



Foto: Uroš Abram

Naročnik: VSESLOVENSKO ZDRUŽENJE MALIH DELNIČARJEV
Objave so namenjene interni uporabi v skladu z odločbami ZASP in se brez soglasja imetnika pravic ne smejo proslo razmnoževati in distribuirati!
Kiplog d.o.o.

JAZ Z ASE, TI Z AME

Zaradi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki se izvaja prek zasebnih zavarovalnic, je Slovenija vsako leto ob več kot 40 milijonov evrov. Nobena vlada se še ni dotaknila tega lobija.

Piše: Borut Mekina

Revizijska hiša BDO je lani ugotovila, da je Roman Glaser, generalni direktor Perutnine Ptuj, leta 2009 podjetje zlorabil in oškodoval. In sicer za vsaj 26 milijonov evrov, kolikor je znašalo posojilo, ki ga je morala Perutnina Ptuj najeti za pomoč Binetu Kordežu pri njegovem propadlem poskusu menedžerskega prevzema Merkurja. Ta posel je bil v interesu menedžerjev Perutnine, torej Glaserja, in ne podjetja, so sklenili revizorji. Poleg tega je bil posel vzajemen, saj bi lahko na isti način Kordež pomagal Glaserju pri njegovem menedžerskem prevzemu Perutnine. Poleg tega 26 milijonov evrov tudi ni končni znesek, kajti Glaser je pomagal še Bošku Šrotu pri menedžerskem prevzemu Pivovarne Laško. Iz tega posla Perutnini danes še vedno manjka več kot deset milijonov evrov – česar revizorji zaradi Glaserjeve intervencije niti niso smeli pregledati.

Bine Kordež je danes že obsojen, Bošku Šrotu še sodijo, Roman Glaser pa ostaja najvidnejši in najpomembnejši štajerski gospodarstvenik. Je predsednik Štajerske gospodarske zbornice in predsednik nadzornega sveta Probanke. Probanke in Perutnina Ptuj sta namreč kadrovsko in lastniško povezani družbi. Gre za isti konglomerat. Perutnina je 11-odstotna lastnica Probanke, Probanke pa je 15-odstotna lastnica Perutnine. Nadzornemu svetu Probanke

predseduje Glaser, nadzornemu svetu Perutnine pa Radovan Stonič, ki je bil do upokojitve zaposlen v Probanki Upravljanju. Težave zaradi sodelovanja pri menedžerskih prevzemih imata Perutnina in tudi Probanke. Ta, kot so sporočili minuli teden, je imela lani za 51 milijonov evrov čiste izgube; in sicer prav zaradi financiranja propadlih menedžerskih prevzemov in s tem povezanih slabitev ter rezervacij.

Ker Probanke država seveda ne name-rava dokapitalizirati, je povsem očitno tej »štajerski navezi« sedaj zmanjkalo denarja. Kaj storiti? Ta mesec je bila nepričakovano opravljena zamenjava v vodstvu zavarovalnice Vzajemna. Službo je izgubila dosedanja predsednica uprave Milojka Kolar Celarc, ekonomistka in nekdanja državna sekretarka na ministrstvu za finance pod ministrom Dušanom Mramorjem. Na njen položaj je nadzorni svet imenoval Glaserjevega kolega Aleša Mikeln, diplomiranega inženirja strojništva, bivšega direktorja podjetja Swatycomet, ki izdeluje bruse, in bivšega direktorja Regionalne gospodarske zbornice Celje. Mikeln nikoli ni delal v zavarovalništvu in tudi licence nima. A sta za zamenjavo v nadzornem svetu Vzajemne vendarle poskrbela Glaserjev nečak, diplomirani inženir gradbeništva Boris Pipan, eden najbogatejših Slovencev (obogatel je z ne-transparentno preprodajo podjetja, ki izdeluje energetske transformatorje, in to prek

Avstrije in s posredništvom Probanke, ki jo nadzoruje njegov stric Glaser), in predsednica nadzornega sveta Vzajemne Aleksandra Podgornik, sicer sekretarka oziroma direktorica »Glaserjeve« Štajerske gospodarske zbornice.

