. Zaposlenost anketirancev

Sektor	Število	Odstotek
Družbeno-zasebni sektor + družinski člani	101	64 %
Kmetje	41	26 %
Nezaposleni	15	10 %
Skupaj	157	100 %

Tabela 4: Zaposlenost anketirancev



Slika 11: Numerični prikaz družinskih članov po zaposlitvi

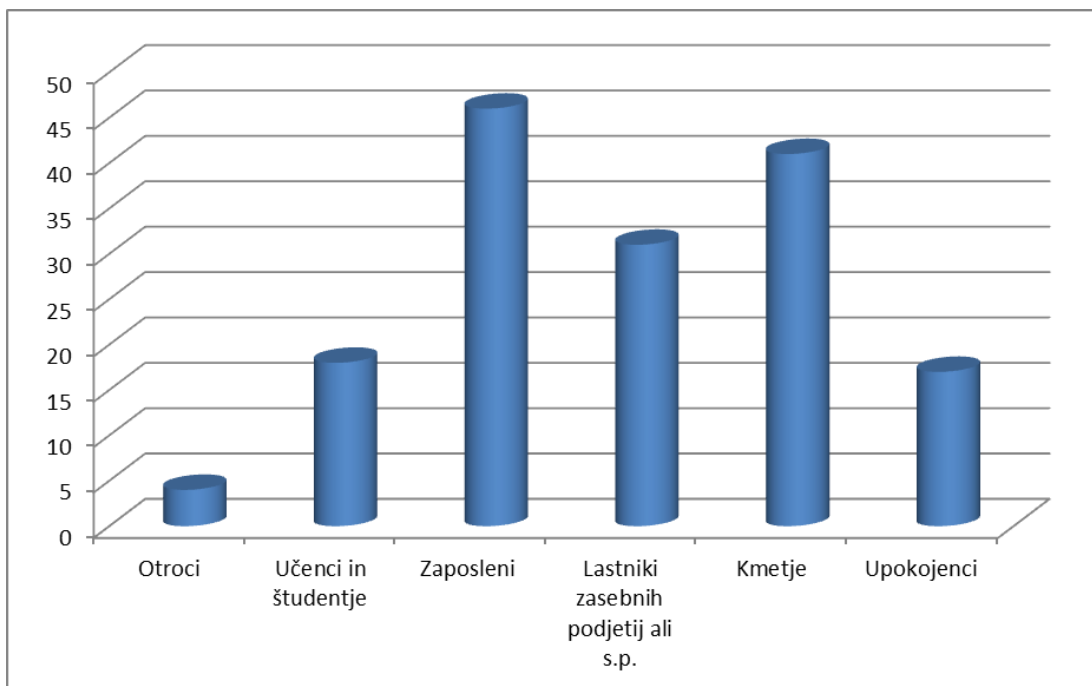


Slika 12: Prikaz družinskih članov po zaposlitvi v odstotkih

## 5. Status družinskih članov

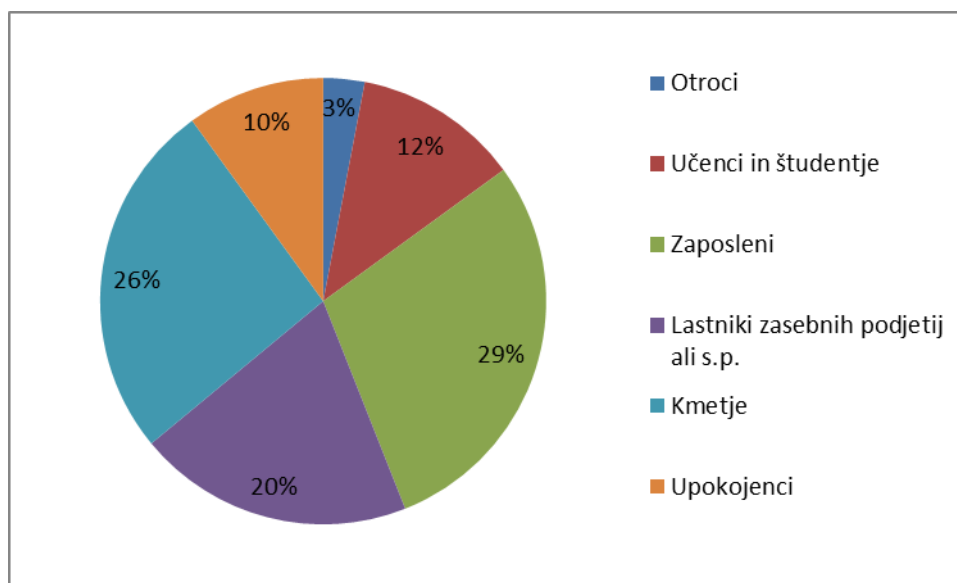
Status	Število	Odstotek
Otroci	4	3 %
Učenci in študentje	18	9 %
Zaposleni	46	32 %
Lastniki zasebnih podjetij ali s.p.	31	20 %
Kmetje	41	26 %
Upokojenci	17	10 %
Skupaj	157	100 %

