

UNIVERZA V LJUBLJANI  
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**PRIMERJAVA OBVEZNIH PRISPEVKOV ZA ZDRAVSTVENO  
ZAVAROVANJE V EVROPSKI UNIJI**

Ljubljana, december 2015

NEVA BOLJKA

## **IZJAVA O AVTORSTVU**

Spodaj podpisana Neva Boljka, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica magistrskega dela z naslovom Primerjava obveznih zdravstvenih prispevkov v državah Evropske unije, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem prof. dr. Mitjem Čokom.

Izrecno izjavljam, da skladno z določili Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo jezikovno korektno in tehnično pripravljeno skladno z navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem
  - poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam v magistrskem delu, citirana oziroma navedena skladno z navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
  - pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v tekstu, in sem to v besedilu tudi jasno zapisal;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku (Ur. l. RS, št. 55/2008 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na podlagi predloženega magistrskega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani skladno z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne 09.12.2015

Podpis avtorice: \_\_\_\_\_

# KAZALO

<b>UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>1 OPREDELITEV POJMOV .....</b>	<b>2</b>
1.1 Zdravstveno varstvo .....	2
1.2 Zdravstveno zavarovanje.....	2
1.2.1 Obvezno, dodatno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje.....	2
1.2.2 Prispevki za zdravstveno zavarovanje .....	3
1.3 Sistemi zdravstvenega varstva.....	3
1.3.1 Sistemi zdravstvenega varstva v svetovni zgodovini .....	3
1.3.2 Sistemi zdravstvenega varstva v Evropi .....	5
1.3.2.1 Bismarckov model zdravstvenega varstva.....	6
1.3.2.2 Beveridgeov model zdravstvenega varstva .....	6
1.3.2.3 Semaškov model zdravstvenega varstva .....	6
1.3.2.4 Skupne značilnosti sistemov zdravstvenega varstva .....	7
1.4 Financiranje zdravstvenega varstva.....	8
<b>2 PRISPEVKI ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO V EVROPSKI UNIJI .....</b>	<b>9</b>
2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	9
2.2 Pregled obveznih zdravstvenih prispevkov v državah Evropske unije .....	9
2.2.1 Evropska unija .....	9
2.2.2 Avstrija .....	9
2.2.3 Belgija.....	11
2.2.4 Bolgarija .....	12
2.2.5 Ciper .....	13
2.2.6 Češka .....	14
2.2.7 Danska .....	15
2.2.8 Estonija.....	16
2.2.9 Finska .....	17
2.2.10 Francija .....	18
2.2.11 Grčija .....	19
2.2.12 Hrvaška.....	20
2.2.13 Irska .....	21
2.2.14 Italija.....	23
2.2.15 Latvija.....	24
2.2.16 Litva.....	25
2.2.17 Luksemburg .....	26
2.2.18 Madžarska.....	27
2.2.19 Malta.....	28
2.2.20 Nemčija.....	30
2.2.21 Nizozemska .....	31
2.2.22 Poljska .....	32
2.2.23 Portugalska .....	33

2.2.24 Romunija .....	34
2.2.25 Slovaška .....	35
2.2.26 Slovenija.....	36
2.2.27 Španija.....	37
2.2.28 Švedska.....	38
2.2.29 Združeno kraljestvo .....	39
<b>3 ANALIZA ZBRANIH PODATKOV .....</b>	<b>41</b>
3.1 Grafični prikaz zbranih podatkov .....	41
3.1.1 Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje .....	41
3.1.1.1 Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje kot delež BDP .....	41
3.1.1.2 Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje na osebo.....	42
3.1.2 Financiranje zdravstvenega varstva .....	43
3.1.3 Primerjava obdavčitve med državami z Bismarckovim modelom.....	45
3.1.4 Primerjava obdavčitve med državami z Beveridgeovim modelom .....	46
3.1.5 Primerjava obveznih prispevkov za zdravstveno varstvo v Evropski uniji.....	46
3.1.6 Geografska porazdelitev modelov zdravstvenega zavarovanja po Evropski uniji .....	46
3.2 Preverjanje hipotez.....	47
<b>SKLEP.....</b>	<b>51</b>
<b>LITERATURA IN VIRI.....</b>	<b>54</b>

## KAZALO SLIK

Slika 1: Financiranje zdravstvenega varstva .....	8
Slika 2: Zgoščenost višine porabe sredstev za zdravstveno zavarovanje kot delež BDP ...	41
Slika 3: Poraba sredstev za zdravstveno varstvo per capita .....	42
Slika 4: Financiranje zdravstvenega varstva v EU .....	44
Slika 5: Financiranje zdravstvenega varstva v državah z Bismarckovim modelom .....	45
Slika 6: Politična karta Evropske Unije .....	47
Slika 7: Modeli zdravstvenega varstva v EU .....	48
Slika 8: Primerjava obdavčitve plač v državah OECD .....	50

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Merila za razvrščanje držav po modelih.....	6
Tabela 2: Avstrija .....	10
Tabela 3: Belgija .....	11
Tabela 4: Bolgarija .....	12
Tabela 5: Ciper .....	13
Tabela 6: Češka .....	14
Tabela 7: Danska .....	15

Tabela 8: Estonija .....	16
Tabela 9: Finska.....	17
Tabela 10: Francija .....	18
Tabela 11: Grčija .....	19
Tabela 12: Hrvatska .....	21
Tabela 13: Irska .....	22
Tabela 14: Italija .....	23
Tabela 15: Latvija .....	24
Tabela 16: Litva.....	25
Tabela 17: Luksemburg .....	26
Tabela 18: Mađarska.....	27
Tabela 19: Malta .....	28
Tabela 20: Nemčija.....	30
Tabela 21: Nizozemska.....	31
Tabela 22: Poljska .....	32
Tabela 23: Portugalska .....	33
Tabela 24: Rumunija.....	34
Tabela 25: Slovaška.....	35
Tabela 26: Slovenija .....	36
Tabela 27: Španija .....	37
Tabela 28: Švedska .....	38
Tabela 29: Združeno kraljestvo .....	40
Tabela 30: Povprečja ocen kazalnikov za leto 2014.....	51



## UVOD

Zdravstvo oziroma zdravstveno varstvo je pomemben del življenja vsakega posameznika. Odlivi iz zdravstvene blagajne so povezani s številom bolnih ljudi, ki jih je vsak dan več. Za to obstaja več možnih razlogov:

- demagoška sestava prebivalstva (državljeni se starajo, praviloma so starejši bolj bolni, sama medicina pa je vedno bolj napredna in ljudje živijo dlje, torej dlje koristijo zdravstvene storitve),
- psihične obremenitve (mnogi so ostali brez služb, ne morejo preživljati niti sebe in svojih otrok, iz česar izhajajo psihični problemi),
- pritiski na delavce, ki so službe obdržali (delajo več in dlje ker se bojijo za svoj obstoj),
- razne teorije zarote (farmaceutska podjetja naj bi, za lastne boljše zaslužke, celo zastrupljala ljudi).

Zdravstveno zavarovanje, zdravstveno varstvo ali pa kar zdravstvo nasploh, so pojmi, ki so v današnjem času v Sloveniji vsak dan v dnevnem časopisju in na informativnih oddajah. Vsak segment, ki je kakorkoli vključen v pojem zdravstvo v Sloveniji, ima svoj pogled na situacijo. Zavarovanci želijo pravočasno in dobro zdravstveno oskrbo, zdravniki želijo višje plače in manj delovnih ur, država trdi da nima denarja in da je oskrba dobra ali celo boljša kot v drugih državah, plačniki iz naslova delovnih zavarovanj pa trdijo da so prispevki previsoki in da gospodarstvo tega ne zmore plačevati. Vsak udeleženec tega procesa ima verjetno svoj prav.

Poraja se vprašanje, kako se torej financira zdravstveno varstvo, da je denarja v državi vedno premalo, po drugi strani pa gospodarstvo ne zmore plačevati takšnih dajatev, ki so trenutno potrebne, kaj šele, če bi bilo potrebno plačevati višje. Kako ta problem urejajo v drugih državah Evropske unije?

Namen magistrskega dela je ugotoviti prispevne stopnje za zdravstveno zavarovanje v posameznih članicah Evropske unije in sicer za zaposlene delavce in samozaposlene na enem mestu. Takšno temo sem izbrala zato, ker me veselijo obdavčitve plač in me zelo zanimajo ureditve v tujini. Za vsako državo Evropske unije posamezno bom preverila kako financirajo zdravstveno varstvo, kdo je do njega upravičen in pod kakšnimi pogoji ter kaj v posamezni državi krije osnovno zdravstveno varstvo.

Temeljne hipoteze, ki jih bom raziskala:

- H1: V Evropski uniji ni enotnega sistema zdravstvenega varstva
- H2: V Evropski uniji ima več držav lastnosti Bismarckovega sistema zdravstvenega varstva.

- H3: Slovenski prispevki so med višjimi v Evropski uniji.
- H4: Beveridgeov model financiranja zdravstvenega varstva je bolj učinkovit kot Bismarckov model financiranja zdravstvenega varstva.

Cilj magistrskega dela je ugotoviti kako posamezne države urejajo svoj zdravstveni sistem in ali so pri tem učinkovite ter prikazati primerjavo med posameznimi državami. Želim ugotoviti tudi, kolikšen delež porabe sredstev je financiran iz prispevkov ali davkov ter preveriti kater sistem je najbolj učinkovit in zakaj.

## 1 OPREDELITEV POJMOV

### 1.1 Zdravstveno varstvo

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur.l. RS, št. 72/2006-UPB, v nadaljevanju ZZVZZ) je v prvem členu opredelil pojem zdravstvenega varstva kot:

**»Zdravstveno varstvo po tem zakonu 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.**

**Poleg tega zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.«**

Česen (1998) opredeljuje zdravstveno varstvo kot splošni pojem, ki izraža celovitost in povezanost zdravstveno usmerjenih aktivnosti posameznikov, države, zdravstvenih organizacij, poklicnih združenj zdravstvenih delavcev in drugih družbenih skupin ter človeških, materialnih in finančnih virov, ki so za te aktivnosti potrebni ali kar v eni besedi **zdravstvo**.

### 1.2 Zdravstveno zavarovanje

#### 1.2.1 Obvezno, dodatno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje

ZZVZZ v 12. členu določa, da je zdravstveno zavarovanje obvezno in prostovoljno. Nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja je Zavod za zdravstveno zavarovanje, prostovoljno zavarovanje pa izvajajo zavarovalnice.

V 13. členu tega zakona je določeno, da **obvezno zavarovanje** obsega zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela ter zavarovanje za primer poškodbe pri delu in



poklicne bolezni. V nadaljevanju je določeno še, da obvezno zavarovanje zavarovanim osebam zagotavlja v določenem obsegu plačilo zdravstvenih storitev, nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela in pa povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Zakon določa tudi kdo so zavarovanci ter obseg storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga večkrat imenujemo tudi osnovno zdravstveno zavarovanje.

V Sloveniji torej poleg obveznega poznamo tudi tako imenovano prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki pa je pravzaprav vse prej kot prostovoljno in je bolj pravilno da ga imenujemo kar **dopolnilno zdravstveno zavarovanje**. V skladu z zakonom so torej določena povračila oziroma plačila zdravstvenih storitev in sicer v omejenem obsegu. Za polno povračilo (oziroma da so storitve zdravnikov, ki jih zavarovanci obiskujejo brezplačna) moramo v Sloveniji imeti dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Dopolnilno se imenuje zato, ker le dopolnjuje obvezno zdravstveno zavarovanje in ga ne moremo imeti samostojno. V Sloveniji sta dopolnilno in **dodatno zdravstveno zavarovanje** sinonima, v drugih državah pa bomo to preverili v pregledu prispevkov po državah Evropske Unije, kjer je dodatno zdravstveno zavarovanje večkrat uporabljeno kot privatno zavarovanje oziroma nadgradnja obveznega zavarovanja.

## **1.2.2 Prispevki za zdravstveno zavarovanje**

V 45. členu ZZVZZ je določeno, da se sredstva za zagotavljanje obveznega zavarovanja (razloženo v nadaljevanju) zagotavljajo s prispevki, ki jih plačujejo Zavodu za zdravstveno varstvo Slovenije (v nadaljevanju ZZVS) zavarovanci, delodajalci in drugi zavezanci, ki jih določa zakon.

Posplošeno to pomeni, da gre za sredstva, ki jih zavezanci za plačilo, odvajajo kot obvezne dajatve, bodisi državi, bodisi instituciji, ki je v določeni državi nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja. V Sloveniji je to ZZVS, čeprav se v Sloveniji sredstva zbirajo kar v državni proračun in se nato po navodilih in potrebah Zavoda prerazporejajo.

## **1.3 Sistemi zdravstvenega varstva**

### **1.3.1 Sistemi zdravstvenega varstva v svetovni zgodovini**

Po Tothu (2003) imajo določeni sistemi zdravstvenega varstva po svetu kljub svoji raznolikosti nekaj značilnih podobnosti. Že leta 1950 je Svetovna zdravstvena organizacija opravila študijo sistemov po svetu in opredelila 4 različne modele sistemov, ki izhajajo iz odnosov med zdravstvenimi delavci, bolniki in državo:

1. Model, ki ne pozna solidarnosti med prebivalci; temveč vse storitve, ki jih v odnosu z

bolnikom opravi zdravstveni delavec oziroma zdravnik, plača bolnik sam. To je zastarel model, ki se ne ozira na bolnikove finančne zmožnosti temveč regulira le licenciranje in izobraževanje zdravnikov ter etična vprašanja.

2. Naprednejši model, pri katerem država prebivalstvu omogoča pravice do zdravstvenega varstva brez neposrednega plačila (bogatejši prebivalci niso všteti) in sicer na podlagi financiranja iz proračuna ali pa z uvedbo javnega zdravstvenega zavarovanja.
3. Model, v katerem je zdravstveno varstvo v celoti kolektivizirano – celotnemu prebivalstvu so omogočene zdravstvene storitve brez plačila z izjemo doplačil, če so le ta predpisana. V tem modelu je večina izvajalcev zdravstvenih storitev še vedno zasebnikov, čeprav ima država preko javnega zavarovanja bistveno večji vpliv na cene njihovih storitev, nekateri pa delujejo v okviru javne službe in prejemajo za svoje delo plačo.
4. Model, kjer je država v celoti prevzela organizacijo in financiranje zdravstvene službe. Država plačuje zdravstvo od sredstev, ki jih pridobi z davki, zdravstvena služba je tako skoraj v celoti javna in dostopna vsem prebivalcem.

Zgornja porazdelitev modelov je torej relativno stara, vendar pa dobro prikazuje zgodovinski razvoj samega sistema zdravstvenega varstva torej od popolnega nevmešavanja države (kjer ima zdravstveni delavec pravico postavljanja cen) do modela v katerem ima država pod nadzorom celotno zdravstvo, nadzoruje cene storitev oziroma zdravstvenim delavcem izplačuje plače ter pokriva vse storitve iz naslova pobranih davkov in prispevkov.

Obstaja tudi možna tipizacija sistemov, ki temelji na razmerju med javnimi in zasebnimi službami ter javnimi in zasebnimi sredstvi. Tudi po tej opredelitvi poznamo 4 sisteme in sicer:

- Javna sredstva-javna služba
- Javna sredstva- javna in zasebna dejavnost
- Zasebna sredstva-zasebna zdravstvena dejavnost
- Zasebna sredstva-zasebna in javna zdravstvena služba

Za namen te magistrske naloge je ta porazdelitev brezpredmetna, zato ne bo podrobneje obrazložena.

Nadaljnja in tudi zadnja porazdelitev je opredelitev modelov na podlagi zagotavljanja virov za financiranje določenih sistemov. Tudi po tej porazdelitvi obstajajo štiri modeli:

- Tržni oziroma podjetniški sistem (Združene države Amerike, Južnoafriška republika) – ureditev temelji na temelju gospodarskega ekonomskega trga torej glede na ponudbo in povpraševanje. Vloga države je v tem modelu izjemno majhna, ne regulira niti cen zdravstvenih storitev, niti ne nadzoruje kadrovskega zmožnosti posameznih zdravnikov,

ki v državah s takšno ureditvijo opravljajo v zdravstvu popolnoma pridobitno dejavnost kot pri nas vsaka gospodarska družba. Država skrbi za peščico najbolj socialno ogroženih prebivalcev, ki jim omogoča kritje nekaterih storitev preko raznih programov. Med prebivalci ni solidarnosti, zato je njihova zdravstvena varnost odvisna od njihovega premoženjskega stanja.

- Socialno naravnani sistem (Nemčija, Japonska)- tak sistem pozna javne in zasebne zdravstvene delavce, ki jih delno financira država na podlagi javnega obveznega zdravstvenega zavarovanja ali financiranja iz proračuna. Le najbogatejši prebivalci si zdravstvene storitve plačujejo sami.
- Komprehenzivni sistem (Slovenija, Švedska, Velika Britanija)- je sistem v katerem ima vsak prebivalec pravico in možnost dostopa do zdravstvenih storitev ki jih iz raznih virov pokriva država. V tem sistemu ni skoraj nobenih načel trga več, kar pomeni, da država regulira popolnoma vse in tudi javna zdravstvena služba je široko razvejana in praviloma bogato razvita ter dobro organizirana. Med izvajalci zdravstvenih storitev prevladuje javna služba, obstaja pa tudi zasebni del.
- Socialistični sistem (Vzhodnoevropske države, Sovjetska zveza, Kuba) – tak sistem je značilen za države s socialistično ureditvijo. Temelji na financiranju iz proračuna in nima popolnoma nobenih tržnih značilnosti, zato zasebne ordinacije sploh niso dovoljene. Takšen sistem ima preveč zmogljivosti glede na svoje potrebe, zato so po razpadu Sovjetske zveze oziroma razpadu celotnega socialističnega sistema vzhodnoevropske države začele iskati nove načine in druge sisteme zdravstvenega varstva.

Glede na zgoraj opisano lahko trdimo, da imajo države s podobnimi političnimi sistemi podobno organizirane tudi svoje zdravstvene sisteme. V zgodovini so razne kolonije od svoje matične države prejele navodila kako naj organizirajo vodenje celotne države, torej tudi načela zdravstvenega varstva posameznikov, tako so se tudi razni podobni sistemi razvili na geografsko zelo različnih mestih.

### **1.3.2 Sistemi zdravstvenega varstva v Evropi**

V Evropi so nastali prvi sistemi zdravstvenega varstva nasploh (Toth, 2003). Na tem območju imamo vse zgoraj naštetih modele razen tržnega. Vsi ostali modeli temeljijo na temelju solidarnosti ali vzajemnosti in sicer so države vpeljale sisteme javnih zdravstvenih zavarovanj, ki nekateri bolj nekateri nekoliko manj ščitijo vsakega posameznega prebivalca določene države v okviru zdravstvenega varstva. Pri teh sistemih v financiranju prevladujejo javna sredstva, pobrana iz naslova različnih davkov in prispevkov ali drugačnih načinov javnega obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma financiranja iz proračuna. Manjši del ostaja v rokah zasebnikov, čeprav se glede na nekatera trenutna katastrofalna stanja (ne)vzdržnosti kakršnegakoli (socialnega, političnega, zdravstvenega) sistema v določenih državah ta delež povečuje. Poznamo tri take modele.

### 1.3.2.1 Bismarckov model zdravstvenega varstva

Ta model je najstarejši, nastal je proti koncu 19. stoletja v Nemčiji in dobil ime po takratnem nemškem kanclerju Ottu Bismarcku. Model temelji na načelu obveznega javnega zdravstvenega zavarovanja, ki ga financirajo vse zaposlene osebe v državi. Delavci in delodajalci plačujejo odmerjen odstotek prispevkov neprofitni organizaciji, ki upravlja celotno javno zdravstveno področje v državi. Bolniške oziroma zdravstvene blagajne – so predstavniki države - se avtonomno pogajajo glede cen storitev in določajo tudi višino plač zaposlenim v zdravstveni veji javnega sektorja. Temelječ na solidarnosti, ta model v zdravstveno oskrbo zajema tudi osebe, ki ne plačujejo prispevkov iz delovnih razmerij (otroke, upokojene ipd.). Dovoljena so tudi zasebna zavarovanja in zasebna sredstva, vendar pa je večina storitev še vedno pokrita z javnimi sredstvi.

### 1.3.2.2 Beveridgeov model zdravstvenega varstva

Beveridgeov model je bil vzpostavljen v Veliki Britaniji po koncu 2. Svetovne vojne. Ta model temelji na predpostavki, da je država edina, ki lahko vsem prebivalcem zagotovi dostop do zdravstvenih storitev. Na primarni ravni je organizirana nacionalna zdravstvena služba (angl. *National Health Service*, v nadaljevanju NHS), ki ima z zdravniki vzpostavljen pogodbeni odnos ter jih plačuje glede na število oskrbovanih oseb. Sistem se financira iz proračuna oziroma iz pobranih davkov, višino udeležbe pa odreja država sama na vsakoletnih parlamentarnih sejah. Večina bolnišnic je javnih, dovoljene so tudi zasebne.

### 1.3.2.3 Semaškov model zdravstvenega varstva

Ta model se je razvil v Sovjetski zvezi v prvi polovici 20. stoletja. Po ideologiji je podoben Beveridgeovemu, razlikujeta pa se po politični ideološki naravnosti, saj Semaškov model poudarja državno lastnino in dostopnost do zdravstva vsem prebivalcem kot pridobitvi socializma. V skladu s socialistično ideologijo je tudi zdravstveni sistem centraliziran in v celoti poddržavljen (zasebne lastnine ni, tako tudi ni možno zasebno zdravstveno varstvo ali služenje na ta račun), financira pa se iz državnega proračuna. Danes ta model ni več v uporabi, vzhodnoevropske države, ki so ga uvedle po 2. svetovni vojni pa so do danes že bolj ali manj uspešno reformirale svoje zdravstvene sisteme.

