



B&B

VIŠJA STROKOVNA ŠOLA

Diplomsko delo višješolskega strokovnega študija

Program: Ekonomist

Modul: Načrtovanje zavarovanj

OSEBNA ZAVAROVANJA

Mentor: dr. Tristan Šker
Lektorica: Alenka Ropret

Kandidatka: Jana Gašperin

Kranj, julij 2011

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju dr. Tristanu Škeru, ki mi je pomagal pri izdelavi diplomske naloge, poleg tega pa se zahvaljujem se tudi lektorici Alenki Ropret, ki je lektorirala mojo diplomsko nalogo.

IZJAVA

»Študentka Gašperin Jana izjavljam, da sem avtorica tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom dr. Tristana Škera.«

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

Dne _____

Podpis: _____

POVZETEK

Diplomska naloga govori o dveh oblikah osebnih zavarovanj; nezgodnih in v še večji meri o zdravstvenih zavarovanjih.

Z njo želim predvsem prikazati, kaj sploh spada v pojem nezgode ter kako se zanjo lahko ustrezno zavarujemo, hkrati pa tudi primerjalno prikazati, katere ciljne skupine ljudi se za nezgode v večji meri zavarujejo ter zakaj.

V drugem delu pa diplomska naloga predstavlja zdravstvena zavarovanja, obliko zavarovanja, ki je značilna za slovensko ureditev ter katere pravice in kaj nam pripada kot zavarovancem zdravstvenega zavarovanja značilnega za Slovenijo.

KLJUČNE BESEDE

osebna zavarovanja, nezgodna zavarovanja, zdravstvena zavarovanja

ABSTRACT

The diploma talks about two types of personal insurances; accidental insurances and health insurances. With this kind of diploma I wish to show what belongs to the concept of accident and how do we properly insure about it.

In the second part of diploma it presents health insurance, which is typical for Slovenian legislation and rights which belongs to beneficiaries of this kind of insurance.

KEYWORDS

personal insurance, health insurance, accidental insurance

Kazalo

1	Uvod	1
2	Nezgodno zavarovanje	1
2.1	Nezgoda	2
2.2	Ciljne skupine	3
2.3	Vrste nezgodnih zavarovanj	4
2.3.1	Obvezno nezgodno zavarovanje	4
2.3.1.1	Invalidnost	4
2.3.1.2	Primer nezgode med delovnim časom	5
2.3.1.3	Primer nezgode med prostim časom	5
2.3.1.4	Povzetek obveznega nezgodnega zavarovanja	5
2.3.2	Privatno nezgodno zavarovanje	6
2.3.2.1	Dodatna kritja	7
2.3.2.2	Izključitve	7
2.3.2.3	Ničnost zavarovalne pogodbe	8
3	Zdravstvena zavarovanja	8
3.1	Zgodovinski pregled	8
3.2	Različni sistemi zagotavljanja zdravstvenega varstva	8
3.2.1	Nacionalna zdravstvena služba	9
3.2.2	Obvezno zdravstveno zavarovanje	9
3.3	Zagotavljanje zdravstvenih storitev v naravi	10
3.4	Povrnitev stroškov	10
3.5	Slovenski sistem zdravstvenega varstva	10
3.5.1	Pravna podlaga	10
3.5.2	Zavarovanci obveznega zdravstvenega zavarovanja	11
3.5.3	Družinski člani	12
3.5.4	Generalni klavzuli	12
3.6	Zavarovanje za primer poškodb pri delu in poklicnih boleznih	13
3.7	Zdravstveni primeri	13
3.8	Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja	14
3.8.1	Zdravstvene storitve pri obveznem zdravstvenem zavarovanju	15
3.8.1.1	Preventivne zdravstvene storitve	16
3.8.2	Pravica do zdravil	16
3.9	Doplačila in njihova (ne)primernost	17
3.10	Pravica do odsotnosti z dela	18
3.11	Pravica do denarnega nadomestila	18
3.11.1	Višina nadomestila	19
3.11.1	Upravičene osebe do denarnega nadomestila	20
3.11.2	Trajanje pravice do denarnega nadomestila	20
3.11.3	Prenehanje pravice do denarnega nadomestila	20
3.11.4	Denarno nadomestilo za nego ožjega družinskega člana	21

3.12	Pravica do povrnitve potnih stroškov	21
3.13	Pravica do pogrebne in posmrtnine	21
3.14	Postopek uveljavljanja in varstva pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ...	22
3.14.1	Pravica do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda	22
3.14.2	Slovenija	22
3.15	Postopki v primeru nesoglasja	23
3.16	Pravica do drugega mnenja.....	23
3.17	Pravica do obravnave kršitve pacientovih pravic	24
3.18	Postopek uveljavljanja pravic do denarnih dajatev	25
3.18.1	Uveljavljanje pravic do denarnega nadomestila	25
3.18.2	Sodno varstvo.....	25
3.19	Druge vrste zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji	26
3.19.1	Obvezno zdravstveno zavarovanje	26
3.19.2	Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	27
3.19.3	Dopolnilno zdravstveno zavarovanje.....	27
3.19.4	Tožba proti Sloveniji?	29
3.19.5	Vzporedna zavarovanja	29
3.19.6	Nadomestno zdravstveno zavarovanje	30
4	Zaključek in sklepne misli	31
	Viri in literatura	32

1 Uvod

V življenju smo izpostavljeni različnim nevarnostim, ki se v času staranja in spreminjanja življenjskih navad spreminjajo. V današnjem času zmanjševanje socialne varnosti, ki jo posamezniku zagotavljajo država in delodajalci, močno vpliva na zavest ljudi, kar povečuje potrebo po osebnih zavarovanjih. S tem zagotavljajo varnost sebi, predvsem pa svoji družini.

S sklenitvijo osebnih zavarovanj, ki so prilagojena našim potrebam, si tako lahko v celoti zagotovimo največjo mero varnosti za nepredvidene življenjske dogodke.

Ker je nezgoda dogodek, ki je neodvisen od varovančeve volje, želim v svoji diplomski nalogi prikazati predvsem pomen ter prednosti nezgodnega in zdravstvenega zavarovanja, njihovo pomembnost in namembnost ter spodbuditi ljudi k sklenitvi le-teh, saj sta tako bolezen kot nezgoda dve nevarnosti, ki v vsakem trenutku neustavljivo prežita na nas.

2 Nezgodno zavarovanje

V sodobnem svetu, svetu hitrega tempa življenja, se možnost nezgode, nesreč in poškodb kljub naši previdnosti povečuje. Glede na to, da smo že sami večkrat okusili resničnost starega pregovora, da nesreča nikoli ne počiva, je v takšnih trenutkih pomembno, da poskrbimo za svojo finančno varnost in finančno varnost najbližjih.

Nezgodno zavarovanje je torej zavarovanje za primer nezgode. Osnovni kritiji nezgodnega zavarovanja sta smrt zaradi nezgode in invalidnost kot posledica nezgode. Dodatna kritja, ki jih je mogoče skleniti pri nezgodnem zavarovanju, so: dnevna odškodnina zaradi nezgode, dnevna odškodnina za bolnišnično zdravljenje zaradi nezgode, smrt v prometni nesreči, smrt zaradi bolezni, stroški zdravljenja zaradi nezgode, stroški reševanja, pogrebina...

Pomembno je predvsem dejstvo, da nezgodno zavarovanje zagotavlja varnost družini. V primeru, da bi tistega člana družine, ki s svojimi dohodki zagotavlja standard družini, doletela težja ali hujša nezgoda – invalidnost, kar bi za posledico imelo tudi izpad dohodka, pa nezgodno zavarovanje ne pokriva le izpad dohodka, temveč tudi stroške, ki bi z invalidnostjo nastali.

2.1 Nezgoda

Nezgoda, kot jo definira že sam Obligacijski zakonik, je vsak nenaden, od volje zavarovane osebe neodvisen dogodek, ki deluje zunaj in naglo na njeno telo in povzroči poškodbe, ki jih je treba zdravniško oskrbeti. Posledice nezgode so lahko zavarovančeva smrt, delna ali popolna trajna invalidnost, začasna zavarovančeva nesposobnost za delo.

Za nezgodo se štejejo dogodki, kot so: povozitev, trčenje, udarec električnega toka ali strele, udarec ob predmet ali s predmetom, padec, zdrs, ranitev s predmeti in z orožjem ali eksplozivnimi snovmi, vbod, ugriz. Poleg tega se pod nezgodo štejejo tudi zastrupitev s hrano ali s kemičnimi snovmi, razen poklicnih obolenj, zastrupitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, okužba, poškodba, ki je nastala zaradi nezgode, opeklina, ki je posledica nezgode, mrčesni pik ali ugriz živali, ki povzroči takojšnje reakcije, vendar ne, če povzroči nalezljivo bolezen, pretrganje mišic ali sklepnih vezi, izpah, prelom zdravih kosti, posledice delovanja toplote, mraza ali vremena, če je bila zavarovana oseba takšnemu delovanju izpostavljena zaradi nezgode, ki se je zgodila neposredno pred tem, ali pri reševanju človekovega življenja, nezgodna zadavitev in utopitev ter nezgodna dušitev in zadušitev, radiacija, ki nastopi naglo in nenadno, izguba oziroma zlom zdravih zob zaradi nezgode.

Pri tem pa je vsekakor pomembno, da definiramo tudi, kaj pod nezgodo ne spada. Nezgoda vsekakor ni dogodek, ki ne ustreza definiciji naglega, nenadnega od volje zavarovane osebe neodvisnega dogodka, povzročena od zunaj. Zavarovalni pogoji natančno opredeljujejo, kaj se za nezgodo ne šteje. Našteli bomo le nekatere najpomembnejše. To so: bolezni, tudi nalezljive poklicne in degenerativne nezgode, ki so nastale zaradi psihičnih vplivov, spremembe zavesti, delovanja alkohola, narkotikov ali zdravil; okužba s salmonelo in ostalimi patološkimi bakterijami in virusi, trebušne, popkovne, vodne in druge kile razen tistih, ki nastanejo zaradi neposredne poškodbe trebušne stene; infekcijska obolenja, ki nastanejo zaradi rezanja in trganja žuljev, nege nohtov in obnohtja ter drugih izrastkov, trde kože, vse oblike alergij,...

