

Zavarovalništva v zdravstvenem varstvu

I

Pred dobrima dvema letoma smo v Sloveniji dobili novo zdravstveno zakonodajo. Potrebe po spremembi sistema zdravstvenega varstva so se kazale že vrsto let pred tem, prva resnejša razmišljanja pa segajo že v leto 1985. Vzrokov za spreminjanje sistema zdravstvenega varstva je bilo več, med poglavitne pa je vsekakor šteti oblikovanje nove filozofije in strategije o prednosti primarnega zdravstvenega varstva, o nujnosti postopnega preusmerjanja virov od bolezni k zdravju, nenehne in ponavljajoče se težave pri financiranju zdravstvenih dejavnosti kot posledica neskladja med potrebami in možnostmi ter neučinkovita, netrdna in neprožna institucionalizacija organizacije dejavnosti, ki se je izčrpavala v postopkih sprejemanja odločitev, ki pa so bile v vsebinskem pogledu dejansko z ukrepi države že vse opredeljene. Tega ni razumeti kot nekritično zanikanje pomena samoupravljanja na tem področju, saj je eno temeljnih stališč WHO (Svetovna zdravstvena organizacija), da bodo sistemi zdravstvenega varstva najuspešnejši in najučinkovitejši tam in v tistih državah, kjer bodo o zadevah svojega zdravja samoupravno odločali ljudje sami.

Nov zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (UL RS, št. 9/92) je prinesel pomembne novosti. Najpomembnejše so bile: opustitev dosedanjega sistema »nacionalnega zdravstvenega varstva« in uvedba zdravstvenega zavarovanja, uvedba prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja po zakonu, postavitve Zavoda za zdravstveno zavarovnje Slovenije kot javnega zavoda, ki izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje in izvaja prostovoljno zdravstveno zavarovanje kot druge zavarovalnice, uvedba zasebne zdravstvene dejavnosti, ki lahko določene storitve opravlja tudi kot sestavni del javne zdravstvene službe, partnerski pristop k oblikovanju obsega in vsebine programa zdravstvenih storitev, ki zagotavlja izvajanje zakonsko zagotovljenega obsega zdravstvenega zavarovanja. (F. Košir, M. Toth, G. Berkopec: Tendence in novosti v zdravstvenem zavarovanju, Dnevi slovenskega zavarovalništva 1994, Zbornik referatov, stran 96).

Zaradi različnosti, pogosto pa tudi nasprotujočih si interesov, pomanjkanja izkušenj, obremenjenosti s staro miselnostjo, premalo usidranih spoznanj o uresničevanju prednosti primarnega zdravstvenega varstva, nezadostnega poznavanja zavarovalniške stroke in nedosledne interdisciplinarnosti, ki se je kazala v prevladujočem vplivu medicinske stroke, je nova zakonodaja ostala žal nedodelana, nedorečena, nekonsistentna in je rezultat mnogih kompromisov, kar posledično v praksi že povzroča pričakovane težave. Vendar je to kljub temu pomemben korak na poti postopnega vzpostavljanja modernega sistema tudi v zdravstvenem varstvu in jo je treba ne glede na prisotne slabosti vsekakor pozitivno oceniti.

Z zakonom sta v sistem zdravstvenega varstva uvedeni dve obliki zavarovanja: obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

* Dr. Berni Strmčnik, vodja projekta PZZ pri Adriaticu, zavarovalni družbi, d.d. Koper.

Obvezno zdravstveno zavarovanje obsega zavarovanje ob morebitni bolezni in poškodbi zunaj dela ter zavarovanje za poklicne bolezni in poškodbe pri delu. Zavarovanim osebam so zagotovljene pravice do zdravstvenih storitev, potnih stroškov v zvezi z njimi, nadomestilo plače za čas, ko ste nezmožni za delo, ter pogrebna in posmrtnina. Osnovni obseg, vsebino in strukturo pravic določa sam zakon, podrobnejša opredelitev pravic, njihova kvantifikacija in standardizacija pa naložene so edinemu, z zakonom določenemu nosilcu obveznega zavarovanja – Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Nesporno dejstvo je, da sodi obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, kljub temu da je z novo zakonodajo doživel nekatere manjše omejitve, še vedno med največje in najbogatejše v Evropi.

