

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

MAGISTRSKO DELO

**IZZIVI OBVEZNEGA IN PROSTOVOLJNEGA
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI**

LJUBLJANA, AVGUST 2003

ROMANA KOROŠEC

Študentka Romana Korošec izjavljam, da sem avtorica tega magistrskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom prof. dr. Nevenke Hrovatin in skladno s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne: 29.8.2003

Podpis: _____

KAZALO

UVOD	1
1. SISTEMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SVETU.....	4
1.1. ZDRAVSTVENO VARSTVO KOT DEL SISTEMA SOCIALNEGA VARSTVA	4
1.2. ZDRAVJE, ZDRAVSTVENO VARSTVO, ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	5
1.3. OSNOVNE SKUPINE SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SVETU	6
1.4. NAJPOMEMBNEJŠI SISTEMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SVETU.....	7
1.5. SKUPNE ZNAČILNOSTI SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SVETU.....	9
2. SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI	10
2.1. ZGODOVINSKI PREGLED	10
2.1.1. Obdobje do leta 1945 – Bismarckov model zdravstvenega varstva.....	10
2.1.2. Obdobje med letoma 1945 in 1992 – sistem nacionalnega zdravstvenega varstva	11
2.1.3. Obdobje po letu 1992 – ponovna vzpostavitev Bismarckovega modela zdravstvenega varstva l4	14
2.2. ZAKONSKE PODLAGE SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN ZAVAROVANJA V SLOVENIJI	16
2.3. OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	18
2.3.1. Načelo obveznosti in obseg pravic.....	18
2.3.2. Izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja – ZZZS.....	20
2.4. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	21
2.4.1. Izvajanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja – ZZZS, Vzajemna in Adriatic	21
2.5. PARTNERSKO DOGOVARJANJE	23
3. OPREDELITEV NAČELA SOLIDARNOSTI IN PRAVIČNOSTI	24
3.1. PRAVIČNOST KOT TEMELJ SOLIDARNOSTI	25
3.2. MERJENJE PRAVIČNOSTI	28
3.2.1. Primerjava povprečnih dohodkov in izdatkov za zdravstvo po dohodkovnih skupinah.....	29
3.2.2. Kakwani indeks	29
4. IZDATKI ZA ZDRAVSTVO V SLOVENIJI V OBDOBJU 1992–2002.....	30
4.1. JAVNI IZDATKI	33
4.1.1. Izdatki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.....	33
4.1.2. Izdatki iz proračunskih sredstev države in občin	35
4.1.3. Poslovanje ZZZS v obdobju 1992–2002.....	36
4.2. ZASEBNI IZDATKI	41
4.2.1. Izdatki iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.....	42
4.2.2. Izdatki iz neposrednih plačil	42
5. PRIMERJAVA OBVEZNEGA IN PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI.....	43
5.1. NAMEN IN ZNAČILNOSTI OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	44
5.2. NAMEN IN ZNAČILNOSTI PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	45
5.3. PRIMERJAVA IZDATKOV IZ OBVEZNEGA IN PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	46
5.4. OŽENJE PRAVIC IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	48
6. PRIMERJAVA PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V EU IN V SLOVENIJI	53
6.1. POMEN PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V EU	53
6.2. VRSTE PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V EU	54

6.2.1. Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje	54
6.2.2. Dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje	55
6.2.3. Dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje	55
6.3. VZPODBUDE ZA RAZVOJ TRGA PROSTOVOLJNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V EU	55
6.4. MEDNARODNA PRIMERJAVA IZDATKOV ZA ZDRAVSTVO IN PRAVIC	57
6.4.1. Delež BDP, namenjen zdravstvu	59
6.4.2. Delež javnih in zasebnih izdatkov v skupnih izdatkih za zdravstvo	60
6.4.3. Delež prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v BDP	61
6.4.4. Pravice obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v izbranih državah	64
7. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI -	
NEPROSTOVOLJNOST IN ZMANJŠEVANJE PRAVIČNOSTI IN SOLIDARNOSTI	67
7.1. ZMANJŠEVANJE PRAVIČNOSTI IN SOLIDARNOSTI	67
7.2. PRIMERJAVA PREMIJ ZA PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE Z IZBRANIMI	
KATEGORIJAMI DOHODKOV	69
7.3. RAZMERJE MED IZDATKI IN DOHODKI PO POSAMEZNIH DOHODKOVNIH SKUPINAH	72
7.4. KAKWANI INDEKS	72
8. MOŽNE SMERI RAZVOJA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI	74
8.1. PREOBLIKOVANJE VSEBINE ZAVAROVANJ: POVEČANJE PRAVIČNOSTI IN PONOVA VZPOSTAVITEV	
SOLIDARNOSTI	75
8.2. ZAGOTAVLJANJE DODATNIH VIROV ZA FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	76
8.3. STALIŠČA MAKROEKONOMISTOV O MOŽNIH SPREMEMBAH SISTEMA ZDRAVSTVENEGA	
ZAVAROVANJA	78
SKLEP	80
LITERATURA	82
VIRI	87

UVOD

Zagotavljanje ustrezne ravni socialnega varstva državljanom je eden izmed najpomembnejših ciljev sleherne države. Predstavlja vlaganje v socialno in ekonomsko blaginjo, s tem pa v družbeni in gospodarski razvoj. Znano je, da lahko družbeni izdatki, povezani z zagotavljanjem socialnega varstva, pozitivno vplivajo na razvoj države.

Socialno varstvo vključuje tudi zdravstveno varstvo. V svetu obstajajo različni sistemi zdravstvenega varstva. Ne glede na razlike je osnovni cilj v večini držav enak. Države si prizadevajo vsem ljudem, ki so vključeni v javne sisteme zdravstvenega varstva, zagotoviti dostop do zdravstvenih pravic na ustrezni kakovostni ravni. Dostop do zdravstvenega varstva kot univerzalno pravico opredeljujejo tudi pravni dokumenti Evropske unije (v nadaljevanju: EU). Tako na primer temeljni akti o pravicah državljanov EU razglašajo, da ima "vsakdo pravico dostopa do preventivnega zdravstvenega varstva in pravico do medicinskega zdravljenja".

Dostop do zdravstvenih pravic mora biti pravičen, kar pomeni, da so vsi državljani z enakimi zdravstvenimi težavami enako obravnavani. Po načelu solidarnosti je vsem državljanom omogočen enak dostop do zdravstvenih pravic v skladu z njihovimi dohodkovnimi zmožnostmi. Državljan v sorazmerju z dohodkovnimi zmožnostmi različno prispevajo (plačujejo davke ali prispevke za zdravstveno zavarovanje) za enako dostopnost do zdravstvenih pravic. Solidarnost pa se kaže v distribuciji sredstev od bogatih k revnejšim in od zdravih k bolnim.

Poleg pravičnosti pri dostopu do zdravstvenih pravic je za države in državljane pomembna pravičnost pri financiranju zdravstvenega varstva, ki se nanaša na zbiranje sredstev. O pravičnosti lahko govorimo tedaj, ko je sistem zbiranja sredstev progresiven: bogatejši plačujejo absolutno in relativno več kot revnejši.

Namen mojega magistrskega dela je predstaviti in analizirati (ne)pravičnost zbiranja sredstev, ki se izvaja preko prostovoljnega (dopolnilnega) zdravstvenega zavarovanja, za financiranje zdravstvenega varstva v Sloveniji. Na tej podlagi temelji hipoteza magistrskega dela, ki financiranje zdravstvenega varstva (zbiranje sredstev) preko prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja opredeljuje kot nepravilno.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je bilo uvedeno z reformo v letu 1992. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je za večino zdravstvenih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja uvedel doplačila, za doplačila pa možnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. S prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem se državljani izognemo plačilu deleža do polne vrednosti zdravstvenih storitev.

Vsebina prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji ni enaka vsebini prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU, saj le-ta v državah EU temeljijo predvsem na dodatnem in nadomestnem zdravstvenem zavarovanju. Njihov namen je v zagotavljanju širše ponudbe zdravstvenih pravic, ki ne sodijo in zato niso zajete v osnovnih zdravstvenih pravicah, kritih z obveznimi sistemi zdravstvenega varstva. Za prostovoljna zdravstvena zavarovanja v EU velja, da se pri oblikovanju premij razlike v dohodkovnem položaju državljanov ne upoštevajo. O pravičnosti z vidika zbiranja sredstev ne moremo govoriti. Sredstva pri prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih se namreč zbirajo s premijami, višina le-teh pa je odvisna od tveganja zavarovanca in načina upoštevanja tveganja. Tveganje se lahko obravnava posamično ali pa skupinsko. Skupinsko obravnavanje tveganja upošteva načelo vzajemnosti, po katerem vsi zavarovanci prispevajo enako premijo (glede na povprečno tveganje), ne glede na dohodkovni položaj, dohodkovnega položaja pa prav tako ne upošteva posamično obravnavanje tveganja.

Bistvena razlika med prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem v Sloveniji in EU je vsebina zavarovanj. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji je po svoji vsebini obvezno, saj si z zavarovanjem zagotovimo osnovne zdravstvene pravice. Ob tem upoštevanje načela vzajemnosti ni ustrezno, saj zmanjšuje solidarnost, pravičen dostop do osnovnih zdravstvenih storitev in pravično financiranje zdravstvenega varstva, ki se nanaša na zbiranje sredstev. Način zbiranja sredstev v prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju je zaradi vsebine prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja neustrezen. Makroekonomisti (T. Stanovnik, V. Bole), ki jih v nalogi povzemam, se strinjajo, da predstavlja neustrezna definicija vsebine zavarovanj dejanski problem, a hkrati opozarjajo, da težava nastopi pri zagotavljanju spremembe virov sredstev za zdravstveno zavarovanje.

Magistrsko delo obravnava osem poglavij, prva tri poglavja tvorijo splošni del.

V prvem poglavju so opredeljene definicije osnovnih pojmov in značilnosti različnih sistemov zdravstvenega varstva v svetu. Izpostavljena sta sistem nacionalnega zdravstvenega varstva in socialni sistem zdravstvenega zavarovanja.

Razvoj sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji in reforma zdravstva v letu 1992 sta opisana v drugem poglavju. Reforma je namesto modela nacionalnega zdravstvenega varstva uvedla socialni sistem zdravstvenega zavarovanja, ki je poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja uvedel še doplačila, zanje pa možnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

V nadaljevanju navajam teoretične opredelitve, povezane z načeli solidarnosti in pravičnosti, ter metode, ki se uporabljajo za merjenje pravičnosti.

Četrto poglavje analizira naraščanje izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v obdobju 1992–2002, iz katerega je razviden naraščajoč pomen prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji.

Primerjava obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je predstavljena v petem poglavju, kjer je opisano tudi oženje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in prenos le-teh v prostovoljno zdravstveno zavarovanje. V nadaljevanju primerjam uveljavljene vrste prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in izdatke za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v EU in Sloveniji.

Sedmo poglavje prikazuje prostovoljno zdravstveno zavarovanje z vidika pravičnosti zbiranja sredstev. V tem poglavju potrjujem hipotezo o nepravičnosti financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji in sicer v delu, ki se nanaša na zbiranje sredstev preko prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

V zadnjem poglavju so navedeni različni pogledi na vlogo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v prihodnosti. Stališča nekaterih makroekonomistov so povzeta po razgovoru z mag. Velimirjem Boletom in dr. Tineto Stanovnikom.

V sklepu navajam ključne ugotovitve posameznih poglavij ter ugotovitev o hipotezi magistrskega dela.

Uporabljene metode raziskovanja so različne; za analizo podatkov so uporabljene ustrezne statistične metode, nekatere trditve so dokazne tudi empirično. Ponekod trditev zaradi nedostopnosti podatkov empirično ni mogoče potrditi. Pri delu je bila uporabljena tudi primerjalna analiza, zato nekatere trditve potrjujem s povzemanjem rezultatov različnih empiričnih raziskav v Sloveniji in tujini, za preverjanje le-teh pa so uporabljena teoretična spoznanja iz svetovne literature.

1. SISTEMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SVETU

1.1. Zdravstveno varstvo kot del sistema socialnega varstva

Zdravstveni sistem je del širšega socialnega sistema. Z vzpostavitvijo ustreznega socialnega sistema želijo države za svoje državljane oblikovati primerno ali pa vsaj zadovoljivo raven socialne varnosti. Socialna varnost obsega socialno zavarovanje in socialno varstvo. Socialno zavarovanje vključuje ukrepe, ki nudijo socialno varnost pri začasni zadržanosti od dela, invalidnosti, starosti ali smrti, socialno varstvo pa obsega ukrepe, ki pomagajo ljudem, ki si brez širše družbene pomoči ne morejo zadovoljevati življenjskih potreb (Kocbek, 1995, str. 3). Sistemi socialne varnosti običajno (Rupnik et al., 1995, str. 69):

- nudijo preventivno in kurativno zdravstveno zaščito,
- nadomeščajo dohodek posameznika v primeru neprostovoljne delne ali popolne izgube dohodka,
- nudijo dodatni dohodek osebam, ki imajo družinske obveznosti.

Socialne izdatke definiramo kot javne izdatke za izobraževanje, zdravstveno zaščito, stanovanjsko oskrbo, pokojnine, nadomestila za brezposelnost ter druge oblike dohodkovnih nadomestil in socialnih storitev. Nekoliko ožji pojem od socialnih izdatkov so izdatki za socialno zaščito, ki ne vključujejo javnih izdatkov za izobraževanje in stanovanjsko oskrbo. Še ožji pojem so izdatki za socialno varnost, ki ne vključujejo ukrepov za aktivno politiko zaposlovanja in javnih izdatkov za stanovanjsko oskrbo (Stanovnik, 1998, str. 134).

Izdatki za socialno varnost tako obsegajo naslednja plačila oziroma nadomestila za (ILO, 1988, str. 2):

- zdravstveno zaščito,
- čas bolezni,
- čas brezposelnosti,
- starost (starostna pokojnina),
- poškodbe pri delu,
- družinske dodatke,
- porodniške dodatke in nadomestila,
- invalidnost (invalidska pokojnina in drugo),
- družinske pokojnine.

Glede na obseg izdatkov za socialno varnost predstavlja pokojninski sistem najpomembnejši podsistem socialne varnosti, sledi pa mu zdravstveni sistem.

Zdravstveno varstvo je torej del socialne varnosti, organizacijski sistem, ki želi prebivalcem v osnovi zagotoviti zdravstveno varstvo in cilj katerega je zdravje prebivalcev (Petek, 2003, str. 18).

1.2. Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije 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 in dela, ki mu omogoča harmonično življenje v zdravem okolju in mu zagotavlja varnost med boleznijo, onemoglostjo in v starosti. To pojmovanje zdravja je pomembno za razumevanje nastajanja zdravja in načrtovanje ukrepov celovite družbene skrbi zanj. **Pravica do zdravja** je v družbi opredeljena kot pravica do najvišjega dosegljivega zdravstvenega varstva za vse ljudi, ki je plačljivo na javni račun (Česen, 2003, str. 36).

Zdravstveno varstvo je razvejan, odprt in dinamičen sistem, za katerega je značilna povezanost z gospodarskim in družbenim sistemom. Osnovni cilj vseh sistemov zdravstvenega varstva je zagotoviti dostop do zdravstvenih pravic na ustrezni kakovostni ravni vsem, ki so vključeni v javne sisteme zdravstvenega varstva ali zdravstvenega zavarovanja. Dostop do zdravstvenega varstva kot univerzalno pravico opredeljujejo tudi pravni dokumenti Evropske unije (v nadaljevanju: EU). Tako na primer temeljni akti o pravicah državljanov EU razglašajo, da ima "vsakdo pravico dostopa do preventivnega zdravstvenega varstva in pravico do medicinskega zdravljenja" (Zdravstvena reforma, 2003, str. 19).

V Sloveniji je zdravstveno varstvo opredeljeno v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92), ki pravi, da je zdravstveno varstvo splet družbenih, skupinskih in individualnih ukrepov ter aktivnosti za krepitev zdravja, za preprečevanje, zgodnje odkrivanje in zdravljenje bolezni ter poškodb in za povrnitev zdravja.

Po zakonski definiciji zdravstvenega varstva obsega sistem zdravstvenega varstva tudi sistem **zdravstvenega zavarovanja**. Marjan Česen sistem zdravstvenega varstva deli na pet podskupin (Česen, 1998, str. 25):

- zdravstvena politika,
- zdravstvena dejavnost,
- zdravstveno zavarovanje,
- izobraževanje in usposabljanje,
- medicinska znanost in zdravstvena tehnologija.

V sistemu zdravstvenega zavarovanja je določen sistem financiranja in pokrivanja stroškov zdravstvenih storitev za obvezno zavarovane osebe in sistem denarnih dajatev za primere odsotnosti z dela in nekatere druge primere. S sistemom obveznega zdravstvenega zavarovanja so določeni za veliko večino prebivalcev Slovenije pogoji za dostop do zdravstvenega varstva (Bubnov - Škoberne, 2002, str. 55).

1.3. Osnovne skupine sistemov zdravstvenega varstva v svetu

Sisteme zdravstvenega varstva posameznih držav opredeljujemo oziroma razvrščamo na podlagi njihovih najpomembnejših elementov. Ob tem upoštevamo način upravljanja in financiranja področja, določanje pravic in obveznosti prebivalstva v zvezi z zdravstvenim varstvom, organizacijo in lastništvo zdravstvenih zmogljivosti ter možnost soodločanja prebivalstva o vprašanih razvoja področja. Proučevanje sistemov zdravstvenega varstva tako najpogosteje vključuje obravnavo (Svenšek, 1995, str. 40):

- vloge in prisotnosti države pri upravljanju področja, njen vpliv in pristojnost glede ustanovitve in lastnine zdravstvenih zavodov ter socialne varnosti ljudi,
- načinov in virov financiranja, kot na primer v obliki davkov, vplačanih v proračun države ali lokalnih skupnosti, ali v obliki prispevkov za zdravstveno zavarovanje, premij ali članarin,
- vlogo in položaj izvajalcev v sistemu.

Sisteme zdravstvenega varstva tako razčlenimo v tri osnovne skupine (Normand, Weber, 1994 v Svenšek, 1995):

- **Državno vodeni sistem zdravstvenega varstva** predstavlja model nacionalnega zdravstvenega varstva, kjer o najpomembnejših vprašanih, povezanih z zdravstvenim sistemom, odloča država. Državni organi na občinski, regionalni in državni ravni odločajo o pravicah ljudi do zdravstvenih storitev, o delovanju in upravljanju zdravstvenih zavodov, itd. Sredstva za financiranje zagotavlja država z davki oziroma proračunskimi sredstvi. Sistem temelji na prepričanju, da je mogoče izboljšati stanje celotnega prebivalstva, če država omogoči, da so zdravstvene storitve dostopne vsemu prebivalstvu. Opisani sistem je značilen za Veliko Britanijo, Dansko, Švedsko, Finsko, Kanado, Novo Zelandijo, Norveško in Italijo.

- **Partnerski model zdravstvenega varstva** predstavljajo sistemi, ki temeljijo na načelih obveznega zdravstvenega zavarovanja (socialne varnosti). Bistvo modela je, da država postavi okvire in pravila urejanja področja, v izvajanje pa ga 'prepusti' partnerjem. Najbolj znan je tripartitni partnerski model, kjer se kot nosilci nalog pojavljajo ministrstvo za zdravje, združenja zdravstvenih delavcev in združenja zavarovancev in plačnikov prispevkov za zdravstveno varstvo in zavarovanje. Za model so značilna neprekinjena 'pogajanja' med partnerji različnih stališč in interesov. V veliki meri se v modelu pojavljajo zavarovalniška načela, zato je pogosto označen kot zavarovalniški model. Najznačilnejša predstavnica takšnega sistema je Nemčija.
- **Tržni sistem zdravstvenega varstva** temelji na načelu ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah. Obrobna vloga države in državne regulative se odraža v predpisih, ki ljudem ne zagotavljajo skoraj nobene zdravstvene varnosti. Država tudi ne zagotavlja niti ne predpisuje načina in oblik financiranja zdravstvenih storitev. Najbolj značilen predstavnik so Združene države Amerike.

1.4. Najpomembnejši sistemi zdravstvenega varstva v svetu

Evropski sistemi zdravstvenega varstva temeljijo ali na konceptu nacionalnega zdravstvenega varstva ali na konceptu, ki izhaja iz zavarovalniških načel. Tržnega sistema zdravstvenega zavarovanja v Evropi ni moč zaslediti, čeprav imajo mnoge države vgrajene določene tržne elemente. Znotraj navedenih konceptov v Evropi ločimo naslednje najbolj značilne skupine sistemov (Roemer, 1993, str. 91–104):

- **Beveridgeov (liberalni) sistem nacionalnega zdravstvenega varstva** se je po drugi svetovni vojni najprej razvil v Veliki Britaniji. V tem sistemu država prevzame vlogo vodenja in upravljanja. Pri tem izhaja iz načela, da je vsem prebivalcem potrebno zagotoviti primerno dostopnost do zdravstvenih storitev. Obseg pravic je dobro omejevan, pridobijo pa se že iz naslova državljanstva. Poleg tega država skrbi za ustrezno mrežo zdravstvenih zmogljivosti. Kot vir financiranja se uporabljajo davki, zbrani v državnem proračunu, kar pomeni, da sistem zdravstvenega varstva ne razpolaga z lastnimi sredstvi. O deležu proračuna za zdravstveno varstvo odloča država, razporejanje proračunskih sredstev pa izvajajo upravne institucije. Država predpisuje tudi delovanje in naloge zdravstvene službe. Zdravniki osnovne dejavnosti so v pogodbenem odnosu s pristojnim državnim uradom (v Veliki Britaniji NHS – National Health Service), ki jim določa način plačevanja in cene storitev. Naloga urada je organiziranje, delovanje in financiranje zdravstvene službe, medtem ko za ohranitev in povrnitev zdravja državljanov skrbi država.

- **Bismarckov (korporativistični) model zdravstvenega zavarovanja** je najstarejši sistem zdravstvenega zavarovanja, nastal pa je v Nemčiji leta 1883. Značilnost sistema je s strani države predpisana obveznost za državljane, da se zdravstveno zavarujejo. Pravice s področja zdravstvenega zavarovanja so zagotovljene skoraj vsem prebivalcem države. Vloga države je majhna, razen v primeru, ko gre za brezposelne, socialno ogrožene, begunce itd. Sistem se financira pretežno s prispevki, plačilo katerih pogojuje širok obseg socialnih pravic. Prispevki se plačujejo "bolniškim blagajnam", ki imajo vrsto javnih pooblastil. Same določajo prispevne stopnje za zdravstveno zavarovanje, opredeljujejo pravice zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev in denarnih prejemkov ter vstopajo v partnerske odnose z združenji zdravstvenih delavcev. Za model velja partnersko upravljanje sistema zdravstvenega zavarovanja, v okviru katerega se določa tudi obseg programa in cene zdravstvenih storitev. Prevladuje način, da se izvajalce plačuje do obsega, opredeljenega v pogodbah med izvajalci in nosilcem zavarovanja. Privatna zavarovanja in zasebna sredstva v celotnem sistemu ne dosegajo pomembnega deleža.
- **Semaškov model – sistem socialističnega zdravstvenega varstva:** Model temelji na predpostavki, da morajo biti vse zdravstvene storitve dostopne vsem, brez razlikovanja in brez doplačil. Sistem je nastal v času socialistične družbene ureditve v nekdanji Sovjetski zvezi in je zato izhajal iz družbene lastnine. Vlogo družbene lastnine so prenesli tudi na področje zdravstvenega varstva, kjer so zasebno lastnino in pobudo v obliki zasebnih dejavnosti ali privatnih zavarovanj celo prepovedali. Za vsa vprašanja, povezana z zdravstvenim varstvom, je odgovorna država. Zdravstvene storitve se financirajo z davki preko proračuna. Pogajanj med interesno organiziranimi skupinami ni, saj višino sredstev za financiranje izvajalcev določa vlada. Model so imele vse bivše socialistične države v Evropi, ponekod je še vedno v veljavi. Tudi za Slovenijo velja, da je v preteklosti prevzela določene značilnosti tega modela.
- **Komercialno naravnani sistemi zdravstvenega zavarovanja:** V teh sistemih vladajo načela ponudbe in povpraševanja po zavarovanju pred posameznimi zdravstvenimi in z njimi povezanimi tveganji. Z zavarovanji pred omenjenimi tveganji se lahko ukvarjajo privatne zavarovalnice in nosilci državnega zavarovanja. Zavarovanci plačujejo premije in po lastni presoji izbirajo med različnimi programi, zavarovalnicami in iz tega izhajajočimi riziki, ki jih posamezna zavarovanja pokrivajo.

Države z Beveridgeovim modelom financiranja zdravstvenega varstva so: Finska, Grčija, Irska, Italija, Švedska, Španija, Velika Britanija, Danska in Portugalska. Zdravstveni sistemi omenjenih držav se financirajo tudi preko neposrednih plačil prebivalcev, preko prostovoljnih zavarovanj pa na Finskem, v Grčiji, na Irskem, Švedskem, v Italiji, Španiji in v Veliki Britaniji. Tudi zdravstveni sistemi držav s prevladujočim obveznim socialnim zavarovanjem se dodatno

financirajo z neposrednimi plačili, s prostovoljnim zavarovanjem in tudi z davki. Bismarckov model financiranja zdravstva imajo Slovenija, Avstrija, Belgija, Francija, Nemčija in Luksemburg.

1.5. Skupne značilnosti sistemov zdravstvenega varstva v svetu

Ne glede na različne sisteme zdravstvenega varstva in njihove značilnosti, za večino sistemov zdravstvenega varstva zahodnoevropskih držav velja (Saltman, 2002, str. 1):

- zdravstvene storitve so javna dobrina,
- solidarnost in pravičnost,
- obveznost sodelovanja državljanov v sistemu zdravstvenega varstva,
- regulativna vloga države.

Načelo solidarnosti vsakemu državljanu omogoča enak dostop do potrebnih zdravstvenih storitev v skladu z njegovimi dohodkovnimi zmožnostmi. Bistvo načela **solidarnosti** enači vse državljane v 'skupnosti'. Vsi državljani so torej del te skupnosti, v okviru le-te pa morajo biti enako obravnavani. Načelo solidarnosti temelji na specifičnih smereh prelivanja sredstev, ki so vgrajene v sistem financiranja zdravstvenega varstva, in sicer (Saltman, 2002, str. 2):

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

Za večino sistemov zdravstvenega varstva je značilno hitro naraščanje izdatkov za zdravstvo in omejenost virov financiranja. Praviloma so izdatki v sistemu zdravstvenega varstva vedno naraščali hitreje od bruto domačega proizvoda. Omenjeni problem države rešujejo z omejevanjem izdatkov, povečevanjem virov financiranja ali kombinacijo obojega (Mossialos, Dixon, 2003, str. 1). Zdravstvene politike se tako na vedno večje pritiske financiranja pravic iz javnega zdravstvenega zavarovanja odzivajo v dveh smereh:

- omejevanje pravic, prenašanje pravic v zasebno financiranje,
- iskanje nove ravni smiselne solidarnosti na področju javnega zdravstvenega zavarovanja, s katero bi bilo še možno ponuditi vsem ljudem "potrebno" zdravstveno oskrbo na javni račun socialne države.

Naraščajoči izdatki za zdravstvo so tesno povezani z naslednjimi dejavniki:

- podaljševanje povprečne življenjske dobe prebivalstva, zlasti v gospodarsko razvitejših državah sveta, kar pomeni tudi rast potreb po zdravstvenih storitvah (Hoffmeyer, McCarthy, 1994, str. 82–84; Culyer, Mills, 1989, str. 2–3),
- spremembe v zdravstvenem stanju prebivalstva, ki kažejo dve različni podobi: v gospodarsko razvitih državah se odražajo v nadaljnjem porastu kroničnih degenerativnih bolezni, v manj razvitih državah pa so v porastu nalezljive bolezni in stanja, ki kažejo na slabe higiensko-sanitarne razmere, revščino, naraščajoči kriminal in nerešena socialna vprašanja (Saltman, Figueras, 1997, str. 15–21),
- razvoj medicinske tehnologije, uvajanja novih zdravil in metod zdravljenja pri stanjih in boleznih, ki jih do nedavnega zdravniki niso zdravili, kar vse skupaj pogojuje skokovito povečevanje vlaganj v področje (Saltman, Figueras, 1997, str. 22–28; Hoffmeyer, McCarty, 1994, str. 81; Culyer, Mills, 1989, str. 3–4),
- zasvojenost in prevelika odvisnost prebivalstva od zdravstvenih storitev, ki niso vedno nujne in s katerimi ljudje poskušajo reševati tudi druge, nezdravstvene probleme (Hoffmeyer, McCarty, 1994, str. 84–88).

2. SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI

2.1. Zgodovinski pregled

Zdravstveno varstvo se je v Sloveniji razvijalo skladno z razvojem na geopolitičnem področju, ki mu je Slovenija pripadala. Do leta 1945 je za zdravstveno varstvo na področju Slovenije značilen Bismarckov model, med letoma 1945 in 1992 je imela zelo močno vlogo država, po letu 1992 pa je za Slovenijo ponovno značilen sistem socialnega zavarovanja.

2.1.1. Obdobje do leta 1945 – Bismarckov model zdravstvenega varstva

Sistem zdravstvenega zavarovanja je začel nastajati sredi 19. stoletja. Zdravstvena oskrba je bila sprva zagotovljena preko neposrednih plačil uporabnikov izvajalcem. Prvi koraki v smeri zdravstvenega zavarovanja so bili storjeni, ko je bil sprejet Zakon o rudarjih leta 1854, ki je uzakonil skupni sklad, iz katerega se je krilo obvezno zavarovanje za rudarje in livarje. Leta

1858 so zavarovanje za primer bolezni dobili tudi železničarji, leta 1869 pa je bilo zavarovanje razširjeno še za primer poškodbe (Albreht et al., 2002, str. 7).

V letu 1888 je **Avstro-ogrska monarhija** sprejela Zakon o obveznem bolniškem zavarovanju, s katerim je po nemškem vzoru prevzela sistem bolniških blagajn. Omenjeni zakon je urejal status delavcev, ki so bili zaradi poškodb pri delu skupaj z družinami ob izpadu dohodka materialno ogroženi. Poleg tega so delavci z obveznim zavarovanjem pridobili nekatere pravice do plačane zdravstvene pomoči in pripomočkov. Matere so imele pravico do porodnine, ob smrti zavarovanca pa so bili svojci upravičeni do pogrebne (Albreht et al., 2002, str. 7).

Leto kasneje je bila prva bolniška blagajna ustanovljena tudi v Ljubljani. V večjih slovenskih mestih je nato nastalo še 30 bolniških blagajn, pred začetkom druge svetovne vojne pa jih je bilo že več kot 100 (Jelisavčič et al., 1997, str. 15–16). Sistem bolniških blagajn je z določenimi organizacijskimi in vsebinskimi spremembami deloval do druge svetovne vojne. V tem času je bil storjen velik napredek pri razvoju primarnega zdravstvenega varstva in skrbi za najbolj ranljive skupine prebivalstva kot so otroci, šolarji in druga mladina (Toth, 1999, str. 145–146).

V času **kraljevine SHS** je na področju Slovenije deloval soliden sistem zdravstvenega varstva. Razvijati se je začela socialna medicina, ustanavljali so se socialno-higienski zavodi za preprečevanje bolezni, zdravstveni domovi in osrednji zavod za higieno in medicino. Ustanovljeni sta bili tudi zdravniška zbornica in zdravniško društvo (Albreht et al., 2002, str. 8).

V letu 1918 je narodna vlada za Slovenijo dotedanje bolniške blagajne nadomestila z Okrajno bolniško blagajno v Ljubljani, ki pa se je štiri leta pozneje v skladu z jugoslovanskim zakonom o zavarovanju delavcev preimenovala v Okrožni urad za zavarovanje delavcev na področju Dravske banovine. V tem času je bila država glavni nosilec in izvajalec socialnega zavarovanja (Košir, 1992, str. 6).

2.1.2. Obdobje med letoma 1945 in 1992 – sistem nacionalnega zdravstvenega varstva

Po letu 1945 je bila pozornost namenjena izgradnji socialne blaginje, poleg centralističnega planskega gospodarstva pa se je izvajalo tudi plansko zdravstvo. Programi zdravstvenega varstva, mreže zdravstvenih zmogljivosti in obseg sredstev, namenjenih za zdravstveni sistem, so se določali iz enega samega centra (Košir, 1992, str. 12). Takratno socialno zavarovanje je vključevalo pokojninsko zavarovanje, invalidsko zavarovanje, zdravstveno zavarovanje in zavarovanje za porodniški dopust, izvajali pa so ga v letu 1952 ustanovljeni okrajni zavodi za socialno zavarovanje. Velja poudariti, da v tem času kmetje, samozaposleni in obrtniki ter druge poklicne skupine niso bili zavarovani.