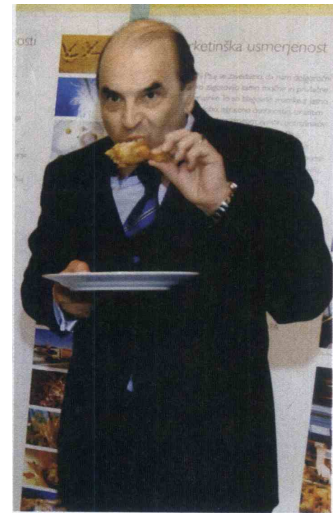
Zakaj so Milojko Kolar Celarc zamenjali? Res zaradi slabih rezultatov, kot je dejala Podgornikova? Odstavljena Kolarjeva je lani sprejela pravilnik, ki določa, kje lahko ima Vzajemna depozite in naložbe. V skladu s tem pravilnikom in odločitvijo Kolarjeve Vzajemna pri Probanki nima odprtega računa. A se to utegne sedaj spremeniti. Rajko Stankovič, predsednik društva Mali delničarji Slovenije in zavarovanec Vzajemne, ki je ta manever napovedoval že pred meseci, sedaj napoveduje, da se bo to v kratkem morda zgodilo, saj so depoziti ena od zanimivih alternativ dokapitalizacije oziroma krepitve t. i. kapitalske ustreznosti bank. In Vzajemna ima za izjemne razmere, kakršne denimo nastanejo ob epidemiji, ogromne rezerve v obliki depozitov in drugih finančnih naložb. Skupaj več kot 70 milijonov evrov najkakovostnejšega in najlikvidnejšega kapitala.

Opisani naskok na javno zdravstvo je seveda skrb zbujajoč. A težava je sistemska. Odkar je bila zavarovalnica Vzajemna leta 1999 ustanovljena, se podobne afere in različne oblike izčrpanja denarja zavarovalcev vrstijo druga za drugo. Verjetno najbolj

Tri zasebne zdravstvene zavarovalnice porabijo od 6 do 10 odstotkov zbranega denarja za svoje obratovanje. Javni ZZZS le 2 odstotka.



Minister za zdravje Tomaž Gantar: v času Janševe vlade se zavarovalnic ni dotikal / Foto: Borut Krajnc



Lačni Roman Glaser, generalni direktor Perutnine Ptuj in po novem skriti boter Vzajemne./Foto: Domen Groeogl STA

znamenit je stavek, ki ga je v elektronskem sporočilu leta 2007 zapisal ekonomist Aleš Ahčan, pri katerem je Vzajemna nameravala za okrog 300 tisoč evrov naročiti nekakšen model za upravljanje tveganj. »Model mora biti najmanj tako kompleksen in softwarsko podprt, da noben domač pametnjakovič ne bo sral zaradi cene,« je zapisal. Leta 2001 je izbruhnila afera zaradi izjemno visoke plače takratnega šefa Vzajemne in predsedniškega kandidata Franceta Arharja, sledil je poskus privatizacije Vzajemne pod vodstvom Marka Jakliča pa vse afere njegovega naslednika Boštjana Averja, ki je recimo javnost vznemirjal s službenim porschejem in z vilo na morju, domnevno zgrajeno s posojilom v višini 612 tisoč evrov.

Ta slovenski unikum, sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, s katerim tri zavarovalnice na leto zberejo okrog 400 milijonov evrov, je bil že od vsega začetka plenilski cilj različnih mrež. Sistem je bil sicer sprva zamišljen kot pravo dopolnilno zavarovanje za manjšo skupino ljudi. A zaradi širitve pomena in pravic iz tega zavarovanja – lani recimo še prek zakona o uravnoteženju javnih financ – je to dopolnilno zavarovanje postalo veliko pomembnejše, kot je bilo sprva načrtovano. Danes je zaradi tega vanj vključenih že več kot 95 odstotkov

zavarovancev in ni več »dopolnilno« zavarovanje, temveč davek, ki ga v isti višini plačujejo bogati in revni in ki ga za povrh pobirajo še zasebniki. Koliko denarja prek provizij, interesnih povezav, donacij društvom ali strankam tako izgublja javno zdravstvo, največ pove statistika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Po ugotovitvah tega zavoda so tri zasebne zdravstvene zavarovalnice, pri katerih je mogoče skleniti dopolnilno zdravstveno zavarovanje, to so Vzajemna, Triglav in Slovenica, zadnja leta za svoje obratovanje na leto porabile od 42 do 43 milijonov evrov – zgolj zase.