Obvezno zdravstveno zavarovanje ni klasična zavarovalniška dejavnost, temveč gre za posebno zavarovanje, ki se izvaja po drugačnih načelih, drugi logiki in seveda drugačnih pozitivnih predpisih, kot sicer veljajo za zavarovalništvo kot gospodarsko dejavnost. Ustanovitev, organizacijo in način poslovanja nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, medtem ko enaka vprašanja zavarovalniške dejavnosti ureja Zakon o zavarovalnicah (trenutno v obravnavi, drugo branje!).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je glede opredelitve narave dejavnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja dorečen in natančen, saj izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja opredeljuje kot *javno službo* (glej 69. člen). Prav tako natančno pa je pri opredelitvi dejavnosti tudi besedilo Zakona o zavarovalnicah, ki pri opredeljevanju zavarovalnih poslov (3. člen, prva alineja) kategorično izloča obvezna socialna zavarovanja (pokojsko in zdravstveno zavarovanje). Nobenega dvoma torej ni, da gre v tem pogledu za dvojno povsem različnih dejavnosti, ki imata sicer določene skupne podmene, nekatere podobnosti, sta torej sorodni, pod nobenim pogojem pa ne enaki.

Zaradi takih razlik pri opredeljevanju obeh dejavnosti je posledično tudi nadaljnja izvedba institucionalizacije povsem logična. V že navedenem členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je kot edini nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja določen Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki to javno službo opravlja kot *javni zavod*. Za opravljanje zavarovalništva kot gospodarske dejavnosti pa se skladno z zakonodajo ustanavljajo *zavarovalnice*. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije torej ni zavarovalnica. Uporaba tega izraza v zvezi z dejavnostjo navedenega zavoda je vsebinsko neustrezna, nestrokovna, po drugi strani pa tudi nedopustna, saj laično javnost zavaja v napačno pojmovanje opravljanja dejavnosti, zaradi katere je ustanovljen. Tudi dodatek pridevnika »zdravstvena« (zavarovalnica) zadeve ne rešuje, saj zavod ni registriran kot zavarovalniški gospodarski subjekt in ne izvaja klasične zavarovalniške dejavnosti, temveč posebno obliko zdravstvenega zavarovanja, ki se odvija po lastnih načelih, ki se v nekaterih pomembnih elementih v vsebinskem pogledu povsem razlikujejo od zavarovalništva kot finančno-gospodarske dejavnosti. Dopustna je torej le raba izraza zavarovalni zavod na eni strani in seveda zavarovalnica na drugi.

Gledano globalno je zdravstveno varstvo s tega vidika postalo domena dveh različnih dejavnosti. V obveznem zavarovanju se izvaja izključno kot javna služba, pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju pa je poleg nje prisotna tudi klasična zavarovalniška dejavnost, ki jo opravljajo zavarovalnice kot gospodarski subjekti. Delovanje obeh dejavnosti v zdravstvenem varstvu oziroma še natančneje zdrav-

stvenem zavarovanju znotraj njega je seveda vsestransko utemeljeno in nesporno. Sporna in problematična pa je vsebinska razmejitev med njima, ker je nenačelna, nedosledna in tudi strokovno neutemeljena. Pri izvajanju obveznega zdravstvenega zavarovanja očitno ni nikakršnih problemov, ker je zadeva strokovno in korektno urejena. Povsem drugače pa je seveda v prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju.

III

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je v zakonu obdelano zelo na kratko. V bistvu ga opredelujeta le dva člena. Že sam pristop v tem pogledu kaže na to, da so se akterji pri njegovem opredeljevanju srečevali s številnimi vprašanji, ki jih niso mogli rešiti, in s težavami, ki so bile zanje očitno nepremagljive. Urejenost te izjemno pomembne novosti je v diametralnem nasprotju z njenim pomenom. Predvsem pa je nedosledna in izpeljana kompromisno, kar pomeni, da je bilo vprašanje trenutno za predlagatelje sprejemljivo urejeno, dolgoročno pa ostalo odprto in zaradi kompromisa še bolj zapleteno. Sama uvedba prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v sistem zdravstvenega varstva je z vidika prihodnjega razvoja na tem področju velikanskega pomena in neprecenljive vrednosti. Taka ocena, objektivna in korektna, pa v nobenem pogledu ne more opravičevati nedodelanosti podanih rešitev, saj je zadeva nesporno ostala manj kot napol poti...

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je možno uporabiti v treh vsebinskih delih, in sicer (1) zavarovanje za doplačila, (2) zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard storitev in (3) zavarovanje za dodatne pravice.