2.2 Ciljne skupine

Ob pregledovanju ponudb zavarovalnic, ki omogočajo sklenitev nezgodnega zavarovanja, opazimo, da vsaka od zavarovalnic razvršča ljudi v določene skupine, saj vsak posameznik potrebuje nezgodno zavarovanje prilagojeno njegovim individualnim potrebam. Vsekakor moramo upoštevati tudi delo, ki ga človek opravlja, velikost in razmere v njegovi družini, kjer se upošteva predvsem starost otrok in zaposlenost zakonca. Kot smo že omenili, pa zgolj pokrivanje izpada osebnega dohodka (neto) z nezgodnim zavarovanjem v večini primerov ne zadošča. Potrebno pa je omeniti, da na izbiro nezgodnega zavarovanja vpliva tudi širše gospodarsko okolje oziroma socialna politika države. Ciljne skupine pri sklepanju nezgodnih zavarovanj so:

- **samski**, za katere lahko sklepamo, da so ob obilici prostega časa izpostavljeni različnim oblikam tveganj, s katerimi se srečujejo pri različnih športnih dejavnostih, kot so alpinizem, potapljanje, zmajarstvo,...

- **mladi**, za katere je pravilno izbrano nezgodno zavarovanje z visokimi zavarovalnimi vsotami vsekakor nujno, saj jih ob morebitni nezgodi prizadane poleg nezgode tudi dejstvo, da imajo za seboj kratko delovno dobo, njihovi zahtevki do Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje pa so tako lahko le minimalni. Dejstvo je, da je ta ciljna skupina izpostavljena velikim številom tveganj.

- **poročeni z visokimi dohodki** - gre predvsem za ciljno skupino, ki zajema pare, ki si še niso ustvarili družine, torej še nimajo otrok, zaposlena pa sta oba zakonca. Nezgodno zavarovanje je tako povezano s finančno potrebo; to so tako imenovani krediti in lizingi, ki jih zakonca vzameta z namenom ustvarjanja boljšega oziroma kar najvišjega življenjskega standarda.

- **družine z odvisnimi otroki** – pri tej ciljni skupini je potrebno omeniti, da dohodke družine dodatno bremenijo novi stroški, ki nastanejo z zdravljenjem, kar močno ogroža ustvarjen družinski standard. Težave se pojavijo takrat, ko pride do nezgode enega ali obeh staršev, s tem pa je nadalje ogrožen tudi razvoj otrok, ki pa je največkrat povezan z njihovim šolanjem in izven šolskimi dejavnostmi, za katere je potrebno plačevanje staršev. Nezgodno zavarovanje, ki mora biti seveda prilagojeno, je za družine še posebej potrebno.

- **otroci** – pomembno je, da so tudi oni, tako kot odrasli, izpostavljeni polnemu zavarovalnemu varstvu, saj v primeru invalidnosti, ki ji sledi trajna ali delna nezmožnost za delo, zavarovanec tako živi ves preostanek svojega življenja. Invalidnost mora tako spadati v osnovni riziko zavarovanja za katerega se mora otrok zavarovati.

- **samostojni poklici** – v primeru nezgode ogrožena njihova eksistenca. Gre namreč za osebe z visokimi dohodki, ki pa v ZPIZ odvajajo minimalne prispevke. Zato je potreba po nezgodnem zavarovanju za njih zelo izrazita. Velja omeniti, da v to skupino spadajo osebe, ki opravljajo svobodne poklice in samostojni podjetniki.

- **upokojenci** - vsekakor je pomembno, da so tudi upokojenci nezgodno zavarovani, saj so njihovi dohodki v večini primerov nižji od dohodkov, ki so jih prejemale te osebe, ko so bile še aktivne; v primeru nezgode pa jih bremenijo še stroški, ki ob tem nastopijo. Upokojencem se tako najbolj svetuje zavarovanje za temeljne rizike, na primer nezgodno invalidnost.

2.3 Vrste nezgodnih zavarovanj

Glede nezgodnih zavarovanj velja omeniti dve vrsti le-teh, to sta obvezno nezgodno zavarovanje v okviru države in privatno nezgodno zavarovanje. Razlikujeta se predvsem glede obsega kritja.

2.3.1 Obvezno nezgodno zavarovanje

Že 2. člen Ustave Republike Slovenije kot temeljnega pravnega akta narekuje, da je Slovenija pravna in socialna država. Da se država opredeljuje kot socialna, pomeni, da ima določene obveznosti, ki jih mora prebivalcem v takšnih in drugačnih primerih zagotavljati. Tako velja omeniti, da obstajajo tudi določene obveznosti države v primeru nezgode.

Zakon za pokojninsko in invalidsko zavarovanje omogoča poleg pravic zaposlenih do dajatev v primeru upokojitve, tudi pravico do nekaterih dajatev za primer nezgode, saj se del prispevkov, ki jih zaposleni odvajajo kot obvezne v Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, predvideva tudi za kritje morebitne trajne delovne nezmožnosti zavarovancev. Višina mesečnega nadomestila, imenovana tudi invalidska pokojnina, je odvisna predvsem od delovne dobe, stopnje invalidnosti in od tega, kdaj se je zavarovancu nezgoda zgodila – na delovnem mestu ali pa v njegovem prostem času. ZPIZ-1 in njegov predhodnik pa dodatno ločujeta tudi med nezgodami, ki se zgodijo na delu, poklicno boleznijo in nezgodami, ki se zgodijo v prostem času.

2.3.1.1 Invalidnost

Invalidnost je trajna ali trajnejša, popolna ali delna nezmožnost za delo, ki pa je lahko prirojena ali pridobljena. Zavarovanec, konkretnije delavec je v primeru invalidnosti zaradi nezgode ali poklicne bolezni razvrščen v eno izmed treh kategorij invalidnosti:

Za invalidnost prve kategorije gre, kadar zavarovanec ni sposoben opravljati nobenega pridobitnega dela; druga kategorija invalidnosti zajema tiste zavarovance, pri katerih se je delovna nezmožnost za opravljanje svojega poklica zmanjšala za 50 ali več kot 50 odstotkov. Kadar pa gre za invalidnost tretje kategorije, pomeni, da se je delavcu delovna zmožnost zmanjšala za manj kot 50 odstotkov.

2.3.1.2 Primer nezgode med delovnim časom

Kadar pride do nezgode med delovnim časom, ki jo lahko uvrščamo med invalidnost prve kategorije oziroma poklicno bolezen, ni pomembno, koliko delovne dobe ima zavarovanec; upravičen je do 72,5 % svoje pokojninske osnove.

2.3.1.3 Primer nezgode med prostim časom

Če zavarovanec doživi nezgodo v prostem času, je višina invalidske pokojnine (v primeru invalidnosti prve kategorije) odvisna od delovne dobe, vendar znaša najmanj 45 % pokojninske osnove za moške in 48 % pokojninske osnove za ženske.

2.3.1.4 Povzetek obveznega nezgodnega zavarovanja

Iz povedanega lahko ugotovimo, da ima država namen zaposlenim, predvsem tistim, ki se jim je pripetila delovna nezgoda ali poklicna bolezen, zagotavljati kritje najnujnejših življenjskih potreb oziroma zagotoviti njihov eksistenčni minimum. To država uresničuje prek institucij (ZPIZ – Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje). Vendar pa je v zadnjih letih mogoče opaziti velik odmik države od zastavljenih socialnih ciljev. Ta odmik je možno ugotoviti predvsem v tem, da se zmanjšujejo različna nadomestila, do katerih je posameznik upravičen, če dejansko pride do nezgode.

2.3.2 Privatno nezgodno zavarovanje

Privatno nezgodno zavarovanje zagotavlja finančno in socialno varnost osebam, ki ga sklenejo kot posamezniki ali kot člani skupine, če se jim pripeti nezgoda. Kot smo omenili že pri obveznem nezgodnem zavarovanju, se nezgoda zavarovancem pripeti v prostem času, ko opravljajo posebne dejavnosti, ko se ukvarjajo s športom, v gospodinjstvu ali na počitnicah.

Oseba, ki je zavarovana, si navedenega kritja ne more zagotoviti z nobeno drugo vrsto zavarovanja. V primeru, da pa do nezgode dejansko pride, se osebi, ki je zavarovana oziroma upravičena do izplačila, le-to povrne po končanem zdravljenju; v primeru smrti pa se zavarovani osebi izplača zavarovalnina.

Osnovni kritji pri privatnem nezgodnem zavarovanju sta smrt zaradi nezgode in invalidnost kot posledica nezgode, pri čemer zavarovalno vsoto za smrt in invalidnost določi vsaka zavarovalnica posebej. Druge oblike kritij se lahko vključujejo v zavarovanje, če sta osnovni kritji že upoštevani.

Smrt zaradi nezgode je kritje, ki omogoča upravičencu prejetje zavarovalne vsote, če nastopi smrt zavarovane osebe med trajanjem zavarovanja kot posledica nezgode.

Invalidnost kot posledica nezgode pomeni kritje ob delni ali popolni invalidnosti zaradi posledic nezgode zavarovane osebe. Ko so posledice ustaljene in jasne, so predmet obravnave za izplačilo zavarovalnine.

Da lahko ocenimo stopnjo invalidnosti moramo uporabiti tabelo invalidnosti, v kateri so v odstotkih ovrednotene posledice nezgod za posamezne dele telesa. Posledice nezgod se ocenjujejo kot trajna izguba splošne delovne sposobnosti, subjektivne težave, kot so zmanjšanje motorične mišične moči, bolečine in otekline na mestu poškodbe, pa se pri določanju trajne izgube delovne sposobnosti ne upoštevajo.

Praviloma se stopnja invalidnosti določa najmanj tri do šest mesecev po končanem zdravljenju, če po posameznih točkah v tabeli ni drugače določeno – poškodba glave najmanj po enem letu.

Če gre za delno trajno invalidnost, ki se določi na osnovi tabele invalidnosti, zavarovalnica izplača del zavarovalne vsote oziroma celotno zavarovalno vsoto pri stodontni invalidnosti (npr. popolna izguba vida na enem očesu je 33 odstotna invalidnost, popolna izguba vida na obeh očesih je 100 odstotna invalidnost).

2.3.2.1 Dodatna kritja

V okviru privatnega nezgodnega zavarovanja obstajajo tudi dodatna kritja, ki jih je mogoče skleniti pri sklenitvi samega zavarovanja, so:

- smrt v prometni nesreči,
- smrt zaradi bolezni,
- dnevna odškodnina,
- dnevna zavarovalnina za bolnišnično zdravljenje zaradi nezgode,
- dnevna zavarovalnina za zdraviliško zdravljenje zaradi nezgode,
- stroški zdravljenja zaradi nezgode,
- pogrebnina,
- stroški zdravljenja,
- stroški reševanja.

