

Spoštovani,

v nadaljevanju podajamo spremenjeno in dodatno vsebino Učbenika za zavarovalne zastopnike in zavarovalne posrednike (september 2022), ki bo v šolskem letu 2023/2024 zajeta v preverjanje na preizkusih znanja za zavarovalne zastopnike in zavarovalne posrednike. Zaradi zakonodajnih sprememb smo:

- v celoti prenovili poglavje 2.7 o zdravstvenem zavarovanju,
- poglavje 3.3 o pokojninskem zavarovanju pa dopolnili z novim podpoglavjem 3.3.4 Distribucija vseevropskega osebnega pokojninskega produkta (PEPP).

Želimo vam prijetno učenje in veliko uspeha na preizkusu znanja,

Slovensko zavarovalno združenje, GIZ

2.7 ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Avtorji: Irena Jadrič, Ana Lučič, dr. Polona Peterle, Dino Zadnikar

Uredila: dr. Polona Peterle

2.7.1 Uvod

2.7.2 Zavarovalni primer

2.7.3 Lastnosti in posebnosti dodatnih zdravstvenih zavarovanj ter izključitve

2.7.4 Najpogostejše oblike dodatnih zdravstvenih zavarovanj

2.7.5 Izpolnjevanje ponudbe

2.7.6 Dopolnilno zdravstveno zavarovanje

2.7.7 Davčni vidiki

2.7.1 UVOD

Avtorica: dr. Polona Peterle

Učni cilj:

Slušatelj bo znal razlikovati posamezne vrste zdravstvenih zavarovanj, spoznal bo, katere potrebe ta zavarovanja pokrivajo in kako se ločijo od ostalih podobnih zavarovanj (npr. nezgoda, kritične bolezni).

Zdravstvena zavarovanja imajo zelo dolgo zgodovino, saj se za začetek le-teh štejejo zavarovanja zdravja rudarjev in zaposlenih v drugih panogah težke industrije v 19. stoletju, prve koncepte takega zavarovanja pa zasledimo celo prej. Zdravje je socialno področje, zato je skrb za zdravje prebivalstva kmalu v veliki meri postala del javnega zdravstvenega sistema. Tako je tudi danes. Od tega, kakšen je sistem zdravstvenega varstva v posamezni državi, je odvisno, katere vrste in kakšna so tam zdravstvena zavarovanja.

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja se skladno z Zakonom o zavarovalništvu (ZZavar-1) uvrščajo v zavarovalno skupino premoženjskih zavarovanj, glede na glavne nevarnosti, ki jih krijejo, pa v zavarovalno vrsto zdravstvenih zavarovanj. Osnovni namen prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj je kritje stroškov zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki ter izplačilo dogovorjenih denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja. Taka zavarovanja nam, ko se poškodujemo ali zbolimo, zagotovijo finančno in socialno varnost. Poznamo več tipov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, v praksi prevladujejo dodatna in vzporedna zdravstvena zavarovanja, ki ju v nadaljevanju zaradi poenostavitve poimenujemo kot **dodatna zdravstvena zavarovanja**.

Poznamo tudi **dopolnilno zdravstveno zavarovanje**, kot ga ureja z Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ).

Dne 20. 7. 2023 je stopil v veljavo Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-T), ki dopolnilno zdravstveno zavarovanje s 1. 1. 2024 ukinja. V vmesnem času za zavarovalnice, zavarovane osebe ter samo zavarovanje velja prehodno obdobje – podrobnosti so predstavljene v nadaljevanju.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je namenjeno kritju tistega deleža plačil zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki jih slednje ne krije v celoti (t. i. doplačil).

Zavarovane osebe, ki do 1. 1. 2024 niso imele oziroma nimajo sklenjenega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, morajo do konca leta 2023 razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev plačati iz lastnega žepa. Po 1. 1. 2024 se plačilo zdravstvenih storitev zagotavlja iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje sta podrobneje predstavljena v posebnem poglavju.

Dodatno zdravstveno zavarovanje krije večji obseg pravic ali višji standard storitev ali storitve pod drugimi pogoji, kot je to določeno v obveznem zdravstvenem zavarovanju, ali krije dodatne pravice, ki niso zajete v obveznem zavarovanju, in hkrati ni niti nadomestno zdravstveno zavarovanje. Tovrstna zavarovanja so najpogostejše tista, ki vključujejo kritja samoplačniških zdravstvenih storitev, pri čemer lahko poleg izplačila škode za zdravstvene storitve nudijo tudi storitve, kot so organizacija termina obravnave, izbira izvajalca zdravstvenih storitev, usmerjanje pacienta v okviru zdravstvenega sistema ipd.

Najbolj pogosta dodatna zdravstvena zavarovanja pri nas so: zavarovanje specialističnoambulantnih zdravstvenih storitev, operacij, izvajanje zdravstvenih nasvetov na daljavo, nudenje pomoči nege na domu, zobozdravstvenih storitev, rehabilitacije po nesrečah, zagotavljanje zdravstvene obravnave v okviru potovanj zunaj Slovenije. V nadaljevanju podrobneje obravnavamo najbolj pogoste oblike dodatnih zdravstvenih zavarovanj.

Pri dodatnih zdravstvenih zavarovanjih gre večinoma za t. i. škodna zavarovanja, kjer gre za izplačilo škode v okviru letne zavarovalne vsote, manj pogosta so vsotna zavarovanja, kjer gre za izplačilo zavarovalne vsote (primer kritičnih bolezni oziroma težkih oblik določenih bolezni ali primer kritja nezgode in smrti pri nezgodnih zavarovanjih, kjer se izplačujejo zavarovalne vsote in različna finančna nadomestila). Zavarovanja težkih oblik bolezni zavarovalnice praviloma ponujajo kot dopolnilno ponudbo življenjskim zavarovanjem, lahko pa so tudi v obliki zdravstvenih zavarovanj. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja zavarovalnice običajno ponujajo tako v individualni obliki posameznikom kot v kolektivni obliki. Sklepanje kolektivnega (skupinskega) prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja preko delodajalcev omogoča širok zajem zavarovancev oziroma zaposlenih ter njihovo kolektivno vključenost.

Nadalje poznamo še dva tipa prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, kot ju definira ZZVZZ, in sicer nadomestno (za osebe, katerih zdravstvene storitve OZZ ne krije) ter vzporedno (za stroške storitev iz OZZ, vendar pod drugačnimi pogoji in postopkih, kot jih opredeljuje OZZ, kamor spadajo tudi nekatera zavarovanja

specialističnoambulantnih storitev), a le-teh v gradivu posebej ne ločujemo. Zavarovalnice lahko ponujajo tudi kombinacije omenjenih tipov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

V nadaljevanju gradiva z besedno zvezo zdravstvena zavarovanja poimenujemo dodatna zdravstvena zavarovanja, razen če ni tip prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja posebej naveden.

2.7.1.1 Trg in možnosti

Avtorica: dr. Polona Peterle

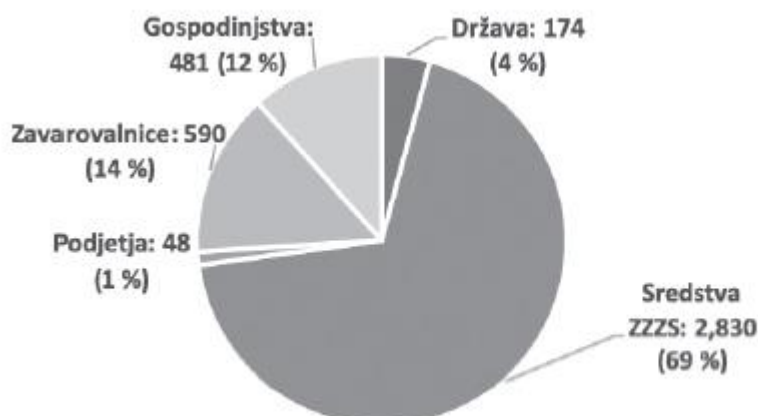
Učni cilj:

Slušatelj bo seznanjen z razširjenostjo prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji, prav tako bo poznal trende razvoja, ki so v veliki meri odvisni od sistema zdravstvenega varstva.

Po podatkih za leto 2019 (Graf 12, vir: Surs) vsi izdatki za zdravstvo v Sloveniji znašajo 4,1 mrd EUR, od tega jih 3,0 mrd EUR oziroma 73 % prispevajo javna sredstva (zbrana sredstva OZZ in država) in 1,1 mrd EUR zasebni sektor. 14 % prispevajo zavarovalnice, ki so izvajale dopolnilno zdravstveno zavarovanje (590 mio EUR), 12 % gre za izdatke iz žepa (481 mio EUR) ali t. i. samoplačništva, 1 % prispevajo podjetja neposredno za preventivo zaposlenih (48 mio EUR). Statistika v podobnih deležih velja tudi za predhodna leta, ob upoštevanju, da smo v Sloveniji od leta 2006 do 2019 beležili skoraj 70-odstotno nominalno rast vseh izdatkov, tako v javnem kot zasebnem delu.

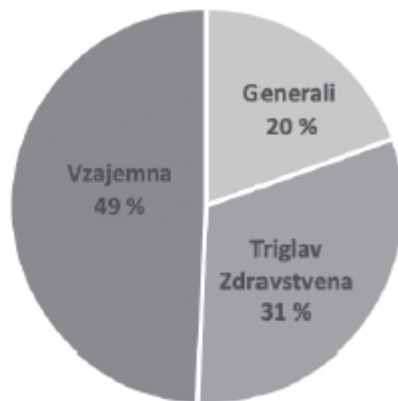
Daleč največji obseg premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (95 % oziroma 609 mio EUR) se je letno zbralo z dopolnilnimi zdravstvenimi zavarovanji, ki jih tržijo tri zavarovalnice, in sicer Vzajemna, Triglav, Zdravstvena zavarovalnica ter Generali (Graf 13, vir: SZZ, 2021). Zavarovancev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je v Sloveniji skoraj 1,5 milijona, zavarovanost je tako kar 95-odstotna. Ostala zbrana premija (5 % oziroma 34 mio EUR, vir: SZZ, 2021) predstavlja premijo dodatnih zdravstvenih zavarovanj.

Graf 12: Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo po virih financiranja v Sloveniji, 2019 (mio EUR, delež v %)



Vir: SURS

Graf 13: Delež zbrane premije dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj po zavarovalnicah, 2021 (v %)



Vir: SZZ

Segment dodatnih zdravstvenih zavarovanj je zaenkrat sicer razmeroma majhen, a je v zadnjih petih letih beležil večdesetodstotno letno rast, v dveh letih, tj. od leta 2019 do 2021, na primer skoraj 50-odstotno. Trg dodatnih zdravstvenih zavarovanj je tudi veliko bolj razpršen (Graf 14, vir: SZZ, 2021) in ocenjujemo, da se bo ne glede na obseg in obliko reforme zdravstvenega sistema, ki bo v naslednjem obdobju za vzdržnost zdravstvenega sistema oziroma varstva pri nas potrebna, še naprej razvijal in rasel – to, v kakšni obliki in meri, pa bo precej odvisno od vsebine zdravstvene reforme in tega, kako bodo v javnem zdravstvenem sistemu opredeljene pravice.

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja po izkušnjah, ki jih imajo številne države po svetu, kjer so tovrstna zavarovanja bolj razvita, pomembno prispevajo k javnemu zdravstvenemu sistemu in povečujejo dostopnost do zdravstvenih storitev za prebivalce. Tovrstna zavarovanja namreč nadgrajujejo socialni sistem in zagotavljajo različne vire financiranja le-tega ter tako razbremenjujejo javni del. Prav tako povečujejo dostopnost do zdravstvenih storitev, saj skrajšujejo čakalne vrste in znižujejo rast samoplačništva. Ob zavedanju, da so (in bodo) viri financiranja v javnem sistemu omejeni, je prav zmanjševanje samoplačništva in nadomeščanje s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji ključno, da lahko posameznik neodvisno od dohodkov oziroma finančnih sredstev, s katerimi razpolaga, pravočasno pride do zdravstvenih storitev, ko zboli.

Graf 14: Delež zbrane premije dodatnih zdravstvenih zavarovanj po zavarovalnicah, 2021 (v %)



Vir: SZZ

VPRAŠANJA ZA UTRJEVANJE IN SAMOPREVERJANJE ZNANJA

1. Kaj krijejo prostovoljna zdravstvena zavarovanja?
2. V katero zavarovalno skupino in vrsto se skladno z ZZavar-1 uvrščajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja?
3. Kateri tipi prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj so pri nas najbolj pogosti?
4. Katero od prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj je pri nas najbolj regulirano s strani države?
5. Kaj zagotavlja dopolnilno zdravstveno zavarovanje ter kaj se zgodi po 1. 1. 2024?
6. Kaj zagotavljajo dodatna zdravstvena zavarovanja?
7. Kakšna je razlika med škodnimi in vsotnimi zdravstvenimi zavarovanji?
8. Kako razširjena so prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Sloveniji?

2.7.1.2 Potrebe

Avtorica: Ana Lučič

Učni cilj:

Slušatelj bo znal predstaviti najbolj značilne potrebe, povezane z zdravjem, ki jih ima posameznik v različnih življenjskih obdobjih, in tveganja, ki jim je izpostavljen, ko zboli ali se poškoduje.

Zdravje pomembno vpliva na kakovost življenja. Tega, da je zdravje vrednota, se pogosto zavemo, ko ga izgubimo, tj. ko zbolimo ali se poškodujemo. Takrat si želimo zgolj to, da bi bili ponovno zdravi. Na poti do ozdravitve nam v vseh življenjskih obdobjih pomaga dostopnost kakovostne zdravstvene obravnave in rehabilitacije.

Potrebe, povezane z zdravjem, so različne glede na življenjsko obdobje

Potrebe otroka so odvisne od tega, koliko je otrok star. Zagotovo je ena od otrokovih potreb (in tudi potreba, ki jo imajo njegovi starši ali zakoniti zastopniki), da je varen in da mu je omogočen hiter dostop do zdravstvenih storitev, kadar jih potrebuje. Otroci so izpostavljeni tipičnim otroškim boleznim (rotavirusne okužbe, škrlatinka, norice ...), zato so v tem obdobju pogosti obiski pri izbranem pediatru. Prav tako se otroci velikokrat tudi poškodujejo (zlomi, izpahi ...). V Sloveniji naj bi bil delež otrok, ki imajo kronična obolenja, kot so pogosto astma in alergije, od 15- do 30-odstoten.

Potrebe mladostnikov, ko se jim pripeti poškodba, ki so v tem starostnem obdobju pogoste, so hitra dostopnost zdravstvenih storitev in prav tako možnost čimprejšnje vrnitve k vsakdanjim aktivnostim (v programe izobraževanja, na treninge, študentsko delo ipd.). Mladostniki so običajno zdravi, pogosto pa se neustrezno prehranjujejo, uživajo alkohol in druge škodljive snovi. Tudi mladostniki imajo bolezni, najpogostejše med njimi so astma, alergije, epilepsija, debelost, kronična boleznj prebavil ... V tem že sicer občutljivem starostnem obdobju je za mlade pomembno, da lahko za dostop do zdravstvenih storitev uporabljajo moderno tehnologijo, saj le-ta pripomore, da svoje zdravstvene in druge težave, ki jih imajo, rešijo hitreje.

Potrebe oseb v srednjih letih, povezane z zdravjem, so hiter dostop do zdravstvenih storitev in diagnostike ter možnost, da se po bolezni ali poškodbi čimprej vrnejo k vsakdanjim življenjskim aktivnostim. Osebe v srednjih letih so obremenjene, saj morajo ob sebi pogosto poskrbeti tudi za svoje otroke in starše. Zaradi zdravstvenih težav nemalokrat potrebujejo pomoč specialista s področja ortopedije, dermatologije, gastroenterologije, fizioterapije idr. Srečajo se lahko tudi s prvimi hudimi boleznimi, kot so rak, možganska kap, srčni infarkt. K razvoju bolezni lahko prispeva tudi posameznikov življenjski slog, zlasti slabe razvade, kot so kajenje, neustrezna prehrana, telesna (ne)dejavnost in uživanje alkohola ter izpostavljenost stresu. Ko se pojavijo težave z zdravjem, je pomembna možnost hitrega dostopa do zdravstvenih storitev in kritje stroškov le-teh.

Potrebe oseb v starejših letih, povezane z zdravjem, so dostop do kakovostne zdravstvene obravnave ob pravem času, dostop do zdravil med obravnavo in do pomoči na domu. Ko posameznik vstopi v starejša leta, se upokoji, življenje se umirja. Sooča se s postopnim pojanjem telesne moči, včasih tudi s težavami na

področju duševnega zdravja. To je obdobje, ko se je nakopičilo že več različnih bolezni. Vzroki za kronično bolezen lahko izhajajo iz dotedanjega življenjskega sloga, prav tako pa so lahko tudi genetsko pogojeni. Starostniki, ki imajo kronične bolezni, jemljejo tudi več zdravil, pogosteje potrebujejo zdravstveno obravnavo, kakovost njihovega življenja je lahko slabša. Najpogostejše bolezni v starejših letih so: sladkorna bolezen, srčno-žilne bolezni z zapleti, možganska kap z zapleti in drugo. Preventivno ali posledično po fizični poškodbi ali bolezni se lahko v tem obdobju prilagodi starostnikovo bivalno okolje, morda je potrebna tudi pomoč na domu. Ta je lahko za prehodno obdobje. V predstavljenih okoliščinah pomaga tudi nasvet zdravnika na daljavo. Nekateri posamezniki v tem obdobju odidejo iz domačega doma v ustanovo, kjer je zanje v celoti poskrbljeno.