V vsebinskem pogledu prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila zavarovancem ne prinaša nikakršnih novih oziroma dodatnih pravic, saj gre samo za dve obliki finančnega kritja uporabe istih storitev, ki izhajajo iz pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pretežni del finančnega zavarovanja, za doplačila v odstotnem deležu od vrednosti storitev glede na zakonsko razčlenitev pravic pa je zavezanec zavarovanec sam, če tudi za tovrstne stroške ni dodatno prostovoljno zavarovan. Povedano poenostavljeno: zavarovanje za doplačila je zavarovanje nekdanje »participacije«. Mimogrede že sama terminološka nedoslednost je ob uporabi povzročala velike težave, saj smo na primer v zobozdravstveni dejavnosti v preteklosti poznali »participacijo« kot obvezno soudeležbo pri zavarovanih pravicah in »doplačila« za storitve in zobnoprotetične izdelke nadstandardne narave. Nepoučeni so bili prepričani, da so s prostovoljnim zavarovanjem za »doplačila« pridobili na tem področju tudi dodatne pravice. Kakšna zmota in kakšne težave!

V strahu, da bi zavarovalnice ne uporabile prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila, je zakonodajalec uvedbo tega zavarovanja kot obveznost naložil tudi edinemu nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja, kar je bila temeljna in glavna napaka (61. člen, ibidem). Ker pa je uvedba tovrstnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja omogočena tudi tako imenovanim »drugim zavarovalnicam« (12. člen, ibidem), se je zgodilo to, kar se je zgoditi moralo: *ista zavarovalniška zvrst se opravlja v dveh različnih dejavnostih na podlagi različnih strokovnih pristopov in ob upoštevanju različnih predpisov*. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje izvaja kot »javno službo« in skladno z določbami Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, zavarovalnice pa hkrati tudi po zakonodaji s področja zavarovalništva. Dejstvo je, da jim Zakon o zavodih omogoča opravljati tudi gospodarsko

oziroma pridobitno dejavnost, zagotovo pa ne na tak način, da privilegirani izvajalec s kombinacijo dveh različnih dejavnosti posredno (prikrito ali neprikrito) postavlja in narekuje pogoje drugim subjektom, ki se pojavljajo kot konkurenčni partner. Medtem ko prvi elegantno obide določbe Zakona o obligacijskih razmerjih (UL SFRJ, št. 39/85), ki je kot splošni zakon temeljnega pomena tudi za zavarovalništvo, se drugi izvajalec mora ravnati tudi po njem.

Bojazen, da se ne bi bilo mogoče zavarovati tudi za doplačila, če tega zavarovanja ne bi vpeljala nobena zavarovalnica, bi bilo mogoče preseči tudi tako, da bi zakonodajalec po eni strani zagotovil strokovno utemeljeno in nujno ločenost obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja glede na nosilca njegovega izvajanja, po drugi strani pa naložil obvezno uvedbo prostovoljnega zavarovanja za doplačila tudi edinemu nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja, izključno če ga do določenega roka ne bi uvedla nobena druga zavarovalnica.

Pri normativnem urejanju tega dela prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je nastala tudi kolizija. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je med drugim določil (62. člen, prav tam), da morajo Zavod in druge zavarovalnice (mimogrede, v literaturi in v medijih se je ta obveznost pripisovala zgolj zavarovalnicam?!), ki uvedejo prostovoljno zavarovanje za doplačila ... »sprejeti v zavarovanje vse zavarovane osebe, ki se želijo pri njih zavarovati...«, kar pomeni, da je obvezno treba sprejeti v zavarovanje tudi osebo, ki je zaradi kroničnega obolenja trajno vezana na uporabo določenih storitev, za katere je z zakonom predpisano obvezno doplačilo. Z drugimi besedami, zakon je naložil zavarovatelju, da mora zavarovati tudi že nastali škodni primer. Zakon o obligacijskih razmerjih v 2. točki (odstavku) 898. člena nedvoumno določa, da je »zavarovalna pogodba nična, če je tedaj, ko je bila sklenjena, zavarovalni primer že nastal, če je bil že v nastajanju ali je bilo gotovo, da bo nastal, ali če je tedaj že prenehala možnost, da bi nastal«. Z natančnejšim in strokovno bolj utemeljenim opredeljevanjem oseb, ki niso zavezanci za doplačila, bi bilo možno ustrezno rešiti tudi vse primere kroničnih (neozdravljivih) bolezni, katerih stroški zdravljenja bi morali v celoti bremeniti samo obvezno zdravstveno zavarovanje.