*Tabela 1: Merila za razvrščanje držav po modelih*

	<b>Bismarckov m.</b>	<b>Beveridgeov m.</b>	<b>Semaškov m.</b>	<b>Tržni m.</b>
<b>financiranje</b>	prispevki delodajalcev, delojemalcev in drugih zavezancev	davki in državni proračuni držav, dežel in lokalnih skupnosti	državni proračun	zasebne zavarovalnice, zasebna sredstva

nadaljevanje

	<b>Bismarckov m.</b>	<b>Beveridgeov m.</b>	<b>Semaškov m.</b>	<b>Tržni m.</b>
<b>upravljanje</b>	samoupravno, v sodelovanju s predstavniki delodaj. in zavarovancev	državni organi ali upravni organi na nižjih ravneh	vlada oziroma ministrstvo za zdravje	zasebna združenja, agencije
<b>sprejemanje odločitev o pravicah zavarovancev</b>	organi upravljanja bolniških blagajn v skladu z državnimi zakoni	državni organi	državni organi	ni pravic
<b>vklučenost prebivalstva v sistem</b>	vsi prebivalci, ponekod izločene razne skupine	vsi prebivalci	vsi prebivalci	ni obvezne vključitve
<b>solidarnost, vzajemnost</b>	popolna	popolna	popolna	ne obstaja
<b>načrtovanje področja</b>	država in nosilci zavarovanj	država	država	delovanje trga

Vir: M. Toth, *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*, 2003, str. 148.

#### 1.3.2.4 Skupne značilnosti sistemov zdravstvenega varstva

Saltman, Busse in Figueras (2004, str. 28–29) poudarjajo, da so skupne značilnosti vseh modelov v Evropi naslednje:

- pravičnost in solidarnost,
- obveznost sodelovanja državljanov v zdravstvu,
- regulatorna vloga države,
- zdravstvene storitve so javna dobrina.

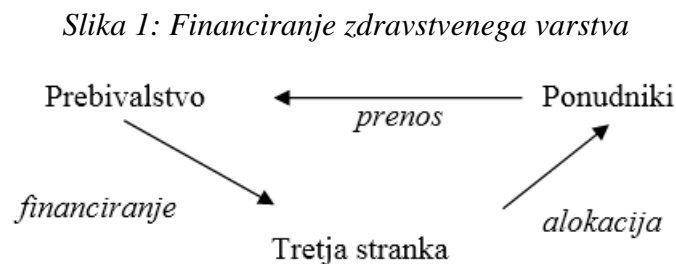
Načelo solidarnosti temelji na specifičnih smereh prelivanja sredstev, vgrajenih v sistem financiranja zdravstvenega varstva:

- od zdravih k bolnim,
- od mladih k starejšim,
- od premožnejših k manj premožnim,
- od posameznikov k družinam.

## 1.4 Financiranje zdravstvenega varstva

Financiranje zdravstvenega varstva se razlikuje od države do države. V osnovi se večinoma povsod v Evropski Uniji financira iz prispevkov in davkov in drugih transferjev iz državnih proračunov. Podroben pregled po državah sledi v naslednjem poglavju, v tem delu pa je predstavljena teorija tega področja.

Večina teorije iz tega področja je stara vsaj 10 let, vendar gre za ekonomske teoretične okvire, ki držijo še danes. Mossialos, Dixon, Figueras in Kutzin (2002, str. 2–13) navajajo poenostavljen graf financiranja zdravstvenega varstva:



*Vir: E. Mossialos et al., Funding health care: options for Europe, 2002, str. 8.*

Iz zgornje slike se lahko razbere, da so se sistemi zdravstvenega varstva razvili tako, da tretja stranka nudi prebivalcem zaščito pred finančnim tveganjem zaradi bolezni. Pred ustanovitvijo tretjih strank je potekala samo enostavna raven – direktno plačilo obolelih prebivalcev ponudniku zdravstvenih storitev. Ta tretja stranka je lahko zasebna zavarovalnica ali pa državna institucija, ki po sistemu vzajemnosti prerazdeljuje tveganja.

V nadaljevanju zgornji avtorji predstavljajo osnovno ekonomsko enačbo financiranja, ki pravi, da morajo biti pobrani prihodki enaki izdatkom, kar pa mora hkrati biti enako prihodkom in dobičkom ustvarjenih pri delavcih v sistemu.

$$TF+SI+PI+UC=P \times Q=W \times Z \quad (1)$$

Po zgornji enačbi so prihodki pobrani davki (TF), prispevki za socialno varnost (SI), dodatna in dopolnilna zdravstvena zavarovanja (PI) ter direktna (angl. *out-of-pocket*) plačila (UC). Izdatki so predstavljeni kot cena za opravljene storitve (P) množeno s količino (Q) opravljenih storitev, to dvoje pa naj bi bilo enako mešanici vloženi faktorjev (kot na primer material, delo) (W) pomnoženo s ceno teh inputov (Z).

Odlivi iz državnih zdravstvenih blagajn so vedno večji. Pomembno je ugotoviti, kako se financirajo ti odlivi – kdo plača zdravstveno varstvo državljanov določene države ter kako in koliko. Sistemi financiranja zdravstvenega varstva državljanov so različni in se, razen temeljnih lastnosti, razlikujejo prav v vsaki posamezni državi. Barnard (2000, str. 301)

meni, da zaradi narave sistemov socialnega varstva v državah članicah in različnih prioritet še nikoli ni prišlo do poskusa harmonizacije teh sistemov. Namesto tega, Evropska Unija stremi k usklajenosti raznih nacionalnih zakonodaj.

Glede na način financiranja običajno ločujemo med dvema modeloma. Državno vodeni model temelji na financiranju z davki, partnerski model pa temelji na financiranju s socialnimi prispevki. Financiranje sistemov se med državami Evropske unije nekoliko razlikuje, vendar je vsem skupna visoka stopnja solidarnosti. Ne glede na to, ali se strošek zdravstvenih storitev krije z davki ali s prispevkom, je plačnik vedno tretja oseba in ne bolnik sam (Čufar, 2007, str. 35).

## **2 PRISPEVKI ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO V EVROPSKI UNIJI**

### **2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov**

Za vsako posamezno državo Evropske unije bo v nadaljevanju opisno opredeljen gospodarski status države ter tabela s podatki o številu prebivalstva in bruto domačem proizvodu ter stopnji brezposelnosti in porabljenih sredstvih za zdravstvo. Zbrani podatki bodo uporabljeni pri nadaljnji analizi in v empiričnem delu magistrskega dela. Opisano bo financiranje zdravstvenega sistema v vsaki posamezni državi in predstavljeno bo, kaj vsakemu zavarovancu v posamezni državi nudi osnovno zdravstveno zavarovanje. Podatki bodo pridobljeni iz spletnih strani.

### **2.2 Pregled obveznih zdravstvenih prispevkov v državah Evropske unije**

#### **2.2.1 Evropska unija**

Evropska unija je politična in gospodarska unija 28 držav, ki je nastala po drugi svetovni vojni kot gospodarska unija šestih držav, največjo ekspanzijo pa je doživela leta 2004, ko je bila med devetimi novimi državami članicami v unijo sprejeta tudi Slovenija. Vsaka država članica ima kljub članstvu v uniji tudi svojo avtonomijo in določeno svobodo pri urejanju svojega pravnega reda. Tako kljub temu, da Evropska unija sprejema pravne akte, ki so zavezujoči (uredbe in direktive) ali pa ne (mnenja in priporočila), do danes še ni uzakonjen enoten sistem zdravstvenega varstva, ki bi bil zavezujoč za vse države članice (European Commission, 2015).

#### **2.2.2 Avstrija**

Avstrija ima eno izmed najmočnejših gospodarstev v Evropski Uniji. V sicer tesni povezanosti z nemškim gospodarstvom, se v Avstriji razvija visoka konkurenčnost proizvodnje (visoka produktivnost, družinsko vodena srednje velika podjetja in

inovativnost na področju tržnih niš). Prebivalci in podjetja niso visoko zadolženi, v letu 2014 se je brezposelnost manjšala in tako se večja domača potrošnja. Več je brezposelnih starejših ljudi, manj pa mlajših, ki jih podjetja zaposlujejo kot vajence takoj po zaključku šolanja (Coface, 2014a).

*Tabela 2: Avstrija*

Število prebivalcev v milijonih	8.474
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	415.84
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	7,60
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	11,5

*Vir: Coface, Austria, 2014a; Trading Economics Austria, 2014a; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

V Avstriji sistem financiranja državne zdravstvene blagajne temelji na načelu solidarnosti – zaposleni z večjimi zaslužki plačujejo višje prispevke in tako pomagajo financirati koristi (angl. *benefits*) za tiste z nižjimi. V zdravstvu se prepletata obvezno in privatno zdravstveno zavarovanje. Obvezno zdravstveno zavarovanje pokriva skoraj celotno populacijo, zato je privatno zdravstveno zavarovanje organizirano kot dodatno zavarovanje (European Commission, 2013a).

Socialna varnost (zdravstveno, pokojninsko, nezgodno zavarovanje) se v Avstriji financira od prispevkov delavcev in delodajalcev ter samozaposlenih. Delavec in delodajalec odvajata skupaj 7,65 % bruto plače za zdravstveno varstvo zaposlene zavarovane osebe – praviloma si delita obveznost na pol, če gre za delo ti. belih ovratnikov – na primer pisarniških delavcev. Višji odstotek (3,95 %) plačajo delavci, ki opravljajo fizična dela in prejemajo plačilo glede na opravljene ure na primer v tovarnah (modri ovratniki). Delodajalec je delavcu dolžan plačati 3,70 % zaslužka za zdravstveno varstvo. Vsako leto država na novo določi socialno kapico (angl. *maximum contribution*) do katere se plačujejo obvezni prispevki (4.440 evrov mesečno za stalno zaposlene, za nestalno zaposlene pa 8.880 evrov mesečno v letu 2013).

Osebe, ki zaslužijo manj kot 395,31 evrov mesečno (v letu 2014), so izvzete iz plačila prispevkov od bruto plače za obvezna zavarovanja in imajo na voljo prostovoljno zdravstveno in pokojninsko zavarovanje.

Samozaposleni delavci v Avstriji plačujejo prispevke v višini 7,65% za zdravstveno zavarovanje obdavčljivega dohodka. Socialna kapica v letu 2013 za samozaposlene je 5.180 evrov na mesec. Tako imenovani 'novo samozaposleni delavci', ki imajo pogodbo o delu, niso pa člani Gospodarske zbornice (umetniki) so opravičeni plačila prispevkov, če njihov prihodek ne presega 4.515,12 evrov letno ali če prihodek ne presega 6.453,36 evrov



letno in je oseba prejela tudi druge prihodke od katerih je poravnala socialne prispevke (PwC, 2013).

Avstrija ima po celi državi tako imenovane pogodbene zdravnike, ki zaračunavajo storitve neposredno državi, zato prebivalcem, ki te zdravnike obiščejo, ni potrebno doplačevati nobenih storitev. Pacienti lahko obiščejo tudi druge (zasebne) zdravnike, država jim v tem primeru povrne do 80 % cene opravljene storitve. Kritje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja obsega preventivne zdravniške preglede, zdraviliška zdravljenja in preventivne rehabilitacijske ukrepe za preprečevanje poslabšanja zdravstvenega stanja. Zavarovanci in njihovi družinski člani so upravičeni do storitev splošnih zdravnikov, specialistov in zobozdravnikov, v določenih primerih pa tudi do zdravil in medicinskih pripomočkov, ki jih predpiše osebni zdravnik. Avstrijci morajo plačati 5,30 evrov za vsak izdan recept, razen če so socialno ogroženi ali pa gre za recepte za infekcije (European Commission, 2013a).

### 2.2.3 Belgija

Belgija je ena izmed držav ustanoviteljic Evropske unije. V Belgiji imajo sedež poleg Evropskih institucij tudi velike svetovne skupine in mednarodne organizacije hkrati pa imajo tudi 2. največje pristanišče (Antwerp). Prebivalstvo je malo zadolženo in zelo varčevalno naravnano (privarčujejo 15 % razpoložljivega dohodka). Zaradi svojega poklicnega izobraževanja ima visoko kvalificirano delovno silo (Coface, 2014b).

*Tabela 3: Belgija*

Število prebivalcev v milijonih	11.143
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	508.12
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	8,50
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	10,8

*Vir: Coface, Belgium, 2014b; Trading Economics, Belgium, 2014b; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Belgijski zdravstveni sistem pokriva vse legalno prijavljene ljudi v državi. Minimalna plača v Belgiji se giblje med 1.500 in 1.560 evri, glede na dobo služenja. Financiranje zdravstvenega zavarovanja pri zaposlenih delavcih je v Belgiji organizirano tako, da delavec plača 3,55 % od bruto plače, delodajalec pa 3,80 % na bruto plačo. Plačila izvaja delodajalec. Prispevki za socialno varnost v Belgiji za zaposlene nimajo socialne kapice – torej ni maksimuma do katerega se le ti plačujejo (Sociale Verzekeringsbank, 2014a).

Samozaposleni delavci v Belgiji plačujejo prispevke četrletno, na podlagi izračuna prihodkov v prvih treh letih. V prvih treh letih – do referenčnega leta - Belgijski samozaposleni plačujejo pavšalne prispevke. V letu 2015 se bo ta zakon spremenil in bodo

samozaposleni morali plačevati prispevke glede na tekoči zaslužek. Pri samozaposlenih obstaja kapica in sicer pri zaslužku 81.648,49 evrov v letu 2013, so maksimalni prispevki za socialno varnost letno 15.905,32 evrov, minimalno pa 2.822,72 evrov letno. Samozaposleni prispevajo 7,35 % za zdravstveno varstvo preko četrtletnih plačil v sklad. (Business Belgium, 2014)

V Belgiji sistem deluje tako, da zavarovanec lahko obišče kateregakoli zdravnika ali zobozdravnika, vendar mora pri njemu plačati storitev. Ob predložitvi ustreznih potrdil, mu stroške povrnejo do določenega odstotka oziroma do določene cene, ki jo Sklad za zdravstveno varstvo plača za takšno storitev. Belgijci plačujejo tudi za zdravila in sicer razliko med ceno zdravila in pokritjem iz Sklada, prav tako morajo plačati za zdravila med bolnišnično oskrbo in del bolnišnične oskrbe same. Nosilec zdravstvenega zavarovanja v Belgiji za vse storitve vrača sredstva v skladu z zakonsko določenimi tarifami (European Comission, 2013b).

#### 2.2.4 Bolgarija

Bolgarija je država, ki je v letu 2007 med zadnjimi postala članica Evropske unije. Njen javni dolg je med najnižjimi v Evropski uniji, sicer pa je med revnejšimi državami po bruto domačem proizvodu. Delovna sila v Bolgariji je izredno poceni, kljub temu pa država trenutno beleži 23,20 % brezposelnost med mladimi. V letu 2013 je imela Bolgarija gospodarsko krizo, ki jo je izzvalo izrazito zmanjšanje potrošnje gospodinjstev, ki je posledica visoke stopnje brezposelnosti (Coface, 2014c).

*Tabela 4: Bolgarija*

Število prebivalcev v milijonih	7.246
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	53.01
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	11,40
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	7,4

*Vir: Coface, Bulgaria, 2014c; Trading Economics, Bulgaria, 2014c; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Bolgarski zdravstveni sistem, temelječ na solidarnosti, se financira iz prispevkov za socialno varnost zaposlenih, samozaposlenih in zaposlenih v javnem sektorju, delno pa tudi iz državnega proračuna. Minimalna plača v Bolgariji znaša 340 bolgarskih levov (približno 174 evrov). Prispevki za zdravstveno varstvo znašajo v celoti 8 % bruto plače in se med delodajalcem in delavcem delijo v razmerju 60:40. Socialna kapica je nastavljena na zaslužku 2.400 bolgarskih levov (približno 1.231 evrov), (SKM, 2014).

Samozaposleni delavci v Bolgariji plačujejo prispevke individualni v skupni višini 38 % obdavčljive osnove, ki je izračunana kot razlika med prihodki ustvarjenimi z delovnimi

aktivnostmi ter davčno dovoljenimi stroški. Največji delež, 29 % je za pokojninski sklad, 6 % za zdravstveno varstvo, preostali 3 % pa so prostovoljna vplačila za rodniško varstvo. Če ima samozaposlena oseba družinske člane, ki niso samostojno zavarovani, se zdravstveni prispevek dvigne za 0,5 % za vsakega nezavarovanega člana. (European Commission, 2013c).

Obvezno zdravstveno zavarovanje v Bolgariji zavarovancem omogoča dostop do zakonsko predpisanih zdravstvenih in zobozdravstvenih dejavnosti. Ministrstvo izdaja seznam bolezni, za katere Nacionalni sklad za zdravstveno zavarovanje v celoti ali vsaj delno povrne stroške zdravljenj in drugih medicinskih dodatkov in pripomočkov. V Bolgariji morajo vsi zavarovanci doplačati 1 % minimalne plače kot pristojbino za vsak obisk zdravnika ter 2 % minimalne plače pristojbine za vsak bolnišnični dan do 10 dne bivanja v bolnišnici. Od teh plačil so izvzete določene socialne skupine zavarovanega prebivalstva. Če je oseba zaradi neplačevanja izgubila pravico do zavarovanja, mora stroške zdravljenja pokriti sama (European Commission, 2013c).

### 2.2.5 Ciper

Ciper je otok, ki ga delimo na 'grški' in 'turški' del, v Evropski uniji je samo 'grški' del, južni dve tretjini otoka. V letu 2013 jih prizadela huda bančna kriza, saj je bil bančni sektor skoraj 5krat večji od bruto domačega proizvoda. Ciprčani so zelo zadolženi – tako javni in zasebni dolg sta ogromna. V državi gospodarske razmere trenutno ureja Evropska trojka. Brezposelnost mladih znaša 35,40 % in je med najvišjimi na območju Evropske unije (Coface, 2014d).

*Tabela 5: Ciper*

Število prebivalcev v milijonih	0.881
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	22.82
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	14,90
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	7,3

*Vir: Coface, Cyprus, 2014e; Trading Economics, Cyprus, 2014e; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Na Cipru je mreža socialnih zavarovanj financirana s strani delavcev, delodajalcev, samozaposlenih in države same. Mnogi Ciprčani in ostali rezidenti se zavarujejo tudi dodatno, s privatnimi zavarovalnimi shemami, saj omogočajo večji izbor zdravnikov in bolj kakovostne storitve (Deloitte, 2013).

Zaposleni in delodajalci plačujejo socialne prispevke v Socialni sklad, od koder se dalje razdeljujejo po potrebi za pokojnine, zdravstvo in ostale socialne transferje. V letu 2013 so delavci in delodajalci plačevali za zdravstvo 6,8 % (v letu 2014 7,8 %) in država je v sklad

dodala še 4,3 % obdavčljivih prihodkov. Tedenska socialna kapica je v letu 2013 znašala 1.046 evrov tedensko oziroma 4.533 evrov mesečno. V letu 2013 je na Cipru veljala minimalna plača v višini 924 evrov.

Samozaposleni Ciprčani plačujejo socialne prispevke četrletno v višini 12,6 % obdavčljivih prihodkov za leto 2013 (13,6 % v 2014), država pa jim v ta sklad prav tako doda 4,3 %. V primeru zamude pri plačilih, država samozaposlenim in delodajalcem zaračuna kazen v višini 3 % na zamujen znesek za vsak mesec zamude, zdravstveno zavarovanje pa se jim ne prekine (Angloinfo, 2014).

Na Cipru je obseg kritja povezan z dohodki posameznika ali družin, brezplačna zdravstvena oskrba pripada le tistim, ki zaslužijo minimalno plačo ali malenkost več, ter osebam, ki so dolgotrajno bolne, družinam, ki imajo več kot tri otroke in prejemnikom socialne pomoči. Zavarovanci obiskujejo državno potrjene zdravnike, ki jih po potrebi napotijo na specialistično zdravljenje. Če obiščejo privatnega zdravnika, niso upravičeni do povračil stroškov iz državne blagajne. Kritje obsega storitve splošnih zdravnikov in specialistov, bolnišnične storitve in sprejem v bolnišnico, zdravila in ostale potrebne farmacevtske izdelke, nujno medicinsko pomoč in pa zobozdravstveno varstvo, brez protetike (European Commission, 2013e).

## 2.2.6 Češka

Povečanje povpraševanja iz Evrope (predvsem Nemčije, kamor Češka izvažata 35 % celotnega izvoznega blaga) bo Češki pomagali v letu 2014 iz recesije. Tudi sicer je Češka privlačna država za tuje investitorje, zaradi poceni delovne sile in visoko razvite industrije. Čehi se niso soočili s kreditnim krčem za financiranje privatnega sektorja, zato se domača potrošnja večja (Coface, 2014e).

*Tabela 6: Češka*

Število prebivalcev v milijonih	10.527
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	198.45
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	7,40
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	7,7

*Vir: Coface, Czech Republic, 2014f; Trading Economics, Czech Republic, 2014f; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Češki obsežen zakonsko določen sistem socialnega zavarovanja, temelječ na solidarnosti predvideva plačila socialnih prispevkov vseh zaposlenih in njihovih delodajalcev ter samozaposlenih. Država sofinancira določene socialne transferje (ne zdravstvenega). Imajo dve obvezni shemi v kateri vplačujejo prispevke – državno shemo za zdravstveno zavarovanje in državno shemo za socialno zavarovanje, ki sta zakonsko ločeni in imata

tudi zakonsko določene drugačne pogoje (PwC, 2013).

Delavci in delodajalci si delijo breme plačila socialnih prispevkov za zdravstveno varstvo in sicer delodajalec plača 9 %, zaposleni pa 4,5 % dohodka iz zaposlitve. Na zdravstvene prispevke do leta 2015 ne obstaja socialna kapica, minimalna plača na Češkem pa znaša 8.500 čeških kron (približno 308 evrov mesečno).

Samozaposleni na Češkem plačajo za zdravstveno shemo 13,5 % določene osnove, ki je prav tako brez socialne kapice za določeno obdobje 2013 do 2015 (EY, 2014a).

