

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

DIPLOMSKO DELO

**PRAVIČNOST IN SOLIDARNOST ZDRAVSTVENEGA
ZAVAROVANJA V SLOVENIJI**

Ljubljana, avgust 2010

JAN KAJBA

IZJAVA

Študent Jan Kajba izjavljam, da sem avtor tega diplomskega dela, ki sem ga napisal pod mentorstvom prof. dr. Maksa Tajnikarja in da dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne _____

Podpis: _____

KAZALO

UVOD	1
1 ZGODOVINA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA NA SLOVENSKEM.....	2
2 POSTAVITEV SEDANJEGA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	4
2.1 Osnovno zdravstveno zavarovanje	4
2.2 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	6
3 SEDANJE STANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI	9
3.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje	9
3.2 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	11
4 PRAVIČNOST IN SOLIDARNOST	13
4.1 Pravičnost	13
4.2 Solidarnost	14
4.3 Povezanost pravičnosti in solidarnosti	15
5 PRAVIČNOST IN SOLIDARNOST ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI.....	16
5.1 Načelo pravičnosti in solidarnosti	16
5.2 Doseganje solidarnosti glede na vrste	17
5.2.1 Solidarnost glede na bolezen – solidarnost med zdravimi in bolnimi	17
5.2.2 Solidarnost glede na dohodek	18
5.2.3 Solidarnost glede na starost – medgeneracijska solidarnost.....	19
5.2.4 Solidarnost glede na spol – solidarnost med moškimi in ženskami	19
5.2.5 Solidarnost glede na zaposlitev – solidarnost med zaposlenimi ter brezposelnimi in glede na vrste zaposlitve.....	20
5.2.6 Solidarnost glede na naseljenost.....	20
5.3 Solidarnost ob reformi prostovoljnega zdravstvene zavarovanja.....	21
SKLEP	22
LITERATURA IN VIRI	24

KAZALO SLIK

<i>Slika 1: Spreminjanje sistema zdravstvenega varstva in zavarovanja na območju Slovenije ...</i>	4
<i>Slika 2: Obvezno zdravstveno zavarovane osebe po kategorijah na dan 31.12.2009</i>	10
<i>Slika 3: Čisti prihodki zdravstvenih zavarovalnic od zavarovalnih premij 2008</i>	11
<i>Slika 4: Tržni delež prostovoljnih zavarovalnic leta 2008</i>	12

KAZALO TABEL

<i>Tabela 1: Doseganje solidarnosti glede na vrste</i>	21
--	----

UVOD

Zdravje je najpomembnejša vrednota življenja, ki se jo pogosto zavedamo šele, kadar jo izgubimo. Je tudi vrednota, za katero lahko ogromno postorimo sami. Vpliva na kakovost posameznikovega življenja, zato je ta pripravljen za zdravje zapraviti neomejeno količine denarja. Na drugi strani so farmacevtska podjetja, ki se teh posameznikov veselijo in posegajo globoko v zdravniško stroko, z enim samim namenom – manipulirati in obogateti. Pa vendarle farmacevti niso tokratna tema, temveč sistem zdravstvenega zavarovanja, torej posrednik med pacienti ter farmacevti. Kljub temu da naj bi bil eden izmed temeljev zdravstvenega zavarovanja pravičnost in solidarnost, se pojavljajo dvomi, če s takšno ureditvijo to resnično dosežemo.

V preteklem letu se je tematika slovenskega zdravstvenega zavarovanja pogosto pojavljala v slovenskih medijih. Govora je bilo predvsem o razsipnem ravnanju zavarovalnic ponudnic prostovoljnega zavarovanja, prav tako pa o nevzdržnosti sistema ter o reformi, ki se jo je že leta 2003 lotil Dušan Keber, pa je ni, ne on, ne njegovi nasledniki, nikoli dokončal. Zaradi staranja prebivalstva, gospodarske krize, vedno dražjih medicinskih postopkov, dviga plač v medicini in ostalih dejavnikov je začelo zdravstveni blagajni primanjkovati denarja in to je prineslo potrebe po spremembah. Preko člankov, televizijskih soočenj, debat, publikacij in finančnih ter poslovnih poročil bom raziskal vitalnost zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Tematika zdravstva mi je bila zanimiva že v preteklosti, zato sem se odločil, da se naučim nekaj novega s področja, ki mi je bilo do zdaj tuje.

Predpostavljam, da je slovenski zdravstveni sistem do uporabnikov izjemno solidaren v vseh bistvenih segmentih in ga prav zaradi tega pesti finančno pomanjkanje. Cilj diplomske naloge je preveriti, v kolikšni meri je sistem zdravstvenega zavarovanja postavljen po enem od ustanovitvenih temeljev – načelu pravičnosti in solidarnosti. Namen diplomskega dela je prikazati analizo doseganja pravičnosti in solidarnosti glede na vrste solidarnosti. Želim predstaviti jasno sliko, ki prikazuje, na kakšen način se dosega solidarnost na vseh izmed področij, ter vpliv napovedanih zdravstvenih reform na doseganje solidarnosti.

Sprva bom predstavil začetke zdravstvenega zavarovanja na Slovenskem, razvoj le tega ter trenutno stanje tako obveznega kot prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. V nadaljevanju bom opisal pojma pravičnosti in solidarnosti, predstavil različna mnenja ter teorije teh pojmov, prav tako pa nakazal njun pomen v sedanjem času. V tretjem sklopu diplomskega dela bom analiziral veljavnost ter doseganje načela pravičnosti in solidarnosti v sistemu zdravstvenega zavarovanja, kot ga imamo sedaj. Za zaključek bom predstavil doseganje solidarnosti in pravičnosti ob izvedbi zdravstvene reforme, ki jo je napovedal minister Marušič.

1 ZGODOVINA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA NA SLOVENSKEM

Začetki zdravstvenega varstva segajo v leto 1854, ko se je z rudarskim zakonom v Avstro-Ogrski prvič uveljavil princip solidarnosti. Začetek delavske in socialne zaščite je povezan z ustanovitvijo bratovskih skladnic, te pa so začetek obveznega zdravstvenega zavarovanja za rudarje in topilniške delavce. Tako zavarovanje so leta 1858 za primer bolezni dobili tudi železničarji (Keber et al., 2003, str. 63).

Po nemškem vzoru je Avstro-Ogrska leta 1888 sprejela Zakon o obveznem bolniškem zavarovanju, pri katerem so delavci prispevali dve tretjini zdravstvenega zavarovanja, delodajalci pa eno tretjino. To je začetek obveznega zdravstvenega zavarovanja na Slovenskem. Za zavarovanje je bilo obvezno plačevati prispevke, s katerimi so blagajne pomagale delavcem, ki so postali začasno ali trajno nesposobni za delo in za ustvarjanje dohodka. Delavci so plačevali prispevek, ki ni smel preseči treh odstotkov plače. Do uvedbe tega zakona je na Slovenskem prišlo šele leto dni kasneje, temu pa je sledil porast bolniških blagajn, ki so delovale vse do razpada Avstro-Ogrske monarhije. Sistem zdravstvenega varstva, ki je bil v uporabi v tem času, se imenuje Bismarckov model, za katerega je značilno, da financiranje zavarovanja poteka s plačevanjem prispevkov. To je hkrati najstarejši sistem zdravstvenega varstva (Toth, 2003, str. 146).

Do prve svetovne vojne je bila zdravstvena služba zasebna. To so opravljali zdravniki, ki so od občin za zdravljenje oseb brez dohodkov in premoženja prejeli minimalno odškodnino. Denar so dobivali tudi za cepljenja ter ukrepe namenjene preprečevanju epidemij. Zdravniki so prejeli denar iz bolniških blagajn, s katerimi so sklepali individualne pogodbe za zdravljenje njihovih zavarovancev. Takrat so se pogodbe razlikovale, proti koncu 19. stoletja pa je Zdravniška zbornica uvedla enotna merila in načela plačevanja zdravnikov ter uredila odnose z bolniškimi blagajnami. Blagajne so prvič sistematizirale delovna mesta za zdravnike (Toth, 2003, str. 434).

Med leti 1918 ter 1945, v času SHS – Kraljevine Jugoslavije, se je sistem solidarnosti z uvedbo bolniškega ter nezgodnega zavarovanja delavcev okrepil. Zavarovanje zoper bolezni in nezgode je bilo uvedeno po vsej državi, ni pa vključevalo zavarovanja v primeru brezposelnosti. Članstvo v tem zavarovanju je bilo obvezno. Minimalni pogoji zavarovanja na podlagi Zakona o zavarovanju delavcev iz leta 1922 so vključevali zavarovanje za bolezen, nezgode, onemoglosti, starost in smrt. Omogočena so bila tudi individualna zavarovanja, s katerimi so imeli zavarovanci enake ali boljše možnosti socialnega zavarovanja. Za izvajanje zakona so skrbeli v Zagrebu, kjer je bil Osrednji urad za zavarovanje (Keber et al., 2003, str. 63).

Po drugi svetovni vojni se je zdravstveno varstvo financiralo iz enotnega socialnega zavarovanja. To zavarovanje je bilo enako za vse zaposlene, upokojence in družinske člane.

Leta 1950 so se v sistem vključili tudi državni uslužbenci, nekaj let kasneje – 1954, 1955 so z reformo zdravstveno zavarovanje ločili od socialnega zavarovanja (Keber et al., 2003, str. 64). Zvezna ljudska skupščina je leta 1962 sprejela Zakon o zdravstvenem zavarovanju, s katerim je v zavarovanje vključila nekatere skupine, ki do takrat niso imele nobenih pravic iz tega naslova. Ena takšnih skupin so bili kmetje ter družinski člani – kmetje so denimo dobili le minimalne pravice. Različne prispevne stopnje so prinesle različne vrste zavarovanj, občinski zavodi za zdravstveno varstvo pa so prevzeli skrb nad zdravstvenim zavarovanjem. Leta 1965 je zvezni zakon opredelil zdravstveno službo kot družbeno službo, dejavnost le te pa kot dejavno posebnega družbenega pomena. Zdravstveni domovi so postali samostojne in samoupravne delovne organizacije, v organih samoupravljanja pa so sodelovali občani (Toth, 2003, str. 448).