Takrat, ko nas ali naše najbližje v kateremkoli starostnem obdobju doleti bolezen ali poškodba, smo izpostavljeni različnim tveganjem, ki pomembno vplivajo na kakovost našega življenja. Ta tveganja opredelimo kot:

- finančna tveganja (možnost znižanja osebnega mesečnega dohodka zaradi začasne zadržanosti od dela in vpliv na spremembo življenjskih navad celotne družine, mesečna obremenjenost odplačevanja kreditov in drugih tekočih stroškov);
- tveganja povezana z zdravjem (na primer: nedopustno dolgo čakanje, vpliv spremembe zdravstvenega stanja na odnose z bližnjimi, zmanjšena možnost socialnih stikov, stigma).

Na mestu je razmislek, kaj lahko stori posameznik, da bi tveganja, ki jim je izpostavljen, ko zboli ali se poškoduje, preprečil ali omejil.

V javnem zdravstvenem sistemu je v okviru obveznega (in dopolnilnega) zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji (več v razdelku 2.7.6) poskrbljeno za dostop do zdravstvenih storitev na vseh ravneh zdravstvenega varstva (tj. od preventive, urgence, do zdravljenja in rehabilitacije) v vseh starostnih obdobjih. Pomanjkljivosti in vrzeli javnega zdravstvenega sistema zapolnijo dodatna zdravstvena zavarovanja.

Pomembno:

Zavarovalnice v Sloveniji ponujajo dodatna zdravstvena zavarovanja, ki pripomorejo k dodatni zdravstveni varnosti in zmanjšujejo tveganja, ki so povezana z izgubo zdravja. Omogočajo, da hitreje pridejo do samoplačniških zdravstvenih storitev v okviru široke mreže izvajalcev zdravstvenih storitev tako v Sloveniji kot v tujini, da imajo dostop do hitre in nadstandardne ambulantne rehabilitacije, prav tako pa, da se po bolezni ali poškodbi čim prej vrnejo v aktivno življenje.

Zavarovalnice v skladu s potrebami in željami zavarovancev le-tem omogočajo hitrejši dostop do zdravstvenih storitev, tj. tudi v le nekaj dneh: od prvega pregleda pri zdravniku specialistu, do diagnostike in operativnih posegov, kontrolnega specialističnega pregleda, hiter dostop do ambulantne rehabilitacije, denimo fizioterapije, kritje stroškov zdravil na t. i. beli recept, dostop do nasveta zdravnika na daljavo, izdelavo drugega zdravniškega mnenja, kritje stroškov zobozdravstvene oskrbe, pomoč ali oskrbo na domu ipd.¹

¹Za več podrobnosti je treba prebrati poglavja v nadaljevanju učbenika in zavarovalne pogoje posamezne zavarovalnice.

Če povzamemo, dodatna zdravstvena zavarovanja zagotavljajo predvsem naslednje:

- hiter dostop do zdravnika specialista oziroma do zdravstvenih storitev,
- kakovostne zdravstvene storitve,
- asistenco strokovnega osebja zavarovalnice pri naročanju na zdravstvene storitve,
- strokovni nasvet zdravnika na daljavo,
- kritje stroškov samoplačniških zdravstvenih storitev,
- organizacijo prevoza,
- pomoč in plačilo stroškov pomoči na domu v času bolezni ali poškodbe,
- izplačilo zavarovalne vsote v primeru hude bolezni in operacije.

VPRAŠANJA ZA UTRJEVANJE IN SAMOPREVERJANJE ZNANJA

1. Katere specifične potrebe, povezane z zdravjem, imajo mladi?
2. Opredelite, v čem so posebne potrebe, povezane z zdravjem, ki jih ima generacija v srednjih letih?
3. Katere so ključne potrebe, povezane z zdravjem, v vseh življenjskih obdobjih?
4. Katerim tveganjem smo izpostavljeni, ko nas ali naše najbližje doleti bolezen ali poškodba?
5. Za kaj je poskrbljeno v javnem zdravstvenem sistemu v Republiki Sloveniji?
6. Kaj zagotavljajo dodatna zdravstvena zavarovanja?

2.7.1.3 Ciljne skupine

Avtorici: Ana Lučič in Irena Jadrič

Učni cilj:

Slušatelj bo znal stranko umestiti glede na njene zdravstvene potrebe in ji svetovati ustrezna zavarovalna kri-tja.

Že skladno s politiko upravljanja in nadzora nad zavarovalnimi produkti je predvideno, da zavarovalnice izva-jajo posamezne aktivnosti v okviru idejne faze razvoja oziroma spremembe zavarovalnega produkta in da pripravijo opredelitev ciljnega trga, kateremu je zavarovalni produkt namenjen. Zavarovalnica, preden posa-mezni produkt plasira na trg, ta produkt ustrezno preizkusi in oceni njegovo skladnost s ciljnimi trgom. Ciljne skupine lahko razvrstimo, kot sledi:

- mladi,
- zaposleni,
- družine,
- delodajalci (podjetja),
- upokojeni.

Ciljne skupine, ki sklepajo dodatno zdravstveno zavarovanje, se zavedajo tveganj, povezanih z novonastalimi boleznimi, posebnimi zdravstvenimi stanji in poškodbami. Prepoznajo prednosti dodatnih zdravstvenih zava-rovanj, ki jim lahko pomagajo premostiti njihove težave, povezane z zdravjem. Ko se te pojavijo, si želijo hiter dostop do kakovostne zdravstvene obravnave.

Mladi: Bolezen lahko doleti tudi mlade, še bolj pa so ti izpostavljeni neizgodi, zato sta hitra obravnava in dostop do zdravstvenih storitev tudi za njih prednost. Več kot drugi uporabljajo sodobno tehnologijo, zato jim je z dostopom do zdravstvenih storitev na daljavo omogočeno, da se lahko hitro vrnejo k vsakodnevnim aktivno-stim.

Zaposleni: Zaposleni so seznanjeni z omejitvami pri uveljavljanju pravic do zdravstvene obravnave v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja (dolge čakalne vrste do pregleda pri specialistu ali drugih specialističnih preiskav ali posegov), želijo se čim prej vrniti na delovno mesto, saj si ne morejo privoščiti izpada osebnega prihodka (plačevati je treba mesečne stroške, poravnati kredite ipd.). Zavedajo se tudi, da je rehabilitacija po bolezni ali poškodbi lahko cenovno zahtevna in težko dostopna.

Družine: Starši se zavedajo odgovornosti za lastno zdravje in zdravje svojih otrok. Pomembno jim je, da so čim krajši čas bolniško odsotni in da se hitro vrnejo na delovno mesto. Še zlati bistvena sta čimprejšnja ozdra-vitev in povratek v službo, ko gre za enostarševske družine, saj so v tem primeru stroški in skrb za družino ponavadi v breme enega od staršev. Povrnitev zdravja in povratek na delovno mesto namreč pomeni tudi manjši izpad dohodka družine. Ob zapisanem je pomembno predvsem, da je omogočen hiter dostop do zdrav-stvenih storitev in tudi da so stroški le-teh plačani.

Delodajalci: Delodajalci so pripravljani plačati znesek zavarovalne premije za kolektivno zdravstveno zavarovanje, da bi bila njihovim zaposlenim, ko imajo težave, povezane z zdravjem, zagotovljena čim večja zdravstvena varnost. Podjetja se zavedajo, kako pomembna je hitra zdravstvena obravnava z vidika nemotenega poteka delovnega procesa, znižanja stroškov nadomestnih zaposlitev, uspešnosti, učinkovitosti ter zadovoljstva zaposlenih pri delu.

Upokojeni: Ciljna skupina za sklenitev zdravstvenih zavarovanj so lahko tudi upokojenke in upokojenci, a zaradi zdravstvenih težav in bolezni, ki jih že imajo, le v manjšem obsegu. Zavarovalnice zato za starejše ponujajo omejene ter prilagojene vsebine kritij po dostopni zavarovalni premiji. Opredelitev primerne zavarovanja za posamezno ciljno skupino je odvisna od posameznih zavarovalnih produktov in tega, kakšen pristop imajo zavarovalnice pri distribuciji zavarovalnih produktov.

VPRAŠANJA ZA UTRJEVANJE IN SAMOPREVERJANJE ZNANJA

1. Zakaj je smiselno opredeliti ciljne skupine zavarovanja?
2. Katere ciljne skupine lahko opredelimo, ko gre za dodatno zdravstveno zavarovanje?
3. Kaj je, kar se tiče dodatnih zdravstvenih zavarovanj, značilno za ciljno skupino mladi?
4. Kaj je, kar se tiče dodatnih zdravstvenih zavarovanj, značilno za ciljno skupino zaposleni?
5. Kaj je, kar se tiče dodatnih zdravstvenih zavarovanj, značilno za ciljno skupino družina?
6. Kaj je, kar se tiče dodatnih zdravstvenih zavarovanj, značilno za ciljno skupino delodajalci?
7. Kaj je, kar se tiče dodatnih zdravstvenih zavarovanj, značilno za ciljno skupino upokojeni?

2.7.2 ZAVAROVALNI PRIMER

Avtorja: Ana Lučič in Dino Zadnikar

Učni cilj:

Slušatelj bo poznal zavarovalni dogodek, ki pomeni nastanek zavarovalnega primera, in vrste življenjskih situacij, ki jih krijejo dodatna zdravstvena zavarovanja.

Skladno z določili Obligacijskega zakonika je zavarovalni primer dogodek, glede na katerega se sklene zavarovanje. Biti mora bodoč, negotov in neodvisen od izključne volje pogodbenikov.

Ključni element zavarovalnega primera je zlasti negotovost dogodka – bodisi glede tega, ali bo do dogodka sploh prišlo (bo nastal), bodisi glede časa, v katerem bo nastal. To pomeni, da zavarovanec ne sme vplivati na realizacijo zavarovane nevarnosti oziroma zavarovanja zlorabiti. Zdravstvena zavarovanja zato ne krijejo predhodnih zdravstvenih stanj, razen v izjemnih primerih, ki jih zavarovalnica določi v zavarovalnih pogojih. Natančna opredelitev zavarovalnih primerov je tudi v primeru zdravstvenih zavarovanj določena z zavarovalnimi pogoji.

Zavarovanec lahko, ko zboli, se poškoduje (lahko pa tudi ob nastopu posebnega zdravstvenega stanja) uveljavlja pravice iz zavarovanja. Če so izpolnjeni pogoji zavarovalnega jamstva, za zavarovalnico nastane dolžnost izpolniti obveznosti iz zavarovalne pogodbe (npr. izplačilo zavarovalnine, kritje stroškov zdravstvenih storitev).

Ko zavarovanec prične uveljavljati pravice iz zavarovanja, kot je to opredeljeno v določilih zavarovalnih pogojev, zavarovalnice preverijo zavarovalno jamstvo (npr. veljavnost zavarovanja, karenci in ali je nastal zavarovalni primer).

Zavarovalno jamstvo je obveznost zavarovalnice, s katero ta po zavarovalni pogodbi prevzema, da bo ob dogovorjenih pogojih izpolnila svoje zaveze. Dogovorjeni pogoji opredeljujejo obojestranske obveznosti obeh pogodbenikov, tako zavarovalnice kot zavarovalca. Če zavarovalni primer, denimo, nastane v času karence, zavarovalnica nima obveznosti izpolniti obveznosti iz zavarovalne pogodbe, kljub temu, da je zavarovalec v tem obdobju plačeval zavarovalno premijo.

Karenca (oziroma čakalna doba) je obdobje od začetka zavarovanja, v katerem zavarovalec plačuje zavarovalno premijo, zavarovalnica pa v tem obdobju ne zagotavlja zavarovalnega jamstva. Tako poskuša izključiti možnost, da bi zavarovalni primer obstajal že ob sklenitvi zavarovalne pogodbe ali nastopil v času karence. Karenca je določena za omejeno časovno obdobje, denimo nekaj mesecev za primer novonastale bolezni, za primer nezgode pa karenca običajno ne velja.

Da bi navedeno lažje razumeli, si oglejmo nekaj primerov življenjskih situacij zavarovancev, ki so imeli predhodno sklenjeno dodatno zdravstveno zavarovanje:

- Mojca je, zatem ko si je poškodovala koleno, imela bolečine še ves teden. Koristila je zdravstveno zavarovanje kritja stroškov specialističnoambulantne obravnave in prišla na pregled k specialistu ortopedu v nekaj dneh, organizacijo zdravstvene obravnave ji je zagotovila zavarovalnica.
- Janez je pred letom zaradi anevrizme doživel možgansko kap. Sklenjeno ima zavarovanje drugega zdravniškega mnenja, zato se je odločil, da bo to mnenje pridobil. Morebitni nov načrt zdravljenja mu bo dal novo upanje za prihodnost.
- Pia že dlje opaža, da ji spomladi in jeseni povzroča težave dihanje skozi nos. Ker ima sklenjeno zdravstveno zavarovanje nasveta zdravnika na daljavo, lahko pokliče zdravnika vsak dan v letu, preko celega dneva. Pokliče ga v torek, ob 20.00 uri preko videoklica. Zdravnik družinske medicine se s Pio pogovori in jo napoti k specialistu otorinolaringologu. Ker ima Pia sklenjeno tudi zavarovanje specialističnoambulantne obravnave, lahko specialista otorinolaringologa obišče že čez nekaj dni.
- Luka je zbolel za rakom želodca. Ker ima sklenjeno zavarovanje za hude bolezni, ki krije tudi bolezen za primer raka, je prejel izplačilo zavarovalne vsote v višini 50.000 evrov. Ta znesek sicer ne more povrniti zdravja, lahko pa Luka s tem denarjem poskrbi za svoje okrevanje po onkološki operaciji, si priskrbi svojo psihološko pomoč, s preostankom pa poplača stanovanjski kredit in tako svoji družini zagotovi finančno varnost.

VPRAŠANJA ZA UTRJEVANJE IN SAMOPREVERJANJE ZNANJA

1. Kdaj za zavarovalnico nastane zavarovalni primer?
2. Kaj zavarovalnica preveri ob prijavi zavarovalnega primera?
3. Kaj je zavarovalno jamstvo?
4. Kaj je karenca?

2.7.3 LASTNOSTI IN POSEBNOSTI DODATNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ TER IZKLJUČITVE

Avtorica: Ana Lučič

Učni cilj:

Slušatelj bo poznal osnovne lastnosti in posebnosti dodatnih zdravstvenih zavarovanj, kar se tiče uveljavljanja pravic iz zavarovanja in obsega zavarovalnih kritij, ter najpogostejše izključitve pri dodatnih zdravstvenih zavarovanjih.

Zavarovalnice v skladu z določbami Obligacijskega zakonika in določili zavarovalnih pogojev izvajajo temeljna načela in splošna pravila izvajanja zavarovanja, k čemur, denimo, spada: postopek sklenitve zavarovalne pogodbe, sprejem v zavarovanje (opisano v razdelku 2.7.5), omejitve zavarovalne vsote, trajanje zavarovanja, premija, starostne omejitve, vključno z morebitnimi posebnostmi glede obsega zavarovanja in uveljavljanja pravic iz zavarovanja za zavarovanca, podpis obeh pogodbenih strank.

Poglejmo si nekaj najbolj tipičnih lastnosti dodatnih zdravstvenih zavarovanj.

• **Zavarovalna vsota**

Ne glede na izbrano zavarovanje je višina izbrane zavarovalne vsote tista, ki določa raven varnosti zavarovanca ob zavarovalnem primeru.

Temeljno načelo pri škodnih zavarovanjih je, da letna zavarovalna vsota dejansko pokrije obseg storitev, ki jih zavarovanec potrebuje.

Vsotna zdravstvena zavarovanja zagotavljajo izplačilo zavarovalne vsote v primeru zavarovalnega dogodka. Pri tovrstnih dodatnih zdravstvenih zavarovanjih višja zavarovalna vsota zavarovancu ponuja večjo varnost.

• **Trajanje zavarovanja**

Trajanje zavarovanja je obdobje, v katerem zavarovalnica jamči za svoje obveznosti, če so izpolnjeni dogovorjeni pogoji (ti so opisani v razdelku 2.7.2).

Trajanje zavarovanja je pri dodatnih zdravstvenih zavarovanjih običajno določeno v zavarovalni pogodbi in zavarovalnih pogojih. Zdravstvena zavarovanja se sklepajo za najmanj eno leto. Po izteku zavarovanja se lahko le-to samodejno podaljša ali obnovi za običajno enako obdobje. Pogoji za samodejno podaljšanje ali obnovitev zavarovanja in obveščanje zavarovalca o tem so opredeljeni v zavarovalnih pogojih.

• **Zavarovalna premija**

Višina zavarovalne premije je izračunana za vse zavarovance enako. Na strukturo premijskega cenika lahko vplivajo starost zavarovanca (mlajša oseba bo za enako zavarovalno kritje plačevala manj kot starejša oseba, starejša pa več kot mlajša), višina izbrane zavarovalne vsote ali letne zavarovalne vsote, morebitni pribitki zaradi zdravstvenega stanja zavarovanca ipd.