Z reformo leta 1954 in 1955 je bilo zdravstveno zavarovanje ločeno od socialnega zavarovanja. Vzpostavila so se ločena zavarovanja za delavce, javne uslužbence, obrtnike in samozaposlene, kasneje pa tudi za kmete, ki so dobili minimalno zavarovanje (zavarovanje za nujno zdravljenje v bolnišnici, zdravljenje nalezljivih bolezni in preventivne dejavnosti). Zdravstveno zavarovanje so upravljali občinski zavodi za zdravstveno zavarovanje, ki so jih vodili predstavniki delodajalcev in zavarovancev. Prispevne stopnje so bile različne za različne vrste zavarovanja (zavarovanje za delavce, za obrtnike in za kmete). Slovenija je leta 1965 imela 15 zavodov za zdravstveno zavarovanje (Albreht et al., 2002, str. 9).

Razvoj socialističnega političnega sistema je vplival tudi na upravljanje zdravstvenega varstva. Zdravstveni zavodi so postali last države. Privatna praksa je bila prepovedana in vsi zdravniki so postali državni uslužbenci. Osnovno zdravstveno varstvo je bilo zagotovljeno v zdravstvenih domovih, ki so bili v lasti države in so vključevali splošno medicinsko dejavnost, pediatrično dejavnost, zdravstvene programe za šolske otroke in študente, medicino dela, specialistično dejavnost za pljučne bolezni, ginekologijo, zobozdravstvo in ostale podporne dejavnosti.

Specialistična ambulantna dejavnost in bolnišnična dejavnost sta se izvajali v javnih bolnišnicah. Vzporedno sta se razvijali tudi socialnomedicinska in higienska zdravstvena dejavnost. Na regionalni ravni so zavodi za higieno in socialno medicino spremljali epidemiološko situacijo. Nacionalni zavod za zdravstveno varstvo pa je skrbel za javnozdravstvene ukrepe za preprečevanje bolezni na ravni države (Albreht et al., 2002, str. 9).

Leta 1972 so se izenačile pravice do zdravstvenega zavarovanja za vse prebivalstvo Slovenije, vključno s kmeti (Kramberger, 1999, str. 1–2), kar predstavlja začetek uvajanja nacionalnega sistema zdravstvenega varstva (Beveridgeov model). Nova zdravstvena zakonodaja iz leta 1974 je uzakonila samoupravne odnose uporabnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev (Samoupravna interesna skupnost). Regijsko zasnovani zdravstveni centri, ki so vključevali zdravstvene domove, bolnišnice, lekarne in zavod za zdravstveno varstvo, so zagotavljali enako dostopnost do zdravstvenega varstva povsod v Sloveniji, tako za preventivne, kot kurativne dejavnosti. Centri so se financirali iz državnega proračuna preko že omenjenih samoupravnih interesnih skupnosti za zdravstvo.

Problem take organiziranosti je bila predvsem nepreglednost zdravstvene politike in slab nadzor nad porabo stroškov v zdravstvu ob nenadzorovani širitvi obsega pravic in preveč razraščeni administraciji (Zdravstvena reforma, 2003, str. 64).

Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva (država je prebivalcem zagotavljala vse pravice iz zdravstvenega varstva s pomočjo najširše solidarnosti vseh drugih državljanov (financiranje iz davkov)) je ne samo pri nas, ampak tudi drugod po svetu, kjer je bil v veljavi, povzročil nezadržno širjenje uveljavljanja pravic. To je povzročilo neskladje med ekonomskimi

zmožnostmi financiranja čedalje večjega obsega pravic. Za potrebe takšnega sistema so bila na voljo le sredstva iz prispevkov, torej javnih financ, drugi viri so bili zanemarljivi.

Zaradi razbremenjevanja naraščajočih javnih izdatkov za zdravstvo so bila uvedena doplačila uporabnikov (t.i. participacije). Večjih pozitivnih učinkov ni bilo, saj so bile participacije sorazmerno nizke. Doplačila zavarovancev k ceni storitev, ki so jo morali poravnati neposredno v zdravstvenih organizacijah, so dosegala le do 1,5 % vseh potrebnih sredstev za uresničevanje programa zdravstvenega varstva. Poleg tega, da niso predstavljala pomembnejšega finančnega vira, so povzročala precej drugih problemov (Toth, 1998, str. 54–55):

- Zahtevala so precej administrativnega dela v zdravstvenih zavodih, saj so morali administrativni in tudi zdravstveni delavci (predvsem medicinske sestre in farmacevti) posvetiti precej časa pobiranju denarja, izstavljanju potrdil o vplačilih in drugim delom, povezanim s pobiranjem participacij.
- Problem je predstavljalo tudi dejstvo, da so bili s participacijo najbolj prizadeti ljudje, ki so bili pogosto bolni in so potrebovali veliko zdravstvenih storitev različnih zdravstvenih dejavnosti. To so bile po pravilu starejše in kronično bolne osebe ter invalidi, ki neredko tudi teh minimalnih zneskov niso zmogli, ker so za njih v seštevku pomenili že resno breme.

Obveznosti plačil participacije so bili zato oproščeni vsi, ki niso ustvarjali ali razpolagali z dohodkom, nato tudi nosečnice, starostniki, itd. S širitvijo kroga oprostitev različnih kategorij prebivalstva in pozneje še pri posameznih boleznih, je participacija izgubila svoj namen. Obdobje doplačil je pokazalo mnogo pomanjkljivosti, ki so vodile k ugotovitvi, da vendarle ni moč ohraniti dosežene ravni pravic in standarda zdravstvenih storitev brez zagotovitve dodatnih virov. Pojavila so se razmišljanja o možnosti uvedbe zdravstvenega zavarovanja tudi pri nas.

Že pred osamosvojitvijo Slovenije je tako dozorelo spoznanje, da obstoječi sistem nacionalne zdravstvene službe ne more dati pravih rezultatov. Analiza je pokazala predvsem na največje pomanjkljivosti sistema, ki so bile (Toth, 1999, str. 145):

- pravice prebivalstva do zdravstvenih storitev in nekaterih drugih denarnih pravic so bile obsežne in celo neomejene ter niso bile odvisne od plačevanja prispevkov in od gospodarskih zmožnosti države,
- prevladovalo je pomanjkanje osebne, kolektivne in družbene odgovornosti ter skrbi za zdravje in zdravstveno varstvo, saj le-to ni bilo opredeljeno v zakonu ali v strategiji razvoja področja,
- sistem ni imel ekonomskih ali drugih spodbud za varčno in preudarno obnašanje izvajalcev ter uporabnikov zdravstvenih storitev,
- sistem je prepovedoval zasebno pobudo in sredstva na področju zdravstvenega varstva, saj je bilo njegovo delovanje vezano le na javna sredstva,

- upravljanje sistema je bilo sicer decentralizirano, vendar preveč razdrobljeno in premalo koordinirano med posameznimi ravni (republika, regije, občine), kar se je pokazalo kot neučinkovito in tudi finančno neracionalno,
- razmejitve pristojnosti, odgovornosti in pravic posameznika, delodajalcev, lokalne skupnosti, države, zdravstvenih delavcev in drugih pri varovanju zdravja posameznika, njegove družine in prebivalstva države v celoti so bile nejasne.

Zaradi pomanjkljivosti sistema, še posebej na področju financiranja, je bil model ukinjen leta 1990, naloge financiranja pa je prevzela Republiška uprava za zdravstveno varstvo kot državni organ v sestavi Ministrstva za zdravstvo. Le-ta je delovala do začetka leta 1992, saj je zaradi splošnih sprememb v družbi in osamosvojitve Slovenije morale priti do sprememb tudi na področju zdravstvenega varstva.

Kljub navedenim pomanjkljivostim pa je imel prejšnji sistem tudi pozitivne dosežke, ki so se odražali predvsem v sorazmerno visoki stopnji zdravstvene in socialne varnosti (vzpostavljene na načeli solidarnosti vsega prebivalstva), v vključenosti celotnega prebivalstva v obvezno zdravstveno zavarovanje, v dobri razvejanosti mreže zdravstvenih zmogljivosti, v dobri dostopnosti do zdravstvenih storitev, v razviti zdravstveni preventivi, še zlasti na področju varstva najbolj ranljivih skupin prebivalstva in v organizaciji zdravstvene službe, ki je temeljila na načelih primarnega zdravstvenega varstva.

2.1.3. Obdobje po letu 1992 – ponovna vzpostavitev Bismarckovega modela zdravstvenega varstva

Takoj po osamosvojitvi se je v Sloveniji začela reforma zdravstvenega sistema, ki je temeljila na naslednjih pomembnejših načelih (Toth, 1999, str. 147):

- Vzpostaviti je potrebno sistem zdravstvenega varstva in zavarovanja, v katerem bo pravno in dejansko opredeljena odgovornost vsakega posameznika, njegove družine, lokalnih oblasti, delodajalcev, zdravstvene službe in države,
- področje zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenih storitev mora biti v delu, ki je zakonsko zagotovljen vsemu prebivalstvu, organizirano kot lahko dostopna, javna in nepridobitna dejavnost,
- glede na gospodarske možnosti države je potrebno za ohranitev ravni zdravstvenih storitev nujno poiskati tudi druge vire sredstev in ne le sredstva javnih financ. En izmed teh virov naj bi bilo prostovoljno zdravstveno zavarovanje za storitve, ki niso predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja,

- tudi na področju zdravstvenega varstva je potrebno uvesti privatizacijo, ki pomeni možnost opravljanja zdravstvene dejavnosti v obliki zasebnega dela, vlaganje zasebnih sredstev v zdravstvene zmogljivosti in zdravstveno zavarovanje ali za kritje posameznih tveganj,
- upravljanje z ožjim sistemom zdravstvenega varstva, ki se nanaša na program zdravstvenih storitev, njegovo vrednotenje in pogoje izvajanja, je potrebno organizirati na demokratičen način, v katerem o teh vprašanjih odločajo interesno organizirani partnerji, ki so zanj tudi odgovorni,
- sistem zdravstvenega zavarovanja mora biti centralno in enotno organiziran ter upravljan, izvajanje enotno določenih nalog pa mora biti decentralizirano in približano prebivalstvu.

V okviru reforme je bila v marcu 1992 sprejeta nova zakonodaja za področje zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki je prinesla več novosti. Najpomembnejše med njimi so bile (Gracar, 1999, str. 31):

- prekinitev izvajanja sistema nacionalnega zdravstvenega varstva in uvedba sistema zdravstvenega zavarovanja,
- uvedba obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja,
- namesto participacij uvedena doplačila,
- postavitve Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) kot javnega zavoda, ki izvaja obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje,
- uvedba zasebne zdravstvene prakse, ki lahko storitve opravlja tudi kot sestavni del javne zdravstvene dejavnosti,
- partnerski pristop k oblikovanju obsega in vsebine programov ter elementov cen zdravstvenih storitev.

Dotedanji koncept 'nacionalnega zdravstvenega varstva' je bil opuščen, uvedlo se je obvezno zdravstveno zavarovanje za vse prebivalstvo v Sloveniji, ki temelji na načelih solidarnosti vseh zavarovanih oseb. Nova zakonska ureditev je predstavljala pozitiven premik na poti postopne modernizacije sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Zakon je uvedel dve obliki zdravstvenega zavarovanja: obvezno in prostovoljno. Osnovni namen take delitve je bil v tem, da bi se v določenem obsegu za pokrivanje potreb na področju uporabe zdravstvenih storitev v večji meri angažirala osebna sredstva.

Eden izmed ciljev reforme v letu 1992 je bil torej razbremenjevanje javnih sredstev za zdravstvo. Na podlagi zakona je bil zato uveden sistem doplačil za pravice, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Gre za nujne aktivnosti, ki se izvajajo tudi v nekaterih drugih državah, zaradi rastočih problemov pri uravnoteževanju virov in izdatkov. Pri tem velja omeniti, da se ukrepi izvajajo v imenu osnovnega socialnega cilja tj. ohranjati široko pokritost oziroma dostopnost prebivalstva do pravic iz tega javnega naslova. Po drugi strani pa doplačila v večji meri bremenijo osebe nižjih dohodkovnih skupin, kar veča nepravilnost in zmanjšuje solidarnost

v sistemu. Pretirana razširjenost doplačil odpira vprašanja, ali javni sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja še opravlja v celoti svoja socialna poslanstva.

2.2. Zakonske podlage sistema zdravstvenega varstva in zavarovanja v Sloveniji

Nova zdravstvena zakonodaja, s katero je bil odpravljen sistem nacionalne zdravstvene oskrbe in uveden sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, obsega naslednje zakone:

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92), sprejet leta 1992, predstavlja krovni zakon, ki ureja načela zdravstvenega varstva, poleg tega pa podrobneje opredeli zdravstveno zavarovanje. Z uzakonitvijo zdravstvenega zavarovanja se je Slovenija odločila za poseben način financiranja in upravljanja s tem področjem. Zanj je značilno, da se financira z namenskimi sredstvi, zbranimi s prispevki delodajalcev, delojemalcev in drugih zavezancev, s katerimi upravljajo njihovi izvoljeni predstavniki.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je porazdelil odgovornost za zdravje med posameznika, državo in širšo družbo. Država uresničuje naloge tako, da načrtuje zdravstveno varstvo, sprejema predpise in ukrepe za krepitev zdravstvenega stanja in varovanja zdravja, zdravstveno osvešča prebivalce, iz proračuna zagotavlja sredstva za določene namene, itd. Posameznik pa je po drugi strani zavezan k večji skrbi in odgovornosti za svoje zdravje. Poleg tega je po načelu solidarnosti in v skladu s svojo dohodkovno zmožnostjo zavezan k plačilu prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. Odgovornost delodajalcev se nanaša na izvrševanje predpisov s področja varstva pri delu ter ostalih aktivnosti za utrjevanje zdravstvenega stanja delojemalcev.

Na podlagi zakona je bil ustanovljen ZZZS, ki izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje, do 31.10.1999 pa je izvajal tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Obvezno zdravstveno zavarovanje lahko izvaja le ZZZS, prostovoljno zdravstveno zavarovanje pa lahko izvajajo tudi druge zavarovalnice. Zakon določa tudi vire sredstev, obseg in pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter pogoje za izvajanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Z novo zakonodajo je bilo financiranje zdravstva izločeno iz proračuna Republike Slovenije in prenešeno na ZZZS.

Prav tako je bil z novim zakonom izpolnjen pogoj za uvedbo zasebne zdravstvene dejavnosti kot sestavnega dela javne zdravstvene službe. Ta se lahko opravlja na vseh področjih razen na tistih, ki jih zakon prepoveduje (preskrba s krvjo, sodnomedicinska dejavnost).

Zakon vzpostavlja tudi načelo solidarnosti, ki predpostavlja, da vsak član skupnosti po svojih ekonomskih zmožnostih prispeva za pokrivanje bremen plačila zdravljenja vsem članom skupnosti, če oziroma ko ga potrebujejo. Solidarnost je namreč temeljni princip javnih sistemov zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki prevladujejo v evropskem prostoru. Osnovna predpostavka je, da zdravje ni običajno tržno blago, temveč javna dobrina. Dostop do ustreznega zdravstvenega varstva je tako ena izmed državljanskih pravic, ki se zagotavlja vsem, ki so vključeni v javni sistem, ne glede na zdravstveno, socialno in ekonomsko stanje ali sposobnost posameznika. Vendar pa je zakon sam z vpeljavo doplačil za pravice, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmanjšal pomen solidarnosti in socialne pravičnosti. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje namreč krije doplačila tudi za najbolj osnovne zdravstvene pravice, poleg tega pa so v sistemu enakih premij najbolj obremenjene najnižje dohodkovne skupine državljanov.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92) ureja vsebino in opravljanje zdravstvene dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni, javno zdravstveno službo ter povezovanje zdravstvenih organizacij in zdravstvenih delavcev oziroma delavk v zbornice in združenja. Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost, na sekundarni ravni obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost, na terciarni ravni pa opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov.

Zakon o lekarniški dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92) opredeljuje lekarniško dejavnost, subjekte, ki lahko opravljajo lekarniško dejavnost ter pogoje za opravljanje lekarniške dejavnosti. Zakon določa tudi institucijo, ki lahko ustanovi javni zavod za opravljanje lekarniške dejavnosti, vlogo koncesije za opravljanje lekarniške dejavnosti, priročne zaloge zdravil, bolnišnično lekarno, nadzor nad opravljanjem lekarniške dejavnosti ter vlogo Lekarniške zbornice Slovenije.

Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih (Uradni list RS, št. 101/99) določa zdravila in medicinske pripomočke za uporabo v humani in veterinarski medicini, pogoje za njihovo izdelavo in dajanje v promet ter pogoje in ukrepe za zagotavljanje njihove kakovosti, varnosti in učinkovitosti. Zakon se uporablja tudi za promet s prepovedanimi drogami, psihotropnimi snovmi in predhodnimi sestavinami za njihovo izdelavo, v kolikor poseben zakon ne določa drugače.

Zakon o zavodih (Uradni list RS, št. 12/91) ureja statusna vprašanja zavodov. Le-ti se lahko ustanovijo tudi za opravljanje dejavnosti zdravstva, če cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička. Opredeljuje opravljanje javnih služb, organe, splošne akte ter organizacijo zavoda, sredstva za delo in odgovornost za obveznosti zavoda ter nadzor nad zavodom.

Zakon o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 5/96) določa obračunavanje in plačevanje ter stopnje prispevkov za obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje, obvezno zdravstveno zavarovanje, za starševsko varstvo in za zaposlovanje v skladu z zakoni, na podlagi katerih so prispevki uvedeni, ter določa osnove za obračunavanje in plačevanje prispevkov za zaposlovanje.

2.3. Obvezno zdravstveno zavarovanje

2.3.1. Načelo obveznosti in obseg pravic

Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji je na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju enoten sistem, katerega nosilec in izvajalec je ZZZS. Zavod, kot javni zavod na podlagi zakonskih pooblastil, samostojno izpolnjuje svojo javno funkcijo, tj. zagotavljanje učinkovitega zbiranja in razdeljevanja javnih sredstev za pravično in kakovostno uresničevanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Osnovno načelo obveznega zdravstvenega zavarovanja je, da lahko zahteve do zdravstvenih storitev in drugih pravic po zakonu uveljavlja le oseba, ki je zdravstveno zavarovana pred zdravstvenimi tveganji, ki so posledica bolezni ali poškodbe. Zakon določa, da mora biti obvezno zavarovano vse prebivalstvo v Sloveniji. To zavarovanje temelji na načelih solidarnosti vseh zavarovanih oseb ne glede na svoj materialni položaj ali druge posebnosti. Pri tem so dolžni vsi, ki imajo dohodek, plačevati Zavodu prispevek za to zavarovanje. Tako je za vsakim zavarovancem tudi plačnik prispevkov. To je lahko zavarovanec sam, njegov delodajalec, osebe, ki opravljajo pridobitno, gospodarsko, kmetijsko, športno ali drugo dejavnost, občina ali država. Slednji dve plačujeta prispevke za osebe, ki se ne ukvarjajo s pridobitno dejavnostjo in nimajo lastnih dohodkov, kot na primer nezaposlene osebe in prejemniki socialnih pomoči. Med zavarovanci so tudi upokojenci, katerim prispevke plačuje Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Za nezaposlene osebe, ki prejemajo v času brezposelnosti ustrezno nadomestilo, plačuje prispevke Zavod za zaposlovanje. V Sloveniji bi morali biti po zakonu zajeti v zdravstveno zavarovanje vsi, ki imajo državljanstvo Republike Slovenije in stalno prebivališče na njenem območju ter osebe, ki v Sloveniji opravljajo kakršno koli pridobitno dejavnost in niso zavarovane po predpisih drugih držav (Toth, 1999, str. 149). Na dan 31. 12. 2002 je bilo v Sloveniji evidentiranih 1.961.434 obvezno zavarovanih oseb (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2002, 2003).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v 13. členu opredeljuje obseg obveznega zavarovanja kot zavarovanja za primer bolezni in poškodbe izven dela in kot zavarovanja za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Zavarovanim osebam se zagotavlja tudi v obsegu, ki ga določa zakon, plačilo zdravstvenih storitev, nadomestilo plače med začasno zadržanostjo iz dela, pogrebne in posmrtnine ter povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Zdravstveno zavarovanje torej zagotavlja zavarovancem dve skupini pravic, in sicer: pravice do zdravstvenih storitev in pravice do denarnih prejemkov (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992):

- Do **zdravstvenih storitev** iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja so upravičene vse zavarovane osebe in med njimi ni razlik. Med te storitve sodijo preventivni pregledi in storitve (sistematični pregledi, ukrepi za preprečevanje nalezljivih bolezni, ukrepi za zgodnje odkrivanje nekaterih bolezni, itd.), storitve zdravljenja na primarni, sekundarni in terciarni ravni, zdravljenje in nega na domu ter v posebnih socialnih zavodih in domovih za starejše, prevozi z reševalnimi vozili, zdravila, uvrščena na listo in medicinski pripomočki (ortopedski, ortotični, očesni, za sluh, idr.).
- Druga skupina pravic so pravice do nekaterih **denarnih prejemkov**. To so nadomestila plače za čas zadržanosti od dela iz bolezenskih razlogov, povračila potnih stroškov, pogrebne in posmrtnine. Do nadomestila plače so po zakonu upravičeni le zaposleni in kmetje, ki plačujejo poseben prispevek, do ostalih denarnih prejemkov pa tudi druge skupine zavarovanih oseb.

Obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije vseh navedenih storitev v celoti. V celoti so krite le preventivne storitve in ukrepi iz posebnega nacionalnega programa, storitve zdravljenja poškodb na delu in poklicnih bolezni, storitve namenjene otrokom, šolarjem in mladini, storitve svetovanja za načrtovanje rojstva otrok in materinstva, nujno zdravljenje in zdravljenje na domu ter zdravljenje nekaterih bolezni in stanj, kot so rak, diabetes, multipla skleroza, epilepsija, hemofilija, paraplegija in še nekatere. Pri vseh drugih storitvah in populacijskih skupinah krije obvezno zavarovanje le določen odstotek njihove cene. Zato zakon določa najnižji odstotek, ki ga mora zagotoviti obvezno zavarovanje pri posameznih skupinah storitev. Razliko do polne cene storitve mora plačati zavarovana oseba neposredno zdravstveni službi ob uveljavljanju svojih zahtev ali pa se za ta doplačila prostovoljno zavaruje. Omenjena določila so pripomogla pri razbremenjevanju javne porabe in k bistveno večjemu financiranju zdravstvenega sistema z zasebnimi izdatki hkrati pa so povzročila zmanjševanje solidarnosti in pravičnosti.

Pravice do zdravstvenih storitev in denarnih prejemkov opredeljuje zakon le okvirno. Za podrobnejšo opredelitev je pooblaščen ZZZZ, ki je sistem pravic podrobneje opredelil v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja. To velja tudi za razvrščanje zdravil na liste, s katerimi

ZZZS določi, katera izmed registriranih zdravil, predpisanih na recept, krije obvezno zdravstveno zavarovanje v celoti oziroma z doplačilom in za katera to zavarovanje ne prevzema kritja.

2.3.2. Izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja – ZZZS

Na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je Republika Slovenija 1. marca 1992 ustanovila ZZZS. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju natančno opredeljuje tudi organe, naloge in pristojnosti ZZZS. Le-te so opredeljene tudi v njegovem statutu (Uradni list RS, št. 87/01).

Osnovna funkcija ZZZS je izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja po načelih socialne pravičnosti in solidarnosti. Poleg tega ZZZS sklepa pogodbe z zdravstvenimi in drugimi zavodi, organizacijami in zasebnimi zdravstvenimi delavci, ki izvajajo zdravstveno dejavnost, izvaja mednarodne pogodbe o zdravstvenem zavarovanju, finančno poslovanje in opravljanje drugih strokovnih, nadzornih in administrativnih nalog.

ZZZS kot eden izmed partnerjev v zdravstvu (poleg Ministrstva za zdravje, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije ter pristojnih zbornic in drugih zavodov in organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost) sodeluje pri oblikovanju programa storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Na tej osnovi se določijo izhodišča za izvajanje programov in oblikujejo cene programov in storitev ter se pripravijo podlage za sklepanje pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev.

Dejavnost ZZZS upravlja skupščina, ki jo sestavljajo predstavniki delodajalcev in zavarovancev ter upravni odbor. Skupščini so lahko v pomoč in dopolnitev območni sveti, ki jih tudi sestavljajo predstavniki delodajalcev in zavarovancev. Ti sicer nimajo nikakršnih pristojnosti, tudi njihova ustanovitev je neobvezna, so pa organizirano javno mnenje o vprašanjih izvajanja zdravstvenega zavarovanja in primerna oblika sodelovanja ljudi pri razreševanju zdravstvenih problemov in naporov vse družbe za doseganje boljšega zdravja (Česen, 1998, str. 77).

ZZZS in njegovi izvršilni organi sprejemajo odločitve samostojno, o določenih pomembnih vprašanjih pa morajo dobiti soglasje Državnega zbora, Vlade Republike Slovenije oziroma Ministrstva za zdravje RS.

2.4. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je zavarovalniška dejavnost in obsega zavarovanja za zdravstvene storitve ter druge pravice, ki jih ne zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje. Zanj se zavarovanec odloči sam. Izvajajo ga zavarovalnice kot zavarovalniško dejavnost v breme poslovnih stroškov ali osebne porabe (Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. – predstavitev projekta, 2002, str. 6).

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja krijejo plačilo razlike med celotnimi stroški standardnih zdravstvenih storitev in stroški teh storitev, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Predmet zavarovanja so stroški obveznih doplačil zdravstvenih storitev, zdravil in pripomočkov po 23. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje krije stroške doplačil k zdravstvenim storitvam v osnovni zdravstveni dejavnosti, zdravljenja zobnih in ustnih bolezni, zobnoprostetičnega zdravljenja, specialističnoambulantnega zdravljenja, bolnišničnega zdravljenja, zdravljenja v tujini, zdraviliškega zdravljenja. Zavarovanje krije tudi stroške doplačil za zdravila na recepte skladno z veljavno listo zdravil (pozitivno in vmesno), za očne, ortopedske, ortotične, slušne in druge pripomočke in za reševalne prevoze v nenujnih primerih, skladno z indikacijo (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992).

V primerjavi z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, ki temelji na načelu solidarnosti, se lahko prostovoljno zdravstveno zavarovanje izvaja na dva popolnoma različna načina in sicer na podlagi vzajemnosti ali pa kot profitna dejavnost. Pri vzajemnostnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih se uveljavlja medgeneracijska vzajemnost. Vsi zavarovanci plačujejo enako nediferencirano premijo, pri čemer mlajše generacije trošijo relativno malo, starejše pa bistveno več. Izravnava je torej zagotovljena z medgeneracijsko vzajemnostjo. Pri profitno usmerjenih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih se posameznikom obračuna zavarovalna premija, ki upošteva tudi starost, spol zavarovanca, tablice smrtnosti, bolezenske tablice, trajanje sklenjene zavarovalne pogodbe in višino zavarovalno tehničnih rezervacij za starost (Gracar, 1999, str. 24).

2.4.1. Izvajanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja – ZZZS, Vzajemna in Adriatic

V Sloveniji smo, po zgledu mnogih evropskih držav, ki osnovni model obveznega zdravstvenega zavarovanja dopolnjujejo z načelom delitve stroškov (cost-sharing) oziroma sozavarovanjem (coinsurance), uvedli prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je bil uveden sistem doplačil zavarovanih oseb ob uveljavljanju zahtev do zdravstvenih storitev. Celotno kritje izdatkov za zdravstvene storitve je zagotovljeno otrokom, šolarjem in študentom, drugim osebam pa ob posameznih stanjih in boleznih. Za ostale

so predvidena doplačila, ki se gibljejo med 5 in 75 odstotki cene storitev, v odvisnosti od razloga obravnave in višine tveganja.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je v 61. členu določil, da je ZZZS dolžan uvesti prostovoljno zdravstveno zavarovanje za razliko do polne vrednosti storitev iz 2. do 6. točke 23. člena, lahko pa uvede tudi zavarovanje za pravice, ki niso v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Hkrati je zakon dopuščal možnost, da takšna zavarovanja uvedejo tudi druge zavarovalnice.

Glede na to, da obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije vseh stroškov storitev v celoti, je zakon podal možnost, da se obvezno zavarovane osebe po lastni presoji prostovoljno zavarujejo za širši obseg pravic, ki zajema zavarovanje za (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992):

- doplačila do polne cene zdravstvenih storitev, ki so sestavni del obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- višji oziroma ugodnejši standard zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- storitve, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne zagotavlja,
- zdravljenje v tujini, v primerih, ko ga ne krije obvezno zdravstveno zavarovanje.

Osebe, ki ne sklenejo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, morajo v primeru uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev same doplačati razliko do polne vrednosti storitev, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Za prostovoljno zdravstveno zavarovanje se je tako že v letu 1992 odločilo skoraj 1,2 milijona prebivalcev, v letu 2002 pa je število zavezancev znašalo okoli 1,35 milijona. Vzrok tako velikemu številu je ta, da je skoraj za vse zdravstvene storitve, tudi za take, ki zagotavljajo osnovno zdravstveno varnost, potrebno doplačilo.

V prejšnjem sistemu nacionalnega zdravstvenega varstva je bila uveljavljena tako imenovana participacija, ki jo je moral pri uporabi določenih zdravstvenih storitev plačati bolnik. V zneskovnem pogledu je bila obvezen pavšalni prispevek za pokritje dela stroškov zdravljenja (co-payment). Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je opustil participacijo in namesto nje uvedel obliko obveznih doplačil k uporabi posameznih vrst zdravstvenih storitev, ki so odstotni delež od vrednosti (cene) oziroma stroškov uporabljenih storitev. To z drugimi besedami pomeni, da je k višjim doplačilom zavezan tisti bolnik, ki uporablja več in dražje storitve. Osnovni predpogoj za sklenitev in veljavnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je urejen status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila je tako neločljivo povezano s

pravici iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in je kot tako sestavni del obveznega zdravstvenega zavarovanja (Bratuš, 1999, str. 30).

Na podlagi sprememb in dopolnitev Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je ZZZS leta 1999 ustanovil Vzajemno zdravstveno zavarovalnico in nanjo prenesel vse premoženje, terjatve in obveznosti, ki so se nanašale na prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Z izločitvijo omenjenega zavarovanja je osrednje poslanstvo ZZZS postalo izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Možnost, ki jo ponuja zakon, je edina izkoristila koprška zavarovalna družba Adriatic in v začetku leta 1993 uvedla prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila, dve leti kasneje pa še nadstandardna zdravstvena zavarovanja. Obseg pravic zavarovanja vseh doplačil je pri obeh ponudnikih enak, saj je zakonsko določen, pri nadstandardnih zavarovanjih pa so razlike precejšnje. Zakon je namreč določil le, da se državljani lahko zavarujejo tudi za večji obseg pravic ali višji standard storitev oziroma tudi za dodatne pravice, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne zajema, ni pa določil vsebine ali obsega pravic takšnega nadstandardnega zavarovanja (Marcon, 1997, str. 16).

Odločitev zavarovalne družbe Adriatic o vstopu na trg zdravstvenih zavarovanj je povzročila, da vsaj pri ponudbi zavarovanj za doplačila lahko govorimo o duopolnosti konkurence. Že samo s tem so postali odnosi med zavarovalcem in zavarovanci kot uporabniki storitev drugačni, kot bi bili pri monopolni ponudbi ZZZS.

2.5. Partnersko dogovarjanje

Sodobni sistemi zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja vedno bolj temeljijo na partnerskih pristopih reševanja osnovnih vprašanj na področju načrtovanja in izvajanja programov zdravstvenih storitev.

Ena izmed najpomembnejših sprememb, ki jih je prinesel Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je uzakonitev partnerskih pogajanj med nosilci različnih interesov kot metode upravljanja s programi zdravstvenih storitev. Gre za t.i. partnerski pristop pri oblikovanju obsega in vsebine programa ter elementov cen zdravstvenih storitev. Država sicer uzakoni osnovna pravila, vendar pa jih nato prepusti v izvajanje partnerjem. Le-ti imajo določene pristojnosti in vlogo pri odločanju. Odgovorni so za sprejemanje in uresničevanje 'nacionalnih' zdravstvenih programov.

