

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**PRIMERJALNA ANALIZA ZDRAVSTVENIH IZDATKOV
V SLOVENIJI IN IZBRANIH DRŽAVAH EVROPSKE UNIJE**

Ljubljana, 22. januar 2019

MATEVŽ ČERNIGOJ

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisani Matevž Černigoj, študent Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtor predloženega dela z naslovom Primerjalna analiza zdravstvenih izdatkov v Sloveniji in izbranih državah Evropske unije, pripravljenega v sodelovanju s prof. dr. Petro Došenović Bonča

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravil samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbel, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobil vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označil;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnal v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobil soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne: _____

Podpis študenta: _____

KAZALO

UVOD	1
1 SPREMLJANJE OBSEGA FINANCIRANJA ZDRAVSTVA IN ZDRAVSTVENIH IZDATKOV	5
1.1 Zdravstveni izdatki in zdravstveno varstvo	5
1.1.1 Financiranje zdravstvenega varstva.....	6
1.1.2 Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji	9
1.2 Zdravstveni izdatki kot dimenzija ocenjevanja uspešnosti zdravstvenih sistemov	11
1.3 Sistem nacionalnih zdravstvenih računov	14
1.3.1 Razvoj in uporaba nacionalnih zdravstvenih računov	14
1.3.2 Kratka predstavitev slovenskega zdravstvenega sistema s pomočjo kazalnikov iz sistema nacionalnih zdravstvenih računov v Sloveniji	18
2 PRIMERJALNA ANALIZA ZDRAVSTVENIH IZDATKOV V SLOVENIJI IN IZBRANIH DRŽAVAH EVROPSKE UNIJE	30
2.1 Izbrani kazalniki za primerjalno analizo zdravstvenih izdatkov	30
2.2 Primerjava zdravstvenih izdatkov na osebo	30
2.3 Primerjava zdravstvenih izdatkov glede na delež v BDP	33
2.4 Primerjava strukture zdravstvenih izdatkov po namenih	36
1.5 Izdatki za zdravstvo iz žepa	39
1.6 Primerjava izbranih kazalnikov zdravstvenih izdatkov v Sloveniji s povprečjem držav Evropske unije	42
3 RAZVRSTITEV DRŽAV V SKUPINE GLEDE NA ZNAČILNOSTI ZDRAVSTVENIH IZDATKOV.....	45
3.1 Metodologija in podatki	45
3.2 Razvrstitev držav v skupine	48
SKLEP	50
LITERATURA IN VIRI.....	52
PRILOGE	1

KAZALO SLIK

Slika 1: Financiranje zdravstvenega varstva	7
Slika 2: Shema dimenzij, ki jih pokriva SHA 2011	17
Slika 3: Financiranje zdravstvenega varstva v EU	20
Slika 4: Shema slovenskega zdravstvenega sistema	21
Slika 5: Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo po dejavnosti izvajalca, Slovenija, 2016 ..	24
Slika 6: Viri financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji, za leto 2016 (v %).....	26
Slika 7: Razrez odhodkov ZZZS za zdravstvene storitve v letu 2016 (v %)	27
Slika 8: Poraba zdravil na recept in skupni izdatki zanje v Republiki Sloveniji v obdobju med 2001 in 2016.....	28
Slika 9: Zdravstveni izdatki glede na osebo po pariteti kupne moči, 2015 (ali podatki iz najbližjega leta)	31
Slika 10: Povprečna letna stopnja rasti zdravstvenih izdatkov (v %) glede na število oseb v obdobjih 2005–2009 in 2009–2015 (ali podatki iz najbližjega leta).....	32
Slika 11: Izdatki za zdravstvo kot delež BDP (v %), 2015 (ali podatki iz najbližjega leta)	34
Slika 12: Zdravstveni izdatki kot delež BDP (v %) za Slovenijo in za izbrane države EU 2005–2015.....	35
Slika 13: Zdravstveni izdatki kot delež BDP za izbrane države EU, 2005–2015	35
Slika 14: Struktura tekočih izdatkov za zdravstvo (v %) po namenu, 2014	36
Slika 15: Povprečna letna rast izdatkov za zdravila1 (v %) na prebivalca v obdobjih 2005– 09 in 2009–15 (ali podatki iz najbližjega leta).....	38
Slika 16: Struktura izdatkov za zdravila glede na osebo in zdravstveni izdatki na osebo v EUR po pariteti kupne moči, 2014 (ali podatki iz najbližjega leta).....	39
Slika 17: Plačila iz žepa za zdravstvene izdatke kot delež končne potrošnje gospodinjstev, 2014 (ali podatki iz najbližjega leta)	40
Slika 18: Struktura zdravstvenih izdatkov za storitve in blago iz žepa gospodinjstev (v %), 2014 (ali podatki iz najbližjega leta).....	41
Slika 19: Primerjava zdravstvenih izdatkov glede na osebo za leto 2015 in povprečne letne stopnje rasti zdravstvenih izdatkov na osebo od leta 2005 do 2015 v Sloveniji s povprečjem, minimumom ter maksimumom držav EU.....	43
Slika 20: Primerjava strukture tekočih izdatkov za zdravstvo (v %) za leto 2014 v Sloveniji s povprečjem, minimumom ter maksimumom držav EU	43
Slika 21: Primerjava izdatkov za zdravstvo glede na BDP za leto 2015 in povprečna letna rast izdatkov za zdravila na osebo med letoma 2005 in 2009 ter med 2009 in 2015 v Sloveniji s povprečjem, minimumom ter maksimumom držav EU.....	44
Slika 22: Primerjava deležev izplačanih zdravstvenih izdatkov za storitve in blago iz žepa gospodinjstev za leto 2014 in plačil iz žepa za zdravstvene izdatke kot delež končne potrošnje gospodinjstev za leto 2014 v Sloveniji s povprečjem, minimumom ter maksimumom držav EU.....	45

Slika 23: Dendrogram analize razvrščanja držav v skupine za izbranih sedemindvajset držav, barvno označene tri skupine in Grčija kot osamelec 49

KAZALO TABEL

Tabela 1: Splošni podatki za Slovenijo za leto 2017 oz. za najbližje leto.....	18
Tabela 2: Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo po namenih in virih financiranja v Sloveniji, vsi podatki so v tisoč EUR, za leto 2016.....	25
Tabela 3: Vsi OZZ izdatki za zdravila in živila v €.....	29
Tabela 4: Vzorec obravnavanih držav	47

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Podatki, ki so bili uporabljeni za razvrščanje enot v skupine	1
--	---

SEZNAM KRATIC

angl.	angleško
BDP	Bruto domači proizvod
CEE	Srednja in vzhodna Evropa (angl. Central East Europe)
DDD	Definiranega dnevnega odmerka (angl. defined daily)
DDV	Davek na dodano vrednost
DZZ	Dopolnilno zdravstveno zavarovanje
EC	Evropska komisija (angl. European Commission)
EU	Evropska unija (angl. European Union)
EUR	Evro (denarna valuta Evropske unije)
ICHA	angl. International Classification of Health Accounts
HSPA	Ocena uspešnosti zdravstvenega sistema (angl. Health system performance assesment)
MOD	Mednarodna delovna organizacija (ILO)
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NPISG	Neprofitne institucije, ki opravljajo storitve za gospodinjstva
NZR	Nacionalni zdravstveni računi = SHA
OECD	Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj
OZZ	Obvezno zdravstveno zavarovanje
PKM	Pariteta kupne moči (PPP)
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
SHA	Sistem zdravstvenih računov (angl. System of Health Accounts) = NZR
SPP	Skupina primerljivih primerov
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
USD	Ameriški dolar (denarna valuta Združenih držav Amerike)

WHO	(angl. World Health Organization) Svetovna zdravstvena organizacija
ZTM	Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino
ZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

UVOD

Zdravje in čim boljše zdravstveno stanje posameznika sta med poglavitnimi cilji prizadevanj Slovenije in drugih držav članic Evropske unije (Božič, 2009, str. 1). Od zdravja posameznika je odvisen njegov prispevek k produktivnosti in obseg prispevka k večanju družbene blaginje. Zdravje pogojuje individualno, socialno, ekonomsko in produktivno življenje ljudi (Česen, 2010, str. 58).

Vzporedno s spoznavanjem odvisnosti zdravja od okolja, v katerem živimo, so se v preteklosti na zdravstvenem področju razvijale različne pravne in organizacijske aktivnosti. Njihov namen je bil izboljšati zdravstveno stanje posameznikov. S sprejemom predpisov ter moralnih in etičnih norm s strani držav in mednarodnih organizacij so se razvili sistemi zdravstvenega varstva (angl. health care systems). Za slednje je značilno zavestno, organizirano in usklajeno delovanje z namenom doseganja skupnih ciljev, to sta izboljšanje zdravstvenega stanja in kakovosti življenja ljudi (Toth, 2003, str. 92). Zdravstveno varstvo (angl. Health care) predstavlja povezane aktivnosti posameznikov, države, zdravstvenih organizacij, poklicnih združenj zdravstvenih delavcev in drugih družbenih skupin ter človeških, materialnih in finančnih virov, ki so za aktivnosti potrebni (Česen, 2010, str. 60).

Zdravstveno varstvo so vse dejavnosti, s katerimi ščitimo ali ohranjamo zdravje posameznikov v družbi (Keber in drugi, 2003a). Je zapleten organizacijski sistem, ki povezuje številne politične, administrativne, družbene in zasebne proizvodne ter storitvene dejavnosti (Kersnik, 2001, str. 9).

Zdravstveno stanje prebivalstva je hkrati kazalec in rezultat ekonomskega ter socialnega stanja države. Večina razvitih držav ga opredeljuje kot univerzalno vrednoto in tudi kot človekovo pravico. Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (angl. World Health Organization – WHO) je zdravje »stanje popolnega fizičnega, psihičnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali onemoglosti. Socialno blagostanje je stanje miru in varnosti, v katerem ima vsak človek, ne glede na raso, vero, politično prepričanje, ekonomske pogoje in spol, pravico do šolanja ter dela, ki mu omogoča harmonično življenje v zdravem okolju ter mu zagotavlja varnost med boleznijo, onemoglostjo in v starosti.« (Česen, 2003, str. 36). To pojmovanje zdravja je pomembno za njegovo razumevanje in načrtovanje ukrepov s strani države. Vsi ljudje imajo pravico do zdravstvene oskrbe, a le do določene meje (Česen, 2003, str. 36).

Od zdravja posameznika je odvisen njegov prispevek k produktivnosti in obseg prispevka k večanju družbene blaginje. Zdravje pogojuje individualno, socialno, ekonomsko in produktivno življenje vseh ljudi (Česen, 2010, str. 58).

V luči prizadevanj za krepitev zdravja starajočega se evropskega prebivalstva, za obvladovanje kroničnih bolezni in preprečevanje prezgodnje umrljivosti ter zagotavljanje tehnološkega napredka na področju medicine je vse pomembnejše vprašanje, kolikšen obseg

finančnih sredstev lahko evropske države namenijo za zdravstvo. Obseg izdatkov za zdravstvo vključuje izdatke za zdravje in zdravstvu sorodne izdatke. Izdatki so opredeljeni na podlagi njihovega primarnega ali prevladujočega cilja. Cilj je izboljšanje zdravja ne glede na primarno funkcijo ali dejavnost subjekta, ki zagotavlja ali plačuje povezane zdravstvene storitve. Zdravstveni izdatki nastajajo v povezavi z vsemi dejavnostmi s primarnim namenom izboljšanja, ohranjanja in preprečevanja poslabšanja zdravstvenega stanja oseb ter blažitve posledic slabega zdravja z uporabo kvalificiranega zdravstvenega znanja (medicinsko, paramedicinsko, alternativna medicina itd.). Pojem zdravje se nanaša tako na zdravje posameznikov kot skupin posameznikov ali prebivalstva (Hong Kong's Domestic Health Accounts Estimates of Domestic Health Expenditure, 1989/90–2004/053).

Izdatki za zdravstvo zajemajo vse izdatke za zdravstveno oskrbo, preventivo, različne promocije zdravja in preventive (DORA, SVIT in ostale), rehabilitacije, zdravstvene dejavnosti v skupnosti, zdravstveno regulacijo, upravljanje zdravstvenega sistema, diagnostiko in investicije s prevladujočim ciljem izboljšanja zdravja. Izdatki, povezani z zdravjem, vključujejo tudi izdatke za zdravstvene funkcije, kot so medicinsko izobraževanje, usposabljanje in izpopolnjevanje ter raziskave in razvoj (Eurostat, brez datuma).

Celotni tekoči izdatki za zdravstvo so v Sloveniji leta 2016 znašali 3.423 milijonov EUR, kar predstavlja 8,5 % BDP (podatki za leto 2016 so bili najdeni na Statističnem uradu Republike Slovenije, v nadaljevanju SURS). Iz omenjenih podatkov lahko izračunamo tudi, da je povprečen zdravstveni izdatek okrog 1.600 EUR na slovenskega državljanca. Povprečna poraba sredstev na prebivalca v OECD državah je dosegla približno 2.800 EUR na leto. Poraba je največja v ZDA, in sicer 9.892 USD na osebo oziroma 17,2 % BDP. Vsaj 11 % BDP je bil delež izdatkov za zdravstvo v Švici, Nemčiji, na Švedskem in v Franciji (OECD, 2017).

Obseg zdravstvenih izdatkov in financiranje zdravstva predstavljata pomembno dimenzijo ocenjevanja uspešnosti zdravstvenih sistemov (angl. health system performance assesment, v nadaljevanju HSPA) (Perić, Hofmarcher & Simon, 2018). Ostali kazalniki so zdravstveni status (angl. health status), dostopnost do zdravstvene oskrbe (angl. access to care), kakovost in zdravstveni izid storitev (angl. quality and outcomes of care), razpoložljivost zdravstvene delovne sile (angl. health workforce), zdravstvene dejavnosti (angl. health care activities), delež farmacevtskega sektorja (angl. pharmaceutical sector), dejavniki tveganja za zdravje (angl. risk factors for health) ter staranje in dolgotrajna nega (angl. ageing and long-term care) (OECD, 2017).

Tudi Evropska komisija se poslužuje uporabe HSPA ter vlaga v strokovno znanje in razvoj tega področja. Glavni pobudnik za razvoj HSPA je namreč evropski komisar za zdravstvo V. P. Andriukaitis (Juncker JC. Mission Letter to V. P. Andriukaitis, 2014. Tudi iz HSPA rezultatov je razvidno, da izdatki za zdravstvo že nekaj desetletij naraščajo hitreje kot izdatki na drugih področjih javne porabe.

V magistrskem delu se bomo osredotočili predvsem na zdravstvene izdatke in njihovo financiranje. Omenjeni kazalnik postaja čedalje pomembnejši, saj se izdatki iz leta v leto večajo. Dejavniki vsesplošne rasti zdravstvenih izdatkov so predvsem staranje prebivalstva, rast kroničnih bolezni (sladkorna bolezen, alkoholizem, debelost ...), tehnološki napredek in rast dohodka v državah. Ljudje so se tudi začeli vse bolj zavedati pomembnosti zdravstvenih dobrin in njihovega pozitivnega učinka na življenje.

Demografski pritisk na vzdržnost zdravstvenega sistema se bo iz naslova staranja prebivalstva v prihodnjih letih še naprej stopnjeval (The Ageing Report 2015, European Commission, 2015). Iz Health at a Glance poročila iz leta 2017 lahko povzamemo, da se je od leta 1970 v vseh državah Organizacije za ekonomsko sodelovanje in razvoj (v nadaljevanju OECD) pričakovano trajanje življenja ob rojstvu povečalo za več kot 10 let in znaša v povprečju 80,6 leta. Globalno gledano je najvišja pričakovana življenjska doba ob rojstvu na Japonskem (83,9 leta), če pa vzamemo le EU, je ta najvišja v Španiji in Švici (obe 83 let), najnižja pa je v Latviji (74,6 leta). V Sloveniji znaša 80,9 leta (Health at a Glance, 2017) in se je v obdobju zadnjih petnajstih let povečala za skoraj 5 let (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017).

Omenjeni demografski in tehnološki trendi torej po eni strani prispevajo k rasti izdatkov, po drugi strani pa skupaj z neugodnimi makroekonomskimi razmerami negativno vplivajo na rast prilivov v zdravstveni sistem. Ključna ugotovitev poročila Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji (Cylus, 2015) je velika občutljivost prihodkov v slovenskem zdravstvenem sistemu za nihanja na trgu delovne sile. Skoraj tri četrtine prihodkov Zavoda za zdravstveno varstvo Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) prihaja od prispevkov zaposlenih. Glede na to, da se je med gospodarsko krizo nižala stopnja zaposlenosti in tudi višina bruto plač, je posledično sledil tudi padec sredstev, namenjenih za zdravstvo. Zaradi starajočega se prebivalstva se bodo izzivi zagotavljanja fiskalne vzdržnosti zdravstva še stopnjevali, saj so prispevki upokojencev v ZZZS bistveno nižji kot povprečni prispevki zaposlenih (Urad za makroekonomske analize in razvoj, 2014).

Od nastopa finančne krize je Slovenija poskušala izboljšati vzdržnost zdravstvenega sistema in je zato implementirala ukrepe za ustvarjanje dodatnih prihodkov in za zmanjševanje izdatkov. Prizadevanja v petih letih v obdobju med 2013 in 2017 vključujejo dvig prispevkov za samozaposlene, obvezni prispevek od delodajalcev, ki zaposlujejo študente, omejevanje upravičenosti do brezplačnih storitev, povečevanje deležev doplačil ter zniževanje cen zdravil in zdravstvenih storitev.

Podoben trend kot za Slovenijo je značilen tudi za ostale države. Izdatki za zdravstvo na prebivalca so se v državah OECD od leta 2009 povečali za povprečno 1,4 odstotka letno v primerjavi s povprečno 3,6 odstotki letno v obdobju šestih let pred krizo leta 2009 (Health at a Glance, 2017).

Zaradi zgoraj navedenih razlogov so vse države zelo osredotočene, da bi omenjeno rast

izdatkov omejile ali celo ustavile. Četudi je veliko ukrepov izvedenih in vodenih izven zdravstvene panoge kot take, so za izvedbo zadolženi tisti organi, ki skrbijo za fiskalno politiko ter socialno varstvo. Vsi omenjeni razlogi pa ne zmanjšujejo pomembnosti odziva zdravstvenega sistema. (Thomson in drugi, 2014). Kljub temu, da je problem zagotavljanja fiskalne vzdržnosti zdravstva izpostavljen praktično v vseh državah, pa vseeno obstajajo pomembne razlike v višini rasti skupnih izdatkov za zdravstvo. Razlike pa se kažejo tudi v strukturi izdatkov. Veliko znanstvenikov in znanstvenih ustanov se ukvarja z mednarodno primerjavo zdravstvenih izdatkov in njihove strukture, saj je ta pogosto osnova za oblikovanje nacionalnih zdravstvenih politik. Ključno pri primerjavi je, da natančno poznamo vzroke za občutnejše razlike med posameznimi državami. Pogosto namreč razlik, ki izhajajo iz podatkov, ne gre pripisati dejanskim razlikam v kakovosti in obsegu zdravstvenega varstva, ampak organizaciji zdravstvenega sistema, nacionalnim posebnostim pri zagotavljanju določenih zdravstvenih storitev, načinu zajemanja podatkov itd.

Mednarodne primerjave zdravstvenih sistemov so zahtevne, saj je zaradi njihove kompleksnosti potrebno pri primerjalni analizi zajeti velik nabor različnih kazalcev in kazalnikov, predvsem pa je ključno pri interpretaciji upoštevati posebnosti posameznih držav. Neustrezno bi bilo izbrano državo pri vsakem od zajetih kazalnikov primerjati s tisto državo, ki z vidika posameznega kazalnika dosega najboljši rezultat. Pri oblikovanju priporočil, zdravstvenih reform in politik za izbrano državo je potrebno izhajati iz držav, ki so tej čim bolj primerljive glede na zgodovinski razvoj in čim večje število kazalnikov obstoječih razmer. Pri tem pa klasična delitev socialnih zdravstvenih sistemov na Bismarckove in Beveridgeve sisteme ni več povsem ustrezna zaradi prilagajanja tako sestave virov financiranja kot strukture izvajalcev in mehanizmov koordinacije v prizadevanjih zagotavljanja fiskalne vzdržnosti javnih zdravstvenih sistemov.

Namen magistrskega dela je pripraviti primerjalno analizo zdravstvenih izdatkov v Sloveniji in izbranih držav EU ter razvrstitev le-teh v čim bolj homogene skupine glede na značilnosti omenjenih izdatkov za zdravila in njihovo strukturo. Kot smo že omenili, namreč pogosto razlik, ki izhajajo iz podatkov, ne gre pripisati dejanskim razlikam v kakovosti in obsegu zdravstvenega varstva, ampak organizaciji zdravstvenega sistema, nacionalnim posebnostim pri zagotavljanju določenih zdravstvenih storitev, načinu zajemanja podatkov itd. Zato je pomembno, da opredelimo, s katerimi državami je primerjava smiselna. V magistrskem delu torej želimo analizirati, kako se zdravstveni izdatki razlikujejo med posameznimi evropskimi državami, oz. proučiti, kako se od držav EU razlikuje Slovenija. Posebno pozornost bomo namenili predvsem analizi izdatkov za zdravila v državah EU in Sloveniji.

Magistrsko delo ima štiri ključne cilje. Prvi ključni cilj je preučiti in umestiti področje financiranja in zdravstvenih izdatkov v sisteme spremljanja uspešnosti zdravstvenih sistemov. Drugi cilj je prikazati sistem nacionalnih zdravstvenih računov in že uveljavljeno metodologijo za primerjavo zdravstvenih izdatkov v državah EU in OECD. Tretji cilj je primerjati Slovenijo in ostale države EU glede na vrednosti različnih relevantnih kazalcev in kazalnikov (npr. zdravstveni izdatki na prebivalca, delež zdravstvenih izdatkov v BDP,

delež plačil iz žepa ...). Četrty cilj je razvrstiti države v posamezne skupine (angl. cluster analysis) in primerjati razlike med posameznimi skupinami ter opredeliti razloge za te razlike.

V magistrskem delu bomo poskušali odgovoriti na dve raziskovalni vprašanji, in sicer (1) kako se Slovenija z vidika zgoraj navedenih kazalnikov uvršča v primerjavi s povprečjem držav EU in (2) v katere skupine lahko s pomočjo multivariatne statistične metode razvrščanja enot v skupine razvrstimo države EU ter v katero skupino sodi Slovenija. Primerjava in razvrščanje v skupine bosta temeljila predvsem na razliki oziroma podobnostih izdajanja zdravstvenih izdatkov za zdravila.

Pri pisanju magistrskega dela bomo najprej uporabili metodo kompilacije, kjer gre za povzemanje spoznanj, dognanj oziroma stališč domačih in tujih strokovnih avtorjev, ter metodo analize, s pomočjo katere bomo raziskali in analizirali vzroke povečevanja obsega zdravstvenih storitev in zdravstvenih izdatkov, financiranih tako iz javnih kot zasebnih virov. V nalogi si bomo pomagali z internim gradivom, pravilniki ter članki iz revij in brošur.

V drugem delu magistrskega dela bomo na podlagi deskriptivne metode predstavili obstoječ sistem nacionalnih zdravstvenih računov in že uveljavljeno metodologijo za primerjavo zdravstvenih izdatkov v državah EU in OECD.

V tretjem delu bomo s pomočjo primerjalne analize z različnih vidikov primerjali zdravstvene izdatke v Sloveniji in izbranih državah EU.

V zadnjem delu pa bom uporabili metodo razvrščanja držav v skupine (angl. cluster analysis). Države EU bomo v skupine skušali razvrstiti glede na strukturo financiranja in višino zdravstvenih izdatkov, poseben fokus bo predvsem na izdatkih za zdravila. Gre za metodo, ki jo uporabljamo pri razvrščanju objektov (enot ali spremenljivk) v skupine, pri čemer je ključno, da so oblikovane skupine homogene, hkrati pa se medsebojno razlikujejo. Za skupine naj bi torej veljala interna kohezivnost in eksterna izolacija.

1 Spremljanje obsega financiranja zdravstva in zdravstvenih izdatkov

1.1 Zdravstveni izdatki in zdravstveno varstvo

Izdatki za zdravstvo ali zdravstveni izdatki vključujejo izdatke za zdravje in zdravstvu sorodne izdatke. Izdatki so opredeljeni na podlagi njihovega primarnega ali prevladujočega cilja. Cilj je izboljšanje zdravja ne glede na primarno funkcijo ali dejavnost subjekta, ki zagotavlja ali plačuje povezane zdravstvene storitve.

Vsebuje vse dejavnosti s primarnim namenom izboljšanja, ohranjanja in preprečevanja poslabšanja zdravstvenega stanja oseb ter ublažitev posledic slabega zdravja z uporabo kvalificiranega zdravstvenega znanja (medicinsko, paramedicinsko, alternativna medicina

itd.). Zdravje kot tako vključuje tako zdravje posameznikov kot skupin posameznikov ali prebivalstva.

Izdatki za zdravstvo zajemajo vse izdatke za (Hong Kong's Domestic Health Accounts Estimates of Domestic Health Expenditure, 1989/90–2004/05):

- zdravstveno oskrbo,
- preventivo,
- različne promocije (DORA, SVIT in ostale),
- rehabilitacije,
- zdravstvene dejavnosti v skupnosti,
- zdravstveno regulacijo,
- upravljanje zdravstvenega sistema,
- diagnostiko
- in investicije s prevladujočim ciljem izboljšanja zdravja.

Izdatki, povezani z zdravjem, vključujejo tudi izdatke za zdravstvene funkcije, kot so medicinsko izobraževanje, usposabljanje in izpopolnjevanje ter raziskave in razvoj.

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.«

Zdravstveno varstvo predstavlja povezanost vseh udeleženih akterjev (države, bolnišnic, zdravstvenih domov, lekarn, zdravstvenih delavcev, poklicnih združenj zdravstvenih delavcev ter ostalih zdravstvenih skupin) skupaj s finančnimi, materialnimi in človeškimi viri v celoto, imenovano zdravstvo. Gre za usmerjene aktivnosti, ki stremijo k izboljšanju zdravja in počutja vsakega posameznika (Česen, 1998).