Pri kolektivnih zavarovanjih je premija lahko odvisna od števila oseb, ki so vključene v zavarovanje, od njihove starostne strukture ipd.

Oglejmo si še nekaj najbolj tipičnih posebnosti dodatnih zdravstvenih zavarovanj, povezanih z uveljavljanjem pravic iz zavarovanja in tudi z obsegom zavarovalnih kritij, ki so različno opredeljene v določilih posameznih zavarovalnih pogojev.

Posebnosti, povezane z uveljavljanjem pravic iz zavarovanja:

- **Medicinsko utemeljena indikacija**

Zavarovanec pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja izkazuje medicinsko utemeljeno indikacijo. Medicinsko utemeljena indikacija pomeni, da je odločitev za zdravstveno obravnavo ali predpisano zdravilo upravičena, ker je tako ugotovil pristojni zdravnik glede na medicinsko doktrino, in je primerna za zdravstveno stanje zavarovanca. Načini izkazovanja medicinsko utemeljene indikacije so navedeni v zavarovalnih pogojih.

- **Najava in asistenca**

Zavarovanec uveljavlja pravice iz zavarovanja preko asistenčnega centra zavarovalnice. Potrebo po zdravstveni storitvi zavarovanec najavi zavarovalnici, ta pa mu ob najavi nudi svojo asistenco. Asistenčne storitve zavarovalnice običajno vključujejo: informiranje o zavarovanju, pomoč pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja, informacije o izvajalcih zdravstvenih storitev, pomoč pri izbiri izvajalca, organizacijo termina zdravstvene obravnave, razlago potrebe po sočasni obravnavi v primeru opravljanja več zdravstvenih storitev hkrati, pojasnila glede zdravstvene dokumentacije ipd.

Zavarovanec prejme zdravstveno storitev pri izvajalcu, če je do storitve upravičen (več o tem v poglavju Zavarovalni primer). Zavarovalnica po opravljeni storitvi poravna stroške izvajalcu neposredno, če ima z njim sklenjeno pogodbo. V tem primeru zavarovanec ne vloži zahtevka za povračilo stroškov zavarovalnici, saj je plačilo zdravstvene storitve urejeno med izvajalcem in zavarovalnico.

- **Refundacija ali povračilo denarnega zneska**

Povračilo denarnega zneska ali refundacija pomeni, da je zavarovanec že opravil zdravstveno storitev oziroma nakup zdravila v lekarni in je hkrati do povračila tega zneska – skladno z zavarovalnimi pogoji – tudi upravičen. Da bi prejel povračilo navedenega zneska, mora zavarovanec vložiti zahtevek na dogovorjenem obrazcu zavarovalnice (s priloženim računom in dokazili).

V primeru, ko je zavarovanec upravičen do povrnitve stroškov za opravljeno storitev ali plačani račun za zdravilo, mu jih zavarovalnica povrne. Če je bila v zavarovalni pogodbi dogovorjena soudeležba zavarovanca, se stroški zmanjšajo za znesek soudeležbe.

Posebnosti, povezane z obsegom zavarovalnega kritja:

- **Soudeležba**

V zavarovanje je lahko vključena soudeležba zavarovanca pri kritju deleža stroškov zdravstvenih storitev in zdravil ob uveljavljanju pravic iz zavarovanja. Na primer: 20 odstotkov stroška zdravstvene storitve plača zavarovanec sam, 80 odstotkov poravna zavarovalnica.

• **Številčne in časovne omejitve koriščenja zdravstvenih storitev**

Zavarovalnice lahko številčno omejijo dostop do zdravstvenih storitev po posameznem zavarovalnem primeru. Na primer: iz enega razloga zdravstvene obravnave pripadajo zavarovancu trije obiski pri zdravniku specialista.

Zavarovanje ima lahko tudi časovne omejitve, kot na primer za kritje stroškov zdravil, ki so predpisana na beli recept: za prvo izdajo zdravila na beli recept v količini, ki je potrebna za zdravljenje novonastale bolezni, za največ trideset dni, ali pa izdajo zdravila za čas zdravljenja akutne bolezni.

Najpogostejše izključitve:

V zavarovalnih pogojih so našteje izključitve obveznosti zavarovalnice, saj gre za okoliščine, ki jih zavarovalnice ne morejo pokrivati zaradi prevelikega obsega (npr. kadar do bolezni ali poškodbe pride zaradi vojne ali v povezavi z vojno ali podobnimi dogodki) ali pa se pojavijo zaradi neodgovornega ravnanja zavarovanca (npr. zaradi prekomernega uživanja alkohola oziroma drugih psihoaktivnih snovi).

Primeri najpogostejših izključitev pri dodatnih zdravstvenih zavarovanjih:

- zavarovalnica praviloma nima obveznosti za predhodna zdravstvena stanja ali kronične bolezni, ki so nastale ali bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti zavarovanja (in jih zavarovalnica ni sprejela v zavarovanje preko zdravstvenega vprašalnika), ali v povezavi z boleznijo ali stanjem, ki je nastalo v času karence;
- zdravstvene storitve, povezane s prirojenimi napakami, razvojnimi anomalijami;
- zavarovalnica nima obveznosti v povezavi z nekaterimi boleznimi, kot so okužba z virusom HIV, spolno prenosljive bolezni, epilepsija in paraliza, nosečnost, neplodnost, poklicne bolezni ipd.;
- zavarovalnica nima obveznosti, kadar gre za razloge obravnave, ki niso medicinsko utemeljeno indicirani;
- zavarovalnica nima obveznosti, kadar gre za zdravljenje v dejavnostih urgence in intenzivne medicine;
- storitev alternativnega, komplementarnega ali eksperimentalnega zdravljenja.

VPRAŠANJA ZA UTRJEVANJE IN SAMOPREVERJANJE ZNANJA

1. Kako zavarovalna vsota določa raven varnosti zavarovanca?
2. Kaj lahko vpliva na strukturo premijskega cenika?
3. Kdaj zavarovanec izkazuje medicinsko utemeljeno indikacijo? Zakaj menite, da je to potrebno?
4. Kaj vključujejo asistenčne storitve zavarovalnic?
5. Kaj pomeni refundacija ali povračilo denarnega zneska zavarovancu? Kdaj povračilo denarnega zneska zavarovancu ni potrebno?
6. Naštejte nekaj najpogostejših izključitev pri dodatnih zdravstvenih zavarovanjih.

2.7.4 NAJPOGOSTEJŠE OBLIKE DODATNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ

Avtorica: Ana Lučič

Učni cilj:

Slušatelj bo spoznal najpogostejše oblike dodatnih zdravstvenih zavarovanj in osnovne lastnosti teh zavarovanj, ki se pojavljajo na zavarovalniškem trgu.

V nadaljevanju so predstavljena dodatna zdravstvena zavarovanja, ki so na slovenskem zavarovalnem trgu v času pisanja² tega gradiva najbolj aktualna. Zavarovalnice redno spremljajo potrebe zavarovancev in trend razvoja zdravstvenih storitev ter se prilagajajo razmeram na zavarovalnem trgu. Vsebino zavarovanj ustrezno prilagajajo tem spremembam.

Predstavljena zavarovanja so primeroma naštet in opisana, razlikujejo se glede na ponudbo posamezne zavarovalnice. Da bi lahko torej posamična zavarovanja natančno razumeli, je treba brati zavarovalne pogoje vsake od zavarovalnic, ki določeno zavarovanje ponuja.

• **Specialističnoambulantna obravnava**

Z zavarovanjem za specialističnoambulantno obravnavo se zavarovanci zavarujejo za hiter dostop do zdravstvenih storitev, kritje stroškov zdravstvenih storitev in kakovostno zdravstveno obravnavo v mreži zasebnih izvajalcev. Zavarovanci ob najavi potrebe po zdravstveni storitvi prejmejo tudi asistenčne storitve zavarovalnice.

- Zavarovanja za specialističnoambulantno obravnavo krijejo hiter dostop do specialističnih pregledov in zdravstvenih storitev diagnostike, ki pripomorejo k postavitvi diagnoze in hitrejšemu zdravljenju (na primer ultrazvok, rentgen, laboratorijska preiskava, gastroskopija, kolonoskopija, ipd.). Specialistična obravnava se izvaja na različnih medicinskih področjih, kot so, denimo, alergologija, dermatovenerologija, gastroenterologija, kardiologija ipd. Zavarovalnice zagotavljajo medicinska področja različno, zato je treba pozorno prebrati celotne zavarovalne pogoje posamezne zavarovalnice. Zavarovanje krije zdravstvene storitve v Sloveniji, lahko pa tudi v tujini.
- Specialistični pregled je mogoče opraviti tudi na daljavo preko videoklica, in sicer za medicinska področja, kot to opredeli posamezna zavarovalnica.
- Zavarovanja za specialističnoambulantno obravnavo vključujejo tudi kritje stroškov operativnih posegov. Gre za diagnostične in terapevtske posege, ki so nadaljevanje specialističnega pregleda ali diagnostike. Podrobnosti tovrstnih kritij in tudi seznam operativnih posegov so navedeni v določilih posameznih zavarovalnih pogojev.
- Tovrstna zavarovanja vključujejo tudi kritje stroškov zdravil, ki jih predpiše zdravnik specialist na beli recept (samoplačniški recept), ko izvaja zdravstvene storitve iz tega zavarovanja, lahko tudi stroške zdravil, ki so na listi medsebojno zamenljivih zdravil.

² Besedilo napisano junija 2022.

- Da bi bila zdravstvena obravnava za zavarovance čimbolj celostna, ponujajo zavarovalnice tudi kritje stroškov ambulantne reabilitacije, v katero običajno spadajo fizioterapija, delovna in govorna terapija, protibolečinska obravnava, ambulantna psihoterapija ali klinična psihologija ipd.
- Posebnosti zavarovalnic v zavarovanju specialističnoambulantne obravnave so, na primer, že vključeno drugo mnenje specialista pri pogodbenih izvajalcih, vključeni preventivni pregledi ipd.

• Drugo zdravniško mnenje

Zavarovanja drugega zdravniškega mnenja so zdravstvena zavarovanja, ki omogočajo pridobitev drugega mnenja zdravnika ali skupine multidisciplinarnega tima zdravnikov. Če zavarovanec želi bolje razumeti svoje zdravstveno stanje, pridobi več informacij o že postavljeni diagnozi ali če ima kakršnekoli dvome ali vprašanja, potem je drugo mnenje po bolezni ali po poškodbi prava storitev. Drugo mnenje običajno izdelajo vodilne mednarodne zdravstvene ustanove na posameznem medicinskem področju v tujini, lahko pa tudi v Sloveniji.

Drugo mnenje je oblikovano na podlagi izvidov o dotedanjem zdravljenju zavarovanca in ponavadi ne vključuje osebnega pregleda. Drugo mnenje vsebuje strokovno mnenje o diagnozi bolezni in izpeljanem postopku zdravljenja, morebitna priporočila o nadaljnjem zdravljenju in usmeritve. Izdelano drugo mnenje zavarovanec prejme v pisni obliki.

• Kratkotrajna pomoč na domu

Zavarovanja kratkotrajne pomoči ali oskrbe na domu krijejo stroške organizacije, izvajanja in plačila stroškov storitev kratkotrajne oskrbe oziroma pomoči na domu za novonastale bolezni ali nezgode. Rešujejo težave zavarovancev za prehodno, krajše obdobje, ne rešujejo dolgotrajnih problemov oskrbe.

Zavarovanec v času zavarovalnega primera potrebuje pomoč pri vsakodnevnih življenjskih opravilih, kot so osebna higiena, oblačenje, priprava obrokov hrane, nakupovanje, gospodinjska opravila, in tudi pri prevozi (običajno zavarovalnice ponudijo prevoze na različne storitve, kar ni zajeto v obveznem zdravstvenem zavarovanju, ali pa prevoze na zdravstvene storitve; če je zavarovanec zbolel za rakom, nekatere zavarovalnice organizirajo in krijejo tudi stroške prevoza in spremstvo na kemoterapije ali obsevanja).

Nekatere zavarovalnice nudijo tudi pomoč pri plačevanju položnic, brez kritja denarnega zneska, navedenega na položnici in v času upravičenosti do pomoči na domu tudi dostop do nasveta zdravnika na daljavo ter varstvo otrok v omejenem obsegu.

• Nasvet zdravnika na daljavo

Zdravstvena zavarovanja, ki takrat, ko se zavarovanec sooči z zdravstvenimi težavami, zagotavljajo pogovor z zdravnikom na daljavo.

Zdravnik na daljavo oceni zavarovančeve simptome in mu priporoči nadaljnje ravnanje. Zavarovanci tako, namesto da bi sami iskali odgovore na svoja vprašanja po spletu, pri sosedih ali prijateljih, prejmejo strokovni nasvet zdravnika. Takojšen strokovni nasvet zdravnika pomeni tudi hitrejšo vrnitev k vsakodnevnim

aktivnostim. Krita so vsa nenujna zdravstvena stanja, za katera ni potrebno posredovanje nujne medicinske pomoči, tudi predhodno obstoječe zdravstvene težave.

Zdravnik je za zavarovance dostopen vsak dan v letu po telefonu ali preko videoklica, zavarovalnice pa hkrati nudijo tudi asistenčne storitve.

Zavarovalnice redno spremljajo potrebe zavarovancev na področju trendov zdravstvenih storitev na daljavo in širijo nabor svojih zavarovanj s storitvami telemedicine.

• **Zobozdravstvene storitve**

Zdravstvena zavarovanja s področja zobozdravstva krijejo stroške zobozdravstvenih storitev v primeru bolezni, zdravstvenega stanja ali poškodbe, ki nastanejo v času zavarovalnega jamstva.

Vsebujejo kritje plačila stroškov samoplačniško opravljenih zobozdravstvenih storitev, kot so storitve za preprečitev bolezenskega stanja ali ugotavljanje le-tega (na primer pregledi, ortopan, čiščenje zobnega kamna), storitve zdravljenja, storitve zobne protetike (na primer prevleka, mostiček, implantat), lahko pa tudi kritje stroškov doplačil za nadstandardne zobozdravstvene storitve in material, ki presega standard v obveznem zdravstvenem zavarovanju (na primer doplačilo za belo zalivko, doplačilo za keramično prevleko). Zavarovanja s področja zobozdravstva lahko vsebujejo tudi vsotni del zavarovanja (kritje izplačila zavarovalne vsote v primeru raka ustne votline).

• **Hude bolezni**

Z zavarovanjem za hude bolezni se zavarovanci zavarujejo za primer diagnoze ene izmed kritičnih bolezni (ang. critical illness). Bolezni, ki so zajete, so običajno dolgotrajna in zelo resna stanja, kot so srčni infarkt ali možganska kap, rak, multipla skleroza, Parkinsonova bolezen ali slepota, ipd. Nabor bolezni in podrobni opisi le-teh so določeni v zavarovalnih pogojih.

Pred sklenitvijo zavarovanja je običajno treba izpolniti vprašalnik o zdravstvenem stanju.

Ob diagnozi zavarovanec prejme izplačilo zavarovalne vsote ali deleža le-te, kot je to določeno v zavarovalnih pogojih, na primer:

- večkratno izplačilo, če so bolezni razvrščene v več skupin,
- progresivni način izplačila (npr. ob prvem pojavu bolezni se izplača vnaprej dogovorjeni denarni znesek, če bolezen po določenem času napreduje, pa se izplača še preostali znesek, dokler zavarovanje ne preneha).

Z denarnim zneskom, ki ga prejme, lahko zavarovanec nadomesti izpad osebnega dohodka zaradi zadržanosti od dela ali poplača druge nepredvidljive stroške in poskrbi za svoje najbližje, svojo pozornost pa nameni zdravljenju in rehabilitaciji.

• **Operacije**

Z zavarovanjem za operacije se zavarovanci zavarujejo za primer operacije zaradi posledic bolezni ali nezgode. Operacija ali kirurški poseg je operativni postopek, ki ga opravi ustrezni zdravnik specialist v skladu s trenutnimi standardi medicinske stroke in je medicinsko utemeljeno indiciran.

Nabor operacij je praviloma naveden v seznamu operacij, ki so opredeljene v določilih zavarovalnih pogojev. Po izvedeni operaciji je zavarovancu izplačana zavarovalna vsota ali del le-te. Operacije so v seznamu našteje in opredeljene po zahtevnosti: 10 odstotkov zneska od izbrane zavarovalne vsote, na primer, se izplača za antireflusno operacijo, 30 odstotkov pa za popravilo koronarne (srčne) arterije.

Zavarovanja operacije zavarovancu lahko omogočijo tudi organizacijo in kritje stroškov izvedbe operacije pri izvajalcu v Sloveniji ali v tujini, če tako določajo zavarovalni pogoji.

• **Zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini**

Zdravstvena zavarovanja na potovanjih v tujini krijejo stroške nujnega zdravljenja, medicinske oskrbe in zdravil. Če zavarovanec v tujini zboli ali se poškoduje in zato potrebuje pomoč, zagotavljajo 24-urno medicinsko asistenco v slovenskem jeziku. Ta zavarovancu pomaga, da pride do najbližje ambulante in zdravljenja.