Na Češkem zdravstveno zavarovanje zagotavlja 8 zavodov za zdravstveno zavarovanje, ki so organizirani kot neodvisne pravne osebe. Pogodbeni zdravniki in zobozdravniki ter bolnišnice so zavarovanim osebam na voljo z doplačili v višini 1,2 evra do 4 evre pri izvajalcih storitev in bolnišnicah, razen za socialno ogrožene segmente prebivalcev. Izvzeti plačila pristojbin so tudi otroci pred 18. letom ter nekateri kronični bolniki in nosečnice. Stroški za zobozdravstvene storitve so povrnjeni v skladu z zakonom (European Commission, 2013f).

### 2.2.7 Danska

Danci imajo nizek javni toda najvišji privatni dolg na svetu (okoli 295 % razpoložljivega dohodka), vseeno pa se je v letu 2013 rahlo povečala domača potrošnja, zato so zabeležili gospodarsko rast. Njihova velika prednost je samozadostnost pri oskrbi z energijo in vložki v nišne industrije kot so obnovljivi viri in biotehnologija. Danska je tudi peti največji morski prevoznik na svetu (Coface, 2014g).

Tabela 7: Danska

Število prebivalcev v milijonih	5.591
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	330.81
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	4,10
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	11,2

Vir: Coface, Denmark, 2014g; Trading Economics, Denmark, 2014g; The World Bank, Health Expenditure, 2014.

Danska ima netipičen sistem zbiranja socialnih prispevkov. Delavec in delodajalec si delita le plačila v sklad za pokojnine, zdravstveno varstvo pa se financira iz davkov. Danska je država z najnižjimi prispevki za socialno varnost. Zaposleni in samozaposleni plačajo 8% celotnega zaslužka v državni proračun kot dohodnino (angl. *personal income tax*) nato pa poleg ostalega tudi najmanj 6 % prispevke za zdravstveno varstvo za zaslužke nad osebno davčno stopnjo - nad 42.000 danskih kron (približno 5.640 evrov), (Deloitte, 2014).

Danci nimajo zakonsko določene minimalne plače, so pa le te določene po kolektivnih pogodbah, za vsak segment zaposlenih ločeno, vendar pa Danci zaslužijo najmanj 20 dolarjev na uro (WageIndicator, 2014).

Na Danskem si zavarovanci, ko se zavarujejo, izberejo osebnega zdravnika, ki ima pogodbo z državo. Ta jih lahko nato napoti na specialistično zdravljenje ali hospitalizacijo, če je potrebno. Pri takšnem poteku je zdravstveno varstvo brezplačno. Zavarovanci lahko izberejo tudi zdravnika, ki nima pogodbe in sam določa cene, ki jih zavarovanci plačajo. Povrnjen dobijo enak del kot če bi obiskali pogodbenega zdravnika. Zobozdravstveno varstvo je sicer vključeno v shemo, toda ni popolnoma brezplačno (European Commission, 2013g).

## 2.2.8 Estonija

Estonija je država z zelo ugodnim poslovnim okoljem, zato se vanjo zlivajo mnoge tuje in domače investicije. Veliko vlagajo v sektorje z visoko dodano vrednostjo kot sta elektronika in IT. Domača potrošnja je bila v letu 2013 povečana, zato je imela država gospodarsko rast. Estonija ima na Evro območju najnižji javni dolg. Kljub vsemu se Estonci množično izseljujejo na Finsko, kjer naj bi bile življenjske razmere (še) ugodnejše (Coface, 2014g).

*Tabela 8: Estonija*

Število prebivalcev v milijonih	1,34
Bruto domači proizvod v milijardah (2013)	24,48
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	6,90
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	5,9

*Vir: Coface, Estonia, 2014h; Trading Economics, Estoniag, 2014h; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Estonski delodajalci so zavezani k plačilu 33 % tako imenovanega socialnega davka (angl. *social tax*), s katerim pokrivajo celotne zdravstvene in pokojninske prispevke. Višina zdravstvenega prispevka v Estoniji znaša 13 %, razlika pa je namenjena financiranju pokojnin. Delojemalci nimajo obveznosti za ta dva socialna prispevka. Za plačilo prispevkov iz delovnega razmerja v Estoniji ni socialne kapice (EY, 2014b).

Minimalna plača v letu 2014 v Estoniji znaša 355 EUR mesečno (WageIndicator, 2014).

Samozaposleni Estonci prav tako plačujejo socialni davek in 13 % zdravstvene prispevke od svojih čistih poslovnih prihodkov. V letu 2013 je za samozaposlene veljala socialna kapica 52.000 EUR letno. Samozaposleni plačujejo prispevke četrletno, minimalno obvezno plačilo je 1.148,40 EUR letno (EY, 2014b).

Zavarovanci za zdravstvene storitve so v Estoniji vsi zaposleni, samozaposleni in njihovi zakonci. Pravice iz zdravstvenega zavarovanja imajo tudi otroci pred 19. letom, študentje do 24. leta, nosečnice in prejemniki državnih pokojnin. Nosilec zdravstvenega varstva je Nacionalna zdravstvena služba v okviru katere si lahko zavarovanec izbere kateregakoli splošnega zdravnika. Ponudniki zdravstvenih storitev lahko zahtevajo do 5 evrov doplačila za izven bolnišnično zdravljenje, bolnišnice pa 2,5 evra dnevno do vključno desetega dneva (European Commission, 2013h).

### 2.2.9 Finska

Finska je država, ki veliko investira v raziskave in razvoj, zato premorejo tudi najsodobnejše industrije, vendar pa jim še vedno primanjkuje konkurenčnosti. Bančni sektor je na Finskem zelo odvisen od Švedskega in Danskega. Državna približno 8 odstotna brezposelnost in padajoča potrošnja gospodinjstev zaradi znižanja plač in povišanja nekaterih davkov negativno vplivata na gospodarsko rast, zato je bila država v letu 2013 še vedno v recesiji. Kljub temu imajo Finci visok življenjski standard (Coface, 2014i).

*Tabela 9: Finska*

Število prebivalcev v milijonih	5.451
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	256.84
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	7,40
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	9,10

*Vir: Coface, Finland, 2014i; Trading Economics, Finland, 2014i; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Obvezno zdravstveno zavarovanje na Finskem financirajo občine iz lokalnih proračunov in pristojbine, ki jih plačajo bolniki pri zdravnikih. Občine delno financira država, delno pa zaposleni in delodajalci ter samozaposleni z obveznimi prispevki. Zaposleni plačujejo 2,16 % bruto plače v letu 2014 (v letu 2013 je prispevek zaposlenih znašal 2,04 %) za zdravstveno zavarovanje, ki je sestavljeno iz nadomestila za zdravstveno nego in nadomestila za kritje bolnišničnih dni. Delodajalci plačajo v letu 2014 2,14 % bruto plače (v letu 2013 pa 2,04 %), (ELO, 2014).

Minimalna plača na Finskem ni določena za celotno državo, je pa določena v kolektivnih pogodbah za vsak sektor gospodarstva. (WageIndicator, 2014).

Samozaposleni na Finskem so v letu 2013 morali plačevati 2,18 % prispevek od prijavljenih prihodkov za zdravstveno zavarovanje, v letu 2014 pa se je le ta povečal na 2,29 %. Na prispevke na Finskem ni socialne kapice (ELO, 2014).

Sistem javnih zdravstvenih storitev na Finskem je organiziran tako, da oskrbo izvajajo javne bolnišnice in zdravstveni centri, za zagotavljanje storitev pa skrbijo lokalne oblasti. Finci plačujejo za predpisana zdravila v lekarnah celoten znesek, nato lahko zahtevajo povračilo, ki znaša 35 % zneska. Prav tako pri zdravnikih in zobozdravnikih plačujejo pavšalne pristojbine, v bolnišnicah pa dnevne pristojbine. Od socialnega zavarovanja nato lahko zahtevajo povračilo, ki je manjše od celotnih stroškov. Finci lahko zahtevajo tudi povrnitev stroškov zdravstvenih storitev zasebnega sektorja (European Commission, 2013i).

## 2.2.10 Francija

Francija je na vrhu svetovnih turističnih destinacij in vodilna kmetijska sila, ki ima kakovostno infrastrukturo in javne storitve. Zaradi nezadostnega števila družb izvoznik izgublja na konkurenčnosti, ki jo po drugi strani gradijo kvalificirana delovna sila in velike mednarodne skupine v različnih panogah (energetika, farmacevtski izdelki, luksuzne dobrine, hrana ipd.). Gospodinjstva imajo visoko raven prihrankov in so nizko zadolžena medtem ko je javni dolg visok (92 % BPD in narašča). Brezposelnost mladih je 24,3 % (Coface, 2015a).

*Tabela 10: Francija*

Število prebivalcev v milijonih	63.951
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	2.902.33
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	10,40
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	11,60

*Vir: Coface France, 2015a; Trading Economics France, 2015a; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Francoski sistem socialne varnosti je razdeljen v pet shem:

- shema za zaposlene
- shema za samozaposlene
- shema za samozaposlene kmete
- shema za javne uslužbence
- shema za zaposlene v javno zasebnih industrijah

Sistem socialne varnosti se financira s prispevki za nacionalno zavarovanje, ki jih plačujejo delavci in delodajalci (PwC, 2013).

Do zdravstvenega varstva so upravičene osebe, ki so zaposlene ali samozaposlene, ali pa redno in zakonito prebivajo na francoskem ozemlju, ter njihovi vzdrževani člani. Osnovni pogoji za pridobitev pravic iz naslova zdravstvenega varstva v Franciji, so kvote opravljenih ur ali zneski prispevkov (European Commission, 2013j).

Delodajalci v Franciji odvajajo 13,10 % bruto plače za obvezno zdravstveno zavarovanje zaposlenih, delavci pa še 0,75 %. Zdravstveni prispevki v Franciji nimajo socialne kapice



in se plačujejo od celotnega zaslužka zaposlenega, ne glede na višino tega zaslužka (Cleiss, 2015).

Prispevki samozaposlenih v Franciji so odvisni od narave dela podjetnika. Prispevki so določeni v enem znesku torej podobno kot socialni davek za vsako vrsto dela posebej. Delijo se na poslovne dejavnosti, ki vključujejo prodajo blaga, predmetov ali hrane, na poklicno dejavnost, ki vključuje katerokoli vrsto samozaposlitve in pa obrtno dejavnost, ki je določena kot proizvodnja storitev ali izdelkov. Komercialisti plačujejo najmanj 14,20 % na zaslužek, obrtniki pa največ, 24,90 % od zaslužka. Podrobnejše sheme niso dosegljive. (Auto Entrepreneur, 2015).

Zavarovanec in njegovi vzdrževani člani so upravičeni do povračila dela stroškov za zdravstveno varstvo. Iz različnih sistemov se krije približno 75 % izdatkov za zdravstveno varstvo. Del stroškov krijejo bolniki sami (doplačila), čeprav so v nekaterih primerih lahko oproščeni teh doplačil. Bolniki krijejo tudi pavšalna nadomestila za zdravstvene posege ter zdravstvene dodatke za zdravila, medicinski prevoz in paramedicinsko posredovanje. Zavarovancem delodajalci sklenejo kolektivna dodatna zavarovanja, s katerimi nadomestijo razlike med povračili iz obveznega sistema in dejanskimi stroški zdravstvene oskrbe. V Franciji bolniki plačajo za storitve pri zdravnikih in jim nato nosilec zavarovanja v skladu s stopnjo obveznosti kritja znesek le te povrne (European Commission, 2013j).

### 2.2.11 Grčija

Grčija, zibelka kulture in evropska turistična velesila, je bila 6 let v globoki gospodarski recesiji. Kriza je državo veliko bolj prizadela zaradi visokih privatnih in državnih dolgov (skoraj 174 % bruto domačega proizvoda v letu 2013 in še narašča) ter zaradi slabe javne uprave in ne-transparentnosti njenega poslovanja. Nadzor nad gospodarjenjem z državnim denarjem je prevzela Evropska trojka. Za pomoč pri izhodu iz krize je Evropska unija prispevala Grčiji okoli 110 milijard evrov. Brezposelnost mladih je v Grčiji 51,50 % in je najvišja v celotni Evropski uniji (Coface, 2014k).

*Tabela 11: Grčija*

Število prebivalcev v milijonih	11.256
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	241.72
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	26,40
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	9,30

*Vir: Coface, Greece, 2014k; Trading Economics, Greece, 2014k; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Grški sistem zbiranja sredstev je tristranski – plačujejo delavci, delodajalci in država. Ta sistem izvajajo samoupravne organizacije za socialno varnost. Največja in najbolj splošna

je IKA in ima približno 5,5 milijonov zavarovancev za katere pokriva zdravstveno zavarovanje in pa 0,83 milijona upokojencev, za katere izplačuje pokojnine. Nekatere organizacije imajo zavarovance samo iz določenih sektorjev. Delavci plačujejo 16,50 % svoje bruto plače za socialni davek, delodajalci pa 27,46 % na bruto plačo. Socialna kapica je nastavljena na 5.543,55 evrov dohodka. Podatkov o porazdelitvi za zdravstveno zavarovanje ni, saj je le to vse vključeno v plačilo socialnega davka (European Commission, 2013).

Samozaposleni v Grčiji se morajo socialno zavarovati pri Grškem skladu za samozaposlene in odvajati 20% osnove določene na skladu. Sklad določa 10 razredov od katerih se plačujejo prispevki in podjetnik napreduje v višji razred vsaka 3 leta (PwC, 2013).

Pravico do zdravstvenega varstva imajo skoraj vsi prebivalci Grčije, ki so vključeni IKA-ETAM in njihovi vzdrževani člani, brezposelni in upokojenci. V okviru zdravstvenega zavarovanja so zagotovljene storitve zdravniške oskrbe, laboratorijske preiskave, zobozdravstvena oskrba, bolnišnična oskrba, zdravila in ostala dodatna sredstva ter terapije in zdravljenja v zdraviliščih. Stopnja lastne udeležbi pri plačilu teh storitev je določena v pravilniku EOPYY (Nacionalna organizacija za določbe o zdravstvenih storitvah), le ta pa ne sme biti višja od 25 % celotne vrednosti pripomočkov. Zdravstvene storitve izvajajo javne in registrirane zasebne bolnišnice. Pri obisku javne bolnišnice ali družinskega zdravnika doplačilo za storitve ni zahtevano, pri zasebnikih pa je potrebno plačati predujem, ki ga nato zavarovanci prejmejo povrnjenega (European Commission, 2013).

### **2.2.12 Hrvaška**

Hrvaška, zadnja pridružena članica, po petih letih recesije beleži šibko rast gospodarstva. Gospodinjstva na Hrvaškem so visoko zadolžena (precej tudi v tujini) in nimajo nobenih prihrankov. Brezposelnost mladih je celo 41,70 %. Hrvaška, ki ima poleg turizma razvito še kmetijsko ter trgovinsko industrijo, strogo izvaja ukrepe proti delu na črno (davčne blagajne, inšpekcijske nadzore), s katerimi želijo izboljšati gospodarski položaj. Z vstopom v EU naj bi država pridobila več tujih neposrednih investicij za nadaljnje izboljšanje industrije in konkurenčnosti na tem področju (Coface, 2014d).

Tabela 12: Hrvaška

Število prebivalcev v milijonih	4.281
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	58.325
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	17,80
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	6,8

Vir: Coface, Croatia, 2014d; Trading Economics, Croatia, 2014d; The World Bank, Health Expenditure, 2014.

Hrvaška ima v primerjavi z do zdaj predelanimi državami drugačen sistem, ki sicer prav tako temelji na solidarnosti. Poleg obveznega zavarovanja na Hrvaškem obstajajo tudi dodatno, dopolnilno in privatno zavarovanje, ki omogočajo večji obseg pravic in kvalitetnejšo storitev (HZZO, 2014).

Zaposleni delavci svoj del socialnih prispevkov plačujejo le za pokojninsko zavarovanje, njihovo zdravstveno zavarovanje pa v celoti pokrivajo delodajalci in sicer v višini 13 % na bruto plačo. Socialna kapica za plačilo socialnih prispevkov pa znaša 47.202 hrvaških kun (približno 6.466 evrov) mesečno, vendar velja samo za delavčeve prispevke, za delodajalčeve pa ne (PwC, 2013).

Minimalna bruto plača na Hrvaškem znaša 3.071,16 hrvaških kun (približno 415 evrov) (WageIndicator, 2014).

Osnova za plačilo socialnih prispevkov samozaposlenih na Hrvaškem je povprečna plača v določenem letu pomnožena s koeficienti, ki jih določi država. Samozaposleni plačajo 13 % določene osnove za obvezno zdravstveno zavarovanje (PwC, 2013).

Hrvaški zavarovanci praviloma ne doplačujejo storitev pri zdravnikih, osnovno in potrebno specialistično zdravljenje, hospitalizacija ali dentalne storitve ter zdravila na recepte so brezplačni. Osnovno zdravstveno zavarovanje pokriva določen del zdravstvene storitve, razliko pa pokriva dodatno zdravstveno zavarovanje (če ga zavarovanec ni sklenil, storitev doplača sam), (European Commission, 2013d).

### 2.2.13 Irska

Irska je v letu 2013 zabeležila rahlo gospodarsko rast, kljub padcu potrošnje gospodinjstev, se je povečalo zunanje povpraševanje. V tej državi so prisotne velike multinacionalne družbe, imajo napreden davčni sistem in podjetništvu prijazno okolje, zato je razvoj hitrejši in učinkovit. V letu 2010 je irski bančni sistem doživel hudo krizo, zato se je država tega leta zadolžila in ta dolg še vedno odplačuje (trenutno je na višini okoli 121 % bruto domačega proizvoda), bančni sektor pa si prav tako še ni opomogel v celoti (Coface, 2014m).

Tabela 13: Irska

Število prebivalcev v milijonih	4.613
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	217.82
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	11,10
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	8,10

Vir: Coface, Ireland, 2014m; Trading Economics, Ireland, 2014m; The World Bank, Health Expenditure, 2014.

Irska pobira davke od izplačanih plač preko PRSI (angl. *Pay Related Social Insurance*), ki zajema pravzaprav vsa izplačila iz delovnega razmerja, vključno z bonitetami. PRSI je davek po razredih, večina zaposlenih plačuje prispevke v razredu A- zaposleni 4 % na bruto plačo in delodajalci 10,75 % na bruto tedensko plačo. Tedni se štejejo od 1. januarja vsako leto. Če je tedenska plača pod 352 evri, delavci ne plačajo prispevkov, delodajalci pa le 8,5 % na bruto plačo. Razredi B,C,D in H so za zaposlene v javni upravi, razred J pokriva starejše zaposlene nad 66 leti, razred K v letu 2014 po novem obdavčuje tudi prejemnike drugih prejemkov nepovezanih z delom kot na primer najemnine in razred M prejemnike poklicnih pokojnin, ki so obdavčeni po znižanih stopnjah PRSI. Zaposleni delavci imajo s plačilom zgoraj navedenih prispevkov oziroma davka pravico do starostnih pokojnin in zdravstvenega varstva v omejenem obsegu (Citizens Information, 2014).

V razred S spadajo samozaposleni, ki so ne glede na zaslužek obdavčeni 4 % od celotnih prihodkov iz samozaposlitve. S tem davkom imajo pravice samo do starostne pokojnine, ne pokriva pa zdravstvenega zavarovanja (Citizens Information, 2014).

Za upravljanje in zagotavljanje zdravstvenih in osebnih socialnih storitev je na Irskem pristojna Zdravstvena služba (angl. *Health Service Executive*, v nadaljevanju HSE). Zagotavlja najrazličnejše storitve v bolnišnicah in skupnostih po vsej državi. Pravica do zdravstvenih storitev je odvisna predvsem od prebivališča in materialnega položaja in sicer obstajata dve kategoriji upravičencev:

1. polna upravičenost – imetniki izkaznice za zdravstvene storitve – osebe, ki niso zmožne plačevati storitev splošnih zdravnikov zase ali za njihove vzdrževane osebe. Poleg brezplačnih zdravstvenih storitev so opravičeni plačila zdravstvenih prispevkov in imajo tudi druge ugodnosti na predvsem na področju šolstva.
2. delna upravičenost – osebe imajo omejeno upravičenost do vseh bolnišničnih storitev, če plačujejo prispevke ter specialističnih storitev razen zobozdravstva in oftalmoloških (zdravljenje očesnih bolezni) in avdioloških (težave s sluhom) storitev, pripadajo jim še porodniška oskrba in nega novorojenčkov med nosečnostjo in 6 tednov po porodu ter povračila stroškov za zdravila, ki presegajo mejo 132 EUR (razen v okviru sistema dolgotrajnih bolezni, ko so zdravila brezplačna). Tudi te osebe imajo lahko kartico za obisk splošnega zdravnika, s katero je ta storitev zanje brezplačna.

Osebe s polno upravičenostjo morajo izbrati zdravnika, ki je v pogodbenem razmerju s HSE. Osebe z delno upravičenostjo, ki imajo kartico za obisk splošnega zdravnika prav tako izberejo iz seznama zdravnikov pogodbenikov, ostale pa lahko zasebnega splošnega zdravnika izberejo brez omejitev (European Commission, 2013n).

## 2.2.14 Italija

V Italiji ima pomembno vlogo industrija ter visoko dobičkonosni nišni produkti kot so luksuzna oblačila, oprema za dom in kmetijska živila. Prav tako je država bogata s turističnimi sredstvi. Gospodinjstva so malo zadolžena in sposobna varčevanja, medtem ko je javni dolg zelo visok (132 % BDP). Jug države še vedno ne sledi razvoju in je celo še nazadoval, hkrati je veliko davčnih utaj, kjer država izgublja denar. V letu 2014 naj bi država počasi izšla iz recesije, saj naj bi banke sprostile kreditni krč, kar bi posledično spodbudilo investiranje in izboljšanje izvoza (Coface, 2015b).