1.1.1 Financiranje zdravstvenega varstva

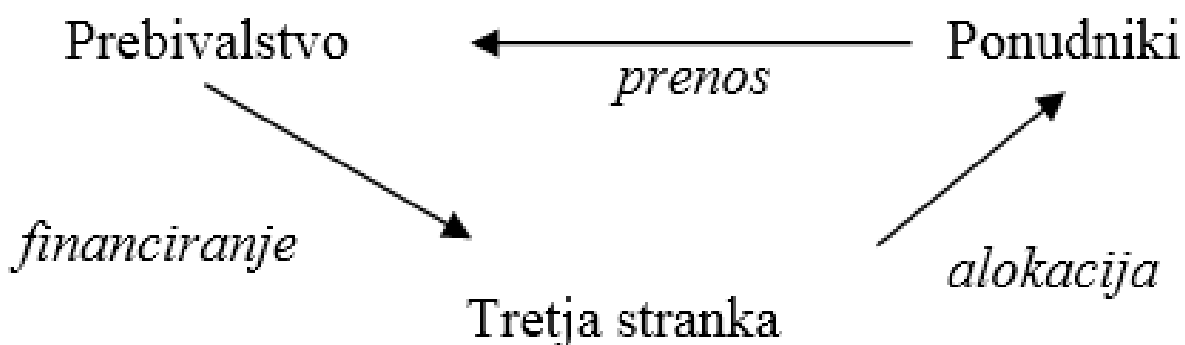
Financiranje zdravstva pomeni zbiranje in razporejanje sredstev na vse ravni zdravstvene dejavnosti. Sistem financiranja zdravstvenega varstva je izjemnega pomena za učinkovito izvajanje zdravstvenih programov in zagotavljanje kakovostnih storitev ter dostopnosti zavarovancev do pravic, dogovorjenih v zdravstveni zakonodaji.

Države financirajo zdravstveno varstvo na zelo različne načine. Skoraj vsaka država ima unikaten način, ki se lahko spreminja. V osnovi se skoraj v vseh državah v Evropski uniji

financira iz prispevkov in davkov ter drugih transferjev iz državnih proračunov posameznih držav.

Večina teorij s področja financiranja zdravstvenega varstva je stara vsaj 10 do 20 let, vendar gre za ekonomske teoretične okvire, ki držijo tudi danes. Na sliki 1 je poenostavljeno predstavljen graf financiranja zdravstvenega varstva (Mossialos, Dixon, Figueras & Kutzin, 2002).

Slika 1: *Financiranje zdravstvenega varstva*



Vir: *Mossialos, Dixon, Figueras & Kutzin (2002).*

Na sliki 1 je predstavljeno, kako se je financiranje zdravstvenega sistema razvilo. Kot je razvidno, so v poenostavljenemu sistemu trije udeleženci: prebivalstvo, ponudnik in tretja stranka. Na začetku je plačilo zdravstvenih storitev potekalo enosmerno. Posamezni prebivalec je ponudniku plačal direktno za določeno zdravstveno storitev. Kmalu pa so se pojavile tako imenovane tretje stranke. Tretja stranka je nastala zato, da lahko nudi zaščito posameznemu prebivalcu pred določenim tveganjem zaradi bolezni. Gre za nastanek vzajemnosti, kjer se stopnja tveganja prerazporedi med celotno prebivalstvo.

V Sloveniji so tretje stranke Vzajemna, Adriatic Slovenica, Zavarovalnica Sava in Zavarovalnica Triglav (ter tudi nekatere manjše). Če pa gledamo na tretje stranke kot plačnike, kar v praksi tudi so, uvrščamo med tretje stranke tudi ZZS in del proračuna, ki ga država nameni za zdravstvo. Omenjene štiri zavarovalnice predstavljajo kar 78,2 % zavarovalniškega trga (Agencija za zavarovalni nadzor, 2016a). Adriatic Slovenica, Zavarovalnica Sava in Zavarovalnica Triglav so profitni komercialni ponudniki. Zavarovalnica Vzajemna pa je tako imenovana vzajemna neprofitna zavarovalna družba (Thomson in drugi, 2015). Glede na javne podatke Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2016 je zavarovalnica Triglav imela 30,5 % tržni delež, ker je največ na področju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Sledita ji Zavarovalnica Sava s 17,9 % tržnim deležem in Adriatic Slovenica s 15,6 % tržnim deležem. Največ deleža je v zadnjih letih izgubila Vzajemna, ki je imela v letu 2016 samo še 14,2 %. (Agencija za zavarovalni nadzor, 2016b). Skoraj celotno slovensko prebivalstvo je vključeno v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju OZZ). Sistem OZZ zagotavlja za vse plačnike in

tudi vzdrževane člane (študentje, otroci, invalidi ...) kritje izdatkov, ki nastanejo v drugih državah EU, in sicer z dogovori znotraj EU in bilateralnimi sporazumi (Albreht in drugi, 2009).

Poleg že omenjenih virov financiranja pa se ZZZS financira tudi na račun obdavčitve na državni in občinski ravni. V letu 2006 je 5,2 % kritja vseh izdatkov predstavljalo financiranje iz obdavčenja na državni in občinski ravni (Albreht in drugi, 2009). Iz navedenih virov je razvidno, da je financiranje ZZZS neposredno odvisno tudi od ekonomskega stanja Slovenije kot države (Thomson in drugi, 2015).

V nadaljevanju Mossialos, Dixon, Figueras in Kutzin (2002) predstavljajo osnovno ekonomsko enačbo financiranja, ki pravi, da morajo biti pobrani prihodki enaki izdatkom, kar pa mora hkrati biti enako dohodkom in dobičkom, ustvarjenim pri delavcih v sistemu.

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

Po enačbi 1 so prihodki pobrani davki (TF), prispevki za socialno varnost (SI), dodatna in dopolnilna zdravstvena zavarovanja (PI) ter plačila iz žepa (angl. out-of-pocket) (UC). Izdatki so predstavljeni kot cena za opravljene storitve (P), množena s količino opravljenih storitev (Q). To dvoje pa naj bi bilo enako stroškom, torej zmnožku obsega vloženih faktorjev (kot na primer material, delo in kapital) (W) in cene teh inputov (Z) (Mossialos, Dixon, Figueras & Kutzin, 2002).

Dejstvo je, da so odlivi iz državnih proračunov in zdravstvenih blagajn vedno večji. Financiranje omenjenih odlivov je lahko zelo različno. Sistemi financiranja zdravstvenega varstva se po državah EU zelo razlikujejo, imajo sicer nekaj skupnih temeljnih lastnosti, ampak pri vsaki državi se najdejo razlike, ki močno vplivajo na odgovore na vprašanja, kdo, kako in koliko denarja se nameni v financiranje. Zaradi različnih prioritete ter že omenjenih razlik še ni prišlo do poskusa harmonizacije znotraj držav članic EU. Vseeno pa so prišle pobude in tudi realizacije k usklajenosti določenih nacionalnih zakonodaj (Barnard, 2000, str. 301).

Če poenostavimo ločevanje glede na način financiranja, ločimo dva modela. Partnerski model, ki se financira s socialnimi prispevki, ter državno vodeni model, ki se financira iz različnih davkov, ki jih določi država. Kot že večkrat omenjeno, imajo države Evropske unije zelo različne sisteme financiranja, vsem državam pa je skupna visoka stopnja solidarnosti. 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 (Čufar, 2007, str. 35):

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

Plačnik je vedno tretja oseba in ne bolnik sam, četudi se izdatki zdravstvenih storitev krijejo z davki ali pa s prispevki (Čufar, 2007, str. 35).

Slovenija ima precej dolgo zgodovino oblikovanja javnega zdravstvenega varstva. Ugotovimo lahko, da je v zgodovini celotnega razvoja sistem temeljil na solidarnosti, neprofitnosti, sorazmerno visoki stopnji zdravstvene in socialne varnosti in pravičnosti ter vključenosti celotnega prebivalstva v OZZ. Slovenija spada med države z Bismarckovim modelom, to je socialno zdravstveno zavarovanje oziroma partnerski sistem zdravstvenega zavarovanja. Sredstva za financiranje zdravstvenega varstva v Sloveniji delimo na tri oblike: javna sredstva, zasebna sredstva iz prostovoljnih zavarovanj in zasebna sredstva za samozdravljenje. Posebnost zdravstvenega sistema pa je dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki ga večina drugih držav, ki imajo Bismarckov model, ne pozna.

1.1.2 Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji

ZZVZZ v 12. členu določa, da je v Sloveniji zdravstveno zavarovanje obvezno in prostovoljno. Zavarovalnice so zadolžene za izvajanje prostovoljnega zavarovanja, nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja pa je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

V 13. členu ZZVZZ je zapisano, da obvezno zavarovanje pokriva in obsega vse poškodbe in bolezni izven dela ter tudi zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. V nadaljevanju člena je razloženo še, da nam obvezno zavarovanje v določenem obsegu zagotavlja tudi plačilo zdravstvenih storitev, finančno nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela in pa povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

ZZVZZ določa tudi, koga uvrščamo pod zavarovance, ki lahko koristijo storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga večkrat imenujemo tudi osnovno zdravstveno zavarovanje. Natančno opisuje tudi obseg storitev. Kot že predstavljeno, imamo v Sloveniji poleg obveznega tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Prevladujoča oblika prostovoljnega zavarovanja je dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Zakon torej natančno določa povračila oziroma plačila zdravstvenih storitev, in sicer v natančno predpisanem

obsegu. Za storitve zdravnikov in ostalih zdravstvenih delavcev, ki jih posamezni zavarovanec obišče brezplačno (t. i. polno vračilo), je potrebno imeti dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Dopolnilno se imenuje zato, ker le dopolnjuje obvezno zdravstveno zavarovanje in ga ne moremo imeti samostojno. Poleg dopolnilnega obstajajo tudi dodatna zdravstvena zavarovanja, slednja v Sloveniji še nimajo izrazite vloge, čeprav se ta v zadnjem času krepi. V nadaljevanju naloge bomo v pregledu finančnih prispevkov posameznika in držav Evropske unije pokazali, v katerih primerih je dodatno zdravstveno zavarovanje uporabljeno kot zasebno zdravstveno zavarovanje oziroma služi le kot nadgradnja obveznega zdravstvenega zavarovanja.

V 45. členu ZZVZZ je opisano, kako se sredstva za obvezno zavarovanje zagotavljajo preko prispevkov, ki jih plačujejo ZZZS zavarovanci, delodajalci in drugi zavezanci, ki jih določa zakon. Podrobnosti bomo razložili v nadaljevanju naloge.

Če povzamemo, gre za sredstva, ki jih vsem zavezancem odvajajo kot obvezne dajatve namesto plačila. Finance gredo državi ali pa instituciji, ki je v določeni državi nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja. V Slovenijo to nalogo opravlja ZZZS, čeprav se v Sloveniji sredstva zbirajo kar v državni proračun in se nato po navodilih in potrebah ZZZS ustrezno prerezporajajo. Kot navaja Toth (2003) je določitev pravic in obveznosti posameznega zavarovanca protislovna. Temeljna pravica je, da se vsakega zavarovanca obravnava enako, brez razlik in izjem. Po drugi strani pa zavarovalnice vnaprej določijo kriterije za določitev višine premije na posameznika. Premija je namenjena za doplačilo k ceni posamezne zdravstvene storitve, ki se oblikuje kot izračun glede na tveganje, ki ga zavarovanec ima. Za izračun se uporabljajo tablice smrtnosti, bolezenske tablice, bonusi, malusi, spol in tudi starost zavarovanca. Nekatere zavarovalnice upoštevajo še dodatne kriterije, ki so lahko zelo različni. Navadno se upošteva še trajanje sklenjenih pogodb o zavarovanju ter tudi višina zavarovalno-tehničnih rezervacij za starost. Določene zavarovalnice dodatno ponujajo tudi prostovoljna zavarovanja za doplačila. Gre za dolgoročna zavarovanja, ki se vodijo ločeno od ostalih vrst zavarovanj. Namen je zavarovancem zagotoviti zdravstveno in socialno varnost za vsa življenjska obdobja, zlasti za tista, kjer sta tveganje in višina odškodnin višja od povprečno pričakovanih. Za vzpostavitev omenjenega zavarovanja se morajo oblikovati zavarovalno-tehnične rezervacije za starost, ki so lahko zelo različne med posameznimi zavarovalnicami.

Konec julija 2005 je bila v Sloveniji po nujnem postopku sprejeta Novela zakona o zdravstvenem varstvu zdravstvenih zavarovanj, ki je prinesla t. i. izravnalne sheme. S sprejetjem novele je prišlo do izravnave razlik v stroških zdravstvenih storitev, ki nastanejo zaradi razlik v strukturi zavarovancev. Logično je, da so starejši in bolj bolni zavarovanci pomenili večji strošek oziroma breme za zavarovalnico. Temeljne spremembe v dopolnilnem prostovoljnem zavarovanju so tako bile (Lampret, 2004):

- zavarovalnice so vključene v izravnalno shemo, v kateri prihaja do prelivanja denarja med zavarovalnicami (na primer zavarovalnica, ki ima manj tvegane zavarovance (na primer

- Triglav), prelije del denarja k zavarovalnici, ki ima bolj tvegane zavarovance (Vzajemna),
- socialno šibkim osebam se ni potrebno dopolnilno zavarovati,
 - enaka višina premije v posamezni zavarovalnici (ne glede na spol in starost),
 - sprememba zavarovalnih pogojev mora biti odobrena s strani države,
 - zavarovalno-tehnične rezervacije za starost se ukinejo ter vrnejo osebam, za katere so bile oblikovane.

Če povzamemo, so prispevki posameznika vezani na osebni dohodek, premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje pa so enotne za vse zavarovance znotraj posamezne zavarovalnice. Zaradi uveljavljenih izravnalnih shem pa ni velikih razlik v premijah med posameznimi zavarovalnicami.

1.2 Zdravstveni izdatki kot dimenzija ocenjevanja uspešnosti zdravstvenih sistemov

V preteklih letih se pri vseh članicah EU pojavlja enaka problematika. Javna sredstva ne dohajajo več potreb družbe. Kljub vse večjim in večjim izdatkom v zdravstvu je potrebno zagotoviti dostopnost in kakovostno obravnavo za vse prebivalce. Zaradi omejenih javnih financ in v želji zagotovitve delujočega zdravstvenega sistema so se države članice odločile za reforme svojih sistemov zdravstvenega varstva (Garel, 2010, str. 71).

Vsaka družba je vzpostavila zdravstveni sistem zato, da bi zagotovila pravočasno, vsem dostopno in učinkovito zdravstveno varstvo. Sistem sestavljajo podenote, ki imajo svoje specifične naloge. Vsaka podenota je sestavljena iz določenega števila strokovnjakov, ki se soočajo z enim problemom. Strokovnjaki skušajo zagotavljati kar se da visoko učinkovitost posamezne podenote. Posamezna enota je učinkovita takrat, ko s svojimi zdravstvenimi storitvami zagotovi pacientom največjo možno stopnjo zdravja.

Kot navaja Kuhar (2007, str. 36), je »merjenje učinkovitosti in uspešnosti v javnem sektorju zelo oteženo«. Učinkovitost in poslovanje javnega sektorja sta v zadnjih letih zelo nadzorovana s strani pristojnih organov. Razlog je vedno večji pritisk na učinkovito poslovanje. Poleg tega se v vseh članicah EU postavlja v ospredje tudi želja po vzpostavitvi sistema za merjenje uspešnosti izvajanja nalog javnega sektorja. Pri tem pa lahko uspešnost in učinkovitost spremljamo na mikro ravni, torej na ravni posameznih izvajalcev zdravstvenih dejavnosti, pa tudi na ravni celotnega zdravstvenega sistema, ki ima širše cilje.

Seveda je merjenje uspešnosti zelo težavno, saj imajo posamezne mikro enote (zdravstveni zavodi) različna poslanstva. Ključni cilj vseh zavodov pa je enak – zadovoljevanje potreb uporabnikov. (Kavčič, 2005, str. 7). V javnem zdravstvenem zavodu je omenjeno merjenje še bolj oteženo, saj gre za storitveno dejavnost, pri kateri je težko ovrednotiti, kaj so inputi in kaj so outputi (Dema, 2009, str. 27). Velja pa, da imajo javni zdravstveni zavodi pogodbeno določen nabor in obseg storitev in je zato fokus poslovodstev predvsem na racionalni porabi resursov in minimizaciji stroškov.

Z vidika celotnega zdravstvenega sistema pa so vprašanja širša in je zato potrebno za presojo njegove uspešnosti (angl. health system performance assesment, v nadaljevanju HSPA) upoštevati več dimenzij. Tako nas zanimajo zdravstveno stanje prebivalstva (angl. health status), dostopnost do zdravstvene oskrbe (angl. access to care), kakovost in zdravstveni izid storitev (angl. quality and outcomes of care), razpoložljivost zdravstvene delovne sile (angl. health workforce), zdravstvene dejavnosti (angl. health care activities), delež farmacevtskega sektorja (angl. pharmaceutical sector), dejavniki tveganja za zdravje (angl. risk factors for health), staranje in dolgotrajna nega (angl. ageing and long-term care) ter obseg zdravstvenih izdatkov in financiranje zdravstva (Poročilo Health at a Glance 2017; Perić, Hofmarcher, Simon, 2018).

Nabor možnih kazalnikov je zelo dolg, zato v nadaljevanju podajamo samo nekaj primerov (OECD, Poročilo Health at Glance 2017; Perić, Hofmarcher & Simon, 2018):

- Če želimo presojati uspešnost zdravstvenega stanja prebivalstva, si pri tem pomagamo s kazalniki, kot so: pričakovana življenjska doba prebivalstva, prisotnost demence na 1000 oseb, pričakovana življenjska doba povprečnega moškega, pričakovana življenjska doba povprečne ženske in drugimi.
- Za presojo dostopnosti zdravstvene oskrbe se uporabljajo naslednji kazalniki: delež prebivalstva, ki ima zavarovanje za osnovni sklop storitev (merjeno v %), delež izdatkov iz žepa (% zdravstvenih stroškov na končno potrošnjo gospodinjstev), čakalna doba (število dni od napotitve v postopek do posvetovanja pri zdravstvenemu delavcu) ipd.
- Za kakovost in zdravstveni izid storitev si pomagamo s kazalniki, kot so: obseg predpisanih antibiotikov (dnevni odmerek na 1000 prebivalcev), delež preživetja bolezni raka debelega črevesa (starostno standardizirano preživetje v %), prisotnost astme ali kronične obstruktivne pljučne bolezn na 100.000 prebivalcev ipd.
- Razpoložljivost zdravstvene delovne sile merimo s številom zdravnikov na 1000 prebivalcev, številom medicinskih sester oziroma medicinskih bratov na 1000 prebivalcev, koliko so zdravstveni izdatki na osebo ter koliko je bolnišničnih postelj na 1000 prebivalcev. Obstajajo še drugi dejavniki, ki pa se ne uporabljajo tako pogosto.
- Za presojo zdravstvene dejavnosti se uporabljajo statistični podatki o številu uspešnih operacij za koleno in kolke, koliko je povprečen čas, ki ga preživi pacient v bolnišnici (v dnevih), koliko je bilo bolnišničnih sprejemov ter razni drugi.
- Za delež farmacevtskega sektorja uporabljamo podatke o tem, kolikšen je delež generičnih zdravil na trgu, koliko denarja se vlaga v raziskave in razvoj farmacevtskih izdelkov, koliko je število magistrov farmacije na 1000 prebivalcev in podobno.
- Za dejavnike tveganja za zdravje so kazalniki alkoholizem (koliko litrov alkoholnih pijač spiije oseba, starejša od 15 let, na leto), kajenje (% oseb, starejših od 15 let, ki kadijo dnevno), debelost (% oseb, starejših od 15 let, ki imajo indeks telesne mase (ITM) večji od 30) in ostali.
- Za merjenje staranja in dolgotrajne nege se uporabljajo kazalniki, kot so pričakovana

življenjska doba zdrave osebe pri 65 letih, prisotnost demence na 1000 prebivalcev, število delavcev za dolgotrajno oskrbo v ustanovah in bolnišnicah, višina odhodkov za dolgotrajno oskrbo ter obseg zdravstvenih izdatkov in financiranje zdravstva.

Tudi Evropska komisija se poslužuje uporabe HSPA ter vlaga v strokovno znanje in razvoj tega področja. Glavni pobudnik za razvoj HSPA je namreč evropski komisar za zdravstvo V. P. Andriukaitis (Juncker JC. Mission Letter to V. P. Andriukaitis, 2014). Države so si že leta 1920 prizadevale, da bi opisale in razložile finančne tokove v sistemu zdravstvenega varstva. (Fetter, 2006). Abel-Smith je s sodelavci leta 1963 prvi objavil študijo izdatkov za zdravstvo v državah v razvoju (OECD, Eurostat & WHO, 2011, str. 24). OECD je v začetku 70-ih let prejšnjega stoletja začel zbirati in kasneje tudi objavljati podatke o izdatkih za zdravstvo držav članic. Podatki so bili do nedavnega slabo primerljivi in nepopolni, kar še vedno velja za nekatere države v Evropi.

Zaradi slabe primerljivosti in nepopolnih podatkov so se države odločile za poenotenje metodologije za spremljanje zdravstvenih izdatkov. Po začetnih naporih in težavah so države uvedla tako imenovane Nacionalne zdravstvene račune (ali krajše NZR). Angleški prevod bi bil »System of Health Accounts« – Sistem zdravstvenih računov ali krajše SHA. SHA se opira na podatke iz nacionalnih zdravstvenih računov in nacionalnih zdravstvenih informacijskih sistemov v državah OECD. Zdravstveni računi OECD so služili kot referenčni sistem in sčasoma postali neformalni standard za enotno poročanje o sistemih zdravstvenega varstva (OECD, 1977, OECD, 1985, OECD, 1987, OECD, 1993, OECD, 1999a). Poročanje se je začelo že pred skoraj petimi desetletji. V preteklih letih je usklajevanje pojmov in opredelitev potekalo z roko v roki z letnim zbiranjem podatkov s strani sekretariata OECD za statistiko zdravja in zdravstvenega varstva.

Maja leta 1996 so člani OECD sklicali sestanek strokovnjakov s področja statistike zdravja, ki so se ga udeležili delegati iz večine držav članic, pa tudi strokovnjaki Eurostata ter evropskih in panameriških regij Svetovne zdravstvene organizacije (WHO). Delegate so zaprosili za mnenje o načinih za izboljšanje vsebine, metodologije in postopkov v letnem zbiranju zdravstvenih podatkov OECD. Razvoj mednarodnih standardov za podatke o izdatkih za zdravstveno varstvo in financiranje je bil opredeljen kot prednostno področje za delo OECD v prihodnosti. Prvi osnutek tega priročnika je bil obravnavan že leto pozneje, na drugem srečanju strokovnjakov za zdravstveno statistiko, v Parizu decembra leta 1997 (Poročilo SHA, OECD, 2000, str. 13).

Druga različica osnutka SHA je bila nato predstavljena na strokovnih posvetovanjih OECD za strokovnjake nacionalnih računov septembra 1998. Razprave na teh sestankih so se osredotočile na celoten metodološki okvir SHA in oblikovanje predlagane mednarodne klasifikacije zdravstvenih računov. Isti osnutek je bil predmet razprave tudi na delavnici strokovnjakov za zdravstvene račune v Dublinu leta 1998. Vprašanja pilotskih izvedb in sedanjega stanja nacionalnih zdravstvenih računov so bila na dnevnem redu skupnih sestankov OECD in Eurostata o zdravstvenem računovodstvu, ki je potekal od 1999 v

Luxembourg. Udeleženci teh sestankov so razpravljali o osnutku sistema računov zdravstvenega zavarovanja. Potrdili so, da je treba upoštevati številne vidike priročnika in svetovati glede nadaljnjih korakov za izvajanje. Izid zadnjega kroga preoblikovanja v letu 1999 je bil pojasnjen v predlaganih razvrstitvah, popolnoma je bilo preoblikovano poglavje 6 o virih financiranja in tokovih financiranj. Številna poglavja priročnika so bila skrajšana za izboljšanje berljivosti (Poročilo SHA, OECD, 2000, str. 13).

Od takrat naprej se države članice OECD vsako leto aktivno ukvarjajo z vprašanji, kako zagotavljati primerljivost podatkov o zdravstvenih izdatkih. Poročilo je v zadnjih osemnajstih letih doživelo nekaj manjših sprememb, ampak načela, ki so bila potrjena in predstavljena na koncu 20. stoletja, so se ohranila.

Opisano metodologijo je Slovenija vpeljala že leta 2003 in od takrat naprej so na voljo primerljivi podatki, na katerih tudi temelji raziskava, opisana v nadaljevanju magistrske naloge.

1.3 Sistem nacionalnih zdravstvenih računov

1.3.1 Razvoj in uporaba nacionalnih zdravstvenih računov

Ker ima vsaka država članica EU edinstven način financiranja zdravstvenega varstva, je posledično tudi razporeditev financiranja porabe za vsako državo drugačna. Navadno največji delež predstavlja financiranje iz državnega proračuna – ne glede na to, ali država pobira prispevke na izplačane plače od zaposlenih in samozaposlenih ali na druge oblike izplačil osebnih dohodkov ali pa financira zdravstveno varstvo prebivalcev iz socialnih davkov ali drugih proračunskih virov.

V Sloveniji in nekaterih drugih državah pa je potrebno odvajati prispevke za zdravstveno zavarovanje tudi od izplačil podnajemnih in avtorskih pogodb. Prispevke za zdravstvo plačujejo tudi t. i. popoldanski samostojni podjetniki, torej fizične osebe, ki opravljajo še dodatno dejavnost poleg zaposlitve. Popoldanski samostojni podjetniki lahko plačujejo mesečne pavšalne prispevke ali pa si obvezno zdravstveno zavarovanje doplačujejo sami.

Zasebno zavarovanje je urejeno v večini držav članic EU kot dodatno oziroma dopolnilno zavarovanje. To zavarovanje predstavlja drugo vejo financiranja zdravstvenega varstva.

Tretja veja pa so tako imenovana plačila iz žepa. Gre za doplačila, ki jih opravi bolnik ali bolnica pri zdravniku ali kateremu drugemu zdravstvenemu izvajalcu kot nadstandard. Enako velja za nezavarovano osebo, ki mora v celoti poravnati storitve zdravljenja neposredno pri izvajalcu zdravstvenih storitev.

V razvitih državah (kamor uvrščamo tudi Slovenijo) se je v začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja začel pojavljati problem čedalje hitrejše rasti izdatkov za zdravstvo.