Zdravljenje v tujini je omogočeno tako dolgo, dokler zdravstveno stanje zavarovanca ni takšno, da je lahko prepeljan v domovino, kjer se zdravljenje nadaljuje. Zavarovanje lahko vključuje tudi stroške nujnega prevoza v domovino ali premestitve v drugo zdravstveno ustanovo, stroške prevoza zaradi nujne predčasne vrnitve v domovino v primeru težje bolezni ali smrti ožjega družinskega člana ter stroške prevoza v primeru smrti. Zavarovanja lahko vključujejo tudi nujne zobozdravstvene posege, stroške bivanja bližnjih, ko je zavarovanec hospitaliziran v tujini, lahko krije tudi stroške, če zavarovanec v tujini zboli zaradi okužbe s koronavirusom, in druge stroške, ki so opredeljeni v zavarovalnih pogojih posamezne zavarovalnice.

Zavarovanje velja za čas enkratnega potovanja – od nekaj dni, pa tudi do enega leta. Zavarovanja veljajo na različnih območjih v tujini, kar je določeno s posamičnimi zavarovalnimi pogoji, z izključitvijo Republike Slovenije oziroma države, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno prebivališče. Zavarovancem ne zadošča le evropska kartica zdravstvenega zavarovanja (EKZZ), ampak morajo pred odhodom v tujino skleniti omenjeno zdravstveno zavarovanje.

VPRAŠANJA ZA UTRJEVANJE IN SAMOPREVERJANJE ZNANJA

1. Kaj omogoča zavarovanje specialističnoambulantne obravnave?
2. Kako mora biti predpisano zdravilo za uveljavljanje pravice iz zavarovanja specialističnoambulantne obravnave?
3. Kaj vse lahko vključuje ponudba ambulantne rehabilitacije pri zavarovalnicah?
4. Kaj vsebuje izdelano drugo mnenje?
5. Ali zavarovanja za pomoč ali oskrbo zavarovanca na domu rešujejo zavarovančeve težave za določen čas? Kje je ta čas opredeljen?
6. Komu bi priporočili sklenitev zavarovanja nasveta zdravnika na daljavo in zakaj?
7. Naštete nekaj primerov storitev zobne protetike.
8. Ali zavarovalnica pri zavarovanju za hude bolezni organizira zdravstveno storitev ali izplača zavarovalno vsoto?
9. Za kaj lahko zavarovanec nameni zavarovalnino, ki bi jo prejel v primeru diagnoze hude bolezni?
10. Opišite zavarovanje operacije.
11. Opišite zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini.
12. Ali bi stranki svetovali, naj sklene izključno zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini ali pridobi tudi evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja?

2.7.5 IZPOLNJEVANJE PONUDBE

Avtorica: Irena Jadrič

Učni cilj:

Slušatelj se bo seznanil z vsebino ponudbe, s postopkom izpolnjevanja ponudbe in postopkom preverjanja ponudbe v okviru sklenitve zavarovalne pogodbe.

2.7.5.1 Splošno o ponudbi

Dobra prodaja se začne s temeljitim ugotavljanjem, kakšne potrebe in zahteve ima posameznik ali podjetje. Šele zatem se pripravi ponudbo, ki mora te ugotovitve odražati. Prav to nalaga tudi zakonodaja na področju zavarovalništva, ki se je leta 2018 precej spremenila. Takrat, natančneje 1. 10. 2018, je namreč začel na ravni EU veljati nov predpis, poimenovan Direktiva o distribuciji zavarovalnih produktov (IDD). Dokument je prinesel številne pomembne novosti na področju varstva potrošnikov, ki sklepajo zavarovanja, med drugim zahteva tudi to, da potrošniki sklenejo zavarovanje, ki ustreza njihovim potrebam in zahtevam.

Ponudba je torej odraz posameznikovih zahtev in potreb, hkrati pa dokument, s katerim ponudnik, ki je zavarovalec oziroma sklenitelj, izrazi željo, da bi se zavaroval oziroma zavaroval nekoga drugega. Ponudba mora biti izpolnjena natančno, z vsemi podatki, ki so zahtevani oziroma potrebni.

2.7.5.2 Podatki na ponudbi

Na ponudbi je nujno navesti podatke o zavarovalcu oziroma zavarovancu, plačniku premije ter podatke o začetku in trajanju zavarovanja, premiji, zavarovalnih vsotah, po potrebi tudi o zdravstvenem stanju (odvisno od samega zavarovanja). Ponudba je veljavna, ko je pravilno izpolnjena ter podpisana s strani zavarovalca oziroma zavarovanca. **Zavarovalec** je lahko fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklene pogodbo, medtem ko je **zavarovanec** (zavarovana oseba) fizična oseba, katere interes je zavarovan. Na ponudbi ponavadi najdemo naslednje podatke o zavarovancu: ime in priimek, datum rojstva, spol, ulico in hišno številko, pošto številko in kraj, davčno številko, ZZZS številko zavarovane osebe ter telefonsko številko in elektronski naslov kot želena podatka, ki omogočata učinkovito komunikacijo in hitrejšo obravnavo. Z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je določeno, da mora pogodba o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju poleg podpisa zavarovalca vsebovati tudi podpis zavarovanca, kadar zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba.

Začetek zavarovanja je točno določeni datum, ko zavarovalnica prevzame v kritje zavarovano tveganje. Zdravstvena zavarovanja se lahko začnejo prvi dan v mesecu, ob 00:00 uri tistega dne, katerega datum je v zavarovalni polici določen kot datum začetka zavarovanja, lahko tudi takoj naslednji dan. Ob datumu začetka zavarovanja je naveden tudi **datum poteka zavarovanja** – zavarovanje poteče ob 00:00 uri tistega dne, katerega datum je v zavarovalni polici določen kot datum poteka zavarovanja. Zavarovanja so lahko sklenjena za različno dobo **trajanja**. Lahko so kratkoročna ali dolgoročna, odvisno od posameznega zavarovanja in njegovih specifik ter ponudbe zavarovalnic.

Ob sklenitvi se vedno opredeli **višino zavarovalne premije** (običajno v EUR), ki se določa na osnovi izbranega cenika, višine zavarovalne vsote, izbranih kritij, starostnega razreda, specifik ipd. Ob tem se določi tudi

dinamiko plačevanja premije, ki je ponavadi mesečna, lahko pa tudi letna, polletna ali kvartalna. Stranka se lahko odloči za različne **načine oblike plačila premije**, in sicer preko trajnika na banki (direktna bremenitev), z odtegljajem pri plači (ODP) pri delodajalcu ali pri pokojnini, preko položnic ali e-računa, na podlagi računa (praviloma bolj prisotno v primerih, ko je zavarovalec pravna oseba).

Letna zavarovalna vsota ali zavarovalna vsota se določa po posameznih kritjih ali pa je določena na ravni zavarovanja. Kot je že opisano v poglavju o lastnostih in posebnostih dodatnih zdravstvenih zavarovanj ter izključitvah, ima vlogo omejitve obveznosti zavarovalnice ob zavarovalnem primeru: na primer, zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev in zdravil, ki nastanejo v zavarovalnem letu, največ do višine letne zavarovalne vsote.

Klavzule na ponudbi so pisna pravila, ki v zavarovalnem razmerju urejajo pravice in obveznosti pogodbenih strank ter so tako tudi sestavni del zavarovalne pogodbe. Natančneje predeljujejo kritja oziroma odstopanja od splošnih pogojev, lahko so tipske in se denimo nanašajo na obdelavo osebnih podatkov, sporočanje podatkov zavarovalnici ipd.

Zavarovalna pogodba se sklene na enega izmed pravno priznanih načinov, praviloma s tem, da sopogodbenika podpišeta zavarovalno polico ali potrdilo o kritju ali celo molče, ko zavarovalnica ne zavrne ponudbe za sklenitev zavarovalne pogodbe v predpisanem roku. Zavarovanci v luči svetovnih dogodkov in modernizacije zavarovanja pogosto sklepajo tudi preko spleta. V tem primeru se sklepanje velikokrat zaključi kar s potrditvijo zavarovalca, da je seznanjen z zavarovalnimi pogoji in drugo dokumentacijo, zavarovanje pa je sklenjeno s plačilom zavarovalne premije. Podpisi so lastnoročni, je pa treba poudariti, da se družba, katere del smo, spreminja in razvija, ter da se tako vse bolj uveljavlja poslovanje in sklepanje zavarovanj na daljavo z digitalnim podpisovanjem oziroma t. i. elektronskim podpisom.

Pri dodatnih zavarovanjih se lahko uporablja **vprašalnik o zdravstvenem stanju**, ki je namenjen ugotavljanju zdravstvenega stanja bodoče zavarovane osebe in vpliva na sprejem le-te v zavarovanje. Vprašalniki o zdravstvenem stanju za sklenitev zdravstvenih zavarovanj so praviloma kratki in enostavni, ni pa nujno. Vprašalniki se razlikujejo glede na vsebino dodatnega zdravstvenega zavarovanja in zahteve posamezne zavarovalnice. Ko stranka na posamezna vprašanja odgovori pritrdilno (npr. da, imam kronično bolezen), se jo lahko zaprosi, naj posreduje o svojem zdravstvenem stanju še dodatne informacije in zdravstveno dokumentacijo. Podatki se obdelujejo za namene, ki jih določa zakonodaja na področju zavarovalništva in varstva osebnih podatkov. Slednja določa, da lahko zavarovalnice obdelujejo tudi posebne vrste osebnih podatkov.

Primeri vprašanj v zdravstvenem vprašalniku:

- Navedite podatek o svoji telesni teži (v kg) in višini (v cm).
- Ali imate oziroma vam je bila v zadnjih 5 letih ugotovljena kronična bolezen, stanje, poškodba?
- Ali ste bili v preteklem letu nesposobni za delo dlje kot dva tedna oziroma ste nesposobni za delo v tem trenutku?
- Ali imate svetovano ali načrtovano zdravstveno storitev (pregled, zdravljenje, operacija, diagnostična preiskava, rehabilitacija)?

Distributer

Zavarovalnica zahteva, da vsak distributer stranki pravočasno izroči dokument z informacijami o zavarovalnem produktu, t. i. standardizirani dokument z informacijami o zavarovalnem produktu – (IPID). Distributer mora hkrati poskrbeti, da so v ponudbi upoštevane strankine potrebe in želje. Delo zavarovalnega zastopanja oziroma posredovanja opravlja vestno in korektno, pozoren je, da so vsi podatki na ponudbi točni, in se o zdravstvenem stanju stranke ne opredeljuje namesto stranke same.

2.7.5.3 Preverjanje ponudb in sprejem v zavarovanje

Podpisana ponudba za sklenitev zavarovalne pogodbe, ki je bila predložena zavarovalnici, obvezuje ponudnika osem dni od dneva, ko je ponudba prispela v zavarovalnico, če je potreben zdravniški pregled, pa je ta rok trideset dni. Če zavarovalnica ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa zavarovanje, v tem roku ne odkloni, se šteje, da je ta sprejeta in da je zavarovalna pogodba sklenjena tistega dne, ko je ponudba prispela v zavarovalnico. Pogosto se zgodi, da sklepalna dokumentacija ni popolna, ponudba pa je pomanjkljivo izpolnjena. Ponudbe z manjkajočimi odgovori in podatki ter z napakami se zavrne oziroma se distributerju nanje izda reklamacijo. V takem primeru mora distributer ponovno vzpostaviti stik s stranko in odpraviti napake oziroma ponudbo dopolniti. Postopek sprejema v zavarovanje se tako lahko precej podaljša. Če je sklepalna dokumentacija popolna in ponudba ustrezno izpolnjena, se lahko za zavarovanja, za katera je potreben vprašalnik o zdravstvenem stanju, izvede sprejem v zavarovanje. Po pregledu zavarovalne ponudbe, vprašalnika o zdravstvenem stanju in celotne zavarovančeve zdravstvene dokumentacije obstajajo naslednje možnosti:

- Zavarovalnica zavarovanca sprejme v zavarovanje.
- Zavarovalnica pripravi protiponudbo in za le-to od zavarovanca pridobi strinjanje oziroma podpis. To pomeni, da sprejme zavarovanca v zavarovanje pod posebnimi pogoji:
 - zavarovalnica ponudi doplačilo za obstoječe zdravstveno stanje,
 - zavarovalnica lahko določeno predhodno zdravstveno stanje izključi iz zavarovanja.
- Zavarovalnica za določen čas odloži sprejem v zavarovanje.
- Zavarovalnica zavrne sklenitev zavarovanja.

2.7.5.4 Zavarovalna polica

Zavarovalna polica je poleg zavarovalnih pogojev, ponudbe in morebitne zdravstvene dokumentacije oziroma vprašalnikov o zdravstvenem stanju sestavni del zavarovalne pogodbe, hkrati pa predstavlja dokaz o vsebini in obstoju pogodbe.

V zavarovalni polici morajo biti bistvene sestavine zavarovalne pogodbe, podpis zavarovalne police pa lahko skladno z 925. členom Obligacijskega zakonika predstavlja tudi enega od načinov sklenitve zavarovalne pogodbe.

Pogoji za odstop od zavarovalne pogodbe so praviloma navedeni v zavarovalnih pogojih zavarovanja in v dokumentu z informacijami o zavarovalnem produktu. Veljavna zakonodaja praviloma ne določa posebnih rokov za odstop od zavarovalne pogodbe zdravstvenega zavarovanja, kot to, denimo, velja za individualno

zavarovalno pogodbo za življenjsko zavarovanje. Med trajanjem zdravstvenega zavarovanja zato zavarovalec zavarovalne pogodbe praviloma ne more enostransko razdreti.

VPRAŠANJA ZA UTRJEVANJE IN SAMOPREVERJANJE ZNANJA

1. Kaj mora odražati ponudba?
2. Katere podatke je treba navesti v ponudbi?
3. Kdaj je ponudba veljavna?
4. Kateri datumi v ponudbi so ključni?
5. Na osnovi česa se določi višina zavarovalne premije?
6. Kakšno vlogo ima (letna) zavarovalna vsota?
7. Kaj so klavzule?
8. Ali so pri sklepanju dodatnih zdravstvenih zavarovanj vprašalniki o zdravstvenem stanju nujni?
9. Navedite primer vprašanja o zdravstvenem stanju.
10. Kakšna je vloga distributerja? Opišite.
11. Katere možnosti ima zavarovalnica, ko prejme ponudbo, vprašalnik o zdravstvenem stanju in celotno zdravstveno dokumentacijo?
12. Kje so praviloma navedeni pogoji za odstop od zavarovalne pogodbe?

2.7.6 DOPOLNILNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Avtor: Dino Zadnikar

Učni cilj:

Slušatelj bo spoznal značilnosti slovenskega sistema zdravstvenega varstva, razmejitev med obveznim zdravstvenim zavarovanjem in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem ter značilnosti slednjega.

2.7.6.1 Temeljne značilnosti slovenskega sistema zdravstvenega varstva ter obveznega zdravstvenega zavarovanja

Učni cilj:

Slušatelj bo seznanjen z načinom financiranja slovenskega sistema zdravstvenega varstva, primeroma bo znal navesti osebe, ki so vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje, in njihove pravice.

Ustavna ureditev pravice do socialne varnosti in zdravstvenega varstva

Pravica do socialne varnosti in zdravstvenega varstva je urejena z Ustavo Republike Slovenije. Ta v 50. členu določa, da imajo državljani pod pogoji, določenimi z zakonom, pravico do socialne varnosti ter da obvezno zdravstveno, pokojninsko, invalidsko in drugo socialno zavarovanje ureja država, ki tudi skrbi za njihovo delovanje. S tem je konkretizirana splošna določba 2. člena Ustave, ki določa, da je Slovenija pravna in socialna država.

Izhodišče za normativno ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja izhaja iz določbe prvega odstavka 51. člena Ustave, v skladu s katero ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Navedeno zlasti pomeni, da je (i) pravico do zdravstvenega varstva dovoljeno omejiti le s pravicami drugih in v primerih, ki jih določa Ustava, ter da so (ii) pogoji za uveljavljanje pravice do zdravstvenega varstva in način njenega uresničevanja lahko določeni le z zakonom. Sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja je tako v Republiki Sloveniji urejen v posebnem zakonu, ki hkrati določa tudi nosilce družbene skrbi za zdravje in njihove naloge ter ureja zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

Sistem zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji

Sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji je urejen z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Slednji predstavlja podlago za uresničevanje ustavne temeljne človekove pravice do socialne varnosti ob nastanku bolezni ali poškodbe in pravice do zdravja oziroma zdravstvenega varstva.

Zdravstveno varstvo po definiciji obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Ob navedenem obsega zdravstveno varstvo tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti. Te so urejene v prvem delu ZZVZZ.

Drugi del ZZVZZ ureja zdravstvena zavarovanja, ki se delijo na obvezno in prostovoljna zdravstvena zavarovanja, in določa njihov obseg.

Preko obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) se v skladu s 50. členom Ustave Republike Slovenije uresničuje pravica do socialne varnosti v primeru bolezni ali poškodbe. OZZ se v Republiki Sloveniji izvaja po načelih socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, starimi in mladimi, bogatimi in revnimi, plačilo prispevka pa je vezano na vir, ki zavarovancu zagotavlja osnovno socialno varnost.