Tabela 5: Status družinskih članov



Slika 13: Numerični prikaz družinskih članov po njihovem statusu





Slika 14: Prikaz družinskih članov po njihovem statusu v odstotkih

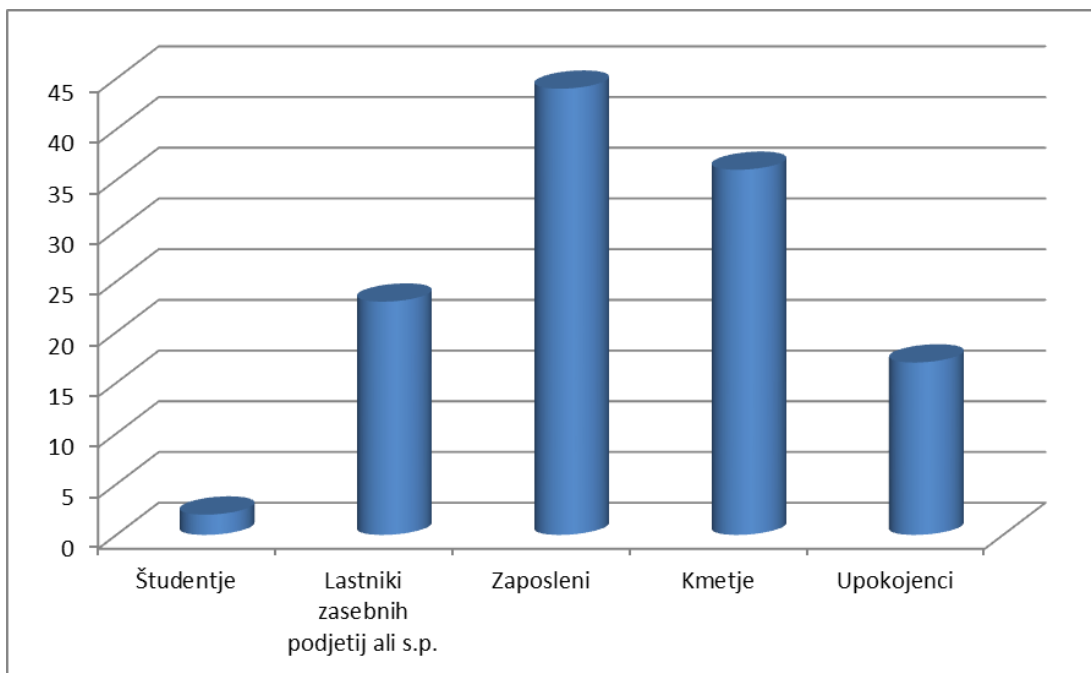
#### 6. Koriščenje prostovoljnega zavarovanja po statusu zavarovancev

Iz numeričnega prikaza in deležev zavarovancev je izvzetih 20 anketirancev (otroci, učenci in študentje v okviru družinske skupnosti), ki po ZZVZZ ne morejo biti dodatno zdravstveno zavarovani glede na to, da imajo celotni obseg zdravstvenega varstva zagotovljen v okviru obveznega zavarovanja, in 15 nezavarovanih anketirancev.

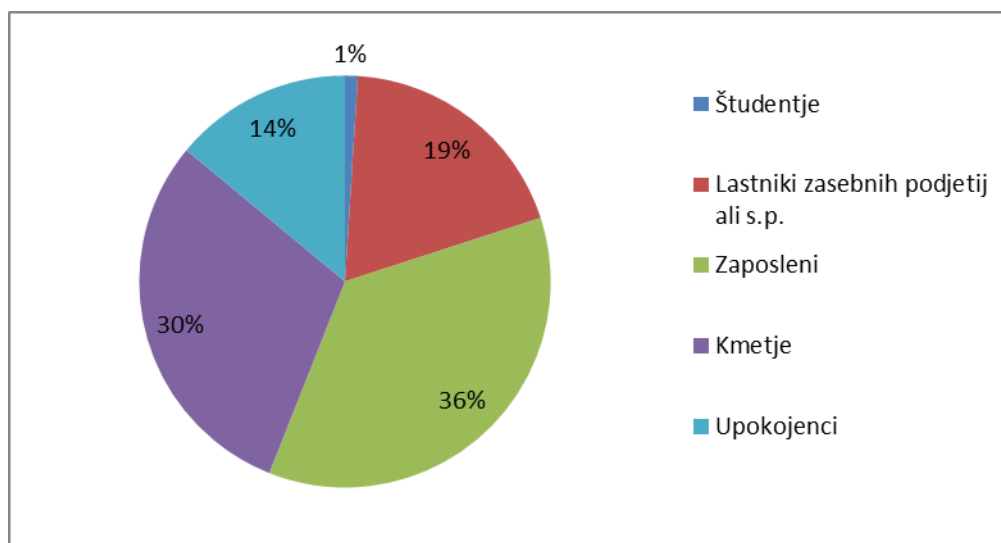
Navedena številka in delež zavarovancev sta iz zgoraj navedenih razlogov razvidna iz analize odgovorov vprašanj pod št. 7, 8, 9 in 10.

Status	Število	Odstotek
Študentje	2	1 %
Lastniki zasebnih podjetij ali s.p.	23	19 %
Zaposleni	44	36 %
Kmetje	36	30 %
Upokojenci	17	14 %
Skupaj	122	100 %

Tabela 6: Koriščenje prostovoljnega zavarovanja po statusu zavarovancev



Slika 15: Numerični prikaz družinskih članov, ki so že koristili dopolnilno zavarovanje

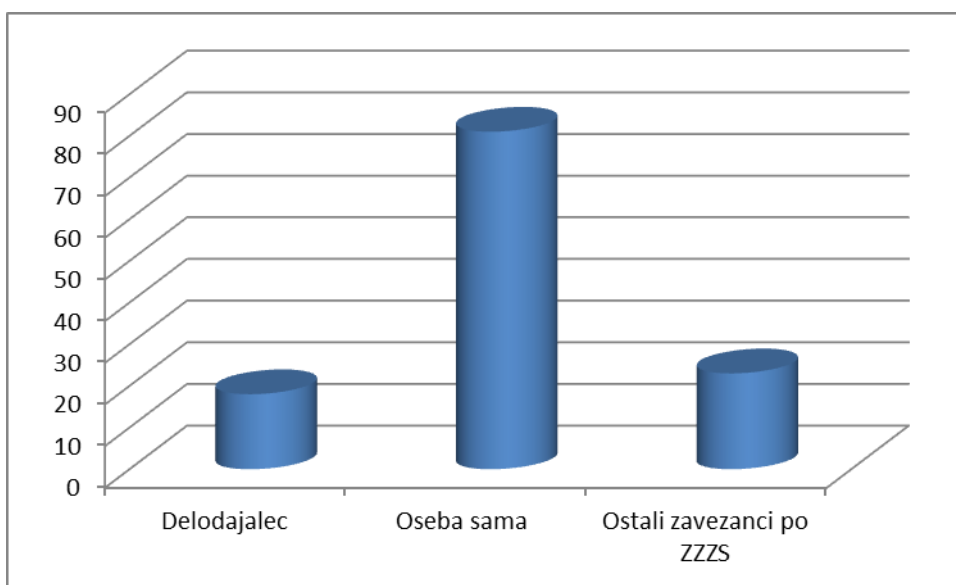


Slika 16: Prikaz družinskih članov, ki so že koristili dopolnilno zavarovanje, v odstotkih