Z letom 1972 smo dobili univerzalno zdravstveno varstvo. Z referendumom so bile izglasovane enake pravice do zdravstvenega varstva tudi za kmete. To obdobje velja za dobo nacionalnega zdravstvenega varstva, saj je prišlo do proračunskega financiranja (Keber et al., 2003, str. 64). Tak model zdravstvenega varstva je Beveridgev model, ki zagovarja, da je na državi, da organizira zdravstveno dejavnost ter jo tudi financira (Toth, 2003, str. 147). Zakon je zagotavljal obseg pravic, obveznih za vse, zavarovanci pa so lahko sami določili obseg in raven pravic, postopke za uresničitev ter sredstva za uveljavitev le teh. To se je določevalo preko različnih skupnosti zavarovancev – skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev, kmetov ter oseb, ki so opravljale samostojno delo. V obvezno zavarovanje je bilo vključeno praktično celotno prebivalstvo. Po zakonu so imeli enake pravice zavarovanja tudi ostali: študentje, šolarji, dijaki, otroci brez staršev ipd. Poleg obveznega zavarovanja je sistem ponujal doplačila za posamezne storitve (Toth, 2003, str. 450).

Enaka dostopnost do zdravstvenega varstva povsod po Sloveniji je bila zagotovljena z regijsko zasnovanimi zdravstvenimi centri, kjer so pokrivali tako preventivne kot kurativne dejavnosti. Zaradi takšne decentraliziranosti je prihajalo do problemov. Slabo plačani zdravstveni delavci niso imeli možnosti neposredno vplivati na razvoj zdravstva ter vodenje ustanov, zaradi razraščene administracije in koncentracij moči pri odločanju je bil nadzor nad porabo stroškov v zdravstvu slab, zdravstvena politika pa nepregledna (Keber et al., 2003, str. 64).

Kot posledica širjenja uveljavljanja pravic osnovnega zdravstvenega zavarovanja je bila leta 1978 uvedena participacija (Jošt-Doma, 1983, str. 5). To je bil določen, ne prav visok znesek, ki ga je bilo potrebno plačati iz žepa zdravniku za prvi obisk v obračunskem obdobju. S tem so želeli preprečevati obiskovanje zdravnikov v primerih, ko to ni bilo nujno potrebno. Plačila pri participacijah niso bila visoka – dosegala so do 1,5 % vseh potrebnih sredstev za programe zdravstvenega zavarovanja in s tem niso prinašala večje razbremenitve sistema (Strban, 2005, str. 209). Je pa participacija imela vzgojen pomen, saj je krepila individualno odgovornost za lastno zdravje (Česen, 2006, str. 31).

Težave s financiranjem zdravstva so se zaradi ekonomske nestabilnosti in političnih procesov povečevale v obdobju pred osamosvojitvijo Slovenije. Ukinjene so bile samoupravne interesne skupine, leta 1990 pa je Republiška uprava za zdravstveno varstvo, organ v sestavi Ministrstva za zdravje, prevzela skrb za zdravstveno varstvo. Taka ureditev je obstala do leta 1992, ko je bila sprejeta nova – prva resnično slovenska zakonodaja (Keber et al., 2003, str. 64).

2 POSTAVITEV SEDANJEGA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

2.1 Osnovno zdravstveno zavarovanje

Nastanek lastne države je zahteval tudi lasten sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, za prekinitev socialistične zakonodajne ureditve. Osnova za novo zakonodajo je bila analiza razmer na področju zdravstvenega varstva, opravljena že nekaj let pred osamosvojitvijo Slovenije. 1. marca 1992 sta bila sprejeta Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (kasneje ZZVZZ) ter Zakon o zdravstveni dejavnosti, ki sta uvedla obvezno zdravstveno zavarovanje na območju Republike Slovenije (Toth, 2003, str. 467). Iz proračunskega financiranja smo prešli na uvedbo socialnega zdravstvenega zavarovanja.

Socialno zdravstveno zavarovanje ima dve značilnosti. Obvezen prispevek, ki ga plačujejo zavarovanci, ter javen sklad, ki upravlja s temi sredstvi. Normand in Busse definirata socialno zdravstveno zavarovanje kot obvezno zavarovanje, ki ga država poveri javni ali zasebni ustanovi, temelji pa na zbiranju prispevkov in premij, ki niso odvisne od tveganja in so ločene od drugih davkov in prispevkov (v Keber et al., 2003, str. 52). Prav tako za socialna zavarovanja veljajo načela solidarnosti (v pravicah in obveznostih), načelo pravne enakosti in pravičnost ter nediskriminatornosti zavarovanih oseb v zavarovanju samem ter prav tako pri obravnavi v zdravstveni službi (ZZZS, 2008, str. 101). Slovenija je po 20 letih Beveridgea spet prešla na Bismarckov model zdravstvenega zavarovanja, kar prikazuje tudi slika 1.

Slika 1: Spreminjanje sistema zdravstvenega varstva in zavarovanja na območju Slovenije



Vir: M. Toth, Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje, 2003, str. 147.

Temeljna načela zdravstvenega varstva so (Tajnikar, 2009, str. 6):

- Pravičnost in solidarnost – plačevanje po ekonomskih zmožnostih in koriščenje po potrebah.
- Dostopnost – dostop do zdravstvenih storitev kjerkoli in kadarkoli.
- Kakovost – enaka kakovost za vse.
- Učinkovitost.

Zakonski nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je postal novoustanovljeni Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (kasneje ZZZS), katerega naloge so bile zbiranje prispevkov, nadziranje porabe sredstev ter sklepanje pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev (Keber et al., 2003, str. 65). Za zbiranje ter izterjavo prispevkov je bil sicer zakonsko zadolžen ZZZS, vendar je to delo zanj opravljala Davčna uprava Republike Slovenije (DURS) (Toth, 2003, str. 467).

Z ZZZS-jem je upravljala skupščina. V njo je bilo določenih 45 članov, od tega 20 predstavnikov delodajalcev ter 25 predstavnikov zavarovancev. Njihove naloge so bile sprejemanje pomembnih aktov, kot denimo statuta, sprejemanje liste zdravil, finančnega ter poslovnega načrta in poročil. Imenovan je bil tudi upravni odbor, kjer sta bila poleg članov skupščine še dva predstavnika zaposlenih iz ZZZS-ja. Upravni odbor je kot izvršilni organ imenoval direktorja, ki je potreboval za imenovanje soglasje parlamenta (Toth, 2003, str. 468). ZZZS je imel sedež v Ljubljani in 9 območnih enotah po Sloveniji.

Pri izvajanju obveznega zdravstvenega zavarovanja se, kot je omenjeno na strani Zavoda za zdravstveno varstvo, upoštevajo načela socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, starimi in mladimi, bogatimi in revnimi (ZZZS, 2009a). V shemi obveznega zdravstvenega zavarovanja so po zakonu vsi, ki imajo stalno bivališče v državi in njeno državljanstvo ali opravljajo na njenem območju pridobitno dejavnost (Toth, 2003, str. 467). Kot omenjajo na spletni strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, so zavarovane osebe tako zavarovanci kot njihovi družinski člani (ZZZS, 2009a). V ta sistem niso bili vključeni vojaki na služenju vojaškega roka in zaporniki. Tem je stroške za zdravstvene storitve kril državni proračun. Obveznost vključitve v zdravstveno zavarovanje je poleg pridobljenih pravic prinašala tudi obveznost plačevanja prispevkov. Prav vsak zavarovanec je moral imeti plačane prispevke. Za tiste brez dohodkov je prispevke plačala občina, v kateri so prebivali, oziroma država. Plačniki prispevkov so tako bili zavarovanec sam, njegov delodajalec, občina ali država (Toth, 2003, str. 467). Plačniki prispevkov so podrobneje določeni v ZZVZZ (Ur. list RS, št. 9/92). Zbirna prispevna stopnja za obvezno zdravstveno zavarovanje je 13,45 % bruto mesečne plače, zavarovanci pri tem prispevajo 6,36 % in delodajalci 7,09 % (Tajnikar & Došenovič Bonča, 2009, str. 10). Upokojenci plačujejo malenkost manj – 5,96 % svojih pokojnin (ZZZS – Preglednica prispevkov, 2009). Stopnje prispevkov so podrobneje določene z Zakonom o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS 5/1996). Ob plačevanju prispevkov enega izmed družinskih članov so obvezno zdravstveno zavarovani vsi družinski člani.

Obvezno zdravstveno zavarovanje obsega zavarovanje za primer bolezni in poškodb izven dela ter zavarovanje za poklicno bolezen in poškodbo pri delu. Ta delitev se opravlja zaradi različnih plačil prispevka. Za prvo dvojico plačujeta tako zavarovanec kot njegov delodajalec, medtem ko za zdravstvena stanja ter posledice, nastale pri delu, plačuje le delodajalec (Košir & Mencej, 1992, str. 47). Obseg in vrste pravic so natančneje določene z ZZVZZ ter Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS, 2009a). Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem so zavarovanim osebam zagotavljali pravice do zdravstvenih storitev in pravice do denarnih nadomestil – na primer nadomestila za plače za čas zadržanosti od dela zaradi bolezenskih razlogov, pravica do pogrebnine, do posmrtnine ter do povračila potnih stroškov (ZZZS, 2009b). Obvezno zdravstveno zavarovanje je omogočalo dostop do košarice zdravstvenih storitev, od katerih je določene osnovne pokrivalo v celoti, druge pa manj – denimo najmanj 95 % (npr. presaditve organov), najmanj 85 % (npr. zdravljenje zobnih in ustnih bolezni) ter tudi do največ 50 % (npr. očne pripomočke za odrasle). Ostali del zneska do polne vrednosti je bil dolžan pokriti zavarovanec (Košir & Mencej, 1992, str. 114).

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so lahko zavarovanci uveljavljali pri vseh zdravnikih v okviru mreže javne zdravstvene službe. V to mrežo so na osnovi koncesij enakopravno vključeni javni zdravstveni in drugi zavodi, zasebni zdravniki ter drugi zasebniki, ponudniki zdravstvenih storitev, financiranih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Košir & Mencej, 1992, str. 220).

Z reformo leta 1992 je slovenska država prenesla del izdatkov na zasebna sredstva ter se tako delno umaknila s področja javnega financiranja zdravstvenega varstva. Z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju so bila uvedena doplačila za večino zdravstvenih pravic. S tem so doplačila nadomestila participacijo, pri čemer se prvotni namen enega in drugega razlikuje. Znesek doplačil je veliko večje breme za zavarovanca kot pa vrednost participacije.