IV

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard storitev in za dodatne pravice je mogoče obravnavati skupaj, ker so vsebinski problemi praktično povsem enaki.

V vsakdanjem življenju se je za ta dva dela prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja uveljavil izraz »nadstandardna zavarovanja«. Za tako rabo je izraz povsem sprejemljiv, saj kaže na to, da gre za zavarovanja, ki na tak ali drugačen način presegajo »standard« in so torej zavoljo tega pač nadstandardna.

V vsebinskem pogledu je možnost uporabe tovrstnih zavarovanj pomembna novost, ker je dodatna širitev in nadgraditev obstoječih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V primerjavi z zavarovanjem za doplačila, ki je bilo namenjeno širokemu krogu zavezancev (portfelj znaša pribl. 1,4 mio oseb), so zavarovanja za večji obseg pravic ali višji standard storitev ter za dodatne pravice namenjena predvsem ciljnim skupinam, pač ljudem z določenimi interesi, potrebami in seveda nadpovprečnimi finančnimi možnostmi.

Uporaba tovrstnih zavarovanj ne more biti zgolj samostojno in povsem neodvisno delo zavarovalnic, kajti tudi ta zavarovanja so povezana z obveznim zdravstvenim zavarovanjem.

Glede na to da, kar smo omenili že uvodoma, imamo v Sloveniji zelo bogato obvezno zdravstveno zavarovanje, ki v vsebinskem pogledu pokriva skoraj domala vse potrebe, ostaja vsebinski prostor za uporabo dodatnih zavarovanj tako glede širitve obstoječih pravic kot glede možnosti višjega standarda storitev in še zlasti pri dodatnih pravicah relativno močno omejen. To seveda nikakor ne pomeni, da je zaradi obsežnega obveznega zdravstvenega zavarovanja možnost dodatnih zavarovanj izčrpana in onemogočena. Nasprotno, obstajajo še številne možnosti, ki pa so povezane z mnogimi značilnostmi. Pa vendarle je treba ugotoviti, da so možnosti kljub temu dokaj omejene.

Problem uporabe novih tovrstnih zavarovanj je povezan tudi z drugimi vprašanji. Da bi lahko natančno določali in opredeljevali nadgradnjo določenih pravic, moramo poznati njihovo celotno vsebino, strukturo, obseg oziroma kvantifikacijo. Globalne pravice določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki pa je hkrati njihovo natančnejšo opredelitev prepustil in naložil Zavodu. Več kot dve leti po sprejetju novega zakona še vedno nimamo novega pravilnika o pravicah iz zdravstvenega varstva in postopkih za njihovo uresničevanje kot temeljnega dokumenta, ki formalnopravno ureja najobčutljivejše in najpomembnejše področje – pravice zavarovancev. Še vedno sta pravno veljavna dva samoupravna sporazuma (Samoupravni sporazum o uresničevanju zdravstvenega varstva, UL SRS, št. 47/87, 42/89 in 18/90 ter Samoupravni sporazum o postopkih in načinih uresničevanja pravic do zdravstvenega varstva, UL SRS 6/81), poleg tega pa še Začasni pravilnik o pravicah do ortopedskih, ortotičnih, očesnih, slušnih, zoboprotetičnih in drugih pripomočkov (UL RS, št. 14/93). Dejstvo je, da sta priprava in sprejemanje novega pravilnika v zadnji fazi, vendar je utemeljeno pričakovati, da se ne bo pričel uporabljati pred letom 1995.

Utemeljeno se postavlja vprašanje, kako oblikovati in opredeliti »nadstandard« v razmerah, ko »standard« še ni poznan. To je moč opraviti po zdaj veljavnih predpisih in ob upoštevanju, da marsikaj od veljavnega jutri ne bo več tako. Zavod je svoja tako imenovana nadstandardna zavarovanja ponudil hkrati z uporabo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila. Glede na njegov status, kadre in izkušnje je to tudi razumljivo. Zavarovalnice so v tem pogledu v povsem posebnem položaju, ker so pač (ponovno) odvisne od stanja stvari pri edinem nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja in njegove dejavnosti. Pričakovati je, da se bodo določene pravice do sedanjega stanja vendarle spremenile, vprašanje pa seveda je, kako in v katerem pogledu. Dokler niso natančno poznani vsi standardi v zvezi s pravicami iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, tako dolgo ni mogoče zanesljivo in uspešno uporabiti vseh možnih novih dodatnih zavarovanj za večji obseg pravic ali višji standard storitev in za dodatne pravice. Na podlagi osnutka dokumenta in poteka javne razprave je možno z dokajšnjo zanesljivostjo nekatere stvari predvideti, kar pa je za strogo pripravo tako občutljivih zavarovanj verjetno premalo.