Pri Vzajemni sicer pojasnjujejo, da se okoli tretjina od teh približno 45 milijonov evrov »na različne načine vrača v zdravstveni sistem. Recimo za vzdrževanje sistema kartice zdravstvenega zavarovanja, v obliki zakonsko določenih provizij izvajalcem zdravstvenih storitev in lekarnam, za nakup računalniške in programske opreme izvajalcev zdravstvenih storitev ...« A Damijan Kos iz ZZZS-ja odgovarja, da vsaj slednje ne more biti obratovalni strošek Vzajemne in da ga omenjajo »nekorektno«, ker gre za izdatek za zdravstvene storitve, ki je že vključen v ceni storitev. Sicer pa vse omenjeno plačuje tudi javni zavod. Vendar zasebne zdravstvene zavarovalnice za svoje obratovanje porabijo od 6

do 10 odstotkov zbranega denarja, javni zavod pa le 2 odstotka, torej je vsaj tri- do petkrat učinkovitejši od zasebnih zavarovalnic. Zakaj tega dragega in klientelističnega sistema v Sloveniji preprosto ne odpravimo?

Pravzaprav so si strokovnjaki glede tega vprašanja že zdavnaj edini. Odprava ne bi bila preprosta, a »sem v vsakem primeru prepričan o vsaj dveh zadevah: ena je, da je ta sistem nujno treba reformirati z odločnostjo in vizijo ter to stvar po več kot 20 letih tudi pripeljati do novih rešitev; druga pa je, da socializirani sistemi v zaostrenih finančnih razmerah, razmerah brezposelnosti, negotovosti nimajo prav nobene alternative,« pravi recimo Tit Albreht z Inštituta za varovanje zdravja (IVZ). Mateja Kožuh Novak, predsednica Zveze društev upokojevcov, ki je bila nekoč članica nadzornega sveta Vzajemne, pravi isto: »Tako ne more več iti naprej. Ali bo treba zavarovalniško zakonodajo tako spremeniti, da bo res mogoč nadzor, ali pa odpraviti to zavarovanje in ga združiti z javnim zavodom.« Zaradi očitnih zlorab so se celo zdravniki sami organizirali v Inicijativo zdravnikov, ki med drugim ravno tako predlaga odpravo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in združitve z javnim zavodom. Član iniciative, ortoped Danijel Bešič Loredan, meni, da bi država samo z odpravo Vzajemne prihranila od

Povprečni slovenski upokojenec danes za dopolnilno zdravstveno zavarovanje plača že več kot polovico mesečne pokojnine. Tisti z najnižjimi pokojninami, teh je skoraj sto tisoč, pa celo.

40 do 60 milijonov na leto, »potem pa so tukaj še druge zavarovalnice«, kot pravi. O tem predlogu nameravajo spregovoriti sredi meseca.

A vsi ti poskusi so bili doslej neuspešni. Prvi je dopolnilno zavarovanje že leta 2003 poskušal odpraviti minister Dušan Keber. »Glavni razlog je bil v nepravičnih premijah, ki so bile in so še danes enake za vse ne glede na višino dohodka. Zato smo želeli dopolnilno zavarovanje odpraviti in ga združiti z obveznim zavarovanjem ZZZS-ja tako, da bi povečali zdravstveni prispevek. Zdrav razum pravi, da je to prava pot – če danes plačujemo vsi enako premijo iz svojega žepa, potem pa bi jo kot del plače v odvisnosti od njene višine, bi bil ta strošek za dve tretjini državljanov znatno manjši in zato pravičnejši. Pa še več deset milijonov evrov ne bi bilo treba zbrati; tistih, ki jih dopolnilno

zavarovanje porabi za svoje delovanje in za dobiček. A odgovor finančnega ministrstva je tedaj bil, da bi s tem povečali delež javnih izdatkov v BDP-ju, kar naj bi mednarodni krogi slabo sprejeli. Vendar je tudi dopolnilno zavarovanje neke vrste davek. Dejansko ga moramo plačati, ker bi nam sicer ne bila dostopna tako rekoč nobena pravica iz obveznega zavarovanja. Ampak ker vsaj na papirju ni obvezno, ga država lahko izvzame iz prikaza davčnih obremenitev, to pa je navadno sprenevedanje,« pravi Keber.