Zaradi zelo hitre rasti so se začele pripravljati in uveljavljati reforme, ki so prinesle vrsto sprememb financiranja zdravstva. Potrebne so bile zelo zahtevne, natančne in celovite analize vseh javnih in zasebnih izdatkov v sistemu zdravstvenega varstva. Javni izdatki pa so bili v tem času že precej pregledni, standardizirani in celo mednarodno primerljivi.

Vzpostavil se je skupni vprašalnik za redno poročanje o izdatkih za zdravstvo po metodologiji SHA. S skupnim vprašalnikom OECD, Eurostata in WHO danes poroča o izdatkih za zdravstvo večina držav OECD in EU (izjema so Irska, Grčija, Malta in Velika Britanija). Po nekaterih napovedih naj bi v skladu s cilji mednarodnih inštitucij do leta 2025 o izdatkih za zdravstvo po metodologiji SHA poročalo še vsaj 100 držav (World Bank & Health Nutrition and Population Human Development Network, 2010).

Ključni cilji metodologije SHA navajajo OECD (Poročilo SHA, OECD, 2000, str. 13):

- zagotoviti niz mednarodno primerljivih zdravstvenih računov v obliki standardnih tabel;
- opredeliti mednarodno usklajene meje zdravstvenega varstva in njihove osnovne kategorije;
- razlikovanje ključnih funkcij zdravstvenega varstva od zdravstveno sorodnih funkcij in medsektorskih vidikov zdravja kot skupne skrbi socialne in gospodarske politike na različnih področjih;
- predstaviti tabele za analizo finančnih tokov v zdravstvenem varstvu skupaj s klasifikacijo zavarovalnih programov in drugih načinov financiranja;
- predlagati okvir za dosledno poročanje o zdravstvenih storitvah;
- spremljati gospodarske posledice reform zdravstvenega varstva in politike zdravstvenega varstva;
- zagotoviti okvir za analizo sistemov zdravstvenega varstva z ekonomskega vidika v skladu z nacionalnimi računovodskimi pravili.

Glede na trende v zadnjem desetletju sta interes in povpraševanje po podatkih o izdatkih za zdravstvo s strani analitikov in vseh udeleženi v zdravstveni politiki močno narasla. Razlogov je več. Glavni razlog je seveda vedno bolj kompleksno financiranje zdravstvenih storitev in njihova rast. Ker pa so postali podatki verodostojni, standardizirani in medsebojno primerljivi, lahko služijo tudi kot ocena posameznih nacionalnih politik v določenem obdobju. Zaradi širokega spektra uporabnosti so se strokovnjaki OECD, Eurostata in WHO skupinsko lotili revizije metodologije SHA. Leta 2007 je revizijo vodila ekipa za zdravstvene račune (angl. International Health Accounts Team – IHAT), sodelovali pa so tudi strokovnjaki iz drugih držav, med njimi tudi slovenski strokovnjaki. Kot posledica intenzivnega skupinskega dela je novembra leta 2011 izšel nov metodološki priročnik SHA (v nadaljevanju SHA 2011) (OECD, Eurostat & WHO, 2011). Ker se je metodologija čedalje bolj uporabljala tudi v zdravstveni politiki, je bil poudarek revizije na prilagodljivosti klasifikacij spremembam v organizaciji in financiranju zdravstvenih sistemov ter trajnosti metodologije (ORCD in drugi, 2011, str. 25). Metodologija in njena analitična moč sta se še

dodatno povečali s povezavo metodologije SHA s sistemom nacionalnih računov (SNA). Skladno s povezavo so strokovnjaki razvili ustrezne kazalnike izdatkov za zdravstvo, ki jih bomo uporabili in razložili tudi v nadaljevanju naloge. Ključen element je tudi njihova povezava z drugimi finančnimi in nefinančnimi kazalniki.

V metodologiji SHA so dejavnosti potrošnje, ponudbe in financiranja postavljene v okvir Mednarodne klasifikacije za zdravstvene račune (angl. International Classification for Health Accounts, v nadaljevanju ICHA), ki pokriva tri temeljne klasifikacije izdatkov za zdravstvo:

1. ICHA-HC – Klasifikacija namenov zdravstvenega varstva (angl. Classification of Health Care Functions);
2. ICHA-HF – Klasifikacija virov financiranja v zdravstvenem varstvu (angl. Classification of Health Financing Agents);
3. ICHA-HP – Klasifikacija izvajalcev zdravstvenega varstva (angl. Classification of Health Providers).

Že v SHA 1.0 (OECD, 2000) je bilo nakazano, da bo potreben razvoj dodatnih dimenzij za boljše spremljanje izdatkov za zdravstvo ter nekaterih drugih kategorij, povezanih s potrošnjo v zdravstvu. Omenjene metodologije pa so bile za dodatne dimenzije v tistem času še precej nedodelane. Skupni vprašalnik OECD, Eurostata in WHO (OECD in drugi, 2006) je dopolnil osnovni okvir za dodatni dve dimenziji:

1. ICHA-FS – Klasifikacijo virov sredstev za zdravstveno varstvo (angl. Classification of Financing Sources);
2. ICHA-RC – Klasifikacijo stroškov v zdravstvu (angl. Classification of Resource Costs).

Prikaz osnovnih treh tabel je uspel večini držav Evropske unije. Omenjene tabele so bile ključne pri podatkovni osnovi za razvoj in uporabo večine zdravstvenih kazalnikov v mednarodnih primerjavah. Sledila je revizija SHA 2011, ki pa je bila poleg dopolnitve in odprave manjših napak osnovnega okvira namenjena nadgradnji vsake od osnovnih dimenzij v smereh, kot so prikazane na sliki 2 (OECD, Eurostat & WHO, 2011, str. 55).

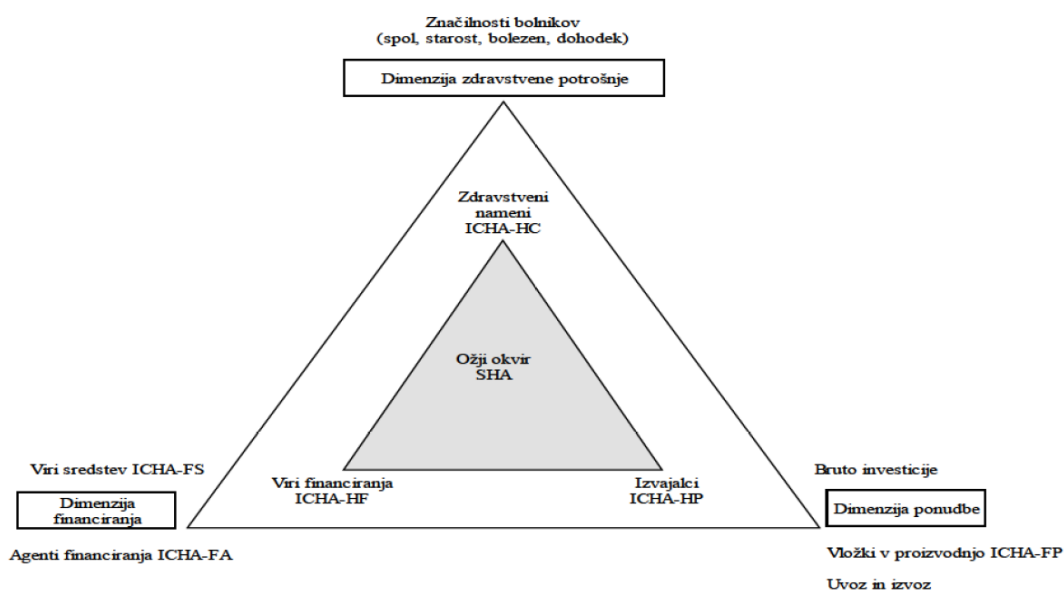
1. Dimenzija potrošnje v zdravstvu po namenih (ICHA-HC) je razširjena s spremljanjem izdatkov za zdravstvo po karakteristikah bolnikov (starosti, spolu, bolezni, dohodku). Gre za podatke, ki služijo kot pomembna informacija pri določanju prioritete potreb različnih skupin populacije po zdravstveni oskrbi s strani zdravstvene politike. Omenjeni podatki so temelj za vzpostavitev projekcije izdatkov za zdravstvo v prihodnosti (OECD in drugi, 2011, str. 62).

2. Dimenzija ponudbe v zdravstvu po izvajalcih (ICHA-HP) je križno razširjena s klasifikacijo vložkov v zdravstveno preskrbo (ICHA-FP; angl factors of provision) in računom bruto investicij. Naraščajoči stroški vložkov močno vplivajo tudi na rast izdatkov za zdravstvo (predvsem plače zaposlenih v zdravstvu ter stroški za zdravila). Vodenje posebne križne tabele o vložkih po izvajalcih je pomembna informacija za obvladovanje

stroškov v zdravstvu. Križna klasifikacija HPXFP bo dajala odgovore na vprašanje, »kakšni vložki so potrebni za preskrbo z zdravstvenimi dobrinami in storitvami in kdo jih porabi« (OECD, Eurostat & WHO, 2011, str. 344). Opisana dimenzija nam omogoča tudi analizo cen zdravstvenih storitev po izvajalcih ter ustrezne analize učinkovitosti izvajalcev. Poleg spremljanja računa vseh bruto investicij je smiselno tudi spremljanje uvoza in izvoza zdravstvenih dobrin in storitev ter oblikovanje posebnega računa človeškega kapitala v zdravstvu (OECD, Eurostat & WHO, 2011, str. 64).

3. Dimenzija financiranja v zdravstvu po virih financiranja (ICHA-HF) je križno razširjena s klasifikacijo virov sredstev, ki se zbirajo v sistemu zdravstvenega varstva (ICHA-FS) ter klasifikacijo finančnih agentov (klasifikacija ICHA-FA; angl. financing agents). S tem bomo na podlagi podatkov SHA lahko odgovorili ne le na vprašanje, »kdo plačuje kaj in koga« (na podlagi klasifikacije ICHA-HF), temveč tudi na vprašanje, »od kod prihaja denar v zdravstveni sistem« (na podlagi križne povezave klasifikacij HFXFS in HFXFA), kar je pomembna informacija zdravstveni politiki z vidika zagotavljanja javnofinančne stabilnosti, vzdržnosti in dostopnosti sistema zdravstvenega varstva (OECD, Eurostat & WHO, 2011, str. 65).

Slika 2: Shema dimenzij, ki jih pokriva SHA 2011



Vir: Prirejeno po OECD, Eurostat & WHO (2011, str. 55).

Skupni vprašalnik OECD, Eurostata in WHO (OECD in drugi, 2006) in metodologija SHA 1.0 (OECD, 2000) sta temelja za metodologijo SHA v Sloveniji. Skladno z ožjim okvirjem metodologije SHA 2011, SHA za Slovenijo pokrivajo vse tri osnovne križne tabele izdatkov za zdravstvo (HCXHF, HPXHF, HCXHP) ter dodatna tabela FSXHF in prve ocene izdatkov po karakteristikah bolnikov. Navedene dimenzije so prikazane v poglavju 1.3.1. na sliki 3.

Vse tri osnovne in dodatna tabela na prvi ravni členitve so še danes temelj rednih letnih objav

Statističnega urada Republike Slovenije (SURS). Od leta 2007 so vsi podatki objavljeni tudi v bazi Eurostata in WHO, od leta 2008 pa tudi v OECD. SURS ni samo vključen v redno poročanje podatkov o izdatkih za zdravstvo po metodologiji SHA Eurostatu, WHO in OECD, ampak je tudi pomemben člen pri razvoju metodologije SHA. Vsako leto je slovenska konsistentnost serij za SHA je preverjena, komentirana in verificirana tudi s strani strokovnjakov mednarodnega tima za zdravstvene račune IHAT (angl. International Health Accounts Team), v katerem so strokovnjaki Eurostata, OECD in WHO.

1.3.2 Kratka predstavitev slovenskega zdravstvenega sistema s pomočjo kazalnikov iz sistema nacionalnih zdravstvenih računov v Sloveniji

Za Slovenijo, katere gospodarstvo je izjemno odvisno od povpraševanja iz ostalih evropskih držav, je značilen industrijski proizvodnji model (temelj sta avtomobilska in farmacevtska industrija). Če primerjamo slovenski zdravstveni sistem z drugimi sistemi po Evropi – zlasti s tistimi v srednji in vzhodni Evropi (CEE), lahko hitro pridemo da vzpodbudnega zaključka. Glede na ključne strukturne karakteristike in primerjavo nekaterih kazalnikov dosega Slovenija dobre rezultate in je navadno nekje med povprečjem EU15 in EU13, po določenih kazalnikih pa je celo v samem vrhu. V nadaljevanju naloge bomo prikazali izbrane kazalnike na področju zdravstvenega stanja, organizacije, financiranja in zdravstvene oskrbe, ki skupaj predstavljajo konceptualni okvir zaključkov analize. V tabeli 1 lahko vidimo nekaj osnovnih podatkov glede števila prebivalcev, stopnje brezposelnosti in BDP v Republiki Sloveniji. Glede na število prebivalcev je Slovenija med najmanjšimi državami OECD, glede na stopnjo BDP pa jo uvrščamo v zgornjo polovico držav.

Tabela 1: Splošni podatki za Slovenijo za leto 2017 oz. za najbližje leto

Število prebivalcev Republike Slovenije v milijonih (2017)	2.067
BDP Republike Slovenije v mio. EUR (2017)	43.278
BDP na prebivalca Republike Slovenije v mio. EUR (2017)	20.951
Stopnja brezposelnosti v % (2016)	10,80

Vir: SURS (2018).

Zaradi krize bančnega sektorja in njegovega reševanja je Slovenija v zadnjih petih letih povečala delež javnega in tudi tujega dolga. Slovenija ima v očeh investitorjev sicer dve izjemni prednosti: nahaja se v evroobmočju in ima pretežno pozitivno trgovinsko bilanco. Presežki v turizmu in prometu pa tudi niso zanemarljivi (Coface, 2018).

V Sloveniji je edini ponudnik obveznega zdravstvenega zavarovanja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki deluje po območnih enotah in izpostavah. Vse osebe, ki so zavarovane v okviru OZZ, so upravičene do določenih zdravstvenih storitev (sistem zdravstvenega varstva). Poleg tega so upravičene tudi do nekaterih denarnih nadomestil v primeru bolezni, posmrtnine, pogrebnine itd. V Sloveniji je poleg OZZ na voljo tudi prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Naloga dopolnilnega zavarovanja je kritje zdravstvenih storitev, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije v celoti (ZZZS, 2015).

Delodajalec je zavezanec za plačilo prispevkov delodajalca, zavezanec za plačilo prispevkov zavarovanca pa je delavec sam. Delodajalec plača vse prispevke zavarovanca. V Sloveniji so prispevki, ki jih delodajalec plačuje za zdravstveno varstvo 6,56 % od bruto plače, medtem ko pa je prispevek zaposlenega 6,36 % od bruto plače. Z izjemo samostojnih podjetnikov so vsi ostali prispevki za socialno varnost brez »socialne kapice«. »Socialna kapica« je izraz, ki pove, da se prispevki iz plače, ki so sicer predpisani z odstotkom od bruto plače, ob določeni višini prenehajo plačevati na osnovi odstotka, temveč se prične plačevati določen znesek ne glede na višino plače, kar pa za samostojne podjetnike ne velja. Novost po letu 2015, ki se tiče plačila prispevkov, je, da je minimalna osnova za plačilo prispevkov višja od minimalne plače. V praksi to pomeni, da mora delodajalec plačevati višje prispevke od osnove, ki je določena zakonsko, za delavca, ki za svoje delo prejema minimalno predpisano plačo (FURS, 2015).

Izjema v Sloveniji so samozaposleni delavci. Samozaposlen delavec je dolžan plačati 12,92 % določene obdavčljive osnove oziroma glede na razred, v katerega se samozaposleni uvrsti po izračunu davka od dohodka. Od leta 2014 pa velja spremenjen zakon, ki določa prispevek glede na določeno individualno osnovo, ki se prav tako določi po izračunu dobička oziroma dohodka iz dejavnosti. Zavezanec mora plačati plačilo prispevka zavarovanca in delodajalca skupaj. Za primerjavo, najvišja osnova za prispevke znaša 3,5-kratno povprečno letno plačo zaposlenih v Sloveniji, preračunano na mesečno raven (DURS, 2015).

ZZZS nudi v okviru osnovnega zdravstvenega zavarovanja brezplačen dostop do zdravnikov ali zdravstvenih domov (za primarne zdravstvene storitve) za vse zavarovance. Vseeno pa obstaja tudi nekaj storitev, ki jih ZZZS ne krije in brez dodatnega zavarovanja stanejo med 10 in 90 % cene storitve. Tretji tip storitev pa so storitve, ki jih morajo zavarovanci v celoti plačati sami. Tukaj gre za določene farmacevtske izdelke, ki so izven državnega seznama, lepotne operacije, dodatne rehabilitacije itd. (European Commission, 2013).

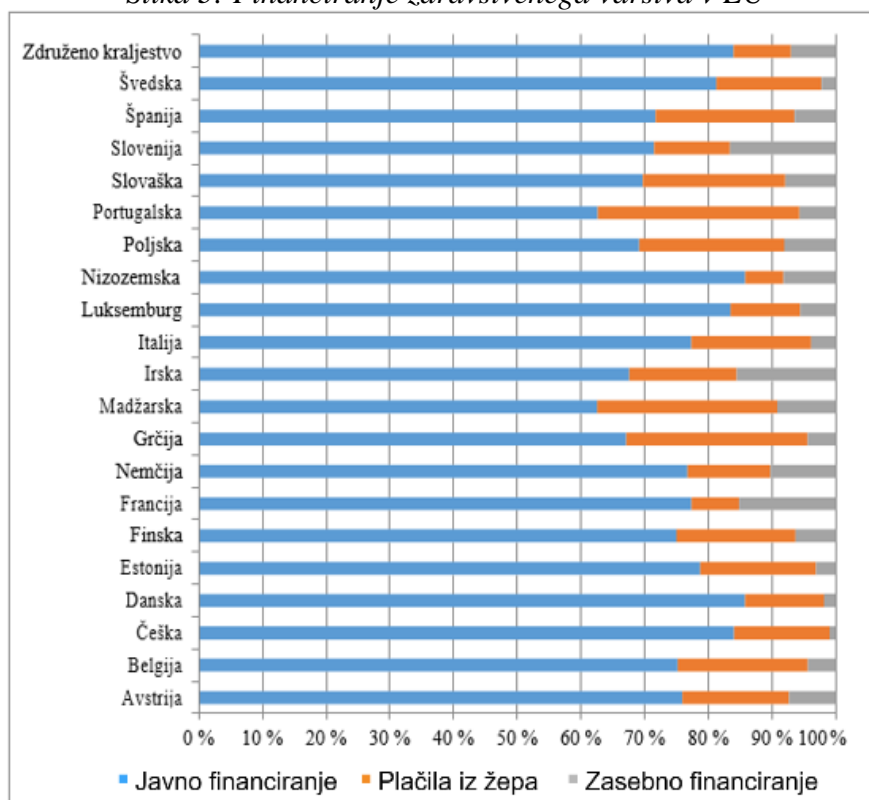
Na splošno velja, da so plačila iz žepa v Evropski uniji relativno nizka in ne pomenijo ovire v dostopnosti do zdravstvenega varstva. Navedeno tezo je potrdila tudi raziskava EU SILC (SURS, 2018). Rezultat raziskave je pokazal, da je Slovenija nenehno med državami z najnižjo (če ne povsem najnižjo) ravno nezadovoljenih zdravstvenih potreb v Evropi za vse dohodkovne razrede (99,8 % Slovencev je namreč glasovalo, da nima nezadovoljenih zdravstvenih potreb). Dober rezultat je posledica obsežne košarice zdravstvenih storitev, ki jih ponuja kombinacija OZZ in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Kot že navedeno, glede na številne kazalnike slovenski zdravstveni sistem deluje dobro in izkazuje dobre rezultate. Če za primerjavo vzamemo kazalnik učinkovitosti bolnišnic, je Slovenija v povprečju EU15, če primerjamo število zdravnikov in medicinskih sester, je Slovenija zelo blizu Veliki Britaniji in nekoliko boljša kot države CEE. Glede na velikost države so izdatki na primerni ravni, primerjalno nizka plačila iz žepa pa zagotavljajo prebivalcem finančno varnost. Gre za zelo spodbudne rezultate, kar pa seveda ne pomeni,

da ni možnosti izboljšav. Ker je Slovenija majhna država, je (zaenkrat) dovolj le en ponudnik obveznega zdravstvenega zavarovanja. Sistem financiranja še vedno deluje dovolj dobro in v nasprotju z mnogo drugimi državami v regiji ni nikoli temeljil na bolnišnični obravnavi, ampak ima že od nekaj vzpostavljeno dobro mrežo na primarni ravni (European Commission. The 2012 Ageing Report, European Economy, 2, May 2012, Brussels).

Na sliki 3 smo zaradi težko dostopnih podatkov izpustili nekatere članice Evropske unije (Bolgarija, Ciper, Hrvaška, Latvija, Litva, Malta in Romunija), upoštevali pa smo vse ostale države Evropske unije, ki so hkrati članice OECD.

Slika 3: *Financiranje zdravstvenega varstva v EU*



Vir: OECD, *Health Statistics* (2014); *Boljka* (2015).

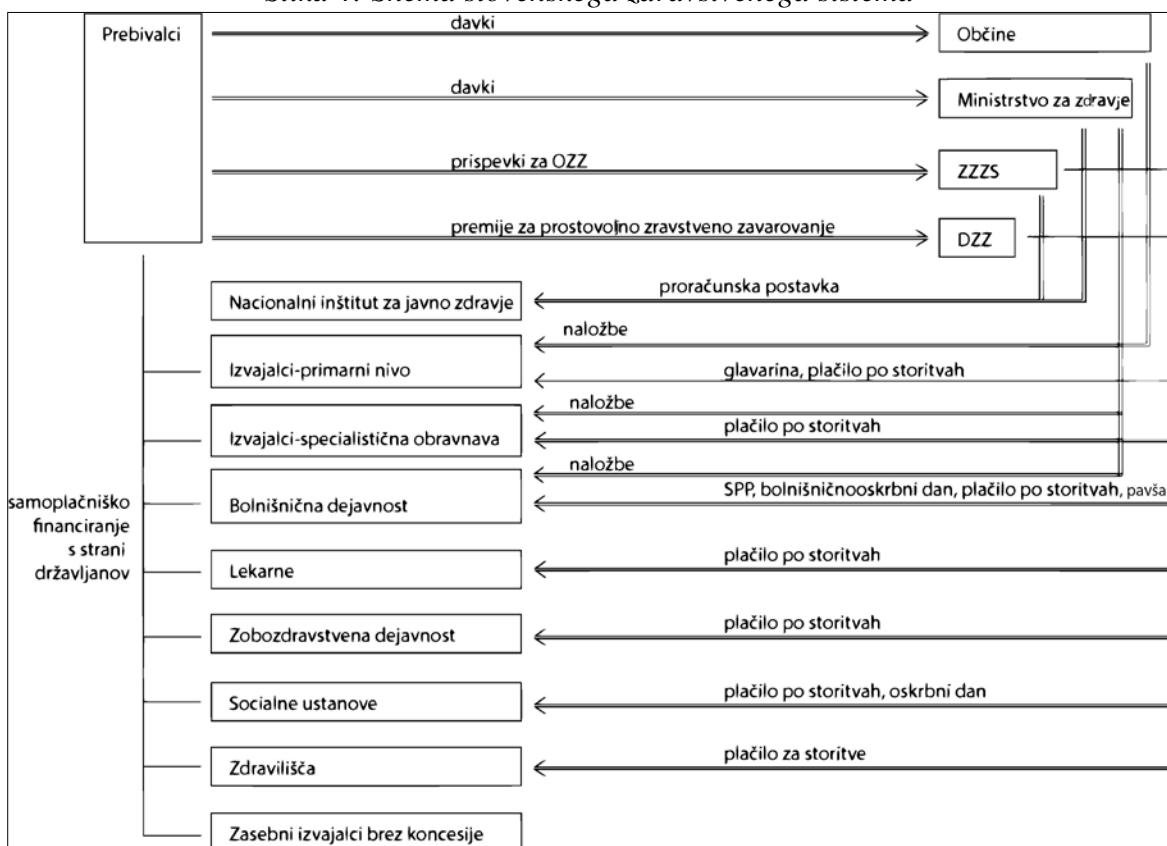
Povprečje ocen javnega oziroma kolektivnega financiranja za države članice Evropske unije, ki so hkrati članice združenja OECD, je 75,36 %. V praksi to pomeni, da države v določenem letu povprečno financirajo nekaj več kot tri četrtine izdatkov za zdravstvo iz OZZ ali državnega proračuna. Glede na omenjeni parameter najdemo na vrhu Dansko in Nizozemsko, ki imata omenjeni delež nad 85 %. Zanimivo je, da na tretjem mestu najdemo Češko, na četrtem pa Združeno Kraljestvo. V evropskem povprečju pa najdemo Avstrijo, Belgijo, Finsko in Nemčijo, ki bi jih glede na gospodarsko moč lahko pričakovali nekoliko višje. V Sloveniji delež javnega oziroma kolektivnega financiranja znaša 71,48 %, kar je le malo pod povprečjem.

Povprečje ocen financiranja zdravstvenega varstva iz zasebnega financiranja je 7,15 %. Slovenija je v omenjenem pogledu daleč nad povprečjem, saj je delež zasebnega financiranja

kar 16,62 %. Edini preostali dve državi, ki imata delež zasebnega financiranja nad 15 %, sta Irska in Francija. Na četrtem mestu najdemo Nemčijo, ki je še zadnja država, katere delež je nad 10 %. Vse ostale države imajo financiranje iz zasebnih zavarovanj manj kot 10-odstoten. Povsem na dnu najdemo Češko, ki iz zasebnih zavarovanj financira manj kot 1 % zdravstvenega varstva, kar pomeni, da na Češkem nimajo zasebnih dodatnih ali dopolnilnih zavarovanj, organiziranih kot v Sloveniji.