*Tabela 14: Italija*

Število prebivalcev v milijonih	60.997
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	2.068.366
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	13,40
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	9,20

*Vir: Coface, Italy, 2015b; Trading Economics, Italy, 2015b; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

V Italiji so storitve zdravstvenega varstva zagotovljene v okviru nacionalnega sistema zdravstvenega varstva (it. *Servizio Sanitario Nazionale*, v nadaljevanju SSN). Centralna vlada nadzira distribucijo davčnih prihodkov za javno zdravstveno varstvo in določa paket minimalnih storitev, ki mora biti zagotovljen vsakemu prebivalcu vsake regije, ki so sicer dobavitelji zdravstvenih storitev za prebivalce in imajo pri tem veliko avtonomije. SSN pokriva vse prebivalce in legalne priseljence, določen pa je tudi dostop do osnovnih storitev za nelegalne priseljence. Italija je spremenila sistem iz Bismarckovega v Beveridgeovega leta 1978. Na voljo so tudi privatna dodatna ali dopolnilna zdravstvena zavarovanja (European Commission, 2013o).

V Italiji ima privatno zdravstveno zavarovanje le 15 % prebivalstva, predvsem za pokrivanje storitev, ki so izločene iz seznama SSN, za nadstandard in širšo ponudbo med izvajalci storitev. Nekatera privatna zavarovanja pokrivajo celo doplačila za privatno zdravljenje (Thomson, Osborn, Squires, & Jun, 2013).

Italija nima državno določene minimalne plače, temveč so le te določene po dejavnostih s kolektivnimi pogodbami (WageIndicator, 2015).

Kritje obsega primarno zdravljenje vseh prebivalcev, to pomeni obisk zdravnika, urgentno

zdravljenje in bolnišnično zdravljenje. Nekatera zdravila so za zavarovance brezplačna (zdravila uporabljena v nujnih primerih, zdravila za bolezni z visokim tveganjem ter kronične bolezni) Za zdravila druge kategorije morajo zavarovanci prevzeti del stroškov ali plačati polno ceno zanje, če niso na seznamu zdravil. Zobozdravstveno varstvo je brezplačno za otroke in nekatere druge skupine, za ostale je plačljivo v celoti. Za diagnostične in laboratorijske preglede se plača določena pristojbina (European Commission, 2013o).

### 2.2.15 Latvija

Latvijo je v letih 2008–2009 zajela huda gospodarska kriza, ki se je izkazala v 20 odstotnem padcu bruto domačega proizvoda. Latvijci so ukrepali tako, da so znižali plače tudi do 30 %. Izboljšala se je tudi konkurenčnost ter padla je stopnja brezposelnosti, tako da je Latvija v letu 2013 zabeležila najvišjo gospodarsko rast v Evropski uniji. Latvijci imajo visok privatni tuji dolg (173 % BDP), domači javni dolg pa je 38 % BDP (Coface, 2014n).

*Tabela 15: Latvija*

Število prebivalcev v milijonih	2.036
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	28.37
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	11,90
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	6,00

*Vir: Cofac, Latvia, 2014n; Trading Economics, Latvia, 2014n; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Latvija je ena izmed držav, ki je v svoji zgodovini kot samostojna država zamenjala sistem financiranja zdravstvenega varstva. Najprej so imeli sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja, ki so ga nato spremenili v tako imenovan NHS (angl. *National Health Service*) sistem. V letu 2013 so v parlamentu ponovno predlagali spremembo in sicer nazaj na sistem obveznega zavarovanja, s katerim bi povečali prihodke v zdravstveno blagajno in uvedli obvezne prispevke za zdravstveno varstvo povezane s prejemki iz delovnih razmerij posameznih zavarovancev. Ta predlog v letu 2014 še ni bil ponovno obravnavan (Mitenbergs, Brigis, & Quentin, 2014).

V Latviji prispevke in dohodnino pobira Služba za državne prihodke. Prispevna stopnja za obvezno socialno zavarovanje v letu 2013 znaša 35,09 % bruto plače (24,09 % prispeva delodajalec, 11 % pa zaposleni). V letu 2014 so se prispevki znižali na 34,09 % in sicer vsakemu za pol odstotne točke. Ni socialne kapice na prispevke (European Commission, 2013p).

Minimalna plača v Latviji znaša 320 evrov od začetka leta 2014, od začetka 2015 pa 360 evrov (WageIndicator, 2014).

Zdravstveno zavarovanje v Latviji se financira iz državnih davkov, ne pa iz socialnih prispevkov. Zdravstveno varstvo je zagotovljeno vsem prebivalcem ter registriranim tujcem v državi in pokriva osnovne storitve pri samostojnih javnih ali zasebnih zdravnikih. Problematika Latvijskega zdravstvenega sistema je v tem, da lokalne oblasti minimalno vlagajo v razvoj in vzdrževanje zdravstvene infrastrukture, zato so storitve javne zdravstvene oskrbe slabe, privatne storitve pa so za mnoge prebivalce predrage. Iz nacionalnega sistema se krijejo oskrba pri splošnem zdravniku in napotitve na bolnišnično ali drugo specialistično zdravljenje, ki jih odredi splošni zdravnik. Bolniki morajo doplačati obisk splošnega zdravnika ali bolnišnice. Zdravstvene storitve, ki jih krije država so na voljo samo v zdravstvenih ustanovah, ki imajo z Nacionalno zdravstveno službo (NHS) sklenjen sporazum (European Commission, 2013p).

### 2.2.16 Litva

Litva je hitro prilagajajoča se država modernim ekonomskim trendom. V letu 2013 se je rast glede na prejšnja leta malo ustavila, predvsem zaradi zmanjšanja izvoza v območja Evropske unije in Rusije. Litva ima visoko izobraženo delovno silo ter dobro geografsko in gospodarsko okolje, ki spodbujata trgovanje z državo. V izvoznem sektorju je premalo služb, v celotni državi pa še vedno obstaja kreditni krč. Veliko mladih se je razselilo po celotni Evropski uniji, saj v Litvi niso uspeli najti dela (Coface, 2014o).

*Tabela 16: Litva*

Število prebivalcev v milijonih	2.988
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	46.714
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	12,40
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	6,70

*Vir: Coface, Lithuania, 2014o; Trading Economics, Lithuania, 2014o; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Zaposleni delavci v Litvi odvajajo prispevke za socialno zavarovanje od bruto plače v višini 9 % od česar je 6 % namenjeno zdravstvenemu zavarovanju. Delodajalci so obremenjeni bistveno bolj in sicer do višine 30,98 % bruto plače, od česar le 3 % za zdravstveno varstvo. Na prejemke iz delovnega razmerja ni socialne kapice (Tax Guide, 2013).

Minimalni mesečni dohodek je v letu 2013 znašal 285 evrov, vmes se je zvišal na 290 evrov, od oktobra 2014 pa znaša 300 evrov (WageIndicator, 2014).

Samozaposleni v Litvi, ki imajo licenco za delo, plačujejo 9 % minimalne plače mesečnih zdravstvenih prispevkov. Samozaposleni, ki nimajo licence za delo, plačujejo 9% od polovice obdavčljivega zaslužka. Socialno kapico na 1.724 evrih mesečno imajo le

profesionalni športniki in drugi umetniki (Tax Guide 2013).

Nujno zdravstveno zavarovanje je zagotovljeno vsem prebivalcem. Zavarovanci se lahko prostovoljno dodatno zavarujejo, s čimer preprečijo določena doplačila za zdravstveno varstvo. Zdravstvena oskrba je načeloma brezplačna; proračun krije stroške kurativne zdravniške pomoči, bolnišnične nege, zdravstvene preglede in zdravstveno rehabilitacijo, obstajajo pa nekatere storitve, ki jih mora zavarovanec plačati sam (na primer splav) ter doplačila za pripomočke za vid in sluh ter ostale proteze, če zavarovanec ne izbere tistih, ki jih nakupi Nacionalni sklad za zdravstveno varstvo. Zobozdravstvena oskrba je za otroke pod 18 leti brezplačna, odrasli pa jo delno krijejo sami. Zdravila so brezplačna le za otroke in osebe nezmožne za delo ter upokoјence z najvišjo ravno posebnih potreb (European Commission, 2013r).

## 2.2.17 Luksemburg

Luksemburg je ena izmed najbolj razvitih držav v celotni Evropski uniji. Prebivalci imajo zelo visok življenjski standard in tudi nizek zasebni dolg. Veliko je izobraženih delavcev iz tujine, ki delajo v velikem finančnem sektorju, ki je sicer zelo dobro razvit, je pa celotno gospodarstvo v veliki večini odvisno le od tega sektorja in pa od izvoza blaga in storitev v države Evropske unije, ki se spopadajo s krizo. V letu 2013 je v Luksemburgu padla vlada g. Jean Claude Junckerja, ki je v letu 2014 postal predsednik Evropske komisije (Coface, 2014p).

*Tabela 17: Luksemburg*

Število prebivalcev v milijonih	0.547
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	60.538
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	7,20
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	6,90

*Vir: Coface, Luxembourg, 2014p; Trading Economics, Luxembourg, 2014p; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Luksemburški sistem socialne varnosti temelji na solidarnosti in je v okviru Evropske unije sistem, v katerem zavarovanci plačujejo najmanj glede na pravice in koristi, ki izhajajo iz teh plačil. Obvezno zavarovanje plačujejo zaposleni, delodajalci in samozaposleni. Zaposleni zavezanci plačajo 3,05 % na plače in 2,80 % na bonuse in druge prejemke iz delovnega razmerja (kot na primer 13. plača). Delodajalci plačajo enak del; torej 3,05 % oziroma 2,80 %. Socialna kapica v Luksemburgu znaša za zaposlene 115.261,56 evrov letno v letu 2014 (to je osnova, od katere se plačujejo prispevki, ne glede na vrsto prihodkov), (KPMG, 2014).

Minimalna plača znaša 1.921,03 evrov mesečno za nekvalificirane delavce, za



kvalificirane pa 20 % več (WageIndicator, 2014).

Samozaposleni v Luksemburgu sami pokrivajo 6,10 % prispevke za zdravstveno varstvo glede na višino zaslužka. Socialna kapica je enaka kot za zaposlene delavce (PwC, 2013).

Ob sklenitvi obveznega zdravstvenega zavarovanja v Luksemburgu zavarovanec prejme kartico zdravstvenega zavarovanja, s katero lahko obiskuje zdravnike in bolnišnico in prejema ostale storitve zdravstvenega varstva. Zavarovanec mora doplačati nekatere storitve, ki niso v celoti krite od nosilca zdravstvenega zavarovanja ter 20 % za zdravila ter približno 60 % cene ne nujnih zdravstvenih pripomočkov. Za zdravljenje v bolnišnici mora zavarovanec doplačati kar 20,42 EUR dnevno do 30 dni (European Commission, 2013s).

### 2.2.18 Madžarska

Madžarska je vstopila v Evropsko unijo leta 2004. Je država, kjer je gospodarstvo zelo raznoliko, delavci so kvalificirani in veliko je tujih direktnih investicij. Ne glede na to, ima država nizek potencial za rast in visok javni dolg. V letih 2014 in 2015 je predvideno, da bo rast izhajala iz večanja domačega povpraševanja, saj je v letu 2014 država povečala zaposlovanje in znižala cene javnih storitev ter bencina in elektrike. Izvoz bo še naprej rasel, vedno več pa bo v Madžarsko investirala tudi avtomobilska industrija (Coface, 2014l).

*Tabela 18: Madžarska*

Število prebivalcev v milijonih	9.912
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	130.563
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	7,40
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	7,80

*Vir: Coface, Hungary, 2014l; Trading Economics, Hungary, 2014l; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Na Madžarskem obstaja samo ena vrsta zdravstvenega zavarovanja, ki temelji na visoki solidarnosti. V letu 2012 so na Madžarskem uvedli nov davek, socialni davek, ki v višini 27 % bremeni delodajalce. Od tega je le 3 % namenjeno za zdravstveno zavarovanje. Zaposleni delavci plačujejo 7 % prispevkov za zdravstveno varstvo, ki so brez socialne kapice od leta 2013 (Swiss Life, 2014).

Minimalna plača je v letu 2014 zrasla iz 98.000 forintov (325 evrov) na 101.500 forintov (približno 337 evrov), (WageIndicator, 2014).

Samozaposleni na Madžarskem plačujejo enake prispevke za zdravstveno zavarovanje kot zaposleni delavci, torej 7 % določene davčne osnove (CFE, 2014).

Madžarsko ministrstvo za človeške vire je odgovorno za sprejemanje plačil zavezancev in posredovanje zdravstvenih storitev. Kritje obsega zdravstveno oskrbo, ki je brezplačna, razen če bolnik zahteva drugega zdravnika ali če zdravnik ni predpisal zdravljenja. Pri bolnišničnem zdravljenju so zdravila brezplačna, ostala pa je treba doplačati po seznamu povračila stroškov zanje. Zobozdravstvena oskrba je plačljiva, krita je samo nujna oskrba upravičene osebe. Iz bolnikovega zdravstvenega zavarovanja se krijejo delno tudi stroški za pripomočke, prepisane kot nujne. Pravila za povračila stroškov so točno določena v zakonu (European Commission, 2013m).

### 2.2.19 Malta

Malta ima drugo najbolj odprto ekonomijo v Evropski uniji, takoj za Luksemburgom. Rast je v veliki večini odvisna od ekonomske situacije v Evropski uniji, saj Malta v države članice izvažata skoraj polovico celotnega izvoza. Država ima visoki potencial tudi v turizmu, ki je visoko rastoča panoga od leta 2010 dalje ter visoko dodano vrednost v proizvodnem sektorju (farmacija in elektronika). Zanimiva je nizka udeležba žensk na trgu dela (48 %), ki je verjetno povezana z davčnimi spodbudami, uvedenimi leta 2011. Na Malti je ogromen bančni sektor, ki presega 800 % bruto domačega proizvoda države. (Coface, 2014r).

*Tabela 19: Malta*

Število prebivalcev v milijonih	0,417
Bruto domači proizvod v milijardah USD(2013)	9,315
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	5,80
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	9,10

*Vir: Coface, Malta, 2014r; Trading Economics, Malta, 2014r; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Na Malti prispevke v skoraj vedno enakih višinah plačujejo država, zaposleni in delodajalec. Sistem predvideva različne višine plačil prispevkov glede na prihodke in starost plačnikov. Gre za plačila socialnih prispevkov, del katerih je tudi zdravstveno zavarovanje, vendar pa ni točno določeno kolikšen del znaša. Na Malti sta dva razreda za plačila prispevkov in sicer razred 1, po katerem prispevke plačujejo zaposlene osebe in razred 2 po katerem prispevke plačujejo samozaposleni.

**RAZRED 1:** Osebe A so osebe pred 18. letom, ki tedensko zaslužijo do 165,68 evrov tedensko. Njihova obveznost je najnižja in znaša 6,62 evra za zaposlenega, enak delež pa prispevata tudi delodajalec in država. Osebe B so osebe starejše od 18 in zaslužijo do 165,68 evrov tedensko. V tem primeru se delavec lahko odloči ali bo plačeval 10% tedenskega zaslužka ali pa 16,57 evrov na teden. Država in delodajalec prispevata pavšalnih 16,57 evrov tedensko. Osebe C, rojene pred koncem leta 1961, ki zaslužijo med 165,69 evri in 324,53 evri plačajo 10 % svojega zaslužka, enak delež tudi država in

delodajalec. Osebe C, rojene leta 1962 ali kasneje, ki zaslužijo med 165,60 evri in 412,14 evri prav tako plačajo 10% svojega tedenskega zaslužka, pri čemer enak delež plačata tudi delodajalec in država. Osebe D, rojene pred koncem leta 1961, ki zaslužijo 342,54 evrov ali več, plačajo 34,25 evrov socialnih prispevkov tedensko. Osebe D, ki so rojene leta 1962 ali kasneje ter zaslužijo nad 412,15 evrov, morajo pokriti 41,21 evrov tedenskih socialnih prispevkov. Država in delodajalec osebam D dodata enak znesek prispevkov, kot ga plačajo zavarovanci sami.

RAZRED 2: V razred 2 spadajo vsi posamezniki, ki zaslužijo več kot 910 evrov na letni ravni iz ekonomske dejavnosti in niso v delovnem razmerju. V nadaljevanju predstavljeni obvezni socialni prispevki se nanašajo na zaslužke iz opravljanja dejavnosti in tudi na zaslužke iz najemnin, vlaganj, kapitalskih dobičkov in drugih prejemkov. Samozaposlene osebe A, so osebe, ki zaslužijo med 910 in 9.839 evri letno. Njihova tedenska obveznost za plačilo prispevkov znaša 28,38 evrov. Izjemoma se lahko ženske, ki so le delno samozaposlene, odločijo in plačujejo 15 % prispevke od tedenskih zaslužkov. Samozaposlene osebe B, ki zaslužijo med 9.840 evri in 17.811 evri letno ter so rojene do konca leta 1961, morajo plačevati 15 % tedenskega zaslužka. Samozaposlene osebe B, rojene leta 1962 ali kasneje, ki zaslužijo med 9.840 in 21.431 evri, morajo prav tako odvajati 15 % tedenskega zaslužka za socialne prispevke. Samozaposlene osebe C, rojene do 31. 12. 1961, ki zaslužijo več kot 17.812 evrov letno, morajo tedensko pavšalno plačati 51,38 evrov. Samozaposlene osebe C, ki so rojene leta 1962 in kasneje ter zaslužijo čez 21.432 evrov, morajo plačevati 61,82 evrov prispevkov. Enak znesek, vplačan od samozaposlenih oseb, vplača zanje tudi država (Inland Revenue Department, 2013).

Minimalna plača na Malti zanaša 165,68 evrov tedensko ali 717,95 evrov mesečno (WageIndicator, 2014).

Zdravstveno varstvo se izvaja v javnih bolnišnicah in zdravstvenih centrih. Zdravstvena oskrba, ki jo nudijo javne zdravstvene službe, je na splošno brezplačna, če se nudi na mestu samem. Zdravila so med bolnišničnim zdravljenjem in tri dni po njem za bolnika brezplačna, sicer pa razen določenih izjem za zdravila na recept zdravnikov z licenco, bolniki sami plačujejo za zdravila in ostalo medicinsko opremo. Javne lekarne in javni zdravstveni zavodi nudijo brezplačne storitve in zdravila po malteški zakonodaji za osebe z nizkimi dohodki in kroničnim bolnikom. Dostop do specialista je mogoč le z napotnico državnega ali družinskega zdravnika. V zdravstvenih centrih je brezplačna samo najnujnejša zobozdravstvena oskrba. Zdravstvene službe zagotavljajo brezplačne storitve imunizacije in cepljenja, pred in poporodno oskrbo in brezplačno oskrbo starejših, ki ne prejemajo pokojnin. Obstajajo tudi zasebne bolnišnice, klinike in druge zdravstvene ustanove, kjer se oskrba financira iz zasebnega zavarovanja ali pa jo plačajo bolniki sami (European Comission, 2013t).

## 2.2.20 Nemčija

Nemčija je svetovna avtomobilska velesila, ki ima dobro geografsko lego za poslovanje s celotno Evropo, prav tako pa je zaradi pristanišč povezana še z ostalimi deli sveta. To so prednosti, lahko pa tudi slabosti, saj je Nemčija odvisna od drugih gospodarstev (izvozi skoraj 50 % bruto domačega proizvoda) in ene velike industrije. V Nemčiji naj bi se v letu 2014 po napovedih povišal razpoložljivi dohodek skoraj 3 odstotne točke zaradi povišanja plač v javnem in zasebnem sektorju, kar bo pozitivno vplivalo tudi na potrošnje gospodinjstev. H kontinuirani gospodarski rasti pripomorejo tudi zdrava podjetja in močno politično okolje (Coface, 2014j).

Tabela 20: Nemčija

Število prebivalcev v milijonih	81.754
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	3.593.238
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	5,00
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	11,30

Vir: Coface, Germany, 2014j; Trading Economics, Germany, 2014j; The World Bank, Health Expenditure, 2014.

Nemški sistem socialne varnosti je med prvimi v zgodovini socialnih sistemov temeljil na popolni solidarnosti. Zdravstveno varstvo v Nemčiji financirajo zaposleni in delodajalci ter samozaposleni. Prispevek za osnovno zdravstveno varstvo znaša 15,5 % plače, od česar plača zaposleni 8,2 % bruto plače, delodajalec pa 7,3%. Socialna kapica je za leto 2014 nastavljena na 53.550 evrih (PwC, 2013).

Samozaposleni so zavezani k plačilu 15,50 % prispevka za zdravstveno varstvo sami. Če se finančne potrebe posameznih nosilcev zdravstvenega zavarovanja ne pokrijejo s prispevki, vezanimi na dohodek, lahko nosilci zavarovanja naložijo plačilo dodatnega prispevka, ki ni vezan na dohodek (PwC, 2013).

Nemški sistem zdravstvenega varstva deluje na principu zdravstvene kartice, ki jo ima vsak zavarovanec. Približno 90 % vseh zdravnikov in zobozdravnikov je koncesionarjev, ki za nadaljnje zdravljenje pri specialistih izdajajo napotnice. Kritje v Nemčiji obsega preventivne preglede za zavarovance in njihove družinske člane ter pravico do storitev splošnih zdravnikov, zobozdravnikov in drugih specialistov. Praviloma se za vsako zdravilo, kupljeno v lekarni, plača dodatek v višini 10 % prodajne cene; nekje med 5 evri in največ 10 evri, določena zdravila in pa zdravila, katerih namen je izboljšanje kakovosti življenja pa so v celoti izvzeta iz kritja zavarovanja. Nemci za hospitalizacijo do 28 dni vsak dan odštejejo 10 evrov, nosilec zdravstvenega zavarovanja pa v določenih primerih vsaj delno ali v celoti krije nujne stroške prevoza do kraja zdravstvene oskrbe (European Commission, 2013j).

### 2.2.21 Nizozemska

Nizozemska je še ena izmed držav, ki je v veliki meri odvisna od Evropske ekonomije. Pomemben je pristaniški sektor (Rotterdam, vodilno evropsko pristanišče), visoki kazalniki konkurenčnosti ter razvita kvalitetna infrastruktura. Na začetku leta 2014 je Nizozemska utrpela visok padec rasti predvsem zaradi neugodnih vremenskih razmer, v drugem četrtletju pa se je rast okrepila, izboljšal se je tudi trg dela. Rast je zaradi odprtosti gospodarstva v veliki meri odvisna od sprememb zunanjega povpraševanja. Zaradi staranja populacije se na Nizozemskem višajo stroški porabe za zdravstvo (Coface, 2014s).