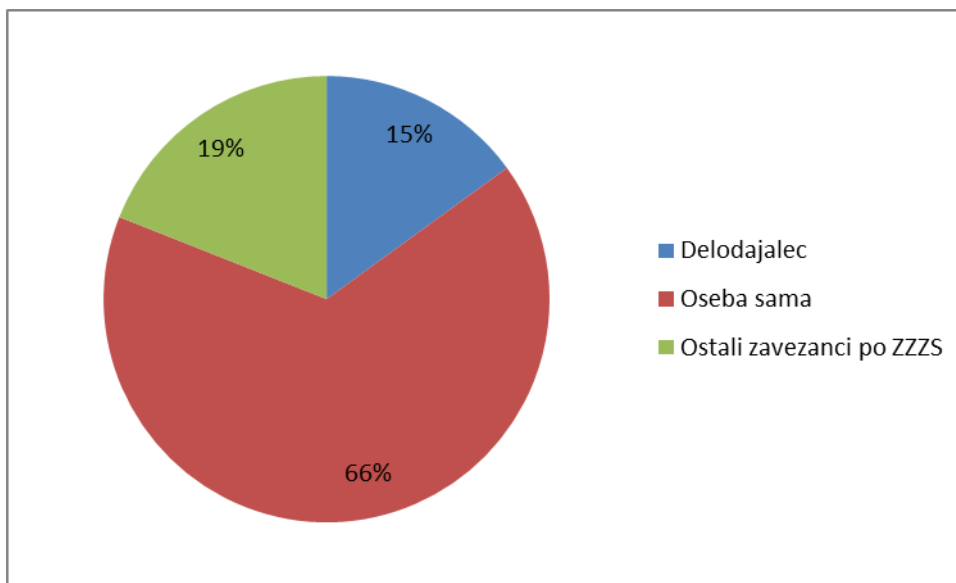
## 7. Plačniki dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja

Plačniki	Število	Odstotek
Delodajalec	18	15 %
Oseba sama	81	66 %
Ostali zavezanci po ZZZS	23	19 %
Skupaj	122	100 %

Tabela 7: Plačniki dodatnega zdravstvenega zavarovanja



Slika 17: Numerični prikaz plačnikov dopolnilnega zavarovanja

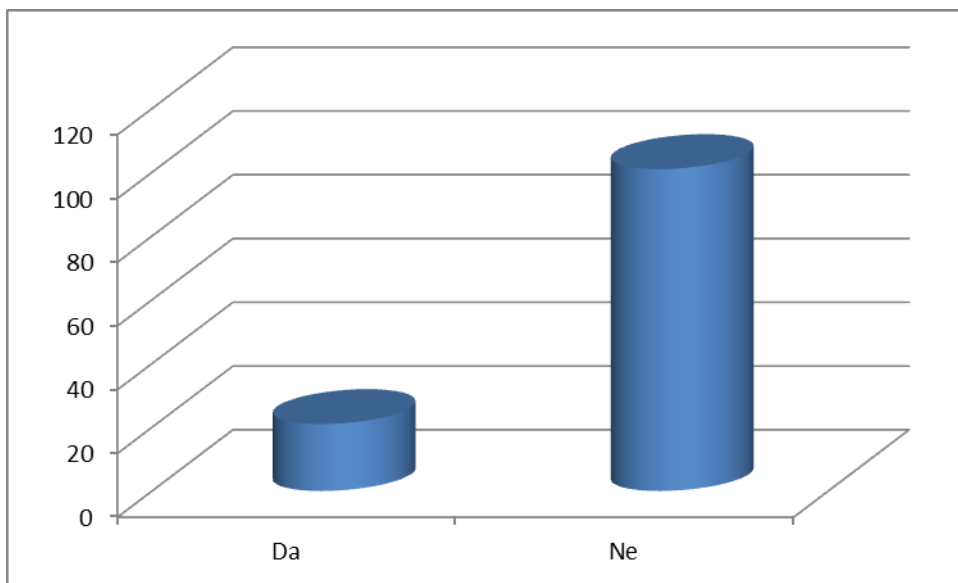


Slika 18: Prikaz plačnikov dopolnilnega zavarovanja v odstotkih

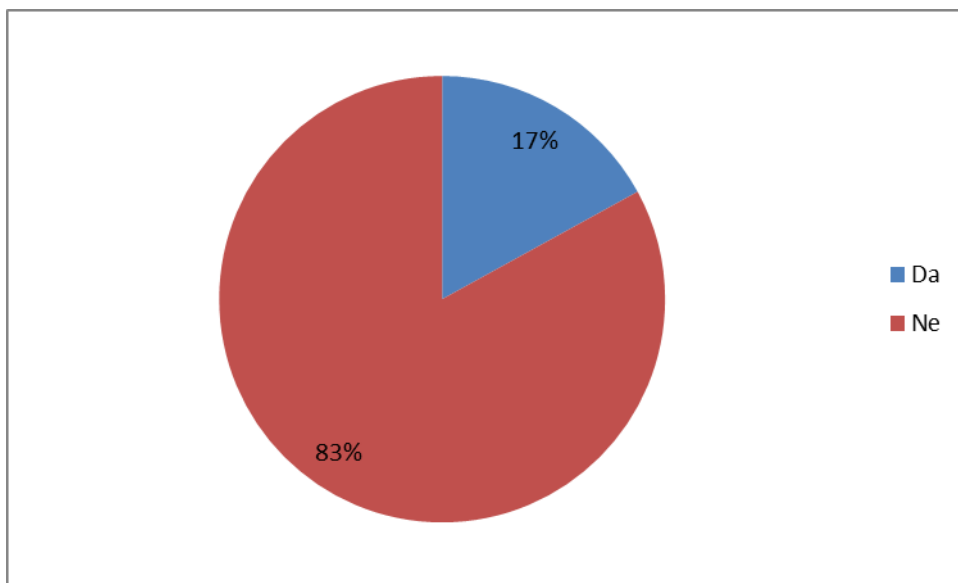
8. Mnenje anketirancev o primernosti višine zneska za plačilo dopolnilnega zavarovanja. Odgovor DA pomeni, da anketiranec soglaša z višino zneska za plačilo dopolnilnega zavarovanja, odgovor NE pa pomeni, da je znesek previsok.