Kebru je leta 2011 sledil minister v Pahorjevi vladi Dorjan Marušič. »Sistem smo hoteli celovito reformirati, s prilagoditvijo pravic v osnovni košarici in z uvedbo resničnih oblik dodatnega zavarovanja. Kajti tega, kar imamo sedaj v Sloveniji, ko se ista storitev plačuje iz dveh delov, iz javnega in zasebnega zavarovanja, tega v svetu ni,« pravi. Po Marušičevem

modelu bi dopolnilno zdravstveno zavarovanje zbirala javna zavarovalnica, s čimer bi povprečna premija znašala 14,5 evra in ne 24 evrov, kolikor je zavarovanje stalo v času izračunov. Poleg tega je ministrstvo tedaj želelo uvesti lestvico, s katero bi prebivalce pravičneje obremenili. Vendar reforma ni uspela, kot pravi Marušič, predvsem zaradi močnih interesov. Tudi sedanja vlada o tej reformi ne razmišlja več. Niti v ta teden predstavljenem programu stabilnosti ali v nacionalnem reformnem programu odprava dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ni omenjena. Ministrstvo za zdravje pod vodstvom Tomaža Gantarja omenja zgolj uvedbo nekakšnega obveznega dodatnega zdravstvenega zavarovanja – s katerim bi se na prvi pogled vloga zasebnih zavarovalnic celo okrepila.

»Dopolnilno zavarovanje smo želeli odpraviti in ga združiti z obveznim zavarovanjem, zdrav razum pravi, da je to prava pot ... a mednarodni krogi naj bi to slabo sprejeli.« – Dušan Keber, bivši minister za zdravje, o poskusu iz leta 2003.

Zdravje za denar

Kaj dopolnilno in dodatno zavarovanje pomenita pri nas in kaj v tujini?

Piše: Tjaša Zajc

Večina evropskih držav, z izjemo Švice, ima javni zdravstveni sistem. Plačevanje storitev krijejo obvezno, dopolnilno in dodatno zavarovanje. Zaradi različnih zdravstvenih sistemov meja med dopolnilnim in dodatnim zavarovanjem ni vedno jasna, v nekaterih državah se celo prekrivata. Dopolnilno zavarovanje običajno krije različna doplačila: v Belgiji, na Švedskem in Danskem denimo predvsem za zdravila in zobozdravstvo, v Franciji za ambulantne storitve, na Irskem in v Luksemburgu za bolnišnična doplačila. V Sloveniji pa v določenem deležu kar vse zdravstvene storitve, zato je posameznik brez dopolnilnega zavarovanja izpostavljen velikemu tveganju za visoke stroške. Operacija zamenjave kolka stane med 3000 in 13.000 evri, od česar dopolnilno zavarovanje krije 20 odstotkov, torej brez zavarovanja plačamo od 300 do 1300 evrov samo za operacijo. Štirinajstdnevno zdravljenje v zdravilišču nas lahko brez zavarovanja stane

Če reforme ne bo, Albreht iz IVZ-ja napoveduje, da se bo v prihodnjih letih javno zdravstvo postopoma privatiziralo. Nadaljeval se bo trend premikov večjega bremena na doplačila, to pa bo spet vodilo v novo povečanje premij, ki ga mnogi ne bodo več zmogli ali ga ne bodo pripravljene plačevati. »Med temi bodo skoraj zagotovo ravno tiste kategorije, katerih prispevek bi bil najbolj dragocen, tj. mladi, ki pa bodo vedno pogostejše brez službe in ne bodo motivirani, da bi to zavarovanje plačevali,« meni. Sodi, da utegnejo »zdravi« iz sistema izstopiti pri prispevkih tam okrog 35 evrov na mesec. Sistem že

dobrih 1000 evrov, v primeru nesreče in hospitalizacije pa lahko stroški zdravljenja brez dopolnilnega zavarovanja mimogrede presežejo 10.000 evrov. Čeprav se o slovenskem dopolnilnem zavarovanju pogosto govori kot o zasebnem prostovoljnem zavarovanju, to v resnici ni. Sicer poleg omenjenega krije še stroške nastanitve in prehrane v bolnišnici ali zdravilišču, zdravila na recept, nujne reševalne prevoze, zdravstvene in tehnične pripomočke ter nekatere zobozdravstvene storitve.