*Tabela 21: Nizozemska*

Število prebivalcev v milijonih	16.8
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	800.535
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	8,00
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	12,40

*Vir: Coface, Netherlands, 2014s; Trading Economics, Netherlands, 2014s; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Nizozemski sistem socialne varnosti ne vključuje zdravstvenega zavarovanja, zavarovanci se morajo samostojno vključiti v zdravstveno zavarovanje pri zdravstveni zavarovalnici. Nacionalno zavarovanje pokriva vse prebivalce in jim v okviru zdravstva nudi zdravstveno oskrbo. Zdravstvena oskrba je vključena v dva različna sistema zavarovanja, ki se medsebojno dopolnjujeta: zdravstveno zavarovanje in zavarovanje za posebne stroške zdravljenja. Prispevki se plačujejo tako, da delodajalec plača 7,5 % prispevka za zdravstveno zavarovanje in pa zaposleni plača 12,65 % prispevka za zavarovanje za posebne stroške zdravljenja. Socialna kapica za zdravstveno zavarovanje na Nizozemskem znaša 33.363 evrov za mlajše od 65 let ter 33.555 evrov za starejše. Dodatno Nizozemci plačujejo še približno 1.150 evrov letno za zdravstveno zavarovalnico (Sociale Verzekeringbank, 2014c).

Minimalna plača na Nizozemskem znaša od 1. julija 2014 1.495,20 evrov za starejše od 23 let, za mlajše pa so zneski nižji (WageIndicator, 2014).

Samozaposleni na Nizozemskem plačujejo prispevke na podlagi odmere davka. V letu 2014 znašajo prispevki za zdravstveno zavarovanje 5,4 %, do socialne kapice 51.414 evrov letno, prispevki v okviru Zakona o izrednih zdravstvenih stroških pa 12,65 %, največ do višine 33.363 evrov letno (Sociale Verzekeringbank, 2014b).

Kritje obsega zdravstveno oskrbo, ki jo zagotavljajo splošni zdravniki, specializirani zdravniki, psihologi in ginekologi, hkrati z laboratorijskimi raziskavami in bolniško nego. Oskrba s farmacevtskimi izdelki vključuje zdravila in živila, ki se uporabljajo v

zdravstvene namene. Meja povrnitve stroškov za določeno skupino zdravil se določi na podlagi povprečne cene zdravil v tej skupini, tako da v primeru, da zavarovanec izbere zdravilo, ki je dražje od določene zgornje cene, razliko krije sam. Zavarovalnice same določajo, za katera zdravila so stroški povrnjeni. Zobozdravstveno varstvo je brezplačno za otroke do 18. leta, zdravstvene stroške za proteze, očala in slušne aparate pa mora predhodno odobriti zdravstvena zavarovalnica (European Commission, 2013u).

### 2.2.22 Poljska

Okrevanje rasti v letih 2013 in 2014 na Poljskem je posledica preporoda domačega povpraševanja, saj se je izboljšalo stanje na trgu dela in povečal realni dohodek gospodinjstev. Poljska je sicer država, ki je orientirana na domače gospodarstvo, kljub temu pa je tesno integrirana v evropski trg in še posebej odvisna od Nemčije. Poljska je največja upravičenka sredstev iz evropskih strukturnih skladov. Probleme na Poljskem predstavljajo velike regionalne razlike, visoka zadolženost gospodinjstev v tujih valutah in ranljivost na ukrajinsko krizo (Coface, 2014t).

*Tabela 22: Poljska*

Število prebivalcev v milijonih	38.544
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	513.934
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	11,30
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	6,70

*Vir: Coface, Poland, 2014t; Trading Economics, Poland, 2014t; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Poljski sistem socialne varnosti temelji na solidarnosti, zavarovanje je lahko obvezno ali prostovoljno. Zavarovanje je obvezno za vse zaposlene prebivalce, ki plačujejo prispevke preko delodajalcev, ki jih odvajajo namesto zaposlenih ali pa sami kot samozaposleni. Zaposleni zavarovanci plačujejo 9 % plače za zdravstveni sistem, delodajalci pa niso zavezani k plačilu prispevkov za zdravstveno varstvo (PwC, 2013).

Minimalna plača na Poljskem v letu 2014 znaša 1.680 Poljskih zlotov mesečno, kar je približno 405 evrov (WageIndicator, 2014).

Samozaposleni na Poljskem prav tako odvajajo 9% prispevke za zdravstveno varstvo, ki jih nakazujejo sami (PwC, 2013).

Pravica do brezplačnih storitev zdravstvenega varstva vključuje uporabo storitev tistih ponudnikov, ki imajo sklenjeno pogodbo z državo. Primarno zdravstveno varstvo zajema preglede in zdravniške nasvete splošnega zdravnika, ki lahko pacienta napoti tudi k specialistu. Brezplačne zdravstvene storitve so zelo omejene, veliko večino stroškov nosi bolnik. Za osnovna zdravila zavarovanci doplačajo fiksno ceno med 0,77 evri in 1,18 evri,

za posebna dodatna zdravila med 30 % in 50 % cene, za druga zdravila pa 100 % cene (European Commission, 2014v).

### 2.2.23 Portugalska

Portugalska ima kakovostno logistično in komunikacijsko infrastrukturo in je turistično zelo privlačna država. Banke so močno izpostavljene deželnemu tveganju in v državi je kreditni krč, zato je malo investicij v razvoj in upočasnjena gospodarska rast. Omejen je tudi obseg predelovalne industrije, bolj so specializirani v sektorjih z nizko dodano vrednostjo in zato tudi zelo izpostavljeni močni mednarodni konkurenci. Portugalci 70 % celotnega izvoza izvozijo v Evropsko unijo, zato je zaradi izboljšanja gospodarstva v regiji, kljub slabemu domačemu povpraševanju, v letu 2014 pričakovana gospodarska rast. Stopnja brezposelnosti mladih je med višjimi v Evropski uniji, 35,20 % (Coface, 2014u).

Tabela 23: Portugalska

Število prebivalcev v milijonih	10.655
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	219.289
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	13,10
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	9,40

*Vir: Coface, Portugal, 2014u; Trading Economics, Portugal, 2014u; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Sistem socialne varnosti na Portugalskem temelji na načelu univerzalnosti, kar pomeni, da je zagotovljena socialna zaščita dostopna vsakomur. Sestavljajo ga trije podsistemi (European Commission, 2013z):

- sistem socialnega varstva državljanov,
- sistem zavarovanja,
- dopolnilni sistem.

Minimalna plača na Portugalskem od oktobra 2014 znaša 505 evrov (WageIndicator, 2014).

Splošno zdravstveno varstvo se financira iz državnega proračuna, ostalo socialno varstvo pa je predmet prispevkov zaposlenih in samozaposlenih. Če oseba plačuje prispevke za socialno varnost, je do brezplačne ali vsaj subvencionirane zdravstvene oskrbe poleg nje upravičena tudi njena družina. Če je oseba upokojena ali ni zaposlena, ji ni potrebno plačevati za zdravstveno varstvo.

Na Portugalskem je zagotovljeno preventivno zdravstveno varstvo in storitve oskrbe in zdravljenja. Za večino zdravstvenih storitev je potrebno plačati fiksni znesek, zdravstvena

služba pa plača preostanek. Iz plačila so izvzeti določeni segmenti plačnikov, otroci, osebe z nizkimi dohodki in brezposelni, nosečnice. Soudeležba pri plačilu se ne zahteva za standardno namestitve v bolnišnici. Zobozdravstvena oskrba je delno pokrita tudi za storitve privatnih zobozdravnikov, zdravila pa so subvencionirana v višini med 15 % in 95 % stroškov (European Commission, 2013z).

#### 2.2.24 Romunija

Romunija je vstopila v Evropsko unijo leta 2007. Ima nizek javni dolg in velik domač trg. V letu 2013 sta gospodarsko rast povzročila izvoz avtomobilov in kmetijski sektor. V letu 2014 naj bi se povečala domača potrošnja, zaradi zvišanja plač in padca cen hrane. Romunski trg je izpostavljen politični nestabilnosti v državi in valutnim tveganjem, saj je čez 60 % vseh prejetih posojil v tujih valutah (Coface, 2014v).

*Tabela 24: Romunija*

Število prebivalcev v milijonih	21.296
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	183.785
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	6,90
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	5,10

*Vir: Coface, Romania, 2014v; Trading Economics, Romania, 2014v; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Romunski sistem socialne varnosti temelji na solidarnosti. Prispevke za zdravstveno zavarovanje plačujejo zaposleni in delodajalci, samozaposleni in posamezniki, ki so samozadostni (ne prejemajo drugih prihodkov, od katerih je potrebno plačati socialne prispevke). Zaposleni delavci odvajajo 5,5 % bruto plače za zdravstveno zavarovanje, brez socialne kapice. Delodajalci hkrati plačujejo 5,2 % bruto plače prav tako brez socialne kapice (Capital Tax Consulting, 2014).

Minimalna plača v Romuniji znaša 900 levov (približno 207 evrov), (WageIndicator, 2014).

Samozaposleni v Romuniji plačujejo 5,5 % obdavčenih prihodkov za zdravstveno varstvo. (Capital Tax Consulting, 2014).

V Romuniji imajo zavarovanci in njihovi vzdrževani družinski člani pravico do zdravstvenega varstva, če so v preteklih 12 koledarskih mesecih vsaj 6 mesecev plačevali prispevke. Zdravstvene storitve zagotavljajo neposredno lokalni skladi zdravstvenega zavarovanja, vključujejo pa splošno in specialistično oskrbo, ambulantno oskrbo, hospitalizacijo, zdravila, pripomočke, rehabilitacijo, preventivno zdravstvo, materinsko varstvo, prevoz in ostale storitve. Zavarovanci samostojno izbirajo družinske zdravnike.



Brez napotnice lahko obiščejo specialista le v nujnih primerih, sicer pa jim morajo splošni zdravniki izdati napotnico (European Commission, 2013aa).

### 2.2.25 Slovaška

Slovaška ekonomska rast se je v letu 2013 močno upočasnila zaradi manjšega povpraševanja in problematike celotnega evropskega avtomobilskega sektorja, ki se mu je znižalo povpraševanje iz Brazilije, Kitajske in Indije. Slovaško poslovno okolje je označeno za privlačno, kljub temu, da ima država težave pri črpanju sredstev iz evropskih strukturnih skladov in zato manj vlaga v razvoj kot bi lahko. Problematična je tudi dolgoročna brezposelnost mladih, ki znaša kar 28,50 % (Coface, 2014z).

*Tabela 25: Slovaška*

Število prebivalcev v milijonih	5.408
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	96.963
Stopnja brezposelnosti v %(2014)	12,44
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	7,80

*Vir: Coface, Slovakia, 2014z; Trading Economics, Slovakia, 2014z; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Slovaška zakonodaja loči dve veji socialnega varstva; javno zdravstveno zavarovanje in socialno zavarovanje. Prispevki za zdravstveno zavarovanje so na Slovaškem obvezni za osebe s stalnim prebivališčem na Slovaškem, osebe brez stalnega prebivališča, ki niso zavarovane v drugi državi Evropske unije in imajo stalno pogodbo o delu z delodajalcem, ki ima obrat na Slovaškem ali pa imajo licenco za delo na Slovaškem (kot podjetniki). Osnova za odmero prispevkov na Slovaškem je bruto plača, zaposleni delavci plačajo 4% bruto plače, delodajalci pa 10 % bruto plače za zdravstveno zavarovanje. Mesečna socialna kapica znaša petkratnik povprečne plače na Slovaškem za predhodni dve leti. Mesečno znaša maksimalen prispevek delodajalca za zdravstveno zavarovanje v letu 2014 402,50 evrov, delojemalca pa 161 evrov (Euraxess Slovakia, 2014).

Minimalna plača v letu 2014 znaša 352 evrov (WageIndicator, 2014).

Samozaposleni delavci imajo enako socialno kapico kot zaposleni, sami pa so dolžni v celoti pokriti prispevke v višini 14 % obdavčljive osnove (Euraxess Slovakia, 2014).

Sistem javnega zdravstvenega varstva na Slovaškem krije samo storitve, opravljene v zdravstvenih ustanovah ali ki jih opravijo zdravniki. Storitve se izvajajo z delno soudeležbo pri stroških; za storitve nujne zdravniške oskrbe morajo zavarovanci plačati 1,99 evra ter 17 centov za vsako napotnico ali recept in 7 centov na kilometer prevoza z reševalnim vozilom (razen za izjeme). Zavarovanci ne plačujejo stroškov zobozdravstvenih

pregledov, v celoti pa krijejo stroške uporabe nadstandardnih proizvodov. Stroški za farmacevtske izdelke, medicinske pripomočke in dietetična zdravila se v celoti ali delno povrnejo iz sistema javnega zdravstvenega zavarovanja (European Commission, 2014ab).

## 2.2.26 Slovenija

Slovenija ima razvit industrijski proizvodnji model (avtomobilska in farmacevtska industrija), vendar pa je gospodarstvo izjemno odvisno od povpraševanja iz ostalih Evropskih držav. Največji problem v državi je kriza bančnega sektorja, saj je njihovo reševanje v zadnjih dveh letih terjalo povečanje javnega in tujega dolga. V očeh investitorjev ima država dve prednosti: članstvo v evro območju ter pretežno pozitivno trgovinsko bilanco, poleg tega pa visoke presežke v turizmu in prometu (Coface, 2015c).

*Tabela 26: Slovenija*

Število prebivalcev v milijonih	2.061
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	46.819
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	12,60
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	8,80

*Vir: Coface, Slovenia, 2015c; Trading Economics, Slovenia, 2015c; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Osebe, zavarovane v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, so upravičene do zdravstvenih storitev (zdravstveno varstvo) in denarnih nadomestil v primeru bolezni, posmrtnino, pogrebno itd. V Sloveniji je edini ponudnik obveznega zdravstvenega zavarovanja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS), ki deluje po območnih enotah in izpostavah. Na voljo je tudi prostovoljno dodatno zdravstveno zavarovanje, namenjeno kritju zdravstvenih storitev, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije v celoti (ZZZS, 2015).

Zavezanec za plačilo prispevkov delodajalca je delodajalec, zavezanec za plačilo prispevkov zavarovanca pa je delavec sam. Prispevke zavarovanca v imenu in za račun delavca obračuna in plača delodajalec. V Sloveniji delodajalec plačuje prispevke za zdravstveno varstvo v višini 6,56 % na bruto plačo, zaposleni pa 6,36 % od bruto plače. Nobeni prispevki za socialno varnost v Sloveniji nimajo socialne kapice. Novosti v letu 2015 so prinesle tudi minimalno osnovo za plačilo prispevkov, ki je višja od minimalne plače in znaša 52 % povprečne plače leta 2014. To pomeni, da delavcu, ki za svoje delo prejema minimalno predpisano plačo, delodajalec plačuje prispevke od višje osnove, kot je zakonsko določena minimalna plača (FURS, 2015).

Samozaposleni delavci v Sloveniji so sami zavezani za plačilo prispevkov zavarovanca in delodajalca skupaj, torej v višini 12,92 % določene obdavčljive osnove oziroma glede na

razred v katerega se samozaposleni uvrsti po izračunu davka od dohodka, od leta 2014 pa glede na določeno individualno osnovo, ki se prav tako določi po izračunu dobička oziroma dohodka iz dejavnosti. Najvišja osnova za prispevke od leta 2014 znaša 3,5 krat povprečna letna plača zaposlenih v Sloveniji, preračunana na mesečno raven (DURS, 2015).

V okviru osnovnega zdravstvenega zavarovanja imajo zavarovanci dostop do zdravnikov ali zdravstvenih domov, ki nudijo primarne zdravstvene storitve na podlagi sklenjenih pogodb z ZZZS. Za nekatere zdravstvene storitve ni doplačila, ostale pa brez dodatnega zavarovanja stanejo med 10 in 90 % cene storitve. Storitve kot so lepotne operacije ali farmacevtski izdelki izven državnih seznamov, morajo zavarovanci v celoti plačati sami (European Comission, 2013ac).

### 2.2.27 Španija

Špansko gospodarstvo je zaradi jezika tesno povezano z Latinsko Ameriko. V zadnjih letih je Španija obnovila konkurenčnost in izvozno moč, visoko razvita je panoga vetrne in sončne energije ter kvalitetna prometna infrastruktura. Največjo škodo sta v recesiji utrpela gradbeni in bančni sektor ter mala podjetja, ki pa so jih delno že uspeli finančno sanirati. Prebivalci so visoko zadolženi, visoka je tudi brezposelnost, posebej med mladimi, ki znaša 53,7 % in je daleč najvišja v celotni Evropski uniji (Coface, 2014aa).

*Tabela 27: Španija*

Število prebivalcev v milijonih	46.097
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	1.355.660
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	23,67
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	9,60

*Vir: Coface, Spain, 2014aa; Trading Economics, Spain, 2014aa; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Španski zdravstveni sistem omogoča dostopnost do zdravstvenih storitev vsem španskim rezidentom, ne glede na njihov socialni status. Tujcem je v Španiji omogočeno brezplačno zdravstveno varstvo za tiste, ki plačujejo prispevke za socialno varnost. Nacionalni zdravstveni sistem v Španiji je decentraliziran, saj tako zagotavlja boljšo dostopnost prebivalcem. Organiziran je na treh ravneh:

- Osrednji del – Ministrstvo za zdravstvo, ki je odgovorno za izdajo predlogov, načrtovanje in izvajanje dejavnosti v okviru zdravstva ter usklajevanje dejavnosti za preprečevanje uporabe prepovedanih drog.
- Avtonomne skupnosti – 17 teritorialnih skupnosti, ki so odgovorne za ponudbo celovitih zdravstvenih storitev za prebivalce

- Lokalne skupnosti so temeljne strukture nacionalnega zdravstvenega sistema in so odgovorne za enotno upravljanje zdravstvenih storitev, ponujenih na ravni avtonomnih skupnosti.

Španski sistem socialne varnosti pozna sistem s plačevanjem prispevkov in sistem, v katerem se ne plačujejo prispevki. Obstajata dve vrsti sistemov s prispevki in sicer splošni sistem, po katerem so zavarovani vsi zaposleni in del javnih uslužbencev ter posebni sistem kamor se vključujejo samozaposlene osebe, delavci v rudnikih in pomorščaki. Socialno ogrožene osebe in osebe z dohodki nižjimi od zakonsko določenih ravni, so upravičene do nadomestil, od katerih se ne plačujejo prispevki, četudi še nikoli niso plačevali prispevkov. V španskem sistemu je mogoče skleniti tudi posebne prostovoljne pogodbe za ohranitev ali razširitev pravic do nadomestil iz socialne varnosti (Spanish Town Guides, 2014).

Nacionalni sistem zdravstvenega zavarovanja krije zdravstveno oskrbo na domu, v zdravstvenem centru in javni ali zasebni bolnišnici, ki ima sklenjeno pogodbo z avtonomnimi skupnostmi ali zavodom INGESA. Sistem zagotavlja tudi bolnišnično zdravljenje in nujno oskrbo v zdravstvenem centru za nujno pomoč ter zdravila, kirurške proteze, ortopedske pripomočke in invalidske vozičke, ne krije pa zobnih protez in očal. Zdravstvena oskrba je na splošno brezplačna, medtem ko se zobozdravstvena ne krije v celoti. Zdravila, i jih zavarovanec prejme med zdravljenjem v bolnišnici, so brezplačna, ostali upravičenci pa morajo plačati med 10 % in 60 % cene izdelkov glede na njihove dohodke. Za socialno ogrožene zavarovance so tudi zdravila brezplačna (European Comission, 2013ad).

## 2.2.28 Švedska

Švedska ima odprto, diverzificirano in konkurenčno gospodarstvo, ki ga vlada v kriznih časih dodatno uspešno spodbuja z nižanjem dohodkovnih in korporacijskih davkov. Brezposelnost se niža, bančni sektor je stabilen, zato se večja domača potrošnja, čeprav so gospodinjstva visoko zadolžena. Kljub padajoči brezposelnosti pa je brezposelnost mladih visoka (23 %), (Coface, 2015d).

*Tabela 28: Švedska*

Število prebivalcev v milijonih	9.635
Bruto domači proizvod v milijardah USD(2013)	552.042
Stopnja brezposelnosti v %(2014)	7,40
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	9,60

*Vir: Coface, Sweden, 2015d; Trading Economics, Sweden, 2015d; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Na Švedskem imajo pravico do zdravstvenega varstva vsi prebivalci, brez zahteve po minimalni zavarovalni dobi. Obstaja regionalni sistem zdravstvenega varstva, ki večinoma ni odvisen od sistema socialnega zavarovanja. Vsak okrožni svet ali regija ali občina morajo poskrbeti, da imajo vsi prebivalci dostop do kakovostne zdravniške oskrbe.

Švedski zdravstveni sistem se financira z davki in je med kvalitetnejšimi v Evropski uniji. Socialni prispevki za delodajalce na Švedskem znašajo 31,42 % bruto plače zaposlenih in pokrivajo prispevke za starostno pokojnino, pokojnino za vdovce, zavarovanje za bolezni, starševsko varstvo, poškodbe pri delu, prispevek za trg dela in splošni davek na izplačane plače. Zaposleni plačajo 7 % prispevkov za pokojninsko varstvo. Prispevki delodajalca niso omejeni, torej nimajo socialne kapice.

Samozaposleni na Švedskem plačujejo prispevke izračunane na podlagi dohodka iz dejavnosti. Prispevki pokrivajo enaka zavarovanja kot zgoraj naštet, znašajo pa 28,97 %. (Nordisk eTax, 2015).

Švedska nima nacionalno določene minimalne plače, nekatere so določene v kolektivnih pogodbah (WageIndicator, 2014).