Obstaja pa še tretja možnost, in sicer neposredna plačila pri izvajalcih zdravstvenih storitev. V povprečju doplačamo 17,49 % vrednosti zdravstvenega varstva. V tem parametru prednjačijo Grki in Madžari. Oboji imajo delež plačil iz lastnih sredstev nad 28 % celotnih izdatkov, namenjenih za zdravstveno varstvo. Nizozemska, Francija in Združeno kraljestvo pa imajo delež plačil iz zasebnih sredstev najnižji med vsemi obravnavanimi državami. Večina držav ima večji delež neposrednih plačil pri izvajalcih zdravstvenih storitev kot plačil iz zasebnih zavarovanj. Izjemi sta le Slovenija in Francija, več o tem sledi v nadaljevanju naloge.

Slika 4: Shema slovenskega zdravstvenega sistema



Vir: Lastno delo.

Slovenski zdravstveni sistem je postavljen na temeljih Bismarckovega modela socialnega zavarovanja (Albreht in drugi, 2009). Omenjeni sistem je s sodelavci zasnoval nemški kancler Otto von Bismarck leta 1888, v veljavo pa je stopil leto kasneje. Mišljen je bil za delavce, kot razširitev sistema obveznega nezgodnega zavarovanja.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 1992 pa prispeva pravno podlago za trenutni centraliziran sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga izvaja ZZZS (Albreht in drugi, 2009). Da bi sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja deloval nemoteno, moramo vsi državljani s stalnimi prihodki plačevati prispevke ustanovi, ki je nosilka zdravstvenega zavarovanja. V Sloveniji je to ZZZS, ki ni profitna organizacija. Delež posameznikovega prispevka je zakonsko določen. Za osebe, ki pa lastnih dohodkov nimajo (v Sloveniji so to otroci, dijaki, študenti in nezaposleni), se pa uveljavlja princip solidarnosti. Osebe iz te skupine so ravno tako upravičene do osnovnega zdravstvenega zavarovanja.

Na sliki 4 je prikazano, kako je sistem OZZ dopolnjen z doplačili (samoplačništvo) ter s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanjem, znanim kot dopolnilno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju DZZ). »Samoplačništvo pa z drugo besedo imenujemo tudi plačilo iz žepa« (Thomson in drugi, 2015).

DZZ je bilo uvedeno leta 1993 in deluje kot predplačniški zasebni sistem, ki omogoča, da se vsi zavarovanci s predplačili izognejo velikemu delu neposrednih plačil iz žepa (Thomson in drugi, 2015). Na slovenskem trgu so trenutno aktivni predvsem trije ponudniki DZZ, in sicer Vzajemna, Adriatic Slovenica in Triglav zdravstvena zavarovalnica. Adriatic Slovenica je profitni komercialni ponudnik, Triglav je zdravstvena zavarovalnica, Vzajemna pa deluje kot vzajemna neprofitna zavarovalna družba (Thomson in drugi, 2015).

Glede na podatke iz Agencije za zavarovalni nadzor iz leta 2014 je na področju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj vodila Vzajemna s 54-% tržnim deležem, sledil je Adriatic Slovenica z 22,9-% tržnim deležem in nato še Triglav z 22,7-% tržnim deležem (Agencija za zavarovalni nadzor, 2016b).

V Republiki Sloveniji je v sistem OZZ vključeno skoraj celotno prebivalstvo, bodisi kot plačnik bodisi kot vzdrževani član (Albreth in drugi, 2009). Sistem zagotavlja tudi kritje za izdatke, ki nastanejo v drugih državah EU. Gre za bilateralni sporazum, ki so ga podpisale vse članice EU (Albreth in drugi, 2009).

Poleg zgoraj navedenih virov za financiranje izdatkov v zdravstvu pa se lahko financira tudi z obdavčenjem na državni in občinski ravni. Leta 2006 je omenjena obdavčitev predstavljala kar 5,2 % kritja vseh izdatkov v zdravstvu (Albreth in drugi, 2009). Financiranje ZZZS je odvisno od prispevkov, kar pomeni, da so prispevki neposredno odvisni od ekonomskih razmer v državi (Maresso in drugi, 2015).

Slika 4 prikazuje tudi vse izvajalce, ki so v Sloveniji zadolženi za nudenje zdravstvenih storitev. Mednje uvrščamo Nacionalni inštitut za javno zdravje, izvajalce primarnega nivoja zdravstvenega varstva, specializirane izvajalce, bolnišnično oskrbo, lekarne, zobozdravstvene izvajalce, socialne ustanove, zdravilišča in tudi zasebne izvajalce, ki nimajo koncesije.

Za ustrezno izvajanje kompleksnih in dinamičnih procesov je ključna ustrezna koordinacija in sodelovanje osebja z različnih področij in specialnosti, ki prihajajo iz različnih organizacij (Došenović Bonša, 2010).

V slovenskem zdravstvenem sistemu je Ministrstvo za zdravje tisto, ki financira naložbe glede bolnišnic in specializiranih zdravstvenih ustanov na državni in področni ravni. Poleg omenjenih naložb pa financira tudi razne preventivne zdravstvene programe (npr. DORA, SVIT in ostali), medicinsko izobraževanje in razvoj. Občine pa od države prejemajo dodatna vladna sredstva in tudi same prispevajo svoj delež proračuna za zdravstveno oskrbo, ki je navadno določen glede na velikost/število prebivalcev v občini. Občine navadno v celoti financirajo naložbe javnih zdravstvenih domov in lekarn na svojem območju (Albreth in drugi, 2009).

Centralizirani sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja vključuje vse posameznike s stalnim prebivališčem v Sloveniji. Vse osebe, ki izpolnjujejo omenjeni pogoj, so upravičene do zdravstvene oskrbe (Albreth in drugi, 2009). Ob koncu leta 2015 je bilo obvezno zavarovanih 2,080 milijona posameznikov, pokritost oseb z zavarovanjem pa je bila med 98 % in 100 % populacije (ZZZS, 2016a; Prevolnik Rupel, 2008).

Kot določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur.l. RS, št. 72/2006- UPB3, vključujoč vse dopolnitve do vključno Ur. L. RS, št. 19/13, veljavnega dne 5. 11. 2013), OZZ nudi popolno kritje za sledeče zdravstvene storitve:

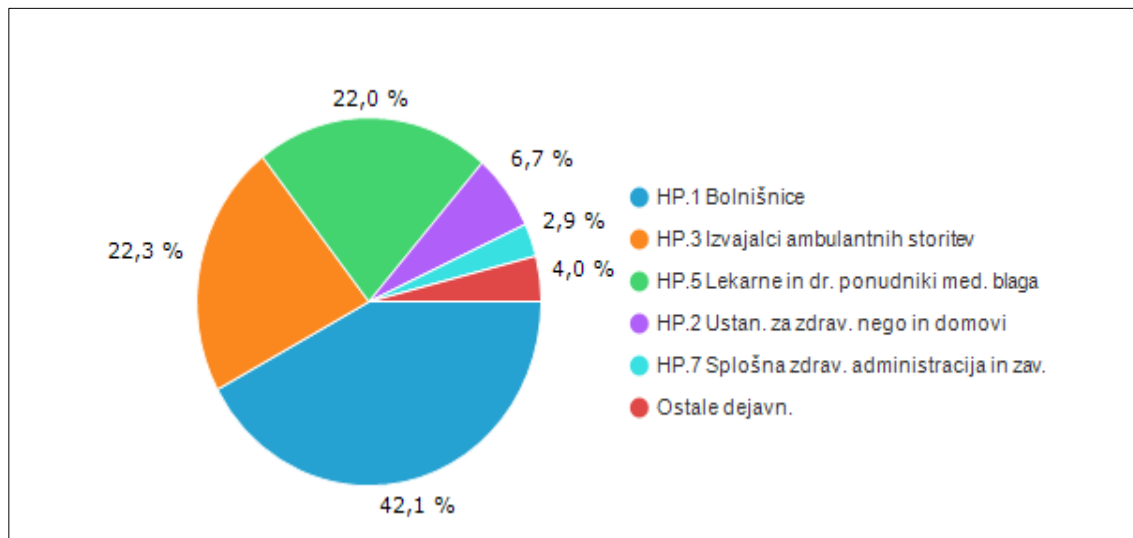
- vse zdravstvene storitve za otroke in mladostnike – upoštevajoč diagnozo, zdravljenje in rehabilitacijo po bolezni ali poškodbi, pri otrocih, šolarjih, mladoletnikih z motnjami v razvoju ter študentih med celotnim izobraževanjem (dokler imajo veljaven status študenta);
- svetovanje pri načrtovanju družine, kontracepcijo, predporodno oskrbo, oskrbo ob porodu;
- storitve, ki so del programov preventive, diagnostike, in zdravljenje nalezljivih bolezni skupaj z okužbo z virusom HIV;
- zdravljenje in rehabilitacijo poklicnih bolezni ali poškodb, malignih bolezni, bolezni mišic ali mišičnega živčevja, duševnih bolezni, epilepsije, hemofilije, paraplegije, kvadriplegije in cerebralne paralize, kot tudi napredovanje sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze;
- zdravstvene storitve, ki se nanašajo na darovanje in presaditev tkiv in organov, nujno medicinsko zdravljenje skupaj z nujnimi medicinskimi prevozi, bolniško nego ter zdravljenje in oskrbo na domu in v socialnih ustanovah;
- dolgoročno bolniško nego na domu in del zdravljenja ter bolniške nege v socialnih ustanovah.

Iz sklada OZZ se navadno krije od 25 % do 95 % celotne oskrbe, delež oskrbe pa je odvisen od področja oz. dejavnosti in ga določa Sklep o plačevanju participacije v zdravstvu, delnih in popolnih oprostivah ter o povračilih (Ur.l. RS, št. 17/1992, 25/1992). »Prostovoljno

zdravstveno zavarovanje krije tako soudeležbo za storitve znotraj sheme OZZ kot tudi dopolnilne in nadomestne storitve, ki jih OZZ ne pokriva« (Albreht in drugi, 2009).

SURS vsako leto skladno s SHA smernicami objavi javne podatke in jih na kratko pokomentira. Slika iz objave za leto 2016 prikazuje tekoče izdatke za zdravstveno varstvo po dejavnosti izvajalca (slika 5). S slike 5 lahko razberemo, da več kot 40 % tekočih izdatkov namenimo bolnišnicam, sledijo ambulantne storitve in lekarne in drugi ponudniki medicinskega blaga. 6,7 % namenimo ustanovam za zdravstveno nego, preostanek pa gre za splošne zdravstvene administrativne zadeve in ostale dejavnosti.

Slika 5: Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo po dejavnosti izvajalca, Slovenija, 2016



Vir: SURS (2016).

Če pogledamo tabelo 2, lahko vidimo, da se je v Sloveniji za zdravstveno varstvo porabilo 3.422.724.000 EUR. Največ denarja se je porabilo za storitve kurativnega zdravja, in sicer 1.919.397.000 EUR, sledijo zdravila in drugi medicinski pripomočki s 768.992.000 EUR. Zanimivo je pogledati, da se več denarja na letni ravni porabi za upravljanje zdravstvenega varstva in zavarovanja kot pa za storitve rehabilitacije.

Iz tabele 2 se tudi razbere, da država direktno iz državnega proračuna ne financira pomožnih zdravstvenih storitev in storitev rehabilitacije, ampak da največji del svoje finančne podpore nudi za storitve dolgotrajne oskrbe.

Če za primerjavo pogledamo, koliko namenijo zavarovalnice za storitve kurativnega zdravljenja in koliko storitve kurativnega zdravljenja financiramo iz sklada socialne varnosti (ZZS), lahko vidimo, da je količnik nekaj več kot sedemkrat v korist ZZS.

Slika 6 lepo prikazuje, da predstavlja financiranje iz skladov socialne varnosti, v Sloveniji je to ZZS, skoraj 70 % vsega financiranja. Na drugem mestu sledi financiranje s strani zavarovalnic in predstavlja le 14-% delež, nato sledi že financiranje iz državnega proračuna

s 12 %, vsi ostali viri skupaj (nepridobitne institucije, ki opravljajo storitve za gospodinjstva, gospodinjstva in družbe brez zavarovalnic) predstavljajo le 5-% delež. Ker ZZZS predstavlja tako velik delež financiranja, se bomo v nadaljevanju naloge osredotočili predvsem na ZZZS in še podrobneje pogledali izdatke za zdravila.

Tabela 2: Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo po namenih in virih financiranja v Sloveniji, vsi podatki so v tisoč EUR, za leto 2016

	Skupaj	Sektor država	Skladi socialne varnosti	Družbe brez zavarovalnic	Zavarovalnice	Gospodinjstva	NPISG
Nameni zdravstvenega varstva, 2016	3.422.724	130.247	2.357.389	39.944	480.461	410.803	3.880
HC.1 Storitve kurativnega zdravljenja	1.919.397	36.389	1.532.127	-	197.957	152.359	565
HC.2 Storitve rehabilitacije	81.382	-	43.069	-	26.255	11.086	972
HC.3 Storitve dolgotrajne oskrbe - zdravstveni del	329.067	62.817	252.574	-	2.377	9.993	1.306
HC.4 Pomožne zdravstvene storitve	122.732	-	87.042	-	34.522	1.167	-
HC.5 Zdravila in drugo medicinsko blago	768.992	381	357.328	-	174.896	236.198	189
HC.6 Preventiva	102.823	14.098	47.934	39.944	-	-	848
HC.7 Upravljanje zdravstvenega varstva in zavarovanja	98.331	16.561	37.316	-	44.454	-	-

Legenda: NPISG = Nepridobitne institucije, ki opravljajo storitve za gospodinjstva

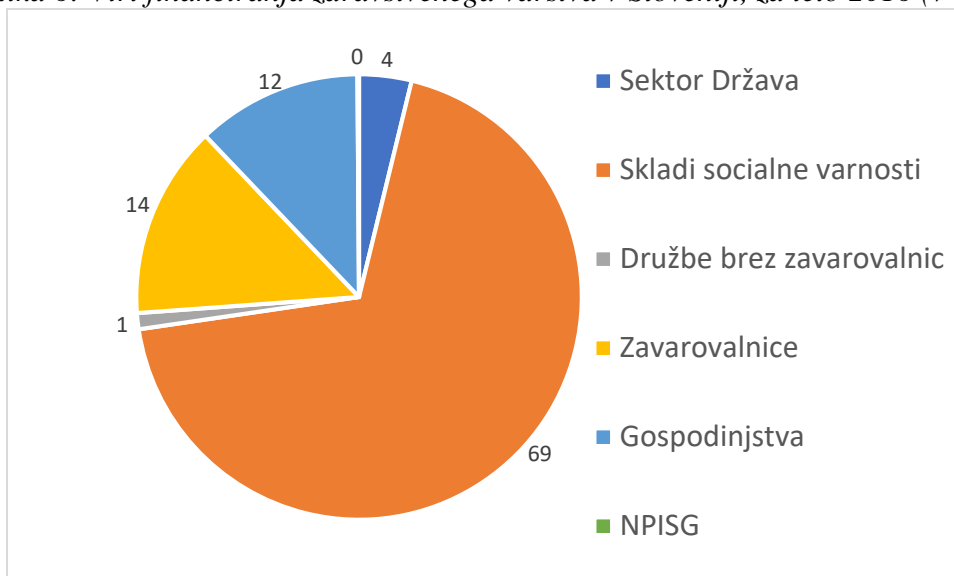
Vir: SURS (2016).

Zaradi boljše razumljivosti odhodke ZZZS izkazujemo in pojasnjujemo po interni klasifikaciji odhodkov, v kateri so odhodki izkazani po namenih porabe v skladu z zakonsko ureditvijo zdravstvene dejavnosti in drugih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Po ekonomski klasifikaciji, ki izhaja iz klasifikacije, ZZZS sodi med javnofinančne toke kot metodološka podlaga za izkazovanje transparentnih in mednarodno primerljivih bilanc javnega financiranja.

Celotni odhodki ZZZS so v letu 2016 znašali 2.537.741.156 EUR in so za 108.606.760 EUR ali za 4,5 % večji, kot so bili leta 2015 (podatki iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2016).

Skoraj dve tretjini (65,1 %) povečanih odhodkov sta bili namenjeni za zdravstveno dejavnost (zdravstvene storitve, zdravljenje v tujini in plačila po mednarodnih sporazumih, zdravila, medicinski pripomočki), 34,9 % pa za povečanje denarnih dajatev.

Slika 6: Viri financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji, za leto 2016 (v %)



Legenda: NPISG = Nepridobitne institucije, ki opravljajo storitve za gospodinjstva

Vir: Povzeto in prirejeno po SURS (2016).

Odhodke ZZZS po namenih porabe razvrščamo na (Poslovno poročilo ZZZS, 2016):

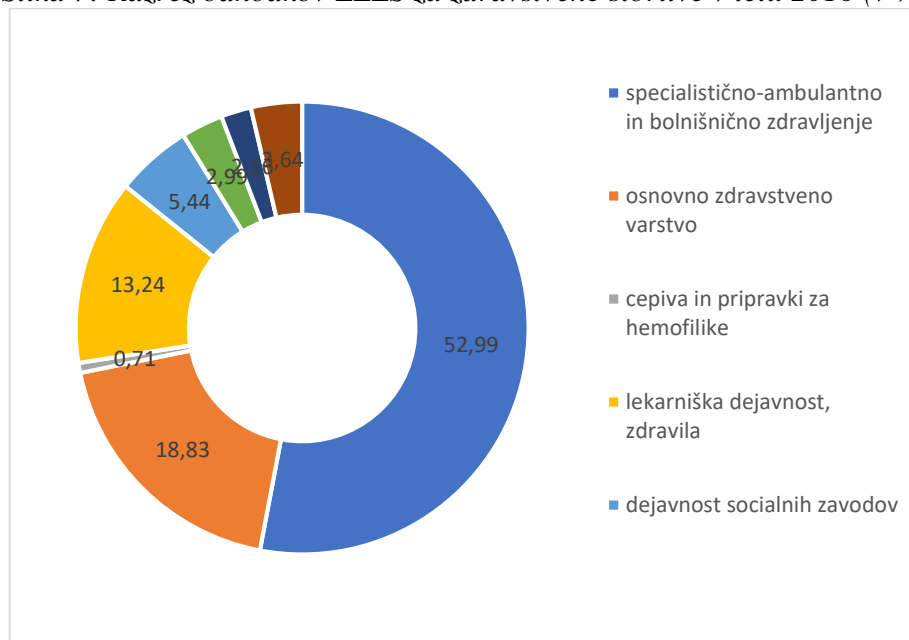
- odhodke zdravstvene dejavnosti, kamor sodijo odhodki za zdravstvene storitve, zdravila, medicinske pripomočke, cepiva, pripravke za hemofilike, socialno medicino, odhodki za zdravljenje v tujini in odhodki iz naslova mednarodnih sporazumov o socialni varnosti, ki so po ekonomski klasifikaciji prikazani v okviru postavk tekoči transferi v javne zavode, tekoča plačila drugim izvajalcem služb, ki niso proračunski uporabniki, transferi neprofitnim organizacijam in ustanovam, drugi transferi posameznikom in tekoči transferi v tujino;
- denarne dajatve (nadomestila, pogrebne in posmrtnine, potni stroški, dnevnice, stroški prevozov, povračila zavarovalnicam, ki izvajajo dopolnilna zdravstvena zavarovanja v zvezi z upravičenci do doplačil iz socialnih razlogov), ki so po ekonomski klasifikaciji prikazane v okviru postavke transferi posameznikom in gospodinjstvom;
- rezerve, ki se v skladu z 41. in 65. členom Pravilnika o enotnem kontnem načrtu za proračun, proračunske uporabnike in druge osebe javnega prava oblikujejo v letu, ko so za njegovo oblikovanje dani pogoji – v skladu s 60. členom Statuta ZZZS;
- odhodke za službo ZZZS, ki so povezani z zagotovitvijo izvajanja dejavnosti ZZZS in so prikazani v okviru postavk tekoči odhodki in investicijski odhodki;
- obresti od zadolževanja, ki so po ekonomski klasifikaciji v tabeli 41 vključene v postavki plačila domačih obresti.

Celotne izdatke glede na namen delimo tudi v Sloveniji, tako kot v vseh ostalih državah OECD, in sicer na (Poročilo SHA, OECD, 2000):

- storitve kurativnega zdravljenja,
- storitve rehabilitacije,

- storitve dolgotrajne oskrbe,
- pomožne zdravstvene storitve,
- zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke,
- preventivo in javne zdravstvene storitve,
- upravljanje v zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- investicije in
- storitve dolgotrajne oskrbe.

Slika 7: Razrez odhodkov ZZS za zdravstvene storitve v letu 2016 (v %)



Vir: Poraba zdravil z vidika racionalnega predpisovanja, ZZS – Oddelek za zdravila, J. Furst, 2017.

Poleg izdatkov za zdravstvene storitve imajo, kot kaže slika 7, pomemben delež tudi izdatki za zdravila. Kar se tiče kritja cene razvrščenega zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene, jo krije ZZS v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, in sicer (Zdravila in živila za posebne zdravstvene namene, 2016):

- »v 100-% deležu (za zdravila, razvrščena na P100-listo, ki se uporabljajo za zdravljenje oseb, bolezni in stanj, ki so podrobneje navedene v 23. členu ZZVZZ; za zdravila, razvrščena na pozitivno (P100- ali P70-listo) in vmesno listo (V), za otroke, učence, dijake, vajence in študente ter otroke z motnjami v duševnem razvoju ter živila s prilagojeno sestavo hranil za zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove, razvrščena na P100-listo);
- v 70-% deležu (za zdravila, razvrščena na P70-listo);
- v 10-% deležu (za zdravila in živila za posebne zdravstvene namene, razvrščena na V-listo);
- razliko do polne cene za razvrščena zdravila, ki jih OZZ krije v 70-% oz. 10-% deležu, krije dopolnilno zdravstveno zavarovanje oz. zavarovana oseba, če nima sklenjenega

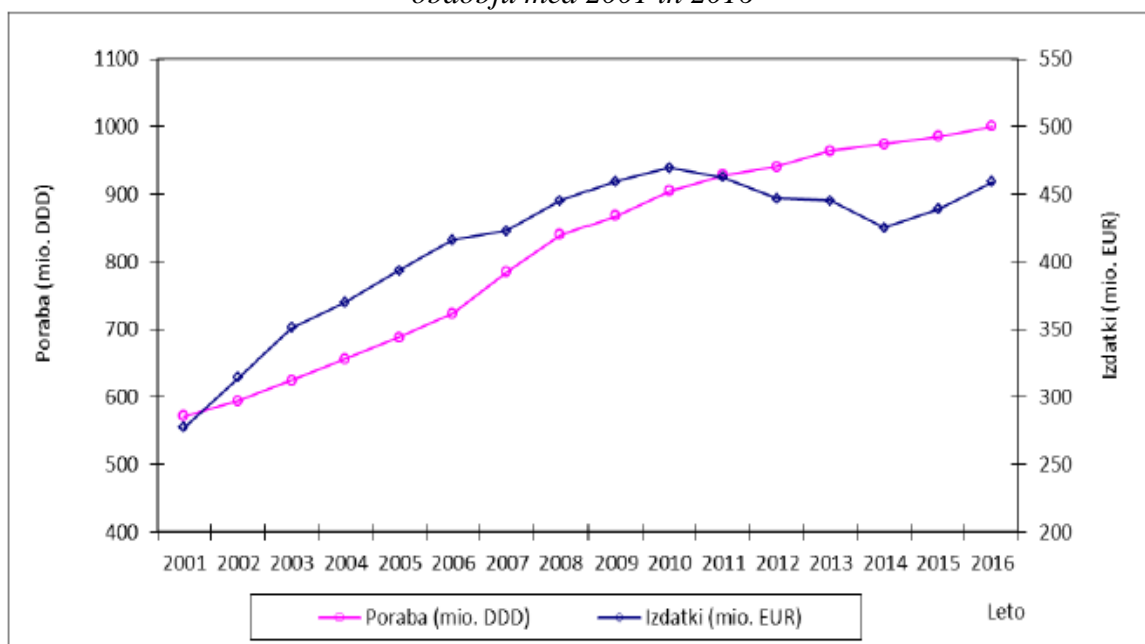
dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja;

- zdravila in živila za posebne zdravstvene namene, ki imajo določeno najvišjo priznano vrednost, krijeta OZZ in dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ne glede na druga določila zakona, le do najvišje priznane vrednosti. Za razliko od najvišje priznane vrednosti do polne cene zdravila je zavarovana oseba samoplačnik«.

Nerazvrčenih zdravil, to so zdravila, ki niso na nobeni listi, zdravstveno zavarovanje ne krije, ampak so v celoti samoplačniška. Nerazvrščena zdravila se predpisujejo na samoplačniški recept, z drugim imenom tudi »beli recept« (Zdravila in živila za posebne zdravstvene namene, 2016).

OZZ je v letu 2014 v Sloveniji prispevalo skoraj 48 % vseh izdatkov za zdravila, delež zasebnih zavarovalnic je znašal 27 % (OECD, 2015). Slovenija je v tej kategoriji na tretjem mestu, in sicer takoj za ZDA in Kanado, kjer je izdatek znašal 36 % in 30 % – znotraj OECD26 (OECD, 2015). Samoplačniški delež je v Sloveniji isto leto znašal 37 %, ostalih 5 % pa predstavljajo drugi viri (OECD, 2015).

Slika 8: Poraba zdravil na recept in skupni izdatki zanje v Republiki Sloveniji v obdobju med 2001 in 2016



Vir: Povzeto in prirejeno po podatkih OECD in javno dostopnih podatkih JAZMP (2017).

Na sliki 8 je prikazano gibanje porabe zdravil na recept in skupni izdatki zanje v obdobju med letoma 2001 in 2016. Razvidno je, da poraba narašča iz leta v leto in je leta 2016 že dosegla 1000 milijonov definiranega dnevnega odmerka (angl. defined daily dose oziroma krajše DDD). Definirani dnevni odmerek je domnevni povprečni vzdrževalni odmerek zdravila na dan za njegovo glavno indikacijo pri odraslih.

DDD določa Center za statistično obdelavo zdravil (angl. WHO Collaborating Centre for

Drug Statistics Methodology) v Oslu za zdravila, ki jim je bila oznaka ATC že dodeljena.

Če pa se osredotočimo na izdatke glede porabe zdravil na recept, vidimo, da je krivulja do leta 2010 neprestano rasla, nato je sledil padec do leta 2014, potem pa se ponovno dviga do 2016. Celotni izdatki za zdravila na recept so v letu 2016 znašali 459 milijonov EUR, v primerjavi z letom 2010 pa so se zmanjšali za dva odstotka. Naj dodamo, da ZZZS podrobno spremlja le izdatke za zelene recepte, torej za zdravila, izdana v lekarnah in s seznama bolnišničnih zdravil (lista B), ne pa tudi zdravil, uporabljenih znotraj bolnišničnih obravnav (Petavs, 2017).