2.2 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Z uvedbo doplačil je prišlo do uvedbe prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Obvezno zavarovanje ni krilo vseh stroškov storitev v njihovi polni ceni, zato je zakon predvidel rešitev za zavarovane osebe, ki niso imeli takšnega kritja. Odločali so se lahko med kritjem razlike v ceni iz lastnih sredstev in med prostovoljnim zavarovanjem za takšna tveganja (Toth, 2003, str. 471). Za prostovoljno zdravstveno zavarovanje se je lahko odločil vsak. Otrok, ki se redno šolajo, ni bilo potrebno vključiti v prostovoljno zdravstveno zavarovanje in jih glede na Državni portal Republike Slovenije še vedno ni potrebno (Vključitev v prostovoljno zdravstveno zavarovanje, 2009). Poleg šolarjev zagotavlja proračun Republike Slovenije plačevanje razlike do polne vrednosti zdravstvene storitve tudi pripornikom, zavarovancem in družinskim članom ob izpolnjevanju pogojev za pridobitev denarne socialne pomoči ter vojnimi invalidom, veteranom in žrtvam vojnega nasilja (ZZZS, 2009e).

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje se je v Sloveniji uvedlo leta 1993 na podlagi zakonskih določil, sprejetih leta 1992, ko je Zakon o zdravstvenem varstvu zamenjal Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (*Uradni list RS* št. 9/1992). Novi zakon je dajal dokaj veliko možnosti zavarovanj (Toth, 2003, str. 471):

- Zavarovanja za doplačila do polne cene zdravstvenih storitev, ki so sestavni del obveznega zavarovanja – dopolnilno zdravstveno zavarovanje (ZZZS, 2009d).
- Višji oz. ugodnejši standard zdravstvenih storitev iz obveznega zavarovanja in dodatne pravice, katerih obvezno zavarovanje ne vključuje – dodatna oz. nadstandardna zavarovanja (ZZZS, 2009d).
- Storitve in pravice osebam, ki se ne morejo vključiti v obvezno zavarovanje (npr. tujci).

Zakonodaja je za uvedbo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja zavezala ZZZS, v katerega pristojnost je bilo vključeno tudi obvezno zdravstveno zavarovanje. Področje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja takrat ni bilo pod zakonodajo s področja zavarovalništva, tako da je ZZVZZ uvedbo takega zavarovanja poleg ZZZS-ju dovoljeval tudi drugim zavarovalnicam. Potrebovali so le svoje pravne in organizacijske rešitve za uveljavitev takega zavarovanja (Toth, 2003 str. 472). Prvotno ga je poleg ZZZS-ja izvajala le zavarovalnica Adriatic d.d. Po prvem letu je bilo že več kot milijon ljudi zavarovanih za doplačila, kmalu, leta 1996, pa skoraj celotno prebivalstvo, za katerega je bilo predvideno doplačilo iz žepa (Toth, 2003, str. 473). Druge zgoraj naštetе oblike prostovoljnih zavarovanj niso bile korišćene v takšnem množičnem obsegu.

Osnovno zdravstveno zavarovanje je predstavljalo javni interes države ter socialno-zdravstveno varnost zavarovancev. Ker je pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju za doplačila šlo za isti program zdravstvenih storitev, iste uporabnike ter izvajalce, navsezadnje celo za isto zavarovalnico ZZZS, so pri ZZZS-ju zagovarjali stališće, da naj bi tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje predstavljalo javni interes in delalo v dobro državi ter plačnikom. Zavarovanji so celo omenjali kot »siamska dvojčka«, saj sta se dopolnjevali v različnih razmerjih (Hren, 2009) ter s tem nekako prepričali ljudi, da se vsi tudi prostovoljno zavarujejo, saj bi v nasprotnem primeru kljub osnovnemu zavarovanju pri večini storitev morali doplačevati. Ker pa je zakon dovoljeval vstop tudi drugim zavarovalnicam – takim s profitnim motivom, je prihajalo do neskladij. Obe zavarovalnici sta ponujali enak produkt po podobni ceni (Toth, 2003, str. 473), a je ena na račun tega služila z denarjem zavarovancev, druga pa ga je lahko koristila kot dodatna sredstva v podporo osnovnemu zdravstvenemu zavarovanju – istemu osnovnemu zdravstvenemu zavarovanju, ki sta ga dopolnjevali tako ZZZS kot Adriatic s svojo ponudbo prostovoljnih zavarovanjem.

Zaradi prelivanja javnih in zasebnih sredstev v ZZZS-ju kot izvajalcu obveznega ter ponudniku prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja se je država leta 1998 odločila, da ZZZS-ju odvzame izvajanje vseh prostovoljnih zavarovanj. Celoten portfelj prostovoljnih zavarovanj ZZZS-ja je z novelo ZZVZZ prenesla na posebno vzajemno družbo za prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ZZZS pa zadolžila za njeno ustanovitev, zagotavljanje

strokovne, informativne, administrativne, tehnične pomoči ter urejanje vseh razmerij po posebni pogodbi. 1. novembra je nastala prva specializirana zdravstvena zavarovalnica na območju Slovenije – Vzajemna d.v.z.. Z zakonom o zavarovalnicah, sprejetim nekaj mesecev po noveli ZZVZZ, je bilo zdravstveno dopolnilno zavarovanje opredeljeno kot zavarovanje, ki predstavlja javni interes (Toth, 2003, str. 473).

Novela ZZVZZ iz leta 1998 je 62. členu, v katerem je bilo zapisano, da morajo zavarovalnice vse zavarovane osebe obravnavati glede pravic in obveznosti enako, pridodala nadaljevanje. Dodali so, da se premije za doplačila oblikujejo ob upoštevanju starosti, spola, bonusov in malusov, tablic smrtnosti in bolezenskih tablic, trajanja sklenjenih pogodb o zavarovanju in višine zavarovalno-tehničnih rezervacij za starost (Uradni list RS, št. 29/1998). Ta zakon je tako dal možnost rezervacij za starost – zagotavljanje dostopne premije v poznih življenjskih obdobjih zavarovancev. V nekaj letih obstoja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je število zavarovancev poraslo, z zbranimi sredstvi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pa so izboljšali materialne vire za program zdravstvenega varstva v Sloveniji. Leta 2001 so ta sredstva predstavljala že 15 % vseh sredstev (Toth, 2003, str. 473).

Leta 2004 se je, po 3 letnih pripravah, v bitko za denar zavarovancev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj vključila tudi hčerinska družba Zavarovalnice Triglav; Triglav, Zdravstvena zavarovalnica d.d. Tej je do leta 2006 uspelo pridobiti 14 % delež zavarovancev (Triglav, 2009).

Beli Knjigi iz leta 2003 je 2 leti kasneje sledil novi ZZVZZ. Ta reforma je zadnja večja in je determinirala tudi trenutno stanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki smo jih razglasili za javno dobro. Pomembnejše spremembe so naslednje (Uradni list RS, št. 100/2005 z dne 10. 11. 2005):

- Zavarovalna premija dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja mora biti enaka za vse zavarovance posamezne zavarovalnice, razen kadar ima zavarovalnica pri skupinskem načinu sklepanja in izvajanja zavarovanj nižje administrativne stroške (največji možen popust je 3 %).
- Uvedba izravnalne sheme za zavarovalnice, vključene v dopolnilno zdravstveno zavarovanje, v katerih se med njimi izravnajo razlike v stroških zdravstvenih storitev, ki izhajajo iz različnih struktur zavarovancev posameznih zavarovalnic glede na starost in spol.
- Zavarovanec lahko poda odpoved od pogodbe o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju po poteku enega leta od začetka veljavnosti zavarovanja.
- Pri dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju zavarovalnice ne oblikujejo niti rezervacij za starost niti matematičnih rezervacij, že narejene rezervacije pa morajo zavarovancem izplačati. Rezervacije za starost se ne oblikujejo več, zavarovalnice morajo vrniti rezervacije.

- Zavarovalnice morajo sredstva iz poslovanja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja uporabiti za izvajanje tega zavarovanja. V primeru pozitivnega izida iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja morajo polovico tega izida nameniti izvajanju le-tega.

Z uvedbo izravnalnih shem ter enotnih premij so preprečili selektivno dvigovanje premij zgolj za starejše zavarovance. Omogočili so različne cene med zavarovalnicami, ne pa znotraj zavarovalnic. Prav zaradi tega so bile opuščene rezervacije. Z možnostjo odpovedi pogodbe po enem letu so omogočili večjo mobilnost zavarovancev ter manj ovir pri menjavi zdravstvene zavarovalnice.

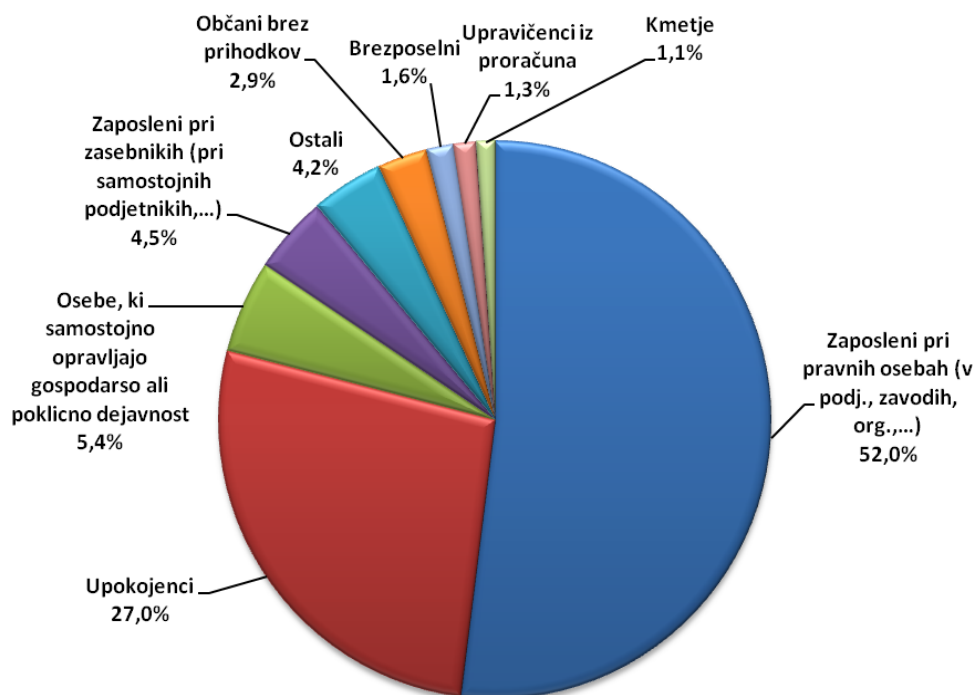
Novi zakon, sprejet 2005, je bil v prid Vzajemni, ki zaradi slabšega portfelja zavarovancev – pri njih je bila zavarovana večina starejšega prebivalstva, ki so največji porabniki zdravstvenih storitev v Sloveniji, ni dosegala takšnih poslovnih rezultatov, kot bi jih lahko. S pomočjo izravnalnih shem je v Vzajemno dotekalo več denarja, s tem pa je postala zanimiva za posameznike, željne le tega. Večkrat so v javnost prišle kritike o previsokih plačah. V letih 2005–2007 jo je uprava želela preoblikovati v delniško družbo, drugi poskus privatizacije pa je bil prek prenosa premoženja zavarovalnice Adriatic Slovenica na Vzajemno. Oba poskusa sta propadla (Sovdat, 2009).