Zdravstvena oskrba vključuje splošno zdravniško pomoč, bolnišnično oskrbo, fizioterapijo in vse druge oblike zdravstvene oskrbe, zobozdravstvenega varstva in zdravil. Če mora zavarovanec obiskati zdravnika, večji del stroškov krije okrožni svet, zavarovanec pa mora doplačati pristojbino v višini med 11 in 23 evri. Za hospitalizacijo se prav tako doplača pavšalna pristojbina, ki znaša največ 9,18 evrov dnevno. Teh pristojbin, ki jih zavarovanci plačujejo, zavarovalni sistem ne povrne. Bolniki doplačujejo zdravila največ do višine 252 evrov letno. Ta zgornja meja velja tudi za medicinske pripomočke. Zobozdravstveno varstvo je v celoti brezplačno le za otroke do 20 leta. Cena, ki jo bolnik doplača, je različna od izvajalca do izvajalca, slednji torej sami določajo cene svojih storitev (European Commission, 2013ae).

### **2.2.29 Združeno kraljestvo**

Združeno kraljestvo sestavljajo Anglija, Wales, Škotska in Severna Irska. Je eno izmed najmočnejših gospodarstev Evropske unije, čeprav je njeno članstvo v Evropski uniji v prihodnosti vprašljivo. Premier David Cameron je napovedal referendum o izstopu za leto 2017, če Evropska unija ne bo ugodila njihovim zahtevam o omejitvah priseljevanja ter drugim, manj relevantnim zahtevam. Sicer je v letu 2014 Združeno kraljestvo zabeležilo višjo rast kot ostala napredna gospodarstva. Stopnja zadolženosti gospodinjstev je izredno visoka (125 % BDP), kljub temu pa je domača poraba še vedno visoka. Priporočilom Bank of England po zaviranju cen nepremičnin navkljub, so le te narastle za 12 odstotnih točk v primerjavi z letom 2013. Britanski bančni sistem je prevelik in je zato krhek in nezaupljiv za financiranje malih družb. Javnofinančni primanjkljaj naj bi se v letu 2015 zmanjšal na

okoli 5 % BDP, ker pa bo rast visoka, bo javni dolg še naprej naraščal. Stopnja brezposelnosti mladih znaša 15,9 % (Coface, 2015e).

*Tabela 29: Združeno kraljestvo*

Število prebivalcev v milijonih	64.511
Bruto domači proizvod v milijardah USD (2013)	2.847.604
Stopnja brezposelnosti v % (2014)	5,70
Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje v % BDP (2012)	9,30

*Vir: Coface, United Kingdom, 2015e; Trading Economics, United Kingdom, 2015e; The World Bank, Health Expenditure, 2014.*

Sistem socialne varnosti se v Združenem Kraljestvu financira s prispevki za nacionalno zavarovanje, ki jih plačujejo zaposleni in delodajalci, ter iz splošnih davčnih prihodkov. Zdravstvene storitve so večinoma financirane iz javnih virov, nekaj pa je tudi privatnega financiranja. Izpostavimo lahko dodatna zavarovanja, doplačila v sistemu, neposredna plačila uporabnikov za zdravila ali pripomočke ter privatna plačila uporabnikov za storitve NHS ali druge privatne storitve v okviru zdravstvenega sistema (European Commission, 2013).

Državno zdravstveno varstvo je v Združenem Kraljestvu zagotovljeno preko Nacionalnega zdravstvenega sistema NHS (angl. *National Health Service*). Je brezplačno in ni vezano na plačila socialnih prispevkov. Vsak posameznik ima torej pravico do zdravstvene oskrbe ali urgentne zdravstvene oskrbe (PwC, 2013).

Splošni zdravniki so samozaposleni in imajo sklenjene pogodbe za zagotavljanje storitev za NHS ter lahko svobodno izbirajo, katere bolnike bodo uvrstili na svoj seznam. Do brezplačnega zdravljenja v okviru NHS so upravičeni vsi, ki imajo zakonita in stalna prebivališča v Združenem Kraljestvu. Začasni prebivalci, s stalnim prebivališčem v drugi državi EGP ali Švici, morajo imeti pri sebi evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja iz svoje matične države.

Večina zdravnikov, splošnih zdravnikov, optikov in veliko zobozdravnikov deluje v okviru nacionalne zdravstvene službe NHS. Te zdravniki imajo pravico do zasebnega zdravljenja bolnikov, katerega stroškov NHS ne povrne. Bolniki morajo doplačati za zdravila na recept, za zobozdravstveno oskrbo in za nekatere dodatke (European Commission, 2013e).

### 3 ANALIZA ZBRANIH PODATKOV

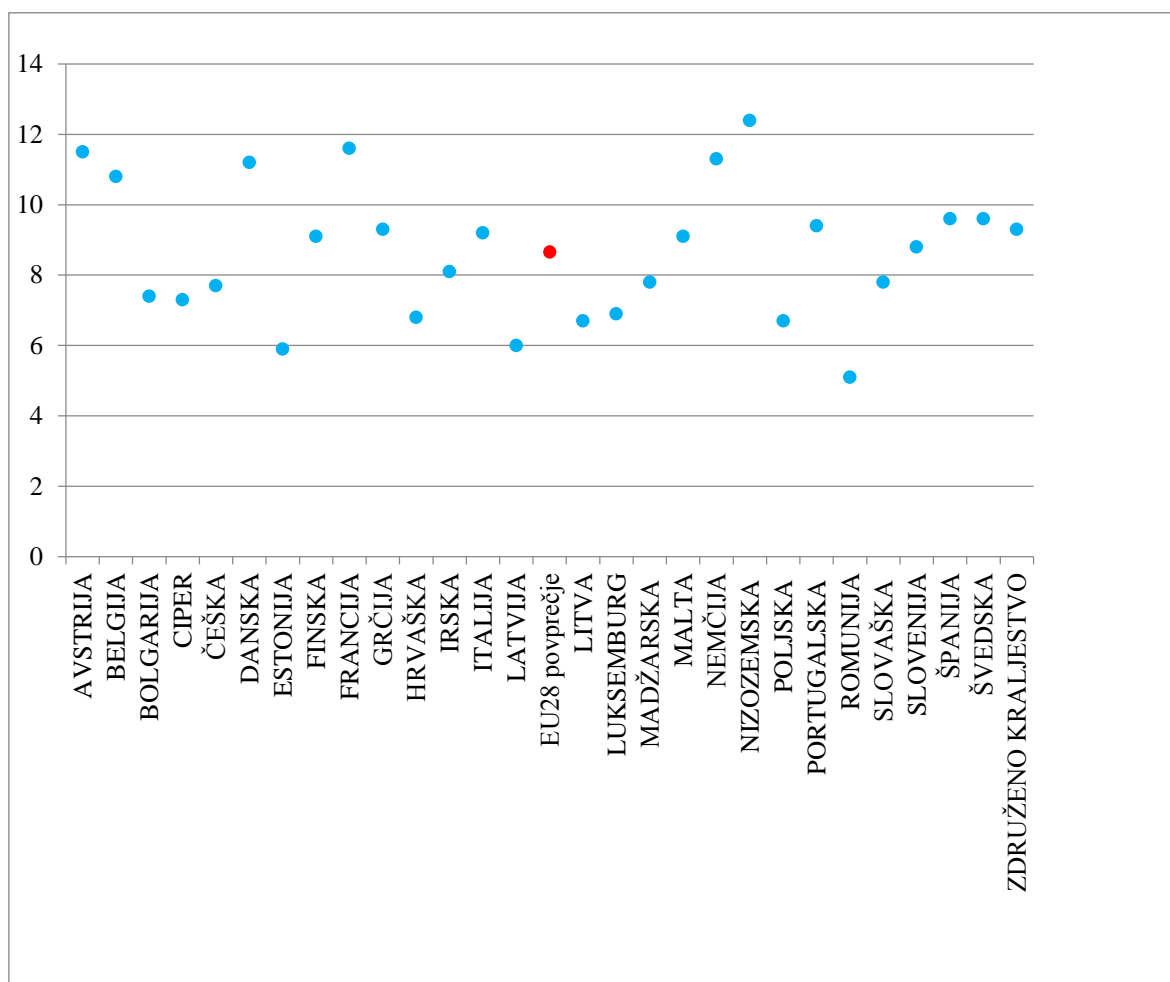
#### 3.1 Grafični prikaz zbranih podatkov

##### 3.1.1 Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje

###### 3.1.1.1 Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje kot delež BDP

V prejšnjem poglavju je bilo za vsako državo predstavljeno, kolikšna je bila v letu 2012 poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje po posameznih državah kot odstotni delež bruto domačega proizvoda držav članic.

Slika 2: Zgoščenost višine porabe sredstev za zdravstveno zavarovanje kot delež BDP

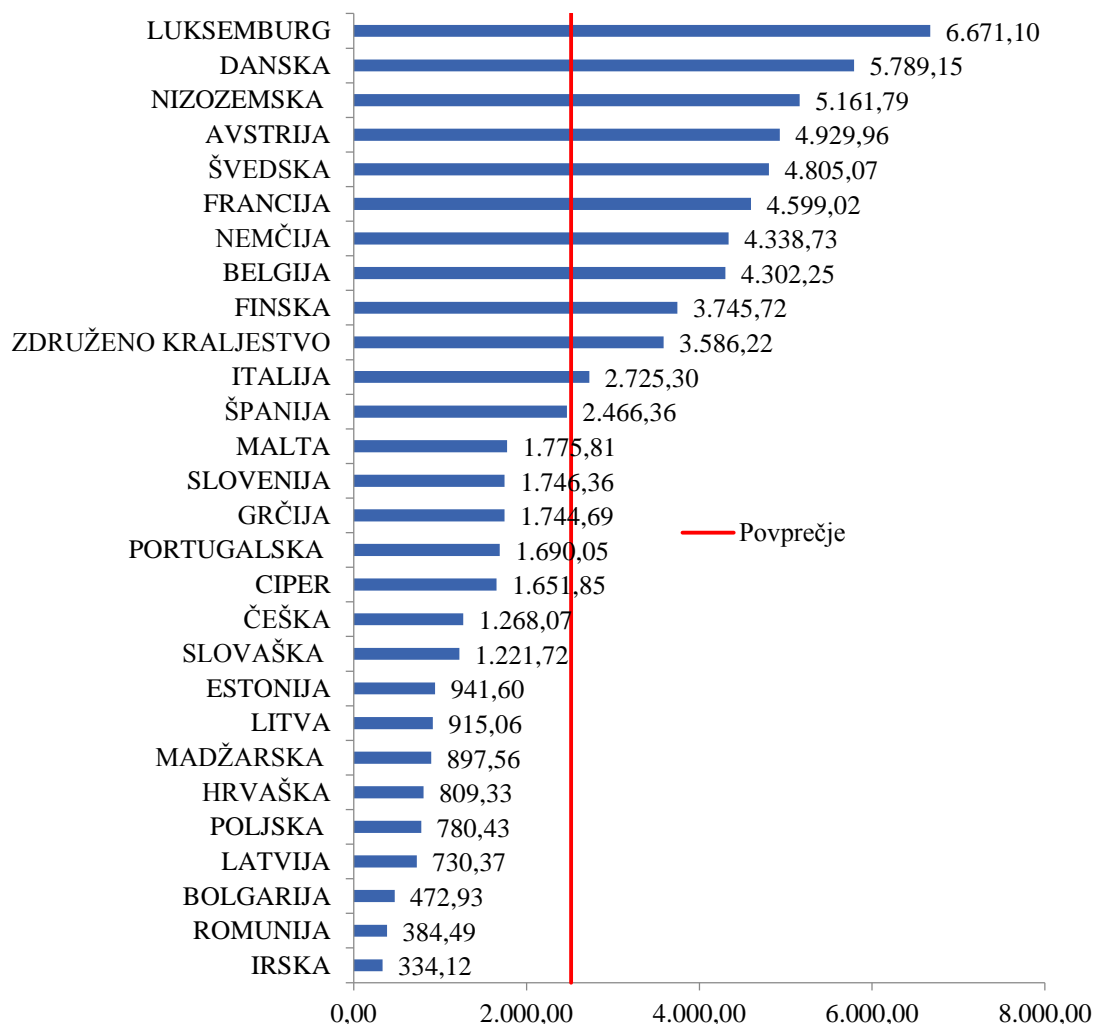


Slika 2 nam prikazuje zgoščenost višine porabe sredstev za zdravstveno zavarovanje kot delež bruto domačih proizvodov držav. Vse države Evropske unije porabijo med 5 % in 13 % za zdravstveno zavarovanje. Evropsko povprečje je za leto 2012 izračunano na 8,66 % bruto domačega proizvoda. Ker si s tem podatkom v resnici težko predstavljamo kaj konkretnjšega, je v nadaljevanju izračunana poraba sredstev za zdravstveno

zavarovanje za vsako posamezno državo na osebo.

### 3.1.1.2 Poraba sredstev za zdravstveno zavarovanje na osebo

Slika 3: Poraba sredstev za zdravstveno varstvo per capita



V Sliki 3 je prikazana ocena porabe sredstev na prebivalca za vsako državo Evropske unije. Za vsako državo je bila izračunana dejanska poraba iz deleža bruto domačega proizvoda in pridobljenih podatkov o bruto domačem proizvodu ter razdeljena na število prebivalcev. Seveda je ta podatek zgolj statističen in ne pomeni realnega stanja, saj so nekateri kronični bolniki na letni ravni za državo tudi do 100 krat dražji kot pa na primer zdravi otroci ali odrasli.

Evropsko povprečje (EU 28) porabljenih sredstev za leto 2012 znaša 2.517,33 evrov na prebivalca. Na ravni povprečja sta le Španija in Italija. Najvišja poraba je v Luksemburgu, ki je višja od dva in pol kratnika izračunanega povprečja in znaša 6.671,10 evrov. Nadpovprečno visoko porabo imajo na Danskem, kjer poraba znaša 5.789,15 evrov.



Visoka poraba je še na Nizozemskem, v Franciji, Avstriji, Belgiji, Nemčiji in na Švedskem. Najnižja poraba sredstev je v Bolgariji in Romuniji ter na Irskem, kjer na leto za zdravstveno varstvo porabijo pod 500 evri na prebivalca. Slovenija je z izračunanimi 1.746,36 evri na prebivalca pod povprečjem Evropske unije. Na približno enaki ravni so Portugalska, Grčija in Ciper.

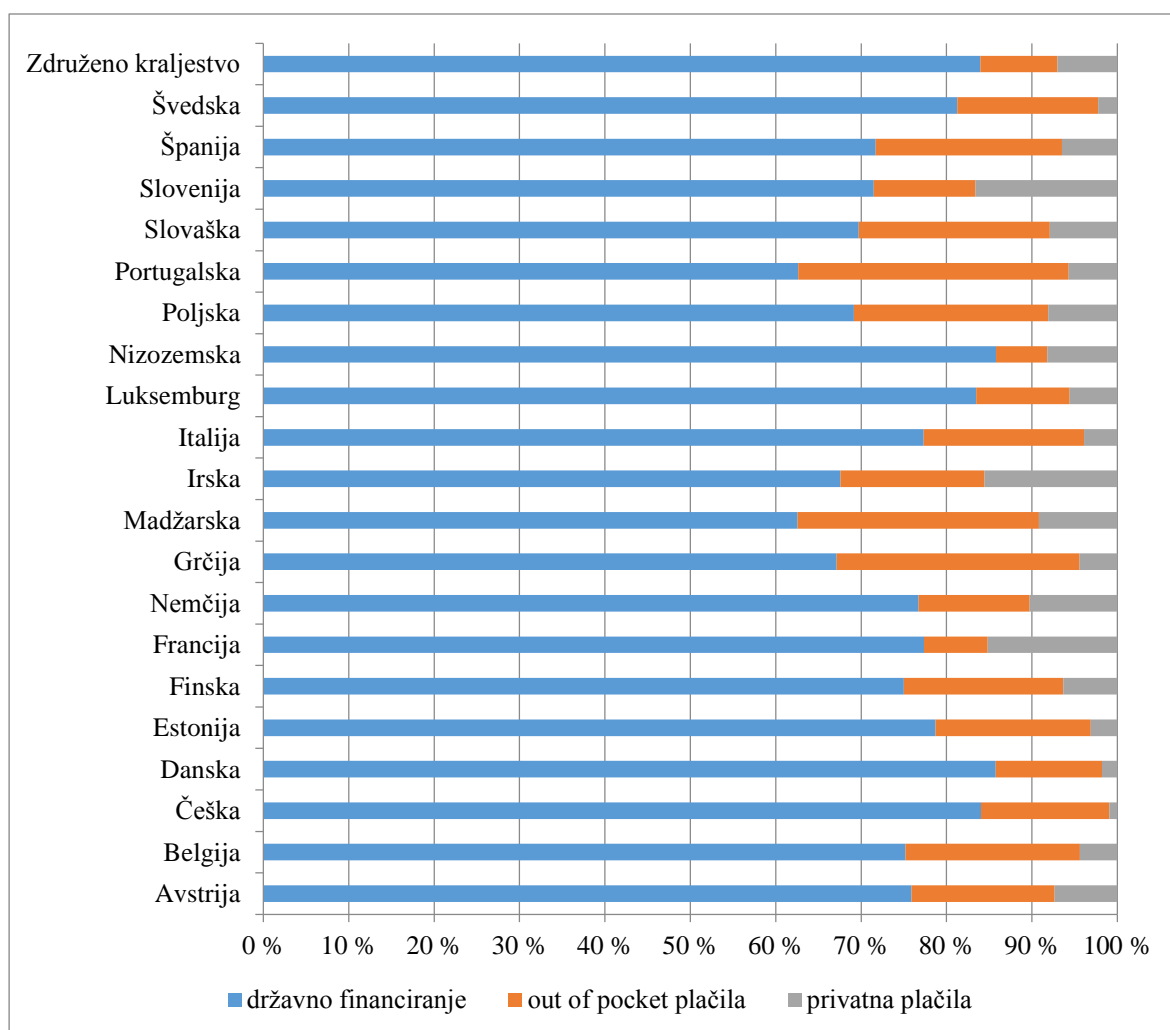
Iz izračunanega lahko torej sklepamo, da višje razvite države Evropske unije več porabljajo za zdravje svojih prebivalcev, kot manj razvite in kasneje pridružene članice. Države, ki porabijo nadpovprečno veliko za zdravstveno varstvo prebivalcev imajo razen Danske in Švedske vse Bismarckov model financiranja zdravstvenega varstva.

### **3.1.2 Financiranje zdravstvenega varstva**

Glede na različne sisteme financiranja zdravstvenega varstva za posamezne države, je tudi razporeditev samega financiranja porabe za posamezno državo precej različna. Sama poraba se ne glede na sistem financira iz različnih virov. Največji del v vseh državah predstavlja financiranje iz državnega proračuna – ne glede na to, ali država pobira prispevke na izplačane plače od zaposlenih in samozaposlenih ali drugih oblik izplačil osebnih dohodkov, ali pa financira zdravstveno varstvo prebivalcev iz socialnih davkov ali drugih proračunskih virov. V nekaterih državah, kamor spada tudi Slovenija, je potrebno odvajati prispevke za zdravstveno zavarovanje tudi od izplačil po avtorskih in podjemnih pogodbah. Fizične osebe, ki opravljajo dejavnost poleg zaposlitve (tako imenovani popoldanski samostojni podjetniki) plačujejo mesečne pavšalne prispevke tudi za zdravstveno zavarovanje, nekateri pa si obvezno zdravstveno zavarovanje doplačujejo sami. Druga veja financiranja izhaja iz privatnih zavarovanj, ki so urejena v večini držav Evropske unije, kot dodatna oziroma dopolnilna privatna zavarovanja, tretja veja pa so tako imenovana out- of- pocket plačila kjer zavarovana bolna oseba doplača storitev pri zdravniku kot nadstandard ali nezavarovana oseba v celoti poravnava storitve zdravljenja neposredno pri izvajalcu zdravstvenih storitev.

V spodnjem grafu so upoštevane države Evropske unije, ki so hkrati članice OECD. Glede na težko dostopnost podatkov ostalih članic Evropske unije (Bolgarija, Ciper, Hrvaška, Latvija, Litva, Malta in Romunija), te države v tem delu niso obravnavane.

Slika 4: Financiranje zdravstvenega varstva v EU



Vir: OECD, Health Statistics, 2014, lastni izračuni.

Povprečje ocene državnega oziroma proračunskega financiranja za države članice Evropske unije, ki so hkrati članice združenja OECD, je 75,36 %. To pomeni, da te države povprečno tri četrtine celotne porabe za zdravstveno varstvo svojih prebivalcev v določenem letu financirajo iz obveznih zdravstvenih zavarovanj. Največji delež proračunskega financiranja imata Danska in Nizozemska, ki iz proračuna financirata nad 85 % vse porabe za zdravstvo. Sledita Češka in Združeno Kraljestvo. Na ravni povprečja so Avstrija, Belgija, Finska in Nemčija. Slovenija iz proračuna financira 71,48 % porabljenih sredstev za zdravstveno zavarovanje, na približno enaki ravni pa je še Španija.

Povprečje ocene financiranja zdravstvenega varstva iz privatnih zavarovanj je 7,15 %. Slovenija ima privatnega financiranja kar 16,62 %, nad 15 % imata le še Francija in Irska. Ostale obravnavane države, razen Nemčije, imajo manj kot 10 odstotni delež financiran iz privatnih zavarovanj. Najmanjši delež ima Češka, ki iz privatnih zavarovanj financira manj kot 1 % zdravstvenega varstva. Iz tega izhaja, da na Češkem nimajo privatnih dodatnih ali dopolnilnih zavarovanj, organiziranih kot v Sloveniji.