	Število	Odstotek
Da	21	17 %
Ne	101	83 %
Skupaj	122	100 %

Tabela 8: Mnenje anketirancev o primernosti višine zneska za plačilo dopolnilnega zavarovanja



Slika 19: Numerični prikaz o primernosti zneska plačila dodatnega zavarovanja

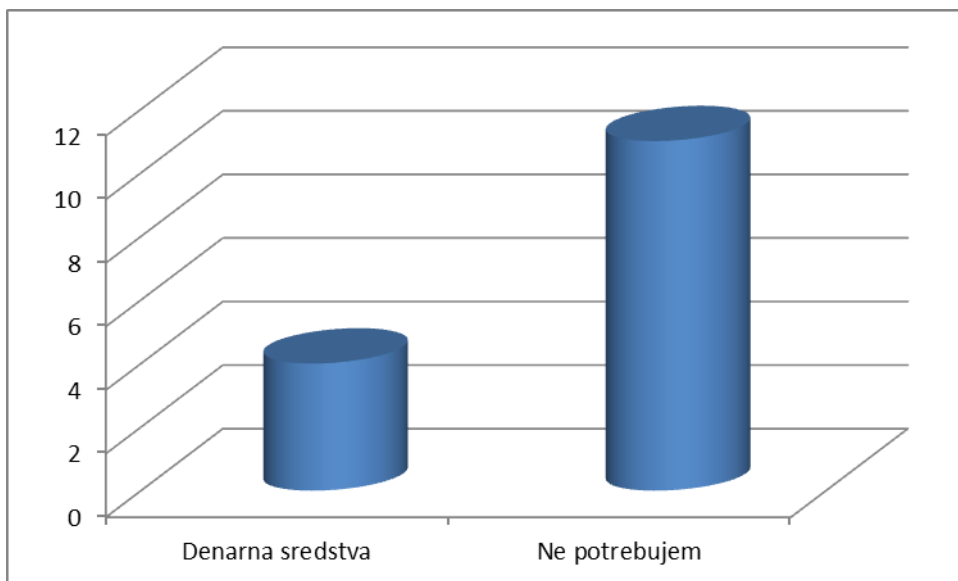


Slika 20: Prikaz o primernosti zneska plačila dodatnega zavarovanja v odstotkih

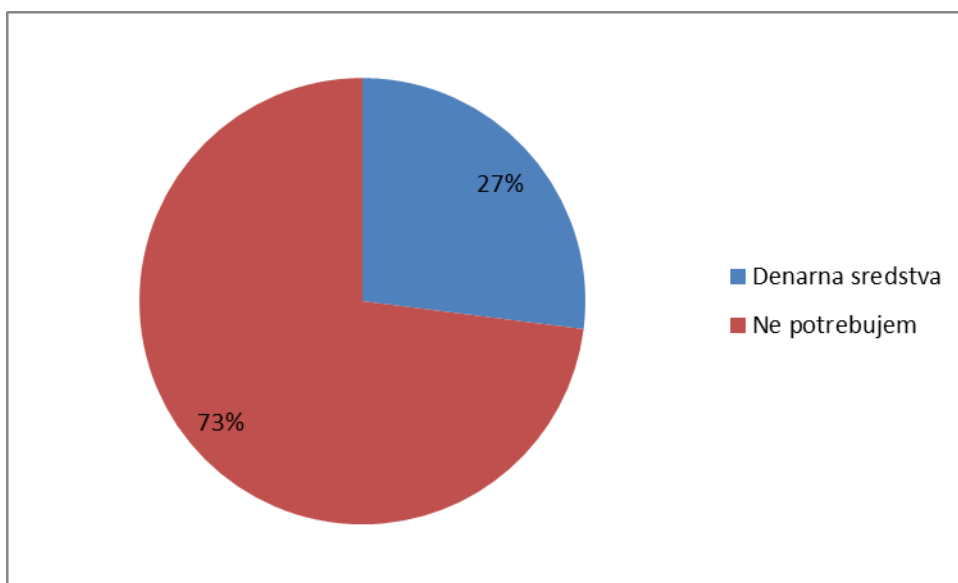
## 9. Razlogi za nezavarovanost anketirancev

	Število	Odstotek
Denarna sredstva	4	27 %
Ne potrebujem	11	73 %
Skupaj	15	100 %

Tabela 9: Razlogi za nezavarovanost anketirancev



Slika 21: Numerični prikaz razlogov za nezavarovanje



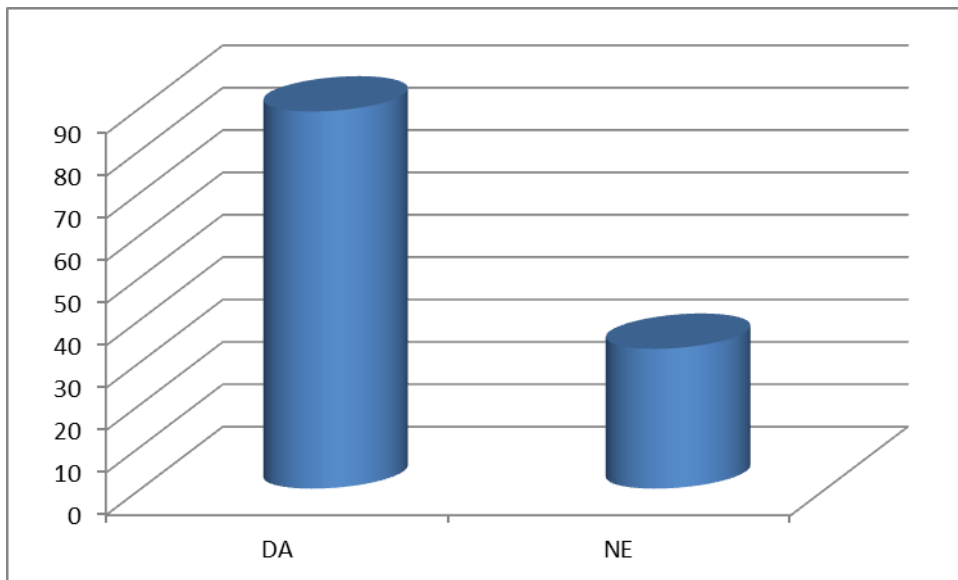
Slika 22: Prikaz razlogov za nezavarovanje v odstotkih

10. Kolikšno je število oziroma delež anketirancev, ki so odgovarjali na seznanjenost z vsebino in obsegom dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja s strani zavarovalnice, je razvidno iz spodnje tabele oziroma grafa.