Ogrodje sistema zdravstvenega varstva sestavljajo trije partnerji z različnimi cilji in interesi (Absec, 1999, str. 4):

- Posamezniki (zavarovane osebe), katerih interes je ostati zdrav in zagotoviti si ustrezno medicinsko pomoč v primeru bolezni. Prav zato se pojavi tudi interes po združevanju v zdravstvene organizacije tiste oblike, ki jim lahko nudijo oziroma zagotavljajo ustrezno zdravstveno varstvo. Združujejo se v zavarovalni organizaciji (ZZZS), ki jim proti plačilu prispevkov (premije), zagotavlja zdravstveno varstvo. Trend v svetu je takšen, da so prav zdravstvene zavarovalnice tiste, ki so nosilke zdravstvenega interesa vseh svojih zavarovancev.
- Zdravniki in ostali zaposleni v zdravstvu, ki opravljajo zdravstveno dejavnost ter s tem zdravstvene storitve za celotno populacijo. Želijo poklicno prostost, opravljati delo v dobrih delovnih pogojih in za to delo dobiti plačilo. To so Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč in Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije.
- Država, ki je dolžna poskrbeti predvsem za enakomerno in pravilno zadovoljevanje vseh materialnih in duhovnih potreb. Njena vloga je izvajanje arbitraže v primeru nastalih problemov, ki bi lahko ovirali delovanje sistema. Država je tisti člen, ki zastopa skupne, družbene interese na področju zdravstvenega zavarovanja in ima med partnerji nadrejen položaj. Predstavlja jo Ministrstvo za zdravje RS.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju partnerjem nalaga sprejem vsakoletnega splošnega dogovora in področnih dogovorov za posamezna področja. Omenjeni dokumenti vsebujejo določila, ki se nanašajo na splošne usmeritve glede izvajanja posameznih zdravstvenih programov, kalkulativne elemente cen zdravstvenih storitev, morebitna dodatna sredstva za širjenja programov, reševanje sporov in kot taki predstavljajo pravno osnovo za podpis pogodbe med posameznim izvajalcem zdravstvenih storitev in ZZZS. V procesu pogajanj naj bi se torej partnerji dogovorili o obsegu, vsebini in razdelitvi zdravstvenih programov med zdravstvene dejavnosti ter ovrednotili zdravstvene programe tako, da njihova skupna vrednost ne bi presegla velikosti razpoložljivih finančnih sredstev za financiranje programov. Splošne in področne dogovore naj bi sprejeli v roku, ki bi omogočil sklepanje pogodb med izvajalci ter ZZZS, najkasneje v začetku tekočega leta.

3. OPREDELITEV NAČELA SOLIDARNOSTI IN PRAVIČNOSTI

Cilj vseh sistemov zdravstvenega varstva v državah EU je zagotoviti dostop do zdravstvenih pravic na ustrezni kakovostni ravni vsem državljanom. Dostop do zdravstvenih pravic mora biti pravičen, kar pomeni enako obravnavo vseh državljanov z enakimi zdravstvenimi težavami. Po načelu solidarnosti vsak državljan za pravičen dostop do zdravstvenih pravic prispeva v skladu s svojimi dohodkovnimi zmožnostmi. Vendar mora biti tudi prispevanje oziroma zbiranje sredstev za financiranje zdravstvenega varstva pravično.

Sistemi zdravstvenega varstva v EU temeljijo na izvajanju načela solidarnosti in zagotavljanju pravičnosti tako pri dostopu do zdravstvenih pravic, kot tudi pri zbiranju sredstev. Pomen pojmov solidarnosti in pravičnosti je predmet obsežnih teoretičnih razprav.

3.1. Pravičnost kot temelj solidarnosti

Solidarnost je temeljno načelo javnih socialnih in zdravstvenih sistemov financiranja, po katerem se finančna bremena za zdravljenje in druga tveganja, povezana z boleznimi in poškodbami, solidarno porazdeljuje med vse aktivno prebivalstvo, ne glede na spol, starost, zdravstveno stanje, ekonomski status ipd. Pri tem vse aktivno prebivalstvo prispeva v solidarnostni sklad proporcionalni delež ustvarjenega dohodka, ne glede na to, koliko porabi. Načelo solidarnosti izhaja iz spoznanja, da je zdravje osnovna vrednota ne samo posameznika, temveč celotne družbe, zato se finančna bremena ne nalagajo zgolj na tiste, ki uveljavljajo storitve, temveč se jih pravično porazdeli med vse člane skupnosti (Strateški razvojni program zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji, 1998, str. 122).

Pravičnost je eden poglobitvenih ciljev na področju zdravstva. Države si prizadevajo za pravičen dostop do zdravstvenih pravic in pravično financiranje zdravstvenega varstva (zbiranje sredstev in razdeljevanje sredstev med izvajalce). Pravično zbiranje sredstev opredeljuje solidarnost, ki je podlaga za pravičen dostop do zdravstvenih pravic. Pravičnost pri zbiranju sredstev predstavlja temelj solidarnosti. Pravičnost je vrednotno in moralno aktiven pojem, ki izraža vrednotno in moralno presojo – posameznika, družbene skupine, družbe ali mednarodne skupnosti – o tem, ali so določene zdravstvene ali družbene razlike poštene (pravične, nepristranske, pravilne), na osnovi tega, kako posameznik in družbene skupine pojmujejo naravno pravico in pravičnost (Letica, 2003, str. 22).

Pravičnost se pogosto nepravilno enači s pojmom **enakosti**. Sistem zdravstvenega varstva nikakor ne more temeljiti na načelu enakosti. To bi pomenilo, da vsi državljani dobijo, ne glede na njihovo zdravstveno stanje, potrebe in plačilne zmožnosti, enako zdravstveno varstvo (količinsko in kakovostno). Vsak sistem zdravstvenega varstva se tako sooča z zdravstveno neenakostjo, ki se nanaša na vsa odstopanja ali razlike v zdravju, dostopu do zdravstvenega varstva ali njegovi uporabi med različnimi posamezniki, družbenimi skupinami ali področji, ne glede na to, kaj povzroči takšna odstopanja.

Dejavniki razlik (neenakosti) v zdravju so naslednji (Whitehead, 1990, str. 6):

- naravna, biološka odstopanja (v zdravstvenem stanju),
- zdravju škodljivo obnašanje, ki ga posameznik izbere po lastni volji, kot je denimo sodelovanje pri nekaterih športih in zabavah,
- prehodna (trenutna) prednost v zdravju ene skupine v primerjavi z drugo, zato ker je ta skupina prva sprejela bolj zdrav življenjski slog (ta prednost traja dokler druge skupine nimajo na voljo sredstev za doseganje omenjene skupine),
- škodljiv življenjski slog, pri katerem je stopnja svobode pri izbiri življenjskega sloga resno omejena,
- izpostavljenost nezdravim, stresnim življenjskim in delovnim pogojem,
- neustrezen dostop do ključnih zdravstvenih in drugih osnovnih storitev (služb),
- naravna selekcija ali z zdravstvenim stanjem povezana negativna socialna mobilnost bolnih ljudi.

Ob tem se pojavlja vprašanje, katere neenakosti oziroma razlike v zdravstvu so pravične oziroma nepravične. **Nepravičnost v zdravstvu** označuje le tisti del neenakosti oziroma razlik v zdravstvu, ki veljajo za nepravične: s stališča naravne pravice ali prevladujočega sistema vrednot, javnozdravstvene ideologije, politike ali katere od številnih teorij pravičnosti. Velja ugotovitev, da absolutne enakosti v zdravstvu preprosto ni moč uresničiti: ne takrat, ko gre za zdravje posameznika, ne takrat, ko gre za zdravstveno stanje raznih družbenih (in področnih) skupin in državnih skupnosti (Letica, 2003, str. 22).

Izmed že navedenih dejavnikov, ki vplivajo na neenakost v zdravju, prvi trije dejavniki ne morejo veljati za nepravične, saj so posledica biološke prikrajšanosti (oziroma prednosti) ali proste človekove izbire, ne pa zavestne družbene akcije.

Za presojo o tem, ali je določena neenakost oziroma razlika v zdravju ali dostopu do zdravstvenega varstva pravična ali ne, lahko uporabimo tri kriterije (Whitehead, 1990, str. 6–7):

- izogibnost: če se določeni neenakosti v zdravju ali zdravstvu ni moč izogniti (tehnično, finančno ali moralno), je ne moremo smatrati kot nepravično,

- izbira, tj. pravica in možnost proste izbire: če posameznik ali družbena skupina po svoji volji izbere obnašanje, ki je zdravju škodljivo, se zdravstvene neenakosti, ki iz takšne izbire izhajajo, ne morejo smatrati kot zdravstvene nepravilnosti,
- obstoj agenta, tj. ustanove ali družbene skupine, ki bi lahko bil odgovoren za nastanek in ohranjanje zdravstvenih neenakosti. Tak agent je lahko denimo uprava podjetja, ki delavce izpostavlja nepravilnim (nepotrebni) zdravstvenim rizikom ali administracija, ki sprejema zdravstveno nepravilne ali škodljive predpise ali sklepe o zdravstvenem varstvu.

Definicijo, koncept in načela zdravstvene pravičnosti, ki jih je izdelala Margaret Whitehead, je sprejel tudi Evropski urad Svetovne zdravstvene organizacije. Zdravstvena nepravilnost je definirana kot razlike v zdravju, ki niso le nepotrebne in katerim bi se lahko izognili, temveč poleg tega veljajo še za nepošteno in nepravilne (Whitehead, 1990, str. 5).

V literaturi najdemo več vrst definicij, ki opredeljujejo pravičnost v zdravstvu:

Rawlsova teorija pravice, ki jo številni avtorji uporabljajo kot temelj definiranja pravičnosti v zdravstvu. Njegova teorija pravice kot poštenosti ima tri značilnosti (Rawls, 1971, str. 13):

- družba mora vsem ljudem zagotoviti popolnoma enake temeljne svoboščine,
- družba mora vsakemu posamezniku trdno zagotavljati enakost družbenih priložnosti (pri pridobivanju imetja, dohodka, izobraževanja, zaposlitve itd.),
- neenakosti (denimo progresivno obdavčevanje, pozitivna akcija ali pozitivna diskriminacija) se morajo strogo omejiti le na tiste, ki prinašajo oziroma lahko prinesejo korist najmanj privilegiranim (starim ljudem, otrokom, bolnim, revnim, manjšinam itd.).

Po definiciji **Svetovne zdravstvene organizacije** v idealnih okoliščinah pravičnost v zdravstvu pomeni, da mora imeti sleherni človek pošteno možnost, da v celoti uresniči zdravstveni potencial in, če govorimo še bolj praktično, da nihče ne sme biti diskriminiran pri uresničevanju tega potenciala, kar pomeni, da mora imeti sleherni človek fizični (prostorski) in finančni dostop do razpoložljivih virov zdravstvenega varstva.

Svetovna banka loči dve vrsti pravičnosti:

- vodoravna pravičnost je načelo, po katerem morajo ljudje, ki so v enakem ali podobnem (socialnem) položaju, plačevati enake ali podobne zneske davka ali prispevka (za zdravstveno varstvo),
- navpična pravičnost je načelo, po katerem morajo biti ljudje, ki so v različnih socialnih položajih, različno obravnavani, kar pomeni, da morajo tisti, ki so v ugodnejšem ekonomskem in socialnem položaju, namenjati in plačevati za zdravstvo (davke na splošno) več.

Aday in Andersen opredeljujeta, da je pravična tista porazdelitev storitev zdravstvenega varstva, v kateri je bolen (kakor jo definirajo pacient in njegova družina oziroma strokovno osebje, zaposleno v zdravstvenem varstvu) ključna determinanta razporeditve virov (Aday, Andersen, 1981, str. 4).

3.2. Merjenje pravičnosti

Z *vidika izenačenosti* je cilj pravičnosti delitev glede na potrebe. Dostop do zdravstvene oskrbe je v večini držav osnovna pravica državljanov, na katero dohodek in bogastvo nimata vpliva. Pravični sistem financiranja je po mnenju večine držav tisti, ki je pozitivno povezan z zmožnostjo plačila. Na strani zdravstvene oskrbe bi pravičnost dosegli tako, da bi sledili načelu enake oskrbe za enake potrebe ali načelu izenačenosti dostopa (Prevolnik, 1997, str. 69).

Če gledamo na pravičnost z *vidika minimalnih standardov*, moramo vsakemu članu družbe zagotoviti določen minimum oskrbe. V tem primeru se poudarja individualni pristop, ki pravi, da je naravno, da družbeni dogovori odsevajo različnost interesov in preferenc posameznikov. Vloga države v zdravstvu je le v zagotavljanju minimalne standardne oskrbe, ostale storitve naj bodo privatne, uporabljajo naj jih le tisti, ki jih želijo in ki jih lahko plačajo (Prevolnik, 1997, str. 69).

Večina evropskih držav definira svoje cilje na področju pravičnosti kot zagotavljanje:

- pravičnosti v financiranju zdravstvenega varstva (zbiranje sredstev in razdeljevanje sredstev med izvajalce),
- pravičnosti v dostopu do zdravstvenih storitev.

Pravičnost pri zbiranju sredstev je povezana z zmožnostjo plačila. Kot navaja že definicija Svetovne banke poznamo dve vrsti pravičnosti. Prva je vodoravna pravičnost, ki pomeni, da ljudje z enakim dohodkom in premoženjem enako plačujejo. Neenaka obravnava posameznikov z enakimi dohodki pomeni vodoravno nepravičnost (Mossialos, Dixon, 2002a, str. 277). Načelo navpične pravičnosti zahteva različno obravnavo zavezancev, ki so v različnem ekonomskem položaju. Težava nastane pri definiranju zmožnosti plačila. Načelo zmožnosti plačila oziroma ekonomske sposobnosti zahteva, da posamezniki pri financiranju zdravstva prispevajo v skladu s svojo relativno ekonomsko zmožnostjo plačila: premožnejši naj prispevajo absolutno (in relativno) več kot tisti, katerih ekonomska sposobnost je manjša.

3.2.1. Primerjava povprečnih dohodkov in izdatkov za zdravstvo po dohodkovnih skupinah

Večina držav pri ugotavljanju navpične pravičnosti primerja povprečne dohodke in izdatke za zdravstvo po dohodkovnih skupinah. Slabost takega pristopa je, da ne omogoča primerjav posameznih sistemov. Lahko le pove, ali je sistem progresiven, regresiven ali proporcionalen (Prevolnik, 1997, str. 72).

3.2.2. Kakwani indeks

Za primejavo med sistemi uporabljamo različne indekse. Eden najbolj uporabljanih je Kakwani indeks, ki meri odstopanje davčnega sistema od proporcionalnega.

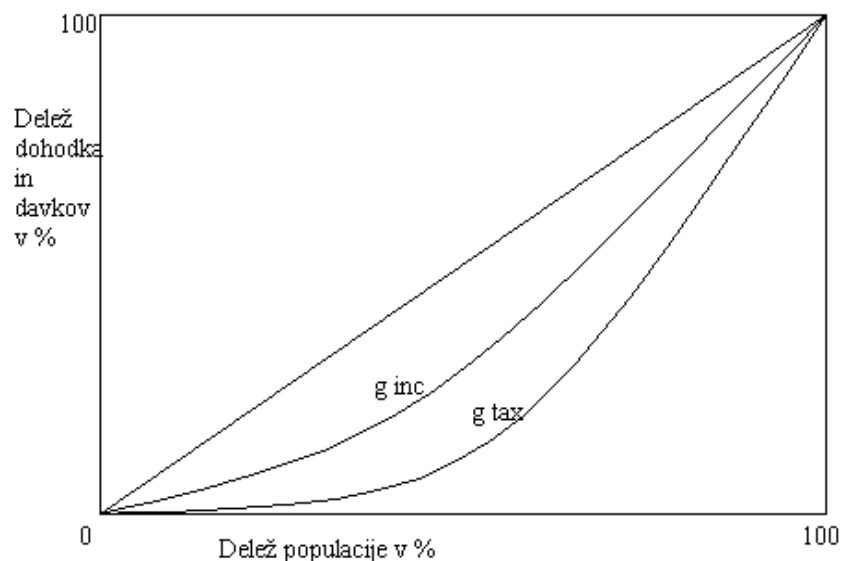
Krivulja g^{inc} na sliki št. 1 označuje Lorenzovo krivuljo za dohodek pred obdavčitvijo. Lorenzova krivulja prikaže kumulativne deleže populacije (rangirane glede na dohodek) glede na delež celotnega dohodka, ki ga prejmejo. Če so dohodki razporejeni enakomerno (spodnji decil populacije dobi 10 % celotnega dohodka itd.), potem Lorenzova krivulja sovpada z diagonalo. Če ne, se pravi, če spodnji decil populacije dobi manj kot 10 % celotnega dohodka populacije itd., bo Lorenzova krivulja upognjena navzdol, kot kaže slika št. 1. Krivulja g^{tax} označuje davčno koncentracijsko krivuljo, ki prikaže kumulativne deleže populacije (ki so rangirani glede na dohodek pred obdavčitvijo) glede na deleže celotnih davčnih obveznosti. Če so davki proporcionalni glede na dohodek, bo davčna koncentracijska krivulja sovpadala z Lorenzovo krivuljo za dohodek pred obdavčitvijo. Če je davčni sistem progresiven, davčna koncentracijska krivulja leži pod Lorenzovo krivuljo. Stopnjo progresivnosti sistema torej označuje obseg območja med Lorenzovo krivuljo in davčno koncentracijsko krivuljo (Prevolnik, 1997, str.72).

Ob predpostavki, da je sistem financiranja navpično pravičen tedaj, ko je progresiven (bogatejši plačujejo absolutno in relativno več kot revnejši), mora davčna koncentracijska krivulja ležati pod Lorenzovo krivuljo. Bolj kot leži pod njo, bolj je sistem progresiven.

Kakwani indeks P^K definiramo: $P^K = C^{tax} - G^{inc}$

Kakwani indeks je definiran kot razlika med neizenačenostjo obdavčenja in neenakostjo dohodkov. Pozitivna vrednost Kakwani indeksa je značilna za progresivne sisteme, negativna za regresivne, pri proporcionalnih sistemih pa je vrednost Kakwani indeksa enaka 0.

Slika št. 1: Grafični prikaz izračuna Kakwani indeksa



Vir: Wagstaff, Van Doorslaer, Paci v Prevolnik, 1997, str.72

4. IZDATKI ZA ZDRAVSTVO V SLOVENIJI V OBDOBJU 1992–2002

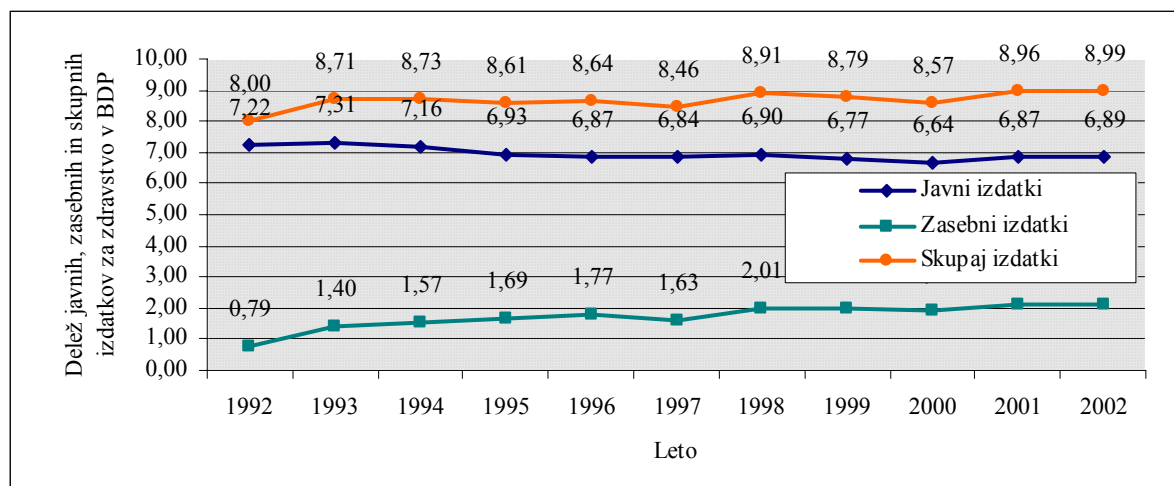
Skupni izdatki za zdravstvo zajemajo javne izdatke (obvezno zdravstveno zavarovanje, proračunska sredstva države in občin) in zasebne izdatke (prostovoljno zdravstveno zavarovanje in neposredna plačila).

Pogled v zadnje desetletje kaže, da se je delež skupnih izdatkov za zdravstvo v BDP povečeval. Ocena odstotka v BDP za leto 2002 znaša 8,99, kar v primerjavi z letom 1992 predstavlja 12,3 odstotno povečanje. Velja poudariti, da se je delež javnih izdatkov v BDP v omenjenem obdobju znižal, bistveno pa se je povečal delež zasebnih izdatkov za zdravstvo v BDP-ju (za 166,4 %).

Skupni izdatki za zdravstvo so se v obdobju 1992–2002 realno povečali za 31,3 % več kot pa je znašala realna rast BDP. Ob upoštevanju stalnih cen iz leta 2002 je bilo v tem letu za zdravstvo namenjenih kar za 222 milijard tolarjev več sredstev kot v letu 1992. Od tega so se javni izdatki

povečali za 136 milijard tolarjev, zasebni izdatki za zdravstvo pa za skoraj 86 milijard tolarjev. Vendar je bila realna rast zasebnih izdatkov bistveno višja, znašala je kar 346 %. Realna rast javnih izdatkov je znašala le 60 %.

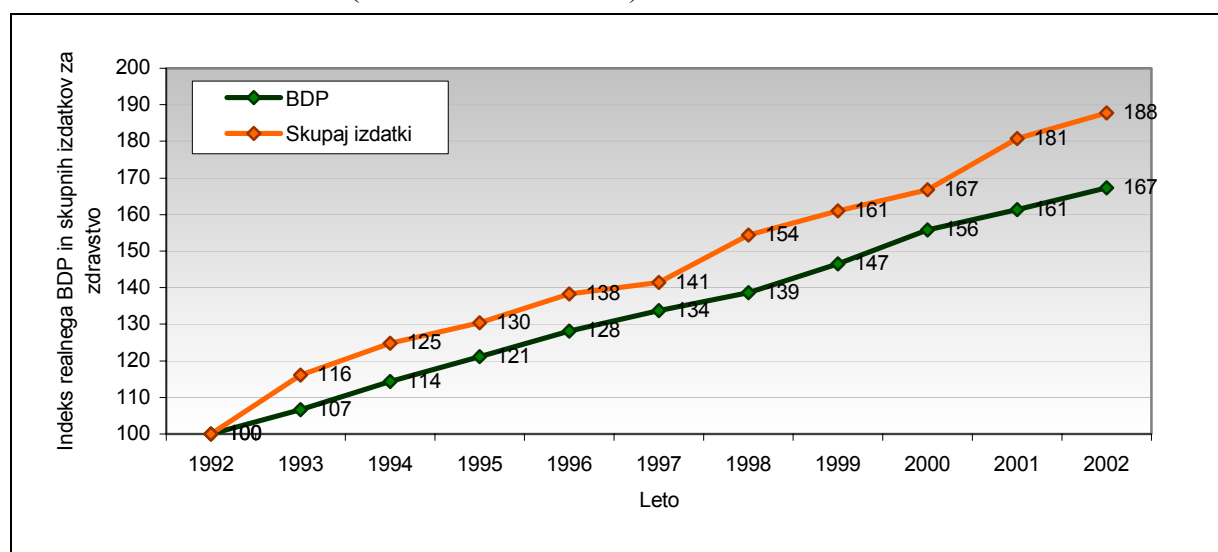
Slika št. 2: Delež javnih, zasebnih in skupnih izdatkov za zdravstvo v BDP v Sloveniji v obdobju 1992–2002 v %



Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 241.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je z uvedbo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja dosegel svoj namen – razbremeniti javno financiranje zdravstva, delež zasebnih izdatkov v skupnih izdatkih za zdravstvo se je namreč povečal z 9,8 % v letu 1992 na 23,3 % v letu 2002.

Slika št. 3: Indeks realnega BDP in skupnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v obdobju 1992–2002 (stalna baza leto 2002)



Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 242.

Tabela 1: Pregled skupnih izdatkov za zdravstvo po posameznih kategorijah v Sloveniji v obdobju 1992 do 2002 v stalnih cenah 2002

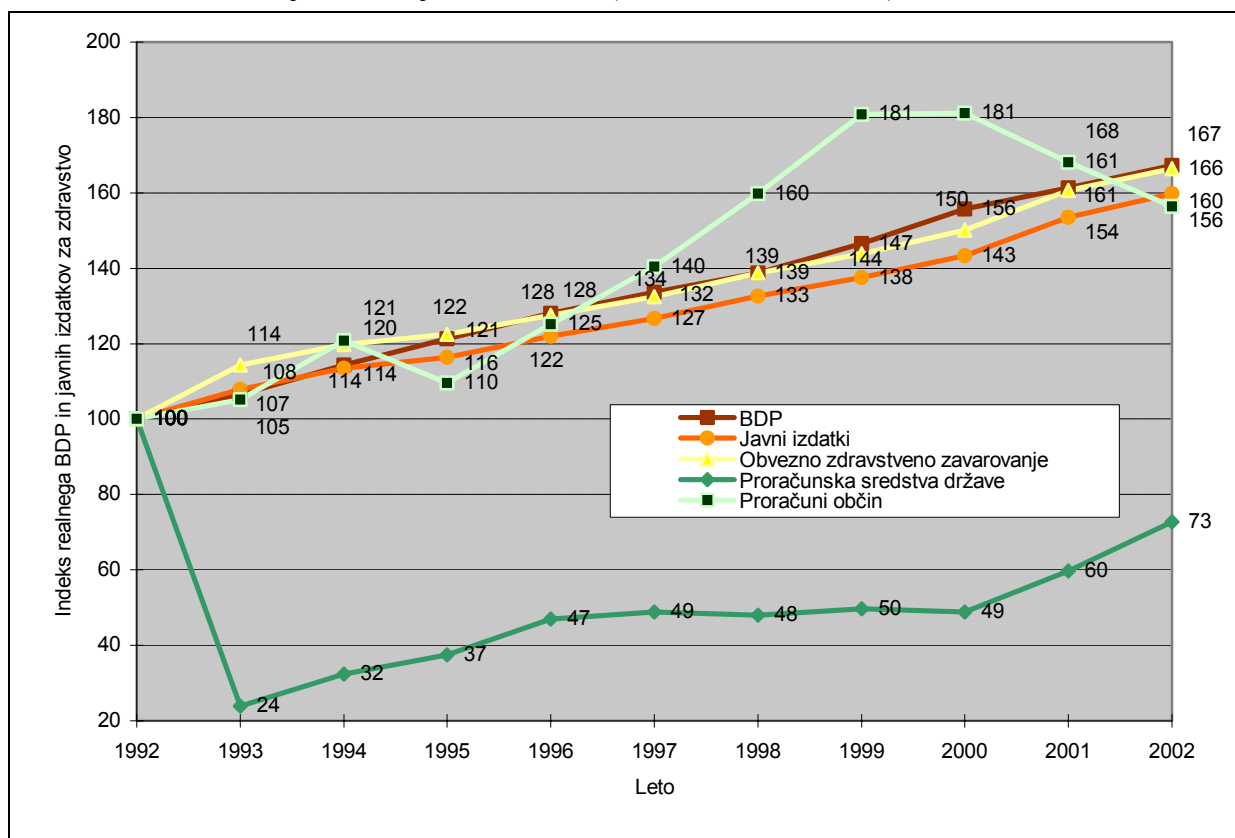
	1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002	
	Mrd SIT	% BDP	Mrd SIT	% BDP	Mrd SIT	% BDP	Mrd SIT	% BDP	Mrd SIT	% BDP	Mrd SIT	% BDP	Mrd SIT	% BDP	Mrd SIT	% BDP	Mrd SIT	% BDP	Mrd SIT	% BDP	Mrd SIT	% BDP
1. JAVNI IZDATKI	227,98	7,22	246,06	7,31	258,86	7,16	265,19	6,93	277,93	6,87	288,79	6,84	302,29	6,90	313,64	6,77	326,82	6,64	350,11	6,87	364,23	6,89
OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	209,80	6,64	239,99	7,13	251,09	6,95	256,85	6,71	267,71	6,62	277,93	6,58	291,18	6,65	301,80	6,52	315,10	6,40	336,93	6,61	349,20	6,61
Plačila za zdravstvene storitve	154,69	4,90	169,58	5,04	170,74	4,72	174,03	4,55	185,40	4,58	193,98	4,59	200,32	4,57	210,77	4,55	221,84	4,51	233,79	4,59	240,40	4,55
Plačila za zdravila in med. pripomočke	32,68	1,03	36,89	1,10	42,00	1,16	42,03	1,10	39,97	0,99	40,62	0,96	45,66	1,04	47,50	1,03	49,98	1,02	55,28	1,08	57,80	1,09
Stroški ZZS	5,21	0,17	5,28	0,16	5,48	0,15	5,41	0,14	5,88	0,15	6,25	0,15	6,44	0,15	6,35	0,14	9,15	0,19	10,19	0,20	10,10	0,19
Ostali stroški	17,22	0,55	28,24	0,84	32,87	0,91	35,38	0,92	36,45	0,90	37,09	0,88	38,76	0,88	37,18	0,80	34,13	0,69	37,67	0,74	40,90	0,77
PRORAČUNSKA SREDSTVA DRŽAVE	16,04	0,51	3,82	0,11	5,19	0,14	6,00	0,16	7,54	0,19	7,85	0,19	7,69	0,18	7,97	0,17	7,84	0,16	9,58	0,19	11,68	0,22
Za zdravstvene programe in ostale izdatke	15,58	0,49	2,11	0,06	2,04	0,06	2,66	0,07	4,82	0,12	5,27	0,12	5,02	0,11	5,23	0,11	4,91	0,10	5,67	0,11	7,02	0,13
Investicije	0,47	0,01	1,71	0,05	3,15	0,09	3,34	0,09	2,73	0,07	2,57	0,06	2,67	0,06	2,74	0,06	2,94	0,06	3,91	0,08	4,66	0,09
PRORAČUNI OBČIN	2,14	0,07	2,25	0,07	2,58	0,07	2,35	0,06	2,68	0,07	3,01	0,07	3,42	0,08	3,87	0,08	3,88	0,08	3,60	0,07	3,35	0,06
2. ZASEBNI IZDATKI	24,82	0,79	47,28	1,40	56,58	1,57	64,54	1,69	71,65	1,77	68,68	1,63	88,01	2,01	93,22	2,01	94,69	1,92	106,71	2,09	110,63	2,09
PROSTOVOLJNO ZDR. ZAVAROVANJE	0,00	0,00	20,77	0,62	28,20	0,78	34,29	0,90	39,63	0,98	35,17	0,83	48,96	1,12	56,55	1,22	58,09	1,18	62,24	1,22	64,52	1,22
NEPOSREDNA PLAČILA	24,82	0,79	26,50	0,79	28,39	0,79	30,25	0,79	32,02	0,79	33,51	0,79	39,04	0,89	36,67	0,79	36,59	0,74	44,47	0,87	46,11	0,87
3. SKUPAJ IZDATKI	252,81	8,00	293,34	8,71	315,45	8,73	329,73	8,61	349,58	8,64	357,47	8,46	390,29	8,91	406,86	8,79	421,51	8,57	456,82	8,96	474,86	8,99
4. BDP	3.159		3.366		3.614		3.829		4.046		4.224		4.381		4.630		4.920		5.097		5.285	

Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003.

4.1. Javni izdatki

V letu 2002 so javni izdatki za zdravstvo predstavljali 76,7 % skupnih izdatkov za zdravstvo, kar pomeni 6,89 % BDP. Zaradi bistvenega zmanjšanja deleža proračunskih sredstev države, namenjenih za zdravstvo v BDP, se je delež javnih izdatkov za zdravstvo v BDP celo zmanjšal in sicer s 7,22 % v letu 1992 na 6,89 % v letu 2002. Realna rast javnih izdatkov v proučevanem obdobju je za rastjo BDP zaostajala za 11,7 %, zaostanek za rastjo skupnih izdatkov je znašal skoraj 47 %, zaostanek za rastjo zasebnih izdatkov pa kar 476,7 %. Realno so se javni izdatki v letu 2002 glede na leto 1992 povečali za 136 milijard tolarjev.

Slika št. 4: Indeks realnega BDP in javnih izdatkov za zdravstvo po posameznih vrstah v Sloveniji v obdobju 1992–2002 (stalna baza leto 1992)



Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003.