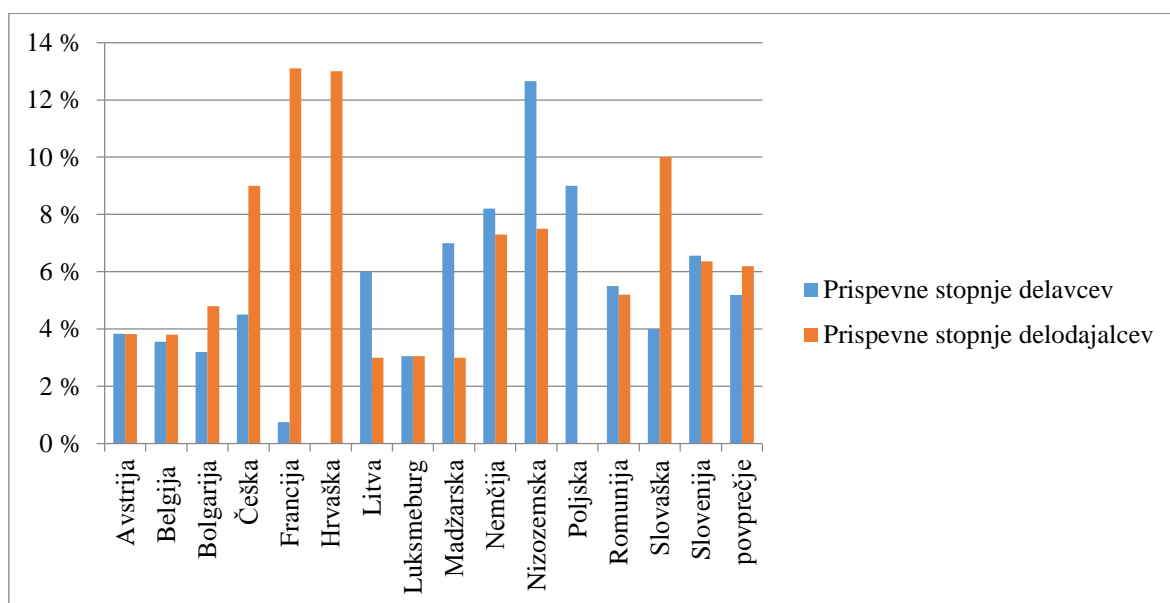
Tretja veja financiranja se nanaša na neposredna plačila pri izvajalcih zdravstvenih storitev. V povprečju doplačamo 17,49 % vrednosti zdravstvenega varstva. Največji delež neposrednih plačil imajo v Grčiji in na Madžarskem, kjer iz lastnih sredstev prebivalci plačajo nad 28 % celotne porabe za zdravstveno varstvo. Najnižja odstotka sta na Nizozemskem in v Franciji ter v Združenem Kraljestvu.

Večina držav ima večji odstotek neposrednih plačil pri izvajalcih zdravstvenih storitev kot plačil iz privatnih zavarovanj. Izjemi sta le Slovenija in Francija.

### 3.1.3 Primerjava obdavčitve med državami z Bismarckovim modelom

Primerjava obdavčitve držav, ki za financiranje uporabljajo lastnosti Bismarckovega modela financiranja zdravstvenega varstva je relativno enostavna. Za vse države so bile zbrane točne višine prispevkov delodajalcev in delojemalcev in prikazane grafično ter izračunani povprečji za lažji pregled odstopanj. Pri državah, ki imajo za različne vrste dela različne višine obdavčitve, so bili izbrani prispevki za delavce, ki opravljajo dela v pisarnah in ne fizične delavce, katerih prispevne stopnje so lahko zaradi tveganosti poklicnih bolezni in dolgotrajnejših zdravljenj iz tega naslova, višje.

Slika 5: *Financiranje zdravstvenega varstva v državah z Bismarckovim modelom*



Slika 5 prikazuje raznolikost ureditev po posameznih državah v sklopu enega modela financiranja zdravstvenega varstva. Avstrija, Luksemburg ter deloma Belgija, Romunija in Slovenija imajo prispevke za zdravstveno varstvo enakovredno ali skoraj enakovredno porazdeljene med delavce in delodajalce. Popolno nasprotje predstavljajo Francija, Hrvaška in Poljska. Na Poljskem vse prispevke za zdravstveno varstvo plača delavec, na Hrvaškem pa delodajalec. V Franciji le malenkost plača delavec, veliko večino pa delodajalcev. Kumulativno najdražja država je Nizozemska, takoj za njo je Slovaška,

najcenejši pa je sicer najbogatejši Luksemburg. Slovenski prispevki se gibljejo okoli izračunanih povprečij za države z Bismarckovim modelom, kumulativno pa so med višjimi.

### **3.1.4 Primerjava obdavčitve med državami z Beveridgeovim modelom**

Pri državah, ki za financiranje zdravstvenega varstva uporabljajo lastnosti Beveridgeovega modela zdravstvenega varstva je primerjava otežena, ker niso točno določene stopnje prispevkov za posamezna socialna nadomestila, ampak se poraba financira neposredno iz proračuna. V večini držav delodajalci in delojemalci sicer plačujejo dajatve od plač, vendar so urejeni kot socialni davek ali katerakoli druga oblika prilivov pravnih in fizičnih oseb v proračun. Del porabe za zdravstveno varstvo, ki je financiran iz države, je torej pokrit s plačili davkov, ne glede na njegovo višino.

### **3.1.5 Primerjava obveznih prispevkov za zdravstveno varstvo v Evropski uniji**

Primerjava obveznih prispevkov za zdravstveno varstvo med državami Evropske unije je suhoparna primerjava med različnimi vrednostmi, med katerimi lahko ugotovljamo različna odstopanja, maksimume in minimume ter kvantitativno primerjamo obdavčitve med posameznimi državami. Tako lahko ugotovimo, katera izmed držav je bolj in katera manj obdavčena, ne pa tudi kaj prebivalci oziroma zavezanci od države prejmejo v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Večinoma je paket pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja v vseh državah približno enak, vendar pa se vseeno razlikujejo v določenih podrobnostih. V nekaterih državah je potrebno doplačati za vsak recept, v nekaterih je zobozdravstveno varstvo popolnoma samoplačniško, v nekaterih pa države celo zgledno sofinancirajo medicinske pripomočke. V tem primeru velja, da niso upoštevana dodatna in dopolnilna ali privatna zavarovanja katerekoli vrste, saj bi ob upoštevanju le teh lahko dobili vtis, da je zdravstveno varstvo, ki ga prejmemo iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja kot državljani določene države, poleg plačila prispevkov, brezplačno. V Sliki 3, kjer so sicer prikazane le države, ki so hkrati v Evropski Uniji in OECD, je razvidno, da ima prav vsaka izmed njih nekaj zdravstvenega varstva financiranega iz privatnih zavarovanj, nekaj pa z direktnimi *out- of- pocket* plačili. To pomeni, da v nobeni državi ni možno prejemati zdravstveno oskrbo le v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj le ta nikjer ne krije vseh potrebnih storitev.

### **3.1.6 Geografska porazdelitev modelov zdravstvenega zavarovanja po Evropski uniji**

Pri pregledu geografske porazdelitve modelov zdravstvenega zavarovanja lahko ugotovimo, da so povezave med državami s podobnimi sistemi in ureditvami financiranja zdravstvenega varstva, bolj kot geografsko, vezane zgodovinsko. Prvotno so, kot izhaja iz zgodovine razvoja modelov zdravstvenega varstva, obstajali trije modeli. Poleg

Beveridgeovega in Bismarckovega modela je v Evropi obstajal tudi Semaškov model, ki je bil razvit v Sovjetski zvezi in kasneje v vzhodnoevropskih državah, danes pa ga v državah Evropske unije več ni. Vzrok za to je politične narave, saj v Evropski uniji ne obstaja več popolni socializem, ki je predispozicija državne lastnine v Semaškovem modelu.

V osrednjem delu Evropske Unije praktično vse države uporabljajo Bismarckov model financiranja zdravstvenega varstva. Države Beneluxa in Balkanske države, ki so članice Evropske unije, razen Grčije, so uporabnice Bismarckovega modela. Države na jugu Evropske unije – Grčija, Italija, Ciper in Malta ter zahodne države – Portugalska, Španija, Irska in Združeno kraljestvo uporabljajo Beveridgeov model. Severne države Danska, Švedska in Finska prav tako uporabljajo Beveridgeov model. Pri vzhodnih Baltskih državah je Litva uporabnica Bismarckovega modela, Estonija in Latvija pa Beveridgeovega.

*Slika 6: Politična karta Evropske Unije*



*Vir: Medical Tourism Magazine, EU map, 2014.*

## 3.2 Preverjanje hipotez

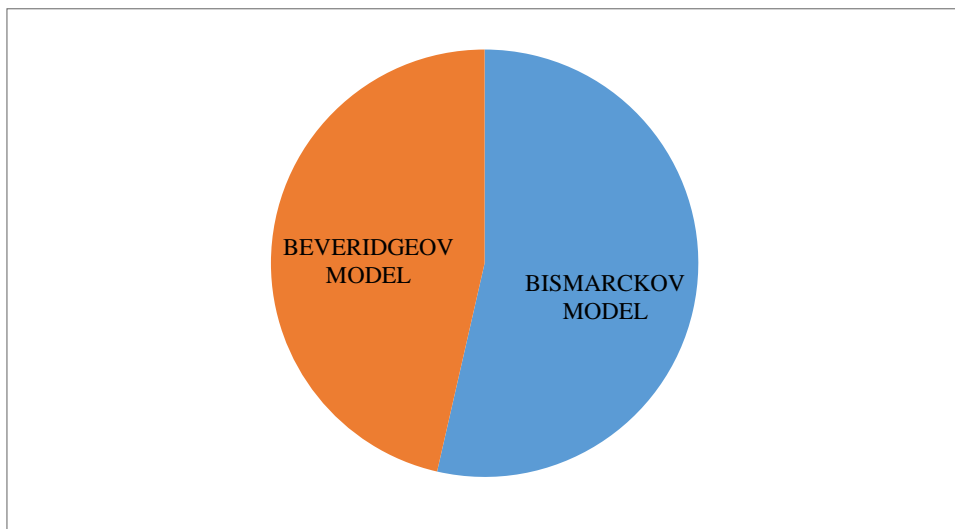
### **H1: V Evropski uniji ni enotnega sistema zdravstvenega varstva**

Kot že ugotovljeno v začetku magistrskega dela, se na območju Evropske unije ni vzpostavil nek enotni sistem. Harmonizacija sistema zdravstvenega varstva za celotno

ozemlje Evropske unije naenkrat bi bil prevelik zalogaj, četudi bi ugotovili, da je katerikoli od sistemov učinkovitejši ali pa iznašli novega. Ravno zato se Evropska unija trudi harmonizirati nacionalne zakonodaje v posameznih članicah in podpira reforme. Sčasoma bodo morda te reforme, ki večinoma temeljijo na dobrih praksah iz drugih držav, vodile v poenotenje sistema na ravni Evropske unije. Na podlagi ugotovljenega, je hipoteza H1 potrjena.

**H2: V Evropski uniji ima več držav lastnosti Bismarckovega sistem zdravstvenega varstva.**

*Slika 7: Modeli zdravstvenega varstva v EU v %*



Pri pregledu in določitvi modela financiranja zdravstvenega varstva za posamezno državo Evropske unije, je bilo ugotovljeno, da je Bismarckov model v skupno osemindvajsetih državah Evropske unije uporabljen v petnajstih. V sedemdesetih in osemdesetih letih so svoje sisteme iz Bismarckovega v Beveridgeovega reformirale Grčija, Italija, Portugalska in Španija, Latvija pa ga je šele predlani. Kljub temu, da se državam po lastnostih še vedno da določiti sistem pa je možno, da se bodo te lastnosti z leti združile in bomo imeli nov sistem, ki bo združeval prvine obeh starih sistemov. Tako že danes v določenih državah lahko zasledimo odstopanja od prvotnega modela in lahko pričakujemo, da bo teh odstopanj in mešanj med modeloma vedno več. Hipoteza H2 je sprejeta.

**H3: Slovenski prispevki so med višjimi v Evropski uniji.**

V Sloveniji plačujemo prispevke, vezane na višino bruto plače zaposlenih delavcev. Prispevke delojemalcev oziroma delavcev plačajo zaposlene osebe od bruto plače, kar pomeni, da se zneski prispevkov v odmerjenih višinah odštejejo od bruto plače in delavec na račun prejme le razliko, delodajalci pa plačajo prispevke na bruto plačo, ki pa ne vplivajo na višino prejemka zaposlenega.

a) Prispevki delojemalcev (zavarovancev) v %

Prispevek za pokojninsko in invalidsko zavarovanje	15,50
<b>Prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje</b>	<b>6,36</b>
Prispevek za starševsko varstvo	0,10
Prispevek za zaposlovanje	0,14
Skupaj	22,10

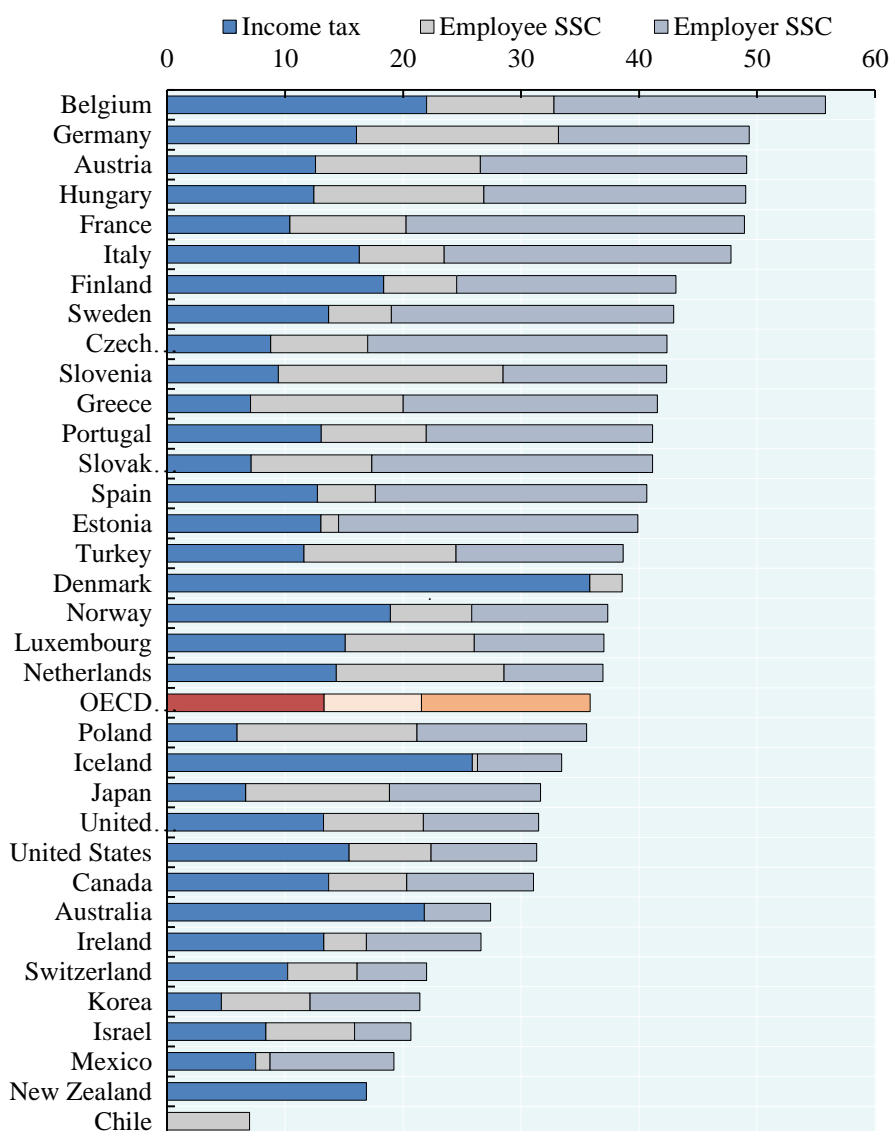
b) Prispevki delodajalcev v %

Prispevek za pokojninsko in invalidsko zavarovanje	8,85
<b>Prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje</b>	<b>6,56</b>
Prispevek za zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni	0,53
Prispevek za starševsko varstvo	0,10
Prispevek za zaposlovanje	0,06
Skupaj	16,10

*Vir: DURS, Prispevki za socialno varnost, 2015.*

Neposredna primerjava med višinami prispevkov za zdravstveno varstvo je med vsemi državami Evropske unije, pa tudi nasploh, otežena zaradi različnih sistemov financiranja zdravstvenega varstva. Nekatere države, kot prikazano v prvem delu magistrske naloge, od državljanov pobirajo socialne davke, ki jih potem po potrebah razporejajo za različne socialne transferje, zdravstveno in pokojninsko varstvo ter ostale potrebe proračuna. Za te države ne obstaja točno določena stopnja, na podlagi katere bi lahko primerjali države med seboj, zato je bila za analizo tukaj upoštevana Slika 5, ki prikazuje primerjavo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje v državah Evropske unije, ki za financiranje zdravstvenega varstva uporabljajo lastnosti Bismarckovega sistema. Ta graf sicer ne prikazuje kumulativnega zneska prispevkov, je pa vseeno razvidno, da je Slovenija med višje obdavčenimi državami.

Slika 8: Primerjava obdavčitve plač v državah OECD



Vir: OECD, Health Statistics, 2014.

Iz Slike 8 je razvidno, da so slovenski prispevki in dohodnina, torej obdavčitev plač, med višjimi oziroma nad povprečjem v državah OECD. Celotna obdavčitev plač sicer ni najvišja v Evropski Uniji, pa tudi sama primerjava zdravstvenih prispevkov, ki so predstavljeni po državah, kaže da prispevki za zdravstveno varstvo v Sloveniji niso najvišji, so pa med višjimi. Ta graf nam služi le kot dodaten prikaz, saj so celotni prispevki v grafu prikazani z odstopanji, pa tudi dohodnina, ki je v več državah progresiven davek, je tukaj predstavljena kot neka srednja vrednost. Hipoteza H3 je torej potrjena.

#### **H4: Beveridgeov model financiranja zdravstvenega varstva je bolj učinkovit kot Bismarckov model financiranja zdravstvenega varstva.**

Učinkovitost po modelih financiranja bo prikazana na podlagi izračunanih splošnih



kazalnikov v zdravstvu. Priročnik o kazalnikih kakovosti Ministrstva za zdravje (2010) pravi, da je nabor kazalnikov v zdravstvu namenjen vsem segmentom, udeleženi v procesu zdravstvenega varstva. Namenjeni so izvajalcem zdravstvenih storitev, ki tako lahko spremljajo ter izboljšajo kvaliteto svojih storitev in tudi plačnikom storitev oziroma zavarovancem, ki lahko tako spremljajo porabo sredstev ali pa se na podlagi njih lažje odločijo za določene izvajalce storitev.

Za ugotavljanje učinkovitosti modelov financiranja bosta uporabljena dva zdravstvena kazalnika. Prvi je stopnja umrljivosti novorojenčkov (angl. *infant mortality rate*), ki primerja število smrti dojenčkov oziroma otrok pod enim letom starosti v določenem letu na 1.000 živorojenih otrok v istem letu (The World Factbook, 2015a). Drugi kazalnik je pričakovana življenjska doba (angl. *life expectancy at birth*), ki je primerjava povprečnega števila let življenja skupine ljudi, ki so rojeni v istem letu, če smrtnost pri vsaki starosti ostane nespremenjena (The World Factbook, 2015b). Oba kazalnika sta hkrati merilo splošne kakovosti življenja v določeni državi.

*Tabela 30: Povprečja ocen kazalnikov za leto 2014*

<b>Model/kazalnik</b>	<b>Stopnja umrljivosti novorojenčkov</b>	<b>Pričakovana življenjska doba</b>
<b>Bismarckov</b>	5,56	77,89
<b>Beveridgeov</b>	4,68	79,26

*Vir: The World Factbook, Infant mortality rate, 2015a; The World Factbook, Life expectancy at birth, 2015b.*

V tabeli so prikazana povprečja ocen vrednosti kazalnikov za leto 2014. Najdaljšo pričakovano življenjsko dobo med vsemi državami Evropske unije ima Italija (82,03 let), najkrajšo pa Latvija (73,44 let). Stopnja umrljivosti dojenčkov je najnižja na Švedskem (2,06), najvišja pa v Bolgariji (15,08). V Sloveniji je pričakovana življenjska doba za rojene v letu 2014 77,83 let, izračunana stopnja umrljivosti dojenčkov v letu 2014 pa je 4,04 dojenčkov na 1000 živorojenih otrok.

Na podlagi izračunanih ocen povprečij kazalnikov, ki odražata splošno kakovost življenja v določeni državi, je ugotovljeno, da v državah, ki uporabljajo Beveridgeov model zdravstvenega varstva umre manj novorojenčkov do prvega leta ter da ljudje živijo povprečno eno leto dlje kot v državah z Bismarckovim modelom zdravstvenega varstva. Na podlagi ugotovljenih in izračunanih podatkov lahko trdimo, da je Beveridgeov model zdravstvenega varstva bolj učinkovit. Hipoteza je potrjena.

## **SKLEP**

Namen magistrskega dela je bil opredeliti pojme, povezane z zdravstvenim varstvom ter za vsako posamezno državo Evropske unije ugotoviti sistem financiranja zdravstvenega

varstva. Poleg same sistemizacije je bilo ugotovljeno tudi kolikšne so prispevne stopnje po državah ter kdo in do kakšne mere je upravičen do zdravstvene oskrbe.

Organizacija zdravstvenega varstva na državni ravni sega daleč nazaj v zgodovino. Sistemi so se razvijali iz ne solidarnega do vedno bolj solidarnega oziroma takšnega, ki omogoča dostop do zdravstvenih storitev prav vsem prebivalcem določenih držav. V Evropski uniji danes po lastnostih financiranja lahko opredelimo le še dva modela – Bismarckovega, ki temelji na načelu obveznega zdravstvenega zavarovanja in Beveridgeovega, ki temelji na predpostavki, da država edina lahko vsem prebivalcem zagotovi dostop do zdravstvenih storitev (Toth, 2003). V mlajši zgodovini in med iskanjem novih rešitev in reformiranja kriz v zdravstvenih blagajnah po večinoma vsej Evropski uniji, se te dva sistema vedno bolj prepletata. Ugotovljeno je bilo, da več kot polovica (54 %) držav uporablja Bismarckov model, ki se prepleta večinoma po osrednjih državah Evropske unije, med drugim tudi v državah, ki pri ljudeh in medijih uživajo ugled »bogatejših« držav. Ne glede na to, izračuni kažejo, da je povprečna splošna kakovost življenja boljša v državah, ki uporabljajo Beveridgeov model zdravstvenega varstva. Po mojem mnenju je to največji paradoks, ugotovljen med nastajanjem magistrskega dela.