2.3.2.2 Izključitve

Praviloma so v zavarovalnih pogojih opredeljene določene izključitve obveznosti zavarovalnice kljub temu, da zavarovana oseba doživi nezgodo, ki je opredeljena kot pojem nezgode. Pri tovrstnih izključitvah gre predvsem za specifične okoliščine nastanka dogodka, ki jih zavarovalnice zaradi prevelikega obsega ne morejo pokrivati (npr. naravne katastrofe), ali pa za okoliščine, ki bremenijo zavarovano osebo samo (namerna povzročitev nezgode zaradi lastnih koristi, pijanosti ...). Tako so izključene vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo zaradi:

- potresa,
- vojnih dogodkov v Republiki Sloveniji,
- aktivnega sodelovanja v oboroženih spopadih razen, če je zavarovana oseba v njih sodelovala pri opravljanju svojih rednih in delovnih nalog,
- upravljanj zračnih, vodnih, motornih in drugih vozil brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje,
- poskusa ali izvršitve samomora, ne glede na razlog; namerne povzročitve nezgode zavarovalca, zavarovane osebe ali upravičenca,
- zaradi sodelovanja pri pretepu ali fizičnem obračunavanju, izjema je le, če gre za samoobrambo ali skrajno silo, kar pa je potrebno ugotoviti s pravnomočno sodbo ali odločbo pristojnega organa,
- delovanja alkohola ali narkotikov na zavarovano osebo ob nezgodi,
- neposredne ali posredne povezave s terorističnim dejanjem.

Obveznosti zavarovalnice so v celoti izključene, če so bili ob prijavi zavarovalnega primera navedeni neresnični oziroma lažni podatki.

2.3.2.3 Ničnost zavarovalne pogodbe

Zavarovana pogodba je nična v primeru, ko je bila sklenjena po nastanku zavarovalnega primera, ki je že nastopil oziroma če je bil ta v nastajanju ali je bilo jasno, da bo nastal.

3 Zdravstvena zavarovanja

O zdravstvenih zavarovanjih govorimo predvsem takrat, ko je posamezniku v primeru bolezni ali poškodbe zagotovljena socialna varnost z zdravstvenimi storitvami in dajatvami, saj posameznik takrat ne more sam nositi vseh stroškov zdravljenja, zaradi odsotnosti z dela pa pride tudi do izpada dohodka. Kot najpomembnejšo delitev bomo v nadaljevanju omenili delitev na obvezna in prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ki se kot taka v Republiki Sloveniji najpogosteje pojavljajo.

3.1 Zgodovinski pregled

Do prvih oblik samopomoči je začelo prihajati že v začetku 19. stoletja, ko so obrtne blagajne v primeru bolezni ponujale dajatve. Zdravstveno zavarovanje se je razvilo konec 18. stoletja, in sicer tako, da so nastala društva za medsebojno pomoč; sem spadajo bratovske skladnice in podporna društva. V začetku naslednjega stoletja pa so morali trgovci, tovarnarji in obrtniki skrbeti za zdravje svojih delavcev in nameščencev v prvih tednih bolezni. Delavci so se tudi sami združevali v posebna društva, po industrijski revoluciji pa je vsekakor postalo jasno, da so mezdni delavci potrebni večje socialne zaščite, kot so jim jo delodajalci nudili nekaj stoletij prej, ko še niso skrbeli za njihovo socialno varnost.

Ugotovimo, da je bila prav država tista, ki je bila prisiljena poseči v delovanje gospodarskih subjektov, ti pa so zato bolj začeli skrbeti za zdravstveno varstvo.

Prvo zdravstveno zavarovanje, ustanovljeno s strani države, je bilo ustanovljeno v Nemčiji konec 19. stoletja; takrat pa je bil sprejet tudi zakon, ki je predvidel obvezno zdravstveno zavarovanje. S tem je bila ustanovljena naloga države, da zagotovi socialno varnost.

Velja omeniti, da je bila v Ljubljani leta 1889 ustanovljena prva Okrajna bolniška blagajna.

3.2 Različni sistemi zagotavljanja zdravstvenega varstva

Sisteme, ki zagotavljajo zdravstveno varstvo, lahko opredelimo kot nacionalne ali kot zavarovalne. Zavarovalne sisteme pa lahko nadalje delimo na javne ali zasebne. Primerjalno

sta najbolj razširjena tipa nacionalna zdravstvena služba kot vrsta nacionalnega sistema in obvezno zdravstveno zavarovanje iz zavarovalnega sistema.

3.2.1 Nacionalna zdravstvena služba

Za nacionalno zdravstveno službo velja, da odgovornost za oskrbo prebivalstva v celoti prevzame država ali lokalna skupnost. Pomembna značilnost nacionalne zdravstvene službe je tudi, da so nosilci in izvajalci identični; obstaja pa prosta izbira med ponudniki zdravstvenih storitev s tem, da je dostop do izvajanja zdravstvene dejavnosti omejen. V to vrsto zavarovanja je vključeno celotno prebivalstvo; s tem se sredstva zagotavljajo iz občinskega ali državnega proračuna, ki se polni s pobiranjem davkov, ki so splošni. Posameznik na sam sistem lahko vpliva le posredno preko volitev.

Tipičen predstavnik centralizirane, nacionalne zdravstvene službe je Velika Britanija, podoben sistem pozna tudi Irska, v grobem pa lahko trdimo, da ta sistem poznajo večinoma vse države Severne Evrope, v Južni Evropi pa so ti sistemi decentralizirani (Italija, Španija); kot smo že prej ugotovili, gre v tem sistemu za enak dostop do zdravstvenih storitev vsem prebivalcem; upravičenci si prosto izbirajo svojega zdravnika, sistem pa se financira iz splošnih davkov. Sam sistem upravlja Ministrstvo za zdravje, v okviru katerega je organiziran poseben oddelek, ki skrbi za delovanje in organizacijo samega sistema in zagotavlja zdravstvene storitve.

3.2.2 Obvezno zdravstveno zavarovanje

Za tovrstno obliko zavarovanja pa je značilno, da država z zakonom ureja katalog pravic iz zdravstvenega zavarovanja, njihova izvedba pa je v večini primerov prepuščena specializiranim javnim in zasebnim ponudnikom. Nosilec in izvajalec tako nista identična. Ta vrsta zavarovanja je bila sprva namenjena samo delavcem, kasneje pa tudi vsem ekonomsko aktivnim osebam. Praviloma je s to vrsto zavarovanja zavarovano celotno prebivalstvo, financira pa se tako iz prispevkov zavarovancev kot tudi delodajalcev. Pravni položaj zavarovancev je pravno varovan, saj jim pripadajo upravičenja do pričakovanih in pridobljenih dajatev. Zavarovanci imajo lahko večji vpliv na upravljanje samega sistema, saj lahko sodelujejo v organih samouprave, za razliko od nacionalne zdravstvene službe.

Obvezno zdravstveno zavarovanje tako zagotavlja zdravstvene storitve neposredno; nosilec sklence pogodbe s posameznimi izvajalci, ta pa jih seveda tudi neposredno plača. Takšno obliko zdravstvenega zavarovanja imamo pri nas, poznajo jo tudi v nemško govorečih državah; povrnitev stroškov pa je tudi značilnost francoskega in belgijskega sistema. Velja omeniti, da v Franciji poznajo načelo svobodne medicine, kar pomeni, da si zavarovane osebe prosto izbirajo izvajalca, pri tem pa grede stroški sprva na račun zavarovanca, nosilec pa jih nato povrne. Kot smo že omenili, pa v Sloveniji obvezno zdravstveno zavarovanje ni

edina oblika zdravstvenega zavarovanja. V zadnjih letih se v veliki meri pojavljajo tudi različne oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki si jih bomo ogledali kasneje.

3.3 Zagotavljanje zdravstvenih storitev v naravi

Obvezno zdravstveno zavarovanje lahko ponudi zdravstvene storitve zavarovancem v naravi, lahko pa samo povrne nastale stroške; med nosilcem sistema in izvajalcem zdravstvene dejavnosti se tako sklene pravno zavarovano razmerje, katerega namen oziroma glavna naloga je zaščita zavarovanih oseb, ki so tako razbremenjene neposrednega finančnega bremena. Nosilec ima tako vpliv nad izvajanjem storitev, kot tudi nad oblikovanjem cen, saj je v pogodbenem razmerju z izvajalci.

3.4 Povrnitev stroškov

Zdravstveno zavarovanje lahko poskrbi za povrnitev stroškov v dveh različnih oblikah. Lahko samo povrne nastale stroške, s tem, da mora zavarovanec ob nastanku zdravstvenega primera za določene dajatve poskrbeti sam, dolžan je torej plačati kljub temu, da plačuje prispevke, šele nato pa lahko zahteva povrnitev stroškov. Pri tej obliki povrnitve stroškov je potrebno treba izpostaviti problem, ko zavarovana oseba nima zadostnih sredstev. Povrnitev stroškov je v tem primeru oblikovana tako, da varuje tiste, ki so finančno šibkejši. Izpostaviti pa je potrebno tudi obstoj vzajemnih zdravstvenih služb, ki zagotavljajo storitve v naravi in tako delujejo kot posrednik med zavarovanjem in zavarovano osebo.

Primarna povrnitev stroškov: Kadar gre za to obliko povrnitve stroškov, si zavarovane osebe lahko izberejo povrnitev stroškov namesto dajatev v naravi.

Sekundarna povrnitev stroškov: Pri tej povrnitvi stroškov je nosilec zdravstvenega zavarovanja dolžan zagotavljati zdravstvene storitve v naravi, pa tega iz različnih razlogov ne more storiti oziroma ne stori. V tem primeru lahko zavarovana oseba uveljavlja pravico do dajatev pri izvajalcih, ki sicer niso v pogodbenem razmerju z nosilcem, nosilec pa jim je tako dolžan povrniti stroške. Ta oblika povrnitve stroškov pride v poštev v primeru nezmožnosti zagotavljanja zdravstvenih storitev, ko na primer primanjkuje zdravnikov. Tako se zagotovi enak položaj vseh zavarovancev proti nosilcu.

3.5 Slovenski sistem zdravstvenega varstva

3.5.1 Pravna podlaga

Pravni viri, ki v Sloveniji urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje so predvsem Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju, poleg tega pa tudi Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o zdravniški službi in Zakon o pacientovih pravicah. Ministrstvo za zdravje ter ZZZS (Zavod za zdravstveno zavarovanje) pa izdajata tudi podzakonske akte; najpomembnejša so Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Kot smo že ugotovili, je obvezno zdravstveno zavarovanje pri nas urejeno z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ); v prvem delu je urejeno zdravstveno varstvo, kamor spadajo sistemi družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepi, storitve, krepitve zdravja, preprečevanja bolezni, pravočasno zdravljenje, nega ter rehabilitacija poškodovanih in obolelih.

Zelo pomembno določilo ZZVZZ je, da ima vsakdo pravico do najvišje možne stopnje zdravja, poleg tega pa tudi dolžnost, da skrbi za svoje zdravje v najvišji možni meri.