Pri tovrstnih zavarovanjih pa ne gre samo za vsebino, obseg in strukturo oziroma standardizacijo določenih pravic, temveč je pri tem izjemno pomembno upoštevati tudi postopke in načine njihovega uresničevanja. Dejstvo je namreč, da so zavarovancem v obveznem zdravstvenem zavarovanju določene pravice dostopne le na predpisani način in po določenih postopkih. Kadar se zavarovanec iz takšnih ali drugačnih razlogov predpisanih načinov in postopkov uresničevanja pravic ne drži in pri zadovoljevanju svojih potreb ali uveljavljanju svojih interesov uporablja svoje postopke, pravico izgubi in je za take pravice samoplačnik. To pa hkrati pomeni, da je možnost za dodatno prostovoljno zavarovanje v tem pogledu

vezana po eni strani na vsebino in standardizacijo pravic, po drugi strani pa na postopke njihovega uresničevanja. Izgubljena pravica zaradi uveljavljanja nepredpisanega postopka je lahko vsebina novega zavarovanja, kajti uresničevanje določenih interesov in pokrivanje potreb na drugačen način, kot je predpisan, sta seveda »luksus«, ki si ga privoščijo tisti, ki je voljan to tudi plačati neposredno tistemu, ki mu je storitev opravil, ali pa se za take primere tudi dodatno zavarovati.

Seveda pa se tudi pri tovrstnih zavarovanjih srečujemo z nekaterimi povsem enakimi problemi kot pri zavarovanju za doplačila, saj gre tudi tu za izvajanje zavarovanj z isto strokovno podmeno po dveh različnih dejavnostih, katerih nosilci so na eni strani javni zavod, na drugi pa zavarovalnice kot povsem različni subjekti izvajanja različnih, vendar sorodnih dejavnosti.

V

Gotovo ni treba posebej poudarjati, da je izvajanje ene in iste vrste zavarovanja v dveh različnih dejavnostih in po različnih predpisih povsem nesprejemljivo. Posledice tega stanja so številne in se kažejo na različne načine. Poglejmo nekatere najpomembnejše.

1. Zavarovanci, ki so sklenili prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila pri Zavodu v kolektivni obliki, nimajo individualnih polic, čeprav je polica po zakonu pogodba o sklenjenem zavarovanju. Vsi zavarovanci, ki so zavarovanje sklenili pri zavarovalnici, imajo vsak svojo polico – pogodbo.

2. Sklenitelj zavarovanja v kolektivni obliki, torej delodajalec, figurira kot zavarovalec in zavarovanec hkrati, saj ima polico, ne plačuje pa premije, ker je skladno s pozitivnimi predpisi ni mogoče plačevati v breme sredstev delodajalcev, temveč jo odtrguje od plače zaposlenim, ki v tem primeru plačujejo obveznost, za katero sami samostojno nimajo pogodbe. Res je, da Zakon o obligacijskih razmerjih pravi, »zavarovalno premijo je dolžan plačati sklenitelj zavarovanja, vendar pa je zavarovalnica (poudaril B. S.) dolžna sprejeti premijo od vsakogar, ki ima za to plačilo pravni interes« (912. člen); – nesreča je v tem, da Zavod seveda ni zavarovalnica! »Prostovoljno zavarovanje je namreč zavarovanje posameznika, povezano praviloma s plačilom določenega zneska (premije) ...«, (Zdravstveni zakoni, Center marketing, Ljubljana 1992, stran 74). Vsi zavarovanci zavarovalnic imajo tudi v kolektivnih zavarovanjih svojo individualno polico in seveda premijo plačujejo sami.

3. Krovne pogodbe, ki so jih sklepali sindikati, pomenijo obliko blokade trga, hkrati pa so jih sklepali nepristojni sklenitelji, saj Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju med tistimi, ki poleg posameznika tudi lahko sklepajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, navaja izključno delodajalce in druge zavezanke za plačilo prispevkov (sindikati to gotovo niso!) in še to na zmotni predpostavki, da bodo lahko za svoje delavce premijo tudi plačevali. Praksa je pokazala, da je ne morejo in ne smejo!