4.1.1. Izdatki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

V letu 2002 so izdatki iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavljali skoraj 96 % vseh javnih izdatkov za zdravstvo oziroma 73,5 % skupnih izdatkov za zdravstvo. Realno so se izdatki v letu 2002 glede na leto 1992 povečali za dobrih 139 milijard tolarjev, delež v BDP pa

se je zmanjšal iz 6,64 % v letu 1992 na 6,61 % v letu 2002, kar pomeni zmanjšanje za 0,5 odstotka. Vzrok zmanjševanju izdatkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v odstotku v BDP je hitrejša rast BDP od rasti javnih izdatkov za zdravstvo. Počasnejša rast javnih izdatkov pa je posledica prelivanja izdatkov oziroma pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v pravice, ki jih zajema prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

Prispevna stopnja kot osnova za izračun prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje je določena z Zakonom o prispevkih za socialno varnost. Spodnja tabela prikazuje gibanje skupne prispevne stopnje za obvezno zdravstveno zavarovanje za zaposlene. Iz tega naslova ZZZS prejme kar 77,3 % vseh prihodkov. Naslednja po velikosti je kategorija upokojencev, katerim prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje plačuje Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Ti transferji predstavljajo 16,5 % vseh prihodkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Oba podatka se nanašata na leto 2002 (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2002, 2003).

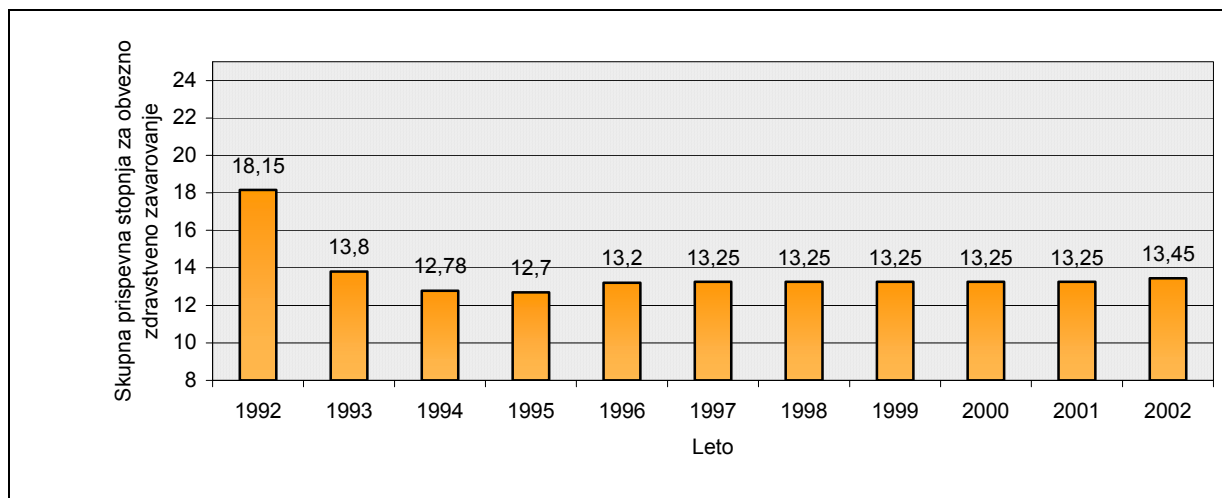
Tabela št. 2: Prikaz skupne prispevne stopnje za obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji v obdobju 1992–2002 v %

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Delojemalci	8,69	6,6	6,14	6,1	6,34	6,36	6,36	6,36	6,36	6,36	6,36
Delodajalci	9,46	7,2	6,64	6,6	6,86	6,89	6,89	6,89	6,89	6,89	7,09
Skupaj	18,15	13,8	12,78	12,7	13,2	13,25	13,25	13,25	13,25	13,25	13,45

Vir: Zakon o prispevkih za socialno varnost, Uradni list RS št. 5/96, 18/96, 34/96, 87/97, 3/98, 7/98, 106/99, 81/00, 97/01.

Veljavna skupna prispevna stopnja za obvezno zdravstveno zavarovanje znaša 13,45 %, od česar delojemalec prispeva 6,36 %, delodajalec pa 6,56 % in še 0,53 % za poklicne bolezni in poškodbe pri delu.

Slika št. 5: Skupna prispevna stopnja za obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji v obdobju 1992–2002 v %



Vir: Zakon o prispevkih za socialno varnost, Uradni list RS št. 5/96, 18/96, 34/96, 87/97, 3/98, 7/98, 106/99, 81/00, 97/01.

S 1. januarjem 2002 se je skupna prispevna stopnja povečala za 0,2 odstotne točke in sicer na strani delodajalcev. Omenjeno povišanje prispevne stopnje je bilo prvo po letu 1996. Vzrok nespremenjeni ravni skupne prispevne stopnje tiči v prelivanju pravic, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, v pravice, ki jih krije prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Obstoječa raven skupne prispevne stopnje je tako ob dani rasti plač in drugih osnov, od katerih se plačujejo prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje, zagotavljala zadostne vire za financiranje čedalje manjšega obsega pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Z omenjenim povišanjem v letu 2002 pa se je poskušala vsaj delno zmanjšati predvidena izguba ZZZS v letu 2002. Kljub povečanju skupne prispevne stopnje je ZZZS za leto 2002 izkazal izgubo v višini 8,8 milijard tolarjev. Z namenom ohranjanja rednega financiranja in s tem stabilnih pogojev izvajanja pogodbeno dogovorjenih zdravstvenih programov je moral Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v celoletnem finančnem poslovanju likvidnostne vrzeli pokrivati z izdatnim zadolževanjem. Težnje po dvigu prispevne stopnje so se sicer pojavljale že prej. V letu 2001 je namreč skupščina ZZZS Državnemu zboru republike Slovenije predlagala povišanje za 0,4 odstotne točke (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2002, 2003).

4.1.2. Izdatki iz proračunskih sredstev države in občin

Proračunska sredstva države so namenjena financiranju določenih razvojnih programov, del sredstev iz državnega proračuna pa predstavlja tudi vire sredstev za investicije v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija (Uradni list RS, št. 19/94). Za investicijska vlaganja v bolnišnice se namenja več kot polovica vseh proračunskih sredstev.

Proračunska sredstva države in občin predstavljajo 4,1 % vseh javnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v letu 2002 oziroma 3,2 % skupnih izdatkov za zdravstvo. Delež v BDP za leto 2002 je znašal 0,28 (od tega za proračunska sredstva države 0,22).

Proračunska sredstva države so v letu 1992 pomenila kar 0,5 % v BDP, kasneje pa se je ta delež zmanjšal predvsem na račun izločitve določenih sredstev (Republiška uprava za zdravstveno varstvo), ki jih je v upravljanje prevzel ZZZS. Prav zaradi tega so se proračunska sredstva države v letu 2002 glede na leto 1992 realno zmanjšala za približno 4,4 milijarde tolarjev. Če pa kot izhodišče upoštevamo leto 1993, pa so se omenjena sredstva realno povečala za 7,9 milijard tolarjev (za 205,5 %) .

Proračunska sredstva občin se namenjajo izvajanju dejavnosti izvajalcem zdravstvenih storitev, katerih ustanovitelj je občina. V obdobju 1992–2002 se višina omenjenih sredstev giblje na ravni 0,07 % BDP. Sredstva naj bi občine namenjale v skladu z zakonskimi pristojnostmi za zdravstvene programe in storitve, ki so za lokalna območja posebej pomembna in odražajo neposreden interes in potrebe uporabnikov na področju zdravstvenega varstva (Zdravstvena reforma, 2003, str. 245).

4.1.3. Poslovanje ZZZS v obdobju 1992–2002

Poslovanje ZZZS v obdobju 1992–2002 so opredeljevale naslednje značilnosti:

- na raven prihodkov ZZZS ni imel vpliva,
- hitrejša rast odhodkov v primerjavi z rastjo prihodkov,
- naraščajoči odhodki iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja so se v veliki meri ‘uspešno’ prerazporedili v odhodke prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja,
- od leta 2000 prihodki ne zadoščajo za pokritje odhodkov.

Za poslovanje ZZZS velja, da je bilo kljub neugodnim trendom na odhodkovni strani relativno stabilno do leta 2000. Izgube iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, pridelane v letih 1994 in 1995, je ZZZS kril iz rezervnih sredstev. Poleg tega je v omenjenih letih ZZZS izkazoval dobiček iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja tako, da je skupno izgubo beležil le v letu 1995. Vzrok za relativno stabilno poslovanje do leta 2000 je tudi v tem, da se je določen obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja prenesel v pravice, ki jih krije prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Odhodki za zdravstvo iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja so tako naraščali bistveno hitreje kot pa odhodki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V zadnjih treh letih pa je ZZZS posloval v rdečih številkah, skupna izguba v letih 2000–2002 je znašala skoraj 25 milijard tolarjev (v stalnih cenah 2002). Izguba v letih 2000 in 2001 je bila pokrita v breme Zavodovih sredstev iz splošnega sklada. Vse od leta 2000 dalje se je torej ZZZS

srečeval z zahtevnimi vprašanji zagotavljanja virov oziroma sredstev za financiranje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Vzroki so naslednji (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2002, 2003):

- finančne posledice globalnih trendov, kot so staranje prebivalstva, nove potrebe in zahteve prebivalstva,
- vse hitrejši razvoj medicinske tehnologije,
- uvajanje dražjih zdravil,
- posledice odločitev v širšem družbenoekonomskem okolju, kot npr. relativno hitro povečanje plač zdravstvenega osebja,
- uvedba davka na dodano vrednost,
- uveljavljene novosti v socialni in delovnopravni zakonodaji.

Prihodki ZZZS iz obveznega zdravstvenega zavarovanja zajemajo prispevke delojemalcev, delodajalcev, samozaposlenih (kmetje in obrtniki) in ostale prispevke ter transferje, med katerimi največji delež predstavljajo transferji, ki jih za pravice upokojencev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja plačuje ZPIZ. ZZZS na omenjene prihodke ne more vplivati, saj so tako prispevne stopnje, kot tudi zavezanci za plačilo prispevka in osnove, od katerih se obračunava prispevek oziroma transfer, zakonsko opredeljeni. Prispevki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavljajo praktično celotne skupne prihodke ZZZS tako, da le-ta s svojo poslovno politiko na prihodke nima nobenega vpliva.

V letu 2002 so bili vplačani prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje doseženi v višini 335,3 milijard tolarjev, kar predstavlja 98,5 % vseh prihodkov (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2002, 2003). Prispevki delodajalcev in delojemalcev znašajo 73,7 % vseh prihodkov, naslednji največji vir pa so transferji ZPIZ, ki prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje plačuje upokojencem. Ti transferji predstavljajo 16,5 % vseh prihodkov ZZZS.

Prihodki ZZZS iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so se v obdobju 1993–2002 realno povečali za 34 % (predvsem na račun rasti osnove za obračun prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje), odhodki pa za 45,5 %. Rast slednjih bi bila še bistveno višja, če zakon ne bi dovoljeval prenosa pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v pravice prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Zaradi tega so odhodki iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji v enakem obdobju realno zrastle kar za 211 %. Kot že omenjeno, so prihodki ZZZS iz obveznega zdravstvenega zavarovanja zakonsko opredeljeni in sicer z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter z Zakonom o prispevkih za socialno varnost.

ZZZS je imel bistveno več možnosti vplivati na odhodke. Na podlagi zakona je ZZZS izkoristil možnost prenosa dela pravic, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, v doplačila oziroma

v prostovoljno zdravstveno zavarovanje. S tem je odhodke, ki so do tedaj bremenili blagajno obveznega zdravstvenega zavarovanja, prelil na državljane.

V naslednji tabeli so predstavljeni prihodki in odhodki ZZZS v obdobju 1996–2002 po posameznih kategorijah.

Tabela št. 3: Prihodki in odhodki ZZZS iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v obdobju 1996 - 2002 v milijonih tolarjev v stalnih cenah 2002

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Skupaj prihodki	270.266	278.630	291.823	302.725	311.553	324.289	340.413
<i>Prispevki za socialno varnost</i>	<i>216.815</i>	<i>223.803</i>	<i>231.655</i>	<i>241.533</i>	<i>248.481</i>	<i>260.285</i>	<i>271.262</i>
- prispevki delodajalcev in delojemalcev	204.083	209.941	217.698	226.473	232.940	240.678	251.005
- prispevki samozaposlenih	11.604	12.111	12.585	13.933	14.219	13.867	14.305
- kmetje	1.706	1.526	1.402	1.345	1.059	805	794
- obrtniki	8.992	9.673	10.210	11.586	12.114	11.892	12.237
- ostali prispevki	1.128	1.750	1.373	1.127	1.322	5.739	5.952
<i>Nedavčni prihodki</i>	<i>5.192</i>	<i>4.422</i>	<i>7.706</i>	<i>6.188</i>	<i>6.768</i>	<i>4.357</i>	<i>4.531</i>
<i>Kapitalski prihodki</i>	<i>16</i>	<i>45</i>	<i>4</i>	<i>11</i>	<i>39</i>	<i>46</i>	<i>91</i>
<i>Transforni prihodki</i>	<i>48.243</i>	<i>50.359</i>	<i>52.457</i>	<i>54.993</i>	<i>56.265</i>	<i>59.602</i>	<i>64.526</i>
- ZPIZ	44.366	45.956	47.487	50.161	51.638	52.799	56.253
Skupaj odhodki	265.994	277.934	291.179	301.796	315.098	336.924	349.182
<i>Stroški dela Zavoda</i>	<i>7.287</i>	<i>7.495</i>	<i>9.563</i>	<i>10.506</i>	<i>9.928</i>	<i>9.132</i>	<i>9.293</i>
- stroški dela	2.046	3.287	3.432	3.650	4.047	4.404	4.348
- blago in storitve	4.065	4.208	6.129	6.855	5.880	4.727	4.631
<i>Investicijski odhodki</i>	<i>878</i>	<i>1.193</i>	<i>896</i>	<i>472</i>	<i>1.791</i>	<i>1.062</i>	<i>1.167</i>
<i>Tekoči transferji</i>	<i>257.829</i>	<i>269.246</i>	<i>280.721</i>	<i>290.819</i>	<i>303.379</i>	<i>326.730</i>	<i>338.722</i>
- boleznine	27.149	27.738	27.579	26.081	26.496	30.542	34.261
- drugi transferji posameznikom	3.063	3.180	2.792	2.771	2.863	2.683	2.407
- transferji neprofitnim organizacijam in ustanovam	0	0	0	0	977	960	952
- drugi tekoči domači transferji	223.933	234.592	245.977	258.356	271.293	289.264	298.494
- tekoči transferji v javne zavode in druge izvajalce javnih zdravstvenih storitev	223.933	234.592	245.977	258.356	271.293	288.688	297.860
- stroški dela	99.228	112.390	119.182	127.895	132.057	140.644	146.233
- blago in storitve	84.985	81.582	81.132	82.956	89.253	92.766	93.849
- zdravila, transfuzija krvi, cepiva in sanitetni material, medicinski pripomočki	56.979	108.911	45.663	47.504	49.983	55.278	57.778
- tekoči transferji v tujino	3.685	3.736	4.373	3.611	1.751	3.281	2.608
Presežek / primanjkljaj	4.272	696	644	929	-3.545	-12.635	-8.769

Vir: Poslovno poročilo za leto 1996–2002, ZZZS.

Odhodke ZZZS opredeljujejo stroški dela ZZZS, investicijski odhodki in tekoči transferji. Največjo postavko predstavljajo tekoči transferji, odhodki le-teh predstavljajo kar 97 % vseh odhodkov ZZZS. Na odhodke tekočih transferjev vplivajo boljša informiranost in osveščenost zavarovancev, ki se bolj zavedajo pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (in jih tudi koristijo), možnost za izboljšanje lastne kvalitete življenja, nove metode in sredstva za odkrivanje in zdravljenje bolezni (boljša diagnostika), spremembe v demografski strukturi prebivalstva, naraščajoči izdatki v povezavi z nakupi materiala in opreme za potrebe zdravstva ter že omenjena vrsta novih prevzetih obveznosti, ki izhajajo iz sprememb v kolektivnih pogodbah zaposlenih v zdravstvu, uvajanje DDV in sprememb pravic iz mejnih socialnih področij.

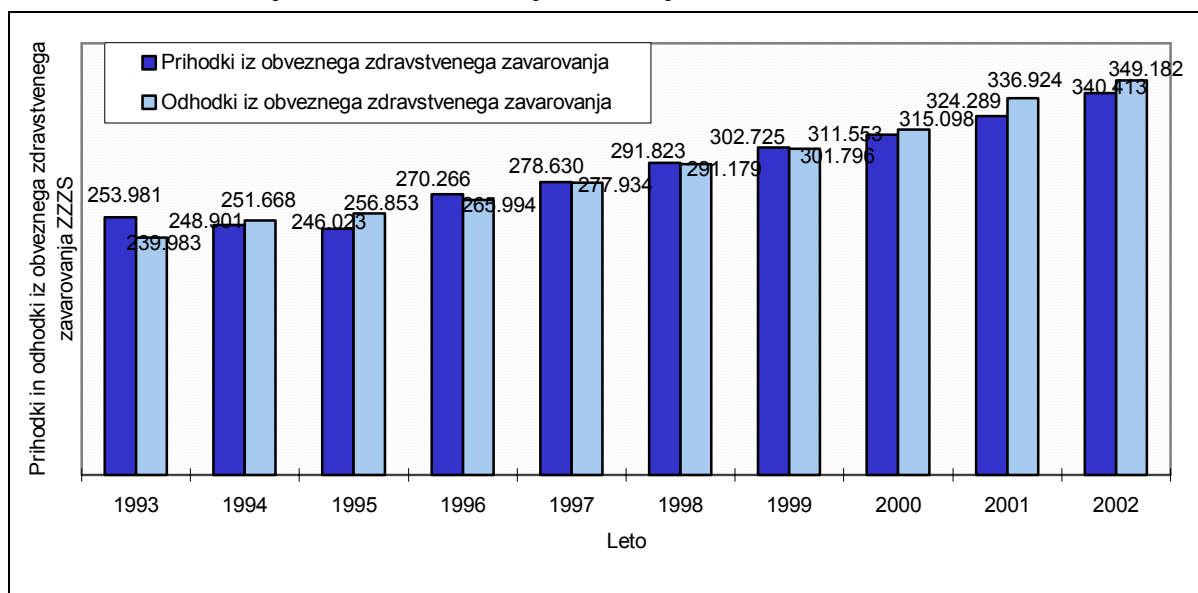
ZZZS je tako prevzel nove obveznosti, ki izhajajo iz sprememb v kolektivnih pogodbah zaposlenih v zdravstvu, uvajanje DDV in sprememb pravic iz mejnih socialnih področij. Odhodke ZZZS za nekatere nove obveznosti iz Zakona o delovnih razmerjih, Zakona o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti ter druge sistemske novosti je mogoče oceniti na okoli 3,3 milijarde tolarjev letno. Za večji del tega zneska je bilo razbremenjeno gospodarstvo oziroma delodajalci. K temu lahko dodamo tudi za okoli 2 milijardi tolarjev manj vplačanih prispevkov zaradi bonitet kot posledice uveljavitve 2. stebra pokojninske reforme. Tudi uvedba DDV pomeni za ZZZS na letni ravni 11 milijard tolarjev odhodkov brez nadomestila z novimi viri (Prednostne aktivnosti ZZZS v letu 2003, 2003).

1. 1. 2003 je ZZZS na podlagi novega Zakona o delovnih razmerjih prevzel še obveznost plačila nadomestila plače za čas odsotnosti od dela od vključno 120. delovnega dne začasne nezmožnosti za delo, poleg tega pa po novem obvezno zdravstveno zavarovanje bremeni tudi izplačilo nadomestila plače v primeru odsotnosti z dela zaradi darovanja krvi (Informacija o spremembah v obveznem zdravstvenem zavarovanju, 2002).

Med odhodki ZZZS predstavlja postavka tekoči transferji v javne zavode in druge izvajalce javnih zdravstvenih storitev najpomembnejšo vsebinsko postavko. Le-ta predstavlja kar 85,3 % vseh odhodkov ZZZS. Z omenjenimi odhodki ZZZS plačuje izvajalce zdravstvenih storitev v Sloveniji. Gre za plačevanje storitev osnovne zdravstvene dejavnosti, specialistične ambulantne dejavnosti in bolnišnične sekundarne in terciarne dejavnosti, zdraviliške zdravstvene dejavnosti, lekarniške dejavnosti in dejavnosti socialnovarstvenih zavodov. Okvirna vrednost celotnega dogovorjenega programa zdravstvenih dejavnosti (obvezno zdravstveno zavarovanje in doplačila) za leto 2002 je tako v cenah iz decembra 2001 znašala 258,6 milijard tolarjev (Splošni dogovor za pogodbeno leto 2002, 2002). Znesek ne vključuje nabavne vrednosti zdravil v lekarnah (znesek omenjenih tekočih transferov pa jih zajema). Od leta 1996 so se ti odhodki realno povečali za 33 %, v okviru teh pa so še bolj povečali odhodki, namenjeni plačam v zdravstvu, in sicer kar za 47,4 %. Delež odhodkov ZZZS namenjen plačam v zdravstvu se je iz 37,3 % v letu 1996 povečal na 41,9 % v letu 2002. Rast odhodkov za plače je posledica

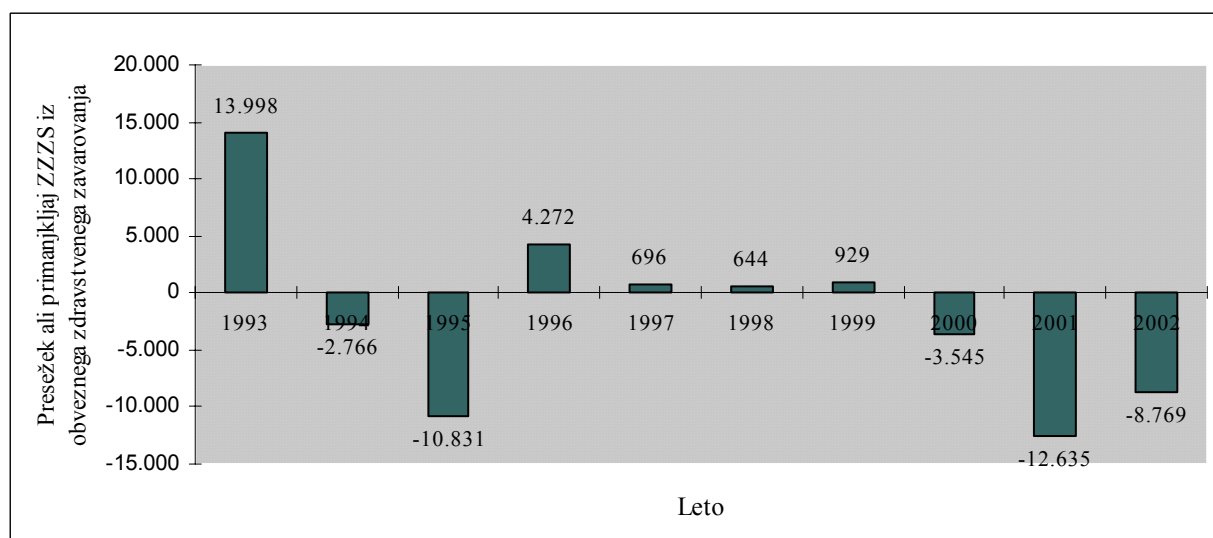
uspešnega uveljavljanja zahtev po višjih plačah s strani zdravnikov, zobozdravnikov in zaposlenih v zdravstveni negi, kar se je odražalo v spremembah kolektivne pogodbe za dejavnost zdravstva in socialnega varstva ter kolektivne pogodbe za zaposlene v zdravstveni negi. Plače navedenega osebja so močno zrasle v letih 1997, 1999 in 2001. V obdobju 1996–2002 se je povprečna plača v zdravstvu realno povečala za 47,5 %, povprečna plača v Sloveniji pa le za 15 % (Zdravstvena reforma, 2003, str. 265).

Slika št. 6: Prihodki in odhodki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZZS v obdobju 1993–2002 v milijonih tolarjev v stalnih cenah 2002



Vir: Poslovno poročilo za leto 1993–2002, ZZZS.

Slika št. 7: Presežek ali primanjkljaj ZZZS iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v obdobju 1993–2002 v milijonih tolarjev v stalnih cenah 2002



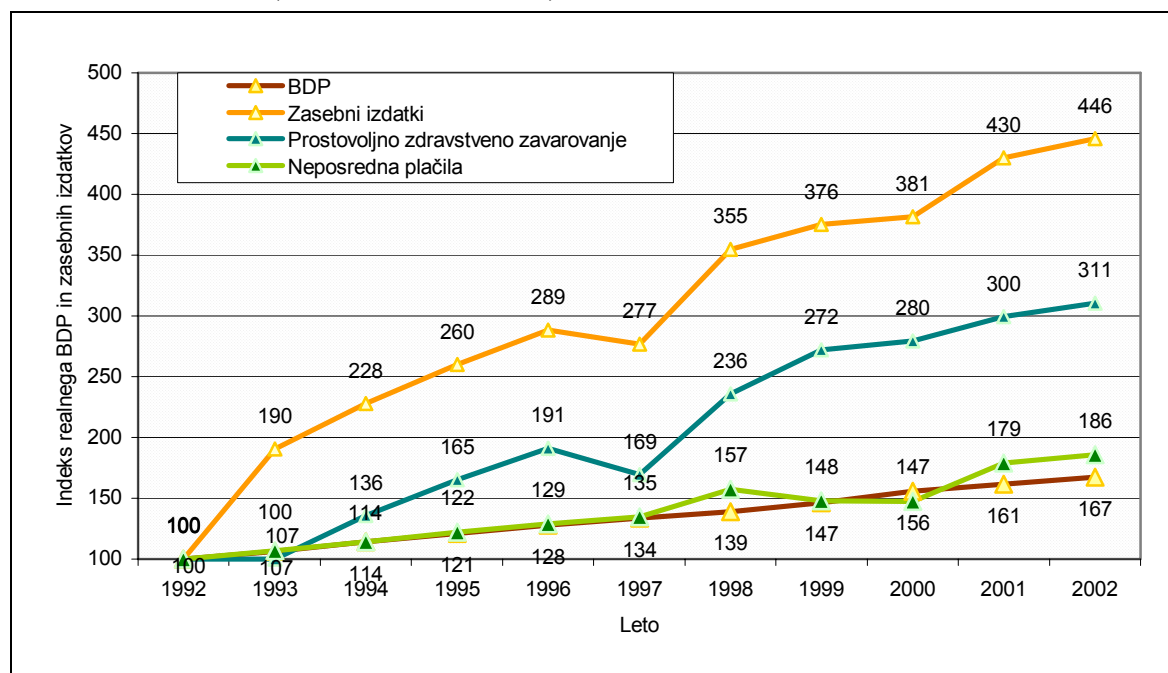
Vir: Poslovno poročilo za leto 1993–2002, ZZZS.

Od leta 2000 naprej ZZZS izkazuje primanjkljaj iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Le-ta bi se pojavil že prej in v večjem obsegu, če ZZZS ne bi del odhodkov prevail na državljane. Prevalitev je omogočil Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki je določil možnost povečanja doplačila za razliko do polne vrednosti zdravstvene storitve. Zaradi tega smo se državljani odločili za prostovoljno zdravstveno zavarovanje, preko katerega je v obdobju 1993–2002 v zdravstveni sistem prišlo za skoraj 450 milijard tolarjev (stalne cene 2002) sredstev državljanov. Za omenjeni znesek so bili torej razbremenjeni javni viri financiranja zdravstva.

4.2. Zasebni izdatki

Med zasebne izdatke za zdravstvo štejemo vplačane premije v okviru prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in neposredna plačila. V letu 2002 so zasebni izdatki znašali približno 111 milijard tolarjev, kar v primerjavi z letom 1992 pomeni realno povečanje za skoraj 86 milijard tolarjev oziroma kar za 346 %. Delež zasebnih izdatkov za zdravstvo v skupnih izdatkih za zdravstvo se je tako z 9,8 % v letu 1992 povečal na 23,3 % v letu 2002, delež zasebnih izdatkov za zdravstvo v BDP pa se je z 0,79 % povečal na 2,09 % (za 166,4 %). V primerjavi z enakimi kazalci za javne izdatke za zdravstvo je opaziti premik financiranja zdravstva v smeri večjega financiranja s strani zasebnih izdatkov. Delež javnih izdatkov za zdravstvo v BDP se je v obdobju 1992–2002 celo znižal, realno povečanje javnih izdatkov v letu 2002 glede na leto 1992 pa je bistveno manjše (le 60 %), kot enako povečanje pri zasebnih izdatkih za zdravstvo (346 %). Če je prelivanje pravic, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, v pravice, ki jih pokriva prostovoljno zdravstveno zavarovanje, po eni strani bistveno zmanjšalo realno rast javnih izdatkov za zdravstvo, pa je po drugi strani izredno pospešilo rast zasebnih izdatkov za zdravstvo, še posebej izdatkov v okviru prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Slika št. 8: Indeks realnega BDP in zasebnih izdatkov za zdravstvo (prostovoljno zdravstveno zavarovanje in neposredna plačila) v Sloveniji v obdobju 1992–2002 (stalna baza leto 1992)



Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 249.

4.2.1. Izdatki iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja

Izdatki za zdravstvo iz naslova prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja so se v proučevanem obdobju izrazito povečali. Od leta 1993 pa do leta 2002 so omenjeni izdatki realno porasli za 211 %, kar pomeni, da je bilo v letu 2002 v primerjavi z letom 1993 teh izdatkov realno več za skoraj 44 milijard tolarjev.

Vzrok za tako obsežno porast je bila uvedba doplačil za določene zdravstvene storitve v letu 1992. Obseg doplačil se je iz leta v leto povečeval. Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so se torej prenašale v pravice, ki jih je krilo prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Izdatki za zdravstvo iz naslova prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja so v letu 2002 znašali 13,6 % skupnih izdatkov za zdravstvo.

4.2.2. Izdatki iz neposrednih plačil

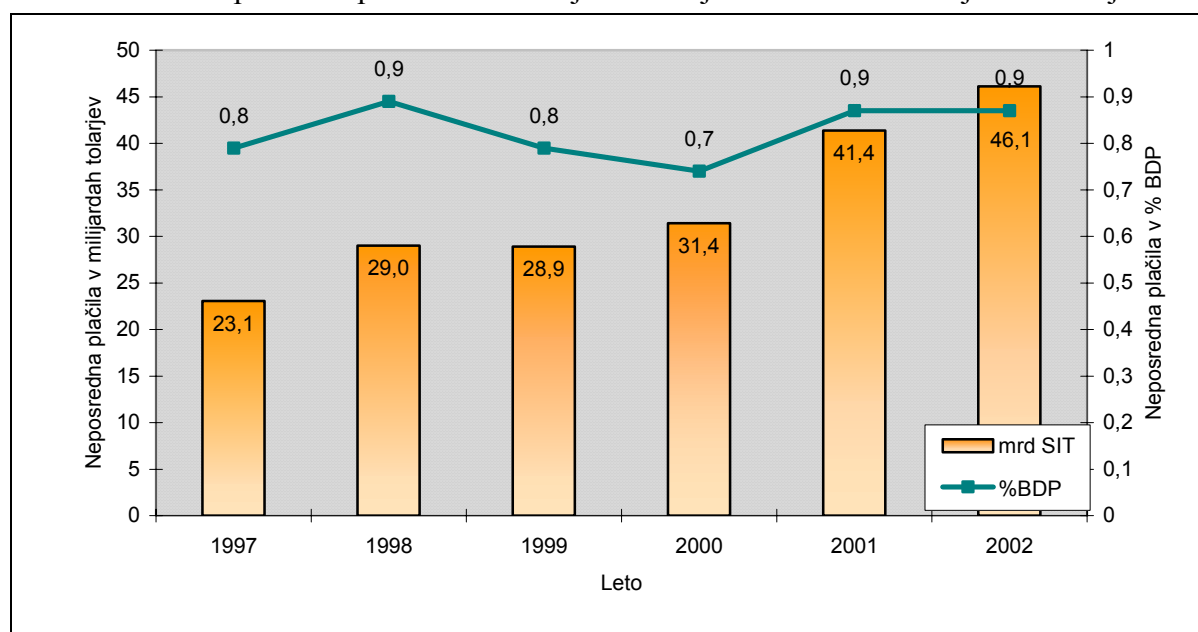
Državljeni nekatere zdravstvene storitve plačujemo tudi 'iz žepa' (out of pocket). Neposredna plačila obsegajo naslednje kategorije (Statistični letopis Republike Slovenije 2002, 2003):

- izdatki za zdravstvene izdelke, naprave in opremo,
- izdatki za zunajbolnišnične zdravstvene storitve,
- izdatki za bolnišnične storitve.