Tabela 3: Vsi OZZ izdatki za zdravila in živila v €

Način financiranja	2014	2015	2016	Indeks 16/15
Zdravila in živila na recept	278.343.609	280.879.223	292.452.341	104,1
Zdravila s seznama B	59.257.577	60.348.382	63.179.274	104,7
Zdravila s seznama A	5.672.197	13.213.379	17.593.071	133,1
Zdravila v centrih za odvisnost	2.397.778	2.612.378	2.405.421	92,1
Izjemna povračila za zdravila in živila	2.399.760	2.379.500	2.788.426	117,2
Krvni pripravki (pogodba z ZTM)	10.138.252	9.254.828	9.693.775	104,7
Cepiva (pogodba z NIJZ)	4.485.356	4.331.368	5.754.000	132,8
Skupaj izdatki	362.693.529	373.019.058	393.866.307	105,6
Povračila farmacevtskih družb	71.754	6.498.090	5.257.022	80,9
Izdatki OZZ	362.621.775	366.520.968	388.609.285	106

Vir: Povzeto in prirejeno po podatkih iz javno dostopnih poročil, Zdravila v obveznem zdravstvenem zavarovanju iz let 2014–2016.

Tabela 3 prikazuje vse OZZ izdatke za zdravila in živila. Iz podatkov, prikazanih v tabeli 3, in upoštevajoč krivuljo, prikazano na sliki 8, lahko sklepamo, da je bil rezultat kumulativnega učinka na izdatke za zdravila na recept znižanje cen zdravil za 31 odstotkov. To pomeni, da so upadle cene zdravil, ki so bila predpisovana v celotnem analiziranem obdobju. Ta prihranek pri zdravilih pa je omogočil strukturne premike v predpisovanju v korist nekoliko dražjih zdravil. Če upoštevamo spremembe v sestavi predpisovanja – nekoliko se je povečala poraba zdravil, ki so v povprečju dražja, so se izdatki za zdravila tako zmanjšali le za 21 odstotkov (Petavs, 2017), saj se financira glede na posamezni primer. Gre za financiranje po sistemu skupin primerljivih primerov.

Delež prebivalstva, ki je prejelo vsaj en recept za zdravilo, je v letu 2016 znašal 73,5 %. Med letoma 2001 in 2016 se je število prejemnikov zvišalo za 6,6 %, izdatki za zdravila na prejemnika pa kar za 61,5 %. Podatki nakazujejo rast prejemnikov zdravil na recept. Zaradi

vseh zgoraj naštetih sprememb in razlogov smo se odločili narediti še podrobnejšo analizo zdravstvenih izdatkov v Sloveniji in izbranih državah EU, ki jo bomo predstavili v naslednjih poglavjih.

2 Primerjalna analiza zdravstvenih izdatkov v Sloveniji in izbranih državah Evropske unije

2.1 Izbrani kazalniki za primerjalno analizo zdravstvenih izdatkov

Za primerjalno analizo zdravstvenih izdatkov v Sloveniji in izbranih državah EU je smiselno opazovati širši nabor kazalnikov. Kot že napisano v prvem poglavju, izdatki za zdravstvo zajemajo vse izdatke za zdravstveno oskrbo, preventivo, različne promocije (DORA, SVIT in ostale), rehabilitacije, zdravstvene dejavnosti v skupnosti, zdravstveno regulacijo, upravljanje zdravstvenega sistema, diagnostiko in investicije s prevladujočim ciljem izboljšanja zdravja. Za primerjalno analizo bomo v nadaljevanju izbrali kazalnike, ki jim sledi tudi poročilo Health at Glance. Podatki, ki smo jih pridobili iz omenjenega poročila in tudi iz nekaterih drugih statističnih baz, so vedno objavljeni z dvoletnim zamikom. To je tudi razlog, da je večina podatkov iz leta 2015.

V nadaljevanju se bomo osredotočili na štiri pomembne kazalnike, in sicer na primerjavo zdravstvenih izdatkov na osebo, primerjavo zdravstvenih izdatkov glede na delež v BDP, primerjavo strukture zdravstvenih izdatkov po namenu in izdatke za zdravstvo iz žepa.

2.2 Primerjava zdravstvenih izdatkov na osebo

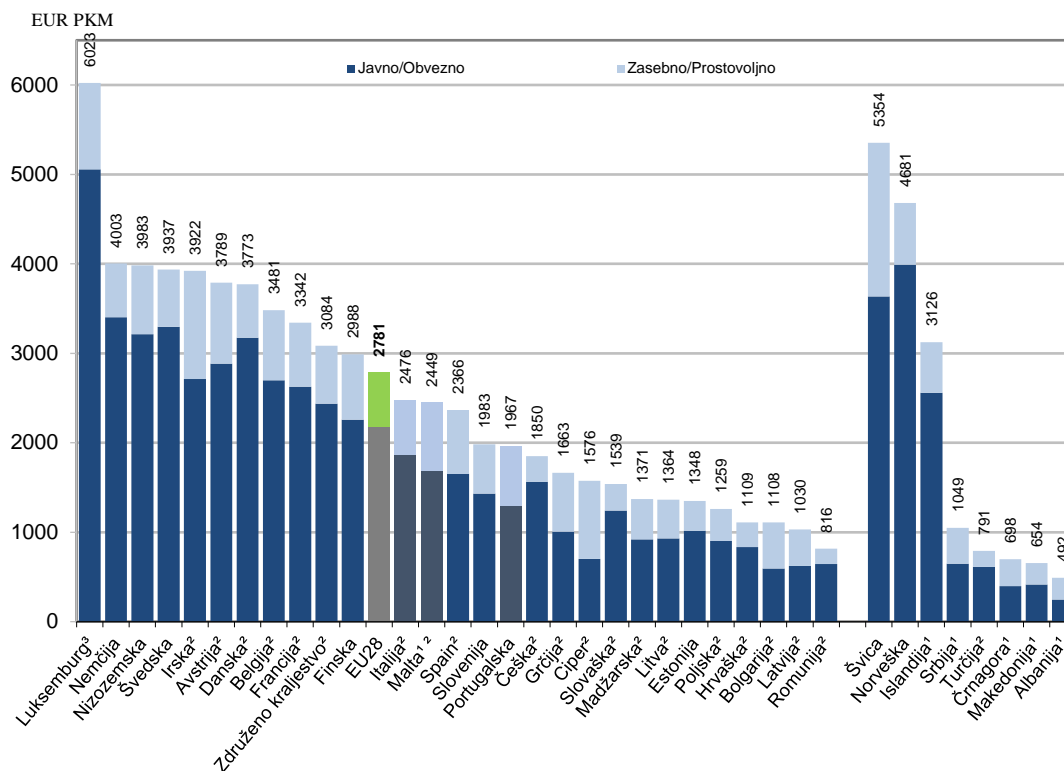
Kolikšni so posamezni državni izdatki za zdravstveno varstvo, je lahko posledica tako široke palete socialnih in gospodarskih dejavnikov kot tudi različnega financiranja in različne organizacijske strukture zdravstvenega sistema države. Istočasno pa obstaja močna povezava med splošno ravno dohodka države in obsegom izdatkov za zdravstvene dobrine.

Ker obstajajo velike razlike v ravni in rasti zdravstvenih izdatkov v Evropi, ni presenetljivo, da so države z visokim dohodkom v EU, kot so Luksemburg, Norveška in Švica, največ porabile za zdravstvo na prebivalca glede na podatke iz leta 2015 (slika 9). Z izdatki, ki presegajo 6.000 EUR na osebo – izračun je prilagojen glede na razlike v kupni moči držav, je na prvem mestu v Evropski uniji Luksemburg. Na drugem mestu sledi Nemčija s 4.003 EUR, nato Nizozemska s 3.983 EUR, Švedska s 3.937 EUR in Irska s 3.922 EUR. Na drugem koncu lestvice pa sta Romunija z 816 EUR in Latvija s 1.030 EUR, kar so najnižji izdatki na osebo med članicami EU. Če gledamo na EU kot celoto, potem je povprečna poraba na osebo za leto 2015 znašala 2.781 EUR. Slovenija je še vedno pod povprečjem EU, in sicer so leta 2015 znašali povprečni izdatki na osebo 1.983 EUR (OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; Global Health Expenditure Database, 2016).

Med evropskimi državami zunaj Evropske unije prednjačita Švica s 5.354 EUR in Norveška

s 4.681 EUR, ki spadata tudi med države z najvišjimi izdatki, medtem ko so izdatki za zdravstvo na osebo v Črni gori, v Nekdanji jugoslovanski republiki Makedoniji in Turčiji približno enakovredni Romuniji. Albanija pa je država, ki v povprečju najmanj porabi za zdravstvo.

Slika 9: Zdravstveni izdatki glede na osebo po pariteti kupne moči, 2015 (ali podatki iz najbližjega leta)



1. Vključujoč naložbe. 2. Ocena OECD. 3. Podatki za Luksemburg se nanašajo le na prebivalstvo, ki je zavarovano, kar je nekoliko nižje od celotne populacije.

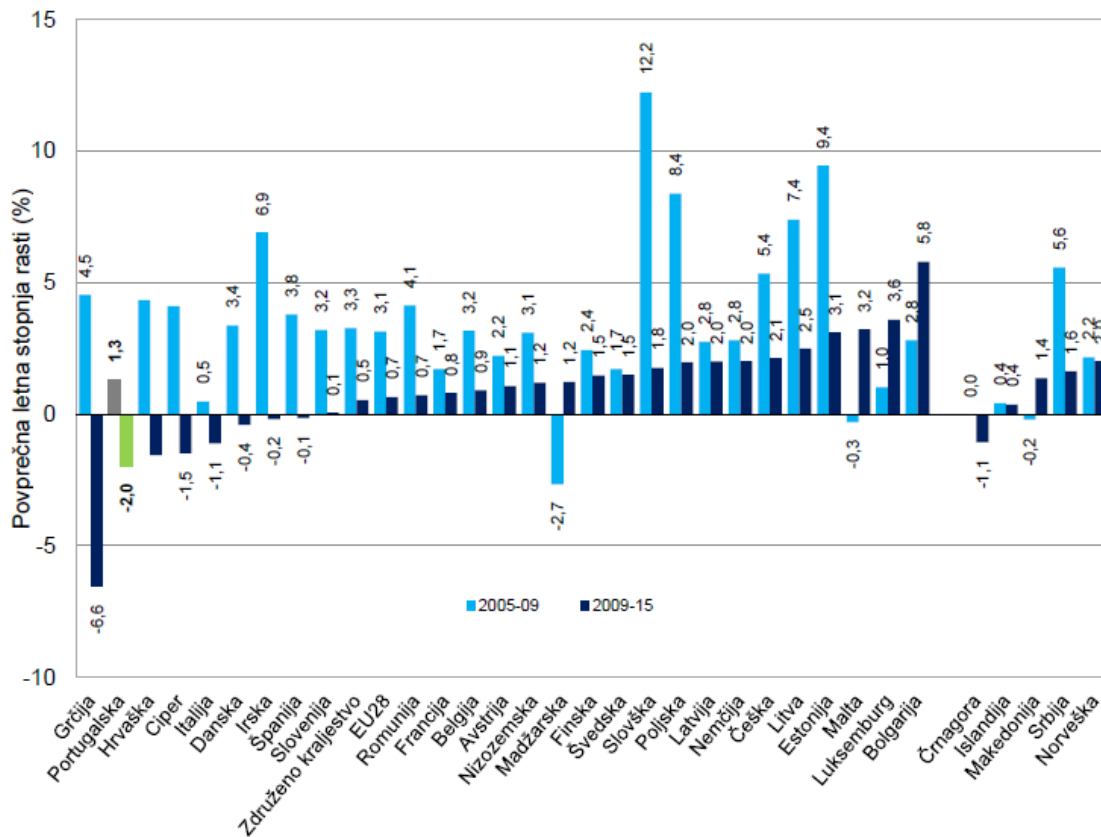
Vir: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database, (2016).

Slika 9 prikazuje tudi razčlenitev vseh izdatkov na osebo glede na javne vire (vključno z obveznim zavarovanjem) in zasebne vire prebivalca. Na splošno velja, da se nekaj več kot tri četrtine zdravstvenih izdatkov glede na osebo financira iz javnih virov. Od vseh držav članic EU samo na Cipru predstavlja zasebno financiranje zdravstvenih dobrin več kot 50 % skupnega, čeprav imata tudi Latvija in Bolgarija razmeroma visok delež zasebnega financiranja. Nasprotno pa je pri Nemčiji, Luksemburgu, Švedski in Danski, kjer zasebno financiranje predstavlja približno 15 % celotnih izdatkov države za zdravstveno varstvo (OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database, 2016).

Po koncu gospodarske krize leta 2008 so izdatki za zdravstvo glede na osebo po več letih nenehnega padanja po Evropi začeli ponovno rasti. V Evropski uniji kot celoti so se med letoma 2009 in 2015 zdravstveni izdatki na osebo realno povečali le za 0,7 % (upoštevajoč

inflacijo). Glede na primerjavo z letno stopnjo rasti, ki je bila med letoma 2005 in 2009, pa le 3,1 %.

Slika 10: Povprečna letna stopnja rasti zdravstvenih izdatkov (v %) glede na število oseb v obdobjih 2005–2009 in 2009–2015 (ali podatki iz najbližjega leta)



Vir: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database (2016).

Od leta 2009 so se le v osmih državah EU izdatki za zdravstveno varstvo glede na osebo povečali, medtem ko so se v skoraj vseh drugih državah občutno zmanjšali (slika 10). Podoben vzorec je razviden tudi v drugih evropskih državah (nečlanicah EU), čeprav je Švica imela bistveno višje izdatke za zdravstvo v letih od leta 2009 v primerjavi z obdobjem pred 2009. Grčija je imela eno največjih sprememb pri rasti izdatkov na osebo. V obdobju od 2005 do 2009 so zdravstveni izdatki na osebo v povprečju letno zrasli za 4,5 %.

Z novo davčno ureditvijo, v kontekstu preoblikovanja javnega proračuna, so se od leta 2009 letni zdravstveni izdatki na osebo v Grčiji povprečno zmanjševali za 6,6 %. Portugalska, Hrvaška, Ciper in tudi Italija so doživeli znatno negativno rast v zdravstvenih izdatkih na osebo v obdobju krize, zlasti v letih med letoma 2010 in 2013. V zadnjih nekaj letih pa imajo zdravstveni izdatki po Evropi na splošno gledano počasno, a enakomerno rast, čeprav na veliko nižji stopnji v primerjavi s predkriznim obdobjem (OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database, 2016).

Kot že omenjeno, zdravstveni izdatki so po krizi še vedno nekoliko padali. Niso pa padale vse kategorije zdravstvenih izdatkov enako. Največji padec je bil pri osebni preventivi, investicijah s prevladujočim ciljem izboljšanja zdravja ter zdravilih.

Na izdatke za zdravila vpliva več različnih dejavnikov. Najpomembnejša dejavnika sta seveda regulacija s strani plačnika in drugih regulatornih organov, ki imajo na razpolago različne ukrepe. V Sloveniji na primer na povpraševanje in ponudbo najbolj vplivajo sledeči dejavniki (Fürst, 2015):

- izdajanje dovoljenj za promet oz. registracijo zdravil;
- razvrščanje zdravil na sezname; za razvrščanje je zadolžena Komisija za razvrščanje na podlagi strokovnih mnenj in meril;
- oblikovanje cenovne politike;
- določanje najvišje priznane vrednosti za terapevtske skupine in medsebojno zamenljiva zdravila (od 11. 5. 2013);
- omejitve predpisovanja zdravil;
- racionalizacija predpisovanja ter
- izobraževanje prebivalstva.

Poleg zgoraj navedenih deležnikov in dejavnikov pa je seveda pomemben tudi vpliv farmacevtskih podjetij, ki ustvarjajo in tržijo nabor zdravil. Zdravila so lahko inovativna, a so potem navadno precej dražja kot generična. Pomemben vpliv na izdajanje zdravil imajo tudi zdravniki, ki morajo v preseku interesov plačnikov, farmacevtske dejavnosti in pacientov v čim večji meri slediti strokovnim načelom pri predpisovanju zdravil.

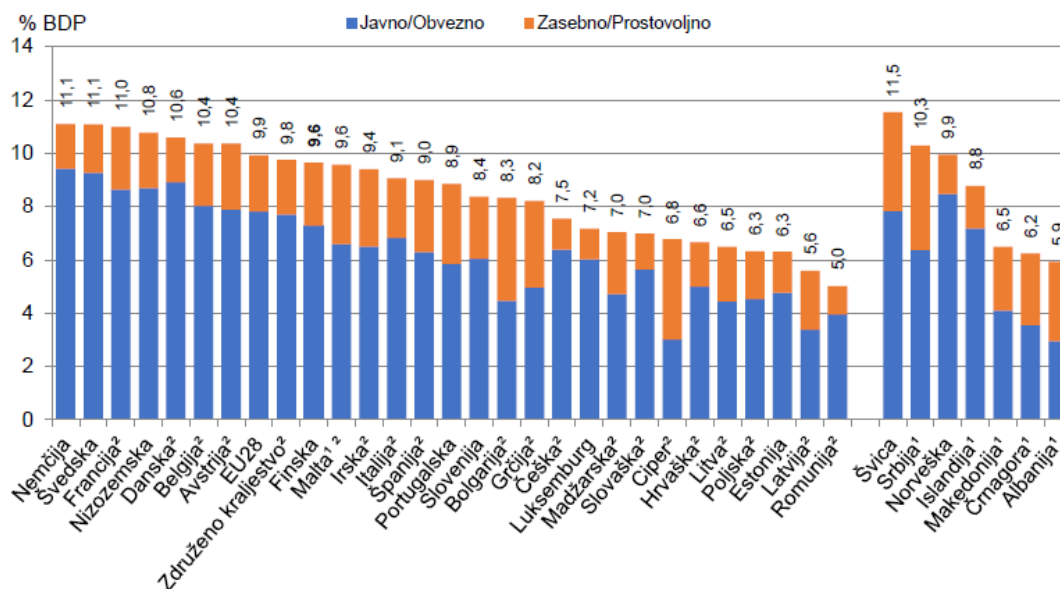
2.3 Primerjava zdravstvenih izdatkov glede na delež v BDP

Znesek, ki ga posamična država porabi za zdravstveno varstvo v EU, je v korelaciji z vsemi drugimi dobrinami in storitvami v ekonomiji. Odvisen je od splošne rasti izdatkov za zdravstvene namene, kot tudi od rasti gospodarstva kot celote.

Leta 2015 je EU skupno namenila 9,9 % BDP za zdravstveno varstvo (slika 11). Ta številka je ostala bolj ali manj nespremenjena od ravni v letih 2013 in 2014. Države članice EU, kot so na primer Nemčija, Švedska in Francija, so za zdravstvo namenile približno 11 % BDP na področju zdravstvenega varstva, sledita jim Nizozemska in Danska z 10,8 % BDP in 10,6 % BDP. Vendar pa je ta delež še vedno nižji od deleža v Združenih državah Amerike, kjer so izdatki za zdravstvo v letu 2015 znašali 16,9 % BDP, toda višji od celotnega povprečja OECD, ki je znašalo 9,0 % BDP. Med državami EU, ki so imele najnižji delež izdatkov za zdravstvo, so Romunija, Latvija, Estonija in Poljska, in sicer od 5,0 % do 6,3 % BDP. Če pa pogledamo države v Evropi, ki niso članice EU, prednjači Švica, ki je za zdravstvene izdatke namenila največ, in sicer 11,5 % BDP, na drugi strani slike držav nečlanic pa sta Albanija in Turčija s 5,2 % oziroma 5,9 % BDP. Med članicami EU sta na zadnjih dveh mestih glede na

podatke na sliki 11 Latvija, ki za zdravstvo nameni 5,6 % BDP, in Romunija, katere delež izdatkov znaša le 5,0 % BDP (OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database, 2016).

Slika 11: Izdatki za zdravstvo kot delež BDP (v %), 2015 (ali podatki iz najbližjega leta)



1. Vključujoč naložbe 2. Ocena OECD

Vir: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database (2016).

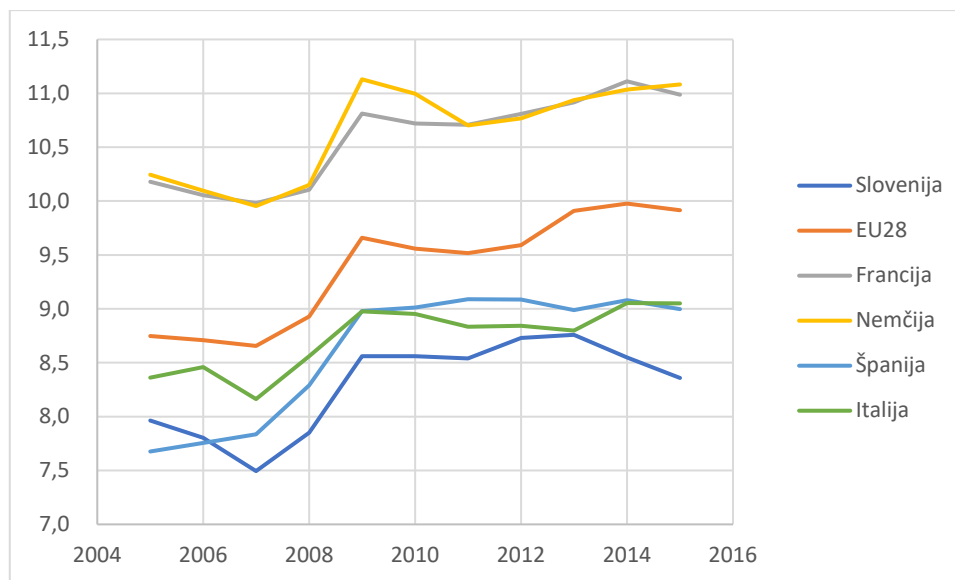
Za popolnejše razumevanje razlik pri izdatkih za zdravstvo bi moralo biti razmerje med izdatki za zdravstvo glede na BDP obravnavano skupaj z izdatki za zdravstvo na prebivalca. Medtem ko države z višjim dohodkom na osebo pogosto namenijo tudi več denarja za izdatke za zdravstveno varstvo, lahko zasledimo v nekaterih državah z visokim dohodkom relativno nizek izdatek za zdravstvo na prebivalca glede na BDP in obratno. Na primer Slovenija in Bolgarija sta leta 2015 za zdravstveno varstvo porabili skoraj 8,5 % svojega BDP; vendar pa je bila poraba na prebivalca (prilagojena na EUR PPP) v Sloveniji skoraj 80-odstotno višja kot v Bolgariji (glej sliko 9 v prejšnjem poglavju) (OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database, 2016).

Leta 2008 so se gospodarske razmere hitro poslabšale zaradi krize, izdatki za zdravstveno varstvo so bili prvotno vzdrževani ali pa so celo naprej rasli v veliko državah. Posledično so v letu 2009 izdatki za zdravstvo glede na BDP skočili na presenetljivih 9,7 % v EU – v letu 2008 so bili namreč »le« 8,9 % (OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database, 2016).

V letih 2010 in 2011 je sledila cela vrsta ukrepov s strani držav, da bi omejile odhodke blagajn javnega financiranja kot del večjega prizadevanja za zmanjšanje vse večjih proračunskih primanjkljajev (Morgan in Astolfi, 2014). Zaradi zmanjšanja javnih izdatkov

je delež zdravstvenih izdatkov v BDP prvič padel, preden se je nato začel spet počasi dvigati. Kar kaže na to, da je rast izdatkov za zdravje zelo pogojena z gospodarsko rastjo v številnih evropskih državah.

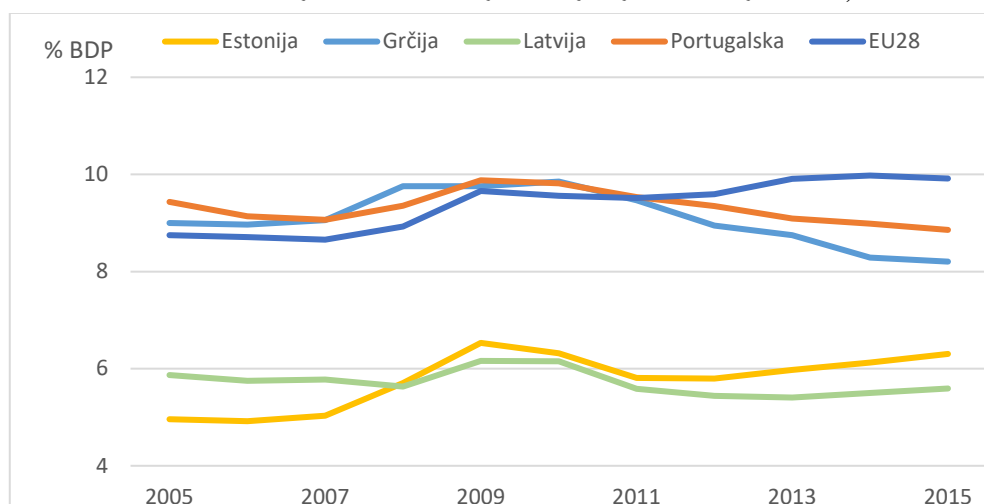
Slika 12: Zdravstveni izdatki kot delež BDP (v %) za Slovenijo in za izbrane države EU 2005–2015



Vir: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database (2016).

Kot je prikazano na slikah 12 in 13, so spremembe razmerja med zdravstvenimi izdatki in višino BDP rezultat skupnega učinka rasti BDP in rasti izdatkov za zdravstvo. Tudi če upoštevamo gospodarsko krizo, je letno povprečje izdatkov za zdravstvo na osebo (v realnem obsegu) v Evropski uniji med letoma 2005 in 2015 večje od stopnje rasti BDP na osebo. Zato se je delež BDP, namenjen zdravstvenemu varstvu, z izjemo Hrvaške, Grčije, Madžarske, Latvije, Luksemburga, Romunije in Portugalske, v EU povečal.

Slika 13: Zdravstveni izdatki kot delež BDP za izbrane države EU, 2005–2015



Vir: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database (2016).