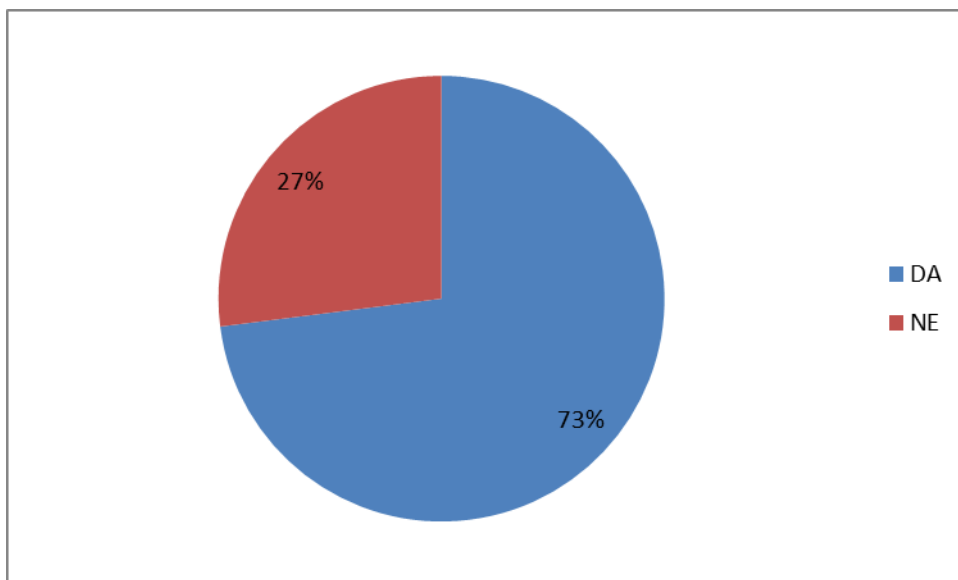
	Število	Odstotek
DA	89	73 %
NE	33	27 %
Skupaj	122	100 %

Tabela 10: Mnenje anketirancev o poznavanju dopolnilnega zavarovanja

Odgovorili DA pomeni, da so dobro seznanjeni z vsebino in obsegom dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja s strani zavarovalnice, teh je kar 73 %, medtem ko je z NE odgovorilo manjše število anketirancev oziroma 27 % vprašanih, ki menijo, da niso dobro seznanjeni.



Slika 23: Numerični prikaz zadovoljstva zavarovancev s predstavitvijo vsebine in obsega zavarovanja

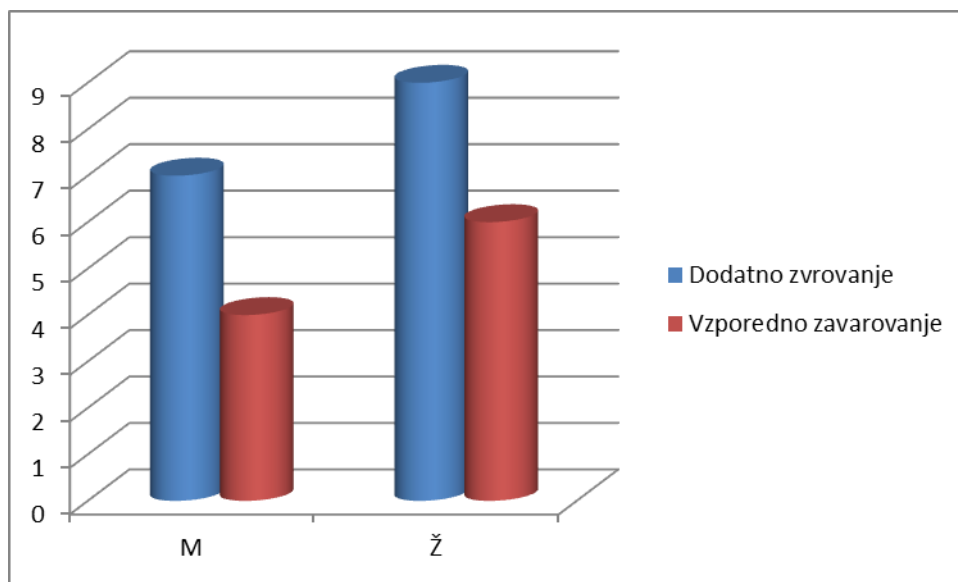


Slika 24: Prikaz zadovoljstva zavarovancev s predstavitvijo vsebine in obsega zavarovanja v odstotkih

11. Iz tabele je razvidno, koliko zavarovancev ima poleg dopolnilnega zavarovanja urejeno še dodatno zavarovanje ali vzporedno zavarovanje, po spolu in po vrsti zavarovanja.

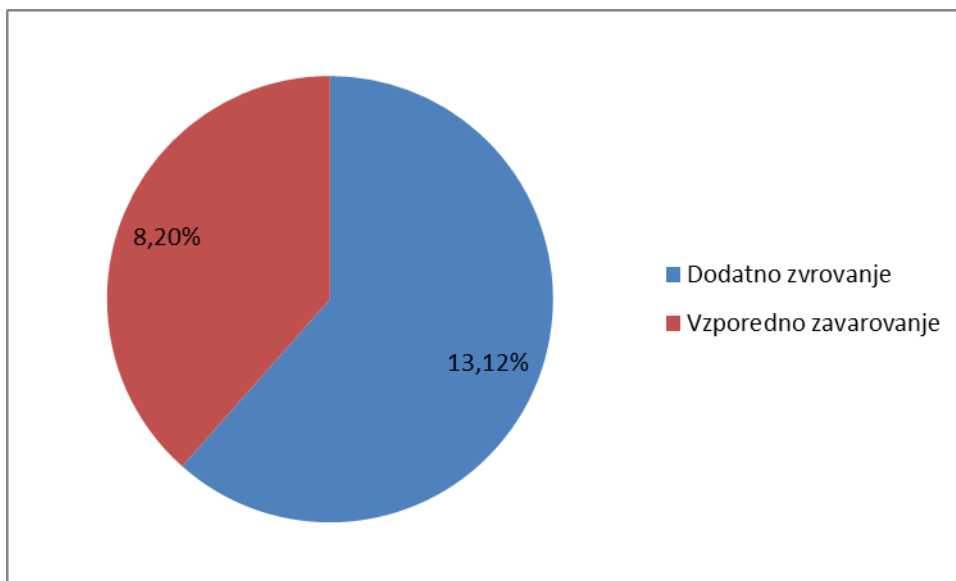
Vrsta zavarovanja	M	Ž	Skupaj	Odstotek
Dodatno zavarovanje	7	9	16	13,12 %
Vzporedno zavarovanje	4	6	10	8,20 %
Skupaj	11	15	26	21,32 %

Tabela 11: Zavarovanci, ki imajo tudi dodatno ali vzporedno zavarovanje, po spolu



Slika 25: Numerični prikaz urejenosti tudi dodatnega oziroma vzporednega zavarovanja po spolu