Izvajalec oziroma nosilec OZZ v Republiki Sloveniji je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ki skupaj z ministrom za zdravje izdaja številne podzakonske predpise, med njimi tudi Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila OZZ). Slednja vsebujejo podrobne določbe o zavarovanih osebah, vsebini posameznih pravic in postopku njihovega uveljavljanja.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ni zavarovalnica, temveč je javni zavod, ki izvaja obvezno zavarovanje. Obvezno zavarovanje pomeni, da so določene osebe (krog zavarovanih oseb) v zavarovanje vključene že na podlagi samega zakona (*ex lege*) in ne šele s sklenitvijo posebne pogodbe. Zavarovanci tudi ne morejo izbirati, pri katerem nosilcu oziroma zavarovalnici ali za kakšen obseg se bodo zavarovali.

Prav tako so zavarovanci glede izbire izvajalcev zdravstvenih storitev v okviru OZZ omejeni na javno zdravstveno mrežo, v kateri so javni zavodi in koncesionarji, ki imajo z ZZZS sklenjeno pogodbo.³

Viri sredstev in krog zavarovanih oseb

Na splošno velja, da se pravica dostopa do zdravstvenega varstva v Sloveniji zagotavlja celotnemu prebivalstvu. Socialna varnost v Sloveniji temelji na plačevanju prispevkov, ki jih vsi zaposleni, njihovi delodajalci in samozaposleni plačujejo v sistem socialne varnosti. OZZ se tako v celoti financira s prispevki, ki jih poleg zavarovancev plačujejo tudi delodajalci ter drugi zavezanci za plačilo. Stopnje prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje določa Zakona o prispevkih za socialno varnost. Primerjalna prednost slovenske ureditve OZZ je v širokem krogu zavarovanih oseb, v katerega spadajo tako zavarovanci kot tudi njihovi družinski člani, pri čemer pa slednji niso dolžni plačevati prispevkov. ZZVZZ pri vprašanju zavarovanih oseb pojmovno ločuje med (i) zavarovanci (aktivni zavarovanci, prejemniki različnih socialnih dajatev, druge osebe z dohodkom, državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem), (ii) družinskimi člani (ožji in širši družinski člani) ter (iii) zavarovanci le za poškodbe pri delu in poklicne bolezni oziroma za poškodbe pri delu.

Katalog pravic iz obveznega zavarovanja

Zavarovanim osebam se v obsegu, ki ga določa ZZVZZ, zagotavlja pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v naravi in denarju, in sicer preko (i) plačila zdravstvenih storitev, (ii) nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela in (iii) povračila potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

³ Zdravstvene storitve se sicer lahko izvajajo v dveh različnih pravnih režimih financiranja, tj. preko javne zdravstvene mreže, za katero skrbijo država in lokalne skupnosti, ali preko zasebne zdravstvene dejavnosti, ki je financirana s strani uporabnikov zdravstvenih storitev z neposrednim plačilom ali na račun komercialnega zdravstvenega zavarovanja, tj. dodatnih zdravstvenih zavarovanj.

Upravičenja iz OZZ je glede na način zagotavljanja (v naravi oziroma v denarju) mogoče deliti na dva stebra, in sicer na (a) pravico do zdravstvenih storitev (zdravstvene dajatve) in (b) pravico do denarnih dajatev.

(i) Pravica do plačila zdravstvenih storitev je skladno z ZZVZZ razčlenjena v šest skupin. Ta členitev je potrebna zaradi različne stopnje zagotavljanja plačila zdravstvenih storitev. Po skupinah zdravstvenih storitev namreč padajo vrednosti storitev, ki se pokrivajo v breme OZZ. Delež, ki ga krije OZZ, tako predstavlja določeni odstotek vrednosti zdravstvenih storitev po naslednjem ključu:

1. skupina (v celoti),
2. skupina (najmanj 90 % vrednosti),
3. skupina (najmanj 80 % vrednosti),
4. skupina (najmanj 70 % vrednosti),
5. skupina (največ do 60 % vrednosti),
6. skupina (največ do 50 % vrednosti).

Po drugi strani je prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje namenjeno kritju razlike med polno vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem, ki ga v sistemu doplačil krije OZZ. Slovenska ureditev OZZ tako predpostavlja doplačila za večino zdravstvenih dajatev, bodisi s strani zavarovane osebe bodisi zavarovalnice, pri kateri je oseba prostovoljno dopolnilno zavarovana.

Od 1. 1. 2024 velja, da so vse pogodbe o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju razvezane po samem zakonu. Zasebne zavarovalnice prenehajo z izvajanjem zavarovanja (pravico imajo izterjati zapadle neplačane premije za obdobje, za katero so zagotavljale zavarovalno kritje), zavarovanci pa niso več dolžni plačevati zavarovalnih premij dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

S tem se ukinja sistem doplačil, kot ga pozna slovenska ureditev sistema zdravstvenega varstva. S spremembo sistema financiranja zdravstvenih storitev, tj. z uvedbo enotnega obveznega zdravstvenega prispevka, ki nadomešča zavarovalno premijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ni več potrebe po različnih odstotkih kritja zdravstvenih storitev in delitev med OZZ in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem. Če je prej veljalo, da obvezno zavarovanje zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev bodisi v celoti bodisi v določenem odstotku vrednost zdravstvene storitve, po 1. 1. 2024 velja, da plačilo zdravstvenih storitev v celoti zagotavlja obvezno zavarovanje. Najbolj pomembno je, da spremenjeni 23. člen ne glede na navedeno ohranja enak obseg pravic iz zdravstvenega zavarovanja v primerjavi z ZZVZZ, ki je v veljavi do 1. 1. 2024.

(ii) Pravica do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela je kratkotrajna pravica, ki traja do konca zdravljenja oziroma do povrnitve delovne zmožnosti aktivnih zavarovancev. Namen sistema socialne varnosti torej ni samo varnost dohodka ob povečanih stroških (npr. zaradi zdravstvenih storitev), temveč tudi zaščita zavarovancev za primer začasne zadržanosti z dela zaradi bolezni ali poškodbe v smislu nadomestila izpada dohodka zaradi nastanka socialnega primera.

Plačevanje nadomestila plače oziroma denarnega nadomestila je dolžnost delodajalca oziroma ZZZS. V nekaterih primerih dolžnost ZZZS plačevati denarno nadomestilo nastopi že od prvega dneva odsotnosti,⁴ v večini primerov pa sledi delodajalčevi obveznosti za plačevanje nadomestila plače.

Leta 2022 se je obdobje izplačevanje nadomestila v breme delodajalca v primerih nezmožnosti delavca za delo zaradi njegove bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, skrajšalo z dotedanjih 30 delovnih dni na 20. Navedeno pomeni, da stroške nadomestila za prvih 20 dni odsotnosti z dela nosi delodajalec, na 21. dan pa obveznost kritja prevzame ZZZS. Skrajšalo se je tudi število skupnih dni v koledarskem letu, ko stroške nadomestila nosi delodajalec, in sicer z dotedanjih 120 delovnih dni na 80. V primerih, ko delavec ni zmožen za delo zaradi poklicne bolezni ali poškodbe pri delu, mu delodajalec izplačuje nadomestilo plače iz lastnih sredstev do 30 delovnih dni za vsako posamezno odsotnost z dela. V času daljše odsotnosti z dela izplača delodajalec nadomestilo plače v breme OZZ.⁵

Pravico do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela imajo na podlagi ZZVZZ aktivni zavarovanci, saj izpad dohodka prizadene samo njih. To so osebe, ki so v delovnem razmerju, osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost, lastniki zasebnih podjetij, kmetje, ki so obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovani, ter kmetje, ki so prostovoljno vključeni v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje, če so zavarovani za to pravico, vrhunski športniki in šahisti, pod določenimi pogoji pa tudi brezposelne osebe, ki pri Zavodu za zaposlovanje prejemajo nadomestilo oziroma denarno pomoč.

Osnova za nadomestilo je zavarovančeva povprečna mesečna plača in nadomestila oziroma povprečna osnova za plačilo prispevkov v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela. Višino nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela pa predstavlja odstotek od osnove glede na razlog in trajanje zadržanosti od dela ter valorizacije. V ZZVZZ je določena tudi spodnja in zgornja višina nadomestila plače.⁶

(iii) Pravica do povračila potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev je namenjena zagotavljanju dostopa do zdravstvenih storitev in je v svojem smislu akcesorna pravici do zdravstvenih storitev. Obsega tako povračilo prevoznih stroškov kot tudi povračilo stroškov prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju.

Povračilo prevoznih stroškov je predvideno za primere, ko morajo zavarovane osebe potovati k zdravniku v kraj izven kraja zaposlitve ali stalnega prebivališča, ker tam ni zdravnika, ali če jih osebni zdravnik, zdravstveni zavod ali zdravniška komisija napoti ali pokliče v kraj zunaj stalnega prebivališča ali kraja zaposlitve. Pravica do povrnitve prevoznih stroškov je povezana z uveljavljanjem taksativno določenih pravic iz 1. do 3. točke 23.

⁴ Zaradi presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajanja krvi, nege ožjega družinskega člana, izolacije in spremstva, ki ju odredi osebni zdravnik, zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, nastale pri izvajanju aktivnosti iz 18. člena ZZVZZ, ter v primerih darovanja krvi na dan, ko prostovoljno darujejo kri.

⁵ Ob spremembi zakonodaje je bilo izpostavljeno, da bi povečanje obsega financiranja v breme ZZZS pomenilo zmanjšanje obsega financiranja drugih pravic iz OZZ, med drugim krčenje zdravstvenih storitev, njihovega obsega ali omejitev uvajanja novih vrst zdravstvenih storitev, zdravil, medicinskih pripomočkov itd.

⁶ Nadomestilo ne more biti nižje od 60 % minimalne plače, ki je določena z zakonom, ki ureja minimalno plačo. Za zavarovanca, katerega osnova za plačilo prispevkov je nižja od 60 % minimalne plače, je najnižje nadomestilo določeno v višini osnove, po kateri je zavarovan. Nadomestilo ne more biti višje od plače, ki bi jo zavarovanec dobil, če bi delal, oziroma od osnove, po kateri je v času zadržanosti od dela zavarovan

člena ZZVZZ. Zavarovana oseba ima v primeru odsotnosti od doma zaradi uveljavljanja zdravstvenih storitev tudi pravico do povračila stroškov prehrane.

Kartica zdravstvenega zavarovanja

Kartica zdravstvenega zavarovanja je javna listina, ki jo izda ZZZS. S kartico, ki je vezana na določenega posameznika in ni prenosljiva, lahko posameznik izkaže, da je zavarovana oseba, saj ZZZS omenjeni dokument izda ob prvi prijavi osebe v obvezno zdravstveno zavarovanje.

Kartica zdravstvenim delavcem in drugim pooblaščenim delavcem (imetnikom profesionalnih kartic) omogoča, da dostopajo do osebnih podatkov zavarovanih oseb, ki so nujno potrebni za uveljavljanje pravic iz obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Navedeno vključuje tudi informacije o tem, ali ima imetnik kartice urejeno obvezno in/ali dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Z vnosom 6-mestne ZZZS številke v iskalnik spletnega portala ZZZS, lahko zavarovana oseba enostavno preveri, ali ima urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje, in obseg pravic iz zdravstvenega zavarovanja (vključno s podatkom, pri kateri zasebni zavarovalnici ima zavarovana oseba sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje).

Po ukinitvi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja z dne 1. 1. 2024, ne bo več potrebe za preverjanje statusa dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Zavarovana oseba svojo kartico predloži ob obisku pri zdravniku, zlasti ko uveljavlja pravice iz zdravstvenega zavarovanja. Če zavarovana oseba ob obisku zdravnika ne predloži kartice, potem se skladno s pravili OZZ šteje, da ima samoplačniški status. Zdravstvene storitve mora v takšnem primeru zavarovana oseba doplačati ali v celoti plačati sama, razen v primeru nujne medicinske pomoči. Zaradi preverjanja istovetnosti imetnika kartice lahko zdravstveni delavci in druge pooblaščen osebe od imetnika kartice zahtevajo tudi vpogled v osebno izkaznico ali drug osebni dokument.

Od aprila 2023 je mogoče v sistemu zdravstvenega zavarovanja namesto kartic uporabljati biometrične osebne izkaznice. Državljeni, starejši od 12 let, lahko ob obisku zdravnika, lekarne, optika in ostalih izvajalcev zdravstvenih storitev in dobaviteljev zdravil in medicinskih pripomočkov predložijo le novo biometrično osebno izkaznico. V tem primeru ni potrebe po vpogledu v drug osebni dokument z namenom preverjanja istovetnosti imetnika kartice.

Priporočljivo je, da zavarovane osebe zadržijo veljavno kartico, in sicer zlasti zaradi postopnega uvajanja informacijskih rešitev ter dejstva, da na biometrični osebni izkaznici ni izpisana ZZZS številka. V zvezi s tem velja izpostaviti, da lahko tisti, ki ne obdržijo kartice, temveč uporabljajo le biometrično osebno izkaznico, še naprej dostopajo do svoje ZZZS številke (npr. preko portala zVEM).

Hkrati ZZZS nadaljuje z izdajanjem kartic, saj osebna izkaznica ni obvezen identifikacijski dokument. Ne glede na navedeno se pričakuje, da se bo v prihodnosti število izdanih kartic zmanjšalo.

Čezmejno zdravstveno varstvo

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ureja tudi pravico do načrtovanega zdravljenja v tujini zaradi (a) izčrpane možnosti zdravljenja v Republiki Sloveniji, (b) preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe ali preseganja razumnega časa ali (c) odločitve za zdravljenje v drugi državi članici Evropske unije.

Pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov teh storitev ima zavarovana oseba, če so v Republiki Sloveniji **izčrpane možnosti zdravljenja**, pri čemer je s pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v tujini utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja. Stroški zdravstvenih storitev se v teh primerih zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov teh storitev v državi, v kateri so bile uveljavljene.

Če je bila zavarovani osebi v Republiki Sloveniji pri vpisu v čakalni seznam **določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo**, pa v Republiki Sloveniji ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, oziroma – če slednja ni presežena – če ji je bila **določena čakalna doba, ki presega razumen čas**, ima zavarovana oseba pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v drugi državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarske konfederacije oziroma do povračila stroškov teh storitev. Stroški zdravstvenih storitev se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več, kot znašajo stroški teh storitev v javni zdravstveni mreži v državi, v kateri so bile storitve uveljavljene.

Zavarovane osebe lahko načrtovano zdravljenje v tujini uveljavljajo tudi, ko pridobijo napotnico zdravnika v Sloveniji in želijo na zdravljenje v drugo državo EU. Za pridobitev pravice do zdravljenja v tujini **na podlagi napotnice, ki jo izda zdravnik v Sloveniji**, mora imeti oseba v Sloveniji urejeno zdravstveno zavarovanje, napotnica mora biti izdana pred odhodom na zdravljenje v tujino, v tujini mora opraviti zdravstvene storitve, ki so pravica iz OZZ v Sloveniji, zdravljenje mora opraviti v drugi državi članici EU, hkrati pa potrebuje predhodno odobritev ZZS, če bo v tujini uveljavljala zdravstvene storitve, ki zahtevajo nočitev v bolnišnici oziroma zdravstvene storitve, ki so na seznamu za predhodno odobritev. Stroški zdravstvenih storitev se v tem primeru zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški. Po zdravljenju ima zavarovana oseba doma zagotovljen enak dostop do pravic iz zdravstvenih storitev, kot če bi zdravljenje uveljavljala v Republiki Sloveniji.

Po ukinitvi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja z dne 1. 1. 2024, zavarovana oseba po zdravljenju v tujini ne bo več uveljavljala razlike do polne vrednosti zdravstvene storitve pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno pogodbo o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju.

Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja

Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja je dokument, ki ga izda ZZS in omogoča uveljavljanje zdravstvenih storitev pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže med začasnim bivanjem v tujini. Hkrati služi kot potrdilo, da ima njen imetnik urejeno OZZ.

Evropska kartica se uporablja v državah članicah EU, EGP in Švici, kjer evropska kartica krije nujne in potrebne zdravstvene storitve, ter v Avstraliji, Bosni in Hercegovini, Črni gori, Severni Makedoniji in Srbiji, kjer

so zavarovane osebe na podlagi meddržavnega sporazuma o socialnem zavarovanju upravičene do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči.

Imetnik evropske kartice ali enakovrednega certifikata, ki začasno nadomešča kartico, je upravičen le do storitev, ki jih iz medicinskih razlogov potrebuje med bivanjem na ozemlju druge države članice, kar je v največji meri odvisno od narave storitev in pričakovane dolžine bivanja v državi. Ker so sistemi zdravstvenega zavarovanja v posameznih državah različni, torej ni nujno, da so storitve, ki v Republiki Sloveniji spadajo med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pravice zavarovanih oseb tudi v drugi državi. Poleg tega kot pravilo velja, da evropska kartica ne krije stroškov pri zasebnih izvajalcih, stroškov prevoza iz tujine ipd. Zaradi navedenega je smiselno, da zavarovane osebe v primeru odhoda v tujino razmislijo tudi o sklenitvi zavarovanja z medicinsko asistenco.