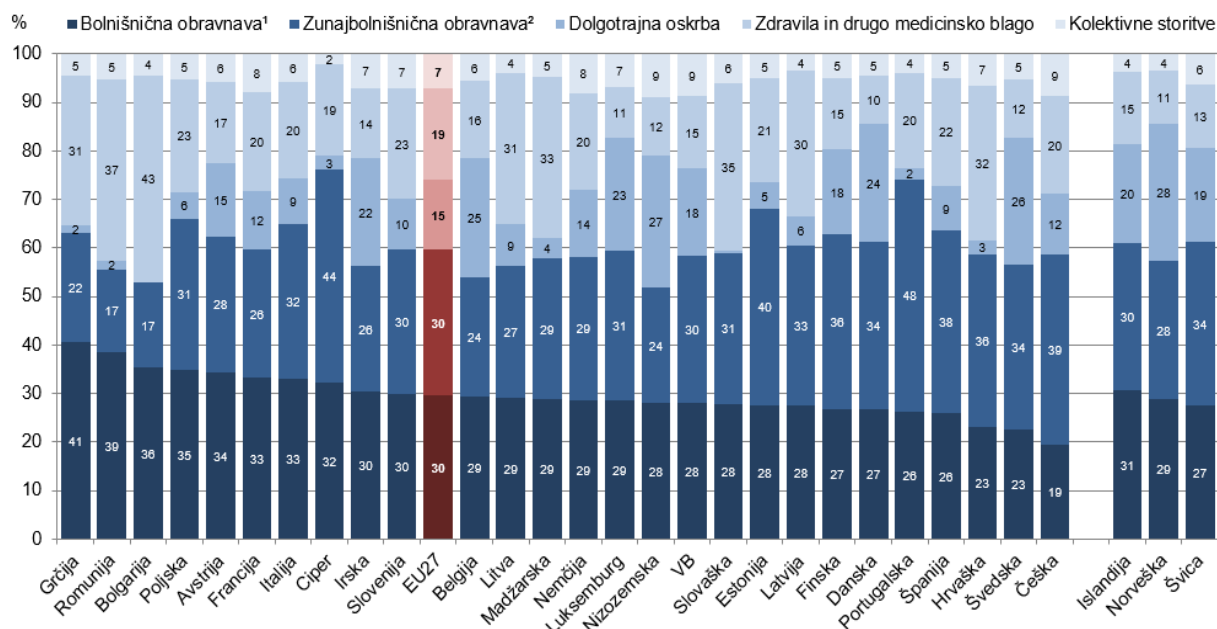
Zanimivi so podatki za posamezne države. Na primer tako Francija kot Nemčija sta

stabilizirali razmerje med izdatki za zdravje in BDP po letu 2009, in sicer takrat je rast izdatkov za zdravstvo na osebo postala bolj tesno usklajena z gospodarsko rastjo (slika 12). Za druge evropske države – Grčija in Latvija vidimo, da so izdatki za zdravstveno varstvo bolj padali, kot je bil padec porabe BDP, kar ima za posledico hitro zniževanje deleža zdravstva v BDP. To je bilo po znatnem povečanju pred letom 2009, ko so izdatki za zdravstvo precej presegli gospodarsko rast (sliki 12 in 13). Kot je razvidno s slike 13, so se izdatki za zdravstvo v Estoniji krepko zmanjšali glede na BDP v letih 2010 in 2011. Z letom 2012 pa se je trend obrnil in so izdatki za zdravstvo do leta 2015 že prišli na raven pred padcem.

2.4 Primerjava strukture zdravstvenih izdatkov po namenih

Izdatki za bolnišnično in ambulantno oskrbo predstavljajo večji del izdatkov za zdravstvo držav članic EU – skupaj so leta 2014 predstavljali skoraj dve tretjini vseh zdravstvenih odhodkov v Evropski uniji (slika 14) (OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database, 2016). Ostalih 19 % skupnih izdatkov za zdravstvo v EU je bilo dodeljenih medicinskim izdelkom (večino denarja je šlo za farmacevtske izdelke), medtem ko je bilo 15 % denarja porabljenih za dolgotrajno oskrbo. Preostalih 7 % je šlo za kolektivne storitve, kot so javno zdravstvo, preventivni programi in storitve, nekaj denarja pa se je porabilo tudi za administracijo oz. administrativne stroške (Health at a glance 2016, str. 120).

Slika 14: Struktura tekočih izdatkov za zdravstvo (v %) po namenu, 2014



Opomba: Države so razvrščene po deležu bolnišnične oskrbe v tekočih zdravstvenih izdatkih.

1 Zajema storitve kurativnega zdravljenja in rehabilitacije v okviru bolnišničnih obravnava in v okviru dnevnih bolnišnic.

2 Zajema zdravljenje na domu in pomožne zdravstvene storitve.

Vir: OECD (2016).

Po podatkih Health at a glance iz 2016 v Evropi najbolj izstopa Grčija, ki ima največji delež

izdatkov za bolnišnično oskrbo (vključno z dnevno obravnavo v bolnišnicah): skupno so ti izdatki predstavljali kar 41 % celotnih tekočih zdravstvenih izdatkov za leto 2014 (za primerjavo: v letu 2009 je bil ta delež le 36 %), kar je vidno tudi na sliki 14. Delež je zrastel kot posledica zmanjšanja izdatkov za ambulantno oskrbo in izdatkov za zdravila. Tudi v Romuniji, Bolgariji, na Poljskem, v Avstriji, Franciji in Italiji bolnišnični izdatki predstavljajo največji delež, ki skupno zajema več kot tretjino vseh izdatkov. Na drugi strani pa najdemo Portugalsko, Ciper in Estonijo, države z velikim deležem ambulantnih izdatkov, ki predstavljajo več kot 40 % izdatkov za zdravstvo (slika 14).

Druga večja kategorija izdatkov za zdravstvo je medicinsko blago, kamor uvrščamo tudi medicinske pripomočke in zdravila. Zaradi smiselnosti primerjalne analize se bomo v nadaljevanju osredotočili bolj na zdravila. Razlike v vzorcih porabe zdravil in relativnih cen sta glavna dejavnika, ki pojasnjujeta razlike med izdatki med različnimi državami. V Bolgariji in Romuniji predstavljajo ravno medicinski izdelki največji delež vseh izdatkov za zdravstvo. Deleža sta kar 43 % in 37 % vseh izdatkov za zdravstvo. Ostale države v EU, ki še imajo omenjeni delež večji od 30 %, so Slovaška, Madžarska, Hrvaška, Litva, Grčija in Latvija. Povsem obratno pa je na Danskem in Norveškem, kjer so izdatki za medicinsko blago predstavljali le 10–11 % vseh zdravstvenih izdatkov (OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database, 2016).

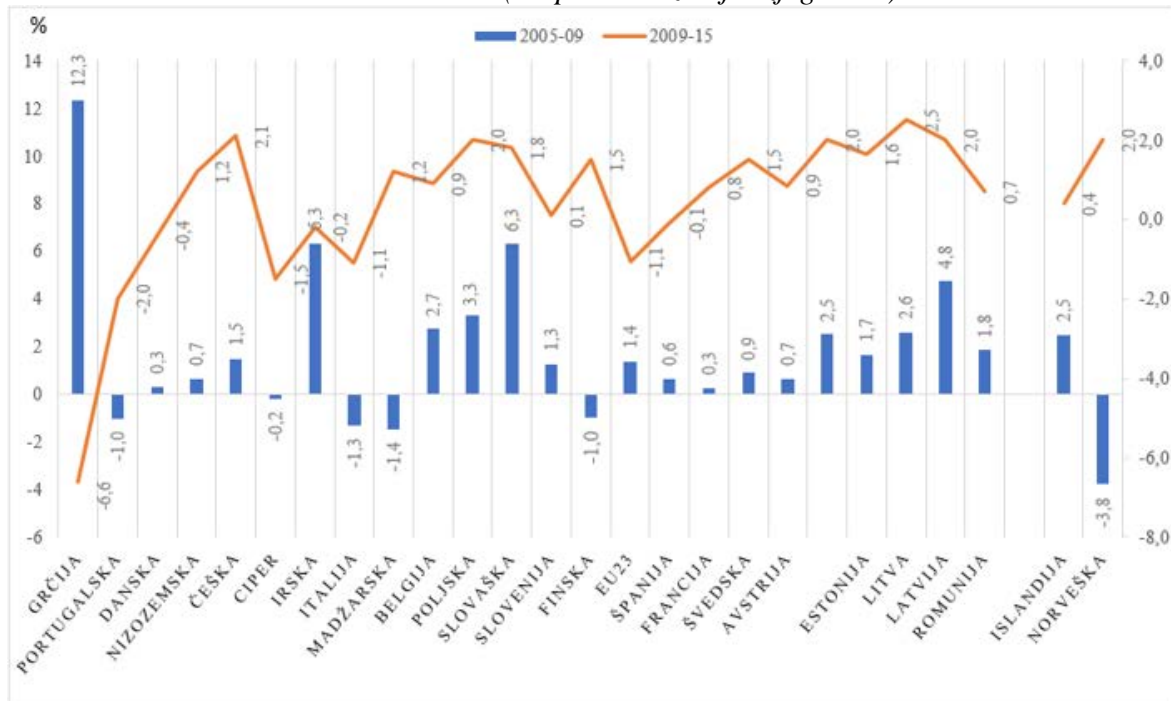
Če pogledamo sliko 15, lahko vidimo, da je imela Grčija pred krizo poprečno letno rast izdatkov izredno visoko, po krizi, v obdobju med 2009 in 2015, pa je rast negativna, in sicer –6,6 %, kar je tudi najslabši rezultat izmed vseh držav, prikazanih na sliki 15. Če pogledamo EU povprečje spodnjih triindvajsetih držav, lahko vidimo, da je Slovenija nekje v povprečju, kar se tiče obdobja po krizi. Največjo rast po krizi beleži Švica, in sicer 2,5 %. V obdobju pred krizo pa sta poleg že omenjene Grčije imeli največjo rast Irska in Nemčija, kar tudi ni presenetljivo, saj sta obe državi takrat beležili tudi najvišjo gospodarsko moč.

Med državami obstajajo tudi razlike med izdatki za dolgotrajno oskrbo. Države, kot so Norveška, Nizozemska in Švedska, so ustanovile formalne ureditve za starejše in vzdrževane osebe. Tem programom namenjajo nekaj več kot četrtino vseh zdravstvenih izdatkov za dolgotrajno oskrbo. V mnogih južnih in osrednjih evropskih državah z neformalno dolgoročno oskrbo izdatki za formalne storitve dolgotrajne oskrbe predstavljajo manjši delež skupnih izdatkov.

Medtem ko dolgoročni izdatki za ambulantno in bolnišnično nego še naprej rastejo, se je stopnja bistveno zmanjševala od leta 2009 naprej. Rast izdatkov za ambulantno nego se je zmanjšala za dve tretjini (s 3,8 % na 1,2 %), vendar je še vedno v večini držav EU ostala pozitivna. Nekaterne vlade so se odločile za zaščito izdatkov na primarni ravni oskrbe. Povprečna letna stopnja rasti izdatkov bolnišnične oskrbe se je znižala na četrtino prejšnje stopnje rasti (postala je nižja od 3,3 %), v letih 2009 in 2014 pa je bila negativna za približno tretjino vseh držav EU. Zmanjšanje plač v javnih bolnišnicah, veliko število zamenjav osebja in zamude med naložbami v bolnišnično infrastrukturo so zelo pogosti ukrepi, ki so bili

sprejeti v državah EU za uravnoteženje zdravja proračunov (Health at a glance, 2016, str. 120).

Slika 15: Povprečna letna rast izdatkov za zdravila¹ (v %) na prebivalca v obdobjih 2005–09 in 2009–15 (ali podatki iz najbližjega leta)



1. Vključujoč netrajne medicinske pripomočke.

Vir: OECD Health Statistics 2016 (2016).

Na sliki 16 je predstavljena struktura izdatkov za zdravila glede na osebo. Iz podatkov lahko vidimo, da se države med seboj zelo razlikujejo po omenjeni strukturi. Nekaj držav nima omenjenega podatka, zato so izdatki predstavljeni samo pod kategorijo »skupno« (Irška, Grčija, Bolgarija, Italija, Madžarska, Nizozemska, Združeno kraljestvo, Portugalska in Norveška). Pri ostalih, za katere imamo podatke, lahko vidimo, da ima na primer Nemčija izredno visok strošek pri izdaji na recept.

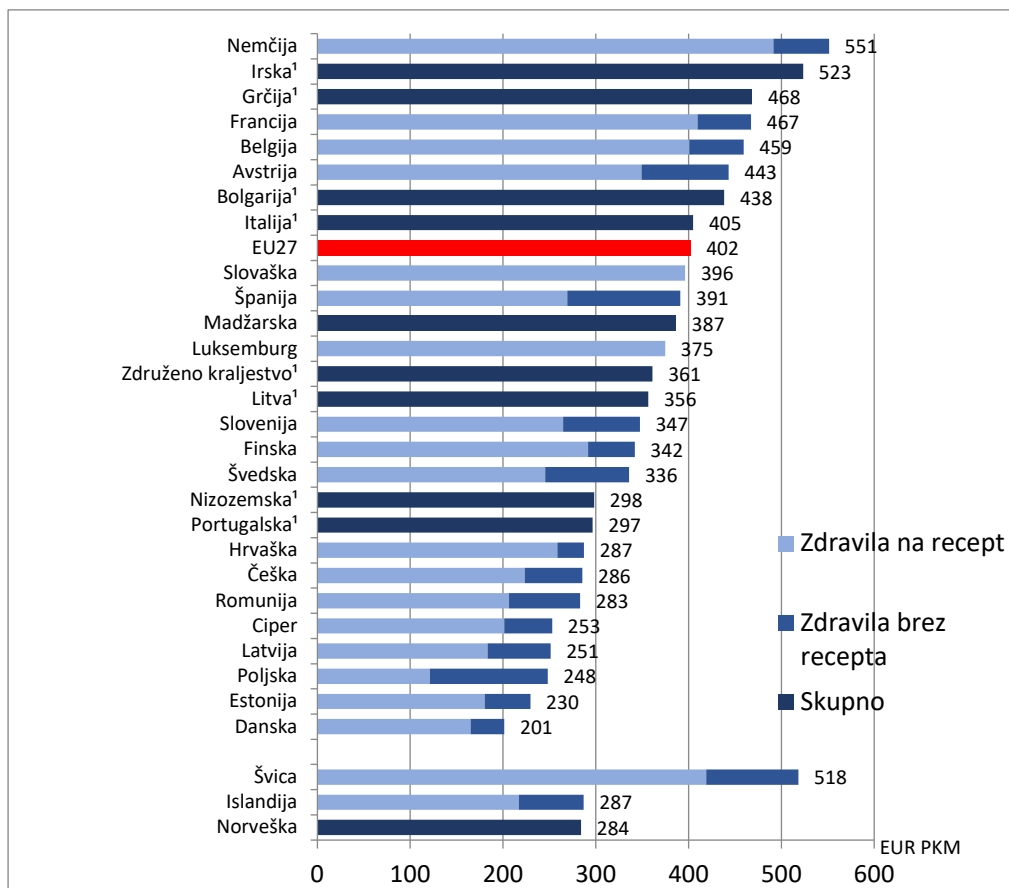
Pri Poljski pa je zanimivo, da predstavljajo zdravila brez recepta skoraj polovico izdaje vseh zdravil. Poleg Poljske imajo visok delež za izdatke na zdravila brez recepta še Španija, Švica, Švedska in Avstrija. Gre za države, ki so med bolj razvitimi v EU.

Med državami, ki imajo omenjeni izdatek najnižji, pa najdemo Slovaško, Hrvaško, Francijo, Estonijo in Dansko. Razlogi so lahko različni, od različne regulatorne ureditve, manjšega oziroma slabšega marketinga in ozaveščanja ljudi glede uporabe zdravil brez recepta do posameznih zdravstvenih ustanov.

Za Slovenijo, ki je glede na izdatke za zdravila pod evropskim povprečjem, je značilno, da se še vedno večina izdatkov izda za zdravila na recept, čeprav se trend zdravil brez recepta počasi večja.

V naslednjem poglavju sledi še podrobnejša raziskava izdatkov iz žepa, ki jih namenimo za zdravstvo.

Slika 16: Struktura izdatkov za zdravila glede na osebo in zdravstveni izdatki na osebo v EUR po pariteti kupne moči, 2014 (ali podatki iz najbližjega leta)



1. Vključujoč netrajne medicinske pripomočke

Vir: OECD Health Statistics 2016.

1.5 Izdatki za zdravstvo iz žepa

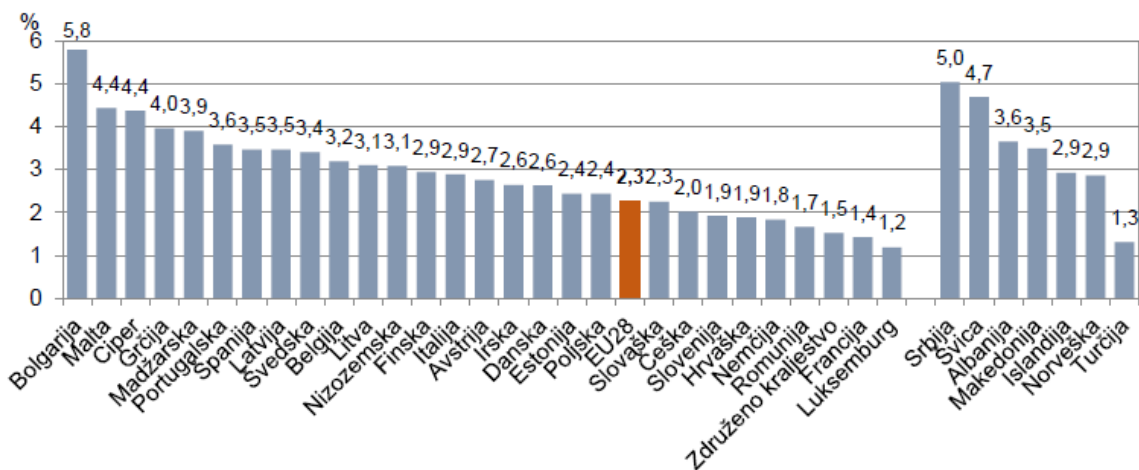
Finančna zaščita z javnim ali zasebnim zdravstvenim zavarovanjem znatno zmanjša znesek, ki bi ga ljudje plačali neposredno za zdravstveno oskrbo. V nekaterih državah pa financiranje iz žepa (angl. out of pocket) še vedno lahko predstavlja določeno oviro v dostopnosti do zdravstvenih storitev. Za gospodinjstva, ki se soočajo s težavami plačevanja računov za zdravstvene dobrine, lahko to pomeni odložitev ali celo odrekanje zdravstveni negi. Kot smo omenili že v poglavju 2.2, se v Evropski uniji približno 15 % zdravstvenih izdatkov plača neposredno s strani bolnikov. Kaj omenjeni delež pomeni v praksi za bolnika, pa je seveda odvisno od države do države (Health at a glance 2016, stran 156).

V nasprotju z javno financirano zdravstveno oskrbo so plačila iz žepa odvisna le od sposobnosti individualnega plačila vsakega posameznika. Če celotno financiranje

zdravstvenega varstva postane bolj odvisno od plačila iz žepa, se breme teoretično premakne k tistim, ki zdravstvene storitve bolj redno uporabljajo. Največkrat gre za ljudi z najnižjimi dohodki, kjer so tudi zdravstvene potrebe višje (problem alkoholizma, manjša preventiva, manjša izobraženost glede zdravega življenja itd.).

Nekatere države so ravno zaradi opisane problematike že uvedle zakone, ki ščitijo populacijsko kategorijo, ki je najbolj ranljiva za prekomerna izplačila za zdravstvo. Gre za delne ali popolne zdravstvene upravičence do socialne pomoči – starejše osebe, osebe s kroničnimi boleznimi ali invalidnostjo z neposrednim omejevanjem plačila, bodisi v absolutnem smislu bodisi kot delež dohodka (Paris in drugi, 2016).

Slika 17: Plačila iz žepa za zdravstvene izdatke kot delež končne potrošnje gospodinjstev, 2014 (ali podatki iz najbližjega leta)



Opomba: Omenjeni kazalnik se nanaša na zdravstvene izdatke brez dolgotrajne oskrbe.

Vir: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database (2016).

Obremenitev posameznih gospodinjstev z neposrednimi plačili zdravstvenih dobrin se lahko meri z deležem takšnih plačil v skupnem znesku dohodka posameznega gospodinjstva ali kot njihov delež v celotnih tekočih izdatkih za zdravstvo (slika 17). Deleži plačil iz žepa gospodinjstev za zdravstvo glede na vse zdravstvene izdatke se med državami precej razlikujejo. V EU v letu 2014 med države, kjer plačila iz žepa predstavljajo manj kot 1,5 % končne potrošnje gospodinjstev, spadajo Luksemburg, Francija in Združeno kraljestvo. Evropsko povprečje je znašalo 2,3. Slovenija je v tem kriteriju pod povprečjem EU, in sicer so zdravstveni izdatki kot delež končne potrošnje gospodinjstev 1,9 % – enako velja za sosede Hrvate. Nad mejo 4 % pa so se razvrstile Bolgarija, Malta, Ciper in Grčija (slika 17), kar pomeni, da so to države, katerih prebivalci morajo sami plačati najvišji delež zdravstvenih izdatkov v primerjavi z ostalimi državami EU.

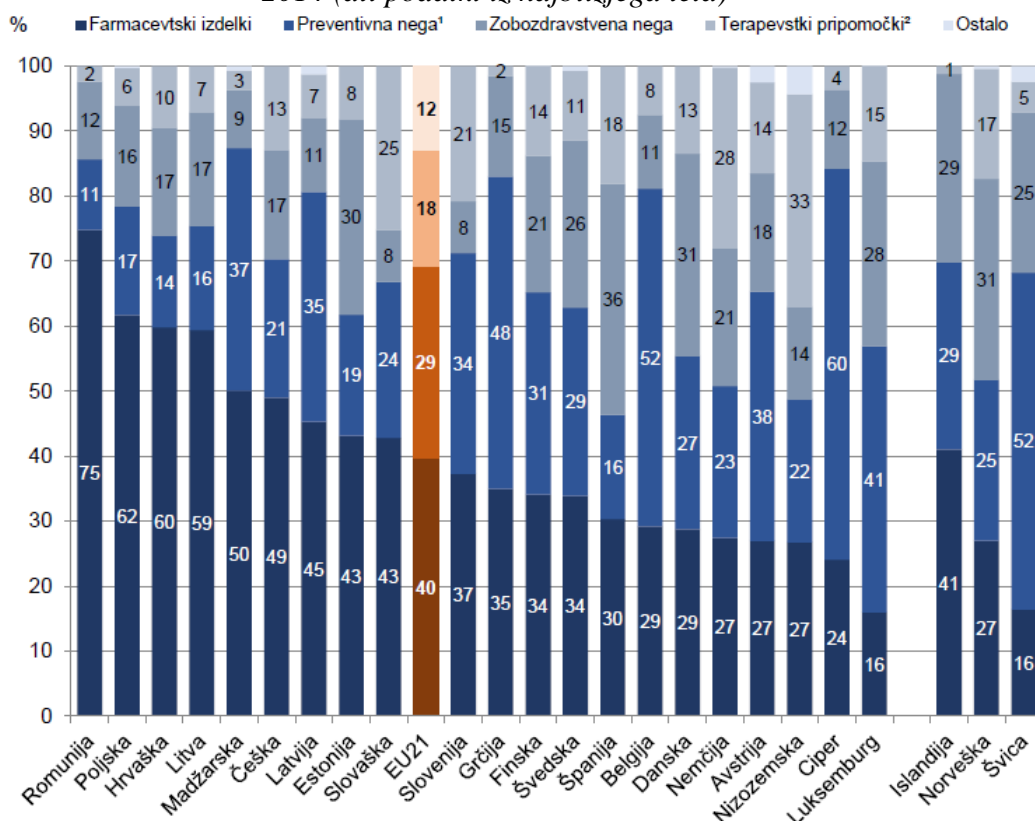
Zdravstveni sistemi v državah EU se razlikujejo tudi glede vključenosti določenih zdravstvenih storitev v sistem javnega financiranja. V večini držav je stopnja pokritosti višja pri bolnišnični oskrbi in posvetovanju z zdravnikom kot za farmacevtske izdelke, zobno

nego in oskrbo oči (Paris in drugi, 2016). Če vzamemo v obzir našete razlike in upoštevamo tudi relativni pomen različnih kategorij izdatkov, ni presenetljivo, da so significantne razlike med državami EU v razčlenitvi zdravstvenih stroškov, ki jih nosijo gospodinjstva sama.

V večini držav EU največji delež plačil iz žepa predstavljajo plačila za zdravila in zdravilne pripomočke (vključno z bolnišnično in ambulantno oskrbo), to prikazuje tudi slika 18. Plačila za zdravila in zdravilne pripomočke v EU predstavljajo skoraj 70 % vseh zdravstvenih izdatkov, ki jih plačujejo gospodinjstva, vendar se pomembnost med državami razlikuje.

V večini držav EU je večina izdatkov iz žepa namenjena za farmacevtske izdelke – zdravila (tablete, kapsule, sirupe, peroralne suspenzije ...). V državah srednjevzhodne in vzhodne Evrope, kot so Romunija, Poljska, Hrvaška, Litva in Madžarska, pa je vsaj polovica plačil iz žepa namenjena za farmacevtske izdelke. Slovenija je s 37 % s tega vidika le malo pod povprečjem, ki v EU znaša 40 % (podatek velja za leto 2014, OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database, 2016).

Slika 18: Struktura zdravstvenih izdatkov za storitve in blago iz žepa gospodinjstev (v %), 2014 (ali podatki iz najbližjega leta)



Opomba: Omenjeni kazalnik se nanaša na zdravstvene izdatke brez dolgotrajne oskrbe.

1. Vključujoč rehabilitacijske storitve.

2. Vključujoč izdelke za nego oči, slušne pripomočke, invalidske vozičke, etc.

Vir: OECD Health Statistics 2016 (2016).

V nekaterih od naštetih držav so poleg doplačil za predpisane izdelke na recept visoki tudi izdatki za zdravila brez recepta za samozdravljenje (angl. over the counter – OTC pharmaceuticals). Omenjeni parameter je že zgodovinsko gledano visok v bolj razvitih državah, kot so Nemčija, Francija, Belgija, kot izjema je zraven tudi Grčija, in ga lahko uvrščamo med demografsko posebnost (D. Panteli et al, 2016). Na Cipru, v Belgiji in Grčiji pa plačila za bolnišnico in ambulantno kurativo predstavljajo približno 50 % ali več iz skupnih izdatkov gospodinjstev za zdravstvene storitve.