Zdravstveno varstvo tako obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se socialna varnost zagotavlja v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

V drugem delu ZZVZZ je urejeno obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem se uresničuje ustavna pravica do zagotovitve socialne varnosti v primeru bolezni ali poškodbe.

3.5.2 Zavarovanci obveznega zdravstvenega zavarovanja

V obvezno zdravstveno zavarovanje so vključene osebe oziroma določene skupine oseb že na podlagi zakona, t. i. ex lege. V krog zavarovanih oseb spadajo zavarovalniški upravičenci in njihovi družinski člani. Do samega zavarovanja pride, ko je izpolnjeno dejansko stanje, na primer ob sklenitvi pogodbe o zaposlitvi.

V krog zavarovanih oseb tako spadajo zavarovanci, kot tudi njihovi družinski člani, vendar so samo zavarovanci dolžni plačevati prispevke za samo zavarovanje. Bistvo je, da družinskim članom tako prispevkov ni potrebno plačevati, hkrati pa tudi zavarovancem ni potrebno plačevati več. Med zavarovane osebe spadajo zavarovanci, njihovi družinski člani, poleg njih pa tudi zavarovanci za poklicna tveganja.

Zavarovanje družinskih članov je, kot smo že ugotovili, akcesorne in derivativne narave, kar pomeni, da sta tako začetek kot tudi konec zavarovanja odvisna od zavarovanja zavarovanca- aktivne osebe.

Osebe, ki so zavarovanci v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko razvrstimo v štiri skupine, in sicer:

- aktivni zavarovanci – to so osebe, ki so v delovnem razmerju, pri tem pa obstaja podrejenost med delavcem in delodajalcem. Poleg tega med aktivne zavarovance spadajo tudi samozaposlene osebe: duhovniki, odvetniki, zdravniki. Velja pa omeniti tudi samozaposlene osebe, kot so kmetje, lastniki podjetij in športniki, saj tudi oni spadajo med aktivne zavarovance;

- prejemniki različnih socialnih dajatev – to so predvsem osebe, ki so brezposelne, vendar prejemajo denarno nadomestilo iz zavarovanja za primer brezposelnosti; ter tisti, ki prejemajo pokojnine. Vsekakor so obvezno zavarovani tudi prejemniki trajne denarne socialne pomoči, saj jim je tako zagotovljen enak obseg in storitve ter njihova kakovost kot drugim;
- druge osebe z dohodkom;
- državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem pri nas.

3.5.3 Družinski člani

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ločuje med zavarovančevimi ožjimi in širšimi družinskimi člani, pri obojih je pogoj za zavarovanje stalno prebivališče v Sloveniji.

Ožji družinski član je tako:

- od zavarovanca odvisni zakonec, ki sam ni zavarovanec,
- zunajzakonski partner, če je v življenjski skupnosti z zavarovancem vsaj dve leti,
- razvezani zakonec, če mu je zavarovanec dolžan plačevati preživnino,
- zavarovančevi (zunaj)zakonski otroci in posvojenci; pri tem velja omeniti, da so otroci zavarovani do svojega 15. leta starosti oziroma do 18. leta, če so prijavljeni na Zavodu za zaposlovanje oziroma do konca šolanja, vendar najdlje do 26. leta.

Izjemoma so zavarovani tudi ožji družinski člani, ki imajo dovoljenje za začasno prebivanje. Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju pa med širše sorodnike uvršča pastorko – seveda tiste, ki jih zakonec preživlja, vnuke, brate in sestre, če ti niso zavarovani. Med širše sorodnike zavarovanca lahko spadajo tudi starši, vendar morajo živeti v skupnem gospodinjstvu in nimajo dovolj lastnih sredstev za preživljanje, obenem pa so tudi trajno nezmožni za delo.

Poseben pogoj za preživljanje širših družinskih članov je predvsem ta, da jih mora zavarovanec preživljati v primeru, če dohodki zavarovanca in njegovih družinskih članov presegajo premoženjsko in dohodkovno mejo, ki je določena za pridobitev denarne socialne pomoči.

3.5.4 Generalni klavzuli

Generalni klavzuli sta vsebovani v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zavarovanju. V skladu s prvo klavzulo je določeno, da morajo biti obvezno zavarovane vse osebe, s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji; če stalnega prebivališča nimajo, si morajo same plačevati prispevek. Druga klavzula v okviru prej omenjenega zakona pa v krog zavarovanih

oseb uvršča slovenske državljane s stalnim prebivališčem pri nas, ki pa jih v zavarovanje prijavi občina njihovega stalnega prebivališča, če sami nimajo dovolj dohodkov.

3.6 Zavarovanje za primer poškodb pri delu in poklicnih boleznih

ZZVZZ določa, da so aktivni zavarovanci zavarovani tako za poškodbe in bolezni, ki nastanejo pri delovnih obveznostih, kot tudi za primere bolezni in poškodbe, ki nastanejo zunaj dela.

Poleg tega pa Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju določa tudi posebne skupine oseb, ki pa so zavarovane le za poškodbe in bolezni, ki nastanejo pri delu. V tem primeru so to osebe, ki sodelujejo v organiziranem delu, to so predvsem dijaki in študenti pri praktičnem pouku, študenti, ki opravljajo delo prek študentskega servisa, ter tudi osebe, ki so za poškodbe zavarovane pri opravljanju raznolikih kratkotrajnih akcij in dogodkov – reševalne akcije in dogodki.

3.7 Zdravstveni primeri

Če bi želeli opredeliti zdravstvene primere, moramo vsekakor omeniti najbolj klasične zdravstvene primere; to so bolezen in poškodba, materinstvo ter smrt. Njihova glavna skupna lastnost je predvsem ta, da povzročijo dodatne stroške, ki so povezani z medicinsko oskrbo; ker pa so ljudje pogosto tudi nezmožni za delo v času trajanja zdravstvenega primera, povzročijo tudi izpad dohodka. Ti socialni primeri prizadanejo tako človekovo zdravje kot temeljno vrednoto posameznika, hkrati pa je to tudi temeljna vrednota družbe.

Bolezen – če bi želeli opredeliti zdravstveni primer bolezni, lahko rečemo, da je to od znotraj povzročena telesna ali duševna motnja, v socialno zavarovanem smislu pa je ne moremo enačiti z definicijami medicinske znanosti, ki v splošnem medicinskem pomenu pomeni vsako subjektivno ali objektivno ugotovljivo zdravstveno motnjo.

Poškodba – zdravstveni primer poškodbe pa lahko definiramo kot od zunaj povzročeno telesno motnjo v delovanju človeškega telesa, ki vključuje nenadno delovanje zunanje sile, kot tudi nenadne gibe ali večje obremenitve telesa (Strban, str. 143).

Značilno pa je tudi, da so zgoraj navedeni primeri kratkotrajne narave, kar pa za primere invalidskega in pokojninskega zavarovanja ne moremo reči.

Ko nastopijo zdravstveni primeri, ima zavarovana oseba tako pravico do zdravstvenih storitev, na drugi strani pa seveda tudi pravico do denarnega nadomestila. Bistveno je, da sam zavarovalni primer ne nastopi že takrat, ko dejansko pride do motnje v delovanju človeškega telesa, temveč takrat, ko sama bolezen ali poškodba zahtevata medicinsko oskrbo oziroma ko je zavarovanec nezmožen za delo. Ugotovimo, da gre v tem primeru za dvočlenskost socialnozavarovalnih pojmov, kot sta bolezen in poškodba, saj v prvi vrsti povzročita motnjo, ki zahteva na drugi strani potrebo po oskrbi in največkrat hkrati pomeni tudi nezmožnost za delo.

Pri tem pa je vsekakor potrebno omeniti določene omejitve, ki spodbujajo k temu, da pride do zdravstvenih primerov v najmanjši možni meri, hkrati pa mora zavarovanec tudi sam aktivno in kar najbolj prispevati, da se čim prej odpravijo škodne posledice, ko zdravstveni primer že nastane.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju tako poudarja tri načela, ki stremijo k prej omenjenim načelom. To so:

- načelo samoodgovornosti – kar pomeni odgovornost posameznika za svoje zdravljenje, ki ne potrebuje medicinske pomoči;
- načelo solidarnosti – v tem primeru skupnost pomaga posamezniku, ki ga je doletel socialnozavarovalni primer, da nosi stroške zdravljenja.

Pomembno je poudariti, da v primeru, ko zavarovana oseba sama povzroči bolezen ali poškodbo, s storitvijo kaznivega dejanja ali udeležbo pri njegovi storitvi, te primere izločimo obsega zdravstvenih primerov. Stroški zdravljenja tako niso kriti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, niti se jim ne povrne izpada dohodka.

V slovenski zakonodaji so primeri samopoškodb določeni v Pravilu obveznega zdravstvenega zavarovanja; določena morajo biti torej z zakonom, ne smejo jih obravnavati oziroma določati podzakonski akti.

3.8 Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Kot smo že omenili, se pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko zagotavljajo na dva različna načina, in sicer:

- pravice v denarju,
- pravice v naravi – zdravstvene dajatve, ki pa so lahko:
 - storitvene dajatve, kot je ambulantno zdravljenje,
 - stvarne dajatve, kot so zdravila in drugi pripomočki.

3.8.1 Zdravstvene storitve pri obveznem zdravstvenem zavarovanju

V okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja zakon določa, da ima zavarovanec pravice do:

- preventivnih zdravstvenih storitev,
- ambulantnega (zobo)zdravniškega zdravljenja,
- bolnišničnega zdravljenja,
- medicinske oskrbe v socialnovarstvenih zavodih,
- zdravljenja in nege na domu,
- zdravil in obvezilnega materiala,
- medicinsko – tehničnih pripomočkov,
- medicinske rehabilitacije,
- zdravljenja v tujini.

Zdravljenje lahko razlagamo tako v ožjem kot tudi v širšem pomenu. Zdravljenje v ožjem pomenu lahko razumemo predvsem kot akutne terapevtske ukrepe ob bolezni ali poškodbi, v širšem pomenu pa kot medicinsko diagnostiko, brez katere bi terapevtski ukrepi lahko potekali ali v napačno smer ali pa bi celo škodovali zdravju. Zdravljenje v širšem smislu razumemo tudi kot ukrepe medicinske diagnostike, ki so lahko potrebni po začetku akutnega zdravljenja.

Zavarovana oseba ima tako pravico do ambulantnega zdravniškega kot tudi zobozdravniškega zdravljenja, poteka pa lahko na splošni ali specialistični ravni zdravstvene dejavnosti. Vsekakor ima zavarovana oseba pravico tudi do stacionarnega bolnišničnega zdravljenja, kar obsega stroške nege, prehrane in nastanitve.