VPRAŠANJA ZA UTRJEVANJE IN SAMOPREVERJANJE ZNANJA

1. Kateri zakon v Republiki Sloveniji ureja sistem zdravstvenega varstva?
2. Kako se v Republiki Sloveniji uresničuje ustavna pravica do socialnega varstva?
3. Kdo je v Republiki Sloveniji nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja?
4. Kaj pomeni, da je zdravstveno zavarovanje obvezno?
5. Kako se v Republiki Sloveniji financira obvezno zdravstveno zavarovanje?
6. Katera so temeljna upravičenja iz sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja?
7. Kaj dokazujemo s kartico zdravstvenega zavarovanja in kako se razlikuje od evropske kartice zdravstvenega zavarovanja?
8. V katerih primerih obvezno zdravstveno zavarovanje zavarovani osebi zagotavlja pravico do zdravljenja v tujini?

2.7.7 DAVČNI VIDIKI

Avtor: Dino Zadnikar

Učni cilj:

Slušatelj bo seznanjen z davčno obravnavo zdravstvenih zavarovanj.

Zakon o davku od prometa zavarovalnih poslov

Sistem obračunavanja in plačevanja davka od prometa zavarovalnih poslov v Republiki Sloveniji je urejen z Zakonom o davku od prometa zavarovalnih poslov (ZDPZP). Slednji opredeljuje pojem zavarovalnih poslov in določa, kdo so davčni zavezanci, kaj predstavlja davčno osnovo, kakšna je davčna stopnja in katere so oprostitve plačil davka.

Zavezanci za plačilo davka od prometa zavarovalnih poslov (DPZP) so zavarovalnice in druge pravne osebe, ki opravljajo zavarovalne posle na območju Republike Slovenije. Davek od prometa zavarovalnih poslov se plačuje od opravljenih zavarovalnih poslov, tj. sklepanja in izvrševanja pogodb o premoženjskem oziroma življenjskem zavarovanju, pri čemer se v premoženjska zavarovanja skladno z ZZavar-1 uvrščajo tudi zdravstvena zavarovanja.

Davčno osnovo, tj. osnovo za obračun davka, predstavlja premija oziroma znesek, ki ga zavarovalec plačuje zavarovalnici in je razviden iz zavarovalne pogodbe. Prihodki od davka od zavarovalnih poslov se stekajo v državni proračun. Obveznost obračuna DPZP nastane za davčnega zavezanca takrat, ko je opravljen zavarovalni posel, pri čemer se šteje, da je zavarovalni posel opravljen, ko je izdan račun za plačilo zavarovalne premije.

Od 1. 1. 2015 se DPZP plačuje po stopnji 8,5 % od davčne osnove, vendar le, če je trajanje zdravstvenega zavarovanja krajše od 10 let. Do 1. 1. 2015 se je davek od prometa zavarovalnih poslov plačeval po 6,5-odstotni stopnji. Davek na dodano vrednost se od zavarovalnih poslov ne obračuna.

Davek od prometa zavarovalnih poslov je obvezna dajatev, ki deluje po načelu samoobdavčitve. Davčni zavezanec mora na podlagi evidenc podatkov o davčnih osnovah sestaviti mesečni obračun davka, ki ga predloži davčnemu organu, ter plačati obračunani davek. Obračun DPZP mora davčni zavezanec predložiti davčnemu organu v 15 dneh po poteku meseca, za katerega je sestavil obračun, in sicer ne glede na to, ali je za obdobje, za katero je predložil obračun, dolžan plačati davek ali ne.

Po posebni zakonski določbi se DPZP ne plačuje od:

- obveznih pokojninskih in invalidskih zavarovanj ter obveznih zdravstvenih zavarovanj,
- premoženjskih (nezgodnih in zdravstvenih) in življenjskih zavarovanj, pri katerih zavarovalno razmerje ni krajše od dobe 10 let,
- zavarovanj, ki krijejo nevarnosti izven območja Republike Slovenije,
- pozavarovanj.

V primeru, da zavarovalna pogodba za premoženjska (nezgodna in zdravstvena) in življenjska zavarovanja preneha pred potekom 10 let, mora davčni zavezanec obračunati in plačati DPZP, razen v primerih izrednega prenehanja zavarovalne pogodbe zaradi smrti zavarovanca. Davčno osnovo v tem primeru predstavlja vsota, ki se izplača zavarovancu, ne glede na to, ali se zavarovalna vsota izplača v enkratnem znesku ali v obliki rente, in sicer v 15 dneh po poteku meseca.

Pri dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju pa zavarovalec ne prejme izplačila zavarovalne vsote, zato davčne osnove za obračun DPZP ni oziroma je enaka nič.

Davek od prometa zavarovalnih poslov se torej ne obračunava pri (i) dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju, (ii) premoženjskih (nezgodnih in zdravstvenih) in življenjskih zavarovanjih, pri katerih zavarovalno razmerje traja 10 let ali več ter (iii) zavarovanjih, ki krijejo nevarnosti izven območja Republike Slovenije.

Zakon o dohodnini

Z Zakonom o dohodnini (ZDoh-2) sta urejena sistem in obveznost plačevanja davka od dohodka fizičnih oseb, tj. dohodnine. Skladno z ZDoh-2 so obdavčeni vsi dohodki, razen tistih, ki so v zakonu izrecno navedeni kot neobdavčeni oziroma oproščeni plačila dohodnine. Za dohodke fizične osebe se po ZDoh-2 tako izrecno ne štejejo izplačila, ki jih prejme fizična oseba na podlagi zavarovanja za primer bolezni, poškodbe ali invalidnosti, katerega zakon, ki ureja zavarovalništvo, ne določa kot obvezno zavarovanje.

V 18. členu ZDoh-2 so opredeljeni dohodki – mednje spadajo tudi dohodki iz zaposlitve –, ki so sestavljeni iz izplačil (npr. plača in regres) in bonitet, ki so povezani z zaposlitvijo. Za dohodek, obdavčen z dohodnino, torej velja tudi boniteta, ki je v 39. členu ZDoh-2 določena kot vsaka ugodnost v obliki proizvoda, storitve ali druge ugodnosti v naravi, ki jo delojemalcu ali njegovemu družinskemu članu zagotovi delodajalec ali druga oseba v zvezi z zaposlitvijo. V smislu kolektivnih in individualnih zdravstvenih zavarovanj je treba omeniti, da boniteto predstavljajo tudi zavarovalne premije, ki jih za delojemalca plačuje delodajalec.

Takšno zavarovalno premijo je treba ne glede na naravo oziroma vrsto zaposlitve šteti za boniteto in ustrezno izračunati, odtegniti in plačati dohodnino.

VPRAŠANJA ZA UTRJEVANJE IN SAMOPREVERJANJE ZNANJA

1. Kateri davek se obračuna pri zavarovalnih poslih?
2. Kdo je zavezanec za plačilo davka od prometa zavarovalnih poslov?
3. Po kakšni davčni stopnji se plačuje davek od prometa zavarovalnih poslov?
4. V katerih primerih premoženjskih oziroma zdravstvenih zavarovanja ne nastane obveznost plačila davka?
5. Ali je treba za dopolnilno zdravstveno zavarovanje plačati kakršenkoli davek ?
6. Kako je davčno opredeljena zavarovalna premija, ki jo za delavca plača delodajalec?

LITERATURA IN VIRI

1. Direktiva (EU) 2016/97 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 20. januarja 2016 o distribuciji zavarovalnih produktov (OJ L 26, 2. 2. 2016, str. 19–59).
2. Gardener, G. 2013. Življenjski slog in kronične nenalezljive bolezni. Diplomsko naloga, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
3. Javni zavod Cene Štupar, Center za izobraževanje Ljubljana: Starost kot izziv, zdravje in oskrba, Ljubljana, 2017.
4. Medja, K., Šmid, E., Smajlović, A., Havoj, D., Lajhar, A.: Kronične bolezni prebavil pri otrocih in mladostnikih, 2017.
5. Nikolić, B.: Zakaj so ponudniki dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja izvzeti iz plačila davka od prometa zavarovalnih poslov?, Pravna praksa, št. 35, 2015, str. 14.
6. Obligacijski zakonik (Uradni list RS, št. 97/07 – uradno prečiščeno besedilo, 64/16 – odl. US in 20/18 – OROZ631).
7. Panza, T.: Osnove zavarovalništva, Zavod IRC, 2011.
8. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94 z dne 21. 12. 1994 in spremembe).
9. Pripravljalne smernice EIOPA o nadzoru nad produkti in ureditvi upravljanja zavarovalnic in
10. distributerjev zavarovalnih produktov (Smernice POG).
11. Spletna stran SZZ, <https://www.zav-zdruzenje.si/>.
12. Zavarovalni pogoji zavarovalnic, ki izvajajo prostovoljna dodatna zdravstvena zavarovanja.
13. Slovar izrazov SZZ.
14. Stališče Agencije za zavarovalni nadzor o uporabi Pripravljalnih smernic o nadzoru nad produkti in ureditvi upravljanja zavarovalnic in distributerjev zavarovalnih produktov pri izvajanju nadzora z dne 25. 1. 2017.
15. SZZ: Zbrana premija zdravstvenih zavarovanj, 2021.
16. SURS: Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo po dejavnosti izvajalcev in virih financiranja, Slovenija, 2006–2019.
17. Štucin Gantar, I.: Otroške kronične bolezni, december 2019 <https://www.bos-sentvid.si/clanki/otroskekronicne-bolezni/>, pridobljeno 9. 4. 2022.
18. Zakon o zavarovalništvu (Uradni list RS, št. 93/15, 9/19 in 102/20).
19. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22 in 43/22).
20. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 78/2023 z dne 19. 7. 2023).
21. Uredba o določitvi najvišje cene premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 44/2023 z dne 14. 4. 2023).
22. Zakon o davku od prometa zavarovalnih poslov (Uradni list RS, št. 96/05 – uradno prečiščeno besedilo in 90/14).
23. Zakon o dohodnini (Uradni list RS, št. 13/11 – uradno prečiščeno besedilo, 9/12 – odl. US, 24/12, 30/12, 40/12 – ZUJF, 75/12, 94/12, 52/13 – odl. US, 96/13, 29/14 – odl. US, 50/14, 23/15, 55/15, 63/16, 69/17, 21/19, 28/19, 66/19 in 39/22).
24. Zakon o davku na dodano vrednost (Uradni list RS, št. 13/11 – uradno prečiščeno besedilo, 18/11, 78/11, 38/12, 83/12, 86/14, 90/15, 77/18, 59/19, 72/19, 196/21 – ZDOsk, 3/22 in 29/22 – ZUOPDCE).
25. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, <https://www.zzzs.si/zzzs-pi/obrazci/narocilo-evropskekartice-zdravstvenega-zavarovanja-evropska-kartica/>, pridobljeno 26. 5. 2022.
26. Zbačnik, J.: Dopolnilno zdravstveno zavarovanje pred roko pravice v Luksemburgu, Pravna praksa, št. 10, 2011, str. 22.
27. Zgrablič, B.: Zdravstvena zavarovanja, Učbenik za zavarovalne zastopnike in zavarovalne posrednike: Slovensko zavarovalno združenje, 2019.
28. ZZS: Zloženka – Kartica zdravstvenega zavarovanja, ZZS, 2011.
29. Ustava Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99, 75/16 – UZ70a in 92/21 – UZ62a).

3.3.4 DISTRIBUCIJA VSEEVROPSKEGA OSEBNEGA POKOJNINSKEGA PRODUKTA (PEPP)

Avtorica: dr. Helena Bešter

3.3.4.1 Kaj je vseevropski osebni pokojninski produkt (PEPP)

Vseevropski osebni pokojninski produkt (ang. Pan-European Personal Pension Product, PEPP) je prostovoljni osebni pokojninski produkt. Ta nova vrsta pokojninskega produkta je zasnovana tako, da zagotavlja varčevalcem več izbire ob razmeroma nizkih stroških in močnem varstvu potrošnikov. Sodobnim mobilnim zaposlenim naj bi PEPP – ob vseh prednostih digitalnega poslovanja – omogočil enostavno in stroškovno ugodno pokojninsko varčevanje, ki naj bi se čim manj spreminjalo tudi ob pogostih selitvah zaposlenih po različnih državah Evropske unije (EU).

Vseevropski osebni pokojninski produkt ne nadomešča obstoječih javnih pokojninskih zavarovanj (prvi steber) in zasebnih pokojninskih zavarovanj (drugi steber) v različnih državah, temveč predstavlja njihovo dopolnitev in se uvršča v t. i. tretji steber. Za razliko od zdajšnjih produktov v tretjem stebru je »evropeiziran« in prenosljiv med državami EU. Izvajanje PEPP je zato lahko v celoti digitalizirano in tako prilagojeno zlasti mlajšim, mobilno intenzivnim zaposlenim. Kljub »evropeizaciji« pa ostaja davčni položaj PEPP v domeni vsake države članice, zato bodo lahko končni finančni učinki tega pokojninskega produkta zelo različni. Med strokovnjaki velja prepričanje, da bo vseevropski osebni pokojninski produkt uspešen le, če bodo zanj veljale davčne olajšave. Evropska komisija je državam članicam priporočila, naj za PEPP zagotovijo ugoden davčni režim. Tako je tudi stališče evropskega nadzornika za zavarovalništvo in pokojnine (ang. The European Insurance and Occupational Pensions Authority, EIOPA).

Z razširjeno implementacijo PEPP se bo tudi v Sloveniji in za slovenske državljane, ki so zaposleni v državah Evropske unije, vzpostavil okvir za dodatno, digitalno podprto, prosto prenosljivo varčevanje v tretjem pokojninskem stebru. Glede na to, da je bil regulativni okvir za PEPP pripravljen marca 2022, je PEPP kot pokojninski produkt šele na začetku. V času priprave tega dela učbenika je v registru EIOPA registriranih le šest PEPP pokojninskih načrtov, ki jih ponuja slovaški Finax,⁷ s podračuni na Slovaškem, Češkem in Hrvaškem.

3.3.4.2 Zakaj PEPP?

Demografski izzivi, s katerimi se soočajo države EU, zahtevajo učinkovite ukrepe na področju pokojninskih zavarovanj in čim širšo vključenost vseh zaposlenih v različne oblike dodatnih pokojninskih zavarovanj. Kljub temu, da je potreba po dodatnem varčevanju za pokojnine velika, imajo evropska gospodinjstva večino svojih prihrankov na bančnih računih, v dodatna pokojninska zavarovanja v nacionalnih pokojninskih sistemih pa je vključenih le 27 % evropskih zaposlenih.⁸ Evropska komisija ugotavlja, da evropski pokojninski trg ne deluje optimalno in da je razširjenost dodatnih, zlasti osebnih pokojninskih zavarovanj, zelo šibka. Razdrobljen trg dodatnih pokojnin ne deluje v prid večje pokojninske varnosti, prav tako ne spodbuja dodatnega varčevanja za

⁷ Finax: European Pension - Secure a good pension regardless of where your career takes you. Pridobljeno 21. 7. 2023, na <https://www.finax.eu/en/products/pepp>.

⁸ The pan-European personal pension product ("PEPP"). Pridobljeno 21. 7. 2023, na https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_1941.

starost. PEPP naj bi tako prispeval k reševanju demografskih težav, obenem pa zagotovil tudi pomemben vir zasebnega kapitala za dolgoročne naložbe.

Majhne možnosti prenosa dodatnih pokojninskih zavarovanj preko državnih meja in nestandardizirani pokojninski produkti predstavljajo veliko omejitev za mobilne državljane EU. Leta 2015 je 11,3 milijona delovno sposobnih državljanov prebivalo v državi članici, ki ni bila država njihovega državljanstva; 1,3 milijona državljanov EU pa je delalo v državi članici, ki ni bila država njihovega prebivališča.⁹

Uredba PEPP odgovarja na potrebe teh ljudi in omogoča oblikovanje osebnega pokojninskega produkta, ki naj bi bil preprost, učinkovit, zanesljiv, varen, cenovno dostopen, pregleden, uporabniško prijazen in prenosljiv po vseh državah EU. Podpirajo ga stroga pravila o varstvu potrošnikov in obveznem personaliziranem poglobljenem svetovanju, ustrezne zahteve glede upravljanja ter možnost distribucije preko spletnih in mobilnih aplikacij. Prvenstveno je namenjen zlasti mladim in mobilnim delavcem, ki naj bi jih tudi tako spodbudili, da bi se odločili za življenje in delo po vseh državah EU. PEPP kot pretežno standardiziran produkt, ki naj bi bil sčasoma na voljo v vseh državah članicah, bo potrošnikom omogočil, da bodo lahko v celoti izkoristili notranji trg, saj bodo lahko svoje pokojninske pravice prenesli v tujino. Zaradi manjšega števila ovir za čezmejno zagotavljanje storitev pokojninskega zavarovanja naj bi PEPP povečal konkurenco med ponudniki na vseevropski ravni in ustvaril ekonomijo obsega, kar bi prav tako povečalo koristi varčevalcev.