Plačila za zobozdravstveno nego in zdravljenje predstavljajo tudi precejšen del zdravstvenih izdatkov iz žepa gospodinjstev. Glede na podatke ta del predstavlja skoraj eno petino vseh izdatkov za zdravstvene dobrine. V Španiji, na Danskem in v Estoniji številka doseže tudi 30 % in več. To je vsaj delno posledica pomanjkanja vključenosti zobozdravstvenih dejavnosti v javno financiranje in sofinanciranja zobnih protez v teh državah v primerjavi z drugimi kategorijami zdravstvene oskrbe.

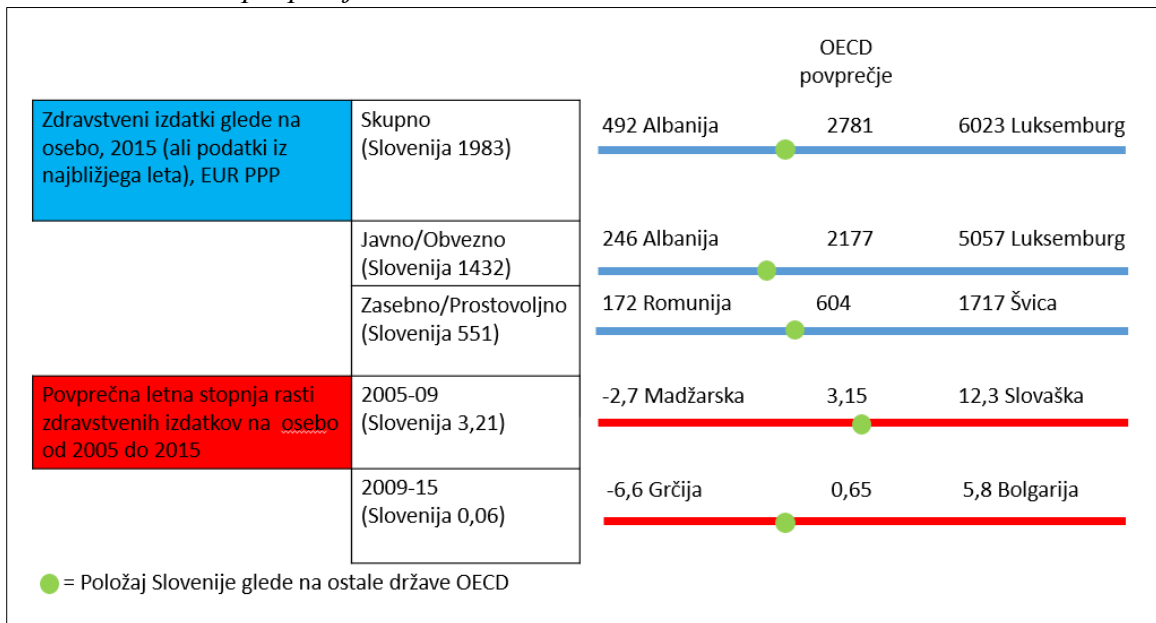
Pomembnost terapevtskih aparatov (očala, slušni pripomočki, bergle, invalidski vozički, srčni spodbujevalniki itd.) v izplačanih zdravstvenih izdatkih za storitve in blago iz žepa gospodinjstev se zelo razlikuje, približno 33 % predstavlja na Nizozemskem in v Grčiji, v Nemčiji pa 28 %. V EU je povprečni delež, ki se je zapravil za omenjeno blago, 12 % izplačanih zdravstvenih izdatkov za storitve in blago iz žepa gospodinjstev. Večino omenjenih izdatkov predstavljajo izdelki za nego oči. V mnogih državah EU je vključenost v javni sistem financiranja zelo omejena za okulistične pripomočke. Velike razlike se kažejo v primerjavi izdelkov za leče (Wittenborn and Rein, 2013). Tudi okvirji so pogosto izvzeti iz omenjene javne vključenosti. Omenjeni strošek torej pade na zasebna gospodinjstva, ki nosijo polne stroške, razen če jih pokriva dopolnilno zasebno zavarovanje (precej redko v državah EU). V Sloveniji so okvirji sofinancirani s strani dopolnilnega zavarovanja (OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database, 2016).

1.6 Primerjava izbranih kazalnikov zdravstvenih izdatkov v Sloveniji s povprečjem držav Evropske unije

Za primerjavo zdravstvenih izdatkov s povprečjem držav EU smo kot prva dva ključna kazalnika vzeli zdravstvene izdatke glede na osebo (podatki za leto 2015) in povprečno letno stopnjo rasti zdravstvenih izdatkov glede na število oseb od leta 2005 do 2015.

Povprečna oseba v Sloveniji je za zdravstvene izdatke v letu 2015 namenila 1983 EUR, kar je skoraj 800 EUR manj, kot je evropsko povprečje (slika 19). Če pogledamo omenjene izdatke bolj podrobno, vidimo, da je iz javnih/obveznih sredstev prišlo 1432 EUR, iz zasebnih/prostovoljnih pa ostalih 551 EUR. Če povzamemo, povprečna oseba v Sloveniji nameni mesečno skoraj 46 EUR iz zasebnega/prostovoljnega zavarovanja in skoraj 120 EUR iz javnega/obveznega zavarovanja. Država, ki prednjači v zdravstvenih izdatkih, je Luksemburg, najmanj pa zanje nameni Albanija.

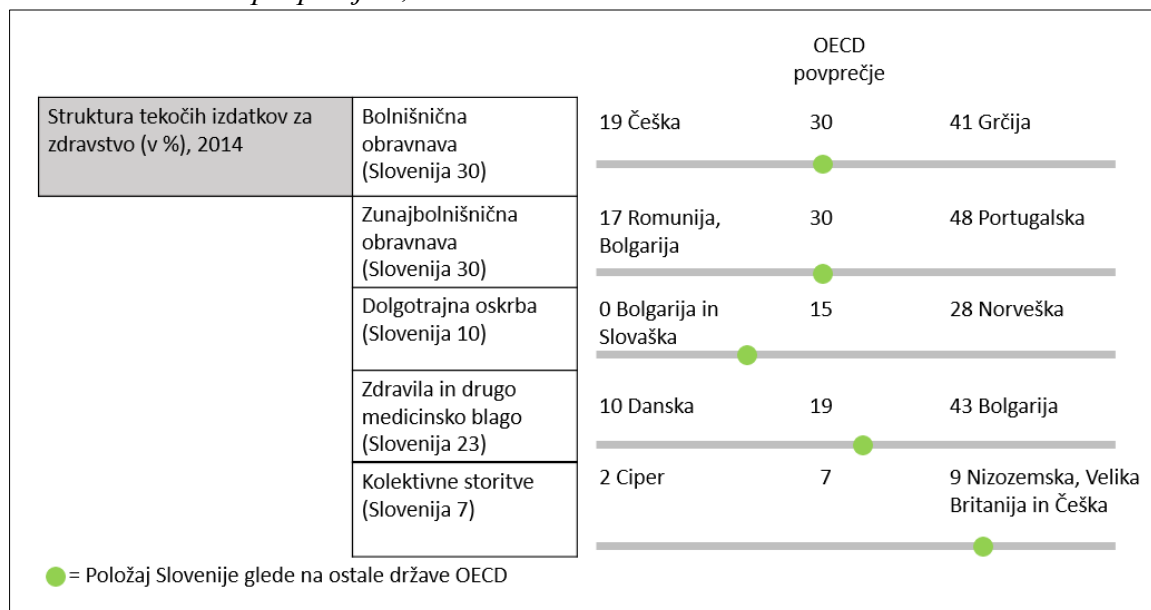
Slika 19: Primerjava zdravstvenih izdatkov glede na osebo za leto 2015 in povprečne letne stopnje rasti zdravstvenih izdatkov na osebo od leta 2005 do 2015 v Sloveniji s povprečjem, minimumom ter maksimumom držav EU.



Vir: Lastno delo.

Če pa pogledamo povprečno letno stopnjo rasti zdravstvenih izdatkov (slika 19), vidimo, da je Slovenija le malo nad povprečjem za obdobje pred krizo (od 2005 do 2009), od leta 2009 do 2015 pa je stopnja rasti pod povprečjem, saj znaša le 0,06. Za primerjavo: Bolgarija ima rast kar 5,8 % in ima najhitrejšo rast po krizi. Grčija pa si še vedno ni povsem opomogla in še vedno beleži negativni rezultat.

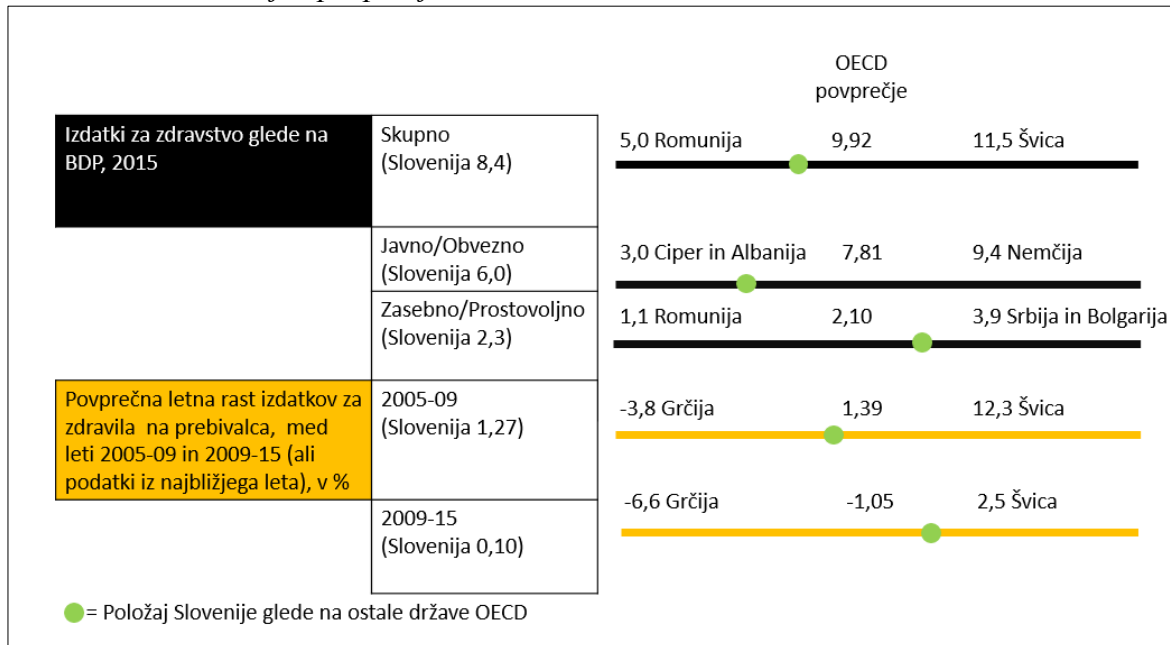
Slika 20: Primerjava strukture tekočih izdatkov za zdravstvo (v %) za leto 2014 v Sloveniji s povprečjem, minimumom ter maksimumom držav EU



Vir: Lastno delo.

Za naslednji ključni deležnik smo izbrali strukturo tekočih izdatkov za zdravstvo (v %) za leto 2014 (slika 20). Pri kar treh podkategorijah je Slovenija v povprečju EU, in sicer pri deležu bolnišnične obravnave, zunajbolnišnične obravnave in pri kolektivnih storitvah. Pri dolgotrajni oskrbi je malo pod povprečjem, pri izdatkih za zdravila in drugo medicinsko blago pa malo nad povprečjem EU.

Slika 21: Primerjava izdatkov za zdravstvo glede na BDP za leto 2015 in povprečna letna rast izdatkov za zdravila na osebo med letoma 2005 in 2009 ter med 2009 in 2015 v Sloveniji s povprečjem, minimumom ter maksimumom držav EU



Vir: Lastno delo.

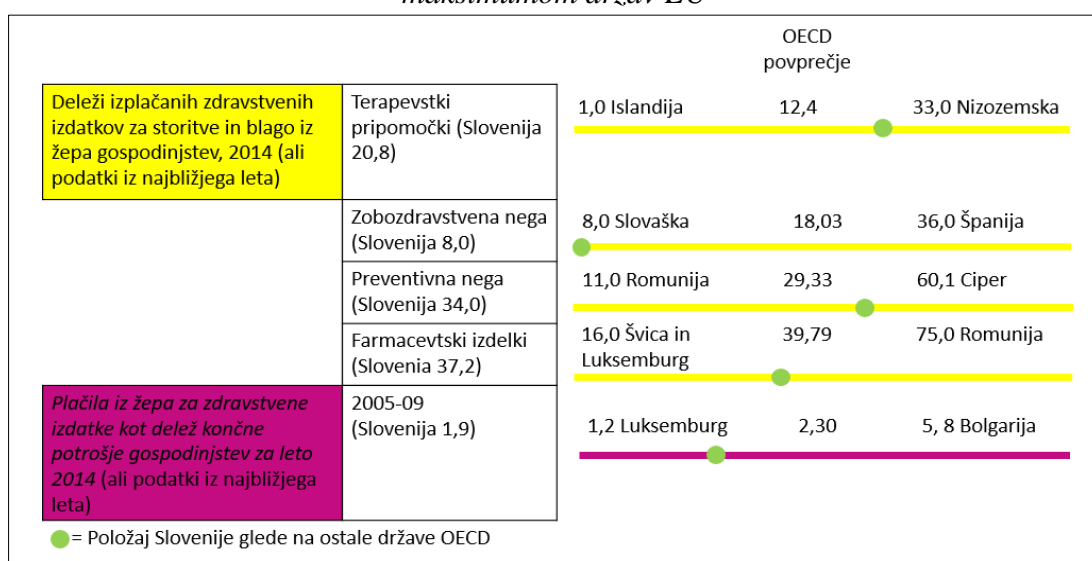
Na sliki 21 lahko vidimo, da je Slovenija po izdatkih za zdravstvo glede na BDP pod povprečjem OECD. Država, ki ima omenjene izdatke najnižje, je Romunija, najvišje pa ima na drugi strani Švica. Če pa pogledamo razliko med javnimi/obveznimi izdatki in zasebnimi/prostovoljnimi izdatki, lahko vidimo, da smo pri prvih Slovenci pod povprečjem, pri zasebnih/prostovoljnih pa nad povprečjem. Zanimiv podatek je, da je bila Slovenija v obdobju pred krizo pod povprečjem OECD pri povprečni letni rasti izdatkov za zdravila na osebo, po krizi pa smo se premaknili nad povprečje. V Sloveniji je bila v obdobju po krizi rast rahlo pozitivna, in sicer 0,10 %, medtem ko je bilo povprečje EU negativno, in sicer – 1,05 %.

Za zadnja dva kazalnika smo si izbrali deleže izplačanih zdravstvenih izdatkov za storitve in blago iz žepa gospodinjstev ter izdatke iz žepa kot delež končne potrošnje gospodinjstev (slika 22). Slovenija je pri izdatkih za terapijske pripomočke močno nad povprečjem OECD. Delež Slovenije je namreč 20,8 %, OECD povprečje pa 12,4 %. Malo manj nad povprečjem je tudi pri izdatkih za preventivno nego, saj je delež v Sloveniji 34 %, povprečje EU pa je malo manj kot 30 %. Malo pod povprečjem je tudi pri deležu izdatkov za

farmacevtske izdatke, kar pa privede do zaključka, da je delež za zobozdravstveno nego najnižji. Slovenija in Slovaška sta čisto pri dnu glede deleža izdatkov za zobozdravstveno nego.

Na sliki 22 lahko razberemo, da je slovenski delež plačil zdravstvenih izdatkov iz žepa kot delež končne potrošnje gospodinjestev za leto 2014 1,9 %, kar je nekje v spodnji četrtini držav in je glede na povprečje EU pod povprečjem. V omenjenem kazalniku ima največji delež Bolgarija, saj je njen delež 5,8 %.

Slika 22: Primerjava deležev izplačanih zdravstvenih izdatkov za storitve in blago iz žepa gospodinjestev za leto 2014 in plačil iz žepa za zdravstvene izdatke kot delež končne potrošnje gospodinjestev za leto 2014 v Sloveniji s povprečjem, minimumom ter maksimumom držav EU



Vir: Lastno delo.

Iz zgoraj predstavljenih kazalnikov pa žal še vedno ne moremo povsem gotovo reči, kam bi lahko Slovenijo uvrstili glede na ostale države EU. Zato smo se za nadaljnjo raziskavo odločili še za eno metodo, in sicer razvrščanje v skupine (angl. Cluster Analysis), s katerim bomo lažje opredelili nabor držav, s katerimi je Slovenija v največji meri primerljiva.

3 Razvrstitev držav v skupine glede na značilnosti zdravstvenih izdatkov

3.1 Metodologija in podatki

Za nadaljevanje magistrskega dela smo se odločili razvrstiti države v skupine glede na značilnost zdravstvenih izdatkov za zdravila oziroma tako imenovano metodo za razvrščanje enot v skupine (angl. Cluster Analysis). Skušali bomo razvrstiti države EU v skupine glede na strukturo financiranja in višino zdravstvenih izdatkov. Gre za metodo, ki jo uporabljamo pri razvrščanju objektov (enot ali spremenljivk) v skupine, pri čemer je ključno, da so oblikovane skupine homogene in da se hkrati medsebojno razlikujejo. Za skupine naj bi torej veljala interna kohezivnost in eksterna izolacija.

V magistrski nalogi bomo skušali v skupine razvrstiti sedemindvajset držav glede na značilnosti zdravstvenih izdatkov. V posamezno skupino bodo uvrščene tiste države, ki dosegajo primerljive kazalnike zdravstvenih izdatkov. Zanimalo nas torej ne bo le število smiselno oblikovanih skupin, ampak tudi argumentacija njihove sestave.

Pri metodi razvrščanja v skupine se bomo držali osnovnih korakov analize:

- opredelitev problema oz. predmeta analize:
 - opredelitev vrste objektov (enot ali spremenljivk),
 - opredelitev lastnosti proučevanih objektov;
- izračun mer podobnosti oziroma različnosti;
- izbira metode razvrščanja:
 - hierarhične metode,
 - nehierarhične metode;
- določitev števila skupin in razlaga rešitve. (Rovan & Turk, 1999)

Potrebno bo prikazati izbran vzorec držav in njihovih lastnosti, na podlagi katerih bomo skušali države razvrstiti v skupine. Sledila bo predstavitev izračunanih mer podobnosti oziroma različnosti ter analiza aplikacije hierarhičnih metod razvrščanja v skupine. V tem delu magistrskega dela bomo tudi določili število skupin in vsebinsko argumentirali rezultate metode hierarhičnega razvrščanja. V zadnjem delu pa bomo obravnavali ključno razliko in uporabo nehierarhičnih metod razvrščanja v skupine (Subhash, 1996).

Priprava mednarodnih primerjav s področja zdravstva je kompleksna naloga, saj zahteva dobro poznavanje zdravstvenih sistemov držav, ki so vključene v analizo, upoštevati pa je potrebno tudi demografske značilnosti prebivalstva, socialne in ekonomske značilnosti posamezne države, razvoj medicinske stroke ipd. Omejena razpoložljivost mednarodno primerljivih podatkov je toliko bolj pomembna, če upoštevamo dejstvo, da je zdravstveno varstvo sistem, ki je zelo odvisen od dobrih informacij, ki jih potrebujejo tako zdravstveni izvajalci in posamezniki kot politiki ter managerji, ki se odločajo o investicijah v zdravstvene zmogljivosti in alokaciji človeških ter finančnih virov.

Vprašanja zdravstva in zdravstvenih sistemov, porabe zdravstvenih izdatkov ter ukrepi socialne politike na tem področju so torej pogosto v središču pozornosti in javnih interesov. Razlogi za to so zelo različni. Zdravje, zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje so namreč visoko na lestvici vrednot. Pri tem pa ni ključno le dobro telesno in duševno počutje ter preprečevanje in zdravljenje bolezni, ampak tudi dejstvo, da raven kakovosti, stabilnosti in učinkovitosti sistema zdravstvenega varstva vpliva ne le na zdravstveni, ampak tudi na materialni in socialni status posameznikov (Košmelj, Breskvar Žaucer, 2006.)

Iz opredelitve problema je razvidno, da so proučevani objekti enote, torej države, ki jih želimo razvrstiti oz. združiti v skupine glede na značilnost zdravstvenih izdatkov. Poleg

držav članic EU so v analizo vključene tudi Švica, Norveška in Islandija. Skupno je v vzorec zajetih sedemindvajset držav, ki so navedene v tabeli 4.

Tabela 4: Vzorec obravnavanih držav

1	Avstrija	15	Madžarska
2	Belgija	16	Nemčija
3	Češka	17	Nizozemska
4	Ciper	18	Poljska
5	Danska	19	Portugalska
7	Finska	20	Romunija
8	Francija	21	Slovaška
9	Grčija	22	Slovenija
10	Irska	23	Španija
11	Italija	24	Švedska
12	Estonija	25	Švica
12	Latvija	26	Norveška
13	Litva	27	Islandija
14	Luksemburg		

Vir: Lastno delo.

Podobnost (ang. similarity) oziroma različnost (ang. dissimilarity) med pari enot merimo z medsebojno razdaljo med njimi, razdaljo pa seveda lahko definiramo na različne načine. Pri razvrščanju enot, ki so opredeljene z metričnimi spremenljivkami, se kot mera različnosti običajno uporablja ena izmed oblik razdalje Minkowskega (J. Rován, T. Turk, 1999):

$$d(x_i, x_{i^*}) = \left[\sum_{j=1}^p |x_{ij} - x_{i^*j}|^m \right]^{1/m} \quad (2)$$

kjer sta x_i in x_{i^*} (večrazsežni) opazovanji poljubnih enot, p pa je število spremenljivk. Z vrednostjo m se določi vpliv velikih in majhnih razdalj na vrednost mere, pri čemer velika vrednost m poudari vpliv velikih razdalj.

Najpogostejši obliki razdalje Minkowskega sta razdalja Manhattan ($m=1$) in Evklidska razdalja ($m=2$). Mera različnosti, ki jo uporabljamo v nalogi, je Evklidska razdalja (J. Rován, T. Turk, 1999):

$$d(x_i, x_{i^*}) = \sqrt{\sum_{j=1}^p (x_{ij} - x_{i^*j})^2} \quad (3)$$

V matriki podobnosti oziroma različnosti (ang. *proximity matrix*), ki je zaradi obsežnosti ne prikazujemo v magistrski nalogi, pa gre za izračunane razdalje med posameznimi pari enot. Razdalje so kvadrati evklidskih razdalj med pari enot. Iz dobljenih razdalj je do neke mere že razvidno, katere države so si med seboj podobne in med katerimi so razlike večje.

Pri izračunu mer podobnosti oz. različnosti je ključno tudi vprašanje standardizacije proučevanih podatkov. Kadar uporabljamo standardizirane podatke, imajo pri računanju razdalje med poljubnima enotama vse spremenljivke enako težo. V primeru, da podatkov ne standardiziramo, je pomen posamezne spremenljivke določen z njeno varianco. V seminarski nalogi pri analizi uporabljamo spremenljivke različnih redov velikosti, zato je smiselna uporaba standardiziranih podatkov (K. Košmelj, L. Breskvar Žaucer, 2006).

Kot že povedano, analiza za razvrščanje v skupine običajno zahteva, da upoštevamo več spremenljivk. V našem primeru smo določili pet spodaj naštetih spremenljivk:

1. Zdravstveni izdatki glede na osebo, podatki za leto 2015.
2. Delež (v %) porabe za zdravila in drugo medicinsko blago v tekočih izdatkih.
3. Povprečna letna rast izdatkov za zdravstvo (v %) na osebo od leta 2005 do 2009 (obdobje pred gospodarsko krizo).
4. Povprečna letna rast izdatkov za zdravstvo (v %) na osebo od leta 2009 do 2015 (obdobje po gospodarski krizi).
5. Delež porabe za zdravila v izdatkih OOP (v %).

Dimenzije, ki smo jih uporabili, so bile izbrane zato, ker so med seboj precej neodvisne. Na osnovi različnih dimenzij smo dobili spodnje rezultate.

3.2 Razvrstitev držav v skupine

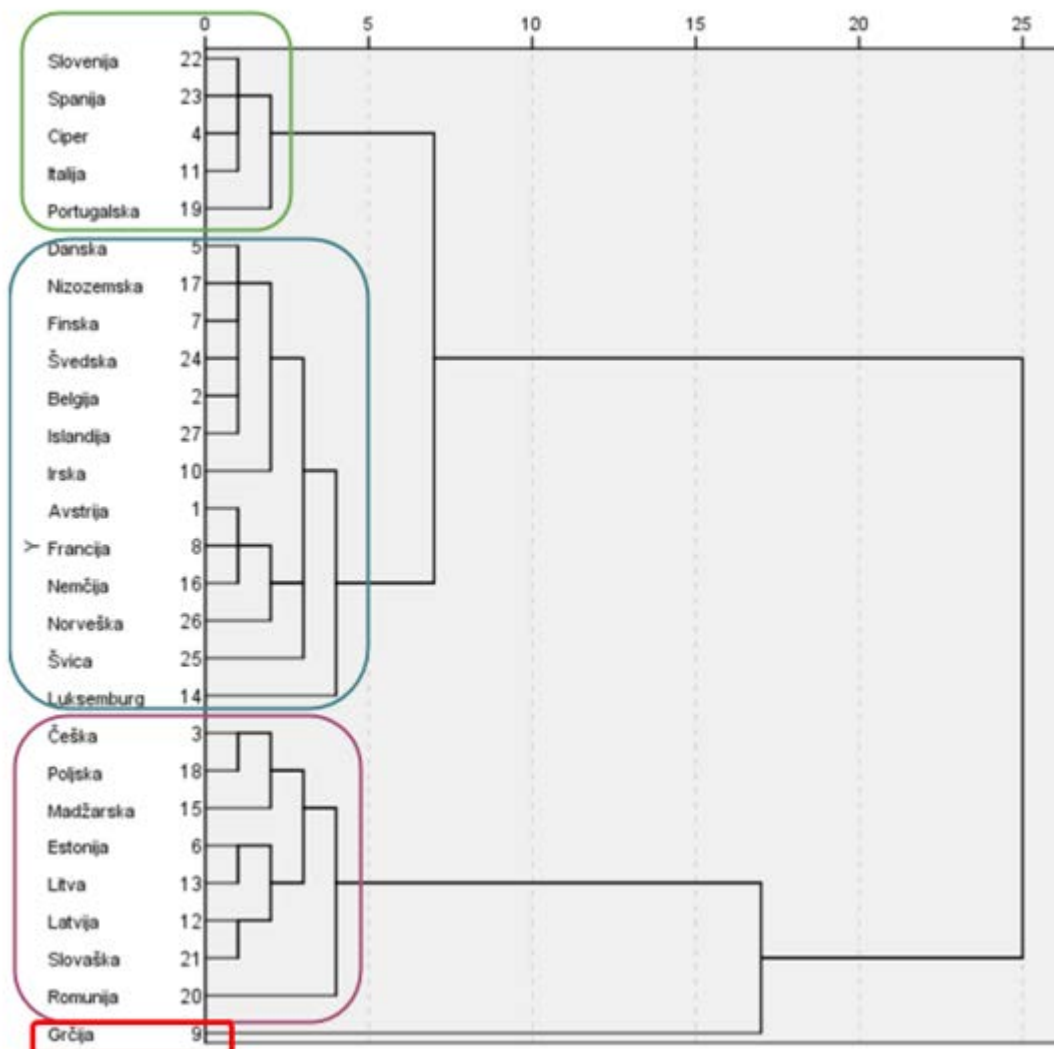
Kot lahko vidimo na sliki 23, kjer je narisana dendrogram, so se nam lepo izoblikovale tri skupine. Grčija je država, ki najbolj izstopa in je zato ne moremo uvrstiti v nobeno skupino, ampak jo določimo za osamelca in ne bo predmet analize.