Podatke o neposrednih plačilih zbira Statistični urad Republike Slovenije na podlagi ankete o porabi gospodinjstev od leta 1997 dalje. Vzorec zajema več kot 1500 gospodinjstev, torej so podatki o oceni neposrednih plačil za zdravstvo dovolj verodostojni (Zdravstvena reforma, 2003, str. 248).

Delež neposrednih plačil v skupnih izdatkih za zdravstvo se v obdobju 1992–2002 ni bistveno spreminjal, v letu 2002 je znašal 9,7 %. Izdatki iz tega naslova so se v letu 2002 glede na leto 1992 realno povečali za dobrih 21 milijard tolarjev, kar pomeni 86 % rast.

Slika št. 9: Neposredna plačila v Sloveniji v obdobju 1997–2002 v milijardah tolarjev



Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 248.

5. PRIMERJAVA OBVEZNEGA IN PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI

5.1. Namen in značilnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja

Obvezno zdravstveno zavarovanje predstavlja največji del zagotovljenega zdravstvenega zavarovanja. Vsem zavarovanim osebam nudi dostop do zdravstvenih storitev, ki jih določata zakon in vsakoletno dogovarjanje med partnerji. Pravice iz tega zavarovanja pomenijo najvišji dosegljivi zdravstveni standard, ki ga država nudi zavarovanim osebam na račun javnega financiranja. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je z določitvijo dolžnosti zavarovanja vseh državljanov, opredelitvijo kategorij zavarovancev, pravic in obveznosti, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, postavil temelje za zagotavljanje ustreznega zdravstvenega varstva državljanom.

Značilnosti obveznih zdravstvenih zavarovanj v razvitem svetu so naslednje (Česen, 1998, str. 64):

- Obvezno zdravstveno zavarovanje je predpisano in urejeno z zakonom. Zakon določa vse pglavitne dejavnike zavarovanja in predpisuje pogoje za njegovo izvajanje: zavarovane osebe in obveznost zavarovanja, pravice iz zavarovanja, zavezance prispevkov, način financiranja, pravice in obveznosti zavarovanih oseb in zdravstvenih zavarovalnic pri uveljavljanju pravic.
- Zavarovanje temelji na načelu solidarnosti. Višina prispevka zavezancev je odvisna od višine plače, pri nekaterih zavezancih tudi od druge osnove, višina prispevka se obračunava v odstotku od plače. Bogatejši in revnejši plačujejo relativno enako, absolutno pa plačujejo bogatejši več kot revnejši. Višina prispevka ni odvisna od resnosti zdravstvenega problema posameznika, ki ta prispevek plača.
- Vir financiranja so prispevki. Prispevke plačujejo delodajalci, zaposleni in drugi zavezanci. Sredstva se zbirajo v javnem skladu. V primerih, da izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje država sama in ne pooblašene nevladne zavarovalne organizacije, se pravice financirajo s sredstvi državnega proračuna. Možno je, da se s prispevki plačuje le tekoča dejavnost zdravstvenega zavarovanja, razvojna dejavnost pa se financira iz drugih virov.
- Izračunavanje zdravstvenih tveganj ni dovoljeno.
- Močan vpliv in nadzor države. Opravljanje zdravstvene dejavnosti iz javnih zdravstvenih zavarovanj predstavlja javno odgovornost. Država mora zavarovati javno zdravstveno dejavnost kot socialno pravico vseh ljudi. Zato opravljanje zdravstvenih storitev ne more biti prepuščeno zdravstvenemu trgu.

- Obvezno zdravstveno zavarovanje izvajajo nevladne ustanove. Izvajanje tega zavarovanja je naloga zavarovalnih organizacij z avtonomnim financiranjem, vendar z omejeno poslovno in finančno avtonomijo.
- Obvezno zdravstveno zavarovanje je del celovite socialne varnosti državljanov. Pravice do zdravstvenih storitev iz javnih zdravstvenih zavarovanj so med najbolj pomembnimi in občutljivimi pravicami iz celovite socialne varnosti.

Poglavitna razlika med obveznim in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem je v spoštovanju temeljnega zavarovalniškega načela: če ni plačana zavarovalna premija, ni pravice (izključitveno načelo). V prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih se to načelo dosledno upošteva. V obveznih zavarovanjih pa ima zavarovana oseba pravico do nujne zdravstvene oskrbe tudi v primeru, da zanjo ni plačan prispevek za to zavarovanje. V tej značilnosti obeh zavarovanj se kaže javni zdravstveni interes za zdravstveno preskrbljenost vseh ljudi s pravicami obveznega zdravstvenega zavarovanja ter osebni interes za zavarovanje določenih zdravstvenih tveganj prek prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Česen, 2003, str. 161).

5.2. Namen in značilnosti prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je bilo v Sloveniji uvedeno z namenom (Česen, 1998, str. 66):

- razbremeniti javni finančni sektor pri zagotavljanju doseženega zdravstvenega standarda. Zdravstvena poraba se je do leta 1992 financirala skoraj izključno z javnimi viri. Delež javnih sredstev v zdravstveni porabi naj bi se zmanjševal na račun zasebnih sredstev, ki jih bodo posamezniki prispevali neposredno ali prek različnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj,
- demokratizirati zdravstveno varstvo na način, da je posamezniku ponujena možnost izbire, ki presega raven zdravstvenega varstva, ki jo zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje.

Značilnosti, ki opredeljujejo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, so praviloma naslednje (Česen, 1998, str. 66 - 67):

- Zakon omogoča prostovoljno zdravstveno zavarovanje, vendar ga ne ureja. Urejanje odnosov med zavarovancem in zavarovalno organizacijo praviloma temelji na individualni pogodbi. Različne skupinske in krovne pogodbe so le dopolnilo in pomoč pri oblikovanju individualnih pogodb ter mehanizem za odobravanje ugodnih zavarovalnih pogojev (npr. nižje skupinske premije).
- Zavarovalni temelj je vzajemnost, zato imajo zavarovanci občutek neposredne osebne povezanosti med koristmi zavarovanja in višino zavarovalne premije.

- Vir financiranja so premije, višino le teh določajo zavarovalnice, glede na poslovni uspeh zavarovanja kot del poslovne politike.
- V prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju se smejo ocenjevati zdravstvena tveganja. Zavarovalnice lahko oblikujejo premije na podlagi donosnosti zavarovanja glede na zdravstveno stanje ali starost zavarovancev.
- Nevmešavanje države v poslovanje, ki nadzira le pravilnost poslovanja prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v obsegu in na način, kot to počne pri drugih gospodarskih subjektih.
- Prostovoljno zdravstveno zavarovanje izvajajo zavarovalnice na zavarovalnem trgu kot dobičkonosno dejavnost, pri čemer so same odgovorne za svoj poslovni uspeh.
- Prostovoljno zdravstveno zavarovanje ni vključeno v celovito socialno varnost državljanov. Pravice do zdravstvenih in nezdravstvenih storitev iz tega zavarovanja ustrezajo osebnemu zdravstvenemu interesu posameznika. Zadovoljujejo zdravstvene zahteve ljudi, ki v skrbi za lastno zdravje želijo nekaj več. Zaradi tega se tudi financira na račun zasebnih sredstev.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je tudi določil, da se prostovoljno zdravstveno zavarovanje lahko uvede tudi za večji obseg pravic ali višji standard storitev (B) in pa še za dodatne pravice (C). Pri slednjih dveh zavarovanjih iz skupine (B) in (C) govorimo o nadstandardnih zdravstvenih zavarovanjih, zavarovanje za doplačila pa skupaj s pravicami iz obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavlja tako imenovani osnovni standard (Strmičnik, 1995, str. 10).

Dopolnilno in dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje konkurirata obveznemu. Če dosežeta v družbi zelo širok obseg, je to lahko znak dvoma in nezaupanja prebivalstva v resnično zadostnost in ustreznost obveznega zdravstvenega zavarovanja. Vsebina, obseg in oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja so odvisni od tega, kako zdravstvena politika v konkretni državi razreši temeljno dilemo tega zavarovanja: ali gre pri njem za socialni popravek v javnem interesu ali za osebne interese posameznika (Česen, 2003, str. 162).

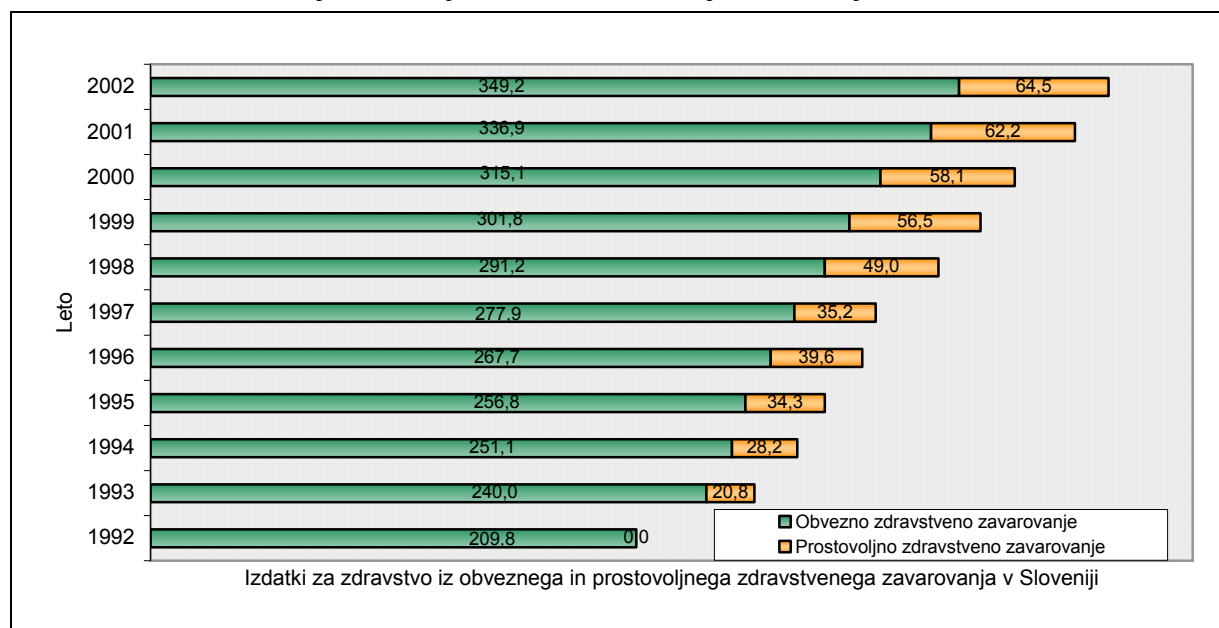
Prostovoljno zdravstveno zavarovanje naj bi bilo tako namenjeno le prebivalcem, ki v skrbi za lastno zdravje želijo višji standard storitev. Za to vrsto zavarovanja se praviloma odloči manjše število premožnejših prebivalcev. V Sloveniji so zaradi drugačnega pomena in vsebine prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (podaljšano obvezno zdravstveno zavarovanje) prostovoljno zavarovani skoraj vsi državljani.

5.3. Primerjava izdatkov iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja

Uvedba prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je dejansko pomenila razbremenitev javnih financ. Izdatki za zdravstvo iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja so v obdobju 1993–

2002 znašali skoraj 450 milijard tolarjev (stalne cene 2002), kar pomeni, da bi se ob predpostavki ohranjanja zdravstvene ponudbe in neuvedbe prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja morala ta sredstva poiskati v okviru javnih izdatkov oziroma neposrednih plačil. Izdatki za zdravstvo iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja so se v omenjenem obdobju realno povečali za 211 %, izdatki za zdravstvo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pa le za 45,5 %.

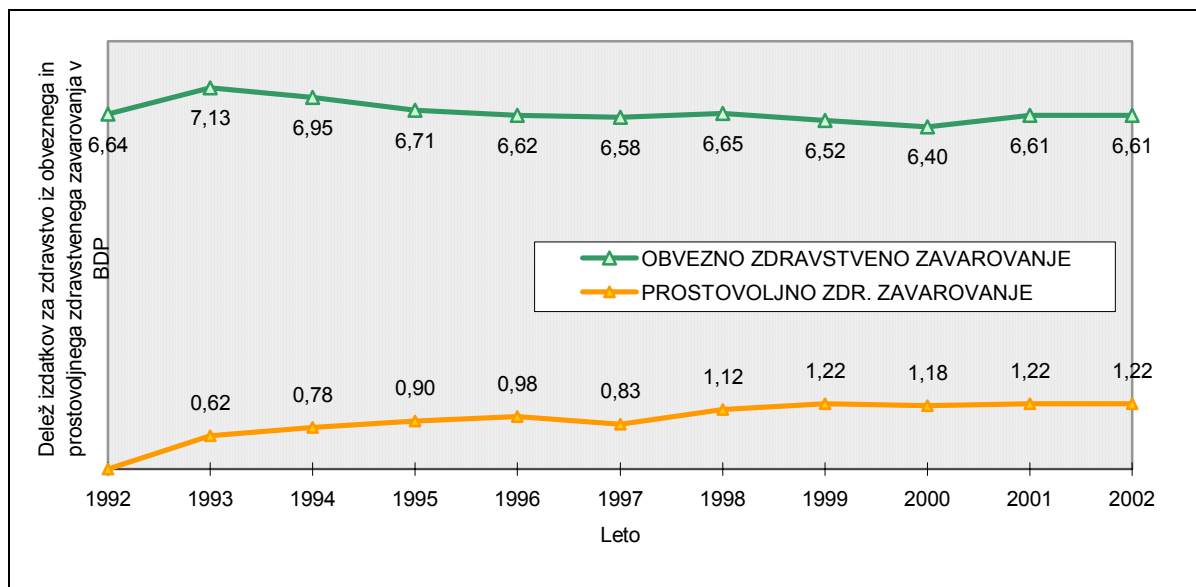
Slika št. 10: Izdatki za zdravstvo iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji v obdobju 1992–2002 v milijardah tolarjev v stalnih cenah 2002



Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003.

Zaradi bistveno višje rasti se je delež izdatkov za zdravstvo iz prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v skupnih izdatkih za zdravstvo iz leta v leto povečeval, v letu 2002 je znašal 13,6 %, iz leta v leto se je povečeval tudi delež omenjenih izdatkov v BDP. Delež izdatkov za zdravstvo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pa je zaradi tega stagniral. Zaradi priliva zasebnih sredstev, ki ga je omogočala sistemska ureditev, ni bilo pritiskov za povečevanje javnih virov financiranja zdravstva. Ob tem naj omenim, da je bila prispevna stopnja za obvezno zdravstveno zavarovanje nespremenjena od leta 1996 pa vse do 1. 1. 2002.

Slika št. 11: Delež izdatkov za zdravstvo iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v BDP v Sloveniji v obdobju 1992–2002



Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003.

Razlog za bistveno počasnejšo rast izdatkov za zdravstvo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v primerjavi z rastjo izdatkov za zdravstvo iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je prenos pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v pravice prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

5.4. Oženje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Oženje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je predvidel že Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Omenjeni zakon je namreč določil meje, do katerih je dopustno oženje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja razporeja v šest skupin. Za prvo skupino pravic stroške v celoti pokrije obvezno zavarovanje, za preostalih pet pa je predpisano, kakšen odstotek stroškov mora zavarovanec plačati sam oziroma se zanj dodatno zavarovati.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v 23. členu določa najnižji odstotni delež vrednosti storitev iz obveznega zavarovanja za posamezne skupine storitev, in sicer (Uradni list RS, št. 9/92):

- **Najmanj 95 %** pokritje pravic (2. skupina): v 2. skupino pravic so vključene pravice v zvezi s presaditvijo organov in drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi, ne glede na razlog, pravice zdravljenja v tujini ter storitve intenzivne terapije, radioterapije, dialize ter drugih nujnih in najzahtevnejših diagnostičnih, terapevtskih in rehabilitacijskih posegov.
- **Najmanj 85 %** pokritje pravic (3. skupina): v 3. skupino pravic so vključene storitve ugotavljanja in zdravljenja zmanjšane plodnosti ter umetne oploditve, sterilizacije in umetne prekinitve nosečnosti. V to skupino so uvrščene storitve osnovne zdravstvene dejavnosti, ki niso z obveznim zavarovanjem krite v celoti, vključno z zdravljenjem zobnih in ustnih bolezni. Nadalje so sem uvrščene tudi storitve specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške dejavnosti, skupaj z nemedicinskim delom oskrbe, ko gre za nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja. Našteto pa se nanaša zgolj na zdravljenje bolezni, ne pa tudi poškodb zunaj dela, kar velja tudi za v to skupino uvrščene ortopedske, slušne in druge pripomočke.
- **Najmanj 75 %** pokritje pravic (4. skupina): sem so uvrščene storitve v specialističnoambulantni in bolnišnični dejavnosti, vključno s stroški nastanitve in prehrane (nemedicinski del oskrbe) zaradi poškodb zunaj dela. V to skupino sodijo za iste primere tudi zdraviliške storitve, kadar gre za nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja. Na te pravice so vezani tudi ortopedski in drugi pripomočki. Z enakim odstotkom pokritja so zagotovljena tudi zdravila s pozitivne liste pri zdravljenju bolezni in poškodb.
- **Največ do 60 %** pokritje pravic (5. skupina): pokritje prevozov z reševalnimi vozili v primerih, ki niso nujni, in zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega.
- **Največ do 50 %** pokritje pravic (6. skupina): vsa zdravila iz vmesne liste ter zobnoprostetično zdravljenje odraslih in očesni pripomočki za odrasle.

Navedeni odstotki storitev, ki štejejo v obvezno zdravstveno zavarovanje, so tako določeni z zakonom in se lahko spreminjajo letno ali med letom, in sicer ob soglasni odločitvi ZZZS in Vlade Republike Slovenije (Kramberger, 1992, str. 9).

Ob začetku leta 1993 so bile pravice šestih skupin pokrite v naslednjih odstotkih:

- 2. skupina: 99 %,
- 3. skupina: 95 %, razen storitev zdravljenja bolezni v osnovni zdravstveni dejavnosti ter zdravljenja zobnih in ustnih bolezni, ki so bile pokrite 85 %,
- 4. skupina: 80 %,
- 5. skupina: 60 %,
- 6. skupina: pokritje za zdravila iz vmesne liste in za očesne pripomočke odraslih je znašalo 50 %, pri storitvah v okviru zobnoprostetičnega zdravljenja pa 45 %.

Deleži pokritja posameznih pravic so se po letu 1993 spreminjali v smeri povečevanja lastne udeležbe posameznika, kjer sta še posebej izpostavljeni 5. in 6. skupina pravic, kjer zakon opredeljuje le najvišjo zgornjo mejo pokritja stroškov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je v 104. členu določil, da bo ZZZS v soglasju z Vlado Republike Slovenije določil nadaljnje postopno zniževanje odstotkov vrednosti storitev za pravice druge, tretje in četrte skupine, ki se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Obe znižanji, ki sta sledili, sta bili sprejeti s Sklepom o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 80/94, 73/95, 2/96). Prvi sklep je stopil v veljavo s 1. 1. 1995, drugi pa 1. 1. 1996 (Marcon, 1999, str. 6).

S sklepom, ki se je začel uporabljati 1. 1. 1995 so se pokritja vrednosti storitev za posamezne skupine pravic zmanjšala in sicer:

- 96 % pokrivanje vrednosti storitev za pravice 2. skupine,
- 3. skupina: 88 % pokrivanje vrednosti storitev za pravice s področja specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške dejavnosti, ki pomeni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, pa tudi v zvezi z ugotavljanjem in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in umetno oploditvijo, sterilizacijo ter umetno prekinitvijo nosečnosti, ne pa tudi zdravljenje poškodb izven dela; vse ostale storitve so pokrite 85 %,
- 75 % pokrivanje vrednosti storitev za pravice 4. skupine,
- 40 % pokrivanje vrednosti storitev za pravice 5. skupine,
- 6. skupina: 38 % pokrivanje vrednosti zdravil, predpisanih na recept iz vmesne liste in očesnih pripomočkov za odrasle; 25 % pokrivanje vrednosti storitev, ki se nanašajo na zobnoprostetično zdravljenje odraslih.

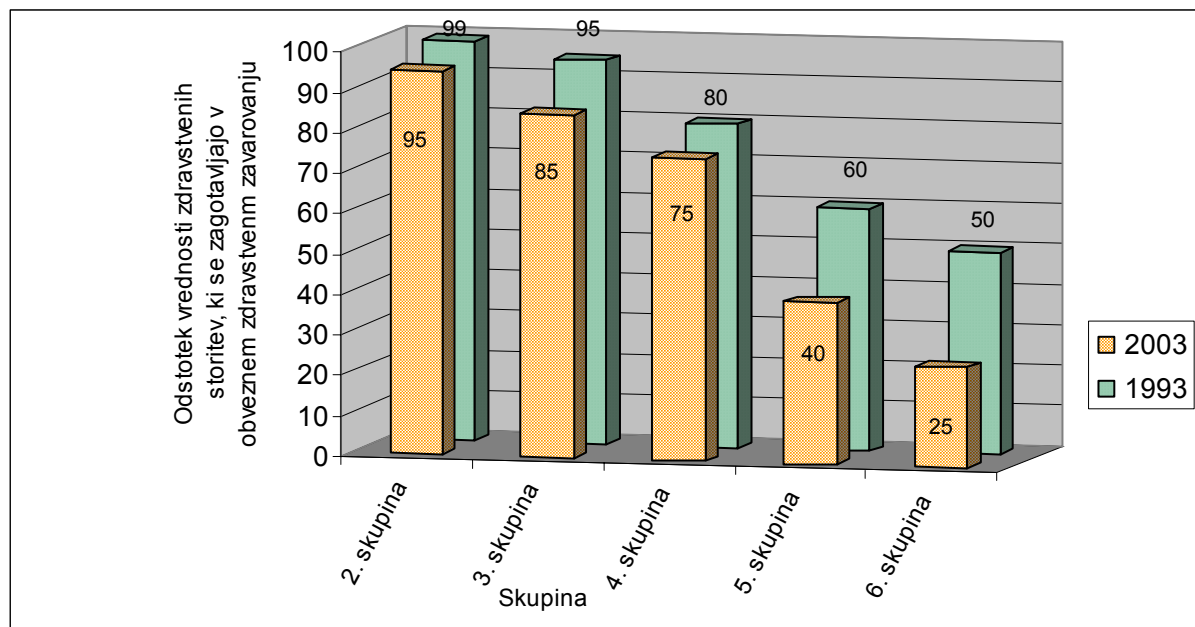
Sklep, ki se je začel uporabljati 1. 1. 1996, je še dodatno zožil pokrivanje vrednosti storitev:

- 95 % pokrivanje vrednosti storitev za pravice 2. skupine,
- 85 % pokrivanje vrednosti storitev za pravice 3. skupine,
- 75 % pokrivanje vrednosti storitev za pravice 4. skupine,
- 40 % pokrivanje vrednosti storitev za pravice iz 5. skupine (razen 30 % pokrivanja vrednosti prevozov z reševalnim vozilom, ki niso nujni),
- 25 % pokrivanje vrednosti storitev za pravice iz 6. skupine.

Z 2. do 7. členom Sklepa o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, so se odstotki za zdravstvene pravice iz druge, tretje in četrte skupine znižale na najnižjo zakonsko dopustno vrednost. V primeru nadaljnjega

zniževanja omenjenih pravic bi bila potrebna sprememba 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Slika št. 12: Odstotek vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju po skupinah za leti 1993 in 2003



Vir: Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 80/94, 73/95, 2/96).

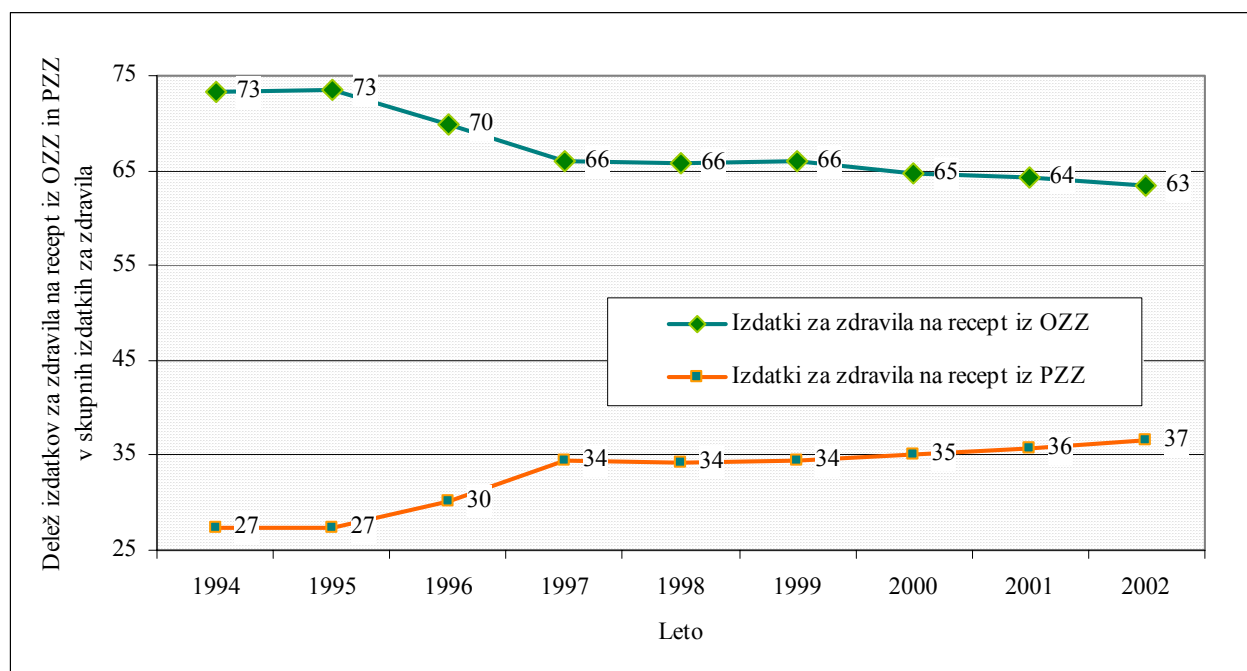
Oženje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ni potekalo le preko zmanjševanja deleža storitev, ki je pokrit iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, temveč tudi na druge načine. Tak primer je sprememba liste zdravil, do katere je prišlo že v letih 1996 in 1997. Zmanjšalo se je število zdravil na pozitivni listi in posledično povečalo število zdravil na vmesni listi. Pri slednjih je odstotek doplačil k polni ceni zdravil kar 75 %, namesto 25 %, kot velja za zdravila s pozitivne liste. Spremembe liste zdravil lahko pristojna komisija predlaga dvakrat na leto (Marcon, 1999, str. 8).

Gibanje izdatkov za zdravila v obdobju od 1994 do 2002 pokaže, da se čedalje večji delež izdatkov za zdravila financira iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Vzrok je v tem, da je ZZZS skladno z možnostjo, ki jo je dopuščal zakon, zniževal odstotek vrednosti zdravil, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, poleg tega pa je, kot je bilo že omenjeno, prihajalo do prerazporeditve zdravil iz pozitivne na vmesno listo.

Na prerazporejanje zdravil s pozitivne na vmesno listo lahko sklepamo tudi iz naraščajočega števila predpisanih receptov za zdravila na vmesni listi, še posebej če omenjeno rast primerjamo z rastjo števila predpisanih receptov za zdravila s pozitivne liste. Število predpisanih receptov za

zdravila z vmesne liste je v letu 2002 znašalo 2.312.389, kar v primerjavi z letom 2001 pomeni rast v višini 8,2 %. Po drugi strani pa je rast števila predpisanih receptov za zdravila s pozitivne liste znašala le 1,1 %. Še večje razlike so bile značilne za leti 1996 (95,3 %: vmesna lista; – 11,5 %: pozitivna lista) in 1997 (70,2 %: vmesna lista; – 19,1 %: pozitivna lista).

Slika št. 13: Delež izdatkov za zdravila na recept iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v skupnih izdatkih za zdravila v Sloveniji v obdobju 1994–2002 v %



Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 243.

Navedene spremembe v obsegu pravic, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, ter prenosi teh pravic v prostovoljno zdravstveno zavarovanje so vplivali na bistveno hitrejšo rast izdatkov iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja glede na rast izdatkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Breme plačevanja zdravstvenih pravic se je preneslo na državljane.

Čedalje večji obseg pravic, ki jih zajema prostovoljno zdravstveno zavarovanje, je zavarovalnice silil k povečevanju premij. Povprečna premija za prostovoljno zdravstveno zavarovanje se je v obdobju 1993–2002 realno povečala za 132 %. V primerjavi z realno rastjo povprečne neto plače v Sloveniji, ki je v obdobju 1993–2002 znašala 34,7 %, se je letna premija za prostovoljno zdravstveno zavarovanje povečala za bistveno več. Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje so iz leta v leto relativno bolj obremenjevali prebivalstvo z nižjimi dohodki, obstoječi sistem doplačil, ki med drugim vključuje tudi doplačila za storitve osnovnega zdravstvenega varstva, pa je postajal čedalje bolj nepravilčen.

6. PRIMERJAVA PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V EU IN V SLOVENIJI

Države EU prostovoljno zdravstveno zavarovanje urejajo različno. Za vse države EU pa velja, da skrb za zdravje ni tržno blago, temveč univerzalna dobrina, ki mora biti do določene ravni dostopna vsem državljanom. Prav tako velja, da pravičnost, učinkovitost in dostopnost do zdravstvenih storitev niso deklarativna načela, temveč vrednostna paradigma. Kljub gospodarski recesiji in problemom financiranja javnega zdravstva, ki se pojavljajo v vseh državah EU, pa države vztrajajo pri načelih vzajemnosti in solidarnosti v zdravstvu (Končina, 2003, str. 24–25). Vloga prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je tako odvisna predvsem od družbenih in političnih stališč o zdravstvenih pravicah in primernem načinu vključevanja zasebnih virov financiranja v zdravstveni sistem (prostovoljno zdravstveno zavarovanje in neposredna plačila). Zdravstvene pravice naj se državljanom zagotavljajo iz javnih virov financiranja bodisi preko proračuna bodisi preko socialnih sistemov zdravstvenih zavarovanj.

6.1. Pomen prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v EU

Poleg razbremenjevanja javnih virov financiranja se pogosto kot glavni razlogi za uvedbo načela delitve stroškov navajajo še (Robinson, 2002, str. 181):

- večji poudarek na individualni odgovornosti uporabnika zdravstvenih storitev,
- v politiki neprikljubljene ukrepi povečevanja davkov (financiranje preko proračuna) ali prispevkov (financiranje preko socialnih sistemov zdravstvenih zavarovanj),
- težave pri pridobivanju javnih virov financiranja predvsem v obdobju gospodarskih padcev.

Stroški zdravstvenih storitev se na uporabnika storitev prenašajo na naslednje načine: (Chollet et al., 1997, str. 85):

- franšiza (deductibles), kjer je zavarovanec samoplačnik stroškov opravljenih storitev, dokler skupni oziroma posamezni znesek stroškov ne doseže z zavarovalno polico določenega zneska (ali deleža), ko začne stroške storitev kriti zavarovalnica,
- sozavarovanje (coinsurance) predstavlja odstotni znesek, ki ga mora za opravljene storitve iz lastnega žepa kriti zavarovanec,
- soprispevek (copayments) predstavlja (največkrat pavšalni) znesek, ki ga mora zavarovanec plačati ob uporabi specifičnih zdravstvenih storitev.

V primerjavi z ZDA, Avstralijo in Švico prostovoljno zdravstveno zavarovanje v EU ne igra pomembne vloge v financiranju zdravstvenega varstva. Predvsem zaradi zgodovinskih vzrokov za EU velja, da se zdravstveno varstvo financira preko davkov ali prispevkov. Za take sisteme zdravstvenega varstva so značilni visoki javni izdatki za zdravstvo, obveznost sodelovanja in širok obseg pravic. Posledica tega je marginalna vloga prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU, razen na Nizozemskem in v Franciji (Mossialos, Dixon, 2002, str. 18). Ne glede na to, so se prostovoljna zdravstvena zavarovanja razvila v vseh državah EU. Ker se omenjena zavarovanja ponekod obravnavajo kot sestavina socialne varnosti državljanov, morajo zavarovalnice, ki izvajajo ta zavarovanja, upoštevati posebna zakonska določila. Posamezna zavarovanja so lahko opredeljena kot javni interes države, kar še zlasti velja za zavarovanje za doplačila.