3 SEDANJE STANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI

3.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje

V Sloveniji je bilo konec leta 2009 obvezno zdravstveno zavarovanih 2.003.081 ljudi. Od tega je bilo 52 % vseh zaposlenih pri pravnih osebah, 4,5 % pri zasebnikih, 5,4 % pa je bilo zasebnikov. Veliko populacijo zavarovancev predstavljajo upokojenci – 27 %. V letu 2009 je bilo manj kot 0,01 % prebivalstva s slovenskim državljanstvom ter stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki ni imela urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS, 2010, str. 3). ZZVZZ opredeljuje v kategorijo zavarovanih oseb tako zavarovance same kot tudi njihove družinske člane, ki jim ni potrebno plačevati prispevkov, ob izpolnjevanju pogojev določenih z ZZVZZ (ZZZS, 2009a). Sestava obvezno zavarovanih ljudi konec leta 2009 je prikazana na sliki 2.

Slika 2: Obvezno zdravstveno zavarovane osebe po kategorijah na dan 31.12.2009



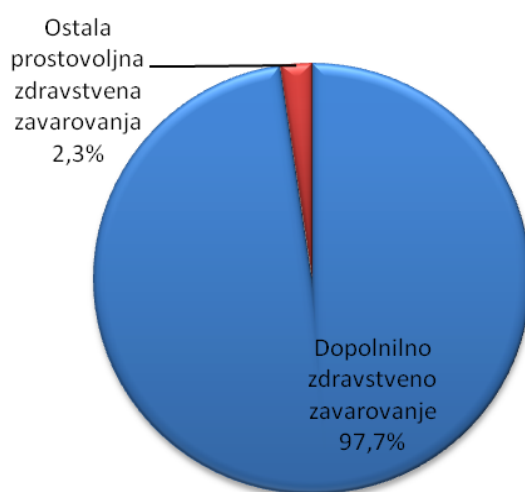
Vir: ZZZS, Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju, 2010, str. 3.

Nastanek Bele knjige leta 2003, v kateri Ministrstvo za zdravstvo prvič ocenjuje uspešnost zdravstvenega sistema po reformi leta 1992, je pripeljal do potreb po spremembah, ki pa v večji meri niso bile vpeljane v sistem. Osnova ter cilji osnutka zdravstvene reforme so bili: pravičnost, dostopnost, kakovost ter učinkovitost (Keber et al., 2003, str. 20). Medtem ko prostovoljne zdravstvene zavarovalnice poslujejo pozitivno in celo dosegajo dobičke, je stanje ZZZS-ja kot pooblaščenega za obvezno zdravstveno zavarovanje drugačno. Leto 2008 so sicer končali s presežkom, od takrat naprej pa se soočajo s pomanjkanjem denarja. Pri sprejemu strateškega razvojnega programa so izračunali, da bo imela ZZZS predvsem zaradi dviga plač v zdravstvu kot tudi gospodarske krize leta 2009 okrog 130 milijonov evrov izgube. Lanski primanjkljaj naj bi sicer pokrili s presežkom leta 2008, vprašanje pa je kako naprej, saj se zdravstvena blagajna ne sme zadolževati, v napovedih pa ocenjujejo 270 milijonov evrov minusa v tem letu (Hostnik, 2009). Glede na analize iz strateškega razvojnega programa ZZZS za leta 2008–2013 je pričakovati staranje prebivalstva ter povečevanje števila starejšega prebivalstva, katerega posledice bodo vidne po letu 2013. Projekcije za to obdobje kažejo, da v naslednjih letih ne bo možnosti širitve programov oziroma uvajanja novih metod zdravljenja in zdravil, saj za to ne bo denarja (ZZZS, 2008, str. 86). Strateški plan je bil narejen leta 2007 na podlagi napovedi rasti BDP, pred ekonomsko krizo. Potrebe po reformi so potrebne, saj ZZZS v takem sistemu ne more poslovati pozitivno v prihodnosti.

3.2 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Med vsemi prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji je največ ljudi zavarovanih za doplačila, prek dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj. Po podatkih Agencije za zavarovalni nadzor (2009, str. 17) so znašali čisti prihodki od vseh zavarovalnih premij 387,7 milijonov €, od tega so prihodki za zavarovalne premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kot je prikazano na sliki 3, predstavljali 378,7 milijonov € oz. kar 97,7 % celotnih prihodkov od zavarovalnih premij. Delež prihodkov od premij ostalih prostovoljnih zavarovanj je bil le 2,3 %, zato se bom v kasnejših analizah prostovoljnih zavarovanj osredotočal predvsem na zavarovanja za doplačila.

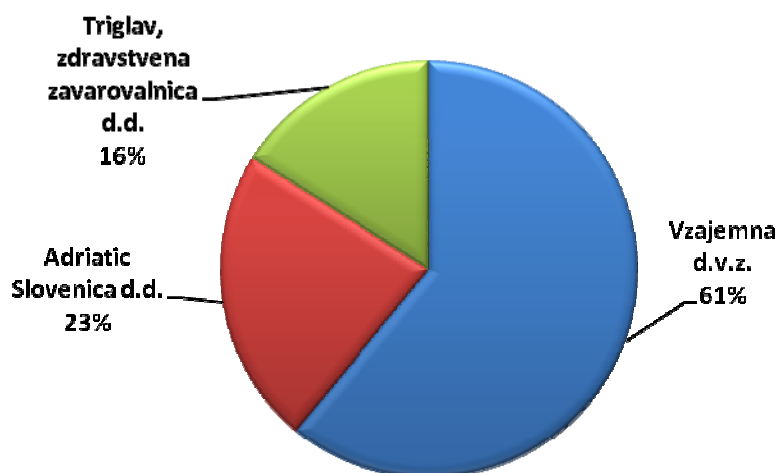
Slika 3: Čisti prihodki zdravstvenih zavarovalnic od zavarovalnih premij 2008



Vir: Agencija za zavarovalni nadzor, *Poročilo o stanju na področju zavarovalništva in o delu Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2008*, str.17.

Na tem trgu je bilo leta 2002 za doplačila zavarovanih 95 % Slovencev, številke pa se do danes niso znatno spremenile (Keber et al., 2003, str. 59). Trenutno so v Sloveniji trije ponudniki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Največji tržni delež leta 2008 je imela Vzajemna – 61 % vseh zavarovancev (Vzajemna d.v.z., 2009, str. 6), sledila je zavarovalnica Adriatic Slovenica d.d. s 23 % zavarovancev (Adriatic Slovenica, 2009, str. 32) ter Triglav s 16 % tržnim deležem, kar je prikazano tudi na spodnji sliki 4 (Triglav, 2010, str. 5). Čeprav Zakon o zavarovalništvu dovoljuje vstop tujih zavarovalnic na trg prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, se ni še nobena odločila za vstop.

Slika 4: Tržni delež prostovoljnih zavarovalnic leta 2008



Vir: Vzajemna, Revidirano letno poročilo za leto 2008, str. 6; Adriatic Slovenica, Letno poročilo 2008, str. 32; Triglav, zdravstvena zavarovalnica d.d. – O zavarovalnici, 2009.

Leta 2008 je bil tržni delež Vzajemne na področju vseh zavarovanj 12,3 %. Ta podatek prikaže, kako pomembna so prostovoljna zdravstvena zavarovanja na zavarovalniškem trgu (Agencija za zavarovalni nadzor, 2009, str. 10). Če se poigramo s tržnimi deleži, ugotovimo, da prostovoljna zdravstvena zavarovanja zajemajo 20,2 % delež na trgu vseh zavarovanj.

V prvi polovici leta 2010 so ponujale zavarovalnice zdravstveno zavarovanje za doplačila po različnih, a sicer podobnih premijah (podatki so za osnovne mesečne premije brez popustov):

- Vzajemna – 23,25 € (Vzajemna, 2010)
- Adriatic Slovenica – 24,59 € (Adriatic Slovenica, b.l.)
- Triglav – 24,63 € (Triglav, b.l.)

V letu 2008 je bilo iz naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj zbranih okrog 400 milijonov evrov, zavarovalnice pa so za lastno obratovanje porabile 62 milijonov evrov oz. 15,5 % zbranega denarja. Pri tem je Vzajemna za lastne obratovalne stroške namenila 10 %–11 % zbranega denarja, delniška družba Adriatic Slovenica 15 %, delniška družba Triglav pa celo 17 % (Zupanič, 2009, str. 16). Po podatkih Agencije za zavarovalni nadzor je bilo razmerje med obračunanimi kosmatimi premijami ter obračunanimi kosmatimi odškodninami – imenovano škodni rezultat, 0,83 % (2009, str. 7). Zavarovalnicam je tako ostal denar od premij in so obračunsko obdobje končale pozitivno. Izkaz izida dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj zavarovalnic za leto 2008 je + 11,3 milijone EUR (Agencija za zavarovalni nadzor, 2009, str. 17). Ta denar je lahko porabljen nenamensko, saj predstavlja rezerve, ki po zakonu o zavarovalništvu ne morejo biti porabljene za zdravljenje. Lastniki delniških družb si lahko razdelijo polovica dobička, v Vzajemni pa dobiček dajejo v rezerve ter ga tako uporabljajo za nove posle, ne nujno povezane z zdravstvenim zavarovanjem. Kot primerjava je ZZZS za obratovalne stroške leta 2008 porabila 2,2 % sredstev (Zupanič, 2009, str. 16).

Poleg dodatnega financiranja je bilo prostovoljno zdravstveno zavarovanje ter prek tega predvsem dopolnilno zdravstveno zavarovanje namenjeno tudi učinkovitosti in pravičnosti zdravstvenega varstva ter omejevanju dostopnosti. Zgodilo se je ravno obratno. Prišlo je do povečanega povpraševanja po storitvah in izginil je samoomejevalni vpliv doplačil. V Franciji opravijo ljudje z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem več obiskov pri zdravniku (6 na leto) kot tisti brez njega (4,4 na leto). V Sloveniji so številke še višje – pri nas je povprečno število obiskov državljana pri zdravniku 8 (Keber et al., 2003, str. 84).