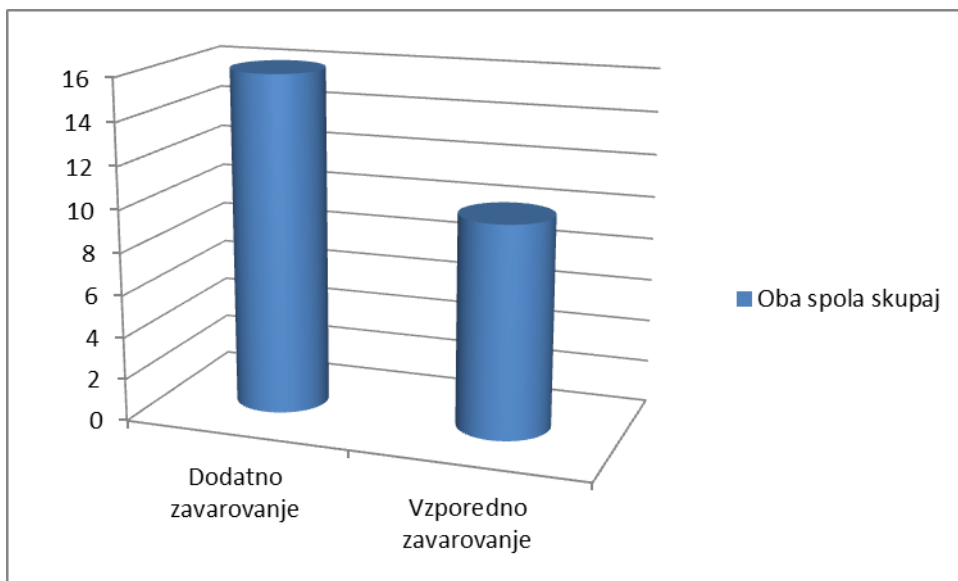




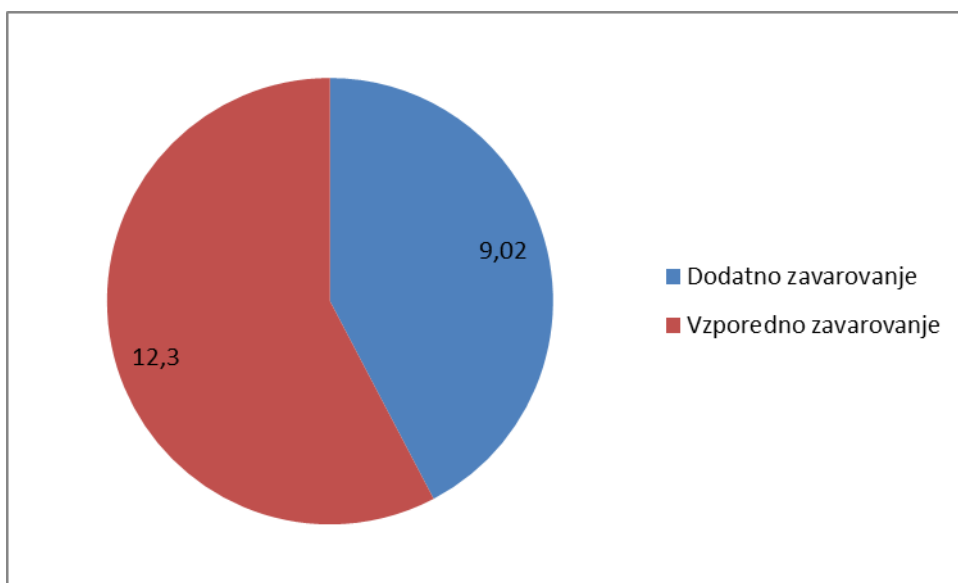
Slika 26: Prikaz urejenosti tudi dodatnega oziroma vzporednega zavarovanja po spolu v odstotkih

Vrsta zavarovanja	M	Ž	Skupaj
Dodatno zavarovanje	7	9	16
Vzporedno zavarovanje	4	6	10
Skupaj	11	15	26
Odstotek	9,02 %	12,30 %	21,32 %

Tabela 12: Zavarovanci, ki imajo tudi dodatno ali vzporedno zavarovanje, po vrsti zavarovanja



Slika 27: Numerični prikaz urejenosti tudi dodatnega oziroma vzporednega zavarovanja po vrsti zavarovanja



Slika 28: Prikaz urejenosti tudi dodatnega oziroma vzporednega zavarovanja po vrsti zavarovanja v odstotkih

## 7 ZAKLJUČEK

V zaključku podajamo sklepne ugotovitve o poznavanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja kot rezultat analize posameznih vprašanj na izbranem vzorcu 157 anketirancev iz štirih vnaprej izbranih območij. Gre za območja ožjega dela mesta Kranja in drugih naselij Gorenjske, ki spadajo v delokrog PE Kranj, Vzajemne, d.v.z. Prikazani vzorec tako delno predstavlja predvsem Gorenjsko.

Podrobnejša analiza posameznih vprašanj kaže, da je v našem vzorcu v dopolnilno zdravstveno zavarovanje vključenih skoraj tretjina več žensk kot moških, največji delež anketirancev je sicer z območja mesta (37 %), skoraj povsem enaka pa je zastopanost ostalih treh območij, to je vasi, kmečkega okolja in primestno-industrijskega območja (20 oziroma 23 %).

Zelo pomembna je ugotovitev, da je največje število anketirancev starih od 55 do 77 let (39 %) ter 18 do 55 let (29 %), kar kaže na dejstvo, da gre za aktivno prebivalstvo, to je tisti del zavarovancev, ki so zaposleni oziroma delovno aktivni, saj je od skupnega števila 157 anketirancev nezaposlenih le 15 oziroma 10 %.

Podobno ugotovitev o delovno aktivnem prebivalstvu kaže analiza tudi z vidika statusa samih družinskih članov, ki prav tako potrjuje, da je 52 % vprašanih zaposlenih oziroma so lastniki zasebnih podjetij ali s.p., 26 % pa kmetov, torej tistih, ki se pridobitno ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo. Prav ta kategorija zavarovancev je tudi že koristila pravice iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kar govori podatek, da je od teh 55 % zaposlenih oziroma so lastniki zasebnih podjetij ali s.p., pa tudi 30 % kmetov.