Na sliki 23 smo označili tri najbolj razvidne skupine in Grčijo (v rdečem kvadratu), ki je ne uvrščamo v nobeno skupino. Če bi želeli, bi lahko omenjene tri skupine razvrstili v več manjših podgruč, za kar pa ne vidimo smisla in to ni del magistrskega dela.

Iz dendrograma in glede na vrednosti upoštevanih spremenljivk je razvidno, da je Luksemburg država, ki ima najboljše vrednosti in najbolj izstopa iz »modre« skupine. Po rezultatu mu je še najbližje Švica in lahko bi rekli, da skupaj z Luksemburgom tvorita manjšo skupino znotraj »modre skupine«. V modro skupino uvrščamo večino bolj razvitih držav EU, in sicer Belgijo, Francijo, Avstrijo, Nemčijo, vse skandinavske države (Švedska,

Norveška, Finska in Danska), Irsko, Nizozemsko in Islandijo. Vse našete države so tudi v vrhu seznama držav, ki imajo najvišji življenjski standard (L. Brinded, 2016).

Slika 23: Dendrogram analize razvrščanja držav v skupine za izbranih sedemindvajset držav, barvno označene tri skupine in Grčija kot osamelec



Vir: Lastno delo.

V »vijolični« skupini so razvrščene vzhodne države, države regije CEE, in sicer Češka, Poljska, Madžarska, Estonija, Litva, Latvija, Slovaška in Romunija. Glede na razvitost, gospodarsko moč in tudi glede na BDP lahko med temi državami hitro potegnemo vzporednice in sklepamo, da so v primerjavi z modro skupino vse našete države precej zadaj. Iz rezultatov je precej razviden vpliv razvitosti države na zdravstvene izdatke.

Po vrednostih nekje vmes pa najdemo manjšo skupino, v katero uvrščamo Španijo, Ciper, Italijo, Portugalsko in Slovenijo. Gre predvsem za države zahodne Evrope in Slovenijo. Po vrednostih so države »zelene« skupine precej bližje modri, kot pa je vijolična katerikoli izmed skupin.

Zanimivo je, da je Slovenija uvrščena v klaster z državami zahodne (sredozemske) Evrope in ne v skupino skupaj z Avstrijo, Nemčijo, Belgijo, Francijo ali Luksemburgom. Vse našete države imajo tako kot Slovenija uveden Bismarckov zdravstveni sistem. Španija, Italija in Ciper pa imajo Beverdgov sistem, pri katerem država prevzame vlogo vodenja in upravljanja financiranja zdravstvenih izdatkov, ki so navadno financirani preko davkov. Iz navedenega lahko sklepamo, da ureditev zdravstvenega sistema ni edini ključ, po katerem se države delijo v skupine.

Čeprav so države v zeleni skupini zelo blizu ena drugi, je vseeno Portugalska nekoliko bližje vijolični skupini kot ostale 4 države. Slovenija je v tem pogledu najbolj oddaljena od modre skupine. Upoštevajoč vse podatke, ki so bili navedeni skozi celotno magistrsko nalogo, smo mogoče pričakovali položaj Slovenije nekoliko višje na lestvici oziroma vsaj bližje najbolj razvitim državam.

SKLEP

Kot smo že na začetku omenili, smo v magistrskem delu poskušali odgovoriti na dve raziskovalni vprašanji, in sicer (1) kako se Slovenija z vidika zgoraj navedenih kazalnikov uvršča v primerjavi s povprečjem držav EU in (2) v katere skupine lahko s pomočjo multivariatne statistične metode razvrščanja enot v skupine razvrstimo države EU ter v katero skupino sodi Slovenija.

Za pomoč pri odgovoru na prvo vprašanje smo uporabili metodo kompilacije, kjer je šlo bolj za povzemanje spoznanj, dognanj oziroma stališč domačih in tujih strokovnih avtorjev, ter metodo analize, s pomočjo katere smo raziskali in analizirali vzroke povečevanja obsega zdravstvenih storitev in zdravstvenih izdatkov, financiranih tako iz javnih kot zasebnih virov. Pri drugem vprašanju pa smo uporabili metodo razvrščanja držav v posamezne skupine (angl. cluster analysis) in nato primerjali razlike med posameznimi skupinami ter opredelili razloge za te razlike. Slovenijo in izbrane države EU smo poskusili razvrstiti v čim bolj homogene skupine glede na značilnosti omenjenih izdatkov za zdravila in njihovo strukturo.

Za Slovenijo smo ugotovili, da jo uvrščamo v skupino skupaj s Španijo, Ciprom, Italijo in Portugalsko. Omenjene države sicer nimajo najboljših oziroma najvišjih rezultatov, ki jih ima v našem primeru modra skupina. Vseeno pa je zelena skupina, v kateri je tudi Slovenija, bližje modri skupini, kot pa je vijolična skupina, v katero uvrščamo predvsem države CEE regije. Če povzamemo, lahko rečemo, da je Slovenija uvrščena v skupino, ki tvori mediano oz. zgornji del le-te.

Podoben rezultat se pokaže tudi pri primerjavi ključnih kazalnikov zdravstvenih izdatkov v Sloveniji s povprečjem držav EU. Kot prva dva ključna kazalnika smo vzeli zdravstvene izdatke glede na osebo (podatki za leto 2015) in povprečno letno stopnjo rasti zdravstvenih izdatkov glede na število oseb od leta 2005 do 2015 in izkazalo se je, da je povprečna oseba

v Sloveniji v letu 2015 namenila 1983 EUR, kar je skoraj 800 EUR manj, kot je evropsko povprečje. Če pa pogledamo še drugi omenjeni ključni kazalnik, vidimo, da je bila Slovenija pred krizo malo nad evropskim povprečjem, po krizi pa je pod njim. Rezultata kažeta, da je Slovenijo kriza zelo prizadela in se z vidika zdravstvenih izdatkov še vedno ni povsem opomogla.

Naslednji ključni kazalnik je struktura tekočih izdatkov za zdravstvo (v %) za leto 2014. Pri kar treh podkategorijah je Slovenija v EU povprečju (ki znaša 30 %), in sicer pri deležu bolnišnične obravnave, zunajbolnišnične obravnave in pri kolektivnih storitvah. Pri dolgotrajni oskrbi je malo pod povprečjem. Slovenija ima delež 10 %, povprečje pa znaša 15 %. Pri izdatkih za zdravila in drugo medicinsko blago pa je malo nad EU povprečjem (19 %), saj je delež 23 %.

Pri izdatkih za zdravstvo glede na BDP je Slovenija pod OECD povprečjem. Slovenija ima skupni delež 8,4 %. Najnižji delež ima Romunija, in sicer 5,0 %, najvišjega pa Švica z 11,5 %. Če pa pogledamo razliko med javnimi/obveznimi izdatki in zasebnimi/prostovoljnimi izdatki, lahko vidimo, da smo pri prvih v Sloveniji pod povprečjem, pri zasebnih/prostovoljnih pa nad OECD povprečjem. Zanimiv podatek je, da je bila Slovenija v obdobju pred krizo pod OECD povprečjem pri povprečni letni rasti izdatkov za zdravila na osebo, po krizi pa smo se premaknili nad povprečje. V Sloveniji je bila v obdobju po krizi rast rahlo pozitivna, in sicer 0,10 %, medtem ko je bilo EU povprečje negativno, in sicer – 1,05 %.

Za zadnja dva kazalnika smo si izbrali deleže izplačanih zdravstvenih izdatkov za storitve in blago iz žepa gospodinjstev in izdatke iz žepa kot delež končne potrošnje gospodinjstev. Slovenija je z 20,8 % deležem pri izdatkih za terapevtske pripomočke močno nad OECD povprečjem, ki znaša 12,4 %. Malo manj nad povprečjem je pri izdatkih za preventivno nego, saj je delež v Sloveniji 34,0 %, OECD povprečje pa je malo manj kot 30 %. Malo pod povprečjem je tudi pri deležu izdatkov za farmacevtske izdatke. Delež za zobozdravstveno nego pa je najnižji, in sicer le 8 %. Slovenija in Slovaška sta čisto pri dnu glede deleža izdatkov za zobozdravstveno nego.

Slovenski delež plačil zdravstvenih izdatkov iz žepa kot delež končne potrošnje gospodinjstev za leto 2014 znaša 1,9 %, kar je nekje v spodnji četrtini držav in je glede na EU povprečje pod povprečjem. V omenjenem kazalniku ima največji delež Bolgarija, saj je njen delež 5,8 %.

Če povzamemo, HSPA je področje, ki je zelo kompleksno in ga je potrebno še naprej razvijati in vzdrževati s pravilnimi podatki. Primerjava posameznih zdravstvenih sistemov bo vedno težavna, ampak s pravilnim pristopom je tudi primerjava možna. Magistrska naloga je dokaz, da se zdravstvene sisteme lahko primerja, vseeno pa obstaja veliko možnosti, katere kazatelje izbrati oziroma koliko dimenzij uporabiti, da bo rezultat smiseln.

LITERATURA IN VIRI

1. Agencija za zavarovalni nadzor. (2016a). *Letno poročilo Agencije za zavarovalni nadzor*. Ljubljana: Agencija za zavarovalni nadzor.
2. Agencija za zavarovalni nadzor. (2016b). *Poročilo o stanju na področju zavarovalništva za leto 2016*. Ljubljana: Agencija za zavarovalni nadzor.
3. Albrecht, T., Česen, M., Jakubowski E., Kramberger B. & Hindle, D. (2002). *Health Care Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
4. Albrecht, T., Turk, E., Toth, M., Ceglar, J., Marn, S., Pribaković Brinovec, R. & Schäfer, M. (2009). *Health Systems in Transition*. Slovenia: Health system review. Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
5. Arhar, F. (2002). *Strategija razvoja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja*. 9. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu. Bled: Zveza ekonomistov Slovenije.
6. Aron-Dine, A., Einav, L. & Finkelstein, A. (2013). *The RAND health insurance experiment, three decades later*. J. Econ. Perspect. 197–222.
7. Barnard, C. (2000). *EU Employment Law*. Oxford: Oxford University Press.
8. Boljka, N. (2015). *Primerjava obveznih prispevkov za zdravstveno zavarovanje v Evropski uniji* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
9. Brinded, L. (2016). *17 Major European countries ranked by standard of living*. London: Business insider UK.
10. Busse, R. & Schlette, S. (2007): *Focus on Prevention, Health and Aging, New Health Professions*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
11. Coface. (2015). *Slovenia*. Pridobljeno 9. junija 2018 iz <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Slovenia>
12. Coface. (2018). *Slovenia*. Pridobljeno 7. junija 2018 iz <http://www.coface.com/Economic-Studies-and-Country-Risks/Slovenia>
13. Cylus, J. (2015). *Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji, Pregled izdatkov v zdravstvu*, Končno poročilo. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
14. Česen, M. (1998). *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
15. Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
16. Česen, M. (2006). *Reforma zdravstva v Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
17. Česen, M. (2010). *Kratek pojmovnik za menedžerje v zdravstvu*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
18. Čufar, A. (2007). *Financiranje vzdržnega zdravstvenega varstva v Evropi: novi pristopi za boljše izide*. *Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu*, 23(1), 35–36.
19. Dema, H. (2009). *Analiza poslovnega okolja v zdravstvu*. Koper: Fakulteta za management.
20. Došenović Bonca, P. (2010). *Inovacije kot dejavnik učinkovitosti in uspešnosti bolnišnic*

- v Sloveniji. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
21. European Commission. (2012, 12. maj). *The 2012 Ageing Report*. Brussels: European Economy.
 22. Eurostat. (brez datuma). *Healthcare expenditure statistics - methodology*. Pridobljeno 31. julija 2018 iz http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics_-_methodology
 23. Fetter, B. (2006). Origins and elaborations of the National Health Accounts 1926-2006. *Health Care Financing Review*, 28(1), 53–67.
 24. Furst, J. (2017). *Poraba zdravil z vidika racionalnega predpisovanja*. Ljubljana: ZZS – Oddelek za zdravila.
 25. Garel, P. (2010). Učinkovite bolnišnice v Evropi. *Zbornik XVII. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu*, 71–78. Čatež: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
 26. Goetschy, J. (2003). *The European Employment Strategy and the open method of coordination: lessons and perspectives*. Pridobljeno 25. julija 2018 iz <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/102425890300900209>
 27. Hong Kong's Domestic Health Accounts Estimates of Domestic Health Expenditure, 1989/90–2004/053. (2006). *Hong Kong's Domestic Health Accounts (DHA)*. Hong Kong: Food and Health Bureau HK.
 28. Juncker, J.C. (2014). *Mission Letter to V. P. Andriukaitis, commissioner for health and food safety*. Brussels: European Commission; 2014.01. Pridobljeno 11. julija 2018 iz https://ec.europa.eu/commission/sites/cwt/files/commissioner_mission_letters/andriukaitis_en.pdf
 29. Kavčič, M. (2005). *Poskus izdelave uravnoteženega sistema kazalnikov uspešnosti v neprofitni ustanovi – primer Izobraževalnega centra za zaščito in reševanje Republike Slovenije* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
 30. Keber, D. (2002). *Strateške usmeritve Ministrstva za zdravje v obdobju 2001– 2004*. 9. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu. Bled: Zveza ekonomistov Slovenije.
 31. Keber, D., Albreht, T., Arzenšek, J., Mlakar Bizjak, J., Brčar, P., Ceglar, J., Ciglencečki, L., Pečar Čad, S., Gruntar Činč, M., Došenovič, P., Kirar Fazarinc, I., Dodič Fikfak, M., Hindle, D., Kovačič, A., Markota, M., Marušič, D., Mate, T., Grobovšek Opara, S., Kerstin Petrič, V., Prevolnik Rupel, V., Pribakovič, R., Robida, A., Rok Simon, M., Šelb Šemrl, J., Šešok, J., Štular, T., Tajnikar, M., Toth, M., Velušček, I., Vrhunec, S. & Maučec Zakotnik, J. (2003a). *Zdravstvena reforma*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
 32. Keber, D., Albreht, T., Arzenšek, J., Mlakar Bizjak, J., Brčar, P., Ceglar, J., Ciglencečki, L., Pečar Čad, S., Gruntar Činč, M., Došenovič, P., Kirar Fazarinc, I., Dodič Fikfak, M., Hindle, D., Kovačič, A., Markota, M., Marušič, D., Mate, T., Grobovšek Opara, S., Kerstin Petrič, V., Prevolnik Rupel, V., Pribakovič, R., Robida, A., Rok Simon, M., Šelb Šemrl, J., Šešok, J., Štular, T., Tajnikar, M., Toth, M., Velušček, I., Vrhunec, S. & Maučec Zakotnik, J. (2003b). *Bela knjiga: Zdravstvena reforma*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
 33. Kersnik, J. (2001) *Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji*.

- Pregled stanja*. Ljubljana & Kopenhagen: Regionalni urad SZO & Ministrstvo za zdravje RS, Urad SZO.
34. Košmelj, K., Breskvar Žaucer, L. (2006). *Metode za razvrščanje enot v skupine; osnove in primer*. Ljubljana: Acta agriculturae Slovenica, 87–2.
 35. Kuhar, M. (2007). *Strateško planiranje v slovenskih bolnišnicah* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
 36. Lamping, W. & Steffen, M. (2004): *European Union and Health Policy*. Pridobljeno 15. junija 2018 iz <http://www.apsoc.ox.ac.uk/Espanet/espanetconference/papers/ppr%5B1%5D.9.WL.pdf>
 37. Lampret, T. (2004). Za starejše višje premije, za mlade pa ugodnosti. *Dnevnik*. Pridobljeno 3. novembra 2018 iz http://www.dnevnik.si/tiskane_izdaje/dnevnik/87750
 38. Larson, J. S., Bradlow, E. T. & Fader, P. S. (2005). An exploratory look at supermarket shopping paths. *International Journal of Research in Marketing*, 22(4), 395–414.
 39. Maresso, A., Mladovsky, P., Thomson, S., Sagan, A., Karanikolos, M., Richardson, E., Cylus, J., Evetovits, T., Jowett, M., Figueras, J. & Kluge, H. (2015). *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience*. Copenhagen: WHO European Observatory on Health Systems and Policies.
 40. Moroko, L. & Uncles, M. D. (2009). Employer branding and market segmentation. *Journal of Brand Management*, 17(3), 181–196.
 41. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., & Kutzin, J. (2002). *Funding health care: options for Europe*. Buckingham: World Health Organisation.
 42. OECD. (2000). *A System of Health Accounts*. Paris: OECD Publishing.
 43. OECD, Eurostat & WHO. (2011). *A System of Health Accounts: 2011 Edition*. Paris: OECD Publishing.
 44. OECD. (2016). *Health at a Glance: Europe 2016 - State of health in the EU cycle*. Paris: OECD Publishing.
 45. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). *Slovenija: Zdravstveni profil leta 2017, State of Health in the EU*. Paris & Brussels: OECD Publishing & European Observatory on Health Systems and Policies. Pridobljeno 31. julija 2018 iz <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285422-sl>
 46. OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Pridobljeno 7. junija 2018 iz <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
 47. Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD. (2014). *Health statistics*. Pridobljeno 15. junija 2018 iz <http://www.oecd.org/els/health-systems/>
 48. Panteli D., Arickx, F., Cleemput, I., Dedet, G., Eckhardt, H., Fogarty, E., Gerkens, S., Henschke, C., Hislop, J., Jommi, C., Kaitelidou, D., Kawalec, P., Keskimäki, I., Kroneman, M., Lopez Bastida, J., Pita Barros, P., Ramsberg, J., Schneider, P., Spillane, S., Vogler, S., Vourenkoski, L., Wallach Kildemoes, H., Wouters, O. & Busse, R. (2016). Pharmaceutical regulation in 15 European countries – review, *Health System in Transition*, 18.
 49. Paris V., Hewlett, E., Auraaen, A., Alexa, J. & Simon, L. (2016). Health Care Coverage in OECD Countries in 2012. *OECD Health Working Papers*, 88. Pridobljeno 12. julija

- 2018 iz <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm>
50. Perić N., Hofmarcher M. M. & Simon, J. (2018). *Headline indicators for monitoring the performance of health systems: findings from the european Health Systems_Indicator (euHS_I) survey*. Vienna: Arch Public Health.
 51. Petavs, L. B. (2017). *Kaj se dogaja s cenami zdravil na recept*. Pridobljeno 1. novembra 2018 iz <https://www.finance.si/8862888>
 52. Rovan J. & Turk T. (1999). *Analiza podatkov s SPSS za Windows*, str. 262. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
 53. 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.
 54. Statistični urad Republike Slovenije. (2016) *Zdravje in zdravstvo*. Pridobljeno 24. julija 2018 iz <http://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/117>
 55. Statistični urad Republike Slovenije. (2016). *Raziskava EU SILC*. Pridobljeno 5. avgusta 2018 iz <http://www.stat.si/StatWebArhiv/glavnanavigacija/oddajanje-podatkov/vpra%C5%A1alniki?id=121>
 56. Subhash, S. (1996). *Applied Multivariate Techniques*. New York: John Wiley & Sons.
 57. Sušelj, M., Kramberger, B., Kos, D., Bolka, A., Fele, B., Ganziti, K., Jelisavčić, S., Jerše Jan, U., Kenk, N., Mali, C., Romavh, B. & Štok, J. (2017). *Poslovno poročilo za leto 2016*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
 58. The Ageing Working Group. (2015). *The Ageing Report 2015, European Commission, 2015*. Bruselj: Directorate-General for Economic and Financial Affairs.
 59. Thomson, S., Foubister, T., & Mossialos, E. (2009). *Financing health care in the European Union*. Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organisation.
 60. Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A. & Kluge, H. (2014). *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
 61. Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., Cylus, J., Karanikolos, M. & Kluge, H. (2015). *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
 62. Toth, M. (2012). *Socialno zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje.
 63. Urad za makroekonomske analize in razvoj. (2014). *Poročilo o razvoju*. Pridobljeno 24. julija 2018 iz http://www.umar.gov.si/ftleadmin/user_upload/publikacije/pr/2014/POR_2014.pdf
 64. Wittenborn J. & Rein, D. (2016). *The potential costs and benefits of treatment for undiagnosed eye disorders*. (Paper prepared for the Committee on Public Health Approaches to Reduce Vision Impairment and Promote Eye Health). unpublished. Pridobljeno 17. junija 2018 iz <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2016/UndiagnosedEyeDisordersCommissionedPaper.pdf>
 65. World Bank & Health Nutrition and Population Human Development Network. (2010).

Promoting the Institutionalization of National Health Accounts: A Global Strategic Action Plan. Draft report July 2010. Washington: World Bank.

66. World Health Organisation. (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More than Ever.* Geneva: World Health Organization. 23–40. Chapter 2.
67. World Health Organisation. (2010). *The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage.* Geneva: World Health Organization. 1–17. Chapter 1.
68. Xu, K. Saksena, P., Jowett, M., Indikadahena, C., Kutzin, J. & Evans, D. B. (2010). Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. *World health report 2010 background paper, (19).*

PRILOGE

Priloga 1: Podatki, ki so bili uporabljeni za razvrščanje enot v skupine

Država	Zdravstveni izdatki glede na osebo, 2015 (ali podatki iz najbližjega leta), EUR PKM	Delež zdravil in drugega medicinskega blaga znotraj struktura tekočih izdatkov za zdravstvo (v %) po namenu, 2014	Delež farmacevtskih izdelkov znotraj strukture zdravstvenih izdatkov za storitve in blago iz žepa gospodinjstev (v %), 2014 (ali podatki iz najbližjega leta)	Povprečna letna stopnja rasti zdravstvenih izdatkov (v %) glede na število oseb v obdobjih med 2005-2009	Povprečna letna stopnja rasti zdravstvenih izdatkov (v %) glede na število oseb v obdobjih med 2009-2014	Povprečna letna stopnja rasti zdravstvenih izdatkov (v %) glede na število oseb v obdobjih med 2009-2015
Avstrija	3788,69	16,76	26,95	0,66	0,85	1,1
Belgija	3480,78	15,97	29,20	2,74	-1,92	0,9
Češka	1850,34	20,01	49,01	1,50	-3,39	2,1
Ciper	1575,82	18,88	24,07	-0,17	-2,81	-1,5
Danska	3773,01	9,92	28,78	0,33	-5,25	-0,4
Estonija	1348,46	21,43	43,13	1,67	1,64	3,1
Finska	2988,45	14,57	34,08	-0,96	-1,21	1,5
Francija	3342,27	20,35	23,30	0,26	-0,98	0,8
Grčija	1662,83	30,64	34,95	12,34	-8,49	-6,6
Irska	3922,18	14,45	21,50	6,32	-2,69	-0,2
Italija	2476,24	19,77	29,60	-1,30	-2,06	-1,1

Država	Zdravstveni izdatki glede na osebo, 2015 (ali podatki iz najbližjega leta), EUR PKM	Delež zdravil in drugega medicinskega blaga znotraj struktura tekočih izdatkov za zdravstvo (v %) po namenu, 2014	Delež farmacevtskih izdelkov znotraj strukture zdravstvenih izdatkov za storitve in blago iz žepa gospodinjestev (v %), 2014 (ali podatki iz najbližjega leta)	Povprečna letna stopnja rasti zdravstvenih izdatkov (v %) glede na število oseb v obdobjih med 2005-2009	Povprečna letna stopnja rasti zdravstvenih izdatkov (v %) glede na število oseb v obdobjih med 2009-2014	Povprečna letna stopnja rasti zdravstvenih izdatkov (v %) glede na število oseb v obdobjih med 2009-2015
Latvija	1030,33	29,97	45,30	4,76	3,45	2
Litva	1363,71	31,05	59,41	2,62	2,59	2,5
Luksemburg	6023,20	10,68	15,95	0,28	-6,11	3,6
Madžarska	1370,99	33,08	50,08	-1,45	-2,01	1,2
Nemčija	4003,35	20,00	27,47	2,52	0,98	2
Nizozemska	3983,43	12,01	26,69	0,66	-3,97	1,2
Poljska	1259,01	23,19	61,69	3,32	-1,52	2
Portugalska	1966,98	19,61	24,50	-0,99	-7,49	-2
Romunija	815,68	37,39	74,79	1,85	5,98	0,7
Slovaška	1539,16	34,60	42,83	6,30	-1,38	1,8
Slovenija	1983,10	22,70	37,24	1,27	-1,22	0,1
Spanija	2366,11	22,29	30,30	0,65	-1,00	-0,1
Švedska	3936,99	12,03	33,86	0,90	-0,72	1,5
Švica	5353,81	13,00	52,00	0,20	1,30	2,4
Norveška	4680,51	11,00	25,00	-3,80	1,50	2
Islandija	3125,85	15,00	41,00	2,50	-4,30	0,4