Drugo pa so dodatna zdravstvena zavarovanja. Večinoma so, povsod po Evropi, namenjena kritju nadstandardov: boljše sobe v bolnišnici, izbiri zdravnika, preskakanju čakalne vrste in podobno. Tu so še zelo specifična dodatna zavarovanja, pri ponudbi katerih so zelo inovativni Švicarji. Ena vodilnih zavarovalnic Sanitas krije 80 odstotkov stroškov dentalnih storitev do višine maksimalno 4000 evrov, sofinancira programe za opustitev kajenja, športno vadbo pred porodom in po njem. Krije tudi 80 odstotkov stroškov do 800 evrov cepljenja, enako za psihoterapijo brez napolitve zdravnika. Švicarji se lahko zavarujejo za kritje zdravstvenih storitev, če se nesreča zgodi kateremu izmed gostov, ki pridejo na obisk iz tujine. Švicarska zavarovalnica Visana ima posebno ponudbo za kritje alternativne medicine, kot so akupresura, akupunktura, homeopatija, shiatsu, psihoterapija ... X

sedaj ni več vzdržen, kmalu bo še bolj ne vzdržen. Po Albrehtovem mnenju bi bilo v sedanjih gospodarskih in socialnih razmerah najbolje to zavarovanje odpraviti in ga v spremenjeni obliki priključiti obveznemu zavarovanju – kot je to želel Marušič. »Seveda pa ohranjanje trenutnega sistema zagotovo za zdaj še najbolj ustreza zavarovalnicam, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje,« pravi.

Zavarovalnice seveda nasprotujejo spremembi. V Zavarovalnici Triglav opozarjajo, da morajo biti posegi v tako »obsežne sisteme, kot je sistem zdravstvenega varstva, izjemno premišljeni in plod splošnega konsenza«,

v Vzajemni pa, da naj bi »strokovne analize« pri tej že »več kot desetletje« stari zamisli o odpravi dopolnilnega zavarovanja pokazale, da je zanimiva le na prvi pogled, v praksi pa ni izvedljiva, ker nima »učinkovitega in trajnostnega pozitivnega javnozdravstvenega učinka«. Zadnja leta naj bi Slovenija finančne težave zdravstva pogosto reševala »prav s prenosom deležev kritij na dopolnilno zdravstveno zavarovanje – dopolnilno zavarovanje krije že 90 odstotkov cene zdravil z vmesne liste, obvezno le še 10 odstotkov,« sporočajo. Odprava dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja bi po njihovem mnenju pomenila velik pritisk na zmanjšanje košarice pravic ali na trajno zvišanje prispevkov v obveznem zavarovanju: »Pri tem se je treba vprašati, kaj bi dodatna obremenitev dela z višjimi prispevki pomenila za konkurenčnost slovenskega gospodarstva, še posebej v sedanjih razmerah.« Dejansko naj bi se v sedanjih kriznih časih pokazalo, da je mogoče prek dopolnilnega zavarovanja »uspešno in preprosto« s hitrim povečanjem premij pritegniti nova »zasebna« sredstva ...

Za ohranitev sedanjega dopolnilnega zavarovanja pa se ne zavzemajo samo Vzajemna, Slovenica in Triglav, ampak tudi Roman Glaser, glavni perutninar v državi, sicer veterinar po stroki. Tudi on je prepričan, da bi se moralo v Sloveniji dopolnilno zdravstveno zavarovanje ohraniti in krepiti. »Odprave dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ne pričakujem,« saj tudi »država verjetno razume, da takšne vzajemne zavarovalnice zaradi stabiliziranja zdravstvene blagajne morajo obstajati,« je dejal pred meseci za Večer. Tega seveda ni rekel le zato, ker ima sam danes pod nadzorom Vzajemno, ampak tudi iz dejanskega prepričanja. Glaser, ki ima v povprečju vsak mesec vsaj 19 tisoč evrov prihodkov (po podatkih za leto 2011), za dopolnilno zdravstveno zavarovanje na leto nameni zgolj 0,1 odstotka mesečne plače. Če se s tem »stabilizira« javna zdravstvena blagajna, toliko bolje. A povprečni slovenski upokojenec danes za dopolnilno zdravstveno zavarovanje in za »stabiliziranje« javnega zdravstva na leto nameni že več kot polovico mesečne pokojnine. Tisti z najnižjimi pokojninami, teh je skoraj sto tisoč, pa za dopolnilno zavarovanje vsako leto nameni jo celo mesečno pokojnino, torej več kot 330 evrov. X