4. Spremljanje škode je vezano na polico. Zavod škode ne vodi individualno in nima nad gibanjem škode glede na sklenjena zavarovanja ustreznega pregleda. Zavarovalnica vodi vsako škodo na individualno polico, kar je edino pravilno in skladno s pozitivnimi predpisi.

5. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije kot javni zavod ne more ustvarjati dobička. Morebitne presežke prihodkov nad odhodki mora preusmerjati za pokrivanje stroškov storitev in temu ustrezno znižati premijo, s čimer oblikuje premijo na podlagi povsem drugih strokovnih pristopov, kot je to z aktuarskimi metodami določeno pri zavarovalnicah. Njegove premije se ob nedosledni delitvi

realnih stroškov za izvajanje obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja gibljejo na meji tehnične premije, kar je za zavarovalnice kot gospodarske subjekte povsem nesprejemljivo.

6. Z uvedbo tako imenovane »glavarine« kot ene izmed oblik financiranja temeljne zdravstvene dejavnosti, povezane z institutom obvezne izbire osebnega zdravnika, kar je pravica in dolžnost izključno obveznega zdravstvenega zavarovanja, je posledično nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja del stroškov neutemeljeno in neupravičeno prenesel na breme prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila, kar pomeni, da poznamo v praksi dvojne cene, in sicer vrednost količnika »z glavarino« in vrednost količnika »brez glavarine«. Slednja je bistveno višja in se zaračunava tudi za doplačila, kar je z vidika nosilca obveznega zavarovanja od nedosledni razmejenosti stroškov med obema oblikama zavarovanja dosti nepomembno vprašanje, za zavarovalnice pa to pomeni nepotrebno bistveno višje stroške.

7. Kot edini in monopolni izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja izkorišča zakonske in druge možnosti uspešnega kombiniranja izvajanja obeh oblik zavarovanja in s tem postavlja pravila igre, po katerih se zavarovalnice brez možnosti kakršnega koli vplivanja na urejanje zadev preprosto morajo ravnati. Preostaja jim izključno možnost za prožno prilagajanje, kar pa ima svoje neizbežne objektivne omejitve. Zavod je po vseh v razvitem svetu veljavnih merilih trden monopolist. Obvladuje 100% vse zavarovance v obveznem zdravstvenem zavarovanju in 88,56% zavarovancev v prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju, poleg tega pa razpolaga in upravlja kar 99,07% vseh sredstev za zdravstveno varstvo, ki se zbirajo z zdravstvenim zavarovanjem. Je upnik države in kot tak tako ali drugače tudi pod njeno zaščito.

8. Zaradi dejstva, da je Zavod monopolni izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja in ker je pravni naslednik predhodnih nosilcev tovrstne dejavnosti, ima pri urejanju odnosov z izvajalci storitev, torej javnimi zdravstvenimi zavodi, odločne prednosti, ki jih zavarovalnice nimajo. Zavod ima z njimi utečene in dolgoletne odnose, ki jih zavarovalnice morajo šele ustvariti. Poudariti je treba, da so izvajalci storitev vključitev zavarovalnic tudi na področje zdravstvenega zavarovanja več kot odlično sprejeli, kar pa seveda ne more izničiti prednosti, ki jih tudi v tem pogledu Zavod nesporno ima.

9. Nosilca izvajanja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja sta v popolnoma neenakopravnem položaju, pri čemer ima Zavod kot državna ustanova mnoge prednosti, ki jih zavarovalnice z ničimer ne morejo nadomestiti.

10. Zaradi različnega načina izvajanja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja so tudi stroški poslovanja oziroma režijski stroški bistveno različni. Pri tem ima Zavod možnosti za njihovo prelivanje, saj se mnoge funkcije delno ali v celoti prekrivajo z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, zavarovalnice pa morajo pri tem imeti popolnoma razčiščene razmere.

VI

Kaj storiti, kje so smeri nadaljnjega razvoja in kakšna je prihodnost?