Druga pomembna ugotovitev je, da je obdavčitev prejemkov iz delovnih razmerij v Sloveniji med višjimi v Evropski uniji. Tudi splošna klima v naši državi je takšna, zaposleni prebivalci se težko soočajo z odlivi za prispevke, ki jih plačujejo od svojih plač. Slovenija je v letu 2012 povprečno porabila 1.746,36 eur na prebivalca za zdravstveno varstvo svojih državljanov. S tem se je uvrstila pod povprečje Evropske unije in se lahko primerja z Grčijo, Portugalsko in Ciprom, za katere se ve, da so prejemnice denarne pomoči od Evropske unije zaradi neuspešnega reševanja gospodarske krize. Med delom sem ugotovila tudi, da državljani s prostovoljnim dodatnim zavarovanjem (ki je sicer vse prej kot prostovoljno) sofinanciramo kar 16,62 odstotkov celotne porabe, kar je med tremi najvišjimi v celotni Evropski uniji.

Države, ki kot model financiranja zdravstvenega varstva uporabljajo Bismarckov model, kar pomeni da delavci in njihovi delodajalci od bruto izplačanih plač odvajajo prispevke za določene socialne ugodnosti, imajo kljub enakemu sistemu zelo raznolike ureditve. Med petnajstimi državami imata Avstrija in Luksemburg enakovredno porazdeljene prispevke za zdravstveno varstvo, na Poljskem vse prispevke za zdravstveno varstvo plača delavec, na Hrvaškem pa delodajalec. Seštevek obeh – prispevka, ki ga plača delavec in prispevka ki ga plača delodajalec je najvišji na Nizozemskem.

Temeljna hipoteza magistrskega dela je, da v Evropski uniji ne obstaja enoten sistem zdravstvenega varstva. Kljub prepletanju obstoječih sistemov, ne obstaja enotnost, ki bi jo nadzorovala sama Evropska unija – določala sistem financiranja ali osnovne pravice posameznikov iz javnega ali obveznega zdravstvenega varstva. Takšna reforma bi lahko pomenila kolaps zdravstvenih sistemov, česar si nobena država ne more privoščiti.

Harmonizacija nacionalnih zakonodaj in spodbujanje reform, temelječih na dobrih praksah drugih držav, ter solidarnosti po državah je največ kar lahko Evropska unija trenutno zahteva od držav članic.

Zadnja ugotovitev magistrskega dela je, da se na tej ravni pravzaprav ne da primerjati obveznih prispevkov za zdravstveno varstvo v Evropski uniji. Četudi bi vse države imele enak sistem financiranja, bi lahko primerjali samo vrednosti prispevkov, ne pa tudi njihov dejanski pomen. Za popolno primerjavo, bi morali za vsako posamezno državo primerjati katera zdravstvena storitev je krita iz naslova plačila prispevkov in katera ne. Na ta način bi lahko šele resnično trdili ali je neka država predraga za to kar svojim prebivalcem nudi ali ima višje prispevke, ker so tudi prebivalci upravičeni do kritja številnejših ali boljših zdravstvenih storitev.

## LITERATURA IN VIRI

1. Angloinfo. (2014). Social Insurance Services in Cyprus. Najdeno 5. septembra 2015 na spletnem naslovu <http://cyprus.angloinfo.com/information/money/social-security/>
2. Auto Entrepreneur. (2015). Les différents types d'activités qu'un auto-entrepreneur peut exercer et leurs particularités. Najdeno 29. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://www.auto-entrepreneur.fr/activite/index.html>
3. Barnard, C. (2000). *EU Employment Law*. Oxford: Oxford University Press.
4. Business Belgium. (2014). Insurance and social security. Najdeno 4. septembra 2014 na spletnem naslovu [http://business.belgium.be/en/managing\\_your\\_business/setting\\_up\\_your\\_business/main\\_steps/insurance\\_and\\_social\\_security/](http://business.belgium.be/en/managing_your_business/setting_up_your_business/main_steps/insurance_and_social_security/)
5. Capital Tax Consulting. (2014). Romanian Social Security. Najdeno 18. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.capitaltaxconsulting.com/international-tax/romania/romanian-social-security/>
6. Citizens Information. (2014). Social insurance classes Ireland. Najdeno 8. novembra na spletnem naslovu [http://www.citizensinformation.ie/en/social\\_welfare/irish\\_social\\_welfare\\_system/social\\_insurance\\_prsi/social\\_insurance\\_classes.html#l1f4da](http://www.citizensinformation.ie/en/social_welfare/irish_social_welfare_system/social_insurance_prsi/social_insurance_classes.html#l1f4da)
7. Cleiss. (2015). The French Social Security System. Najdeno 29. januarja 2015 na spletnem naslovu [http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_france/an\\_0.html](http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/an_0.html)
8. Coface. (2014a). Austria. Najdeno 3. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Austria>
9. Coface. (2014b). Belgium. Najdeno 4. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Belgium>
10. Coface. (2014c). Bulgaria. Najdeno 4. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Bulgaria>
11. Coface. (2014d). Croatia. Najdeno 4. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Croatia>
12. Coface. (2014e). Cyprus. Najdeno 5. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Cyprus>
13. Coface. (2014f). Czech Republic. Najdeno 5. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Czech-republic>
14. Coface. (2014g). Denmark. Najdeno 10. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Denmark>
15. Coface. (2014h). Estonia. Najdeno 10. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Estonia>
16. Coface. (2014i). Finland. Najdeno 9. oktobra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Finland>
17. Coface. (2014j). Germany. Najdeno 8. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Germany>
18. Coface. (2014k). Greece. Najdeno 13. oktobra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Greece>

19. Coface. (2014l). Hungary. Najdeno 7. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Hungary>
20. Coface. (2014m). Ireland. Najdeno 7. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Ireland>
21. Coface. (2014n). Latvia. Najdeno 3. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Latvia>
22. Coface. (2014o). Lithuania Najdeno 5. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Lithuania>
23. Coface. (2014p). Luxembourg. Najdeno 5. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Luxembourg>
24. Coface. (2014r). Malta. Najdeno 7. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Malta>
25. Coface. (2014s). Netherlands. Najdeno 8. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Netherlands>
26. Coface. (2014t). Poland. Najdeno 15. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Poland>
27. Coface. (2014u). Portugal. Najdeno 16. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Portugal>
28. Coface. (2014v). Romania. Najdeno 18. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Romania>
29. Coface. (2014z). Slovakia. Najdeno 18. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Slovakia>
30. Coface. (2014aa). Spain. Najdeno 20. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Spain>
31. Coface. (2015a). France. Najdeno 29. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/France>
32. Coface. (2015b). Italy. Najdeno 10. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Italy>
33. Coface. (2015c). Slovenia. Najdeno 9. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Slovenia>
34. Coface. (2015d). Sweden. Najdeno 8. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Sweden>
35. Coface. (2015e). United Kingdom. Najdeno 8. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/United-Kingdom>
36. Confédération Fiscale Européenne – CFE. (2014). Health and Social Security in Hungary. Najdeno 7. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.cfe-eutax.org/taxation/health-social-security/hungary>
37. Česen, M. (1998). *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
38. Čufar, A. (2007). Financiranje vzdržnega zdravstvenega varstva v Evropi: novi pristopi za boljše izide. *Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu*, 23(1), 35–36.

39. Davčna uprava Republike Slovenije - DURS. (2015). Prispevki za socialno varnost. Najdeno 9. januarja 2015 na spletnem naslovu [http://www.durs.gov.si/si/prispevki\\_za\\_socialno\\_varnost/davki\\_podrobneje\\_prispevki\\_za\\_socialno\\_varnost/#c21699](http://www.durs.gov.si/si/prispevki_za_socialno_varnost/davki_podrobneje_prispevki_za_socialno_varnost/#c21699)
40. Deloitte. (2013). Working and living in Cyprus. Najdeno 5. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Cyprus/Local%20Assets/Documents/PDF/Working%20and%20Living%20in%20Cyprus%20EN.pdf>
41. Deloitte. (2014). Working and living in Denmark for 2014. Najdeno 10. septembra 2014 na spletnem naslovu [http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/dk/Documents/tax/Working\\_and\\_living\\_in\\_Denmark\\_for\\_2014.pdf](http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/dk/Documents/tax/Working_and_living_in_Denmark_for_2014.pdf)
42. Elo. (2014). Social security contributions in 2014-Finland. Najdeno 9. oktobra 2014 na spletnem naslovu <http://www.elo.fi/~media/files/vakuuttaminen%20esitteet/social%20insurance%20contributions.ashx>
43. Ernst & Young - EY. (2014a). The worldwide personal tax guide Czech Republic. Najdeno 5. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.ey.com/GL/en/Services/Tax/The-worldwide-personal-tax-guide---XMLQS?preview&XmlUrl=/ec1images/taxguides/TGE-2013/TGE-CZ.xml>
44. Ernst & Young - EY. (2014b). The worldwide personal tax guide Estonia. Najdeno 10. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.ey.com/GL/en/Services/Tax/The-worldwide-personal-tax-guide---XMLQS?preview&XmlUrl=/ec1images/taxguides/TGE-2013/TGE-EE.xml>
45. Euraxess Slovakia. (2014). Social security and health insurance in Slovakia. Najdeno 18. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://www.euraxess.sk/\\_user/documents/Euraxess/Social\\_security\\_Slovakia\\_12\\_2013.pdf](http://www.euraxess.sk/_user/documents/Euraxess/Social_security_Slovakia_12_2013.pdf)
46. European Commission. (2013a, julij). Your social security rights in Austria. Najdeno 3. septembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Austria\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Austria_en.pdf)
47. European Commission. (2013b, julij). Your social security rights in Belgium. Najdeno 4. septembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Belgium\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Belgium_en.pdf)
48. European Commission. (2013c, julij). Your social security rights in Bulgaria. Najdeno 4. septembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Bulgaria\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Bulgaria_en.pdf)
49. European Commission. (2013d, julij). Your social security rights in Croatia. Najdeno 4. septembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Croatia\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Croatia_en.pdf)
50. European Commission. (2013e, julij). Your social security rights in Cyprus. Najdeno 5. septembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Cyprus\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Cyprus_en.pdf)
51. European Commission. (2013f, julij). Your social security rights in Czech Republic. Najdeno 5. septembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_](http://ec.europa.eu/employment_)

- social/empl\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Czech%20Republic\_en.pdf
52. European Commission. (2013g, julij). Your social security rights in Denmark. Najdeno 10. septembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Denmark\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Denmark_en.pdf)
  53. European Commission. (2013h, julij). Your social security rights in Estonia. Najdeno 10. septembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Estonia\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Estonia_en.pdf)
  54. European Commission. (2013i, julij). Your social security rights in Finland. Najdeno 9. oktobra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Finland\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Finland_en.pdf)
  55. European Commission. (2013j, julij). Your social security rights in France. Najdeno 12. januarja 2015 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20France\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20France_en.pdf)
  56. European Commission. (2013k, julij). Your social security rights in Germany. Najdeno 8. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Germany\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Germany_en.pdf)
  57. European Commission. (2013l, julij). Your social security rights in Greece. Najdeno 13. oktobra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Greece\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Greece_en.pdf)
  58. European Commission. (2013m, julij). Your social security rights in Hungary. Najdeno 7. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Hungary\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Hungary_en.pdf)
  59. European Commission. (2013n, julij). Your social security rights in Ireland. Najdeno 7. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Ireland\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Ireland_en.pdf)
  60. European Commission. (2013o, julij). Your social security rights in Italy. Najdeno 10. januarja 2015 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Italy\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Italy_en.pdf)
  61. European Commission. (2013p, julij). Your social security rights in Latvia. Najdeno 3. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Latvia\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Latvia_en.pdf)
  62. European Commission. (2013r, julij). Your social security rights in Lithuania. Najdeno 5. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Lithuania\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Lithuania_en.pdf)
  63. European Commission. (2013s, julij). Your social security rights in Luxembourg. Najdeno 6. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Luxembourg\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Luxembourg_en.pdf)

64. European Commission. (2013t, julij). Your social security rights in Malta. Najdeno 7. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Malta\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Malta_en.pdf)
65. European Commission. (2013u, julij). Your social security rights in the Netherlands. Najdeno 8. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Netherlands\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Netherlands_en.pdf)
66. European Commission. (2013v, julij). Your social security rights in Poland. Najdeno 15. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Poland\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Poland_en.pdf)
67. European Commission. (2013z, julij). Your social security rights in Portugal. Najdeno 16. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Portugal\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Portugal_en.pdf)
68. European Commission. (2013aa, julij). Your social security rights in Romania. Najdeno 18. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Romania\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Romania_en.pdf)
69. European Commission. (2013ab, julij). Your social security rights in Slovakia. Najdeno 18. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Slovakia\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Slovakia_en.pdf)
70. European Commission. (2013ac, julij). Your social security rights in Slovenia. Najdeno 9. januarja 2015 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Slovenia\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Slovenia_en.pdf)
71. European Commission. (2013ad, julij). Your social security rights in Spain. Najdeno 20. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Spain\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Spain_en.pdf)
72. European Commission. (2013ae, julij). Your social security rights in Sweden. Najdeno 8. januarja 2015 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Sweden\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Sweden_en.pdf)
73. European Commission. (2013af, julij). Your social security rights in the United Kingdom. Najdeno 12. januarja 2015 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20UK\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20UK_en.pdf)
74. European Commission. (2015). Na kratko o EU. Najdeno 4. septembra 2015 na spletnem naslovu [http://europa.eu/about-eu/basic-information/about/index\\_sl.htm](http://europa.eu/about-eu/basic-information/about/index_sl.htm)
75. Finančna uprava Republike Slovenije – FURS. (2015). Minimalna plača ni več najnižja osnova za obračun prispevkov od plač in nadomestil plač. Najdeno 9. januarja 2015 na spletnem naslovu [http://www.racunovodja.com/clanki.asp?clanek=8533/Minimalna\\_placa\\_ni\\_vec\\_najnizja\\_osnova\\_za\\_obracun\\_prispevkov\\_od\\_plac\\_in\\_nadomestil\\_plac](http://www.racunovodja.com/clanki.asp?clanek=8533/Minimalna_placa_ni_vec_najnizja_osnova_za_obracun_prispevkov_od_plac_in_nadomestil_plac)



76. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje - HZZO. (2014). Opis zdravstvenog sustava. Najdeno 4. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/opis-zdravstvenog-sustava/>
77. Inland revenue department. (2013). Social Security Contributions Malta. Najdeno 7. novembra 2015 na spletnem naslovu <https://ird.gov.mt/services/sscrates.aspx>
78. KPMG. (2014). Luxembourg. Najdeno 5. novembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.kpmg.com/global/en/issuesandinsights/articlespublications/taxation-international-executives/luxembourg/pages/other-taxes-levies.aspx>
79. Medical Tourism Magazine. (2014). EU map. Najdeno 5. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.medicaltourismmag.com/news/2014/10/wait-see-medical-tourism-dispels-eu-directive-attitudes/eu-map/> zemljevid EU
80. Ministrstvo za zdravje. (2010). Kazalniki kakovosti. Najdeno 4. julija 2015 na spletnem naslovu [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/kazalniki\\_kakovosti\\_dec\\_2010/Prirocnik\\_kazalniki\\_kakovosti.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/kazalniki_kakovosti_dec_2010/Prirocnik_kazalniki_kakovosti.pdf)
81. Mitenbergs, U., Brigis, G., & Quentin, W. (2014, 3. oktober). Healthcare financing reform in Latvia: Switching from social health insurance to NHS and back? Najdeno 3. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(14\)00259-0/fulltext](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(14)00259-0/fulltext)
82. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., & Kutzin, J. (2002). *Funding health care: options for Europe*. Buckingham: World Health Organisation.
83. Nordisk eTax. (2015). Social security 2014. Najdeno 8. januarja 2015 na spletnem naslovu <https://www.nordisketax.net/main.asp?url=files/sve/eng/i08.asp>
84. Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD. (2014). Health statistics. Najdeno 15. aprila 2015 na spletnem naslovu <http://www.oecd.org/els/health-systems/>
85. PricewaterhouseCoopers – PwC. (2013, julij). Social security systems around the globe. Najdeno 1. septembra 2014 na spletnem naslovu [http://www.pwc.be/en\\_BE/be/publications/2013/social-security-booklet-sept2013.pdf](http://www.pwc.be/en_BE/be/publications/2013/social-security-booklet-sept2013.pdf)
86. Saltman, R. B., Busse, R., & Figueras, J. (2004). *Social health insurance systems in Western Europe. European Observatory on Health Systems and Policy Series*. Suffolk: Open University Press.
87. SKM. (2014). Taxation of individuals in Bulgaria. Najdeno 4. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://skmbg.com/en/tax-information-for-bulgaria/taxation-of-individuals/>
88. Sociale Verzekeringsbank. (2014a). Contributions in Belgium. Najdeno 4. septembra 2014 na spletnem naslovu [http://www.svb.nl/int/en/bbz/werken/premies\\_b/](http://www.svb.nl/int/en/bbz/werken/premies_b/)
89. Sociale Verzekeringsbank. (2014b). If you are self-employed in the Netherlands (2014) Najdeno 8. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://www.svb.nl/int/en/bbz/werken/zelfstandige\\_nederland/](http://www.svb.nl/int/en/bbz/werken/zelfstandige_nederland/)
90. Sociale Verzekeringsbank. (2014c). Dutch Health Insurance Act Najdeno 8. novembra 2014 na spletnem naslovu [https://www.svb.nl/int/en/bbz/ziektekosten/ziektekosten-verzekering\\_nl/zvw/](https://www.svb.nl/int/en/bbz/ziektekosten/ziektekosten-verzekering_nl/zvw/)

91. Spanish Town Guides. (2014). The Spanish Healthcare System. Najdeno 20. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://www.spanish-town-guides.com/Healthcare\\_Spain.htm](http://www.spanish-town-guides.com/Healthcare_Spain.htm)
92. Swiss Life. (2014). Hungary. Najdeno 7. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://www.swisslife.com/content/dam/id\\_corporateclients/downloads/ebrm/Hungary.pdf](http://www.swisslife.com/content/dam/id_corporateclients/downloads/ebrm/Hungary.pdf)
93. Tax Guide. (2013). State social insurance contributions and health insurance contributions. Najdeno 5. novembra na spletnem naslovu <http://taxguide.lt/social-security-and-health-insurance-contributions/>
94. The World Bank. (2014). Healthcare expenditure (% of GDP) 2012. Najdeno 3. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>
95. The World Factbook. (2015a). Infant mortality rate. Najdeno 30. aprila 2015 na spletnem naslovu <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rank-order/2091rank.html>
96. The World Factbook. (2015b). Life expectancy at birth. Najdeno 30. aprila 2015 na spletnem naslovu <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rank-order/2102rank.html>
97. Thomson, S., Foubister, T., & Mossialos, E. (2009). *Financing health care in the European Union*. Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organisation.
98. Thomson, S., Osborn, R., Squires, D., & Jun, M. (2013, november). International profiles of healthcare systems, 2013. Najdeno 15. decembra 2014 na spletnem naslovu [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717\\_Thomson\\_intl\\_profiles\\_hlt\\_care\\_sys\\_2013\\_v2.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_Thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf)
99. Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
100. Trading Economics. (2014a). Austria. Najdeno 3. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/austria/indicators>
101. Trading Economics. (2014b). Belgium. Najdeno 4. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/belgium/indicators>
102. Trading Economics. (2014c). Bulgaria. Najdeno 4. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/bulgaria/indicators>
103. Trading Economics. (2014d). Croatia. Najdeno 4. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/croatia/indicators>
104. Trading Economics. (2014e). Cyprus. Najdeno 5. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/cyprus/indicators>
105. Trading Economics. (2014f). Czech Republic. Najdeno 5. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/czech-republic/indicators>
106. Trading Economics. (2014g). Denmark. Najdeno 10. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/denmark/indicators>

107. Trading Economics. (2014h). Estonia. Najdeno 10. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/estonia/indicators>
108. Trading Economics. (2014i). Finland. Najdeno 9. oktobra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/finland/indicators>
109. Trading Economics. (2014j). Germany. Najdeno 8. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/germany/indicators>
110. Trading Economics. (2014k). Greece. Najdeno 13. oktobra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/greece/indicators>
111. Trading Economics. (2014l). Hungary. Najdeno 7. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/hungary/indicators>
112. Trading Economics. (2014m). Ireland. Najdeno 7. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/ireland/indicators>
113. Trading Economics. (2014n). Latvia. Najdeno 3. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/latvia/indicators>
114. Trading Economics. (2014o). Lithuania. Najdeno 5. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/lithuania/indicators>
115. Trading Economics. (2014p). Luxembourg. Najdeno 5. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/luxembourg/indicators>
116. Trading Economics. (2014r). Malta. Najdeno 7. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/malta/indicators>
117. Trading Economics. (2014s). Netherlands. Najdeno 8. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/netherlands/indicators>
118. Trading Economics. (2014t). Poland. Najdeno 15. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/poland/indicators>
119. Trading Economics. (2014u). Portugal. Najdeno 16. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/portugal/indicators>
120. Trading Economics. (2014v). Romania. Najdeno 18. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/romania/indicators>
121. Trading Economics. (2014z). Slovakia. Najdeno 18. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/slovakia/indicators>
122. Trading Economics. (2014aa). Spain. Najdeno 20.11.2014 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/spain/indicators>
123. Trading Economics. (2015a). France. Najdeno 29. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/france/indicators>
124. Trading Economics. (2015b). Italy. Najdeno 10. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/italy/indicators>
125. Trading Economics. (2015c). Slovenia. Najdeno 9. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/slovenia/indicators>
126. Trading Economics. (2015d). Sweden. Najdeno 8. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/sweden/indicators>
127. Trading Economics. (2015e). United Kingdom. Najdeno 8. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://www.tradingeconomics.com/united-kingdom/indicators>

128. WageIndicator. (2014). Minimum wage rates. Najdeno 4. julija 2015 na spletnem naslovu <http://www.wageindicator.org/main/salary/minimum-wage>
129. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS* št. 72/06-UPB, 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.
130. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (2015) Prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje. Najdeno 9. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/B693144E1349AC64C1257A31002F699C>