4 PRAVIČNOST IN SOLIDARNOST

4.1 Pravičnost

Pravičnost je splošni moralno-etični ideal, ki sta ga kot takega pojmovala že antična filozofa Platon ter Aristotel. Za Platona je poleg modrosti, poguma in zmernosti, pravičnost ena glavnih etičnih vrednot, kjer omenja dve ravni – na ravni države ter duše. Za Aristotela je pravičnost najpopolnejša med etičnimi lastnostmi, prav tako pa je temelj za življenje v državi (Sruk, 1995, str. 202). Razčleni jo na splošno – značilno za posameznika, preko navad in lastnosti dobrega državljana, ter posebno, ki odgovarja na vprašanje kaj si zaslužimo, tako v družbi pri razdeljevanju dobrin kot med dvema strankama (Republiški izpitni center, 1993, str. 8). Rimljani so pravičnost opredeljevali kot trdno in trajno voljo vsakomur dodeliti njegovo pravico. Krščanstvo je v srednjem veku pravičnost povezovalo z božjim darom človeku. Človek brez pomoči boga, po njihovem prepričanju, ni mogel biti pravičen v celotni meri. Novi vek pa pravičnost vidi kot del družbene pogodbe, ki omogoča sožitje ljudi (Sruk, 1995, str. 202).

Tematike pravičnosti so se lotevali različni filozofi, sociologi ter ostali družboslovci, vsak pa jo je razlagal po svoje. V svetu so najbolj uveljavljene štiri teorije pravičnosti v družbi: utilitaristična, egalitarna, deontološka ter lebartarno-upravičenjska (Bršič & Tajnikar, 2007, str. 82). Po utilitaristični teoriji pravičnosti bi moral biti cilj pravične socialne politike maksimiranje vsote individualnih koristi vseh posameznikov v družbi, saj so ti obravnavani enako. Preneseno na zdravstvo to pomeni, da se naj bi zdravstvene storitve razdeljevale tako, da bi maksimirale skupno blaginjo družbe. Egalitarna teorija pravičnosti ne išče maksimizacije koristi, temveč temelji na enakosti, vsem daje enake možnosti, posamezniki pa se glede na preference odločajo o uresničevanju ciljev. Posameznikom je zagotovljen enak dostop do zdravstvenih storitev a so kljub temu obravnavani skladno z zdravstvenim stanjem – posamezniki z akutnim zdravstvenim stanjem imajo prednost pred ostalimi z manjšimi zdravstvenimi težavami. Izmed sodobnih avtorjev je najpomembnejši pečat pustil John Rawls s svojo deontološko teorijo pravičnosti (Bršič & Tajnikar, 2007, str. 82), ki jo je opisal v knjigi *A Theory of justice*. Po Rawlsu naj bi teorija pravičnosti izenačevala neenake možnosti, ki izvirajo iz naravnih prednosti, različnih izhodišč ter naključij. Rawlsa ne zanima porazdelitev zdravstvenih storitev, temveč doseganje pravičnosti pri samem procesu vrednotenja posameznikov. Osnovne družbene institucije morajo zagotoviti pravično osnovno

strukturo družbe, ta pa omogoča pravičnost tudi v nadaljevanju – torej pri koriščenju zdravstvenih storitev. Rawls zagovarja idejo pravičnega sodelovanja posameznikov v družbi, kjer prihaja do redistribucije sredstev, k tistim, ki si ne morejo privoščiti ustreznih zdravstvenih storitev, a jih kljub temu potrebujejo. Robert Nozick, ameriški politični filozof, ki zagovarja libertarno-upravičenjsko teorijo, pa povezuje pravičnost glede na upravičenje (Bršič & Tajnikar, 2007, str. 82). Rawls se torej ne ukvarja s tem, kako so tisti z najslabšim položajem prišli do tega položaja, medtem ko je za Nozicka pomembno, kaj je bilo v preteklosti legitimno pridobljeno – ter s tem do kolikšne mere enakosti je nekdo upravičen. (De-Shalit & Avineri, 2004, str. 55). Za Nozicka je nesprejemljivo, da se posameznike z njihovim vložkom prisili k sočutnosti z ostalimi (Bršič & Tajnikar, 2007, str. 83). Vsak izmed avtorjev si prizadeva doseči enakost v vrednoti, ki ji namenja osrednje mesto svoje teorije pravičnosti (Sen, 2002, str. 61).

Slovar slovenskega knjižnega jezika (kasneje SSKJ) opredeljuje pravičnost kot lastnost, značilnost pravičnega človeka. Za tega velja, da pri presojanju, vrednotenju, upošteva resnico, dejstva in ravna v skladu z moralnimi in drugimi priznanimi načeli (Bajec, Jurančič, Klopčič, Legiša, Suhadolnik in Tomšič, 1994, str. 969). Pravičnost ni le ideja ali lastnost posameznikov ter njihovih dejanj, je tudi politična in socialna ureditev, ki se osredotoča na distribucijo pravic in obveznosti vseh članov družbe, ki so udeleženi pri potrošnji ter proizvodnji dobrin oz. storitev. S tem ima socialna pravičnost velik vpliv na družbena razmerja (Dragoš, 1998, str. 156).

4.2 *Solidarnost*

Davno pred industrijsko družbo se je večina prebivalstva ukvarjala z lovom in nabiralništvom. Obstajalo je malo razlik med prebivalstvom, saj delitev dela ni bila specializirana. Ljudje so si delili ista prepričanja in vrednote, do velike mere prav tako vloge v družbi. Prav ta uniformiranost je predstavljala povezano življenjsko skupnost, ki je delovala po načelu solidarnosti – medsebojne pomoči med člani skupnosti (Haralambos & Holborn, 1999, str. 192). Izvor same besede (lat. Solidus – trden) je povezana z rimskim pravom, pri katerem ta predstavlja odgovornost na strani dolžnikov, saj lahko upnik izterja dolg kateremu koli od dolžnikov (Mercina, 2009, str. 487). Solidarnost tako predstavljala skupno odgovornost določenih socialnih skupin kot tudi medsebojno pomoč ter vzajemnost le teh (Sruk, 1999, str. 461). Solidarnost je pozitivna vrednota, ki se je uveljavila v različnih socialističnih konceptih 19. stoletja. Nasprotovala je liberalizmu, ki je dajal prednost uveljavljanju individualizma ter koristi (Sruk, 1995, str. 307). Emil Durkheim se je v 19. stoletju kot eden prvih lotil analize solidarnosti in jo delil na mehansko ter organsko. Mehansko solidarnost je povezoval z predindustrijskimi družbami, ko ni bilo specializacije del in velike razlike med ljudmi. Za razliko od predindustrijskih družb pa solidarnost v industrijskih družbah temelji na razlikah med člani, ne na uniformiranosti. Obstaja več specializacije dela, vendar člani brez medsebojnega sodelovanja, ne morejo tvoriti uspešne celote. To po njegovem predstavlja organsko solidarnost. Člani so odvisni od specializiranih veščin drugih, kar je podlaga za

organsko solidarnost. Durkheim je trdil, da se z delitvijo dela povečuje družbena solidarnost ter soodvisnost članov družbe (Haralambos in Holborn, 1999, str. 192). Med slovenskimi avtorji obstajajo različna mnenja o solidarnosti. Sruk vidi solidarnost kot prizadevanja za doseg skupnih ciljev (1999, str. 461), Ramovš pa kot pomoč kateremu koli človeku, ne glede na pripadnost in interes (2003, str. 384).

Solidarnost je v sodobnem svetu prisotna tudi danes – preko nacionalnih aktivnosti kot tudi mednarodnih. Pobude, gibanja za mir, za varstvo okolja, za upoštevanje človekovih pravic. V sedemdesetih ter osemdesetih letih tega stoletja je liberalno gospodarska in socialna politika zahodnega sveta začela izrivati solidarnost, v devetdesetih letih pa je ponovno začela postajati ena pglavitnih družbenih vrednot. V družbi narašča število starejših ljudi, težkih bolnikov pa tudi beguncev ter brezdomcev – zatorej je solidarnost do teh skupin ljudi ponovno aktualno vprašanje (Sruk, 1995, str. 307). Solidarnost je pomemben del socialne politike ter socialne varnosti. Aktivno prebivalstvo je po Zakonu o prispevkih za socialno varstvo (Uradni list RS, št. 5/1996) solidarno z upokojenci ter invalidi preko plačevanja prispevkov za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, z brezposelnimi preko prispevkov za zaposlovanje, z materami preko prispevkov za porodniški varstvo ter z bolnimi preko prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje.

Solidarnost po SSKJ-ju je pripravljenost za medsebojno pomoč, sodelovanje oz. zavest skupnosti ter medsebojna povezanost posameznikov v tej skupnosti, zlasti v družbenem življenju (Bajec, Jurančič, Klopčič, Legiša, Suhadolnik & Tomšič, 1994, str. 1263). Je vez, ki izhaja iz spoznanja, da so vsi ljudje enakovredni in jih povezuje v »mi« (Mercina, 2008, str. 45).

4.3 Povezanost pravičnosti in solidarnosti

Mercina je opredelil solidarnost kot element pravičnosti (2009, str. 489). Solidarnost temelji na sočutju do drugih, prav tako pa nanjo vplivajo tudi religija, pravo, morala ter vzgoja. Tvori se iz odnosa med posamezniki. Ko prihaja do sočutja in pripadnosti širšim družbenim skupinam, ne le svojim bližnjim, govorimo o osnovni solidarnosti. Solidarni smo do vseh v skupini, saj jih enako obravnavamo. Razmerje je včasih tudi obratno – saj enakost ljudi olajša nastanek osnovne solidarnosti. Ob pojavu osnovne solidarnosti pridemo do enakovrednosti ljudi, ki je temeljni element idejne pravičnosti. Enakovrednost je povezava, ki solidarnost oblikuje kot nujen del pravičnosti. Z doseženo enakovrednostjo iz osnovne solidarnosti lahko prehajamo tudi v aktivno solidarnost, ki predstavlja aktivno prerazporejanje sredstev in dobrin – prispevanje posameznika skupnosti. Posameznik skupnosti prispeva po pravnih in moralnih merilih pravičnosti. Te Mercina imenuje dogovorna pravičnost. Prav aktivna solidarnost postavlja, omogoča, ter je hkrati element dogovorne pravičnosti. Pravičnosti brez solidarnosti ni, saj v družbi odpove v dveh segmentih. Prvi je določanje meril pravičnosti, ki ne morejo biti nepristranska v nesolidarni družbi, kjer sta gonilo posameznikov koristoljubje in tekmovalnost. Drugi segment je želja posameznikov, kljub pravični in dobri družbeni ureditvi,

uporabiti tisto merilo pravičnosti, ki njemu samemu prinaša največjo korist, ne glede na dejstvo, da s tem izigrava dogovorno pravičnost.