Dilema o tem, ali zdravstveno zavarovanje deliti na obvezno in prostovoljno, ne obstaja. Uvedba prostovoljnega zavarovanja je velika pridobitev, ki pa jo je treba postopoma in ustrezno razvijati ter dograjevati. Prav tako ni nobene dileme o tem, da zdravstvenega zavarovanja ni mogoče v celoti prepustiti tržnemu urejanju, temveč bo moralo še dokaj časa delovati kot obvezno zavarovanje v obliki javne službe in ne kot čista zavarovalniška dejavnost. Hkrati pa bo treba dosledno

razmejiti dejavnosti in obliki zdravstvenega zavarovanja. Taka dosledna delitev pa pomeni, da jo je treba že v sedanjih razmerah temeljito razmejiti, in sicer tako da bo Zavod še naprej opravljal izključno le obvezno zdravstveno zavarovanje kot javno službo skladno z logiko in predpisi, kot so običajni za tovrstno dejavnost. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje pa je potrebno v celoti, vključno z zavarovanjem za doplačila, prenesti samo na zavarovalnice in ga prepustiti urejanju po logiki zadev, kot to velja za zavarovalništvo kot stroko in posebno gospodarsko dejavnost.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v dveh dejavnostih ni več možno, ker je to strokovno nekoristno in povzroča nepremostljive težave. Izvajati obe obliki zdravstvenega zavarovanja le prek Zavoda, bi pomenilo stopiti na pot, ki je v temeljnem nasprotju s cilji, ki si jih kot družba znotraj moderne Evrope postavljamo, in v popolnem nasprotju s prakso razvitejših od nas. Preostane le pot, ki je uveljavljena tudi drugod, to pa pomeni, da se prostovoljno zdravstveno zavarovanje prenese v klasične zavarovalnice in izvaja po načelih tržnega gospodarstva ob upoštevanju vseh elementov lojalne konkurence in posebne subtilnosti tega zavarovanja.

Pri tem pa je treba tudi ukrepati, da bi se ponovno določila obseg in struktura posameznih pravic, ki jih je moč prenesti brez škode pri zagotavljanju kakovostnega razvoja zdravstvenega varstva, zdravstvenih dejavnosti in narodovega zdravja na področje prostovoljnega zavarovanja. Ker so nekatere zavarovalnice že razvile tehnologije tovrstnih zavarovanj, ker razpolagajo z ustrezno organizacijo dela ter specializiranimi kadri ter nadvse potrebnim računalniško podprtim informacijskim sistemom, je vsekakor pri nadaljnjem razvoju te vire nujno treba upoštevati. Ne nazadnje so to naložbe trajnejšega pomena in jih je kot take treba tudi ustrezno obravnavati.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je v najkrajšem možnem času treba spremeniti! Glede nosilcev posameznih oblik zdravstvenega zavarovanja je potrebna strokovno utemeljena delitev v smislu že omenjenih rešitev, glede vsebine prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pa ponovno določiti pravice. Določiti je treba nove segmente, ki jih je moč učinkovito uresničiti v obliki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. V zvezi s tem bi kazalo podrobno preučiti, da se stroški poškodb zaradi neseč pri delu in profesionalnih bolézni ponovno izločijo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in prenesejo kot obveznost na delodajalca, a hkrati se zagotovi zakonska možnost, da se za tovrstne stroške delodajalci lahko tudi prostovoljno zavarujejo. Vlaganje v izboljšanje delovnih razmer, v varstvo pri delu in ekologijo delovnih mest nasploh bi s tako zastavljenimi rešitvami dobilo novo funkcijo in višji učinek. Prav tako bi kazalo razmisliti, ali zobozdravstvo, z izjemo mladinskega seveda, ni tik pred tem, da ga v celoti prenesemo v prostovoljno zdravstveno zavarovanje, saj se v breme obveznega zavarovanja pokriva le še 42%, preostalo so doplačila ob dejstvu, da medicinske indikacije in indikacije pravic seveda niso enake. Ne nazadnje bi kazalo preučiti, ali ni v prostovoljno zdravstveno zavarovanje možno prenesti tudi specialistične ambulantne dejavnosti s selektivnim pristopom glede na posamezne populacijske skupine, ki morajo ostati deležne posebne skrbi pri zagotavljanju celovitega in popolnega zdravstvenega varstva. Poseben problem so tudi zdravila. Zanje se porabi med 12 do 14% vseh sredstev, pri tem pa je znano, da se z njimi še vedno ravna skrajno neracionalno in nevarčno. Tudi o predpisovanju bi bilo mogoče kaj reči. Sedanjo delitev na tri liste (pozitivna, vmesna in negativna lista) bi kazalo zamenjati z novo klasifikacijo po merilu nujnosti in potrebnosti ter