Kljub temu, da so se v zadnjih 20-ih letih v državah EU (še posebej v državah, kjer javni izdatki za zdravstvo predstavljajo visok delež v skupnih izdatkih za zdravstvo) javni izdatki znižali, se to ni odrazilo v povečanju povpraševanja po prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih. Države so namesto vzpodbujanja k prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem stroške zdravstvenih storitev raje prenašale na državljane preko neposrednih plačil (Mossialos, Thomson, 2002, str. 131).

6.2. Vrste prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v EU

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v EU lahko razdelimo na nadomestno (substitutive), dopolnilno (complementary) in dodatno (supplementary) prostovoljno zdravstveno zavarovanje (Mossialos, Thomson, 2003, str. 129).

6.2.1. Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje je namenjeno osebam, ki po zakonodaji nimajo možnosti vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje ali sistem nacionalnega zdravstvenega varstva (po doseženih dohodkih na družinskega člana presegajo vnaprej določen znesek) ali pa se same odločijo za izstop.

Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje poznajo v Nemčiji, kjer imajo osebe s prihodki nad zakonsko določeno mejo možnost skleniti nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje pri zasebni zavarovalnici, in na Nizozemskem, kjer so osebe s prihodkom nad zakonsko določeno višino izvzete iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje je značilno še za Belgijo, Francijo, Irsko in Španijo.

6.2.2. Dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Namenjeno je kritju celote ali dela stroškov zdravstvenih storitev, ki so izključene ali pa niso v celoti krite z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Pojavlja se v vseh državah EU, vendar pa v različnih oblikah. Tako v Belgiji, na Danskem, v Franciji, na Irskem in v Luksemburgu krije tudi stroške sozavarovanja (coinsurance). Vendar pa, z izjemo Francije, trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, namenjen zavarovanju sozavarovanj, ni pomemben (Mossialos, Thomson, 2003, str. 131).

6.2.3. Dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje vsebuje zavarovanje za storitve, ki so izvzete iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovanje je namenjeno povečanju možnosti izbire in dostopa do različnih zdravstvenih storitev na višjem nivoju in hitrejšemu dostopu do zdravljenja, še posebej v zdravstvenih dejavnostih, kjer se pojavljajo dolge čakalne dobe.

Različne oblike dodatnih zavarovanj so uveljavljene v vseh državah EU, še posebej so značilne za države z nacionalnim sistemom zdravstvenega varstva.

Velja ugotovitev, da v večini držav vloga prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ni naravnana v pokrivanje doplačil, temveč je predvsem usmerjena na zagotavljanje višjega standarda storitev ali pa dodatnih pravic – gre torej za nadstandardna zdravstvena zavarovanja (Marcon, 1999, str. 48).

6.3. Vzpodbude za razvoj trga prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU

Države so skušale povečati interes za prostovoljno zdravstveno zavarovanje z dejavniki na strani povpraševanja in na strani ponudbe.

Pomemben dejavnik povpraševanja so davčne olajšave ter reguliranje premij, med dejavniki ponudbe pa predvsem oblikovanje osnovnih zavarovalnih produktov ter davčnih olajšav za izvajalce prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

Vzpodbudo za sklepanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj največkrat predstavljajo ukrepi davčne zakonodaje, saj lahko preko davčnih olajšav za plačane premije vzpodbujajo državljane k njihovem nakupu. Davčne olajšave lahko vplivajo tudi na obnašanje zavarovalnic preko zmanjšanja davčne osnove na podlagi pobranih premij ali pa z uvedbo davkov na prihodek od

premijs. Za države EU so značilne davčne olajšave za premije prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Mossialos, Thomson, 2002, str. 134).

Med dejavnike povečevanja povpraševanja po prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju sodi regulacija premij. Premije pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju so lahko oblikovane na osnovi tveganja posameznika, določene skupine ali celotne skupnosti (premija se določi na osnovi povprečnega tveganja v skupini ali skupnosti). Za prostovoljno zdravstveno zavarovanje lahko predvidevamo, da se zanj odločajo predvsem tisti, ki vedo, da obstaja verjetnost potrebe po zdravstvenem varstvu. Zato zavarovalnice v primeru zavarovanj posameznikov določajo premije na osnovi tveganja posameznika, te pa so bistveno višje kot premije za skupine. Pri takih zavarovanjih se tveganje porazdeli med več ljudi, zato so premije ustrezno nižje. Zanimiv primer je Irska, kjer so zavarovalnice dolžne ponuditi prostovoljno zdravstveno zavarovanje, pri katerem so premije skupinsko določene. Ohranjanje takega načina je z vidika konkurence problematično, kar se je pokazalo tudi v sporu z BUPA, tj. zavarovalnico, ki poskuša vzpostaviti prostovoljno zdravstveno zavarovanje na osnovi diferenciranih premij kot posledica razlik v tveganju pri posameznikih (Mossialos, Thomson, 2002, str. 141). Vendar pa lahko pri skupinskem določanju premij nastopi problem, če mladi in zdravi ocenijo, da plačujejo previsoke premije in izstopijo iz zavarovanja, kar bi pripeljalo do zviševanja premij za tiste (manj zdrave), ki ostanejo v zavarovanju.

Po podatkih EU lahko ugotovimo, da se državljani, tudi v državah, ki so spodbujale prostovoljna zdravstvena zavarovanja, na to niso odzvali v pričakovani meri. Relativno majhni trgi prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj na Danskem, Finskem in Švedskem se lahko pojasnijo z obsežnimi javnimi zdravstvenimi pravicami. Tudi zadnje spremembe v delitvi stroškov med javne in zasebne niso imele posebnega vpliva na obseg prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Nasprotno pa Francija beleži konstantno rast trga prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj tj. dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj za sozavarovanja. Pokritost državljanov v letu 1999 je znašala že 85 % celotne populacije (Mossialos, Thomson, 2002, str. 132). Tudi v južnih državah članicah EU je obseg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj majhen. V Grčiji se navkljub dejstvu, da se državljani pogosto srečujejo z neposrednimi plačili, ne poslužujejo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Razlog je v prepričanju, da se s plačilom zdravstvenih storitev tretji stranki, tj. zavarovalnici namesto neposredno zdravniku, poruši odnos med bolnikom in zdravnikom (Mossialos, Thomson, 2002, str. 133). Gre torej za kulturni vzrok.

Rast trgov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v državah EU bo v prihodnosti verjetno še nižja. V zadnjem obdobju se trendi gibljejo v smeri zmanjševanja davčnih olajšav za prostovoljno zdravstveno zavarovanje, te pa so predstavljale najpomembnejši spodbujevalni ukrep. Argumenti proti uvajanju davčnih olajšav so (Mossialos, Thomson, 2002, str. 134):

- z regresivnostjo se povečuje nepravičnost v sistemu zdravstvenega varstva, saj je vrednost davčnih olajšav višja za tiste, ki imajo višjo mejno davčno stopnjo, torej za bogatejše,
- velik obseg administracije, ki vplivajo na povečanje transakcijskih stroškov,
- delna uspešnost davčnih olajšav pri vzpodbujanju državljanov za sklepanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

Davčnih olajšav trenutno ne poznajo v Belgiji, na Danskem, na Finskem, v Franciji, v Španiji, na Švedskem in v Veliki Britaniji. Manjše olajšave se pojavljajo v Nemčiji in na Nizozemskem, v Avstriji in Španiji pa so vlade v preteklih letih zniževale davčne olajšave za premije. Pomembnejše davčne olajšave na premije prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja imata Irska in Portugalska (Mossialos, Thomson, 2002, str. 134). Irska tako vodi politiko javnega subvencioniranja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja preko davčnih olajšav. V primeru opustitve opisane politike bi se stroški premij povečali za 32 % (Mossialos, Thomson, 2002, str. 134).

6.4. Mednarodna primerjava izdatkov za zdravstvo in pravic

Mednarodna primerjava izdatkov za zdravstvo je otežena zaradi številnih metodoloških problemov. Gre predvsem za različne poglede in standardizirane definicije zdravstvenih izdatkov med državami, za različne metode zbiranja podatkov in organizacijske razlike. Problemi se pojavljajo tudi pri merjenju in poročanju podatkov o deležu BDP, ki ga države namenjajo zdravstvenim izdatkom. Kljub pretvarjanju podatkov s pomočjo valutnih tečajev, uporabi metode paritete kupne moči in primerjanju izdatkov za zdravstvo na glavo prebivalca, popolne primerljivosti podatkov ne moremo zagotoviti (Mossialos, 2002, str. 8). Zagotoviti primerljivost podatkov o izdatkih za zdravstvo je bila zato v preteklih letih pomembna naloga zdravstvenih analitikov, ki razvijajo mednarodne standarde na področju zdravstva. Standardi so se uveljavili v državah OECD, pri mednarodnih primerjavah izdatkov zdravstva pa jih uporablja tudi Svetovna zdravstvena organizacija.

Kot že omenjeno v državah EU obstajajo trije prevladujoči sistemi financiranja zdravstva. Prvi je javno financiranje preko splošnih davkov (Beveridgeov model). Države s tem modelom financiranja zdravstvenega varstva so Finska, Grčija, Irska, Italija, Švedska, Španija, Velika Britanija, Danska in Portugalska. Zdravstveni sistemi omenjenih držav se financirajo tudi preko neposrednih plačil prebivalcev, preko prostovoljnih zavarovanj pa na Finskem, v Grčiji, na Irskem, na Švedskem, v Italiji, v Španiji in v Veliki Britaniji. Drugi sistem financiranja zdravstva, ki je značilen tudi za Slovenijo, je javno financiranje, ki temelji na obveznem socialnem zavarovanju (Bismarckov model). Tudi zdravstveni sistemi držav s prevladujočim obveznim socialnim zavarovanjem se dodatno financirajo z neposrednimi plačili, s prostovoljnim

zavarovanjem in tudi z davki. Tak model financiranja zdravstva imajo še Avstrija, Belgija, Francija, Nemčija in Luksemburg. Tretji model financiranja je financiranje iz zasebnih virov preko prostovoljnih zavarovanj, ki pa pokriva le manjši del, običajno premožnejših prebivalcev EU. Nizozemska ima mešani model obveznega socialnega zavarovanja in prostovoljnega zavarovanja. Poleg financiranja z davki je zdravstveni sistem Nizozemske financiran še z neposrednimi plačili prebivalcev.

Ne glede na prevladujoči sistem financiranja zdravstva vse države EU v sistem financiranja vključujejo zasebne vire. Zasebni viri sredstev spodbujajo posameznike k večji odgovornosti za svoje zdravje. Previsoka socialna varnost na javni račun zmanjšuje individualno odgovornost in povzroča, da ljudje uporabljajo zdravstvene storitve bolj, kot jih v resnici potrebujejo. Pričakovane morebitnih ekonomskih bremen spodbuja posameznike k večji skrbi in odgovornosti ljudi za lastno zdravje in racionalnejši uporabi zdravstvenih storitev.

Pri tem je potrebno poiskati optimum delitve stroškov, saj raziskave (RAND Health Experiment itd.) kažejo, da lahko delitev stroškov, ki v preveliki meri prelaga bremena na državljana, pripelje do zmanjšanja uporabe zdravstvene oskrbe. Ob uvedbi delitve stroškov so se ponekod obiski pri splošnem zdravniku znižali do 30 %, prav tako tudi stopnja hospitalizacije bolnišničnih sprejemov. Vendar pa prenos stroškov na uporabnika zdravstvenih storitev ne zmanjšuje le nepotrebnega povpraševanja temveč tudi potrebno povpraševanje po zdravstvenih storitvah (Robinson, 2002, str. 176). Delitev stroškov pripelje tudi do zmanjševanja pravičnosti v zdravstvenem sistemu, saj negativno vpliva na zdravje ogroženih skupin tj. nezaposlenih in brezdomcev (Robinson, 2002, str. 177). Tudi raziskave v državah v razvoju so pokazale, da je zmanjševanje uporabe zdravstvene oskrbe neporocionalno osredotočeno na revnejše. Vključevanje zasebnih virov poteka tudi preko participacije, ki spet najbolj prizadane bolno in zdravstveno ogroženo populacijo. Participacija zato zahteva uvedbo oprostitev doplačil (za posamezne bolezni, skupine zavarovancev itd.), s čimer se osnovni namen participacije izgubi.

Zasebni viri poleg neposrednih plačil vključujejo še različne oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

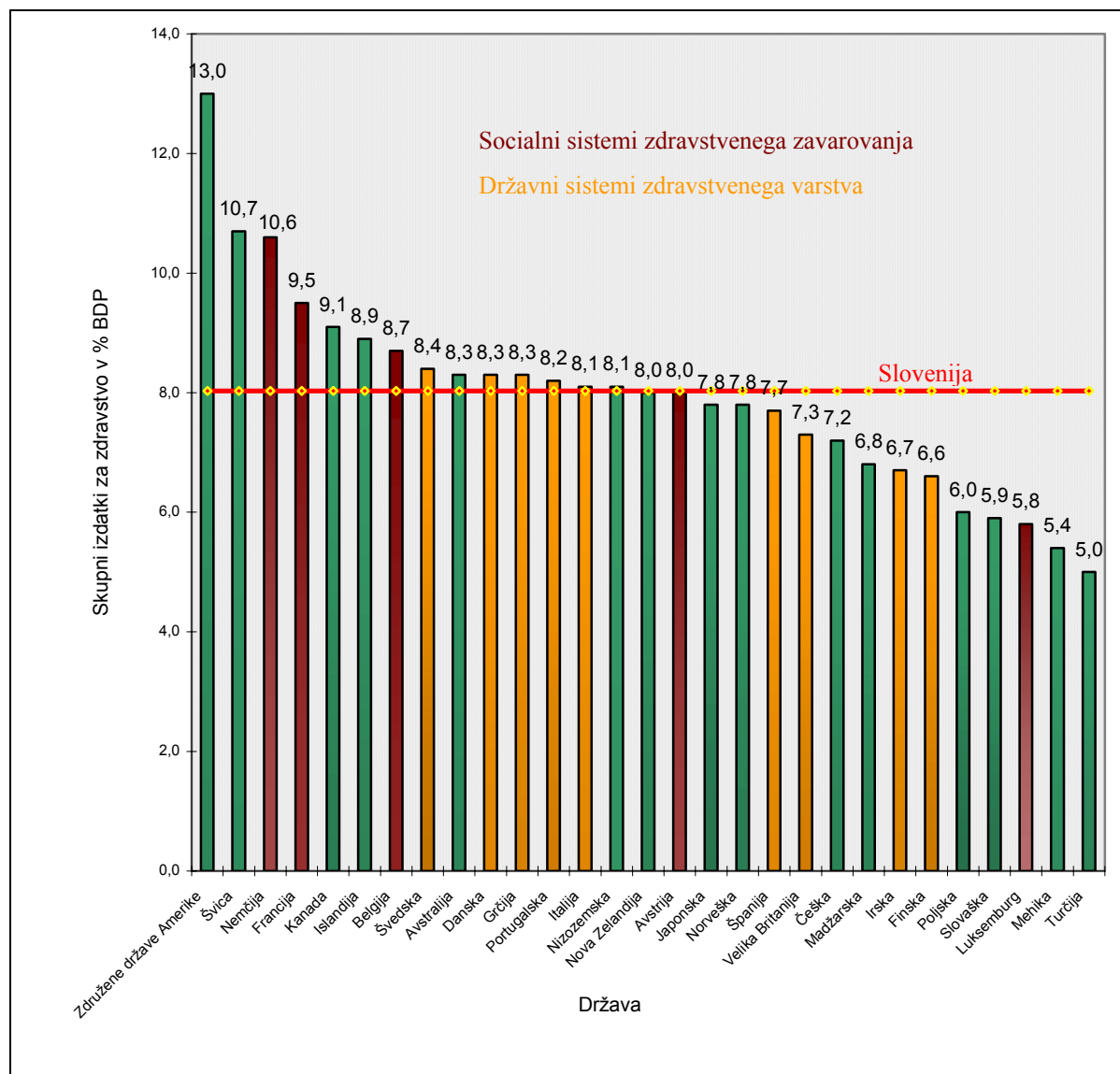
V nadaljevanju je prikazana mednarodna primerjava izdatkov za zdravstvo na podlagi treh kazalcev:

- deleža BDP, namenjenega zdravstvu,
- deleža javnih in zasebnih izdatkov v skupnih izdatkih za zdravstvo,
- deleža prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v BDP.

6.4.1. Delež BDP, namenjen zdravstvu

Države za zdravstvo namenijo med 5 % in 13 % BDP. Analiza držav EU pokaže, da so v letu 2000 v povprečju za zdravstvo namenile 8 % BDP. Na podlagi podatkov za omenjeno leto lahko trdimo, da sistem financiranja zdravstva (preko proračuna ali socialnih sistemov zdravstvenega zavarovanja) ne vpliva na delež BDP, namenjen zdravstvu. Pri socialnih sistemih zdravstvenega zavarovanja izstopata Nemčija in Francija.

Slika št. 14: Skupni izdatki za zdravstvo po posameznih državah v letu 2000 v % BDP



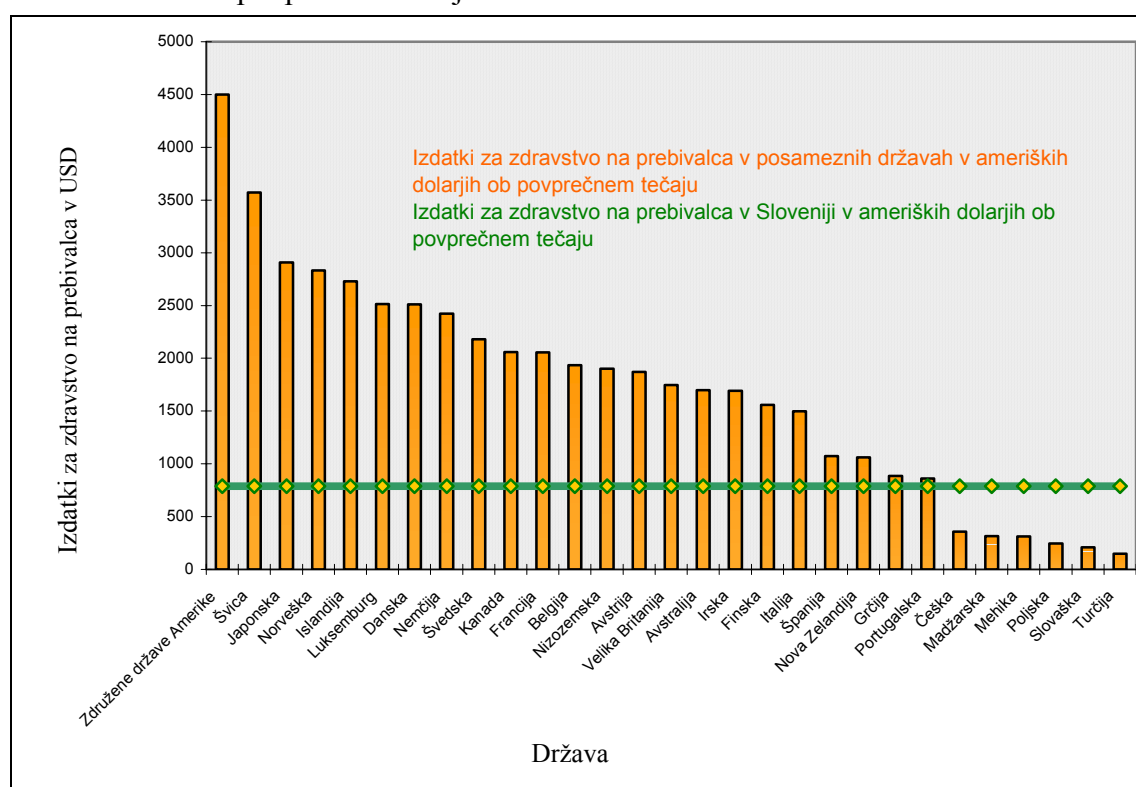
Vir: World Health Report 2002, WHO; Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003; Zdravstvena reforma, 2003, str. 252.

Slovenija namenja zdravstvu 8,03 % BDP, vendar ta podatek zaradi primerljivosti z ostalimi državami ne vključuje stroškov bolezni (Zdravstvena reforma, 2003, str. 252). Skupaj s stroški

bolezni delež BDP, namenjen zdravstvu, znaša 8,57 %. Delež v ostalih državah kandidatkah za vstop v EU je bistveno nižji kot v Sloveniji, saj znaša povprečje za Češko, Madžarsko, Poljsko in Slovaško 6,5 % BDP.

Primerjava izdatkov na prebivalca med posameznimi državami (v USD) pokaže, da se Slovenija uvršča na rep držav, presega le ostale države kandidatke (Češka, Slovaška, Madžarska, Poljska; povprečje omenjenih držav znaša 282,3 ameriških dolarjev). S 788 ameriški dolarji na prebivalca zaostaja tudi za najskromnejšima državama EU tj. Portugalsko in Grčijo. Povprečje v EU je v letu 2000 znašalo 1.780,5 ameriških dolarjev.

Slika št. 15: Izdatki za zdravstvo na prebivalca v posameznih državah v ameriških dolarjih ob povprečnem tečaju v letu 2000



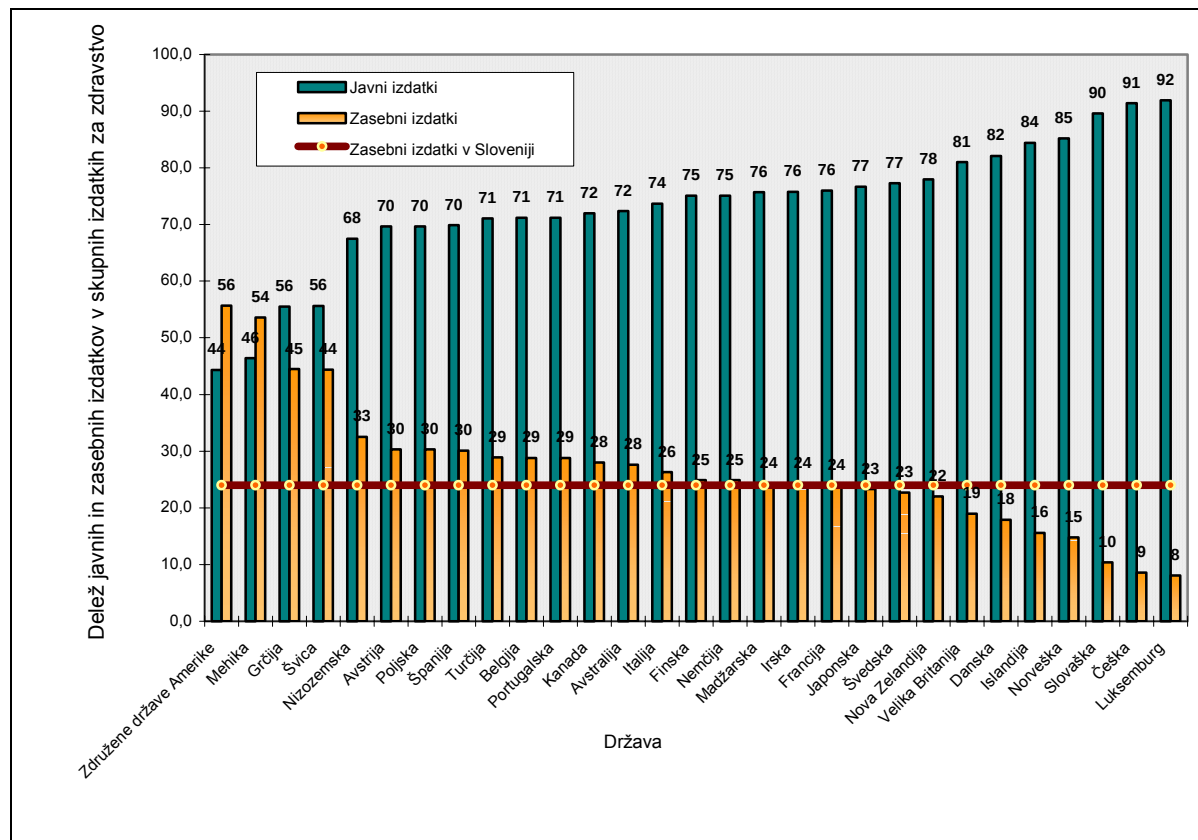
Vir: World Health Report 2002, WHO.

6.4.2. Delež javnih in zasebnih izdatkov v skupnih izdatkih za zdravstvo

V preteklem obdobju so države z različnim uspehom v zdravstvo vključevale zasebne vire financiranja. Največji delež zasebnih izdatkov za zdravstvo v skupnih izdatkih je med državami EU značilen za Grčijo. Preko 30 % skupnih izdatkov za zdravstvo se z zasebnimi izdatki financira še na Nizozemskem, v Avstriji in v Španiji, v povprečju pa države EU skupne izdatke za zdravstvo financirajo z zasebnimi viri v višini 25,8 %.

V Sloveniji se 22,5 % skupnih izdatkov za zdravstvo financira z zasebnimi izdatki. Za že prej omenjene države, ki so bile v letu 2002 povabljeni v EU, omenjeni delež znaša 18,4 %.

Slika št. 16: Delež javnih in zasebnih izdatkov za zdravstvo v skupnih izdatkih za zdravstvo po posameznih državah v letu 2000 v %



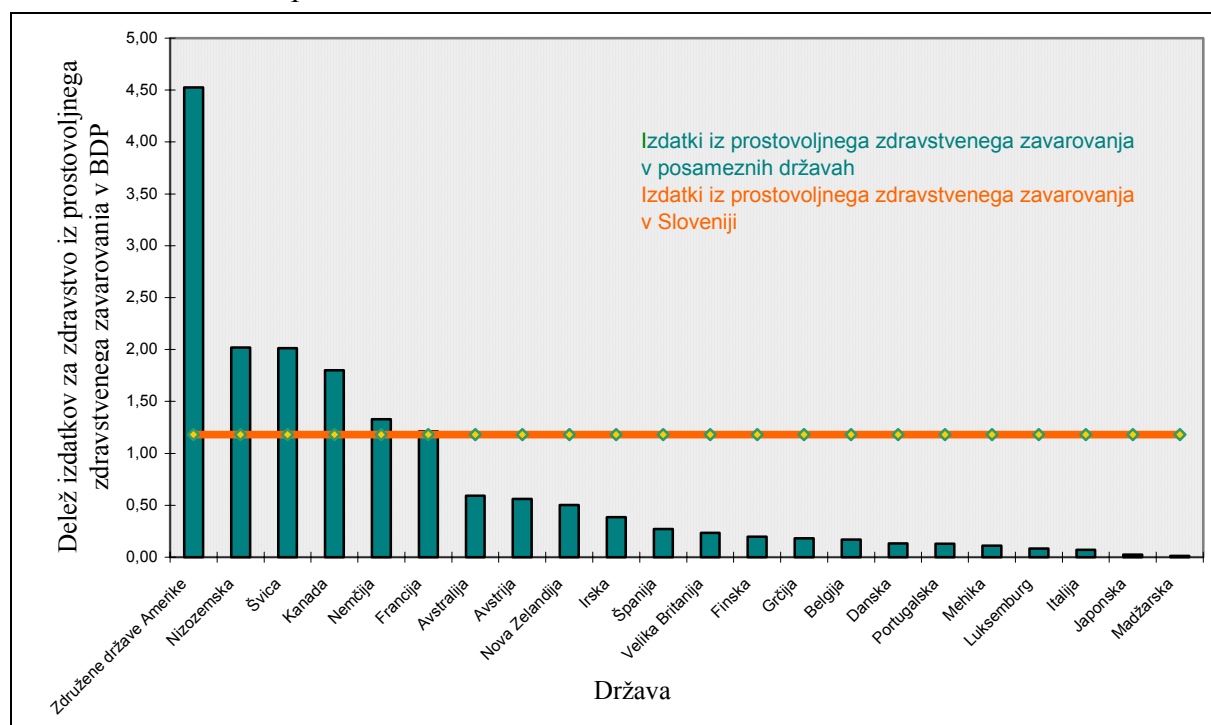
Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 253.

6.4.3. Delež prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v BDP

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje predstavlja v državah EU le majhen delež BDP. Države EU dajejo v okviru zasebnih virov financiranja večji pomen neposrednim plačilom. Razen v Franciji in na Nizozemskem predstavljajo neposredna plačila večji delež v zasebnih izdatkih kot prostovoljna zdravstvena zavarovanja (Mossialos, Dixon, 2002, str. 11).

Primerjava prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja med državami EU pokaže, da imajo bistveno večji delež omenjenega zavarovanja v BDP države, za katere je značilno nadomestno zdravstveno zavarovanje (Nizozemska in Nemčija) ter dopolnilno zdravstveno zavarovanje (Francija).

Slika št. 17: Delež izdatkov za zdravstvo iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v BDP v posameznih državah v letu 2000 v %



Vir: The World Health Report 2002, WHO; Zdravstvena reforma, 2003, str. 255.

Za dopolnilno zdravstveno zavarovanje v Franciji je značilno, da se lahko državljani zavarujejo za doplačila pri zdravstvenih storitvah. Tako kot v Sloveniji, se doplačilo nanaša na delež vrednosti do polne vrednosti storitve (sozavarovanje). V nekaterih državah (Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Italija, Irska, Portugalska) se sistem doplačil uporablja za specialistične zdravstvene storitve, redkeje pa se uporablja za zdravstvene storitve osnovnega zdravstva (Avstrija, Belgija, Francija). Sistem doplačil za bolnišnično zdravljenje uporabljajo Avstrija, Belgija, Nemčija, Francija, Luksemburg, Portugalska in Švedska. Običajna so tudi visoka doplačila za zobozdravstvene storitve.

V nadaljevanju prikazujem države, ki pri delitvi stroškov uporabljajo enak pristop kot Slovenija, tj. sozavarovanje.

Tabela št. 4: Sozavarovanje po posameznih državah

Država	Splošni zdravnik	Specialist	Bolnišnična obravnava	Lekarniške storitve	Zobozdravstvene storitve
Avstrija					20–50 %
Belgija				0–60 %	
Danska				0–100 %	35–100 %
Francija	30 %	25–30 %	20 %	0–65 %	30–80 %
Nemčija					35–50 %
Grčija				10–100 %	25 %
Luksemburg	35 %	35 %		0–60 %	20 %
Španija				10–40 %	
Švedska				10–50 %	
V. Britanija					80 %

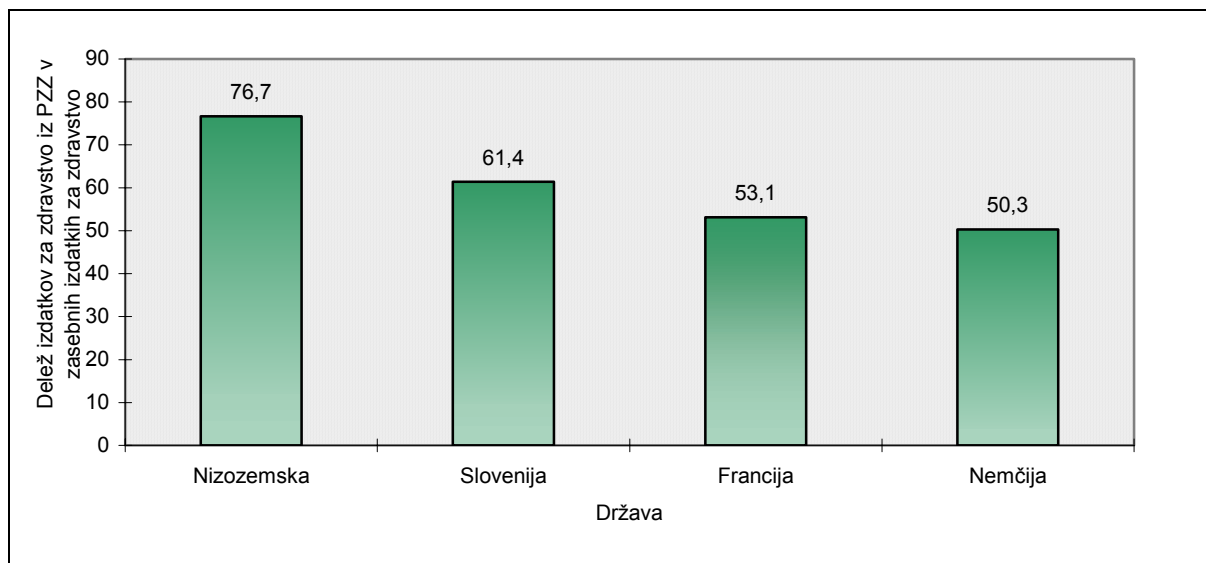
Vir: Robinson, 2002, str. 165-170.

Podatki kažejo, da se sozavarovanje največ uporablja pri lekarniških in zobozdravstvenih storitvah. Za lekarniške in zobozdravstvene storitve se delitev stroškov uporablja v največji meri, saj jo uporabljajo vse države EU. Metoda sozavarovanja se pogosto kombinira z drugimi metodami delitve stroškov. Državi, ki sozavarovanje uporabljata tudi pri pregledih splošnega zdravnika in specialista, sta Francija in Luksemburg.