Zakon o pacientovih pravicah dodatno določa, da v sklop obveznega zdravstvenega zavarovanja spada tudi blažilna ali tako imenovana paliativna oskrba, ki jo lahko razlagamo kot oskrbo v primeru neozdravljive bolezni, ko storitve zdravljenja bolniku ne bi bile več v pomoč; tu naj bi šlo za duhovno vodenje.

K obveznemu zdravstvenemu zavarovanju spada tudi pravica do zdravljenja in nege na domu, ta pa je potrebna predvsem takrat, ko zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja ni več zmožna priti v ambulanto, nega na domu pa je enakovredna bolnišničnemu zdravljenju.

Podobno zakon omenja tudi medicinsko oskrbo v socialnovarstvenih zavodih – predvsem v domovih za starejše; vključuje zdravila in pripomočke, nastanitev in prehrano pa morajo upravičenci kriti sami.

Kot zadnja od pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja je omenjena tudi pravica do zdravljenja v tujini, če zavarovanec potrebuje zdravljenje med začasnim bivanjem v tujini, lahko pa tudi takrat, ko odpotuje v tujino z namenom pridobivanja zdravstvenih storitev.

Kot je določeno po »*lege artis*« mora kakovost in učinkovitost dajatev ustrezati medicinskemu spoznanju, ki je splošno priznano. V primeru, da gre za postopke, ki niso dovolj preizkušeni, in so paramedicinski, nosilec obveznega zdravstvenega tega ni dolžan kriti.

Zapoved gospodarnosti, s katero je določena vsebina in obseg dajatev in v skladu s katero morajo biti dajatve najprej zadostne, hkrati pa smotrne in ekonomične, zapoveduje tudi, da dajatve ne smejo presežati potrebnega. Vloga zapovedi je tako dvojna; v razmerju do nosilca s strani zavarovane osebe tako konkretizira zahtevek za dajatve, s strani izvajanja dajatev pa pomeni maksimo ravnanja za izvajalce zdravstvenih storitev.

3.8.1.1 Preventivne zdravstvene storitve

Preventivne zdravstvene storitve ureja Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, doplačilo zanj pa ni potrebno, saj ga v celoti krije ZZZS.

Če si želimo preventivno zdravljenje ogledati bolj natančno, lahko ločimo med tremi vrstami preventive:

- *primarna preventiva*: z njo preprečujemo nastop bolezni – velja omeniti predvsem obvezno cepljenje,
- *sekundarna preventiva*: namenjena je zgodnjemu odkrivanju bolezni – sistematični pregledi,
- *terciarna preventiva*: v tem primeru pa gre predvsem za medicinsko rehabilitacijo, kar pomeni, da je njen namen preprečitev poslabšanja obstoječega stanja bolezni ali poškodbe.

3.8.2 Pravica do zdravil

Zakon o zdravilih (ZZdr-1) ureja zdravilo kot vsako snov ali kombinacijo snovi, ki so pripravljene in namenjene preprečevanju bolezni in poškodb ter njihovemu zdravljenju pri ljudeh. Gre za zelo pomembno pravico v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, pri tem je poudarjeno, da pravica ni neomejena – zagotavlja se kot del bolnišničnega zdravljenja ali pa na podlagi recepta.

Pri zdravilih, ki jih pridobimo na podlagi recepta, je zelo pomembno omeniti, da so ta zdravila uvrščena na pozitivno listo, nekatera iz te skupine so uvrščena tudi na vmesno listo; zdravila, ki pa jih na podlagi recepta ni mogoče pridobiti, pa izhajajo z negativne liste.

Od razvrstitve na posamezno listo je odvisna tudi višina doplačila, ki ga mora posameznik doplačati. Za zdravila z vmesne liste je za leto 2010 doplačilo znašalo 90 % njihove vrednosti.

Zdravila s pozitivne liste so tako popolnoma brezplačna, za otroke so brezplačna tudi zdravila iz vmesne liste.

ZZZS tako določa najvišjo priznano vrednost zdravila in sicer v obliki fiksnega zneska. Če sama vrednost zdravila preseže določen znesek, ZZZS tega ne krije. Najvišja vrednost zdravila, ki je priznanje tako podlaga za ugotavljanje zneska kritja zdravil, ki so razvrščena na podlagi nelastniških imen, t. i. generikov.

Generična zdravila oziroma generiki so tista zdravila, ki so bistveno podobna originalnim zdravilom, imajo enako sestavo zdravilnih učinkovin, enako farmacevtsko obliko, njihovo primerljivost z originalnimi zdravili pa ugotavlja Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke, ki pripravi seznam medsebojno zamenljivih zdravil. Primer je aspirin, ki je originalno zdravilo. Ko mu poteče zaščita industrijske lastnine, se lahko začne ponovno proizvajati kot generično zdravilo. Namen takšnega zamenjevanja je obvladovanje izdatkov, ki so namenjena za zdravila - zdravnik nam tako ponavadi predpiše cenejše zdravilo, prav tako so nam v lekarni dolžni zamenjati na recept predpisano zdravilo z bistveno cenejšim zdravilom, ki pa hkrati mora biti povsem podobno. V tem primeru zavarovana oseba lahko zahteva izdajo prvotnega zdravila, torej zdravila, ki ga je zdravnik prvotno predpisal, vendar mora razliko poravnati sama.

Poleg zdravil k pravicam iz obveznega zdravstvenega zavarovanja spada tudi:

- pravica do obvezilnega materiala: gre za sanitetni in obvezilni material (povoji, obliži), ki obsega pripomočke, namenjene pokritju površinsko poškodovanega dela telesa, vpoju telesnih tekočin,...

- pravica do medicinsko tehničnih pripomočkov: sem uvrščamo medicinsko-tehnične pripomočke, prilagojene izravnavi slušne, gibalne ali druge telesne oviranosti. Gre za očesno in slušno pomoč, torej za sredstva, ki nadomeščajo dele telesa in druge predmete, ki so potrebni za zagotovitev uspeha zdravljenja.

- pravica do medicinske rehabilitacije: glavni namen medicinske rehabilitacije je povrniti zmanjšanje življenjske funkcije in delovne zmožnosti ter preprečiti poslabšanje obstoječega bolezenskega stanja ali poškodbe

3.9 Doplačila in njihova (ne)primernost

ZZVZZ razlikuje določene pravice do zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in jih razvršča glede na višino doplačila, ki jo mora plačati zavarovana oseba. Pri tem razlikujemo skupine oseb, za katere dajatve in storitve doplačila niso potrebna. Gre predvsem za določene zavarovane osebe (vojni invalidi), za katere doplačila plačuje država iz proračuna.

Doplačila so za leto 2010 znašala od 5 do 90 % cene zdravstvenih storitev ali stvari.

Velja omeniti, da zakonodajalec s predpisovanjem finančne udeležbe zavarovanih oseb želi zagotoviti večjo obveščenost samih zavarovancev o cenah zdravstvenih dajatev in zmanjšanje izdatkov nosilca zavarovanja.

Zavarovana oseba pa se neposrednemu plačilu lahko izogne tudi s sklenitvijo zasebnega, prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila, zavarovana oseba pa plačuje mesečne premije. Omenjene premije so enake za vse zavarovance v isti starostni skupini, dohodki in število članov niso pomembni.

Omenjene skupine zavarovanih oseb so tako postavljene v slabši pravni položaj, saj jim je lahko onemogočen dostop do posamezne pravice. Najboljša rešitev bi bila, da so te skupine oseb finančno soudeležene in tako bi se izračunal odstotek dohodka gospodinjstva ali posameznika.

Pravica do denarnih dajatev

V okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja zavarovanim osebam pripada pravica do denarnega nadomestila med začasno odsotnostjo od dela, pravica do povrnitve potnih stroškov ter pravica do pogrebnine in posmrtnine.

Pravica do denarnega nadomestila med začasno odsotnostjo z dela

Glavni namen te pravice je nadomestiti izpadli dohodek zaradi nastanka boleznili ali poškodbe, torej socialnega primera in na ta način ohraniti nepretrganost dohodka za življenje. Poleg zdravstvenih storitev je to eden izmed dveh stebrov obveznega zdravstvenega zavarovanja.

3.10 Pravica do odsotnosti z dela

Zakon o delovnih razmerjih določa, da je delavec upravičen do odsotnosti z dela v naslednjih primerih:

- začasna zadržanost zaradi lastne bolezni ali poškodbe,
- nega ožjega družinskega člana,
- prostovoljno darovanje krvi.

Enako kot določa prej omenjen zakon določa tudi ZZVZZ, da pravica ni odvisna od dobe predhodne zaposlitve, zato v tem primeru delodajalec ne sme nasprotovati upravičeni odsotnosti. Trajanje same odsotnosti je odvisno od strokovne presoje zdravnika. Pri darovanju krvi je odsotnost omejena na en dan, delavec pa mora o odsotnosti obvestiti delodajalca.

3.11 Pravica do denarnega nadomestila

Dolžnost zagotavljati varnost dohodka je vsekakor dolžnost, ki jo mora zagotoviti delodajalec in ZZS.

Delodajalec je dolžan izplačevati nadomestilo plače samo določen začetni čas, kadar je delavec odsoten z dela zaradi bolezni ali morebitne poškodbe.

Z denarnim nadomestilom se zagotavlja socialna vključenost, zavarovano osebo pa se tako oskrbi za sredstva, potrebna za preživetje. Velja omeniti, da si morajo samozaposlene osebe varnost dohodka zagotavljati same.

Delodajalec mora oziroma je dolžan izplačevati nadomestilo plače določen začetni čas odsotnosti z dela zaradi bolezni ali poškodbe in sicer prvih 30 dni za posamezno odsotnost z

dela oziroma ustrezno manj, če je odsotnost krajša, časovna omejitev pa prične ponovno teči za vsako posamezno odsotnost.

Odgovornost delodajalca se poveča kadar pride do poškodbe pri delu ali poklicne bolezni. V primeru, da gre za zasebna tveganja, torej kadar do bolezni ali poškodbe pride zunaj dela, je delodajalčeva dolžnost omejena na največ 120 delovnih dni v koledarskem letu, absolutna časovna omejitev pa pri poškodbah pri delu in poklicnih boleznih ne velja.

Kadar je delavec večkrat zapored odsoten zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, prekinitve med posameznimi odsotnostmi pa traja manj kot deset delovnih dni, mora nadomestilo plače od prekinitve naprej plačevati ZZZS.

3.11.1 Višina nadomestila

V primeru poklicne bolezni ali poškodbe, ki je nastala med delom znaša nadomestilo 100 % delavčeve povprečne plače zadnjih treh mesecev, pri zasebnih tveganjih pa je višina nadomestila 80 % delavčeve plače v zadnjem mesecu.