Iz zgornjih ugotovitev, kot jih je pokazala podrobnejša analiza danih odgovorov iz anketnega vprašalnika, je tako razvidno, da je v dopolnilno zdravstveno zavarovanje vključeno več žensk kot moških, prav tako pa je potrjena hipoteza, da gre za aktivno prebivalstvo, ki je vključeno v to obliko zavarovanja, kar potrjuje tudi podatek, da je več kot polovica, to je 55 % zaposlenih in tistih zavarovancev, ki so lastniki zasebnih podjetij ali s.p., kakor tudi 30 % kmetov že koristilo pravice iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Iz teh ugotovitev je pomembno tudi dejstvo, da je starostna struktura zavarovancev največja v starostni meji 55 do 77 let (39 %) ter od 18 do 55 let (29 %), kar nedvomno kaže, da se zaposleni bistveno bolj zavedajo odgovornosti in nujnosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Pri tem so v večji meri vključene ženske z območja mesta ter precej manj z ostalih območij, to je med 20 in 23 %, kar kaže, da so ženske z mestnega območja bolj zdravstveno ozaveščene kot moški. Ta ugotovitev nam zato narekuje, da pri našem nadaljnjem delu usmerimo večjo aktivnost na ostala območja, ki so bila vključena v anketni vprašalnik.

Zato je za doseganje boljših rezultatov pri povečanju števila zavarovancev potrebno:

- organizirati več strokovnih predavanj o obolevnosti žensk, zlasti o tistih boleznih, za katere ženske v svoji fertilni dobi najpogosteje obolevajo, ter drugih boleznih, ki so z vidika delovnega okolja zdravstveno škodljive za zaposlitev žensk na teh delovnih mestih (delov v prahu, vlagi, izmensko delo idr.),
- enak predlog je z vidika večje osveščenosti in poznavanja bolezni, ki so v večji meri prisotne pri moških, treba upoštevati tudi pri nadaljnjih aktivnostih za izboljšanje odstotka moških zavarovancev,
- za doseganje boljših rezultatov je zato treba pri zgoraj omenjenih aktivnostih vključiti ustrezne zdravstvene strokovnjake (zdravnike ter drugo medicinsko osebje) s strani zavarovalnice, prav tako pa tudi same zavarovance, ki so že koristili pravice z naslova dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ter s tem povezane dane ugodnosti. Prav tako je v ta sklop treba vključiti tudi tiste posameznike, ki doslej niso bili dopolnilno zdravstveno zavarovani in so zato imeli velike finančne stroške v zvezi s samim zdravljenjem (specialistični pregledi, zobna in druga protetika, zdravljenje v bolnišnici in zdravilišču idr.),
- omenjene aktivnosti naj bi se tako izvajale preko organiziranih strokovnih predavanj, okroglih miz, neposrednih stikov strokovnih delavcev zavarovalnice s pristojnimi službami v gospodarskih družbah, ustanovah, zavodih in drugih inštitucijah, pri čemer je treba poseben poudarek nameniti učencem v srednjih in drugih višjih ter visokih šolah (študentje),
- poskrbeti je treba za še boljšo medijsko osveščenost vseh prebivalcev in delodajalcev oziroma vodstvenih delavcev v vseh zgoraj omenjenih organizacijah, saj je zdrav delavec najučinkovitejši ter hkrati za delodajalca najcenejši,
- ne nazadnje je pri vseh zgoraj opisanih nadaljnjih aktivnostih vsekakor potrebna še večja angažiranost zavarovalnice predvsem na območjih vasi, kmečkega in primestnega okolja, kjer je sama ozaveščenost prebivalstva z vidika nujnosti ureditve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja najnižja, in sicer gre po rezultatih ankete samo za petino ljudi.

Dokaj majhnemu deležu, 15 %, dopolnilno zdravstveno zavarovanje plačujejo delodajalci, medtem ko zavarovanec kot samostojna oseba to zavarovanje plačuje kar v 66 %, za ostale zavarovance pa te prispevke plačujejo ustrezne inštitucije oziroma zavodi po določbah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Iz analize nadaljnjih vprašanj ankete sledi, da plačilo zneska za dopolnilno zavarovanje predstavlja veliko finančno obremenitev za zavarovanca, če ga mora plačati sam. Skoraj 10 % anketirancev meni, da dopolnilnega zavarovanja ne potrebujejo. Razveseljiva je ugotovitev, da je kar 73 % anketirancev dovolj dobro

seznanjena z vsebino in obsegom dodatnega zdravstvenega zavarovanja s strani zavarovalnice. Prav tako pa se je izkazalo tudi dejstvo, da je več kot 21 % anketirancev vključenih v dodatno oziroma vzporedno zavarovanje.

Zaskrbljujoča je ugotovitev, da dopolnilno zdravstveno zavarovanje plačuje le 16 % delodajalcev, ostali te zneske plačujejo sami, zato tudi ni presenetljiva ugotovitev, da so zavarovalne premije za nekatere zavarovance previsoke. Da bi v prihodnje na tem področju dosegli boljše rezultate, predlagam nekatere spodaj navedene aktivnosti.

Predlogi za nadaljnje delo:

- potrebno je razširiti aktivnosti s strani zavarovalnice na vse delodajalce, pri katerih so zaposleni delavci z območja zavarovalnice Vzajemna, d.v.z. Pri tem je potrebno podrobneje navesti vse ugodnosti oziroma bonitete, ki jih svojim zavarovancem nudi zavarovalnica, ne samo v okviru dopolnilnega zavarovanja, temveč tudi v okviru dodatnega oziroma vzporednega zavarovanja. Pri vseh navedenih vrstah zavarovanj ima veliko korist ne samo delodajalec, temveč tudi vsi njihovi zaposleni.

Gre za:

- priznavanje 3-odstotnega popusta na zavarovalno premijo za vse zaposlene in njihove družinske člane,
- nudenje strokovne pomoči pri morebitni zamenjavi predpisanega zdravila z drugim zdravilom ter neškodljivimi ali morebitnimi škodnimi posledicami sočasnega jemanja zdravil z možnostjo razširitve dodatnih vrst strokovnih pomoči, ki jih v okviru zakona nudi zavarovalnica,
- skrb strokovnih delavcev za psihofizično aktivnost zavarovancev, pomoč pri organizaciji in izvedbi različnih rekreacijskih dejavnosti z nudenjem dela športne opreme, da bi se tovrstna dejavnost še povečala,
- priznavanje določenega odstotka popusta pri izvajalcih določenih zdravstvenih storitev oziroma proizvajalcih in prodajalcih medicinsko-tehničnih pripomočkov, s katerimi ima zavarovalnica sklenjeno pogodbo,
- specificirati in določiti odstotek popusta za dodatna in vzporedna zavarovanja glede na obseg in število zavarovancev,
- specificirati in določiti težje bolezni ter odstotek popusta za to vrsto zavarovanja z uvedbo skrajšanja čakalne dobe pri tovrstnem zdravljenju,
- razširiti obseg nezgodnega zavarovanja s posebnim poudarkom na nezgode pri delu ter v zvezi s tem pridobitev pravice do povrnitve

izgube dohodka glede na trajanje zdravljenja oziroma bolezenskega izostanka.