Pravičnost ter s tem solidarnost sta pomembni vrednoti današnjih demokratičnih držav, sta del slovenske ustave kot tudi prava EU. Lizbonska pogodba umešča pravičnost in solidarnost med temeljne vrednote EU, ki so skupne vsem članicam (Mercina, 2009, str. 511).

5 PRAVIČNOST IN SOLIDARNOST ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI

5.1 Načelo pravičnosti in solidarnosti

Pravičnost in solidarnost sta poleg dostopnosti, kakovosti ter učinkovitosti, temeljni načeli zdravstvenega varstva v Sloveniji ter tudi po Evropi (Tajnikar, 2009, str. 6). Zdravje ni blago, temveč javna dobrina. Je vrednota celotne družbe. To pomeni, da je zdravje pravica, ki mora biti zagotovljena vsem vključenim v javne sisteme. Zdravstvena tveganja so povezana z različnimi dejavniki – starostjo, spolom, ekonomskim in socialnim statusom, individualno zdravstveno preteklostjo in drugimi dejavniki. Tveganja so neenakomerno razpršeni po celotni populaciji. Večina stroškov za zdravstveno varstvo povzroča manjši del populacije, a si zaradi solidarnostne ureditve socialnega zdravstvenega varstva stroške deli celotno prebivalstvo (Keber et al., 2003, str. 51).

Načelo pravičnosti in solidarnosti poudarja, da morajo biti državljani, ne glede na njihove plačilne zmožnosti, obravnavani enako, in sicer glede na potrebe po zdravstvenih storitvah. Izhaja se iz potreb posameznika, kdor potrebuje več zdravstvenih storitev jih tudi dobi (Naka in Kvas, 2004, str. 38). Prav tako naj bi vsak član skupnosti po svojih ekonomskih zmožnostih prispeval k pokrivanju bremena plačila zdravljenja vsem članom skupnosti, v primeru da ga ti potrebujejo (Keber et al., 2003, str. 51).

Izvajanje načela pravičnosti in solidarnosti prinaša kolektivno financiranje. To temelji na (Keber et al., 2003, str. 51):

- Vertikalni solidarnosti – sposobnosti vsakogar, da prispeva. Vključitev vseh zavarovancev, da prispevajo, ne glede na višino prihodka.
- Horizontalni solidarnosti – zagotavljanju storitev in pravic vsakomur, ki jih potrebuje.

V Evropi obstajata dva načina solidarnega zbiranja sredstev. Prvi je z davki – Beveridgev model, drugi pa na podlagi socialnega zdravstvenega zavarovanja – Bismarckov model. Kot sem omenil v prejšnjih poglavjih, spada Slovenija pod Bismarckov model (Toth, 2003, str. 146). Tako, kot naj bi dosegali pravičnost pri dostopu do zdravstvenih storitev, naj bi dosegali tudi pravično zbiranje sredstev, v drugačnem primeru govorimo o nepravični solidarnosti.

Tajnikar (2009, str. 6) v svojem delu omenja 6 vrst solidarnosti:

- Glede na bolezen – med zdravimi in bolnimi
- Glede na dohodek
- Glede na starost – medgeneracijska solidarnost
- Glede na spol – med moškimi in ženskami
- Glede na zaposlitev – med zaposlenimi in brezposelnimi ter glede na vrsto zaposlitve
- Glede na naseljenost

5.2 Doseganje solidarnosti glede na vrste

V naslednjem delu diplomskega dela, bom analiziral doseganje vseh vrst solidarnosti pri obveznem kot tudi prostovoljnem (predvsem dopolnilnem) zdravstvenem zavarovanju v Sloveniji.

5.2.1 Solidarnost glede na bolezen – solidarnost med zdravimi in bolnimi

- Obvezno zdravstveno zavarovanje

Do storitev iz košarice obveznega zdravstvenega zavarovanja so upravičeni vsi zavarovanci, dostop pa ni omejen glede na število obiskov pri zdravniku ter specialistih. Bolni lahko neprestano dostopajo do storitev v sklopu obveznega zdravstvenega zavarovanja, čeprav plačujejo po enaki prispevni stopnji kot zdravi. Problem je, da stroški storitev v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja pri nekaterih storitvah niso kriti v celoti. V sklopu prenašanja dela financiranja iz javnih na zasebne vire so bila uvedena doplačila – ta znašajo med 5 % in 75 % cene posamezne storitve (Došenovič Bonča & Tajnikar, 2005, str. 119). Breme financiranja je tako na bolnih – tistih, ki zdravstvene storitve največ koristijo. Doplačila nimajo letne omejitve, niti za kronične bolnike s čimer smo v tem pogledu eni redkih v Evropski uniji (kasneje EU). Prav zaradi doplačil, solidarnosti med zdravimi in bolnimi ni (Keber et al., 2003, str. 66).

Zakon ni predvidel minimalnega svežnja pravic, ki bi jih v celoti pokrivalo obvezno zdravstveno zavarovanje in bi jih lahko koristili najmanj zahtevni državljani za svoje zdravstvene potrebe, brez prisile plačila iz žepa. Socialno (obvezno) zdravstveno zavarovanje je postalo nezadostno za večino državljanov. Učinkovitost in zadostnost zdravstvenega varstva ni zagotovljena s pravicami iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Vprašanje je, če je 50 % pokrita storitev sploh pravica, saj posameznik do nje ne more priti brez doplačil ali zavarovanja za doplačila. Doplačila so v določenih primerih tako visoka, da si jih večina prebivalstva vsaj za daljši rok ne more privoščiti, bolni pa ne niti za krajši rok (Keber et al., 2003, str. 66).

- Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Z uvedbo zavarovanja za doplačila se je obnovila solidarnost med zdravimi in bolnimi. S tem zavarovanjem si zavarovanci omogočajo celotno pokritje stroškov storitev, ki so vključene v osnovno zdravstveno zavarovanje. Sistem zdravstvenega zavarovanja, katerega temeljna vrednota je solidarnost, te ne omogoča v osnovnem zavarovanju. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je v bistvu prikrito obvezno zavarovanje, ki ga je izsilila zakonska uvedba doplačil. Izvira namreč iz doplačil za večino pravic obveznega zavarovanja – vsebinsko gledano je to prikriti davek (Keber et al., 2003, str. 73). Dodaten dokaz neprostovoljnosti zavarovanja je hitrost, s katero se je večina slovenskega prebivalstva odločila za prostovoljno zdravstveno zavarovanje. V Franciji so tak obseg zavarovancev dosegli v štirih desetletjih, mi pa v štirih letih (Keber et al., 2003, str. 70).

5.2.2 Solidarnost glede na dohodek

- Obvezno zdravstveno zavarovanje

Na prvi pogled je solidarnost glede na dohodek dosežena. Zavarovanci plačujejo prispevke v relativni vrednosti svojih prihodkov – 6,36 % delež. Bogati absolutno plačujejo več kot revni. Problem bogatih pa je v tem, da zanje obstaja neomejena solidarnost, saj v Sloveniji ni zgornje meje pri določanju osnove, od katere se obračunavajo prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje (Čok & Prevolnik Rupel, 2009, str. 16). Edini, za katere zgornja meja obstaja, so samozaposleni, teh pa je bilo leta 2009 5,4 % (ZZZS, 2010, str. 2). Razlika je pri doplačilih, ki so za vse enaka v absolutnem znesku in tako glede na dohodek regresivna.

- Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

V Sloveniji vsi plačujejo enake premije prostovoljnega zavarovanja, ki se sicer glede na zavarovalnice malenkostno razlikujejo, a vendarle gre za fiksni znesek. Prav tega dejstva so se dotaknili tudi v Svetovnem poročilu o zdravju iz leta 2000. Omenjajo namreč glede na izdatke, regresivno prostovoljno zavarovanje, zaradi katerega je Slovenija šele na 82. mestu po kazalcu finančne poštenosti oz. pravičnost razporejanja finančnega bremena med prebivalstvom (World health organisation, 2000, str. 154). Solidarnosti glede na dohodek tukaj ni. Premija dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja mora biti plačana za vsakega odraslega člana družine, kar pri 4 članski družini lahko znese tudi do skoraj 100 € mesečno. Medtem ko vsak zaposlen v blagajno obveznega zdravstvenega zavarovanja prispeva 6,36 % svoje mesečne bruto plače, je lahko ta odstotek pri dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju tudi do 3,4 % minimalne bruto mesečne plače, ki ob službi s polnim delovnim časom znaša 734,15 € (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2010). Nekateri tako plačujejo v relativni vrednosti 9,76 % svoje bruto mesečne plače za zdravstveno varstvo, bogatejši posamezniki pa le malenkost več od relativne vrednosti prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje. Letna premija prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja predstavlja pri

najvišjih prihodkih manj kot 2 % mesečne plače, pri najnižjih pa znaša polovico bruto mesečne plače (Keber et al., 2003, str. 67).

5.2.3 Solidarnost glede na starost – medgeneracijska solidarnost

- Obvezno zdravstveno zavarovanje

Medgeneracijska solidarnost je prisotna, saj aktivno prebivalstvo plačuje v zavarovalniško blagajno več ter s tem izkazuje solidarnost do otrok ter šolarjev, ki ne potrebujejo plačevati zavarovanja. Prav tako imajo nižje prispevne stopnje tudi upokojenci, ki so največji uporabniki zdravstvenih storitev. Po podatkih Vzajemne prostovoljne zavarovalnice iz leta 2009 je 26,7 % zavarovancev, ki so starejši od 65 let povzročilo 52,8 % zavarovalnih škod (Tajnikar & Došenovič Bonča, 2009, str. 11). Glede na neposredno povezanost in dopolnjevanje obveznega s prostovoljnim zavarovanjem podobni relativni deleži veljajo tudi za odhodke ZZZS-ja, kot nosilca osnovnega zdravstvenega zavarovanja.

- Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Prostovoljno zavarovanje, predvsem pa zavarovanje za doplačila, je solidarno glede na starost, saj so plačilne premije znotraj zavarovalnic enake za vse, medtem ko večina zavarovalnih škodnih zahtevkov prihaja s strani starejšega prebivalstva, kot je bilo omenjeno že pri osnovnem zdravstvenem zavarovanju. V prejšnjem odstavku omenjeni upokojenci (26,7 % zavarovancev) so povzročili 52,8 % zavarovalnih škod, mladi stari do 24 let katerih delež med zavarovanci je 19,3 % pa so vložili vsega skupaj 5,2 % škodnih zahtevkov (Tajnikar & Došenovič Bonča, 2009, str. 11).

5.2.4 Solidarnost glede na spol – solidarnost med moškimi in ženskami

- Obvezno zdravstveno zavarovanje

Solidarnost je, saj obstajajo različna bolezenska tveganja, povezana neposredno s spolom, a vendar se pri obračunavanju prispevka ne dela razlik med spoloma.

- Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje preko fiksne premije ne dela razlik med spoloma, prav tako razlik med spoloma ne delajo tudi ostala zavarovanja ter tako dosegajo solidarnost glede na spol.

5.2.5 Solidarnost glede na zaposlitev – solidarnost med zaposlenimi ter brezposelnimi in glede na vrste zaposlitve

- Obvezno zdravstveno zavarovanje

Do obveznega zdravstvenega zavarovanja imajo pravico vse zaposlene osebe – tako zaposleni pri pravnih osebah, zaposleni pri zasebnikih, samozaposleni, prav tako pa tudi kmetje in brezposelne osebe, ki prejemajo pri zavodu za zaposlovanje nadomestilo oz. denarno pomoč. Medtem ko zaposleni prispevke plačujejo sami, jih za brezposelne plačuje Zavod za zaposlovanje, prispevke za upokojence pa Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ). Država prispeva za brezposelne po enaki prispevni stopnji, kot morajo prispevati zaposleni ter njihovi delodajalci, prispevki upokojencev pa so relativno manjši – njihova prispevna stopnja je 5,96 % (ZZZS, 2009d). Solidarnost med brezposelnimi ter zaposlenimi je prisotna, pojavljajo pa se različne stopnje solidarnosti glede na vrsto zaposlitve. Zaposleni pri pravnih osebah v zdravstveno blagajno prispevajo bistveno več kot zaposleni pri zasebnikih ali samozaposleni. Problem je, da za zaposlene pri pravnih osebah ni zgornje meje pri določanju osnove za zdravstvene prispevke, zasebniki pa to zgornjo mejo za obračun prispevkov imajo – 41.013 €. Vsi prihodki, višji od te osnove, se ne štejejo v obračun prispevkov. Prva skupina zaposlenih je tako neomejeno solidarna, medtem ko pri zasebnikih velja le omejena solidarnost – saj jim zakon dovoljuje tudi izplačevanje najnižjih plač ter izplačilo ostalega denarja preko dobička, ki je manj obdavčen in ni vzet v obračun prispevkov za zdravstveno zavarovanje. Povprečni prispevki se razlikujejo – zaposleni pri pravnih osebah vplačajo letno 2189 €, zaposleni pri zasebnikih 1415 €, zasebniki pa 1566 € (Čok & Prevolnik Rupel, 2009, str. 17).

- Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Fiksno premijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja morajo plačevati vsi razen otrok ter mladostnikov. S tem je dosežena solidarnost glede na vrsto zaposlitve, vsekakor pa ni solidarnosti med zaposlenimi ter brezposelnimi. Brezposelni morajo ne glede na to, da jim obvezno zdravstveno zavarovanje krije država, dopolnilno zavarovanje plačevati sami.

5.2.6 Solidarnost glede na naseljenost

- Obvezno zdravstveno zavarovanje

Obvezno zdravstveno zavarovanje omogoča pravico do povračila stroškov. Te se sicer ne da uveljavljati za vsak obisk zdravnika, pride pa v poštev v primeru prevoznih stroškov ter stroškov prehrane ter nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju (ZZZS, 2009c). Za vse manjše storitve zdravstvenega varstva so zavarovancem na voljo zdravniki v kraju, ki je zavarovancem najbližji. Ta mreža je dokaj razvejana, kljub temu da obstajajo zavarovanci, ki so bolj oddaljeni od izvajalcev programa zdravstvenega varstva, je sistem solidaren.

- Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Izvajalci obveznega zdravstvenega zavarovanja so hkrati izvajalci prostovoljnega zdravstvenega sistema, kar pomeni dokaj široko mrežo ponudnikov storitev po državi, ki omogočajo solidarnost glede na naseljenost.

Doseganje vseh vrst solidarnosti glede na vrsto zavarovanja je prikazana v spodnji tabeli 1.

Tabela 1: Doseganje solidarnosti glede na vrste

Solidarnost glede na:	OZZ	PZZ
5.2.1 Bolezen	NI	JE
5.2.2 Dohodek	JE (absolutna)	NI
5.2.3 Starost	JE	JE
5.2.4 Spol	JE	JE
5.2.5 Zaposlitev	JE (neenakomerna)	JE
5.2.6 Naseljenost	JE	JE

*Legenda:

OZZ – Obvezno zdravstveno zavarovanje

PZZ – Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

5.3 Solidarnost ob reformi prostovoljnega zdravstvene zavarovanja

S prihodom novega ministra za zdravstvo, Dorjana Marušiča, so se pojavili ponovni načrti za reformo zdravstvenega zavarovanja. Kljub temu da ima do konca mandata le 2 leti, verjame, da so spremembe v tem času možne (Marušič, 2010a). Marušič trdi, da sta v današnji shemi zbiranja sredstev prizadeta solidarnost in pravičnost, prav tako pa se je obrnil na previsoke obratovalne stroške prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnic (2010b, str. 4). V njegovem načrtu je, da bi bil osnovni paket zdravstvenih storitev v celoti krit iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Doplačila in s tem dopolnilno zdravstveno zavarovanje bi bila ukinjena. Prišlo bi do povišanja prispevne stopnje za delojemalce za znesek, ki je bil do zdaj

zbran s premijami dopolnilnega zavarovanja (okrog 400 milijonov € letno). Višina nove stopnje še ni znana (Zupanič, 2010). Za omogočanje vzdržnosti nove univerzalne košarice zdravstvenih storitev jo bo potrebno prevetrili in iz nje izpustiti določene storitve, ki po Marušičevem mnenju ne spadajo pod obvezno zdravstveno zavarovanje. Te so posmrtnina, pogrebna, nenujni reševalni prevozi, zdravila na vmesni listi ter zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja. Po prvih izračunih ministrstva za zdravstvo bi ukinitve teh storitev zadoščala za nadaljnje pozitivno obratovanje ZZZS-ja. Prostovoljne zdravstvene zavarovalnice bi prevzele financiranje dela storitev, ki naj bi izpadle iz osnovne košarice, ter ostalih dodatnih in nadstandardnih storitev, ki se že sedaj plačujejo iz žepa (Marušič, 2010b, str. 5). Tak sistem bo doprinesel zdravim ter mladim – saj se ne bodo potrebovali prostovoljno zdravstveno zavarovati, ker bo osnovni sistem zdravstvenega zavarovanja pokrival večino njihovih potreb. Bolni in starejši bodo še vedno morali posegati po prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju za zavarovanje tveganja in kritje širšega sklopa storitev.

Prihajajoča reforma rešuje problem solidarnosti glede na bolezen, ki je v trenutnih razmerah pri osnovnem zdravstvenem zavarovanju ni. Celostna košarica zdravstvenih storitev le to omogoča, saj se državljanom za koriščenje storitev iz osnovne košarice ni potrebno še dopolnilno zavarovati. Prispevne stopnje se bodo sicer povišale, a ostale dohodkovno solidarne pri osnovnem zdravstvenem zavarovanju. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja bodo glede na dohodek še vedno nesolidarna, saj so tržni proizvod, prav zato jih lahko ponujajo privatne zavarovalnice. Kot taka, njihov namen ni biti solidaren glede na dohodek, temveč le glede na bolezen. Načela pravičnosti in solidarnosti v ekonomiji niso skupni cilj podjetij ter podjetnikov, temveč le sredstvo za realizacijo zasebnih interesov (Rus, 1990, str. 134). Bodo pa zaradi celovite košarice storitev in ukinitve doplačil, prostovoljna zavarovanja manj koriščena in takšna solidarnost ne bo bodla v oči tako kot zdaj, ko je prostovoljno zavarovana skoraj celotna Slovenija. Preostalih štirih zgoraj omenjenih solidarnosti se reforma ne dotika, saj so dosežena že sedaj.

SKLEP

Sistem slovenskega zdravstvenega zavarovanja je že nekaj let v prostem teku, kljub izraženim potrebam po spremembah. Pa ne zato, ker bi bil popoln, temveč zaradi političnega sistema, ki na oblasti menjuje odgovorne za zdravstvo, nihče izmed vodilnih pa ne utegne potegniti korenitih sprememb. Zdravstveni sistem mora državljanom ne glede na starostne, dohodkovne, spolne, zaposlitvene razlike ter razlike v naseljenosti omogočati enako dostopnost do zdravstvenih storitev in zdravstvenemu stanju primerno oskrbo. Hkrati mora sistem skrbeti, da vsi člani skupnosti pravično in solidarno prispevajo svoj delež v zdravstveno blagajno.

V nasprotju z mojimi predhodnimi prepričanji sem ugotovil, da je sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji le delno pravičen in solidaren. Solidarnosti na enem izmed področij,

kjer je najbolj potrebna – med bolnimi in zdravimi, zaradi visokih doplačil ni. Dosežena je v kombinaciji s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem – nekakšnim prikritim davkom. Čeprav je v celoti dosežena, ni prav, da deluje prostovoljno zavarovanje kot obvezen dodatek osnovnemu zdravstvenemu zavarovanju. Preveč je storitev, ki jih obvezno zavarovanje ne pokriva v celoti. Na bolne pade prevelika teža plačevanja zdravstvenih storitev ter doplačil. Država bi lahko do boljših rezultatov poslovanja ter povečanja solidarnosti prišla z novo univerzalno košarico dobrin, v kateri bi bilo manj storitev, pa vendar bi bile te pomembnejše za prebivalstvo ter v celoti finančno pokrite. S tem ubijemo dve muhi na en mah. Zdravstveno zavarovanje postane bolj solidarno, za zdravstveno blagajno pa preoblikovanje ne povzroča izgube dohodka, saj se sredstva, ki so se do sedaj stekale k zavarovalnicam za dopolnilno zavarovanje preusmerijo v osnovno zavarovanje. Osnovno zavarovanje bi tako še vedno dopolnjevalo tudi prostovoljno, le da bi zavarovalnice ponujale različne pakete z različnimi storitvami. Imele bi več svobode pri sestavljanju paketov zavarovanj, s tem pa bi bila tudi večja konkurenca. Tako bi tudi prostovoljne zdravstvene zavarovalnice prisilili k inovativnosti in tekmovalnosti, saj v sedanjem sistemu tržijo enak produkt in tekmujejo le s cenovnega vidika.