- 100 % osnove (poklicna bolezen, poškodbe pri delu, presaditev tkiva v tujo korist, darovanje krvi, karantena, kakršnakoli zadržanost vojnih invalidov),
- 90 % osnove (bolezen zunaj dela),
- 80 % osnove (poškodbe zunaj dela in zdravniško odrejeno spremstvo).

Pri odmeri se lahko upošteva tudi:

- predhodna doba zavarovanja,
- število družinskih članov,
- samo trajanje nezmožnosti za delo.

Za slovensko ureditev je značilno, da imamo določeno najnižje in najvišje denarno nadomestilo, ki pa ne sme biti nižje od zjamčene plače in ne višje od plače, ki bi jo zavarovanec dobil, če bi delal (oz. od osnove, po kateri je zavarovan).

Kot smo že omenili, je ZZZS dolžan začeti izplačevati nadomestilo praviloma 31. dan odsotnosti oziroma če je v primeru zasebnega tveganja delodajalec že plačal 120 dni odsotnosti.

Obstajajo izjeme, ko je ZZZS dolžan plačevati nadomestilo že od prvega dne, in sicer v treh primerih:

- presaditev živega tkiva in organov v korist tretje osebe,
- posledice dajanja krvi,
- nega ožjega družinskega člana ali spremstva.

Pomembno je poudariti, da med prenosom dolžnosti z delodajalca na ZZZS ne sme biti čakalnih dni, ki bi šli v breme zavarovanca. Nekatere države pa to dovoljujejo in sicer zato, da bi se izognili zelo kratkim odsotnostim.

3.11.1 Upravičene osebe do denarnega nadomestila

Osebe, ki so upravičene do denarnega nadomestila, niso vse zavarovane osebe, temveč le aktivni zavarovanci, saj izpad dohodka v konkretnem primeru prizadene samo njih – delavci, samozaposleni, lastniki zasebnih kmetij, kmetje, vrhunski športniki in šahisti.

Drugi zavarovanci in družinski člani pa tako nimajo pravice do denarnega nadomestila, s tem da se prejemnikom pokojnin ob nastanku bolezni denarna nadomestila izplačujejo kot sekundarni socialni primer.

3.11.2 Trajanje pravice do denarnega nadomestila

Pravica do denarnega nadomestila je po svoji naravi kratkotrajna pravica oziroma je odvisna od dejanskega zdravstvenega stanja zavarovane osebe.

Če pristojni zdravnik oceni, da je zavarovana oseba že sposobna ponovno opravljati svoje delo, pravica do denarnega nadomestila preneha.

V primeru, da zdravnik oceni, da v bodoče ni mogoče pričakovati povrnitve delovne zmožnosti ali če je zavarovana oseba zaradi poškodbe ali dela zadržana od dela neprekinjeno eno leto, se mora zavarovanca napotiti na invalidsko komisijo Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (ZPIZ). Samo invalidnost pa je mogoče oceniti šele, ko je zdravljenje končano.

3.11.3 Prenehanje pravice do denarnega nadomestila

Pravica do denarnega nadomestila preneha, ko je po strokovni oceni pristojnega zdravnika zavarovani osebi povrnjena delovna zmožnost, hkrati pa pravica preneha tudi, ko se iztečejo časovne omejitve in ko je ugotovljeno, da zavarovanec v času začasne zadržanosti opravlja pridobitno delo.

Izplačevanje se lahko zadrži, če se zavarovanec neutemeljeno ne odzove vabilu zdravnika, če se ne ravna po zdravniških navodilih, odpotuje v tuj kraj, onemogoči kontrolni obisk ali če neupravičen odkloni ali odloži predlagano zdravljenje.

Ko so odpravljeni razlogi za zadržanje, se nadomestilo plača za nazaj, vendar ne za čas neupravičene odsotnosti. V primeru, da je nadomestilo že prejel, ga mora vrniti.

3.11.4 Denarno nadomestilo za nego ožjega družinskega člana

Pravica se nanaša na nego vseh družinskih članov, to so zavarovančevi otroci in zakonec. Višina nadomestila znaša 80 % osnove in je enaka pri denarnem nadomestilu zavarovanca. Pravica do nadomestila za nego zakonca in otroka, starejšega od sedmih let, traja do 7 delovnih dni (v izrednih primerih se lahko podaljša na 14 dni), za otroke, mlajše od sedmih let, ter za starejše z zmerno, hudo ali hujšo motnjo pa traja 15 delovnih dni in se lahko podaljša na 30 delovnih dni. Pogoj ni prebivanje v skupnem gospodinjstvu, pravica pa preneha, ko je povrnjeno zdravje družinskega člana.

3.12 Pravica do povrnitve potnih stroškov

Zavarovana oseba ima pravico do prevoza z reševalnim ter drugimi vozili in do plačila potnih stroškov, v primeru, da mora na zdravljenje v kraj zunaj kraja stalnega prebivališča, če v kraju prebivanja ni zdravnika ali ko je napotena oziroma poklicana k zdravniku v drug kraj. Pravica je akcesorna in obsega povrnitev prevoznih stroškov ter stroškov prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju. Prevozni stroški se povrnejo za najkrajšo razdaljo po ceni javnega prevoza, del prevoznih stroškov pa mora pokriti zavarovana oseba sama.

To pravico lahko uveljavlja zavarovana oseba, ki uveljavlja zdravstvene storitve, ki so zanjo v celoti brezplačne: zahtevnejše operativne posege, intenzivno terapijo, presaditev organov, storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, storitve zdraviliškega zdravljenja in nekatere druge. Do uveljavljanja pravice je upravičen tudi spremljevalec bolne ali poškodovane osebe.

3.13 Pravica do pogrebnine in posmrtnine

S smrtjo osebe nastanejo številni stroški, čemur je namenjena pravica do pogrebnine, ki se izplača kot delna povrnitev stroškov pogreba določenim skupinam zavarovancev in njihovih ožjih družinskih članov.

Pogrebna znaša 80 % povprečne cene stroškov pogreba v državi. Pogoj je, da je bila umrla oseba za določen čas zavarovana za to pravico, do pogrebnine pa je upravičen družinski član ali druga oseba, ki je dejansko poskrbela za pogreb.

Posmrtnina je enkratna denarna pomoč družinskim članom zavarovanca, ki jih je ta ob smrti preživljal. Z njo se izravnava premoženjska škoda, ki je nastala zaradi smrti tistega, ki je družino preživljal. Pogoj za pridobitev posmrtnine je določeno obdobje predhodnega zavarovanja umrlega zavarovanca. Višina posmrtnine je v ZZVZZ določena od 100 do 150 % zjamčene plače, konkretno višino pa določi upravni odbor ZZVS.

Tako pogrebna kot posmrtnina sta univerzalni dajatvi, saj nista odvisni od preteklih dogodkov upravičenca ali umrlega.

3.14 Postopek uveljavljanja in varstva pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

3.14.1 Pravica do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda

Pravica do proste izbire zdravnika je procesna pravica, saj pomeni prvi korak v postopku uveljavljanja materialnih pravic, ki so urejene v ZZVZZ in ZPacP. Subjekt pravice je tako vsak socialno zavarovani in zasebni pacient, vseeno pa je ta pravica pomembna le za socialno zavarovanega pacienta. Njen korelat je tako dolžnost zdravnika, da sprejme pacienta, odkloniti ga nikakor ne sme, razen v izjemnih primerih – prevelika oddaljenost, preveč pacientov.

3.14.2 Slovenija

Pri nas pravica do proste izbire zdravnika pomeni tako prosto izbiro osebnega zdravnika kot tudi zdravnika specialista ter svobodno izbiro zdravstvenega zavoda.

Pravica ni neomejena, omejitve se pojavljajo v zvezi s krajevno in časovno omejitvijo. Omejitev je manj, ko zasebni pacient uveljavlja pravico do proste izbire zdravnika, saj lahko povsem svobodno izbira kogarkoli, dokler ga je pripravljen plačati. To lahko stori mimo osebnega zdravnika, ki v obveznem zdravstvenem zavarovanju deluje kot vratar v svetu zdravstvenih storitev.

Izbrani osebni zdravnik ima pomembne usmerjevalne, ordinacijske in dokumentacijske vloge, saj skrbi za zdravje osebe, predpisuje zdravila, vodi in zbira zdravstveno dokumentacijo, zavarovano osebo pa tudi napotuje k zdravniku specialistu ali v bolnišnico. Omeniti je vsekakor treba njegovo pomembno vlogo pri varovanju zasebnosti.

Zavarovana oseba ima pravico do neomejena prvega dostopa do svojega izbranega zdravnika, pri tem je zdravnik osebo dolžan sprejeti in izvesti storitve, če so potrebne. Zdravnik tako najprej opravi pregled oz. preiskave, ki so potrebne za postavitve diagnoze. Ko je ta ugotovljena, ima zavarovana oseba pravico do zdravljenja oziroma do morebitnih potrebnih preventivnih zdravstvenih storitev. Vsak pacient ima pravico biti obveščen o svojem zdravstvenem stanju in verjetnem razvoju ter posledicah bolezni, o cilju, vrsti in načinu zdravljenja, mogočih tveganjih in morebitnih drugih možnostih zdravljenja.

Pravice in dolžnosti v postopku zdravljenja so:

- pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe,
- pravica do spoštovanja pacientovega časa,
- pravica do obveščeniosti in sodelovanja,
- pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju,
- pravica do upoštevanje vnaprej izražene volje,
- pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo,
- pravica varstva zasebnosti in pravica varstva osebnih podatkov.

Vse te pravice podrobneje ureja ZPacP. Tako kot je pacient deležen številnih pravic v postopku zdravljenja, pa ima seveda tudi določene dolžnosti v postopku le-tega. Kot najpomembnejšo velja omeniti, da ima pacient dolžnost ravnati v skladu s sprejetimi strokovnimi navodili in načrti v času bolezni. Nobene pravice ni mogoče odreči s sklicevanjem na pacientovo neizpolnjevanje dolžnosti (lahko samo zadrži izplačevanje nadomestila). Z neizpolnjevanjem dolžnosti lahko povzroči škodo solidarni skupnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja (potrebne dodatne storitve). Delodajalec lahko takemu delavcu odpove pogodbo o zaposlitvi.