Tudi po obsegu (ne le vsebini) dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja se Slovenija lahko primerja s Francijo. Delež izdatkov za zdravstvo v BDP iz omenjenega zavarovanja v Sloveniji znaša 1,18 %, v Franciji pa 1,21 %. Poleg Francije imata večji delež izdatkov za zdravstvo iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja še Nizozemska in Nemčija.

V strukturi zasebnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v letu 2000 predstavljajo izdatki iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja 61,4 % vseh zasebnih izdatkov za zdravstvo, ta delež presega le Nizozemska. Prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in na Nizozemskem ne moremo enačiti, saj na Nizozemskem ne poznajo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila, temveč predvsem nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Zavarovanji se po vsebini pomembno razlikujeta.

Slika št. 18: Delež izdatkov za zdravstvo iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v zasebnih izdatkih za zdravstvo v posameznih državah v letu 2000 v %



Vir: World Health Report 2002, WHO; Zdravstvena reforma, 2003, str. 255.

Primerjava Slovenije z državami EU pokaže, da je sistem doplačil v Sloveniji primerljiv po vsebini in ravni izdatkov le s sistemom dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v Franciji.

6.4.4. Pravice obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v izbranih državah

Za medsebojno primerjavo izdatkov za zdravstveno varstvo pa samo podatki o izdatkih ne zadoščajo. Potrebno je analizirati tudi zdravstvene sisteme posameznih držav in obseg pravic, ki jih zagotavljajo upravičencem. Ker se obseg pravic, ki jih posamezne države vključujejo v zdravstveno varstvo, precej razlikuje, neposredna primerjava ni mogoča. Nekatere države (Anglija, Irska, Danska, Švedska) v izdatke za zdravstveno varstvo ne vključujejo denarnih prejemkov prebivalstva (nadomestila plač, potni stroški, posmrtnine, pogrebnine). V drugih državah med izdatke za zdravstvo ne štejejo sredstev za dolgotrajno nego in nego v socialnih zavodih, ker je ta sestavni del socialne varnosti na drugih področjih. Nasprotno so v Nemčiji med zdravstvene izdatke všteti tudi izdatki, ki so namenjeni za otroške dodatke. Slovenija ima med izdatke obveznega zdravstvenega zavarovanja vključena nadomestila za plače za časčasne zadržanosti od dela, pogrebnine, posmrtnine in nekatere druge denarne dajatve, ki sodijo med pravice obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa niso tipične zdravstvene storitve. V letu 2002 so ti izdatki znašali 0,73 % BDP, za kolikor bi se načeloma moral zmanjšati delež javnih izdatkov v BDP (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2002, 2003).

V nadaljevanju so prikazane glavne značilnosti zdravstvenih sistemov nekaterih držav, kjer delež prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja predstavlja pomembnejšo vlogo.

Francija ima nekoliko višji delež prostovoljnih zavarovanj v BDP od Slovenije. Glede socialnih in zdravstvenih vrednot, ki se izražajo skozi zagotovljeno kritje javnega zdravstva, zdravstveni analitiki ocenjujejo Francijo kot "izjemen" primer v Evropi. Okoli 1 % prebivalcev splošno obvezno nacionalno zdravstveno zavarovanje ne pokriva. Kritje v okviru obveznega zavarovanja pa ne zadošča, zato je bilo v letu 1997 okoli 87 % prebivalcev zavarovanih, večinoma za doplačila, pri neprofitnih vzajemnih zavarovalnicah. V Franciji je dostop do dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja odvisen od dohodka prebivalcev, zato imajo nižji socialni sloji težji (omejen) dostop do dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Zadnje študije kažejo, da je 59 % neizobraženih delavcev brez dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Zdravstveni sistem v Franciji je, kot ga opisujejo analitiki zdravstvenih sistemov, diskriminatoren do revnih, do tujcev, do mladih med 20 in 24 leti in do starejših od 70 let, ki niso dopolnilno zdravstveno zavarovani. Zavarovalno kritje za revne je manj kvalitetno kot za premožnejše (Mossialos, Thomson, 2002, str. 137). Uporaba zdravstvenih storitev se med socialnimi sloji močno razlikuje. Pomanjkljivost zdravstvenega sistema predstavlja še slabo razvito področje dolgotrajne nege, ki ne sledi naraščajočim potrebam staranja prebivalstva. Kljub trenutno relativno dobrim kazalcem povprečnega zdravstvenega stanja prebivalstva, se razločno povišuje socialna neenakost v državi. Zelo revni so upravičeni do zdravstvene pomoči v okviru dobrodelnih organizacij. V Franciji je obseg doplačil zelo širok. V letu 1999 so doplačila pri ambulantnem zdravljenju znašala 23 % vseh izdatkov, 25 % vseh izdatkov za specialistične storitve v bolnicah, stopnja doplačil v bolnicah za prvih 31 dni je znašala 20 % tovrstnih izdatkov zdravstva, za zdravila 0 % vrednosti zdravil, če so bila zdravila vključena na nacionalno listo ter 35 % oz. 65 % vrednosti zdravil, glede na kategorijo zdravil. Za preventivne zobozdravstvene storitve je doplačilo znašalo 30 % vrednosti storitev oz. 80 % vrednosti storitev za druge zobozdravstvene storitve. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje se je razvilo v obliki zavarovanja doplačil, pomoči na domu, zavarovanja storitev v bolnišnicah, hitrejšega dostopa do specialistov in višjega standarda bivanja v bolnišnicah. Sistem zdravstva v Sloveniji je, če primerjamo države članice EU, še najbolj podoben prav zdravstvenemu sistemu v Franciji (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003).

V **Nemčiji** je premožnejšim dana možnost izključitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovanje premožnejših v obliki nadomestnih zdravstvenih zavarovanj, s katerim so zavarovani za storitve, ki jih drugim krije obvezno zdravstveno zavarovanje, je zakonsko zaščiteno kot splošno dobro. Zavarovanje se izvaja z oblikovanjem rezervacij za starost, ki omogočajo dostopno premijo tudi v življenjskih obdobjih, ko bi zdravstvena tveganja lahko prerasla finančne zmožnosti posameznika. Poleg nadomestnih zdravstvenih zavarovanj obstajajo še zdravstvena zavarovanja za večji standard zdravstvenih storitev, boljše nastanitev v bolnišnici, zavarovanja v času potovanja v tujini ipd. Ta zavarovanja predstavljajo večino sredstev, ki jih zberejo prostovoljne zdravstvene zavarovalnice. V sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja obstajajo doplačila, ki pa so po višini omejena, glede na dohodke prebivalcev. Zato

doplačila ne zmanjšujejo dostopa do zdravstvenih storitev prebivalstva v takšni meri, da bi bilo potrebno prostovoljno zavarovanje ali da bi bila lahko ogrožena zdravstvena in socialna varnost prebivalcev.

Nacionalna zdravstvena shema na **Nizozemskem** nudi kritje za širok obseg zdravstvenih storitev za kronične bolezni in za dolgotrajno nego, v katero so obvezno vključeni vsi prebivalci. Nizozemska je znana po tradiciji javnega financiranja dolgotrajne nege. Znatni del prebivalcev, večinoma bolj premožnih in samozaposlenih prebivalcev, ki so po zakonu izvzeti iz obvezne javne zavarovalne sheme za akutne zdravstvene storitve, je za kritje akutnih zdravstvenih storitev vključenih v prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Nadomestno zdravstveno zavarovanje premožnejših predstavlja večino prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (97,8 % vseh izdatkov v letu 1999). Doplačati je potrebno za zdravila, predpisana na recept, ter plačevati dajatve za zobozdravstvo, za medicinske pripomočke in za domove za nego. Doplačati je potrebno tudi dodatek za zdravila nad referenčno ceno zdravila. Osebe z nizkimi dohodki so oproščene doplačil pri zdravnikih in pri specialistih. Za zobozdravstvene storitve so doplačila oproščeni otroci, mlajši od 17 let, ter ostali prebivalci za preventivne in specialistične zobozdravstvene storitve. Dopolnilno zavarovanje zobozdravstvenih storitev, zdravstveno varstvo na potovanjih v tujini, alternativna zdravstvena obravnava ter zavarovanje za hitrejši dostop do zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev predstavlja področje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Dopolnilno in dodatno zavarovanje predstavljata neznamenit del v strukturi obračunanih premij prostovoljnih zavarovanj, ponekod pa zasledimo nejasno razmejitev med nadomestnim in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem. Doplačila na Nizozemskem ne zmanjšujejo dostopa do zdravstvenih storitev v takšni meri, da bi bilo potrebno prostovoljno zavarovanje ali da bi bila ogrožena zdravstvena in socialna varnost prebivalcev (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003).

Podoben zdravstveni sistem kot Slovenija ima med državami Evropske unije le še Francija. Prav ta zdravstveni sistem zdravstveni analitiki označujejo kot diskriminatornega do revnih in drugih zdravstveno in socialno ogroženih skupin prebivalcev. Ker vsebuje dopolnilno zdravstveno zavarovanje tiste zdravstvene storitve, ki so potrebne za zagotovitev osnovne zdravstvene varnosti prebivalstva, se lahko brez sprememb trenutnega zagotovljenega obsega pravic ali ob dodatnem prenašanju bremen zdravstva neposredno na prebivalce raven zdravstvenega stanja določenih skupin prebivalstva bistveno poslabša (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003).

7. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI - NEPROSTOVOLJNOST IN ZMANJŠEVANJE PRAVIČNOSTI IN SOLIDARNOSTI

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji je s postopnim prenašanjem pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja postajalo vedno manj prostovoljno in po vsebini zato vedno bolj "obvezno". "Obvezno" v tem smislu, da gre za doplačila za tiste zdravstvene storitve, ki naj bi pomenile osnovno zdravstveno varnost. Državljeni se enostavno morajo zavarovati, če domnevajo, da ob nastopu resnejše bolezni doplačil za zdravstvene storitve, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije, ne bodo zmogli. Visoka premija prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja oz. visoka doplačila so zmanjšala dostopnost do zdravstvenih storitev revnejšim in manj zdravim prebivalcem. Bremena in pravice iz zdravstvenega zavarovanja so zato med prebivalstvom vse manj pravično porazdeljene.

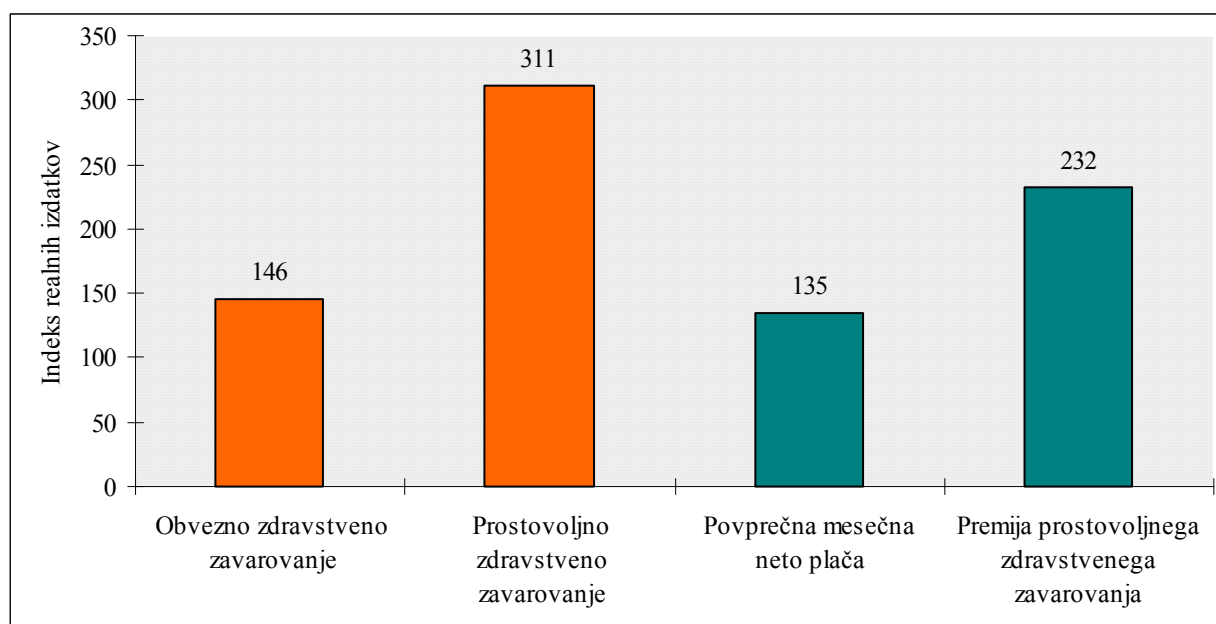
Presoja sistema zbiranja sredstev z vidika pravičnosti med drugim terja razpravo o vprašanju regresivnosti, proporcionalnosti oziroma progresivnosti sistema financiranja. Progresivnost pri zbiranju sredstev pomeni doseganje navpične pravičnosti (Mossialos, Dixon, 2002a, str. 274). O navpični pravičnosti govorimo tedaj, ko bogatejši plačujejo ne le absolutno temveč tudi relativno več kot pa revnejši.

V nadaljevanju je prikazana primerjava premij prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja z izbranimi kategorijami dohodkov, primerjava razmerij med izdatki in dohodki po posameznih dohodkovnih skupinah ter vrednosti Kakwani indeksa za nekatere države. Rezultati navedenih analiz bodo uporabljeni za presojo navpične pravičnosti prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji.

7.1. Zmanjševanje pravičnosti in solidarnosti

Eden izmed ciljev reforme v letu 1992 je bil razbremenitev javnih virov financiranja zdravstva. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je za vrsto zdravstvenih pravic uvedel doplačila ter s tem breme zdravstvenih izdatkov prenesel na posameznika. Predvidel je tudi možnost zavarovanja za doplačila, ki naj bi bilo prostovoljno, vendar pa je zaradi obsega pravic in višine doplačil, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne pokriva, postalo nujno.

Slika št. 19: Indeks realnih izdatkov za zdravstvo iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, povprečne neto plače v Sloveniji in letne premije za prostovoljno zdravstveno zavarovanje za zaposlene leta 2002 glede na leto 1993



Vir: Poslovno poročilo za leto 1996, 2002, ZZZS; Statistični letopis 1993, 2002, Statistični urad republike Slovenije; Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003.

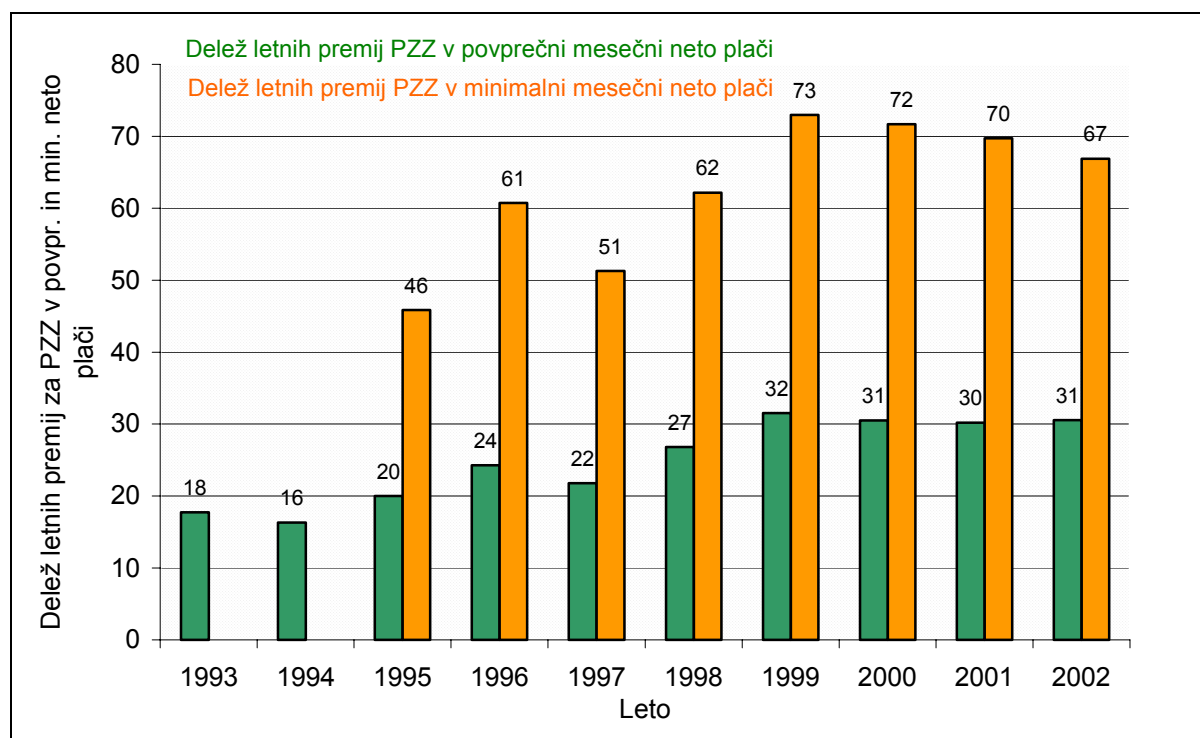
V obdobju 1992–2002 je prostovoljno zdravstveno zavarovanje v zdravstveni sistem prispevalo skoraj 450 milijard tolarjev (stalne cene 2002) sredstev. Indeks realnih izdatkov za zdravstvo iz naslova prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je v letu 2002 glede na leto 1993 presegel realno rast izdatkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja kar za 165 odstotnih točk. Delež izdatkov iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v skupnih izdatkih za zdravstvo se je povzpел na 13,6 %.

Razbremenjevanje javnega sektorja je bilo doseženo, vendar na račun porušeni h temeljnih vrednot vseh socialnih držav tj. pravičnosti in solidarnosti. Delni umik države s področja financiranja zdravstvenega varstva, ki je sicer bil neizogiben ukrep, je bil izveden neustrezno. Uvedba doplačil za večino zdravstvenih pravic je breme financiranja v večji meri prenesla na ekonomsko šibkejše sloje prebivalstva. Zaradi prenosa pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v pravice prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, naraščajočih stroškov prenešenih zdravstvenih storitev in zdravil se je letna premija za prostovoljno zdravstveno zavarovanje (za zaposlene) realno povečala za 132 %. Realna rast povprečne neto plače je znašala le 34,7 %. Naraščajoče premije so čedalje bolj obremenjevale dohodke državljanov, še posebej tiste z najnižjimi dohodki.

7.2. Primerjava premij za prostovoljno zdravstveno zavarovanje z izbranimi kategorijami dohodkov

Navpično pravičnost pri zbiranju sredstev lahko presojamo z enostavnimi primerjavami izdatkov in dohodkov. V nadaljevanju je prikazana primerjava omenjenega razmerja za zaposlene in upokoјence, ki primerja premije za prostovoljno zdravstveno zavarovanje z izbranimi kategorijami dohodka; minimalno in povprečno neto plačo ter minimalno in povprečno neto pokojnino. Ob navpični pravičnosti bi morale biti razmerje med izdatki tj. letnimi premijami za prostovoljno zdravstveno zavarovanje in navedenimi dohodki višje pri povprečni neto plači (v primerjavi z minimalno neto plačo) oziroma pokojnini (v primerjavi z minimalno neto pokojnino).

Slika št. 20: Delež letnih premij za prostovoljno zdravstveno zavarovanje (PZZ) v minimalni in povprečni mesečni neto plači zavarovanca v obdobju 1993–2002 v %



Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 250.

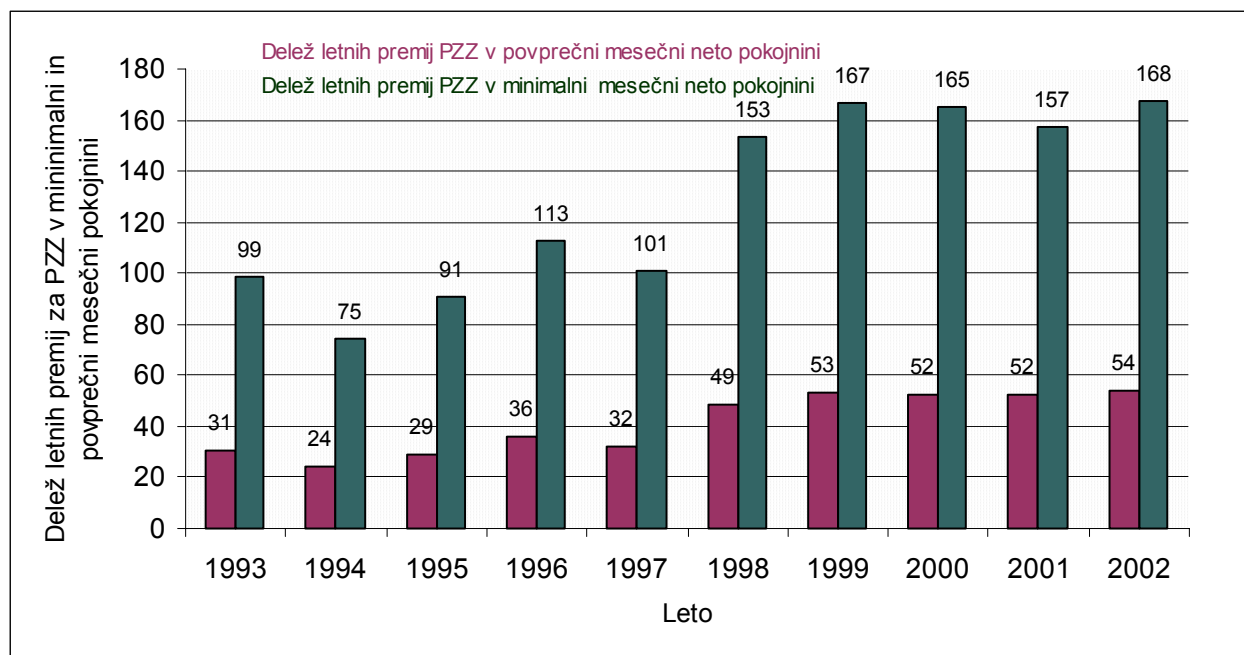
Ob upoštevanju načela proporcionalnosti bi morali vsi državljani namenjati enak odstotek mesečne neto plače za letno premijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Navpična pravičnost v sistemu financiranja pa je dosežena ob progresivnosti, torej tedaj, ko bogatejši plačujejo tudi relativno več kot revnejši.

Za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji velja, da se premije ne razlikujejo glede na dohodke zavarovancev. Le-te pa bistveno bolj obremenjujejo državljane z nižjimi dohodki. To potrjujejo tudi primerjave med deležem letnih premij za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v minimalni mesečni neto plači in povprečni mesečni neto plači. Državljeni z najnižjimi dohodki (minimalna plača) so v letu 2002 za letno premijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja plačali 67 % minimalne mesečne neto plače, tisti, ki so prejeli povprečno neto plačo pa so za letno premijo prostovoljnega zavarovanja namenili 'le' 31 % povprečne mesečne neto plače. Primerjava pokaže na regresivnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

V zadnjih letih se je položaj obeh izbranih skupin dohodka slabšal. Tisti, ki so prejeli minimalno neto plačo, so v letu 1995 za premijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja namenili 46 % (67 % v letu 2002) mesečne minimalne neto plače, tisti, ki pa so prejeli povprečno neto plačo, pa so za letno premijo prostovoljnega zavarovanja namenili 18 % (31 % v letu 2002) povprečne neto plače.

S še večjimi obremenitvami se srečujejo upokojenci. Upokojenci, ki so prejemniki minimalne pokojnine, so v letu 1993 plačali za letno premijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja eno mesečno pokojnino, v letu 2002 pa skoraj 170 % mesečne pokojnine. Upokojenci s povprečno neto pokojnino so v letu 2002 za letno premijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja plačali 'le' 50 % povprečne mesečne neto pokojnine.

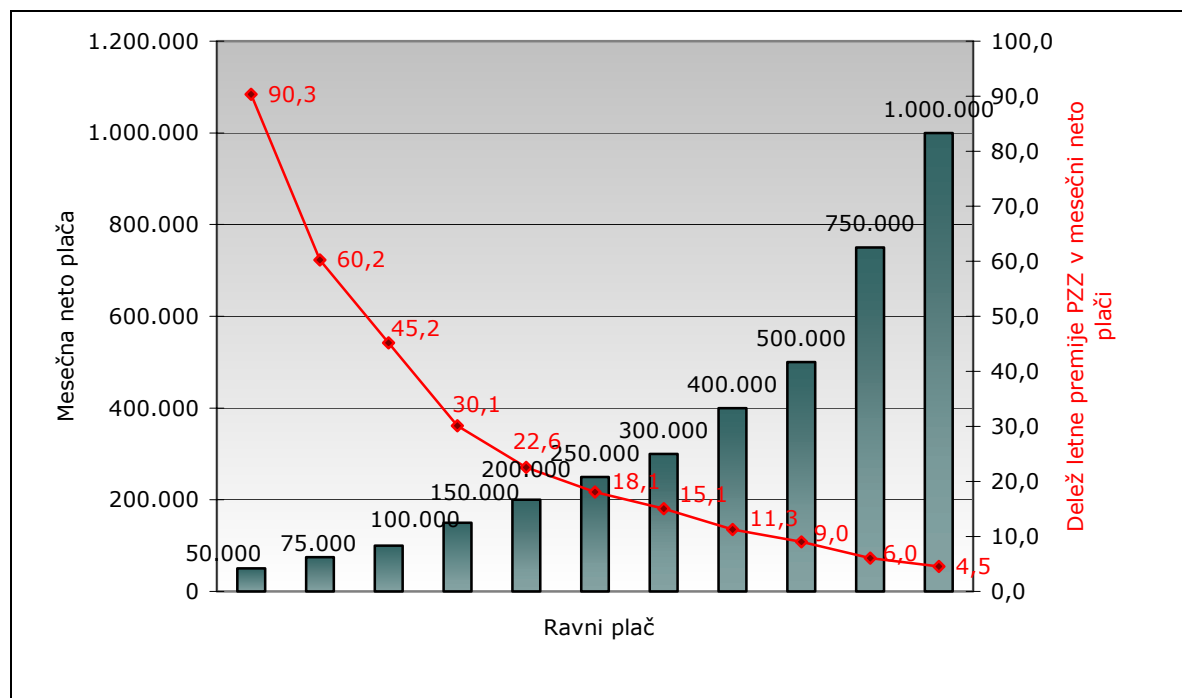
Slika št. 21: Delež letnih premij za prostovoljno zdravstveno zavarovanje (PZZ) v minimalni in povprečni mesečni pokojnini zavarovanca v obdobju 1993–2002 v %



Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 250.

Tako primerjava pri plačah kot tudi primerjava med pokojninami kažeta na regresivnost sistema prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Slika št. 22: Obremenitev mesečne neto plače zaposlenega z izdatki za letno premijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (PZZ) v letu 2002 v SIT in v %



Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003.

Zgornja slika prikazuje načelo 'pravičnosti' v sistemu prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Letna premija za prostovoljno zdravstveno zavarovanje je za zaposlene v letu 2002 znašala 45.172 SIT (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003). Državljeni z nižjo plačo so bistveno bolj obremenjeni kot bogatejši državljani. Pri prispevkih od bruto plač za obvezno zdravstveno zavarovanje, ki za vse zaposlene znašajo 6,36 %, lahko govorimo o proporcionalnosti sistema, ki pa še ne zagotavlja navpične pravičnosti (progresivnost). Za prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki vključuje pravice, ki spadajo v osnovno zdravstveno varstvo, pa velja že ugotovljena regresivnost. Državljeni z različnimi dohodki, bi po načelu pravičnosti morali plačevati različno, v skladu s svojimi ekonomskimi zmožnostmi. V Sloveniji revni in bogati plačujejo absolutno enako, a relativno različno – v škodo revnejših. Za prostovoljno zdravstveno zavarovanje je torej značilna regresivnost, o navpični pravičnosti ne moremo govoriti.

7.3. Razmerje med izdatki in dohodki po posameznih dohodkovnih skupinah

Naslednji pristop za presojo o navpični pravičnosti pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju je tabeliranje povprečnih izdatkov (premije) in dohodkov po dohodkovnih skupinah ter izračun njunega razmerja po dohodkovnih skupinah. Podatki o izdatkih (premijah) po dohodkovnih skupinah niso dosegljivi, tako da dejstva o regresivnosti pri zbiranju sredstev pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju računsko (empirično) ne morem potrditi. Kljub temu velja ugotovitev, da so v sistemu enakih premij prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja višje dohodkovne skupine relativno manj obremenjene, kar je značilnost regresivnih sistemov financiranja.

7.4. Kakwani indeks

Za primerjavo sistemov financiranja z vidika zbiranja sredstev pri ugotavljanju navpične pravičnosti uporabljamo različne indekse. Najpogosteje uporabljeni indeks za merjenje navpične pravičnosti je Kakwani indeks (Mossialos, Dixon, 2002a, str. 273), ki meri odstopanje sistema financiranja od proporcionalnega (= 0). Pozitivne vrednosti so značilne za progresivne sisteme, negativne pa za regresivne sisteme. Če je sistem financiranja progresiven, govorimo o navpični pravičnosti (bogatejši namreč plačujejo relativno več kot revnejši), če pa je sistem proporcionalen ali pa regresiven, o navpični pravičnosti ne moremo govoriti.

Zaradi nerazpoložljivosti podatkov Kakwani indeksa za sistem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji ni mogoče izračunati, zaradi tega tudi ni mogoče delati primerjav s podobnimi sistemi v EU.

Ne glede na problem nerazpoložljivih podatkov, bom poskusila celotni sistem financiranja zdravstva v Sloveniji z vidika navpične pravičnosti umestiti v širši prostor.

Za izračun Kakwani indeksa se uporabljajo podatki na ravni gospodinjstev. Največji problem izračunov predstavljajo ustrezni podatki in njihova dosegljivost. Za nekatere države OECD sta izračune naredila Wagstaff in Van Doorslaer. Med izdatke za zdravstvo sta štela prispevke za socialno zavarovanje in neposredna plačila. V izračunu niso upoštevani preostali zasebni izdatki za zdravstvo. Kakwani indeks za Slovenijo pa je izračunan zgolj na podlagi neposrednih plačil (nerazpoložljivost podatkov), zato končni izračuni niso povsem primerljivi (Prevolnik, 1997, str. 74).

Primerjava podatkov pokaže, da je za Slovenijo značilna regresivnost v financiranju zdravstva in da je ta regresivnost v primerjavi z navedenimi državami EU verjetno večja. Sklep lahko postavimo tudi ob dejstvu, da podatki o izdatkih za zdravstvo iz naslova obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja niso vključeni. Ob predpostavki, da za obvezno zdravstveno zavarovanje velja proporcionalnost in za prostovoljno zdravstveno zavarovanje regresivnost, je v celoti gledano za Slovenijo še vedno značilna regresivnost financiranja zdravstva. Zaradi nerazpoložljivosti podatkov natančne primerjave z državami EU niso mogoče.

Tabela 5: Kakwani indeks v izbranih državah za leto 1992

Država	Kakwani indeks
Danska	-0,015
Francija	-0,072
Irska	0,034
Italija	0,022
Nizozemska	-0,034
Portugalska	0,063
Slovenija	-0,086
Španija	-0,023
Švica	-0,117
Velika Britanija	0,032
ZDA	-0,145

Vir: Prevolnik, 1997, str. 74.

Splošna ugotovitev, ki izhaja iz prikazanih Kakwani indeksov po državah, je, da je v zdravstvenih sistemih, kjer prevladuje zasebno financiranje, stopnja regresivnosti višja. Bolj ko se država nagiba k javnemu financiranju zdravstvenih storitev, bolj je sistem financiranja progresiven.

Kljub temu za nekatere države EU velja progresivnost tudi za prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Razlog progresivnosti teh sistemov je možnost vključevanja le bogatejših (nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Nemčiji in na Nizozemskem), bogatejši pa se tudi v sistemih, kjer se lahko prostovoljno zavarujejo vsi državljani, bolj pogosto odločajo za omenjeno zavarovanje. Nadaljnje Wagstaffove raziskave pokažejo na progresivnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Nemčiji, na Nizozemskem, v Italiji, na Danskem, na Portugalskem in v Veliki Britaniji. Regresivnost velja v Franciji, na Irskem in v Španiji (Mossialos, Thomson, 2002, str. 153).

Naj omenim še raziskave s področja ugotavljanja in primerjav navpične pravičnosti med državami EU, ki kažejo, da so sistemi financiranja zdravstva v zadnjih letih postali bolj regresivni oziroma manj progresivni.