Dani predlogi za izboljšanje dela zavarovalnice Vzajemne, d.v.z., so sicer vezani na ugotovitve zbranih odgovorov iz analize vprašanj z območij, kot so navedena v nalogi oziroma z območij, ki jih pokriva zavarovalnica Vzajemna, d.v.z. To seveda ne pomeni, da predlagane aktivnosti za boljše in učinkovitejše delo same zavarovalnice ter hkrati tudi pridobitve novih zavarovancev niso primerne za ostala območja poslovnih enot zavarovalnice Vzajemne, d.v.z., v Republiki Sloveniji.

Vsekakor si je treba prizadevati, da zavarovalnica Vzajemna, d.v.z., še naprej ohrani status specializirane zavarovalnice v okviru prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, saj je z vidika strokovnosti samega dela kakor tudi specifičnega poznavanja problematike zdravstvenega varstva to vsekakor sposobna doseči.

## 8 LITERATURA IN VIRI

- Motl, A. (2013). Opustitev dodatnega zavarovanja lahko stane. *Delo*, 2. 9. 2013, str. 25.
- Strban, G. (2005). *Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Revidirano letno poročilo za leto 2012 (RP 2012).
- *Statut Vzajemne, zdravstvene zavarovalnice, d.v.z.* Ljubljana: Vzajemna.
- *Statut Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije*. Ljubljana: ZZZS, 11. 12. 2000.
- Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju – ZPIZ-2. *Uradni list RS*, št. 96/2012 z dne 14. 12. 2012.
- Zakon o zdravstvenem zavarovanju in zdravstvenem varstvu (ZZVZZ). *Uradni list RS*, št. 72/2006 z dne 11. 7. 2006.
- Zakon o zavarovalništvu (ZZavar). *Uradni list RS*, št. 99/2010 z dne 7. 12. 2010.
- [www.adriatic-slovenica.si](http://www.adriatic-slovenica.si), dostopno 12. 9. 2013.
- [www.vzajemna.si](http://www.vzajemna.si), dostopno 12. 9. 2013.
- [www.zdravstvena.net](http://www.zdravstvena.net), dostopno 12. 9. 2013.

## ANKETNI LIST

Pri izdelavi diplomske naloge, v kateri obravnavamo urejenost zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, kakor tudi zdravstveno zavarovanje preko Vzajemne, želim preko izvedene ankete ugotoviti predvsem poznavanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

V anketo so vključene družine s tremi ali več družinskimi člani, različne starosti in osebne statusa.

1. KOLIKO ČLANOV ŠTEJE VAŠA DRUŽINA OZIROMA DRUŽINSKA SKUPNOST?

Odgovor: \_\_\_\_\_

2. RAZVRSTITE ŠTEVILO DRUŽINSKIH ČLANOV PO NJIHOVEM SPOLU!

Moški \_\_\_\_\_ Ženske \_\_\_\_\_

3. RAZVRSTITE ČLANE DRUŽINE PO STAROSTNIH SKUPINAH IN NJIHOVEM SPOLU.

- do 18 let \_\_\_\_\_, spol: moški \_\_\_\_\_ ženska \_\_\_\_\_
- od 18 do 55 let \_\_\_\_\_, spol: moški \_\_\_\_\_ ženska \_\_\_\_\_
- od 55 let do 70 let \_\_\_\_\_, spol: moški \_\_\_\_\_ ženska \_\_\_\_\_
- nad 70 let \_\_\_\_\_, spol: moški \_\_\_\_\_ ženska \_\_\_\_\_

4. OPREDELITE ZAPOSLENOST DRUŽINSKIH ČLANOV.

- število zaposlenih v družbeno-zasebnem sektorju in njihovi zavarovani družinski člani

\_\_\_\_\_

- kmetje in njihovi družinski člani

\_\_\_\_\_

- nezaposleni

\_\_\_\_\_

5. ŠTEVILO DRUŽINSKIH ČLANOV PO NJIHOVEM STATUSU.

- otroci

\_\_\_\_\_

- zaposleni

\_\_\_\_\_

- učenci in študentje

\_\_\_\_\_

- lastniki zasebnih podjetij ali s.p.

\_\_\_\_\_

- kmetje

\_\_\_\_\_

- upokojenci

\_\_\_\_\_



6. ŠTEVILO OD PREJ NAVEDENIH DRUŽINSKIH ČLANOV (vpr. 5), KI SO PO NJIHOVEM STATUSU ŽE KORISTILI DOPOLNILNO ZAVAROVANJE?
- študentje \_\_\_\_\_
  - lastniki zasebnih podjetij ali s.p. \_\_\_\_\_
  - zaposleni \_\_\_\_\_
  - kmetje \_\_\_\_\_
  - upokoјenci \_\_\_\_\_
7. DOPOLNILNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE VAM PLAČUJE?
- delodajalec  
\_\_\_\_\_
  - oseba sama  
\_\_\_\_\_
  - ostali zavezanci po ZZZS  
\_\_\_\_\_
8. ALI SI ZNESKI PLAČILA DOPOLNILNEGA ZAVAROVANJA PRIMERNI?
- DA  
\_\_\_\_\_
  - NE  
\_\_\_\_\_
9. KAJ JE RAZLOG, DA NISTE DOPOLNILNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANI?
- denarna sredstva
  - ne potrebujem
10. ALI STE DOVOLJ SEZNANJENI Z VSEBINO IN OBSEGOM DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA S STRANI SAME ZAVAROVALNICE?
- DA  
\_\_\_\_\_
  - NE  
\_\_\_\_\_
11. V KATERO VRSTO SPODAJ NAVEDENIH PROSTOVOLJNIH ZAVAROVANJ STE VKLJUČENI?
- dodatno zavarovanje \_\_\_\_\_, spol: moški \_\_\_\_\_ ženska \_\_\_\_\_
  - vzporedno zavarovanje \_\_\_\_\_, spol: moški \_\_\_\_\_ ženska \_\_\_\_\_

Zahvaljujem se vam za sodelovanje v anketi in vaši pomoči pri izdelavi moje diplomske naloge.

Senka Pucelj