3.15 Postopki v primeru nesoglasja

Pravica do pritožbe in ugovora

Zavarovana oseba ima pravico do pritožbe, če se ne strinja z odločitvijo zdravnika, tako glede ukrepov diagnostike, akutnega zdravljenja in medicinske rehabilitacije. Pritoži se lahko neposredno pri izvajalcu storitev. Pravico ureja vsakoletni dogovor med ZZZS, izvajalci in ministrstvom za zdravje. Pravico do ugovora na pristojni organ nadzora (zbornica, ZZZS ali ministrstvo) ima oseba v vseh naštetih primerih, tudi takrat, ko v tem postopku sam ne nastopa v vlogi stranke.

3.16 Pravica do drugega mnenja

Pacient ima pravico kadarkoli pridobiti drugo mnenje. Čeprav je ta na prvi pogled za pacienta zelo ugodna, pa lahko pravico do drugega mnenja neomejeno uveljavljajo samo zasebni pacienti, če so jo seveda pripravljene dodatno plačati. Socialno zavarovani pacienti pa so pri tej pravici nekoliko omejeni – pravica je omejena samo na odločitve na sekundarni in terciarni ravni, kar pomeni, da zavarovana oseba nima možnosti zahtevati preizkusa odločitve izbranega osebnega zdravnika. Nekateri avtorji štejejo za pravico do drugega mnenja v širšem pomenu tudi možnost pridobitve podrobnejšega mnenja pri specialistu na podlagi napotnice, kar pa seveda ne drži. Naslednja omejitev je ta, da lahko socialno zavarovani pacient uveljavi pravico do drugega mnenja največkrat enkrat za oceno istega zdravstvenega stanja in predvidenih postopkov zdravstvene oskrbe. Dodatno morata pred uveljavitvijo pravice do drugega mnenja socialno zavarovani pacient in izbrani zdravnik

opraviti temeljit pogovor o razlogih, namenu in potrebi pridobitve drugega mnenja (s tem se odvrča pacienta od uveljavljanja pravice). Pravico se lahko uveljavi samo pri zdravniku ali konziliju istega izvajalca zdravstvenih storitev, torej v isti zdravstveni organizaciji (kaže na to, da je zakon pisan bolj v korist zdravnikov).

3.17 Pravica do obravnave kršitve pacientovih pravic

ZPacP nesoglasje med pacientom in izvajalcem zdravstvene dejavnosti opredeljuje kot nesporazum, ki naj bi se ga odpravil takoj, in sicer z dodatnimi pojasnili in ukrepi. Če to ni mogoče, mora izvajalec pacienta v skladu z načelom obveščenosti in podpore varstva pravic na razumljiv način obvestiti o pravici do obravnave kršitve pacientovih pravic in postopku vložitve zahteve. Če pacient meni, da so bile kršene njegove pravice iz ZPacP, lahko zahteva postopek prve obravnave kršitve pacientovih pravic pred pristojno osebo izvajalca (neformalni strokovni postopek). Osebi se lahko dogovorita o opravičilu ali celo povrnitvi škode v vrednosti do 300 €. Če pacient ne soglaša s predlaganim dogovorom, lahko zahteva drugo obravnavo kršitve pacientovih pravic pred Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic (predsednika imenuje Vlada, druge pa ministrstvo). Postopek je formaliziran in določa subsidiarno uporabo določb splošnega upravnega postopka.

Uveljavljanje kršitev pacientovih pravic ni procesna predpostavka sodnega varstva pravic, saj je možna vložitev tožbe tudi brez predhodnega postopka pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

Odločitev imenovanega zdravnika ZZZS

V nekaterih primerih je potrebna odločitev zdravnika, ki ga imenuje upravni odbor ZZZS, ki odloča o (1) napotitvi na zdraviliško zdravljenje na predlog izbranega osebnega zdravnika ali bolnišničnega zdravnika, (2) o upravičenosti zahteve za medicinsko-tehnični pripomoček pred iztekom trajnostne dobe, če je prišlo do anatomskih in funkcionalnih sprememb, zaradi katerih je postal pripomoček neuporaben, (3) o pravici do zahtevnejših medicinsko-tehničnih pripomočkov in (4) o upravičenosti do zdravljenja v tujini. V teh primerih je pravni položaj zavarovane osebe bolje varovan. Če se ne strinja z njegovo odločitvijo, lahko vloži pritožbo, o kateri odloča Komisija ZZZS (dva zdravnika, en pravnik).

Strokovna in pravna pomoč

Zastopnik pacientovih pravic lahko pacientu svetuje, pomaga ali ga zastopa, lahko pa tudi neformalno posreduje pri izvajalcih z namenom hitrega odpravljanja kršitev. Pravico do brezplačne pravne pomoči imajo zasebni in socialno zavarovani pacienti, kar pa ne zmanjšuje njihove pravice zahtevati strokovno in pravno pomoč nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja.

3.18 Postopek uveljavljanja pravic do denarnih dajatev

3.18.1 Uveljavljanje pravic do denarnega nadomestila

Utemeljenost začasne nezmožnosti za delo zaradi lastne bolezni ali poškodbe oz. druge začasne zadržanosti z dela do 30 dni ugotavlja zavarovančev splošni izbrani osebni zdravnik (ne ginekolog ali zobozdravnik!). O nezmožnosti za delo, ki presega 30 dni, in v ostalih primerih, ko denarno nadomestilo bremeni ZZZS, se zahteva odločitev imenovanega zdravnika, ki ga imenuje upravni odbor ZZZS. Delavec uveljavlja izplačilo nadomestila pri delodajalcu, za to pa mu zadostuje Potrdilo o upravičeni odsotnosti z dela, ki ga izda osebni zdravnik na predpisanem obrazcu (enako velja, če plačilo bremeni ZZZS – tudi uveljavlja pri delodajalcu, ki nato zahteva povrnitev izplačanih sredstev od ZZZS). Če se delodajalec ali zavarovanec ne strinjata z oceno osebnega zdravnika (do 30 dni), lahko zahtevata presojo, ki jo opravi imenovani zdravnik ZZZS. Zoper njegovo odločitev je dopustna nesuspendivna pritožba zavarovanca ali delodajalca, o kateri odloča zdravstvena komisija ZZZS (zelo kratki roki).

Uveljavljanje pravic do drugih denarnih dajatev

Pravici do pogrebnine in posmrtnine je mogoče uveljavljati pri območni enoti ZZZS. Pravico do pogrebnine se lahko uveljavlja tudi neposredno pri izvajalcu pogrebne dejavnosti, če ima z ZZZS sklenjeno ustrezno pogodbo, pravico do posmrtnine pa se lahko uveljavlja pri delodajalcu.

Zavarovana oseba uveljavlja pravico do povračila potnih stroškov pri katerikoli območni enoti ZZZS ali pri svojem delodajalcu (bolj redko). Utemeljenost zahteve se izkaže s predpisano listino, ki jo izda osebni zdravnik. Če stroške izplača delodajalec, lahko slednji uveljavlja povračilo zneska pri ZZZS. Pritožbeni organ je posebna enota na sedežu ZZZS.

3.18.2 Sodno varstvo

Zoper končno odločitev pristojnega zdravnika, zdravstvene komisije in organov ZZZS je mogoče vložiti tožbo pri socialnem sodišču. Posebnost je ta, da revizije ni mogoče vložiti v sporih glede pravice o zdraviliškem zdravljenju, razen če jo sodišče dopusti.

3.19 Druge vrste zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji

Kot smo že na začetku povedali, je v Sloveniji najbolj razširjena oblika zdravstvenega zavarovanja Obvezno zdravstveno zavarovanje. V zadnjem času pa se poleg tega pojavljajo še dodatno, dopolnilno, vzporedno in nadomestno zdravstveno zavarovanje, ponujeno s strani različnih zavarovalnic, zato si bomo v nadaljevanju ogledali še najpomembnejše značilnosti vseh teh zavarovanj, ki jih imajo trenutno na voljo državljani Republike Slovenije, in jih med seboj primerjali.

3.19.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje

Zdravstveno zavarovanje je v Republiki Sloveniji (RS) obvezno za vse osebe, ki izpolnjujejo z ZZVZZ predpisane pogoje. Po ZZVZZ so zavarovane osebe zavarovanci in njihovi družinski člani. **Pri nas obvezno zdravstveno zavarovanje ne zagotavlja kritja vseh stroškov, ki nastanejo pri zdravljenju.** Do popolnega kritja stroškov zdravljenja so upravičeni le otroci, šolarji ter ljudje z nekaterimi boleznimi in stanji. Za vse ostale storitve zagotavlja obvezno zavarovanje le **določen odstotni delež cene**. Za razliko med deležem, ki ga krije obvezno zavarovanje, in polno ceno, se oseba lahko zavaruje. To imenujemo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki zagotavlja, da bodo posamezniku kriti stroški nujnih zdravstvenih storitev. V primeru, da oseba ni dopolnilno zavarovana, mora sama plačati razliko.

Obvezno zdravstveno zavarovanje omogoča zavarovanim osebam uveljavljanje pravic do:

- *zdravstvenih storitev,*
- *zdravil, medicinsko-tehničnih pripomočkov,*
- *ter do denarnih nadomestil, kot so:*
 - *nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela,*
 - *pogrebina,*
 - *posmrtnina*
 - *ter povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem pravic do zdravstvenih storitev.*

3.19.2 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

PZZ krije zavarovancem stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki ter izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe oziroma posebnega zdravstvenega stanja. To je dejavnost, ki jo izvajajo izključno zavarovalnice.

Poznajo ga v skoraj vseh državah z razvitejšimi sistemi zdravstvenega varstva. Ponekod je zasnovan tako, da obveznega ZZ ne poznajo in je vključevanje v ZZ v celoti prostovoljno. V osnovi poznamo 4 tipe PZZ, in sicer:

- nadomestno,
- dodatno,
- dopolnilno,
- vzporedno.

V praksi prostovoljnemu oz. zasebnemu ZZ pravijo tudi **standardno ZZ (obvezno + dopolnilno)**.

3.19.3 Dopolnilno zdravstveno zavarovanje

Ena izmed vrst PZZ je torej tudi DZZ oz. z udomačenim izrazom **prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila**. Je posebnost našega sistema ZZ. Doplačilo oziroma dopolnilno plačilo je zakonska obveznost zavezanca, da **sam poravna razliko med deležem, ki gre v breme obveznega ZZ in celotno vrednostjo uporabljenih zdravstvenih storitev**.

Zajema :

- kritje stroškov nastanitve v bolnišnici, zdravilišču,
- zdravila,
- stroške reševalnih prevozov,
- medicinsko tehnične pripomočke in zoboprotetične nadomestke.

DPZZ zavarovancu ne daje nobenih novih dodatnih zdravstvenih pravic, ker je v celoti vezano na siceršnje pravice do zdravstvenih storitev obveznega ZZ.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju določa, da DZZ predstavlja javni interes RS in se izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti in vsaj med spoloma med vsemi zavarovanci DZZ. Skupaj z OZZ predstavlja DZZ del socialne varnosti zavarovanih oseb.