dobršen del zdravil prenesti v samoplačniško področje in s tem seveda posredno na področje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Poti razvoja v prihodnje bodo nedvomno vodile v nujno krčenje oziroma ožene pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Prispevna stopnja za to zavarovanje je pri nas domala enkrat višja kot v državah, s katerimi se tako radi primerjamo. Taka stopnja pa hkrati tudi pomeni za toliko manjšo konkurenčno sposobnost pri prodiranju naših izdelkov na tuje trge. Problem bo verjetno rešljiv le v smeri postopnega zmanjševanja obsega pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju in njihovega prenašanja na področje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Ta proces je neizbežen in zagotavljanje ohranitve dosežene ravni v zdravstvenem varstvu v tem pogledu, kot to dopadljivo počno posamezni politiki, je zgolj cenena demagogija za nepoučene in nepoznavalce. Logika razvoja bo bolj neizprosna in vse večji bo obseg tistega dela zdravstvenega varstva, ki bo sestavina prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, da bomo nekje, v ne tako oddaljeni prihodnosti, doživeli tudi še delno demonopolizacijo obveznega zavarovanja, ko bo del tega prešel tudi v klasične zavarovalnice. S tistim trenutkom pa bo zdravstveno varstvo resnično in dejansko stopilo na pot zavarovalništva, od česar bodo morali imeti koristi vsi, zavarovanci, izvajalci storitev v zdravstvenih dejavnostih in nosilci oziroma izvajalci zavarovanja – zavarovalnice.

Da je prostovoljno zdravstveno zavarovanje skupaj z obveznim zdravstvenim zavarovanjem pomemben element in način urejanja in vodenja celostne zdravstvene politike, seveda ne kaže dvomiti; dvomiti pa je možno o tem, da je tako celostno politiko moč učinkovito izvajati le, če sta obe obliki združeni tudi pri edinem nosilcu zavarovanja, saj nosilec celostne zdravstvene politike in zdravstvene strategije ne more biti nihče drugi kot državni parlament. Pri tem seveda ne kaže pozabiti, da pomeni celostna zdravstvena politika tudi in predvsem vse tisto, kar razumemo s primarnim zdravstvenim varstvom, ki pa je vse prej kot dejavnost, ki bi jo izvajale zavarovalnice ali pa zavarovalni zavod in zdravstveni zavodi ter zasebni zdravstveni delavci. Skrb za ohranjanje, krepitev in napredek zdravja vsakogar in vseh je multidisciplinarna, vsebinsko, organizacijsko in institucionalno najširše razvejana dejavnost, ki pa žal v naših razmerah še ni doživela ustrezne in potrebne uresničitve kljub nekaterim prizadevanjem, ki so bila ob novi zakonodaji prisotna. Nujno potrebni posegi na zavarovalniško plat zdravstvenega varstva lahko in morajo pomembno prispevati tudi v tem pogledu, saj bi z načrtnejšim in pomembnejšim vključevanjem zavarovalnic v sistem zdravstvenega varstva pridobili pomembne subjekte, ki bi dolgoročno izboljšali odnose do izvajalcev zdravstvenih dejavnosti, pozitivno vplivali na raven narodovega zdravja in postali nepogrešljiv dejavnik udejanjenja primarnega zdravstvenega varstva.

LITERATURA:

- ZAKON o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. UL RS, št. 9/92
DNEVI slovenskega zavarovalništva 1994. Zbornik referatov. Bled 1994
ZAKON o zavarovalnicah, predlog, gradivo Skupščine RS, 1994
ZAKON o obligacijskih razmerjih. UL SFRJ, št. 39/85
SAMOUPRAVNI sporazum o uresničevanju zdravstvenega varstva. UL SRS, št. 47/87, 42/89 in 18/90
SAMOUPRAVNI sporazum o postopkih in načinih uresničevanja pravic do zdravstvenega varstva. UL SRS, št. 6/81
ZAČASNI pravilnik o pravicah do ortopedskih, ortotičnih, očesnih, slušnih, zobnoprotetičnih in drugih pripomočkov. UL RS, št. 14/93
PRAVILNIK o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in postopkih njihovega uresničevanja. osnutek.
ZZZS. Ljubljana junij 1993
ZDRAVSTVENI zakoni. Center marketing. Ljubljana 1992