3.3.4.3 Definicija in glavne značilnosti PEPP

Vseevropski osebni pokojninski produkt (PEPP) je prostovoljno osebno pokojninsko varčevanje, ki dopolnjuje nacionalne pokojninske sisteme in spada v t. i. tretji steber (Slika 1). Pravni temelj za vseevropsko osebno pokojninsko varčevanje predstavlja Uredba o vseevropskem osebnem pokojninskem produktu, PEPP (EU 2019/1238³), ki pravi:

*»Vseevropski osebni pokojninski produkt ali 'PEPP' pomeni **dolgoročni varčevalni osebni pokojninski produkt, ki ga v okviru pogodbe o PEPP zagotavlja finančno podjetje, ki je do tega upravičeno, in ga varčevalec v PEPP ali neodvisno združenje varčevalcev v PEPP v imenu svojih članov sklene z namenom upokojitve in ga ni mogoče predčasno odkupiti ali pa je to mogoče v zelo omejenih primerih ter je registriran v skladu z uredbo 2019/1238.**«*

PEPP je osebni pokojninski produkt. To pomeni, da temelji na prostovoljni pogodbi med posameznim varčevalcem in ponudnikom PEPP. Glavne lastnosti pokojninskega produkta PEPP so:

- popolna preglednost produkta, vključno s stroški in provizijami,
- obveznost zagotavljanja personaliziranih, enostavnih in razumljivih informacij z možno uporabo digitalnih orodij ter elektronskih poti (pred sklenitvijo in med varčevanjem ter pred in po upokojitvi),
- mobilnost oziroma prenosljivost (varčevalci bodo lahko nadaljevali z varčevanjem v istem produktu tudi, ko bodo zamenjali prebivališče v EU),
- možnost zamenjave ponudnika vsakih pet let, z omejenimi stroški,
- močna zaščita varčevalcev,

⁹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019R1238>.

- možnost ugodne privzete naložbene politike (t. i. osnovni ali basic PEPP), pri kateri so stroški omejeni na 1 % akumuliranega kapitala na leto,
- zaščita vložnega kapitala: osnovni PEPP mora zaščititi vloženi kapital varčevalcev.¹⁰

Slika 1: Shema slovenskega pokojninskega sistema, ki vključuje tudi PEPP



Specifične določbe Uredbe o vseevropskem osebnem pokojninskem produktu in iz nje izhajajoče delegirane akte, vezane na slovenski pravni red, ureja Zakon o izvajanju uredbe (EU) o vseevropskem osebnem pokojninskem produktu (ZIUVOOP).¹¹

Ta določa, da se lahko v PEPP vključi oseba, ki dopolni starost 15 let. Pravico do izplačil iz PEPP pa posameznik pridobi, ko se upokoji v javnem sistemu (pridobi eno od pokojnin pri Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, ZPIZ) ali pridobi poklicno pokojnino (iz Sklada obveznega dodatnega pokojninskega zavarovanja) ali ko dopolni starost 65 let. Izplačilo enkratnega zneska lahko ponudnik PEPP omogoči tudi v

¹⁰ EIOPA (2022). Pan-European Personal Pension Product (PEPP). Pridobljeno 21. 7. 2023, na https://www.eiopa.europa.eu/browse/regulation-and-policy/pan-european-personal-pension-product-pepp_sl.

¹¹ Zakon o izvajanju uredbe (EU) o vseevropskem osebnem pokojninskem produktu (ZIUVOOP). Uradni list RS, št. 28/23. Pridobljeno 3. 7. 2023, na <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO8496>.

primerih, kot so: izguba zaposlitve, prenehanje zakonske zveze, nastanek invalidnosti itd. Ponudniki PEPP varčevalcem omogočijo eno ali več oblik izplačil:

- rente,
- enkratni znesek,
- postopna izplačila in
- različne kombinacije teh izplačil.

V PEPP lahko varčuje vsaka oseba, ki ima prebivališče v državah evropskega gospodarskega prostora (EGP), ne glede na zaposlitveni status: zaposlen (s krajšim delovnim časom, s polnim delovnim časom), samozaposlen, v kakršni koli obliki sodobne zaposlitve, brezposeln ali dijak oziroma študent. Poleg državljanov, ki se selijo v različne države EU, je lahko PEPP privlačen tudi za samozaposlene posameznike, ki so pogosto šibko pokojninsko zavarovani. PEPP prav tako odgovarja na potrebe multinacionalk, ki imajo svoja podjetja v različnih državah EU in želijo svojim zaposlenim ponuditi enotno, transparentno in prenosljivo pokojninsko varčevanje.

Če varčevalci v PEPP spremenijo prebivališče zaradi selitve oziroma zaposlitve v drugi državi EU, lahko še naprej vplačujejo prispevke v isti PEPP, in sicer tako, da odprejo podračun za PEPP pri istem ponudniku PEPP v novi državi prebivališča (če ima njihov ponudnik PEPP na voljo to možnost) ali pa še naprej vplačujejo prispevke na svoj obstoječi podračun za PEPP. Če njihov ponudnik PEPP te možnosti v novi državi prebivališča ne zagotavlja, imajo varčevalci v PEPP pravico, da ga takoj in brezplačno zamenjajo. »Podračun« pomeni nacionalni razdelek, ki se odpre znotraj vsakega računa za PEPP ter izpolnjuje pravne zahteve in pogoje za uporabo morebitnih spodbud, ki jih za varčevanje v PEPP na nacionalni ravni določi država članica, v kateri ima varčevalec v PEPP prebivališče. Ponudniki PEPP morajo po prehodnem obdobju treh let odpreti vsaj dva podračuna.

Varčevalec v PEPP lahko zahteva zamenjavo ponudnika PEPP med fazo varčevanja in fazo izplačevanja (razen v primeru dosmrtna rente), in sicer se lahko odloči za ponudnika PEPP, ki ima sedež v isti državi članici (nacionalna zamenjava) ali drugi državi članici (čezmejna zamenjava). Varčevalec v PEPP ima pravico zamenjati ponudnika PEPP v najmanj petih letih od sklenitve pogodbe, v primeru poznejše zamenjave pa v petih letih od zadnje menjave. Ponudnik PEPP lahko varčevalcu v PEPP dovoli, da ponudnike PEPP zamenja bolj pogosto. Skupni stroški, ki jih lahko zaračuna dotedanji ponudnik, ne smejo presegati 0,5 % prenesenega zneska. Novi ponudnik PEPP pa lahko zaračuna le dejanske upravne in transakcijske stroške storitve zamenjave.

Ponudnik PEPP lahko varčevalcem ponudi do šest naložbenih možnosti, ki pa morajo vsebovati tudi t. i. osnovni PEPP. Osnovni PEPP je varen produkt, ki predstavlja standardno naložbeno možnost. Cilj osnovnega PEPP je, da se varčevalcu povrnejo vložena sredstva.

3.3.4.4 Kdo so lahko ponudniki PEPP?

Ponudnik PEPP je finančna institucija, ki ima dovoljenje za oblikovanje PEPP in njegovo distribucijo. Finančne institucije, ki lahko oblikujejo in tržijo/distribuirajo PEPP, so: banke, življenjske zavarovalnice, pokojninske družbe in drugi izvajalci pokojninskih produktov, ki delujejo po pokojninski – IORP direktivi,

investicijska podjetja z dovoljenjem za upravljanje portfeljev, družbe za upravljanje in upravitelji alternativnih investicijskih skladov EU (EU UAIS).

Ponudniki in distributerji PEPP morajo biti vpisani v javni centralni register, ki ga vodi EIOPA (glej: <https://pepp.eiopa.europa.eu/>). Registracija omogoča ponudniku PEPP oblikovanje in izvajanje PEPP, distributerju pa distribuiranje/trženje PEPP. Da bi potrošnike zaščitili pred PEPP, ki niso vredni zaupanja, ta registracija zahteva, da nacionalni nadzorni organi preverijo, ali je PEPP skladen z regulativnimi zahtevami.

Nacionalni nadzorni organ, ki v Sloveniji odloča o skladnosti PEPP in o njegovi primernosti za vpis v javni centralni register pri EIOPA, je Agencija za zavarovalni nadzor (AZN).

3.3.4.1.1 Pogodba o PEPP

PEPP temelji na prostovoljni pogodbi (t. i. pogodba o PEPP) med posameznim varčevalcem (fizično osebo) in ponudnikom PEPP, ki je registriran v registru pri EIOPA. Vsebovati mora glavne značilnosti produkta in ne sme biti v nasprotju nacionalnim, pogodbenim, socialnim, delovnim in davčnim pravom. Pogodba o PEPP zajema predvsem:

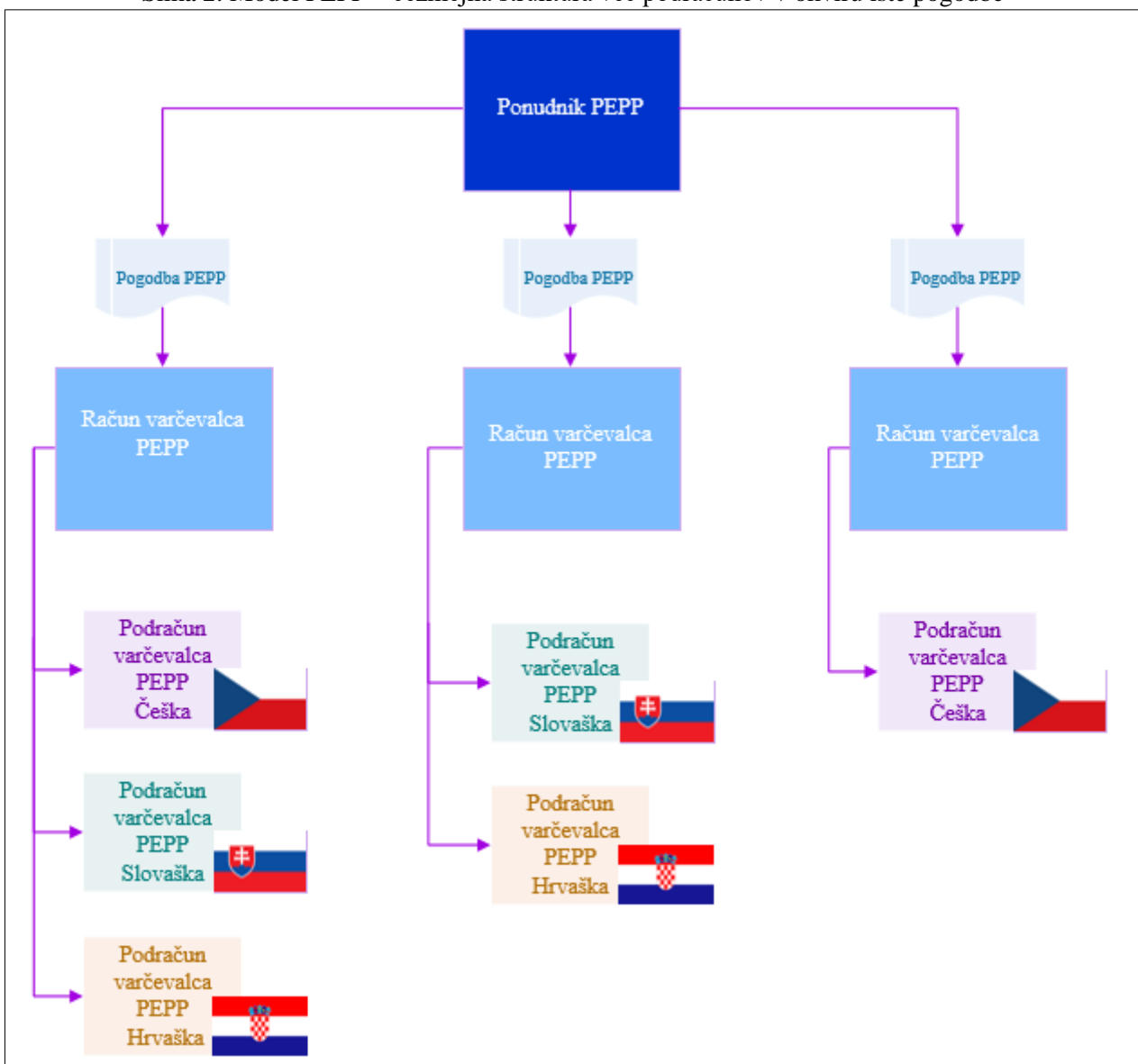
- opis osnovnega PEPP, vključno z informacijami o jamstvu za vloženi kapital ali o naložbeni strategiji, s katero naj bi poskrbeli kapitalsko zaščito,
- opis morebitnih alternativnih naložbenih možnosti,
- pogoje, ki veljajo za spremembo naložbenih možnosti (najmanj vsakih pet let mora biti mogoče brezplačno spremeniti naložbene možnosti),
- če PEPP krije biometrično tveganje, podatke o tem kritju, vključno z okoliščinami, v katerih jih je mogoče uveljaviti,
- opis pokojninskih prejemkov iz naslova PEPP, zlasti možne oblike izplačil in pravico do spremembe oblike izplačila,
- pogoje, povezane s storitvijo prenosljivosti, vključno z informacijami o državah članicah, za katere je na voljo podračun,
- pogoje za storitev zamenjave (prenos sredstev na zahtevo varčevalca),
- kategorije stroškov in skupne stroške, po možnosti izražene kot odstotni delež in kot denarni znesek,
- pogoje v zvezi s fazo varčevanja za podračun države članice, v kateri ima varčevalec v PEPP prebivališče,
- pogoje v zvezi s fazo izplačevanja za podračun države članice, v kateri ima varčevalec v PEPP prebivališče,
- po potrebi pogoje, pod katerimi se pridobljene ugodnosti ali spodbude vrnejo državi članici, v kateri ima varčevalec v PEPP prebivališče.

3.3.4.1.2 Postopek registracije PEPP

Finančna institucija, ki želi postati ponudnik in/ali distributer PEPP, predloži vlogo za registracijo PEPP Agenciji za zavarovalni nadzor (AZN). Vloga mora vsebovati:

- standardne pogodbene pogoje pogodbe o PEPP, kot jih določa uredba EU 2019/1238,
- informacije o identiteti vložnika,
- informacije o
 - ureditvi glede portfelja in
 - upravljanja tveganja ter
 - upravnih nalog v zvezi s PEPP,
- seznam držav članic, v katerih namerava ponudnik tržiti PEPP,
- informacije o identiteti depozitarja,
- dokument s ključnimi informacijami o PEPP,
- seznam držav članic, za katere bo ponudnik PEPP zmožen takoj odpreti podračun.

Slika 2: Model PEPP – čezmejna struktura več podračunov v okviru iste pogodbe



Vir: Prilagojeno po Rabobank, 2019¹² in Malesic, Braico, 2022.¹³

Agencija za zavarovalni nadzor mora v treh mesecih od takrat, ko prejeme popolno vlogo, odločiti o registraciji PEPP in o tem obvestiti evropskega nadzornika EIOPA. EIOPA vpiše ponudnika v svoj javni centralni register. Ponudnik/distributer lahko po vpisu v register pri EIOPA začne distribuirati/tržiti PEPP v vseh državah članicah EU, v katerih je odprl podračune. Z eno samo registracijo produkta, ki se odobri na podlagi enotnih pravil, pridobi ponudnik in/ali distributer dovoljenje za čezmejno prodajo na področju celotne EU in le od njegove propulzivnosti je odvisno, kako široko območje EU bo preko podračunov zajel v svojo ponudbo.

Če AZN ugotovi, da ponudnik/distributer PEPP v pomembnih zadevah krši predpise, lahko registracijo PEPP tudi prekliče in o tem obvesti EIOPA. EIOPA takega ponudnika izbriše iz svojega registra. To pomeni, da ponudnik ne more več tržiti PEPP.

3.3.4.1.3 Zahteve in pogoji glede distribucije PEPP

PEPP so standardizirani in regulirani produkti, ki jih lahko prodajajo ali distribuirajo samo pooblaščená finančna podjetja. Distribucija PEPP pomeni:

- svetovanje,
- predlaganje ali izvajanje drugih pripravljavnih opravil pred sklenitvijo pogodb o zagotovitvi PEPP,
- sklepanje takih pogodb ali pomoč pri njihovem vodenju in izvajanju, vključno z zagotavljanjem informacij o eni ali več pogodbah o PEPP v skladu z merili, ki jih stranka PEPP izbere na spletnem mestu ali v drugih medijih, ter
- predložitev prednostnega seznama PEPP, vključno s primerjavo cen in produktov ter morebitnih popustov.

Ponudniki PEPP, ki so dobili pozitivno stališče AZN o registraciji PEPP in so vpisani v javnem centralnem registru pri EIOPA, lahko oblikujejo in/ali distribuirajo (ponujajo/tržijo) PEPP. Banka, zavarovalnica, pokojninska družba ali družba za upravljanje lahko ponuja in distribuira/trži PEPP, ki ga je oblikovala sama (je ponudnik in distributer PEPP), lahko pa tudi distribuira/trži PEPP, ki ga je oblikovala druga finančna institucija. Če distribuira/trži PEPP drugega ponudnika, je »distributer PEPP«. Uredba PEPP določa, da je »distributer PEPP« finančna institucija (glej 3.3.4.4), ki ima dovoljenje za distribucijo PEPP, ki ga ni oblikovala sama, ali investicijsko podjetje, ki zagotavlja naložbeno svetovanje, ali zavarovalni posrednik.

Slovenski zakon Zakon o izvajanju Uredbe (EU) o vseevropskem osebnem pokojninskem produktu (ZIUVOPP) določa pogoje za izvajanje poslov distribucije PEPP: »Distribucijo PEPP lahko izvaja le fizična oseba, ki je pridobila dovoljenje AZN za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja oziroma posredovanja, pri čemer distribucija zajema storitve, kot so opredeljene za distribucijo zavarovalnih produktov z zakonom, ki ureja zavarovalništvo.« Predpogoj za pridobitev dovoljenja za distribucijo PEPP je uspešno opravljen preizkus strokovnega znanja, potrebnega za opravljanje poslov distribucije PEPP, in izpolnjevanje drugih

¹² Bas Van Zenden: Q&A on the new Pan-European Pension Product, Rabobank, junij 2019. Pridobljeno 21. 7. 2022, na <https://www.rabobank.com/knowledge/d011321183-q-a-on-the-new-pan-european-pension-product>.