Spodbuda za sklenitev

Je določilo o pribitku na premijo ob poznem pristopu k zavarovanju – ne glede na določbe o enotni premiji **so za zavarovane osebe, za katere se sklene dopolnilno ZZ po preteku enega leta od dne, ko postanejo zavezane plačevati doplačila, premije za vsako polno nezavarovano leto tri odstotke višje.**

Pri nas so za sklenitev PZZ pristojne 3 zavarovalnice: Vzajemna, Adriatic in Triglav, nobena od teh ne sme zavrnila sklenitve zavarovanja nikomur, ki želi biti pri njej zavarovan (open enrollment). Taka zahteva je razumljiva, gledano s strani bojazni, da bi zavarovalnice sprejemale v zavarovanja samo zdrave ljudi. To je ena izmed posebnosti DZZ.

Še ena posebnost je mehanizem prenosa sredstev med zavarovalnicami.

Izravnalna shema DZ.

Ujejo, da bi posamezna zavarovalnica v zavarovanje sprejemala le mlade in bolj zdrave zavarovance, s tem pa bi dosegala večje rezultate. Če ne bi bilo izravnalnih shem, bi zavarovalnica s pretežno starejšimi zavarovanci imela težave, saj ne bi imela dovolj mladih zavarovancev, da bi iz presežkov pri njihovih premijah subvencionirala primanjkljaje pri starejših. Vsi zavarovanci imajo pa tudi enako premijo ne glede na starost.

Z izravnalnimi shemami se torej zagotavlja medgeneracijska solidarnost oziroma vzajemnost med vsemi slovenskimi zavarovanci

Argumenti za:

- *zdavstven sistem RS je spremembi ZZ ostajal relativno stabilen,*
- *ob praktično nespremenjeni prispevni stopnji se ohranjajo relativno visoki standard.*

Proti:

- *ljudje se ne zavedajo višine zdravstvenih stroškov, saj jim ob plačilu premije dopolnilnega ZZ v okviru standardov OZZ ni treba več doplačevati. Pojavi se nekoliko višje povpraševanje po zdravstvenih storitvah;*
- *zaradi financiranja vedno večjega dela storitev z dopolnilnim zavarovanjem je v zdravstvu premalo zavesti o potrebi po racionalnem obnašanju in stroškovni učinkovitosti, kar je pripeljalo do dolgih čakalnih dob in zmanjšane dostopnosti do ključnih zdravstvenih storitev.*

3.19.4 Tožba proti Sloveniji?

Evropska komisija je napovedala tožbo proti Sloveniji zaradi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki ga imamo sedaj. Evropska komisija ocenjuje, da Slovenija ne spoštuje evropskih pravil glede prostega pretoka kapitala in svobode pri ponujanju storitev. Med drugim jo moti, da morajo zavarovalnice polovico dobička, ki ga prinašajo premije, porabiti za namene dopolnilnega zavarovanja. Odprtje trga pri prostovoljnem zavarovanju je evropska komisija od Slovenije zahtevala že lani, to pa je tudi eden od razlogov za spremembe na področju zavarovanja.

Zato je pripravljena tudi **reforma zdravstva do 2020**, ki med drugimi predvideva ukinitve dopolnilnega ZZ. Podane so tri opcije, izbira ene je najverjetneje povod za tožbo EU, drugi dve pa temeljita na zvišanju prispevne stopnje in prenosu premij prostovoljnega ZZ v zdravstveno blagajno, ukine se DOPZZ.

Eno izmed vprašanj zdravstvenih storitev so tudi **čakalne vrste**, ki so po mnenju mnogih posledica pomanjkanja denarja in ne zdravnikov, kajti zavarovalnice namenijo določene del denarja za določene storitve. S povišanjem prispevnih stopenj bi se plačalo več storitev, zmanjšale pa bi se tudi se čakalne vrste.

Po drugi strani pa DD predvideva pritisk na povišanje plač, saj se s povišanjem prispevne stopnje zmanjša neto prihodek.

3.19.5 Vzporedna zavarovanja

To zavarovanje krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki, ki so sicer pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, a jih zavarovalci uveljavljajo po drugačnih postopkih in drugih pogojih, kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje.

Vzporedna zavarovanja pri nas v manjši meri že obstajajo kot zavarovanja, ki krijejo stroške zdravstvenih storitev v samoplačniških ambulantah. Temeljni problem teh zavarovanj je v pomanjkanju ponudbe in povpraševanja, nezmožnosti njihove izvedbe v dosedanji ureditvi in tudi v bodoče zaradi pomanjkanja razmejitve med javnim in zasebnim (kdaj in pod katerimi pogoji lahko javni zavodi opravljajo storitve, ki jih krijejo vzporedna zavarovanja – torej izven javne službe), nejasnosti opredelitve teh zavarovanj v zdravstveni reformi in v pomankljivi zakonodaji. Pri vzporednih zavarovanjih gre za to, da se morajo zavarovanci še enkrat zavarovati za storitve, za katere so že zavarovani. Če pri tem upoštevamo še to, da predlog zdravstvene reforme že sicer dodatno obremenjuje tiste z višjimi prihodki, je malo verjetno, da bi se ti odločali še za draga vzporedna zavarovanja.

Vzporedna zavarovanja oziroma »zavarovanja za čakalne dobe«, kot se pogosto imenujejo, sprožajo pomisleke tudi o pravičnosti pri zagotavljanju sredstev. Zdravstvena pravičnost je po definiciji SZO (Svetovna zdravstvena organizacija) »poštena možnost za slehernega

človeka, da v celoti izrabi zdravstveni potencial, da torej ima dostop, fizični in finančni, do razpoložljivih virov zdravstvenega varstva.« Vzporedna zavarovanja, ki naj bi si jih lahko »privoščili« le premožnejši, po tej definiciji niso nič drugega kot povečevanje zdravstvene neenakosti, ki ima lahko večji negativni socialni in politični učinek kot sedanje dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

3.19.6 Nadomestno zdravstveno zavarovanje

Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje krije stroške storitev, ki jih za določene skupine prebivalstva krije država oziroma obvezno zdravstveno zavarovanje.

To zavarovanje je tako namenjeno le določenim skupinam prebivalstva in sicer osebam, ki so po nacionalni zakonodaji izključeni ali imajo možnost, da izstopijo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali sistema nacionalnega zdravstvenega varstva.

Nadomestno zdravstveno zavarovanje velja tudi za tujce, ki ne morejo biti vedno obvezno zavarovani v državi, v kateri bivajo ali delajo.

Ta oblika zdravstvenega zavarovanja je prisotna predvsem v tujini: v Nemčiji, najbolj na Nizozemskem, v manjšem delu pa tudi v nekaterih drugih državah - na Irskem, v Belgiji, Španiji in Franciji, kjer pa nadomestno zdravstveno zavarovanje velja le za delavce, ki so zaposleni v sosednji državi.

V Nemčiji, kjer je 9,3 % celotnega prebivalstva nadomestno zavarovanih, je tovrstna oblika zavarovanja namenjena osebam, ki so zaposlene in imajo osebni dohodek nad zakonsko določeno ravnjo – 40.500 evrov letno, samozaposlenim osebam in državnim uslužbencem.

Zaposlene osebe z osebnim dohodkom nad zakonsko določeno ravnjo imajo možnost, da ostanejo v nacionalni shemi oziroma v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja ali da iz njega izstopijo in si zagotovijo prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

V nasprotju s tem so samozaposlene osebe in državni uslužbenci iz obveznega zdravstvenega zavarovanja izključeni, zato se morajo nadomestno prostovoljno zavarovati za približno enak obseg pravic kot ga sicer zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje, vendar pri zasebnih zavarovalnicah.

4 Zaključek in sklepne misli

V svojem diplomskem delu sem predstavila nezgodno in zdravstveno zavarovanje, kot dve najpomembnejši vrsti zavarovanj v okviru osebnih zavarovanj. Nezgodno zavarovanje je predstavljeno zgolj kot pojem v tem okviru, saj sem bolj kot ne razložila, kaj nezgodna zavarovanja sploh pomenijo ter kako se pravzaprav delijo na osnovna in privatna nezgodna zavarovanja, ter kaj posamezna od njih vključujejo.

Diplomska naloga pa precej bolj izčrpno razlaga pojem obveznega zdravstvenega zavarovanja kot obliko socialnega zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji, ki celovito in v kar največji meri poskrbi za slovenske državljane.

Socialno zdravstveno varstvo oziroma obvezno zdravstveno zavarovanje tako stremi k zagotavljanju socialne varnosti ljudi v primeru bolezni ali poškodbe, v zadnjem času pa tudi sodeluje pri postopkih za preprečevanje bolezni oziroma njihovemu zgodnemu odkrivanju.

S svojim diplomskim delom sem želela predstaviti pojem obveznega zdravstvenega zavarovanja, njegove ciljne skupine, ugodnosti, financiranje le-tega, ter tudi katere pravice ima pacient oziroma zavarovana oseba v postopkih, ki jih zajema obvezno zdravstveno zavarovanje.

Kot sem že prej omenila, se v zadnjem času ljudje z nekoliko višjimi dohodki odločajo tudi za sisteme prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Gre za obliko zavarovanj, pri katerem si zavarovanci zagotovijo možnost, da do določenih storitev pridejo, kljub temu, da jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne vključuje. Na ta način si tako mimo javnega sistema lahko zagotovijo več oziroma »boljše« zdravstvene storitve, zdravila, pripomočke, denarne prejemke, boljši življenjski standard pri uveljavljanju pravice in prosto izbiro zdravnika, bolnišnice. Med oblike prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj tako spadajo: dodatno, dopolnilno, vzporedno, v zadnjem času pa tudi nadomestno zdravstveno zavarovanje, ki sem jih v diplomski nalogi na neizčrpen, vendar na medsebojno primerljiv način, tudi z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, navedla.

Viri in literatura

Bubnov Škoberne, A., Strban, G. (2010). *Pravo socialne varnosti*. Ljubljana: GV Založba.

Pavliha, M. (2000). *Zavarovalno pravo*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.

Prodan, I. (2008). Članek, ki obravnava Obvezno zdravstveno zavarovanje. *Neprofitni management*, str. 43–50.

Pravilnik za nezgodno zavarovanje (1957). Ljubljana: Delo.

Šalamun, A. (2009). Zapiski predavanj iz predmeta Osebna zavarovanja.

Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) – UPB. Ur. l. RS, št. 15/2008.

Zakon o zavarovalništvu (ZZavar) – UPB2. Ur. l. RS, št. 109/2006.