

Dopolnilna zdravstvena zavarovanja

Ekonomsko ogledalo

UMAR

številka 1/2004

str. 19

Dopolnilna zdravstvena zavarovanja						
leto	število			indeks ravnji 1995 = 100		
	zavarovanja	škode	škode na eno zavarovanje v enem letu	Zavarovanja	Škode	škode na eno zavarovanje v enem četrtletju
1995	1,355,356	20,109,504	14.84	100	100	100
1996	1,378,335	20,136,889	14.61	102	100	98
1997	1,251,458	20,781,930	16.61	92	103	112
1998	1,289,372	19,838,208	15.39	95	99	104
1999	1,334,680	20,030,432	15.01	98	100	101
2000	1,360,242	20,779,960	15.28	100	103	103
2001	1,372,933	20,882,206	15.21	101	104	103
2002	1,371,278	20,879,809	15.23	101	104	103

Vir podatkov: statistična poročila Agencije za zavarovalni nadzor.

V Sloveniji je **zdravstveno zavarovanje** organizirano kot **obvezno** socialno in kot **prostovoljno** zdravstveno zavarovanje. Glavni del prostovoljnega zavarovanja predstavlja **dopolnilno** zavarovanje, ki krije razliko med polno ceno zdravstvene storitve in zneskom, ki ga po svojih pravilih krije obvezno zavarovanje. V veljavni ureditvi je delež nekritega približno 15% polne cene. Od začetka veljavnosti zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju se je delež doplačil stalno povečeval in dosegel sedanjo raven leta 2000.

Doplačila za storitve iz obveznega zavarovanja so v Evropi pogosto način kombiniranja javnega in zasebnega financiranja zdravstvenega varstva. Slovenija in Francija sta državi, ki sta v sistem zdravstvenega zavarovanja uvedli tudi možnost zavarovanja za doplačilo: tveganje, da bo zavarovancu treba doplačati opravljeno storitev, prevzame zavarovalnica, zavarovanec pa plača zavarovalno premijo.

Ker je dopolnilno zdravstveno zavarovanje neposredno povezano z uresničevanjem pravic iz socialnega zavarovanja, ki pa je v slovenskem primeru univerzalno (vanj so vključeni praktično vsi prebivalci Slovenije in tukaj zaposleni ter njihovi družinski člani), je s stališča nediskriminatornega dostopa do zdravstvenega varstva zaželeno, da so dopolnilno zavarovani vsi tisti (ali kar največji delež), ki jim doplačilo ni oproščeno po pravilih obveznega zavarovanja.

Od leta **1995 do leta 2002** so **spremembe v številu sklenjenih zavarovanj** minimalne. Zunaj dopolnilnega zavarovanja ostajajo v glavnem tisti, ki so izgubili pravico do polnega kritja iz obveznega zavarovanja in se še niso vključili v zavarovanje, ter del drugih, kjer pa razlogi niso samo ekonomske narave. Raziskav o drugih vzrokih ne vključitve v dopolnilno zavarovanje ni.

Za zavarovance lahko spremljamo tudi pogostnost epizod, pri katerih je stik zavarovanca z zdravstvenim sistemom povzročil izstavitve računa za storitev ali za material; v zavarovalniškem smislu se epizode obravnavajo in beležijo kot **škode**. V opazovanem obdobju 1995–2002 se je v enem letu v povprečju poravnalo 15 do 17 računov za storitve in za druge pravice iz zdravstvenega zavarovanja, vzrok za tolikšno pogostnost pa je v številu obiskov pri zdravniku in pri izdanih receptih za zdravila. Relativno majhna medletna nihanja kažejo na to, da se vzorec obnašanja zavarovancev ne spreminja in da se tudi pri zdravnikih ne spreminja vzorec predpisovanja zdravil.

Graf: Število škod na zavarovanje v enem letu, obdobje 1995–2002