¹³ Malesic, D., Braico, M. (2022): Case Study: Readyng PEPP for Launch. IPE Special Report, februar, 2022. Pridobljeno 20. 7. 2023, na <https://www.ipe.com/special-reports/case-study-readyng-pepp-for-launch/10057697.article>.

pogojev, ki jih določa zakon, ki ureja zavarovalništvo. Slovensko zavarovalno združenje organizira izobraževanje ter opravlja preizkuse strokovnega znanja za opravljanje poslov distribucije PEPP.

Ponudniki in distributerji PEPP lahko vse dokumente in informacije strankam PEPP zagotovijo v elektronski obliki. To pomeni »on-line« distribucijo produkta v vseh fazah sklepanja pogodbe, vključno s svetovanjem (t. i. robo advice). To naj bi pritegnilo zlasti mlajše varčevalce, ki so navajeni sklepati posle preko spleta. Skeptiki ob tem poudarjajo, da je digitalni pristop sicer zelo inovativen in privlačen, vendar naj bi PEPP vsaj v začetni fazi potreboval osebni pristop. Stranke PEPP imajo pravico zahtevati brezplačno kopijo dokumentov tudi v papirni obliki.

3.3.4.1.4 Dokument s ključnimi informacijami PEPP in o obvestilo o pravicah v okviru PEPP

Varčevalci v PEPP prejmejo pred sklenitvijo pogodbe dokument s ključnimi informacijami o PEPP (standardizirani dokument) in vsako leto obvestilo o pravicah v okviru PEPP, ki vsebuje ključne informacije o stanju njihovih prihrankov in obračunanih stroških. Ponudniki PEPP tako zagotavljajo popolno preglednost produkta. Ponudnik PEPP mora dokument s ključnimi informacijami vsaj enkrat letno pregledati in po potrebi spremeniti.

Dokument s ključnimi informacijami o PEPP, ki ga morajo potencialni varčevalci prejeti pred podpisom pogodbe, ni promocijsko gradivo in se nanj tudi ne sme sklicevati. Objavljen mora biti na spletnem mestu ponudnika PEPP v uradnem jeziku države, v kateri se distribuira, in s posebnimi informacijami o pogojih v zvezi s fazo varčevanja in fazo izplačevanja za konkretno državo članico. Dokument mora biti natančen, pošten in jasan ter ne sme biti zavajajoč. Vsebovati mora tudi sklic na vsa javno dostopna poročila o finančnem stanju ponudnika PEPP in o njegovi solventnosti.

Dokument s ključnimi informacijami mora med drugim vsebovati:

- ime PEPP in informacijo, ali gre za osnovni PEPP,
- identiteto in kontaktne podatke ponudnika, vključno z registracijsko številko v registru EIOPA,
- izjavo: »Pokojninski produkt, ki je opisan v tem dokumentu, je dolgoročni produkt z omejenimi možnostmi odkupa in iz njega ni mogoče poljubno izstopiti.«,
- opis glavnih značilnosti PEPP, med drugim:
 - njegove dolgoročne cilje in načine, kako bodo ti doseženi, vključno z opisom osnovnih instrumentov ali referenčnih vrednosti ter navedbo trgov, v katere vlaga,
- opis ciljne skupine varčevalcev v PEPP, ki naj bi se jim ta PEPP tržilo, zlasti v smislu njihove zmožnosti kritja naložbenih izgub in izpolnitve naložbenega obdobja,
- ali je pri osnovnem PEPP na voljo jamstveni kapital,
- opis pokojninskih prejemkov,
- opis kritja biometričnih tveganj (kadar jih PEPP krije),
- informacije o prenosljivosti in sklic na javni centralni register EIOPA,
- izjavo o posledicah morebitnega predčasnega izstopa varčevalca iz PEPP in o posledicah prenehanja plačevanja v PEPP,

- informacijo o pravici varčevalca, da zamenja ponudnika, in o podračunih, ki so na voljo varčevalcu,
- opis naložbenih tveganj in informacije o možnih izgubah,
- informacijo, da lahko davčno pravo države varčevalca vpliva na dejansko izplačilo,
- informacijo o stroških in
- informacijo o možnostih pritožbe.

V obdobju varčevanja je ponudnik dolžan vsako leto za vsakega posameznega varčevalca pripraviti obvestilo o pravicah v PEPP. To obvestilo mora poleg osebnih podatkov varčevalca vsebovati še naslednje informacije:

- o datumu, na katerega se informacije nanašajo, in
- najzgodnejši datum, ko se lahko začnejo izplačila iz PEPP, višino prejema v primeru odkupa pred tem datumom,
- o projekcijah pokojninskih prejemkov iz PEPP,
- o prispevkih, ki jih je varčevalec – ali katerakoli tretja oseba (npr. delodajalec) – vplačal v zadnjih 12 mesecih,
- o vseh stroških (izraženih v odstotku in denarnem znesku), z oceno njihovega vpliva na končne prejeme iz PEPP,
- o skupnem znesku, ki je na računu varčevalca na dan izdaje obvestila (lahko tudi število in vrednost enot premoženja),
- o pretekli naložbenih rezultatih (uspešnosti) ter
- okoljskih, socialnih in upravljavskih vidikih.

Za račune PEPP, ki imajo več kot en podračun, je treba te informacije razčleniti po podračunih. Obvestilo o pravicah v PEPP mora vsebovati tudi navedbe, kje in kako lahko dobi varčevalec dodatne informacije, kot so: letna poročila ponudnika, izjava o naložbeni politiki, vključno z vsemi metodami za obvladovanje tveganj, itd.

3.3.4.1.5 Svetovanje z zagotavljanjem osebnega priporočila potencialnim varčevalcem o PEPP v zvezi z upokojitvijo glede na zahteve in potrebe varčevalca

Obvezno personalizirano poglobljeno svetovanje, ki omogoča prihodnjim varčevalcem v PEPP ozaveščeno odločitev in izbiro produkta, ki je najustreznejši glede na njihove potrebe, je ena od temeljnih značilnosti in ugodnosti PEPP. Ponudnik ali distributer PEPP pred sklenitvijo pogodbe o PEPP svetuje potencialnemu varčevalcu v PEPP tako, da mu poda individualno priporočilo, ki pojasnjuje, zakaj je posamezni PEPP – po potrebi pa tudi določena naložbena možnost – najustreznejši glede na zahteve in potrebe varčevalca v PEPP.

Ponudnik ali distributer PEPP potencialnemu varčevalcu v PEPP zagotovi:

- individualizirane projekcije pokojninskih prejemkov za priporočeni produkt na podlagi najzgodnejšega datuma začetka faze izplačevanja in
- izjavo o omejitvi odgovornosti, v kateri je navedeno, da bi se te projekcije lahko razlikovale od končne vrednosti prejemkov, pridobljenih iz naslova PEPP.
- Če informacije o projekcijah pokojninskih prejemkov temeljijo na ekonomskih scenarijih, te informacije vključujejo tudi:

- najboljši ocenjeni primer in
- neugoden primer, ob upoštevanju posebne narave pogodbe o PEPP,
- informacije o prenosljivosti in
- o podračunih, ki so na voljo.

Ob začetku faze izplačevanja morajo ponudniki PEPP za varčevalce z osnovnim PEPP zagotoviti obvezno personalizirano poglobljeno svetovanje glede pokojninskega načrtovanja z individualnim priporočilom o optimalni obliki izplačil. Ponudniki PEPP varčevalcem omogočijo eno ali več oblik izplačil (rente, enkratni znesek, postopna izplačila, kombinacije prej navedenega). Varčevalci v PEPP lahko izberejo obliko izplačil v fazi izplačevanja, ko sklenejo pogodbo o PEPP in ko zaprosijo za odprtje novega podračuna. Oblika izplačil se lahko med podračuni razlikuje. Če ponudnik PEPP zagotavlja različne oblike izplačil, je varčevalcu v PEPP dovoljeno, da spremeni obliko izplačil za vsak odprti podračun eno leto pred začetkom faze izplačevanja ali ob začetku faze izplačevanja ali v času zamenjave ponudnika PEPP. Sprememba oblike izplačila je za varčevalca v PEPP brezplačna.

Ponudnik PEPP za osnovni PEPP ob začetku faze izplačevanja varčevalcu v PEPP ponudi individualno pokojninsko načrtovanje glede trajnostne rabe kapitala, privarčevanega na podračunih PEPP, pri čemer mora upoštevati: vrednost sredstev, zbranih na podračunih PEPP, skupni znesek drugih pridobljenih pravic iz upokojitve ter dolgoročne zahteve in potrebe, povezane z upokojitvijo, varčevalca v PEPP. Pokojninsko načrtovanje vključuje individualno priporočilo varčevalcu v PEPP, katera oblika izplačil je zanj optimalna. Države članice lahko sprejmejo ukrepe za spodbujanje določenih oblik izplačil in ukrepe za omejevanje izplačil v enkratnem znesku. Take količinske omejitve veljajo samo za sredstva, zbrana v državi članic, ki je take omejitve sprejela.

3.3.4.5 Možne prednosti in slabosti PEPP

Uvedba PEPP je del širše agende evropske politike za krepitev unije kapitalskih trgov in spodbujanje ljudi, da več varčujejo za svojo upokojitev. PEPP je močan »evropski brand«, ki se lahko pohvali s številnimi privlačnimi lastnostmi, kot so: enotno dovoljenje za delovanje po celotni EU, digitalizacija produkta, močna regulacija, obveznost poglobljenega svetovanja, možnost višjih donosov in nizki stroški. Strokovnjaki pripisujejo PEPP dobre možnosti za dolgoročno uspešnost, a nekoliko dvomijo v to, da bi se lahko hitro uveljavil. Ljudje se namreč le težka prostovoljno vključijo v pokojninsko varčevanje, če niso ob tem deležni spodbud – finančnih ali vedenjskih.

Med prednostmi PEPP so nizki skupni stroški in zagotavljanje poglobljenega svetovanja. Nizki stroški lahko medtem predstavljajo tudi slabost: glede na začetni majhen obseg prodaje in dolgo pot do dobičkonosnosti bodo številni ponudniki težko videli komercialne koristi. Po mnenju nekaterih strokovnjakov nizka, tj. 1-% provizija, ogroža ekonomsko upravičenost oblikovanja in distribucije PEPP. Zahteva, da morajo ponudniki PEPP ponuditi obvezno poglobljeno svetovanje, pomeni tudi, da morajo ponudniki in distributerji PEPP pridobiti od varčevalcev zelo osebne podatke, da bodo lahko ocenili njihove potrebe in jim zagotovili prilagojeno priporočilo, zakaj bi bil določeni PEPP zanje najbolj primeren, ter izdelali prilagojeno projekcijo pokojninskih prejemkov. Pridobivanje informacij od potencialnih varčevalcev je zato lahko dolgotrajno, zahtevani proces

personaliziranega poglobljenega svetovanja pa je drag in ni zelo združljiv s hitrim spletnim trženjem.¹⁴ Pričakujemo lahko, da bo digitalizacija v povezavi z umetno inteligenco te ovire sčasoma premostila in omogočila stroškovno učinkovitost produkta.

Pokojninski produkti so neločljivo povezani s socialno politiko in davčnimi predpisi držav članic, zato so lahko končni rezultati varčevanja v PEPP zelo različni. Predpogoj za poslovno uspešnost PEPP je zato ugoden davčni položaj, ki bi PEPP izenačil z nacionalnimi osebnimi pokojninskimi produkti. Neugoden ali nejasen davčni položaj PEPP v državah članicah EU predstavlja veliko, morda celo ključno oviro za razširitev in distribucijo tega pokojninskega produkta.

PEPP naj bi bil preprost in pregleden, vendar je njegova shema precej zapletena. Z razumevanjem PEPP nimajo težav le potencialni varčevalci, temveč tudi potencialni ponudniki, ki želijo razviti uspešne in za varčevalce učinkovite poslovne modele PEPP.¹⁵

Optimistični zagovorniki PEPP po drugi strani poudarjajo, da predstavlja PEPP zaradi potenciala ekonomije obsega in možne digitalizacije distribuiranja ter izvajanja pokojninskega varčevanja velikansko priložnost za vse morebitne ponudnike – priložnost, kakršne doslej finančne institucije še niso imele. PEPP bi lahko s značilnostmi, prilagojenimi potrošniku, zagotavljal moderno, digitalno podprto pokojninsko platformo po meri sodobnega, mobilnega in finančno izobraženega Evropejca, ki išče priložnosti za delo in bivanje po celotni EU. Kot tak bi lahko PEPP predstavljal tudi model za prenovo pokojninske direktive IORP.

¹⁴ Moreolo Svaluto, C., Rust, S.: The jury is still out on PEPP: industry views. IPE Special Reports, februar, 2022. Pridobljeno 20. 7. 2023, na <https://www.ipe.com/special-reports/the-jury-is-still-out-on-pepp-industry-views/10057694.article>.

¹⁵ Moreolo Svaluto, C., Rust, S.: The jury is still out on PEPP: industry views. IPE Special Reports, februar, 2022. Pridobljeno 20. 7. 2023, na <https://www.ipe.com/special-reports/the-jury-is-still-out-on-pepp-industry-views/10057694.article>.

VPRAŠANJA ZA UTRJEVANJE IN SAMOPREVERJANJE ZNANJA

1. Kaj pomeni »vseevropski osebni pokojninski produkt« ali PEPP?
2. Katere so glavne značilnosti PEPP?
3. V kateri steber spada PEPP?
4. Kaj je pogodba o PEPP?
5. Kdo so lahko ponudniki PEPP?
6. Kdo lahko izvaja posle distribucije PEPP v Sloveniji?
7. Kdo lahko varčuje v PEPP?
8. Kakšno starost mora v Sloveniji dopolniti posameznik, da lahko sklene pogodbo o PEPP?
9. Kaj pomeni personalizirano poglobljeno svetovanje v okviru PEPP?
10. Kaj mora vsebovati dokument s ključnimi informacijami PEPP?
11. Kdaj mora ponudnik/distributer PEPP izročiti dokument s ključnimi informacijami o PEPP (standardizirani dokument)?
12. Kaj mora vsebovati obvestilo o pravicah v okviru PEPP?
13. Kako je z zamenjavo ponudnika PEPP v fazi varčevanja in izplačevanja?
14. Katere oblike izplačil iz PEPP lahko omogočijo ponudniki?
15. Kateri pogoji za izplačila iz PEPP veljajo v Sloveniji?

LITERATURA IN VIRI

1. Bas Van Zenden: Q&A on the new Pan-European Pension Product, Rabobank, junij 2019. Pridobljeno 21. 7. 2022, na <https://www.rabobank.com/knowledge/d011321183-q-a-on-the-new-pan-european-pension-product>.
2. EU. (2019). Uredba (EU) št. 2019/1238 Evropskega Parlamenta in Sveta z dne 20. junija 2019 o vseevropskem osebnem pokojninskem produktu (PEPP). Pridobljeno 21. 7. 2023, na <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019R1238>.
3. EC (2022). The pan-European personal pension product (PEPP). Pridobljeno 21. 7. 2023, na https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_1941.
4. EIOPA (2022). Pan-European Personal Pension Product (PEPP). Pridobljeno 21. 7. 2023, na https://www.eiopa.europa.eu/browse/regulation-and-policy/pan-european-personal-pension-product-pepp_sl.
5. Finax, 2023. European Pension - Secure a good pension regardless of where your career takes you, Pridobljeno 21. 7. 2023, na <https://www.finax.eu/en/products/pepp>.
6. Insurance Europe (2017). A Blueprint for Pensions - Saving enough, saving well, saving wisely. Pridobljeno 21. 7. 2023, na <https://www.insuranceeurope.eu/publications/474/a-blueprint-for-pensions/>.
7. Malesic, D., Braico, M. (2022): Case Study: Readyng PEPP for Launch. IPE Special Report, februar, 2022. Pridobljeno 20. 7. 2023, na <https://www.ipe.com/special-reports/case-study-readyng-pepp-for-launch/10057697.article>.
8. Moreolo Svaluto, C., Rust, S.:The jury is still out on PEPP: industry views. IPE Special Report, februar, 2022. Pridobljeno 20. 7. 2023 na <https://www.ipe.com/special-reports/the-jury-is-still-out-on-pepp-industry-views/10057694.article>.
9. Portal GOV.SI (2023). Vseevropski osebni pokojninski produkt (2023). Pridobljeno 3. 7. 2023, na <https://www.gov.si teme/vseevropski-osebni-pokojninski-produkt-pepp/>.
10. Sklep o spremembah in dopolnitvah Sklepa o pogojih, potrebnih za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja oziroma posredovanja. Uradni list RS, št. 54/23. Pridobljeno 3. 7. 2023, na <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2023-01-1642/sklep-o-spremembah-in-dopolnitvah-sklepa-o-pogojih-potrebnih-za-opravljanje-poslov-zavarovalnega-zastopanja-oziroma-posredovanja>.
11. Zakon o izvajanju uredbe (EU) o vseevropskem osebnem pokojninskem produktu (ZIUVOPP). Uradni list RS, št. 28/23. Pridobljeno 3. 7. 2023, na <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO8496>.