Za pravično zbiranje sredstev velja načelo navpične pravičnosti, po kateri se različne skupine ljudi različno obravnavajo. Načelo navpične pravičnosti je uresničeno tedaj, ko bogatejši plačujejo tako absolutno kot tudi relativno več kot revnejši. Tak sistem je progresiven. Za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji ne velja progresivnost, torej o navpični pravičnosti ne moremo govoriti. Tako revnejši kot bogatejši namenajo za premije prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja absolutno enake zneske, relativno pa manj plačujejo bogatejši. Ob nepravičnem zbiranju sredstev o pravi solidarnosti ne moremo govoriti. Z neupoštevanjem razlik v dohodkih državljanov se zmanjšuje tudi pravičen dostop do zdravstvenih pravic. Nerazpoložljivost podatkov o izdatkih za zdravstvo (premije) po dohodkovnih skupinah onemogoča izračune razmerij med izdatki in dohodki po dohodkovnih skupinah ter izračun Kakwani indeksa. Ne glede na to pomanjkljivost je regresivnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji nesporna. Izmed držav EU lahko Slovenijo primerjamo s Francijo. Tudi za dopolnilno zdravstveno zavarovanje v Franciji namreč velja regresivnost.

8. MOŽNE SMERI RAZVOJA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI

Na področju zdravstvenega varstva ni reforma nikoli končana, saj gre za zelo dinamičen družbeni sistem, pred katerim so vedno novi izzivi in zahteve po prilagajanju družbenim in gospodarskim spremembam. Pri oblikovanju in sprejemanju kakršnih koli reform na zdravstvenem področju je potrebno skrbno pretehtati razmerje med družbeno in individualno skrbjo za zdravje ter javnim in zasebnim zdravstvenim interesom, še posebej, ker so pridobljene socialne pravice zelo "trdovratne". Spremembe so možne le takrat, ko so obravnavane kot družbeno sprejemljive.

V delovanju sistemov zdravstvenih zavarovanj v državah članicah EU se v prihodnosti pričakuje precej sprememb. Skupni notranji trg sili države tudi k približevanju nacionalnih sistemov socialne varnosti. Države sledijo k skupnim ciljem, ki so na dolgi rok usmerjeni k čim bolj enakopravnemu dostopu vseh ljudi do razumnega obsega in kakovosti zdravstvenega varstva. Prost pretok med članicami in spoštovanje skupnega trga bosta v prihodnosti vplivala na

financiranje zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki jih bodo zavarovanci deležni kjer koli v EU.

8.1. Preoblikovanje vsebine zavarovanj: povečanje pravičnosti in ponovna vzpostavitev solidarnosti

Poleg odzivnosti na potrebe, učinkovitega in poštenega razporejanja sredstev, odgovornosti, soudeležbe ljudi in javnega nadzora sta temeljni vrednoti zdravstvenega sistema v Sloveniji tudi javno financiranje, ki temelji na izvajanju načela solidarnosti ter pravičen dostop do zdravstvenih pravic. Sedanje slabosti financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji so naslednje (Zdravstvena reforma, 2003, str. 66–67):

- nezadostni finančni viri,
- nepopolno zajemanje vseh prihodkov kot osnove za zdravstvene prispevke,
- možnost izogibanja plačilu prispevkov,
- neustrezna vsebina in 'obveznost' prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja,
- nepravičnost zbiranja sredstev preko prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja,
- zmanjšanje solidarnosti,
- zmanjšanje dostopa do zdravstvenih pravic.

Za povečanje pravičnosti pri zbiranju sredstev in solidarnosti je potrebno vzpostaviti tak sistem, kjer državljanom za zdravstvene pravice, ki so za zdravje in zdravljenje nujno potrebne, ne bo potrebno doplačevati ali se prostovoljno zdravstveno zavarovati. Take pravice bi morale biti v celoti krite iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, kjer se prispevki za zdravstveno zavarovanje plačujejo, glede na dohodkovne zmožnosti. V skladu z načelom solidarnosti so državljanji za relativno enako plačilo enako deležni vseh potrebnih zdravstvenih pravic. Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je torej potrebno dopolniti s pravicami, ki jih krije prostovoljno zdravstveno zavarovanje, predvsem tistih, ki so pomembna za zdravstveno varstvo in jih danes pokrivata šele obe vrsti zavarovanj skupaj. Ta sprememba financiranja bi povečala solidarnost in pravičnost pri zbiranju sredstev.

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja bi se torej morale na novo definirati, potrebno pa bi bilo tudi ponovno opredeliti postopek, s katerim se vrsta in količina pravic lahko spreminja. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje bi moralo biti usmerjeno zlasti na premožnejše državljanje, ki si želijo nadstandardno ponudbo in si jo lahko tudi privoščijo.

Tako kot v drugih državah tudi v Sloveniji trendi v središče pozornosti zdravstvenega sistema postavljajo interes državljana. V interesu državljana je pravično financiranje zdravstva (tako pri zbiranju sredstev kot tudi razporeditvi sredstev med izvajalce), univerzalno zdravstveno varstvo, ki upošteva potrebe vseh ljudi, ne glede na njihov položaj, ter pravičen dostop do zdravstvenega

varstva, kar pomeni enako dobro zdravstveno oskrbo za vse ljudi z enakimi zdravstvenimi potrebami.

Zavarovalnice, ki sedaj tržijo prostovoljna zdravstvena zavarovanja (dopolnilna), bi morale trženje oblik prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (dodatna) usmeriti na premožnejše državljane in ponuditi (Zdravstvena reforma, str. 82, 2003):

- zavarovanje za hitrejši dostop do zdravstvenih storitev,
- zavarovanje za dodatne storitve, ki niso predmet obveznega zavarovanja,
- zavarovanje za nadstandardne storitve, zdravila in pripomočke,
- zavarovanje za zdravljenje v tujini.

8.2. Zagotavljanje dodatnih virov za financiranje zdravstvenega varstva

Nevarnost obstoječemu sistemu financiranja obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavlja progresivno staranje prebivalstva in zmanjševanje deleža aktivnega prebivalstva v celotnem prebivalstvu (Jakubowski, 2002, str.5). Sprememba starostne strukture in s tem povezanega števila upokojencev z vidika zbiranja sredstev obveznega zavarovanja pomeni, da se zmanjša tudi višina zbranih sredstev, saj za upokojence velja bistveno nižja prispevna stopnja. Zaradi omenjenih negativnih vplivov na raven prihodkov iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja v prihodnosti, bi bilo potrebno preučiti možnosti o razširitvi osnov za obračun prispevkov.

Obstoječi viri financiranja povečanih izdatkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (zaradi prenosa pravic iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja) ne bodo mogli pokriti. Razlika v ceni do polne vrednosti storitve, ki jo je do sedaj krilo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, bi postala izdatek obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Možen način povečanja virov je povišanje prispevne stopnje za obvezno zdravstveno zavarovanje. Prispevna stopnja bi se povečala na strani delojemalcev in upokojencev. Državljeni torej ne bi več plačevali enakih (nepravičnih) premij za prostovoljno zdravstveno zavarovanje, temveč višjo prispevno stopnjo za obvezno zdravstveno zavarovanje. Le ta je za vse državljane enaka, regresivnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja bi nadomestila proporcionalnost obveznega zdravstvenega zavarovanja. Dodatni prispevek na letni ravni za 'razširjeno' obvezno zdravstveno zavarovanje bi bil pri revnejših državljanih nižji kot sedanji izdatki za letno premijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, pri bogatejših pa višji (Zdravstvena reforma, 2003, str. 77).

Viri bi se lahko povečali tudi preko transferja sredstev iz državnega proračuna do današnje skupne vrednosti premij prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Vzporedno s tem bi se premije prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja zniževale, ustrezno pa bi se povečali splošni davki. Težava splošnih davkov pa je v tem, da izgubijo sledljivost, prav tako pa je njihovo namensko porabo težje spremljati. Transfer iz državnega proračuna bi lahko bil tudi posreden – v blagajno pokojninskega zavarovanja, od tam pa preko dviga prispevne stopnje upokojencev (do končnega izenačenja z zaposlenimi) v zdravstveno zavarovanje. Izenačenje prispevne stopnje zaposlenih in upokojencev je smiselno zaradi večje stabilnosti finančnih prilivov v prihodnosti. Zaradi povečevanja deleža starejših v strukturi prebivalstva bo potrebno nevtralizirati učinke zmanjšanja prilivov finančnih sredstev zaradi današnje več kot polovico nižje prispevne stopnje upokojencev.

Naslednji način povečevanja virov za financiranje zdravstvenega varstva je odprava 'pomanjkljivosti' glede zakonskih opredelitev obveznosti zavezancev za plačilo prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje. Pomanjkljivost sedanje ureditve se kaže v neenakosti glede obveznosti, ki jih imajo pravne in fizične osebe do obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tako so obveznosti delodajalcev in delojemalcev ter upokojencev glede plačevanja prispevkov zelo jasne, medtem ko so za samozaposlene osebe in nekatere druge kategorije te odvisne od njihove odločitve o osnovi za določitev prispevkov ali tudi od tega, kdaj bodo prijavile osebe v zavarovanje. Neredko so te osnove, po zakonu iste kot za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, kjer pa so od tega odvisne tudi pravice, kar pa v zdravstvenem zavarovanju ni primer. Zato so po sedanjih predpisih solidarni predvsem tisti, za katere obstajajo evidence in možnost, da se jim obveznost obračuna brez njihove vednosti, medtem ko se drugi lahko obnašajo do teh obveznosti tudi manj odgovorno. Takšno stanje ni v skladu z načeli enakosti in pravičnosti in jih je za to potrebno zakonsko na novo opredeliti.

Obdavčitev premoženja oziroma kapitala je naslednja možnost. Sistem financiranja obveznega zdravstvenega zavarovanja temelji na zbiranju prispevkov, ki se v največjem obsegu obračunavajo od plač in sicer proporcionalno. Vendar pa je lahko sistem regresiven, saj osnova za obračun prispevkov ne vključuje nekaterih vrst dohodkov, ki so sicer značilni za bogatejše (kapitalski dobički, varčevanje, investicije). Večina socialnih sistemov zdravstvenega zavarovanja kot osnovo za obračun prispevkov uporablja plačo, ki pa z leti postaja manj ustrezna. Vse bolj opazni so trendi v smeri samozaposlovanja (na račun zaposlenosti), ljudje imajo več kot le eno službo. Na sposobnost plačevanja močno vpliva tudi premoženje posameznika, ki je izvzeto, prav tako tudi kapitalski dobički, ki predstavljajo čedalje večji delež celotnega dohodka (Normand, Busse, 2002, str. 73).

Kot možni vir povečanja sredstev za zdravstvo se pojavlja tudi zamisel po povečani obdavčitvi končne potrošnje (oz. povečanem namenskem davku za zdravstvo) npr. cigaret in alkohola, kot ga poznajo v Belgiji in Veliki Britaniji. Pomembno je ozavestiti ljudi, da so sami odgovorni za

svoje zdravje in da nezdrav način življenja (cigarete, alkohol) vpliva na višje stroške zdravstva. Močan argument te ideje je prav gotovo družbena sprejemljivost, kar kaže tudi raziskava, saj 75 % anketiranih soglaša z uvedbo dodatnih javnih virov – trošarin in davkov na alkohol in cigarete. Splošno soglasje vlada tudi s predlogom, da bi se trošarine in davki na alkohol in cigarete morali uporabiti namensko za financiranje zdravstva, s čimer se strinja 89 % vprašanih (Toš, 2002, str.105). Slabost uvedbe omenjenega davka je v tem, da spet proporcionalno bolj obremenjuje revnejše.

8.3. Stališča makroekonomistov o možnih spremembah sistema zdravstvenega zavarovanja

V zvezi z obravnavano tematiko sem se pogovarjala z makroekonomistoma T. Stanovnikom in V. Boletom, ki opozarjata, da na zdravstveni sistem in v okviru tega na podsystem zdravstvenega zavarovanja nikakor ni mogoče gledati parcialno. Progresivnost oziroma regresivnost se mora ugotavljati za celoten socialni sistem države in ne le za posamezne podsisteme. Pri tem lahko predpostavljamo, da je premija prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja neke vrste davek (davčni podsystem), ki predstavlja del celotnega davčnega sistema. Smiselno je, da se progresivnost oziroma regresivnost ugotavlja za celoten davčni sistem.

Prav tako je progresivnost oziroma regresivnost vezana na položaj različnih dohodkovnih skupin. Npr. če dobiva pomoč le najbolj ogrožena skupina, naslednja skupina pa pomoči ne prejema in je le obdavčena, bo zanje veljala večja regresivnost kot za prvo skupino. Analogno lahko to prenesemo na sistem zdravstva. Prav tako je na regresivnost potrebno gledati generacijsko in ne le v danem trenutku in opazovati, ali je določen statusni segment prebivalstva na slabšem skozi celotno življenjsko obdobje (npr. upokojenci).

Zato ekonomski teoretiki menijo, da argument regresivnosti prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja kot osnove za prenos pravic iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v obvezno zdravstveno zavarovanje ne vzdrži.

Pristopi, ki so v predlogih sprememb sistema zdravstva trenutno aktualni, zagovarjajo tezo, da je zdravstvo poseben segment socialne mreže, za katerega mora veljati progresivnost. Vendar pa progresivnost že v sistemu proporcionalne stopnje velja, saj je potrebno z makroekonomskega vidika gledati neto fiskalni učinek. V tem primeru so plačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje sicer res proporcionalna (vsak prispeva relativno enak delež svoje bruto mesečne plače), a je po neto fiskalnem učinku potrebno spremljati, koliko posameznik prispeva in koliko dobi. To pa pomeni, da revnejši prispevajo manj kot bogatejši, dobijo pa vsi enako. Neto fiskalni učinek je progresiven.

Še večji problem predstavlja način financiranja dodatnih sredstev zaradi prenosa prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v obvezno zdravstveno zavarovanje, saj javnost in sindikati niso naklonjeni povečevanju prispevne stopnje za zdravstvo. Povečanje prispevne stopnje, kljub temu da naj bi šlo le za povečanje prispevne stopnje na strani delojemalcev, lahko močno vpliva na sindikalne težnje po rasti plač (podobno kot se je zgodilo z uvedbo DDV, ko so se po določenem obdobju plače zaradi rasti cen povišale in posledično vplivale na povečevanje stroškov dela, zmanjšanje konkurenčnosti slovenskega gospodarstva ter rast inflacije). Povečevanje prispevkov ima namreč neposredni vpliv na stroške dela, zato je mnogo boljša rešitev financiranje preko davkov, ki imajo na stroške dela posreden vpliv. Uvedba povišane proporcionalne prispevne stopnje za obvezno zdravstveno zavarovanje lahko naleti na precejšen odpor vplivnih družbenih skupin še posebej zato, ker bi dvig prispevne stopnje precej bolj kot do sedaj, obremenil tiste z nadpovprečnimi plačami, ki imajo v družbi močan vpliv.

Problem, ki se pojavlja pri prispevku od plač, je tudi slabo pokritje zavezancev in njihovih osnov, od katerih se prispevek plačuje. Zato bi bilo smiselno uvesti namenski ("earmarked") zdravstveni davek od dohodninske osnove, ki predstavlja dosti širšo osnovo za financiranje zdravstvenih storitev, prav tako pa pri obdavčenju dohodninske osnove ni pritiska nazaj na plače. Vsekakor je pomembno tudi dejstvo, da je pred nami vključitev v EU in s tem povezano vprašanje, kako bo vključitev vplivala na plačno osnovo, od katere se prispevek obračunava. Lahko se namreč zgodi, da se spremeni oblika izplačil (mednarodna podjetja), plače se nadomestijo z neko drugo obliko (npr. kapitalska udeležba ipd.).

Kot sem že omenila, makroekonomisti ne vidijo problema v samem vsebinskem prenosu prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v obvezno zdravstveno zavarovanje, saj pravice, ki se pokrivajo iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja dejansko sodijo v obvezno zdravstveno zavarovanje in predstavljajo osnovne zdravstvene pravice. Dejanski problem makroekonomisti vidijo v samem načinu prenosa in viru zagotovitve sredstev, ki so sedaj financirana v okviru premij prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, pa tudi primanjkljaja sredstev v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Primanjkljaj sredstev zaradi prehoda na drugačen sistem financiranja bi na kratek rok lahko kril proračun.

Kot možnost kritja primanjkljaja na daljši rok makroekonomisti navajajo tudi financiranje iz proračuna (podobno kot v pokojninsko blagajno), kar pa bi najverjetneje povzročilo pritiske tudi ostalih socialnih podsistemov družbe.

Naslednja dilema je, ali je naš zdravstveni sistem dejansko zmožen ponuditi prava prostovoljna zdravstvena zavarovanja, kot jih poznajo na trgih EU? Ali imamo kapacitete, za katere bi bilo možno ponuditi npr. nadstandard? Kot perspektivna oblika prostovoljnega zavarovanja pa se vsekakor kaže zavarovanje za hitrejši dostop do zdravstvenih storitev, saj čakalne dobe v Sloveniji v nekaterih primerih predstavljajo že precejšen problem. Nekateri ekonomski teoretiki

kot možno novo obliko prostovoljnega zavarovanja v Sloveniji omenjajo tudi nadomestno zdravstveno zavarovanje, pri katerem gre za zavarovanje tistih oseb, ki so iz sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja izločeni (npr. tisti z visokimi dohodki nad določeno mejo). Hkrati pa ekonomski teoretiki opozarjajo na nevarnost ustanovitve takšnega zavarovanja, saj bi ustanovitev takšnega zavarovanja negativno vplivala na finančni položaj obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki bi tako izgubilo najboljše zavarovance (Stanovnik, 2003, str. 2).

Kot perspektivna možnost se kaže tudi neizkoriščena možnost dodatnih kolektivnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj prek delodajalcev, podobno, kot je to pri dodatnem pokojninskem zavarovanju. V tem primeru gre za obliko zdravstvenega zavarovanja, ki je v državah EU dobro poznana in jo lahko uvrstimo nekam med obvezno in individualno prostovoljno zavarovanje.

Kot daleč najboljša (a ne najhitrejša) se kaže sistemska rešitev, ki bi pomenila reformo celotnega sistema socialne mreže. Znotraj nje se namreč pojavlja dovolj viškov sredstev, s katerimi bi lahko pokrili primanjkljaje v njej. Predvsem gre za zmanjševanje socialne mreže, ki ne sodi v osnovno socialno mrežo, povečanja prispevka ZPIZ-a ali znižanja stopnje nadomestil ("replacement rate") za upokojence in preliva teh sredstev v zdravstveno blagajno, saj upokojenci zdravstvene storitve v največji meri uporabljajo in jih tudi najbolj potrebujejo.

SKLEP

Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva in socialni sistem zdravstvenega zavarovanja sta najpomembnejša javna sistema zdravstvenega varstva v državah EU. Navkljub razlikam v sistemih se zdravstveno varstvo državljanom zagotavlja predvsem v okviru javnih sistemov, ki temeljijo na upoštevanju načela solidarnosti.

Načelo solidarnosti omogoča vsem državljanom pravičen dostop do zdravstvenega varstva. Državljeni z enakimi zdravstvenimi težavami so enako obravnavani. Poleg pravičnega dostopa do zdravstvenih pravic si države prizadevajo za pravičnost pri zbiranju sredstev za financiranje sistemov zdravstvenega varstva.

Zdravstveni sistemi držav EU in tudi drugod po svetu se soočajo z naraščajočimi izdatki za zdravstvo. Podaljševanje povprečne življenjske dobe prebivalstva, spremembe v zdravstvenem stanju prebivalstva, razvoj medicinske znanosti in tehnologije ter večja informiranost in zdravstvena osveščenost državljanov povečujejo povpraševanje po zdravstvenih pravicah.

Države poskušajo reševati razkorak med čedalje večjim povpraševanjem in omejenimi javnimi viri financiranja z obvladovanjem izdatkov in delitvijo stroškov med javne in zasebne vire.

Socialni sistem zdravstvenega zavarovanja je bil v Sloveniji uveden z zdravstveno reformo v letu 1992. Tako kot v državah EU tudi javni sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji temelji na izvajanju načela solidarnosti s ciljem, zagotoviti pravičen dostop do zdravstvenih pravic vsem državljanom. Za Slovenijo je prav tako značilna čedalje večja razlika med naraščajočim povpraševanjem po zdravstvenih pravicah in omejenimi javnimi viri financiranja. Z zdravstveno reformo v letu 1992 so bila zato uvedena doplačila za večino zdravstvenih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Nova zakonodaja je za doplačila uvedla možnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Pomen prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja z vidika financiranja sistema zdravstvenega varstva narašča. V obdobju 1993–2002 so se izdatki za zdravstvo iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja realno povečali za 211 %, izdatki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pa le za 46 %. Delež izdatkov iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v skupnih izdatkih za zdravstvo se je z 0 % v letu 1992 povečal na 13,6 % v letu 2002. V proučevanem obdobju je skupna vrednost izdatkov iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja znašala skoraj 450 milijard tolarjev (stalne cene 2002).

Vzrok za naraščanje pomena prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja predstavljajo določila Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki določajo minimalni in maksimalni delež vrednosti posameznih skupin zdravstvenih pravic, ki so predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja. Delež vrednosti posameznih skupin pravic, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, se je zniževal skladno z možnostjo, ki jo je dopuščal zakon. Izogibanje državljanov čedalje višjim doplačilom pa je povzročilo rast vloge prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Primerjava prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji v državah EU kaže na bistvene razlike v vsebini zavarovanj. Za države EU je značilno predvsem dodatno in nadomestno zdravstveno zavarovanje in ne dopolnilno, kot to velja za Slovenijo. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja v državah EU so namenjena zagotavljanju dodatne ponudbe zdravstvenih pravic, ki ne sodijo v osnovne zdravstvene pravice. V Sloveniji pa se moramo za zagotovitev osnovnih zdravstvenih pravic v celoti prostovoljno zdravstveno zavarovati. Primerjalna analiza pokaže, da je slovenskemu sistemu najbližje sistem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Franciji.

Presoja pravičnosti zbiranja sredstev preko prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je smiselna zaradi vsebine zavarovanja, saj zavarovanje omogoči dostop do osnovnih

zdravstvenih pravic. Zbiranje sredstev bi moralo upoštevati načelo solidarnosti in ne vzajemnosti.

Za navpično pravičnost je značilna različna obravnava državljanov z različnimi dohodki. Zbiranje sredstev je pravično tedaj, ko bogatejši plačujejo absolutno in tudi relativno več kot revnejši.

Primerjava razmerij med izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje in dohodki državljanov za različne kategorije dohodkov potrjuje hipotezo mojega magistrskega dela. Zbiranje sredstev preko prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je nepravično. Iz njega se namreč krije plačilo pravic, ki bi jih moralo po svoji vsebini kriti obvezno zdravstveno zavarovanje. Državljeni tako za te pravice plačujemo absolutno enako, relativno več pa prispevajo revnejši. Nepravično zbiranje sredstev preko prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja vpliva na zmanjšanje načela solidarnosti ter pravičnega dostopa do zdravstvenih pravic.

Pogledi na razvoj zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji so različni in si nasprotujejo. Težnji po povečevanju pomena obstoječega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja nasprotujejo mnenja o potrebnem prenosu osnovnih zdravstvenih pravic iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v obvezno zdravstveno zavarovanje in preoblikovanju vsebine prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki naj bi postalo dodatno. Pojavlja se vprašanje, ali je z vidika pravičnosti celotnega socialnega oz. davčnega sistema smiselno uvajati spremembe le na enem področju.

Izbrana smer razvoja zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji mora temeljiti na pravičnem zbiranju sredstev za financiranje sistema zdravstvenega varstva, saj se s tem, v skladu z načelom solidarnosti, vsem državljanom omogoča pravičnejši dostop do zdravstvenih pravic.

Socialnih pravic ni težko deliti, težje jih je spreminjati ali jemati. Za celovito reformo bo vsekakor potrebno pokazati na pomanjkljivosti obstoječega sistema, na možnosti izboljšav in poiskati mnogo volje in interesa za spremembo obstoječega sistema.

LITERATURA

1. Absec Tomaž: Prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Sloveniji. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1999. 46 str.
2. Albreht Tit et al.: Health Care Systems in Transition. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2002. 85 str.
3. Bratuš Maja: Financiranje zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji in nekaterih drugih evropskih državah ter ZDA. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1999. 47 str.
4. Bubnov Škobrne Anjuta: Pravica do zdravstvenega varstva in pravica do zdravstvenih storitev. Pravniki, Ljubljana, 57 (2002), 1–3, str. 51–79.
5. Chollet Deborah et al.: Private Insurance: Principles and Practise. Schieber George, ed., Innovations in Health Care Financing. Washington: The World Bank, 1997. Str. 77–114.
6. Culyer Anthony John, Mills Aaron: Perspectives on the Future of Health Care in Europe. York: University of York, 1989. 112 str.
7. Česen Marjan: Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1998. 90 str.
8. Česen Marjan: Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje, 2003. 254 str.
9. Gracar Ivan: Analiza socialnih in ekonomskih neskladij v sistemu zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 1999. 110 str.
10. Hoffmeyer Karl, McCarthy Ronald: Financing Health Care. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1994. 212 str.
11. ILO: The cost of social security. Geneva, 1986. 163 str.
12. Jakubowski Elke: Health Care in Slovenia. Copenhagen: Euro Observer, 4 (2002), 1, str. 5.

13. Jelisavčič Sladjana et al.: Obvladovanje sprememb v korist ljudi. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1997. 149 str.
14. Kocbek Elen: Komercialna zavarovalnica kot poslovni subjekt v sistemu zdravstvenega zavarovanja. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1995. 56 str.
15. Končina Miroslav: To ni samo bitka za zdravstveno blagajno. Dnevnik, Ljubljana, 12.7.2003, str. 24–25.
16. Košir Tone et al.: Zdravstveni zakon po novem. Ljubljana: Center marketing, 1992. 284 str.
17. Kramberger Boris: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje. ISIS: glasilo Zdravniške zbornice Slovenije, Ljubljana, 1 (1992), 1, str. 8–13.
18. Kramberger Boris: 110 let zdravstvenega zavarovanja med Slovenci. Občasnik, Ljubljana, 1999, 3, str. 1–5.
19. Letica Slaven: Pravičnost, etika in ekonomika v zdravstvu. Metode ekonomskega vrednotenja zdravstva ter njihova uporaba doma in v svetu, Zbornik 10. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu, 2003, str. 21–29.
20. Marcon Petra: ZZZS : Adriatic. Gospodarski vestnik, Ljubljana, 47 (1997), 43, str. 16–17.
21. Marcon Petra: Oženje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in vloga zavarovalnic v Sloveniji. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1999. 54 str.
22. Mossialos Elias, Dixon Anna: Funding health care: An introduction. Mossialos Elias, Dixon Anna, Figueras Josep, Kutzin Joe, eds., Funding health care: options for Europe. Buckingham: Open University Press, 2002, str. 1–30.
23. Mossialos Elias, Anna Dixon: Funding Health Care in Europe: Weighing up the options. Mossialos Elias, Dixon Anna, Figueras Josep, Kutzin Joe, eds., Funding Health Care: Options for Europe. Buckingham: Open University Press, 2002a, str. 272–300.

24. Mossialos Elias, Thomson Sarah: Voluntary Health Insurance in the European Union. Mossialos Elias, Dixon Anna, Figueras Josep, Kutzin Joe, eds., Funding Health Care: Options for Europe. Buckingham: Open University Press, 2002, str. 128–160.
25. Normand Charles, Axel Weber: Social Health Insurance, A Guidebook for Planning. Geneva: World Health Organization, 1994. 136 str.
26. Normand Charles, Busse Reinhard: Social Health Insurance Financing. Mossialos Elias, Dixon Anna, Figueras Josep, Kutzin Joe, eds., Funding Health Care: Options for Europe. Buckingham: Open University Press, 2002, str. 59–79.
27. Petek Barbara: Financiranje sistema zdravstvenega varstva in zavarovanja pri nas in drugod. Magistrsko delo. Maribor: Pravna fakulteta, 2003. 213 str.
28. Prevolnik – Rupel Valentina: Ekonomski vidiki odločanja v zdravstvu. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1997. 85 str.
29. Rawls John: A Theory of Justice. Cambridge: Harvard University Press, 1971. 607 str.
30. Robinson Ray: User Charges for Health Care. Mossialos Elias, Dixon Anna, Figueras Josep, Kutzin Joe, eds., Funding Health Care: Options for Europe. Buckingham: Open University Press, 2002, str. 161–183.
31. Roemer Milton: National Health Systems of the World. New York: Oxford University Press, 1993. 356 str.
32. Rupnik Lado, Stanovnik Tine: Javne finance. 1. del: Javne finance v svetu. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1995. 196 str.
33. Saltman B. Richard, Figueras Josep: European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe, 1997. 308 str.
34. Saltman B. Richard: The Western European Experience with Health Care Reform. European Observatory on Health Care Systems. (URL: <http://www.who.dk/eprise/main/WHO/ Progs/OBS/Studies>), 12. 2. 2003.
35. Stanovnik Tine: Javne finance. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1998. 203 str.
36. Stanovnik Tine: Neposrečeni sistem. Dnevnik, Ljubljana, 19.6.2003, str. 2.

37. Strmičnik Berni: Zdravstvena zavarovanja Adriatic. Koper: Adriatic, zavarovalna družba, d. d. , 1995. 59 str.
38. Svenšek Rosvita: Model za opredeljevanje ekonomskih okvirov razvoja zdravstvenega varstva. Magistrsko delo. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta, 1995. 145 str.
39. Strateški razvojni program zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1998. 153 str.
40. Toš Niko et al.: Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosov do zdravja in zdravstva. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2002. 239 str.
41. Toth Martin: Prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Evropi. 5. Dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož: Slovensko zavarovalno združenje, 1998, str. 49–62.
42. Toth Martin et al.: Sistem financiranja zdravstvenih programov v Sloveniji. Stepan Adolf, ur., Sistemi financiranja v zdravstvu: Mednarodna primerjava. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1999, str. 145–168.
43. Wagstaff Adam, Van Doorslaer Eddy, Paci Pierella: Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-Country Comparisons. McGuire A., Fenn P., Mathew K., eds., Providing Health Care: The Economics of Alternative System and Delivery. Oxford: Oxford University Press, 1991, str. 141–171.
44. Whitehead Margaret: The Concepts and Principles of Equity and Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1990. 29 str.
45. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Tradicija solidarnosti in spremembe po meri zavarovancev: Predlog Strateškega razvojnega programa Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2002–2007). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2002, str. 1–87.
46. Zdravstvena reforma (osnutek). Ljubljana: Vlada RS, Ministrstvo za zdravje, 2003. 347 str.

VIRI

1. Informacija o spremembah v obveznem zdravstvenem zavarovanju s 1. 1. 2003. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (URL:<http://www.zzzs.si/zzzs/internet>), 14. 4. 2003.
2. Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS.
3. Poslovno poročilo ZZZS za leto 1995. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1996. 76 str.
4. Poslovno poročilo ZZZS za leto 1996. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1997. 78 str.
5. Poslovno poročilo ZZZS za leto 1997. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1998. 95 str.
6. Poslovno poročilo ZZZS za leto 1998. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1999. 84 str.
7. Poslovno poročilo ZZZS za leto 1999. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2000. 91 str.
8. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2000. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2001. 84 str.
9. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2001. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2002. 99 str.
10. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2002. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003. 98 str.
11. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ljubljana: Občasnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 6 (1998), 1. 40 str.
12. Prednostne aktivnosti ZZZS v letu 2003. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (URL:<http://www.zzzs.si/zzzs/INTERNET>), 14. 4. 2003.
13. Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 80/94, 73/95, 2/96).

14. Statistični letopis RS 1997. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 1998. 657 str.
15. Statistični letopis RS 1998. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 1999. 659 str.
16. Statistični letopis RS 1999. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 2000. 651 str.
17. Statistični letopis RS 2000. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 2001. 687 str.
18. Statistični letopis RS 2001. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 2002. 662 str.
19. Statut Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01).
20. Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. – predstavitev projekta. Koper: Triglav, zdravstvena zavarovalnica d. d., 2002. 10 str.
21. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life; France: World Health Organization, 2003. 248 str.
22. Zakon o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija za obdobje 1994 – 2008 (Uradni list RS, št. 19/1994).
23. Zakon o lekarniški dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92).
24. Zakon o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 5/96).
25. Zakon o zavodih (Uradni list RS, št. 12/91).
26. Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih (Uradni list RS, št. 101/99).
27. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92).
28. Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92).
29. Zapiski pogovora s Tinetom Stanovnikom.
30. Zapiski pogovora z Velimirjem Boletom.