Spremembe zdravstvenega sistema so torej potrebne da zdravje, solidarnost ter poštenost ostanejo vrednote zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, tako med uporabniki kot zavarovalnicami. Reforma je ponovno aktualno vprašanje sedanje oblasti. Tokrat je resnično čas za novosti, saj ZZZS v trenutni ureditvi ne more več poslovati pozitivno.

LITERATURA IN VIRI

1. Adriatic Slovenica (2009). *Letno poročilo 2008*. Najdeno 21. novembra 2009 na spletnem naslovu <http://www.adriatic-slovenica.si/bin?bin.svc=obj&bin.id=20907>
2. Adriatic Slovenica d.d. – *Dopolnilno zdravstveno zavarovanje*. (b.l.). Najdeno 5. aprila 2010 na spletnem naslovu <http://www.adriatic-slovenica.si/insurance.cp2?iid=20885&linkid=Insurance&cid=20244>
3. Agencija za zavarovalni nadzor (2009). *Poročilo o stanju na področju zavarovalništva in o delu Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2008*. Najdeno 21. novembra 2009 na spletnem naslovu http://www.a-zn.si/docs/letno_porocilo-2008.pdf
4. Bajec, A., Jurančič, J., Klopčič, M., Legiša, L., Suhadolnik, S., & Tomšič, F. (1994). *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Ljubljana: DZS.
5. Brščič, B., & Tajnikar, M. (2007). Zdravstvene storitve kot ekonomska dobrina. *Zdravstveno varstvo*, 46(2), 78–84.
6. Česen, M. (2006). *Reforma zdravstva v Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
7. Čok, M., & Prevolnik Rupel, V. (2009). Kdo nosi breme zdravstvenega zavarovanja – Solidarnost po slovensko. *Sobotna priloga – Delo*, str. 16–17.
8. De-Shalit, A., & Avineri, S. (2004). *Komunitarizem in individualizem*. Ljubljana: Založba Sophia.
9. Došenovič Bonča, P., & Tajnikar, M. (2005). Recent developments in the voluntary health insurance market in Slovenia. *Conference proceedings / 3rd Conference on Public Sector* (str. 119–128). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
10. Dragoš, S. (1998). Pravičnost na Slovenskem. V A. Cindrič (ur.), *Čarnijev zbornik (1931-1996)* (str. 155–169). Ljubljana: Filozofska fakulteta.
11. Državni portal Republike Slovenije – *Vključitev v prostovoljno zdravstveno zavarovanje*. Najdeno 22. novembra 2009 na spletnem naslovu <http://e-uprava.gov.si/e-uprava/dogodkiPrebivalci.euprava?zdid=1228&sid=886>
12. Haralambos, M., & Holborn, M. (1999). *Sociologija. Teme in pogledi*. Ljubljana: DZS.
13. Hostnik, M. (2009, 17. september). ZZZS ima (že) 81 milijonov evrov izgube. *Dnevnik.si*. Najdeno 15. januarja 2010 na spletnem naslovu http://cm.dnevnik.si/novice/aktualne_zgodbe/1042299767
14. Hren, L. (urednik). (2009, 26. oktober). *Tarča* [televizijska oddaja]. Ljubljana: RTV Slovenija.
15. Jošt-Doma, A. (1983, št. 4). Participacija v zdravstvu. *Naša skupnost*, str. 5.
16. Keber, D. et al. (2003). *Bela knjiga: Zdravstvena reforma*. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje.
17. Košir, T., & Mencej, M. (1992). *Zdravstveni zakoni: zakoni s pojasnili in komentarji: po novem*. Ljubljana: Center marketing.
18. Marušič, D. (2010a, 10. april). V rdečih časih je sedel na vroči stol. *Žurnal24.si*. Najdeno 17. avgusta na spletnem naslovu <http://www.zurnal24.si/slovenija/dorijan-marusic-intervju-minister-zdravje-166616/clanek>

19. Marušič, D. (2010b, 24. julij). Prepričan sem, da so pogajanja boljša pot: Dorjan Marušič, minister za zdravje. *Sobotna priloga - Delo*, str. 4–7.
20. Mercina, A. (2008). *Solidarnost kot nujni element pravičnosti* (diplomsko delo). Ljubljana: Pravna fakulteta.
21. Mercina, A. (2009). Solidarnost kot nujni element pravičnosti. *Pravnik*, 64(9-10), 487–516.
22. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve – *Minimalna plača*. (2010). Najdeno 2. julija 2010 na spletnem naslovu http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/delovna_razmerja_in_pravice_iz_dela/socialno_partnerstvo/minimalna_placa/
23. Naka, S., & Kvas, A. (2004). Razvoj vrednot in načelo pravičnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(4), 305–312.
24. Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost: Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
25. Republiški izpitni center. (1993). *Filozofija na maturi*. Ljubljana: Republiški izpitni center.
26. Rus, V. (1990). *Socialna država in družba blaginje*. Ljubljana: DOMUS.
27. Sen, A. (2002). Čemu govorimo o pravičnosti v zdravstvenem varstvu? *Bilten*, 18(2), 61–65.
28. Sovdat, P. (2009, 6. oktober). Vse Vzemnine afere. *Finance*. Najdeno 20. novembra na spletnem naslovu <http://www.finance.si/259771/Vse-Vzemnine-afere>
29. Sruk, V. (1995). *Leksikon politike*. Maribor: Založba Obzorja.
30. Sruk, V. (1999). *Leksikon morale in etike*. Maribor: Ekonomsko – poslovna fakulteta.
31. Strban, G. (2005). *Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
32. Tajnikar, M. (2009). Predavanje1. *Osnove ekonomike zdravstvenega varstva*. Najdeno 20. novembra 2009 na spletnem naslovu http://www.ef.uni-lj.si/predmeti32/_struktura/izpis.asp?vrsta=2&id=192337
33. Tajnikar, M., & Došenovič Bonča, P. (2009). Vzajemna – Simbol napredka ali medgeneracijskega konflikta? *Sobotna priloga – Delo*, str. 10 in 11.
34. Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
35. Triglav, zdravstvena zavarovalnica d.d. – *O zavarovalnici*. (2009). Najdeno 22. oktobra 2009 na spletnem naslovu http://www.zdravstvena.net/o_zavarovalnici.htm
36. Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d.d. (2010). *Osebna izkaznica*. Najdeno 5. maja 2010 na spletnem naslovu http://www.zdravstvena.net/pdf/Osebna%20izkaznica_TRIGLAV,%20Zdravstvena%20zavarovalnica.pdf
37. Triglav, zdravstvena zavarovalnica d.d. – *Dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje – ZZII*. (b.l.) Najdeno 5. aprila 2010 na spletnem naslovu <https://www.zdravstvena.net/secure/dopolnilno.asp#forma>

38. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. (2009). *Revidirano letno poročilo za leto 2008*. Najdeno 19. novembra 2009 na spletnem naslovu <http://www.vzajemna.si/uploaded/pdf/letnaporocila/revidirano%20letno%20porocilo%20za%20leto%202008.pdf>
39. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z. – *Zavarovalne premije*. (2010). Najdeno 5. aprila 2010 na spletnem naslovu <http://www.vzajemna.si/default.asp?CatId=379>
40. Zakon o prispevkih za socialno varnost. *Uradni list RS 5/1996*.
41. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). *Uradni list RS* št. 9/1992, št. 13/1993, 9/1996, 29/1998, 77/1998 Odl.US: Up 53/96, 6/1999, 56/1999-ZVZD, 99/2001, 42/2002-ZDR, 60/2002, 11/2003 Skl.US: U-I-279/00-42, 126/2003, 20/2004-UPB1, 62/2005 Odl.US: U-I-390/02-27, 76/2005, 100/2005-UPB2, 100/2005 Odl.US: U-I-69/03-17, 21/2006 Odl.US: U-I-277/05-32, 38/2006, 72/2006-UPB3, 114/2006-ZUTPG, 91/2007, 71/2008 Skl.US: U-I-163/08-7, 76/2008, 118/2008 Skl.US: U-I-163/08-12.
42. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2008). *Strateški razvojni program Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za obdobje od 2008 do 2013*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje.
43. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – *Obvezno zdravstveno zavarovanje*. (2009a). Najdeno 20. oktobra 2009 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/875E847A07B8589AC1256D34002A1360>
44. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – *Pravice do denarnih nadomestil*. (2009b). Najdeno 10. decembra 2009 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/3236CE664BD08612C1256E8C0022E672>
45. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – *Pravica do povračila potnih stroškov*. (2009c). Najdeno 4. aprila 2010 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/5A40FAF7B440702AC1256E8C0028C3DD>
46. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – *Preglednica prispevkov*. (2009d). Najdeno 10. decembra 2009 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/7F079796008EE60EC1256D3A00460146>
47. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – *Prostovoljno zdravstveno zavarovanje*. (2009e). Najdeno 20. oktobra 2009 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/52D9D035D538D7A1C1256D34002A6FBD>
48. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2010). *Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju (marec 2010)*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
49. Zupanič, M. (2009). Vzajemna – javno ali zasebno. Ti zame, jaz zase. *Sobotna priloga – Delo*, str. 16 in 17.
50. Zupanič, M. (2010, 26. julij). Brez dopolnilnega zavarovanja. *Delo.si*. Najdeno 17. avgusta 2010 na spletnem naslovu <http://www.delo.si/clanek/114891>
51. World health organisation (2000). *The world health report 2000. Health systems: Improving performance*. Francija: World health organisation.

PRILOGA

Priloga 1: Terminološki slovar – seznam kratic

Kratice uporabljene v diplomskem delu:

- **BDP** – Bruto domači proizvod
- **EU** – Evropska unija
- **OZZ** – Obvezno zdravstveno zavarovanje
- **PZZ** – Prostovoljno zdravstveno zavarovanje
- **RS** – Republika Slovenija
- **SHS** – Kraljevina Srbov, Hrvatov in Slovencev
- **SSKJ** – Slovar slovenskega knjižnega jezika
- **ZPIZ** – Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije
- **ZZVZZ** – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
- **ZZZS** – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije