

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

MAGISTRSKO DELO

**PRIMERJAVA SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA
VARSTVA IN ZDRAVSTVENGA ZAVAROVANJA
MED SLOVENIJO IN IZBRANIMI EVROPSKIMI
DRŽAVAMI**

LJUBLJANA, APRIL 2008

MAJDA ODER

IZJAVA

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

V Ljubljani, dne 23. 4. 2008

Podpis: _____

KAZALO

Uvod.....	1
1. Zdravstveno varstvo v Evropi	2
1.1 Zdravstveno varstvo.....	4
1.2 Zdravstveno zavarovanje.....	6
1.3 Modeli zdravstvenega varstva v Evropi.....	7
1.3.1 Bismarckov (partnersko-zavarovalniški) model	10
1.3.2 Beveridgeov (državno vodeni) model	11
1.3.3 Semaškov model socialističnega zdravstvenega varstva.....	13
2. Zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje v izbranih evropskih državah.....	14
2.1 Avstrija	15
2.1.1 Osnovne značilnosti zdravstvenega varstva	15
2.1.2 Organizacija zdravstvenega varstva.....	16
2.1.3 Obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.....	17
2.1.4 Dodatna komercialna zavarovanja	19
2.1.5 Financiranje zdravstvenega zavarovanja	20
2.1.5.1 Financiranje izvajalcev	21
2.1.5.2 Financiranje bolnišnic.....	22
2.2 Švedska	24
2.2.1 Organizacija zdravstvenega varstva.....	24
2.2.2 Pravice o socialnih storitvah	27
2.2.3 Privatni ponudniki nege	29
2.2.4 Financiranje zdravstvenega zavarovanja	30
2.3 Latvija	31
2.3.1 Značilnosti in organizacija zdravstvenega varstva	31
2.3.2 Obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.....	32
2.3.3 Prostovoljno (osebno) zdravstveno zavarovanje.....	34
2.3.4 Financiranje izvajalcev zdravstvenih dejavnosti	35
2.4 Slovenija	36
2.4.1 Razvoj zdravstvenega zavarovanja.....	36
2.4.2 Značilnosti sistema zdravstvenega zavarovanja	39
2.4.3 Obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.....	40
2.4.4 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	45
2.4.5 Dvostopenjski proces partnerskih pogajanj	46
2.4.6 Financiranje programov zdravstvenih storitev v Sloveniji	47
2.4.6.1 Poraba sredstev na primarni ravni	48
2.4.6.2 Poraba sredstev na sekundarni in terciarni ravni	48

3. Nadaljni razvoj sistemov zdravstvenega varstva	49
3.1 Reforme sistemov zdravstvenega varstva	51
3.1.1 Avstrija	51
3.1.2 Švedska	52
3.1.3 Latvija.....	53
3.1.4 Slovenija.....	54
4. Primerjava izdatkov za zdravstveno varstvo.....	56
4.1 Celotni izdatki in javni izdatki za zdravstvo	58
4.2 Delež javnih in zasebnih izdatkov za zdravstvo	60
5. Splošni kazalniki zdravstvenega stanja	61
5.1 Demografski dejavniki.....	63
5.2 Zmožljivost zdravstvene službe	66
5.2.1 Kazalnik o številu zdravnikov	67
5.2.2 Število bolnišničnih postelj	68
5.3 Novejše metode merjenja zdravstvenega stanja	69
6. Zaključek	72
7. LITERATURA IN VIRI	75
7.1 Literatura.....	75
7.2 Viri	78
8. SLOVAR TUJIH IZRAZOV	80

PRILOGE

Uvod

Zdravje ljudi vpliva na delovne sposobnosti in delavoljnost. Pomeni kvaliteto človekovega življenja ter je pogoj za kakovost življenja in blaginjo posameznika. Je vrednota, ki jo ljudje vselej damo na prvo mesto in h kateri stremijo mnogi posamezniki in narodi oz. države. Koliko stanejo ta stremljenja lahko ugotovimo iz vlaganj posameznikov ali države v programe zdravstvenega varstva s preračunom, kolikšen delež bruto domačega proizvoda predstavljajo ta sredstva. Z razvojem medicinske znanosti in postopkov zdravljenja ter osveščenostjo prebivalstva se sredstva za programe zdravstvenih storitev povsod po svetu nenehno povečujejo.

Zdravstveno varstvo je ena izmed sestavin širšega področja socialne varnosti posamezne države. Sistem socialne varnosti je nastajal hkrati z zdravstvenim zavarovanjem kot odziv delavstva na čedalje težje delovne in življenjske pogoje v drugi polovici 19. stoletja. V državah je prišlo do razvoja industrializacije in s tem povezanih ekonomskih in družbenih sprememb. Delavstvo je bilo ob vseh novostih najbolj izpostavljeno negotovostim, ki jih prinaša nova družbena ureditev. Za vse te težave so politiki in delodajalci dolgo mislili, da jih lahko s skromnim življenjem in varčevanjem rešijo delavci sami z lastnimi sredstvi ali s prostovoljnimi solidarnostnimi oz. vzajemnimi skladi. Čas pa je pokazal, da je takšno mnenje zmotno. Spoznanja o socialnih problemih so postopoma privedla do sprememb zakonov, s katerimi so začeli reševati posamezna področja socialne varnosti.

V večini evropskih držav je že pred mnogimi leti dozorelo spoznanje, da je pomagati ljudem, ki so bolni, nesposobni za delo ali drugače ne morejo poskrbeti zase, odgovornost celotne družbe. Spremlja ga tudi spoznanje, da je urejena in ustrezna socialna varnost prebivalstva zelo pomembna za družbeno in ekonomsko stabilnost države. Najbolj so se sistemi socialne varnosti razvili v Evropi. Morebiti se danes ne zavedamo več, kaj pomeni imeti zagotovljeno materialno varnost v primeru bolezni, poškodb, porodniške dobe, itd. Vse dobro človek z lahkoto prevzame in se ne sprašuje, koliko truda, dela, predvsem pa socialne osveščenosti družbe in njihove solidarnosti je bilo potrebno, preden je vse to postalo »avtomatizem«.

V magistrskem delu bom prikazala sisteme zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v izbranih evropskih državah (v Avstriji, na Švedskem in v Latviji), ki predstavljajo tipične predstavnike osnovnih modelov in jih nato med seboj primerjala. Poseben poudarek bo na razvoju zdravstvenega varstva v posameznih državah, zakonskih podlagah, ter načinu uveljavljanja zdravstvenih

storitev. Moj namen je prikazati ureditve in razmere na posameznih področjih, probleme, s katerimi se ti sistemi srečujejo ter rezultate, ki jih pri reševanju problemov dosegajo.

Cilj magistrskega dela je, na eni strani prikazati izbrane modele zdravstvenega varstva v Evropi, na drugi strani pa predstaviti model zdravstvenega varstva v Sloveniji in njegov razvoj skozi različna obdobja. Primerjala bom obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in financiranje zdravstvenih dejavnosti v obravnavanih državah kakor tudi v Evropi. Prikazala bom izbrane demografske kazalnike o zdravstvenem stanju populacije in pokazala, da je to stanje v povezavi z izdatki za zdravstveno varstvo.

Kot metodo dela bom izbrala opisno analitični pristop. Na podlagi podatkov o zdravstvenih zmogljivostih in vlaganjih v področje zdravstvenega varstva bom ugotavljala podobnosti in različnosti med obravnavanimi sistemi, primerjala izdatke za zdravstveno varstvo v Sloveniji in Evropi ter na podlagi demografskih gibanj ugotavljala vpliv na dolgoročno finančno vzdržnost socialnih zavarovanj.

Magistrsko delo vsebuje pet poglavij. V prvem poglavju bom predstavila zdravstveno varstvo v Evropi in modele zdravstvenega varstva, ki so se tu razvili. Drugo poglavje bo namenjeno predstavitvi značilnosti in organiziranosti zdravstvenega varstva v izbranih državah, opredelitvi pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter predstavitvi financiranja zdravstvene dejavnosti v obravnavanih državah. V tretjem poglavju bodo predstavljene reforme sistemov zdravstvenega varstva v izbranih državah. V četrtem poglavju bom analizirala izdatke za zdravstveno dejavnost kot delež bruto domačega proizvoda posamezne države in vzroke za njihovo stalno rast. V petem poglavju se bom dotaknila še nekaterih splošnih kazalnikov zdravstvenega stanja, ki predstavljajo zdravstveno »diagnozo« prebivalstva oz. njegovih posameznih delov. V zadnjem delu bodo predstavljene razlike v razpoložljivih zdravstvenih zmogljivostih, ki so med posameznimi državami Evrope izredno velike. Zdravstvene zmogljivosti pa so »ogledalo«, v katerih vidimo, kako družba v resnici udejanja svoje usmeritve in stališča na področju zdravstvenega varstva.

1. Zdravstveno varstvo v Evropi

Zdravstveno varstvo je eden izmed najbolj občutljivih družbenih sistemov. Človek je dolžan skrbeti za svoje zdravje in kvaliteto življenja, država pa mora zagotoviti svojim prebivalcem določeno socialno in zdravstveno varnost. Rečemo lahko, da je zdravje največja vrednota vsakega posameznika. Poglavitne vrednote so

univerzalnost, solidarnost, enakost in dostop do kakovostnega varstva (Marušič, 2007, str. 67). Zahteve po zagotavljanju in izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe se obravnavajo prednostno. Upoštevajo se tako mednarodna kot evropska načela kakovosti. To so uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost in enakost (Robida, 2006, str. 7).

Zdravstveni sistemi so zaznamovani s tradicijo, kulturo, vrednotami in političnimi posebnostmi posameznih držav, zato se med seboj bistveno razlikujejo. Ne glede na velike razlike je vsem državam skupno prizadevanje po izboljšanju zdravja. Skupni so tudi problemi, s katerimi se ukvarjajo. Sistemi zdravstvenega varstva so v vseh državah osnovani na skupnem modelu socialne solidarnosti in zaščite. Za ta model je značilno predvsem pokritje širokega obsega prebivalstva v razmerju do tveganj zdravstvenih okvar. Čeprav vse države ne organizirajo zdravstvenega varstva na enak način, pa je vsem skupna ista osnovna vizija – zagotavljanje kakovostnih sistemov zdravstvenega varstva, ki so učinkoviti in zasnovani kot raznolike naložbe, ki omogočajo pospeševanje gospodarske rasti in socialne kohezije (Health Care in Europe, 2001).

Zdravje in zdravstvene storitve so dobrine posebnega družbenega pomena. Pravica do zdravja in do zdravstvenega varstva je ena temeljnih človekovih pravic. Sistem zdravstvenega varstva in zavarovanja je namenjen enemu samemu cilju – boljšemu zdravju. Zavarovanje zagotavlja enako dostopnost storitev za vse državljane, ne glede na status, položaj, spol in tveganje. Rečemo lahko, da je socialna varnost celovit sistem, ki naj bi zavaroval prebivalstvo pred izgubo dohodka zaradi bolezni, brezposelnosti, starosti, smrti; zagotovil ustrezno zdravstveno varstvo, prispeval družinam k vzgoji otrok; postavil temelje zagotovljenemu minimumu eksistence ter predvidel ukrepe in način pokritja različnih socialnih primerov (Toth, 2002, str. 103).

Cilj vsake države je vzpostavitev sistema zdravstvenega varstva in zavarovanja. Glavni cilji so usmerjeni v izboljšanje zdravstvene varnosti državljanov. Hkrati pa so usmerjeni k spodbujanju zdravja za več blaginje in solidarnosti, ter k zbiranju in širjenju znanja s področja zdravja. Cilj vseh zdravstvenih sistemov je zagotoviti storitve, ki so usmerjene k bolniku in njegovim potrebam. Prebivalstvu omogočajo zagotoviti dostop do zdravstvenih pravic, ki mora biti pravičen. Prav tako pa poskušajo ohraniti stroške na določeni ravni. Zagotavljati mora enako kakovost zdravstvenih storitev za vse ljudi, ki imajo enake zdravstvene potrebe (Keber, 2003, str. 20). Osnovni cilj je zmanjšanje razkoraka med neenakostmi na področju zdravja s programi za preprečevanje bolezni ter tako spodbujati zdrav način življenja (Marušič, 2007, str. 67). S tem se zagotovi prebivalcem dostop do čim boljših zdravstvenih storitev.

Zdravstveno stanje prebivalstva ni odvisno samo od vrste sistema zdravstvenega varstva ter zdravstvenih zmogljivosti, ampak je odvisno tudi od gospodarske moči posamezne države, ki vpliva na življenjske pogoje prebivalcev in s tem na ohranitev zdravja ljudi. Celovita kakovost zdravstvene oskrbe mora biti organizirana tako, da spodbuja povezovanje in sodelovanje med različnimi partnerji, različnimi ravnmi in skupinami ter je smotrna za paciente, zdravnike in druge zdravstvene strokovnjake. Najprej je treba zagotoviti pogoje (viri, predpisi), nato pa oblikovati uspešne klinične time, ki se osredotočijo na pacienta (Robida, 2006, str. 35).

Zdravstveno varstvo je kompleksen družbeni sistem, ki je vpet v socialni, ekonomski in politični sistem. Evropska unija, s tem, ko oblikuje skupno politiko na področju zdravja, zagotovo dosega boljše rezultate, kot bi bili doseženo posamično na nacionalni ravni. Prednostna naloga evropske zdravstvene politike je vlaganje v zdravje. Ni namreč države brez pozitivnega zdravja in ni zdrave države brez njenih zdravih državljanov (Marušič, 2007, str. 67).

1.1 Zdravstveno varstvo

Na področju zdravstvenega varstva deluje niz elementov, ki so v medsebojni soodvisnosti. Elementi sistema zdravstvenega varstva so zdravstvena politika – človek se pojavlja kot član demokratične skupnosti, ki sodeluje pri sprejemanju političnih odločitev; zdravstvena dejavnost – kot bolnik ali zdravstveni delavec; zdravstveno zavarovanje – kot zavarovana oseba in plačnik; izobraževanje in usposabljanje – kot učenec in učitelj ter medicinska znanost in zdravstvene tehnologije – kot znanstvenik in raziskovalec (Česen, 1998, str. 10).

Za sistem zdravstvenega varstva še posebej velja, da gre za velik, zelo zapleten družbeni sistem, saj se pri prizadevanjih za boljše zdravje srečuje in sodeluje cela vrsta različnih organizacij. Sistem je tako velik, da znotraj njega lahko najdemo določene manjše zaokrožene celote, ki bi lahko same po sebi predstavljale sisteme. V takih primerih govorimo o podsistemih, ki jih je na področju zdravstvenega varstva veliko. Govorimo lahko o podsistemu populacije, o podsistemu naravnega okolja, o zakonodajnem podsistemu, o ekonomsko-socialnem podsistemu, o podsistemu zdravstvenih zmogljivosti in dejavnosti, o podsistemu zdravstvene varnosti in zdravstvenega zavarovanja, o podsistemu proizvodnje zdravil in preskrbe z zdravili.

Vsak sistem deluje z določenim namenom. Sistem zdravstvenega varstva ima en sam neposredni cilj, to je izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva. Pomeni

prizadevanje, aktivnosti in zagotavljanje najboljšega možnega in dosegljivega zdravstvenega stanja prebivalstva. Dosegljivo naj bi bilo čim večjemu številu ljudi – po možnosti vsemu prebivalstvu (Svenšek, 1996, str. 42). Sestavljajo ga ukrepi, s katerimi pomagamo ljudem, ki brez pomoči širše družbene skupnosti ne morejo zadovoljevati svojih življenjskih potreb (Cvetko, 1992, str. 7). Poudarek je na zdravju vsega prebivalstva in ne posameznika, čeprav je tudi to pomembno. Dostop do zdravstvenega varstva kot pravico opredeljujejo tudi pravni dokumenti Evropske unije. Temeljni akt o pravicah državljanov Evropske unije pravi, da ima vsakdo pravico do preventivnega zdravstvenega varstva in pravico do medicinskega zdravljenja (Zdravstvena reforma, 2003, str. 19).

Sistemov zdravstvenega varstva je toliko, kot je držav na svetu. Že razlike med državami v pravni, organizacijski in ekonomski ureditvi področja, kakor tudi vlaganjih za doseganje določene zdravstvene varnosti prebivalstva, nam problem definiranja pojmov samo povečujejo. Težave nastanejo že, ko govorimo o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ta dva pojma se najpogosteje uporabljata, ko primerjamo ureditve v posameznih državah.

Pojem zdravstveno varstvo opredeljuje Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 9/92), ki pravi, da je zdravstveno varstvo sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

Najširša definicija zdravstvenega varstva je logična izvedba pojmovanja zdravja kot fizičnega, duševnega in socialnega blagostanja. Sistem zdravstvenega varstva zajema celotno delovanje človeštva in vse dejavnike okolja, ki vplivajo na zdravje (Letica, 1989, str. 14). Če iz te definicije poskušamo izluščiti le tiste aktivnosti in dejavnosti, ki neposredno vplivajo na zdravje, pa naletimo na težave. Težko namreč najdemo tiste dejavnosti in področja, ki ne bi na določen način posredno vplivala na zdravstveno stanje ljudi.

Poleg širšega pogleda na zdravstveno varstvo, se uporablja še pojem ožje zdravstveno varstvo. Sem štejemo poleg čistih zdravstvenih storitev tudi področje upravljanja in financiranja področja, zdravstveno – statistično raziskovanje in nekatere naloge, ki pomenijo socialno varnost oseb med boleznijo ali poškodbo. (Žužek, 1992, str. 125 – 133). Vsi nacionalni sistemi zdravstvenega varstva v ožjem smislu besede imajo določene skupne sestavine oziroma področja. Teh je pet in sicer: obstoj specifičnih resursov za delo (kadri, prostori, oprema, sredstva),

posebna organizacija, ekonomske podlage za izvajanje zdravstvene dejavnosti oziroma zavarovanja, način upravljanja področja ter opravljanje in zagotavljanje zdravstvenih storitev (Roemer, 1993, str. 32 – 82).

S širitvijo znanja o nastajanju bolezni, z možnostjo preprečevanja bolezni ter ugotovitvah, kako vpliva okolje na zdravje, se je menjal tudi odnos družbe do vprašanja zdravja. Čedalje bolj je postal predmet skrbi celotna populacija in ne le zboleli posameznik (Toth, 2003, str. 92). Vse aktivnosti je bilo potrebno med seboj uskladiti. Države so začele uveljaviti razne predpise, ki urejajo posamezna vprašanja – kako ravnati v primeru nalezljivih in drugih bolezni in kako ukrepati, da se prepreči širjenje bolezni.

Nastali so sistemi zdravstvenega varstva, ki pomenijo zavestno, organizirano ter usklajeno delovanje in prizadevanja posamezne države za doseganje ciljev boljšega zdravstvenega stanja in kvalitete življenja ljudi – izolacija in karantena (Toth, 2003, str. 92). Posledica tega je bilo usposabljanje ljudi za poklice in aktivnosti, ki so povezane z zdravjem in boleznimi. Organizirale so se tudi posebne organizacije, ki so imele nalogo zdraviti ljudi in jim pomagati v bolezni. Iz teh organizacij so nastali zdravstveni domovi, bolnišnice in klinike, ki so prerasle v mreže zelo razvejane zdravstvene službe. Ljudje so začeli izdelovati razna sredstva in pripomočke za zdravljenje ali lajšanje težav prizadetih oseb, iz česar so se razvile nove industrijske panoge.

V sodobnem času izvajajo ljudje vrsto aktivnosti, za katere se niti ne zavedajo, da so namenjene njihovemu zdravju ali zdravju drugih v njihovi okolici.

1.2 Zdravstveno zavarovanje

Začetki zdravstvenega zavarovanja sežejo v zgodnje 19. stoletje. Z zavarovanjem so skušali razrešiti problem stroškov, ko nekdo zboli. Kasneje pa je zdravstveno zavarovanje služilo tudi za zagotavljanje kakovosti zdravstvenih storitev. Med prvimi so bili zavarovani najbolj napredni delavci in sloj malo bolj premožnih kmetov.

Leta 1884 se je v Nemčiji prvič pojavilo obvezno zdravstveno zavarovanje (Valant, 1978, str. 4). Sistem je omogočal zavarovanje tudi revnejšim slojem, saj so bili prispevki sorazmerni s plačami, hkrati pa so bili zavarovani še vzdrževani družinski člani. Tako delavci kot delodajalci so bili dolžni plačati prispevke. Sistem je imel močno poudarjene elemente solidarnosti; zaposleni član družine je plačal prispevek sorazmeren zaslužku, zdravstvene storitve pa so lahko koristili vsi družinski člani, ne glede na posamično zdravstveno tveganje in velikost družine.

Zdravstveno zavarovanje je ena osnovnih panog socialne varnosti, saj je bolezen najpogostejši socialni in zavarovalni primer, ki mu je človek izpostavljen. Po zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 9/92) je zdravstveno zavarovanje del širšega socialnega zavarovanja, ki pokriva zdravstvena in nekatera druga tveganja, ki so posledica bolezni in poškodb. V sistem zdravstvenega zavarovanja se vključuje tudi varstveni sistem otrok in mater.

O zdravstvenem zavarovanju govorimo v primeru, ko na področju zdravja obstaja tveganje in zavarovalec. Zavarovalec je pripravljen pred tveganjem zavarovati sebe ali koga drugega in za to plača določeno ceno. Na drugi strani pa se pojavlja tudi nekdo, ki je pripravljen ta tveganja zavarovati in v primeru odškodninskega zahtevka zavarovalcu poravnati škodo (Klun, 2000, str. 5). Nosilec zavarovanja je lahko zasebna zavarovalnica, ali od države pooblaščená neprofitna agencija, ali bolniška blagajna, ki določá premije ali prispevke.

Na podlagi vključitve v zdravstveno zavarovanje so zavarovanim osebam zagotovljene določene pravice; do zdravstvenih storitev in druge. Poznamo obvezna (socialna, javna, nacionalna) in prostovoljna (komercialna, profitna, dodatna ipd.) zdravstvena zavarovanja.

1.3 Modeli zdravstvenega varstva v Evropi

V Evropi so nastali prvi sistemi zdravstvenega varstva in zavarovanja na svetu in imajo, vsaj nekateri, že več kot stoletno tradicijo. Evropske države so iz pretežno zgodovinskih razlogov različno organizirale svoje sisteme zdravstvenega zavarovanja. Sistemi so šli skozi različne razvojne stopnje in so tudi posledica političnih odločitev vladajočih političnih struktur določenega časa. Med seboj se razlikujejo po pravni, ekonomski in organizacijski ureditvi. Glede na gospodarsko moč posameznih držav so različna tudi vlaganja v področje zdravstvenega varstva prebivalstva in načini financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev.

Gospodarska moč vpliva na oblikovanje zdravja posredno z boljšimi pogoji za izobraževanje, boljšimi bivalnimi pogoji, ustrezno prehrano in drugi pogoji. Med te pa sodijo tudi socialna varnost in ustrezna, dostopna ter kakovostna zdravstvena varnost, ki omogoča zadovoljevanje upravičenih potreb ljudi po zdravstvenih storitvah. Za doseganje čim boljšega zdravja je najpomembnejša celotna strategija in politika družbe do zdravja ter njeno delovanje v tej smeri na vseh področjih (Lipičnik, 1994, str. 44 – 87).

Sistemi zdravstvenega varstva se najpogosteje proučujejo glede na vlogo in prisotnost države pri financiranju, v načinu financiranja ter vlogi in položaju

izvajalcev v sistemu (Svenšek, 1996, str. 45). V glavnem poznamo tri različne modele. Za **državno vodene modele** je značilno, da o vseh najpomembnejših vprašanih odloča država. Odloča preko parlamenta, vlade in drugih organov, ki imajo pooblastila in pristojnost, da odločajo o pravicah ljudi do zdravstvenih storitev. Država zagotavlja sredstva za delovanje sistema – najpogosteje z davki. Za **partnerske modele** je značilno, da država postavi okvire in pravila, urejanje ter izvajanje pa prepušča partnerjem, ki imajo pri tem določeno samostojnost. Pri tem modelu gre v bistvu za neprekinjena pogajanja med predstavniki različnih interesov. Zbiranje in razporejanje sredstev je neodvisno od države. Država prispeva le manjši delež za posebej in vnaprej določene naloge – najpogosteje za investicije v zdravstvene zmogljivosti, ali za zagotavljanje sredstev za socialno šibke kategorije prebivalstva. V tem modelu se pojavljajo zavarovalniška načela, zato ga označujemo tudi kot zavarovalniški model zdravstvenega varstva. **Tržni modeli** temeljijo na načelu ponudbe in povpraševanja. Država s predpisi zagotavlja le minimalno zdravstveno oziroma socialno varnost. Država ne predpisuje in ne zagotavlja načinov in oblik financiranja zdravstvenih storitev. To je prepuščeno tržnim zakonitostim.

Tabela 1: Merila za razvrščanje sistemov v modele

	Partnerski model	Državno vodeni model	Tržni model
Financiranje	Prispevki delojemalcev, delodajalcev in drugih zavezancev	Davki, proračun države, dežel	Zasebne zavarovalnice, zasebna sredstva
Upravljanje	Sodelovanje predstavnikov delodajalcev in zavarovanih oseb	Državni organi, organi na nižjih ravneh	Zasebna združenja, agencije
Sprejemanje odločitev o pravicah in obveznostih	Organi upravljanja bolniških blagajn, kot jim to določa zakon	Državni organi	Ni pravic, velja načelo ponudbe in povpraševanja
Vključenost prebivalstva v sistem	Vse prebivalstvo	Vse prebivalstvo	Ni obveznost zavarovanja
Solidarnost, vzajemnost	Absolutna	Absolutna	Ne obstaja
Planiranje področja	Država in nosilci zavarovanja	Država	Deluje trg

Vir: Toth, 2003, str. 148.

Povsem čistih modelov ni. Vsaka država je ob razvoju področja postopoma vnašala nove rešitve, ki so bile njene izvirne ali pa jih je povzela po drugih

sistemih. V katero skupino sodi posamezni sistem, lahko ugotovimo le po značilnostih, ki v njem prevladujejo in so po tej najbližje eni od ureditev. Najpogosteje se orientiramo po načinu zagotavljanja sredstev za financiranje sistema (davki, prispevki), po načinu upravljanja področja (državno, samoupravno) ter po tem, če temelji na solidarnosti in vzajemnosti ali na pridobitnosti. Poznamo sisteme, ki so mešanica elementov naštetih modelov. V posamezni državi, kjer prevladuje partnerski model, so prisotne tudi določene značilnosti državno vodenega sistema zdravstvenega varstva in tržno naravnane modela. V državi, kjer prevladujejo elementi državno vodenega sistema zdravstvenega varstva, pa so prisotni elementi drugih dveh modelov (Svenšek, 1996, str. 46).

Glede na njihov način financiranja običajno ločujemo med dvema modeloma: državno vodeni model temelji na obdavčitvi, splošno znani kot model financiranja z davki in partnerski model, ki temelji na socialnih prispevkih. Čeprav se financiranje sistemov med državami Evropske unije nekoliko razlikuje, je vsem skupna visoka stopnja solidarnosti. Ne glede na to, ali se strošek zdravstvenih storitev krije z davki ali s prispevkom, vedno je plačnik storitev tretja oseba in ne bolnik sam (Čufar, 2007, str. 35).

Ne glede na to, kako države organizirajo svoje sisteme socialnega oz. zdravstvenega zavarovanja, vsaka od njih pripisuje izjemen pomen pravici do dostopa svojih državljanov do zdravstvenega varstva, in nekatere med njimi opozarjajo na nedavne reforme, ki so bile izvedene z namenom, da se dostopnost zavarovanja razširi na vse ravni prebivalstva. Solidarnost je vrednota, ki jo poudarjajo vsi sistemi, ne glede na to, ali gre za sisteme, ki se financirajo z davki, ali pa gre za sisteme, ki izhajajo iz modelov socialnega zavarovanja.

Država povsod jamči za uresničevanje splošnih interesov in izboljšanje zdravstvenega stanja državljanov. Vendar pa se vloga, ki jo pri tem odigrajo države, razlikuje glede na tip sistema. V državah, kjer je zdravstveno varstvo financirano iz naslova davkov, prevzema država z nacionalno (javno) zdravstveno službo izključno odgovornost, medtem ko v sistemih, kjer je zdravstveno varstvo financirano iz naslova socialnih prispevkov, država odigra vlogo arbitra in nadzornika na eni strani ter posrednika na drugi.

Ponudba zdravstvenih storitev je v vseh državah obsežna, tako glede osnovnega zdravstvenega varstva, ki zajema npr. storitve splošnega zdravnika ali zdravnika družinske medicine in pa specialističnega zdravstvenega varstva, ki se izvaja ambulantno ali med hospitalizacijo. Do razlik med državami prihaja zaradi različnih načinov izvajanja zdravstvenega varstva.

Evropske sisteme bi lahko razvrstili v vzorec, ki temelji na konceptu nacionalnega zdravstvenega varstva in na vzorec, ki izhaja iz zavarovalniških načel. Sistema, ki bi temeljil na tržnih načelih, v Evropi ni. Znotraj teh dveh vzorcev v Evropi ločimo tri najbolj značilne skupine sistemov, poimenovani so po njihovih avtorjih in sicer: Bismarckov (partnersko-zavarovalniški) model, Beveridgev (državno voden) model in Semaškov model (model socialističnega zdravstvenega varstva) (Roemer, 1993, str. 91 – 104).

1.3.1 Bismarckov (partnersko-zavarovalniški) model

Bismarckov model imenujemo tudi model socialnega zavarovanja. Razvil se je v času vladavine kanclerja Bismarcka, v osemdesetih letih 19. stoletja. To je bil prvi pravi zdravstveno zavarovalniški sistem na svetu. Hkrati je bil prvi sodobnejši in organiziran sistem zdravstvenega varstva na svetu sploh.

Model temelji na načelih obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zakon o ureditvi socialnega zavarovanja v takratni Nemčiji je bil osnova za ureditev tega vprašanja zlasti v srednji Evropi in tudi v mnogih drugih državah. Zavezoval je vse zaposlene, da so se obvezno zavarovali, zavarovanje pa je zajelo tudi družinske člane delavcev (Jarc, 1996, str. 32).

Država je predpisala obveznost vseh državljanov, da se zdravstveno zavarujejo za rizike, ki jih prinašajo bolezni in poškodbe (Svenšek, 1996, str. 46). V začetku se je zavarovanje nanašalo le na delavce, ne pa tudi za njihove družinske člane. Nosilci zavarovanja postanejo bolniške blagajne. Financiranje zavarovanja je potekalo s plačevanjem prispevkov delodajalcev in delojemalcev, ki so jih nakazovali neposredno bolniškim blagajnam. Plačujejo jih v enakem deležu delodajalci in delojemalci. Same določajo prispevne stopnje za zdravstveno zavarovanje, opredeljujejo pravice zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev in denarnih prejemkov ter vstopajo v partnerske (pogajalske) odnose z združenji pogodbenih zdravnikov, ki smejo opravljati dejavnost za zavarovane osebe, združenji zobozdravnikov in farmacevtov ter združenji bolnišnic (Svenšek, 1996, str. 46).

Z bolniškimi blagajnami so upravljali predstavniki delodajalcev in delojemalcev. Na račun bolniških blagajn smejo delati bolnišnice, katerih ustanovitelj je država ali zdravniki zasebniki. Večina storitev je pokritih s sredstvi javnih financ, s katerimi gospodarijo bolniške blagajne ali druge neprofitne agencije. Pravice s področja zavarovanja so zagotovljene vsem ali skoraj vsem prebivalcem države. Privatna zavarovanja in zasebna sredstva so dovoljena in možna, vendar ne dosegajo pomembnejšega deleža v celotnem sistemu. Pri plačevanju izvajalcev prevladuje način plačevanja opravljenih storitev do obsega, ki je opredeljen med partnerji ali s

pogodbo med izvajalci in nosilcem zavarovanja. Cene teh storitev so predmet partnerski pogajanj (Jarc, 1996, str. 32).

Zdravstveno varstvo v tem sistemu je danes organizirano na osnovi pravnega sistema socialnega zavarovanja, ki ga zagotavlja eden ali več zavarovateljev, ali sistema, ki služi določenim poklicnim dejavnostim (Francija, Avstrija) in krije del tekočih stroškov za nego (Health Care in Europe, 2001). Financiranje na eni strani izhaja iz socialnih prispevkov (zbranih na osnovi plač delavcev), ki jih plačajo delodajalci, in iz bolj ali manj pomembnih prispevkov države na drugi strani. Zavarovatelji se za ceno storitev na osnovi kolektivnih pogodb pogajajo znotraj kategorij izvajalcev zdravstvenega varstva.

Pacienti povsod uživajo precejšnjo svobodo pri izbiri svojega zdravnika in bolnišnic, v katerih želijo biti zdravljeni. Zdravniki splošne medicine bolj ali manj nadzorujejo dostop do specialistov (Avstrija, Nizozemska). V Nemčiji, Franciji in Luksemburgu imajo pacienti praviloma dostop do vseh ravni zdravstvenega varstva brez omejitev. Večina bolnišnic je javnih, razen v Belgiji, Luksemburgu in na Nizozemskem, kjer je večina bolnišnic zasebnih (Health Care in Europe, 2001).

Enako ureditev z določenimi prilagoditvami imajo še v Avstriji, Belgiji, Franciji, Luksemburgu in na Nizozemskem. Slovenija je vpeljala ta sistem po osamosvojitvi leta 1992.

1.3.2 Beveridgeov (državno vodeni) model

Beveridgeov model imenujemo tudi model javnega financiranja z davki (National Health Service). Razvije se leta 1947 v Veliki Britaniji. Zagovornik sistema je angleški ekonomist Beveridge. Nastal je kot posledica nezadovoljivega stanja – le tretjina prebivalstva je bila socialno zavarovana. Del prebivalstva si je kritje stroškov za zdravstvene storitve lahko zagotovil pri privatnih zavarovalnicah, ki so takrat ponujale prostovoljna zdravstvena zavarovanja. S takšnim stanjem niso bili zadovoljni ljudje in tudi ne parlament, ki je naročil izdelavo posebne študije. Rezultat je bil znani »Beveridgev report« (Roemer, 1993, str. 193). V njem so podane vse slabosti takratnega stanja. Na podlagi tega poročila se je pokazala potreba po razširitvi vseh programov socialnega zavarovanja na upokojene, nezaposlene, na invalidsko zavarovanje in na zdravstveno varstvo.

Po Beveridgejevem mnenju naj bi nacionalna zdravstvena služba zagotovila, da bo vsak državljan deležen zdravstvene obravnave, ki jo zahteva in to na domu ali v ustrezni zmogljivosti, pri splošnih zdravnikih in specialistih. Pri tem pa mora država zagotoviti dovolj denarja. Z uveljavitvijo njegove zamisli so vsi prebivalci dobili možnost uveljavljanja zahtev po zdravstvenih storitvah na račun sredstev

države. Vzpostavljena je bila nacionalna zdravstvena služba (NHS – National Health Service), ki predstavlja specifično organizacijo zdravstvenih dejavnosti na vseh ravneh. Sistem se financira iz proračuna, oziroma iz davkov. Odločitve o deležu sredstev za zdravstveno varstvo sprejema parlament ob vsakoletni razpravi o proračunu. V tej ureditvi imajo zavarovanci majhne možnosti soodločanja o razvoju področja, ker naj bi njihove interese zastopali poslanci posameznih strank v parlamentu.

Sistem je izrazit predstavnik državno vodenega in upravljanega modela. Sistem temelji na predpostavki, da mora država razviti mrežo zdravstvenih zmogljivosti in zagotoviti vsem prebivalcem zadostno dostopnost do zdravstvenih storitev. Delovanje mreže mora država tudi sama organizirati in zagotavljati. Država naj bi dosegla visoko zdravstveno varnost prebivalstva in izboljšanje njegovega zdravstvenega stanja. Sredstva za zdravstveno varstvo se zbirajo z davki v proračunu. Država mora iz proračuna zagotavljati finančne, kadrovske, tehnološke in druge pogoje zdravstvenega varstva. Področje zdravstva nima lastnih sredstev, pa tudi prispevne stopnje ne. O deležu proračuna za zdravstveno varstvo odloča država, ki tudi predpisuje delovanje in naloge zdravstvene službe. Zdravniki osnovne dejavnosti so v pogodbenem odnosu z uradom (National Health Service), ki jim določa tudi način plačevanja oziroma cene storitev (Bagatt, 1994, str. 214).

Takšen nacionalni zdravstveni sistem imajo v Evropi še Švedska, Danska, Irska, Italija, Španija, Portugalska in Grčija, zunaj Evrope pa Kanada, Avstralija in Nova Zelandija. Danes sta organizacija in zagotavljanje zdravstvenega varstva na prvi pogled precej decentralizirana. Država določa nacionalne politične cilje v zvezi z zdravjem in jih uresničuje. »Regionalna« raven je zadolžena za splošno organizacijo storitev, ki se nudijo prebivalcem. Nenazadnje so tu še lokalni upravni organi, ki vodijo osnovno zdravstveno varstvo (splošne ambulante, zobozdravstvo in ambulante) preko zdravstvenih domov in socialnih služb.

Svoboda izbire zdravnika ali bolnišnične ustanove je zelo relativna. Javni sektor pacientom dejansko vsiljuje pooblaščenega zdravnika. Zdravniki splošne medicine imajo vlogo prvega stika, saj nadzorujejo dostop do specialistov, zaposlenih v bolnišnicah in v ambulantnih centrih v javnem sektorju.

Osnovno zavarovanje običajno v veliki meri ali v celoti zagotavlja splošno zdravstveno nego, bolnišnično, ambulantno oskrbo in porodniško zdravstveno nego; po drugi strani pa so pacienti udeleženi pri stroških zobozdravstva, določenih preiskavah, določenih drugih vrstah zdravstvene nege (kot npr. pri fizioterapiji in psihiatrični oskrbi) in farmacevtskih izdelkih, vendar pogosto v različnem obsegu.

Financiranje se praviloma izvaja iz državnega proračuna prek davkov, kot je to v primeru Danske, Španije, Irske, Islandije, Italije, Portugalske in Velike Britanije. Ko se odloči o planu zdravstvenega varstva, se ob sprejemanju proračuna v parlamentu vsako leto dogovori višina zneska, namenjenega zdravstvenemu varstvu.

1.3.3 Semaškov model socialističnega zdravstvenega varstva

Nastal je v času socialistične družbene ureditve v nekdanji Sovjetski zvezi in je izhajal iz družbene lastnine. To je prenesel tudi na področje zdravstvenega varstva, kjer je bila zasebna lastnina in privatna iniciativa v obliki zasebne dejavnosti prepovedana.

Na prvi pogled je Semaškov model zdravstvenega varstva podoben Beveridgevemu. Oba izhajata iz prepričanja, da je poddržavljanje zdravstvene varnosti in zdravstvene službe ključ za večjo zadovoljstvo ljudi, za boljšo dostopnost do zdravstvenih storitev in s tem do izboljšanja zdravja v državi. Od angleškega nacionalnega zdravstvenega varstva se razlikuje po svojih ideoloških podlagah. Poudarja državno lastnino in dostopnost do zdravstvenih storitev za vse prebivalce kot eno izmed pridobitev socializma.

Vsa pristojnost sprejemanja odločitev o vprašanih glede zdravstvenega varstva je v pristojnosti države. Višino sredstev za financiranje izvajalcev določa vlada. Ta model so uporabljale vse bivše socialistične države v Evropi. Ponekod je še v veljavi, ker reformni procesi zdravstvenega varstva v deželah v tranziciji še niso zaključeni. Tudi za Slovenijo velja, da je v preteklosti prevzela določene značilnosti tega modela (Korošec, 2003, str. 9).

Da bi lahko ugotovili, kako so si modeli med seboj podobni oziroma kako se med seboj razlikujejo, je potrebno analizirati zdravstvene sisteme posameznih držav in obseg pravic, ki jih zagotavljajo upravičencem. Ker se obseg pravic, ki jih posamezna država vključuje, precej razlikuje, neposredna primerjava ni mogoča.

V medsebojni primerjavi sredstev za zdravstveno varstvo je potrebno upoštevati predvsem temeljne značilnosti posameznih zdravstvenih sistemov in obseg pravic, ki jih ti zagotavljajo upravičencem. V nekaterih državah (Velika Britanija, Danska in Švedska) na primer v izdatkih za zdravstveno varstvo niso vključeni denarni prejemki prebivalstva (nadomestilo plač, potni stroški, pogrebne, posmrtnine). V drugih ne všteta v sredstva za zdravstveno varstvo izdatki za dolgotrajno nego oziroma za nego v socialnih zavodih. Nasprotno so v Nemčiji med ta sredstva všteta tudi tista, ki so namenjena za otroške dodatke. Slovenija ima v izdatkih obveznega zdravstvenega zavarovanja vključena nadomestila za plače za čas

začasne zadržanosti z dela, pogrebne, posmrtnine in nekatere druge dajatve, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa niso tipične zdravstvene storitve.

2. Zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje v izbranih evropskih državah

V nadaljevanju so prikazani sistemi zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v izbranih evropskih državah (v Avstriji, na Švedskem, v Latviji in v Sloveniji), ki predstavljajo »tipične« predstavnike osnovnih modelov. Za vsako državo sem zbrala podatke o značilnostih zgodovinskega razvoja in organizaciji zdravstvenega zavarovanja. Slednje so lahko organizacije obveznega in organizacije prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Keber, 2003, str. 181). Za vsako sem predstavila obseg pravic, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter tudi opredelila financiranje zdravstvenih dejavnosti v obravnavanih državah.

Glede na gospodarsko moč posamezne države so različna tudi vlaganja v področje zdravstvenega varstva in načini financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev. V svetu se je razvilo več različnih sistemov financiranja zdravstvenih sistemov – najbolj znani so **storitveni sistem** ("fee for services"), v katerem izvajalci evidentirajo in obračunavajo svoje delo v obliki individualnih storitev, ki jim je določena cena. Plačnik storitev, še zlasti če gre za nosilca javnih sredstev, lahko s pogodbo ali na drug način omeji število storitev, ki jih poravna posameznemu izvajalcu, lahko pa so plačane tudi brez omejitev. Glavarina ("capitation") se uporablja skoraj izključno pri financiranju osebnih oziroma družinskih zdravnikov. Glavarina krije stroške zdravstvenih storitev enega bolnika v določenem časovnem obdobju. Plača se tistemu izvajalcu, katerega je izbral pacient. Izvajalci dobijo sredstva za vse svoje paciente, ne glede na to, ali ti v nekem obdobju potrebujejo veliko, malo ali nič zdravstvenih storitev; **plačilo po primeru**, diagnozi (DRG – Diagnostic Related Groups) za katerega lahko poenostavljeno rečeno, da je to sistem SPP (SPP – Skupine primerljivih primerov). Pomeni način razvrščanja bolnikov v skupine, za katere porabimo približno enako virov. SPP so se razvili kot odgovor na naraščajoče stroške bolnišnic in krčenje zdravstvenih proračunov v zgodnjih 80. letih; **plačilo po bolniško-oskrbnih dnevih**, ki se uporablja pri evidentiranju in obračunavanju dela bolnišnic. V tej ureditvi so združene vse podrobnejše medicinske in nemedicinske storitve, ki se opravijo pri varovancu v 24 urah, v eno samo storitev: bolniško-oskrbni dan. Temu je določena cena, s katero bolnišnica obračunava svoje delo plačniku; **glavarina**, ki se uporablja izključno pri financiranju osebnih, družinskih

zdravnikih. Zdravnik je plačan z določenim, obdobjno opredeljenim zneskom, za vsakega varovanca, za katerega skrbi in ga zdravi (Svenšek, Wahl, 2007, str. 13).

Kateri način plačevanja storitev pa bo država izbrala, je odvisno predvsem od ciljev, ki si jih je zastavila. Način financiranja lahko vpliva na večjo storilnost in s tem na boljšo dostopnost njihovih storitev zavarovanim osebam, zmanjšuje stroške, vpliva na zadrževanje izdatkov za zdravstveno varstvo v naprej zastavljenih okvirih ter hkrati zagotavlja preglednost nad opravljenim delom. V primeru, da želi omejiti oziroma zmanjšati sredstva za zdravstveno varstvo, se bo odločila za glavarino. Uveljavil se je v državah z državno vodenim sistemom, v državah z zavarovalniškim sistemom pa se bolj nagibajo k storitvenemu sistemu. Prednosti in slabosti nekaterih najbolj znanih načinov plačevanja so prikazane v naslednji tabeli.

Tabela 2: Prednosti in slabosti nekaterih najbolj znanih načinov plačevanja izvajalcev

	Prednosti	Slabosti
Plačilo po storitvah	Ve se, kaj in kako bodo plačani. Zagotovljena preglednost nad opravljenim delom.	Spodbuja izvajalce k nepotrebni storitvam.
Plačilo po primeru	Izvajalec je plačan za končni rezultat dela. Izvajalec minimizira stroške.	Zahtevnost standardizacije. Težko jih je nadzorovati.
Glavarina	Enostavnost pri uskladitvi stroškov z razpoložljivimi sredstvi.	Onemogoča analizo dela zdravnikov, izbira »manj« bolnih pacientov.

Vir: Svenšek, Wahl, 2007, str. 16.

2.1 Avstrija

2.1.1 Osnovne značilnosti zdravstvenega varstva

Avstrija se ponaša z več kot 100 letno tradicijo na področju razvoja sistema socialnega zavarovanja in zdravstvenega varstva. Zdravstveno varstvo je sestavni del celotnega in obsežnega sistema socialnega zavarovanja. Zelo podobno je zavarovanju, ki ga je pred več kot sto leti uvedel nemški kancler Bismarck. Avstrijsko socialno zavarovanje je opredeljeno v posebnem zakonu (Allgemeine Sozialversicherungsgesetz). Avstrija je uvedla obvezno zdravstveno zavarovanje le pet let za tem, ko je to bilo uzakonjeno v Nemčiji. Avstrijski zakon o sistemu

socialnega zavarovanja pokriva tri področja in sicer pokojninsko ter invalidsko zavarovanje, zdravstveno zavarovanje ter nezgodno zavarovanje.

Odkar je bilo v letih 1887/1888 (Hofmacher, Rack, 2006, str. 16) po vsej državi vzpostavljeno obvezno socialno zdravstveno in nezgodno zavarovanje, se je delež prebivalstva s sklenjenim zdravstvenim zavarovanjem ves čas konstantno povečeval in trenutno zajema 98 % vsega prebivalstva. Socialno zavarovanje nudi široko socialno varnost praktično vsem prebivalcem Avstrije. Za avstrijski sistem socialnih in zdravstvenih zavarovanj je značilno relativno samostojno delovanje glede na državno administracijo. Organizirano je v obliki večjega števila neodvisnih (javnih) zavarovalnic, ki delujejo na osnovi državnih zakonov za področje socialnega varstva z lastno, od države neodvisno administracijo (Košir et al., 1995, str. 2). Ta relativno neodvisen položaj omogoča zavarovancem oziroma njihovim delodajalcem dokaj velik vpliv in sodelovanje pri upravljanju in vodenju socialne ali zdravstvene politike in določanju stopnje solidarnosti na lokalni ali zvezni ravni.

Po avstrijski zvezni ustavi je za skoraj vsa področja sistema zdravstvenega varstva odgovorna zvezna vlada. Izjema pri tem je bolnišnični sektor. Na tem področju zvezna vlada odgovarja le za uzakonjenje ustave; odgovornost za izvedbeno in izvršilno zakonodajo pa nosi devet zveznih dežel. V ambulantnem, pa tudi v rehabilitacijskem sektorju, kakor tudi na področju zdravil, je zdravstveno varstvo organizirano prek pogajanj med 21 skladi zdravstvenega zavarovanja ter Osrednjo zvezo avstrijskih zavodov socialnega zavarovanja (Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger) na eni, ter zdravniško in farmacevtsko zbornico (ki sta organizirani kot javnopravni organizaciji) ter zakonsko določenimi poklicnimi združenji medicinskih sester, babic ali drugih poklicev v zdravstvu, na drugi strani (Hofmacher, Rack, 2006, str. 31 – 32).

Ustanavljanje različnih blagajn v Avstriji so v razvoju socialnega zavarovanja v Avstriji določili številni zvezni zakoni, ki so postopoma omogočili obvezna socialna zavarovanja za vse poklicne kategorije prebivalstva in njihove družinske člane.

2.1.2 Organizacija zdravstvenega varstva

V Avstriji je skupno 28 različnih nosilcev socialnega zavarovanja. Pokrivajo različne kombinacije obsega pravic za različne kategorije zavarovancev. Devetnajst zavarovalnic pokriva zgolj zdravstvena tveganja (bolniške blagajne), od tega devet na lokalni ravni (območne blagajne) in deset na ravni delovnih združenj (obratne blagajne) (Košir et al., 1995, str. 3). Devet zavarovalnic ponuja splošno shemo socialnega zavarovanja, ki vključuje najmanj dve, nekatere pa vse tri oblike

socialnega zavarovanja. Vse zavarovalnice so združene in podrejene krovni asociaciji Glavno združenje nosilcev avstrijskega socialnega zavarovanja («Hauptverband der Osterreichischen Sozialversicherungsträger») (Košir, 1995, str. 3).

V Avstriji je 24 nosilcev zdravstvenega zavarovanja in sicer devet območnih bolniških blagajn – Gebitskrankenkasse, ki pokrivajo območja posameznih dežel; deset obratnih bolniških blagajn – Betriebskrankenkasse; ter ena zvezna bolniška blagajna za rudarje, za samostojne podjetnike, obrtnike, za zaposlene pri železnicah, za kmete in za javne uslužbence (Hofmacher, Rack, 2006, str. 73).

Zavarovanci v posamezni bolniški blagajni so na osnovi navedenih zakonov redno zaposleni oziroma aktivni zavarovanci. Po njih so zavarovani tudi njihovi družinski člani. Območne bolniške blagajne delujejo na območju dežele, za katero so ustanovljene. Obratne bolniške blagajne delujejo v podjetjih, kjer so bile ustanovljene že pred sprejetjem Splošnega zakona o socialnem zavarovanju. Njihovi člani (zavarovanci) so zaposleni v teh podjetjih, njihovi družinski člani in upokoјenci, ki so bili pri njih zaposleni pred upokoјitvijo. Ostale področne blagajne delujejo na območju celotne države in vključujejo vse zaposlene v isti dejavnosti in njihove družinske člane.

Bolniške blagajne so samostojne. Samostojnost se kaže tudi v tem, da prispevne stopnje za obvezno zdravstveno zavarovanje določa zakonodajalec, prispevki pa se zbirajo na računih bolniških blagajn. Te tudi gospodarijo z njimi in plačujejo storitve in denarne dajatve. Območne bolniške blagajne upravljajo skupščine, ki jih sestavljajo predstavniki delodajalcev in predstavniki zavarovancev.

Vse bolniške blagajne in drugi nosilci socialnega zavarovanja so združeni v Glavni zvezi nosilcev socialnega zavarovanja (Hauptverband der Osterreichischen Sozialversicherungsträger). Njena osrednja naloga je usklajevanje celotnega področja socialnega zavarovanja in njenih posameznih nosilcev, zastopanje interesov področja pred drugimi organi in področji, priprava izhodišč in skupnih podlag za sklepanje globalnih pogodb med bolniškimi blagajnami in zdravniškimi zbornicami na deželni ravni ter drugimi partnerji pri financiranju bolnišnic in urejanje odnosov z drugimi državami, ko gre za meddržavne pogodbe Avstrije o socialni varnosti z drugimi državami.

2.1.3 Obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Preventivne zdravstvene storitve za mlade in odrasle financira sistem socialnega zdravstvenega varstva. Leta 1998 je bil predstavljen Sklad za zdravo Avstrijo, ki

financira pobude za promocijo zdravja iz prihodkov od DDV-ja. Od leta 2005 sta promocija zdravja in preventiva definirani tudi kot podnalogi platform za zdravje, ki upravljata zdravstvene sklade zveznih dežel in sta namenjeni vodenju oz. upravljanju zdravstvenega varstva ter financiranju v posameznih sektorjih (Hofmacher, Rack, 2006, str. 111 – 116).

Zdravstvene storitve na primarni ravni zagotavljajo zasebni zdravniki in zobozdravniki, ki so del zdravstvene mreže (koncesionarji). Na primarni ravni se dosledno izvaja načelo izbranega osebnega zdravnika. Storitve, ki jih zdravniki in zobozdravniki opravijo, se obračunavajo na podlagi storitvenega sistema. Nekateri zavarovanci morajo (odvisno pri kateri blagajni so zavarovani) doplačati do 20 % od vrednosti storitev. Tisti, ki so zajeti v zdravstveno zavarovanje, se lahko prosto odločajo med izvajalci storitev v ambulantnem sektorju, v katerem dela večina v zasebnih ordinacijah. Nadalje nudijo ambulante in bolnišnične ambulante ambulantno zdravljenje. Leta 2003 je imelo pogodbeno razmerje z enim ali več zdravstvenimi zavarovalnimi skladi le okoli 40 % samozaposlenih zdravnikov z zasebno prakso (Hofmacher, Rack, 2006, str. 119).

Zdravstveno zavarovanje omogoča tudi medicinsko oskrbo na domu, ki vključuje predvsem določene zdravstvene storitve, ki jih opravljajo medicinske sestre na podlagi zdravnikovega navodila. Če ni možna nega na domu in če bolezen zahteva bolniško oskrbo, imajo zavarovanci pravico, da jih zdravniki napotijo na bolniško zdravljenje. Zavarovanec ima pravico do bolniške oskrbe v bolnišnici, ki ima pogodben odnos z njegovim nosilcem zavarovanja. Bolnišnična oskrba na splošno nima časovnih omejitev. Stroške zdravstvenih storitev in oskrbe krijejo bolniške blagajne ob ustreznem doplačilu zavarovancev. V celoti so pokriti le stroški reševalnih prevozov.

V primeru, ko ima zavarovanec sklenjeno zasebno prostovoljno zavarovanje, pa lahko bolniške ustanove (javne in privatne) izbira sam. Po zakonu o bolnišnicah štejejo v bolnišnično dejavnost splošne in specialne bolnišnice, negovalne bolnišnice, bolnišnice za matere in sanatoriji. V glavnem gre za dve vrsti bolnišnic, splošne in specialne. Skupno je v Avstriji 228 bolnišnic, od tega 127 splošnih in 101 specialna. Bolnišnice so obvezane izvajati oskrbo in sprejemati bolnike. Upravičene so do dodelitve zakonsko odobrenih subvencij iz javnih virov financiranja za kritje naložb, stroškov vzdrževanja in tekočih stroškov (Hofmacher, Rack, 2006, str. 126).

Izvajanje dolgotrajne zdravstvene oskrbe se v Avstriji skoraj izključno financira iz proračuna zvezne vlade. Podobno kot akutna bolnišnična obravnava, je tudi dolgotrajna zdravstvena oskrba sektor, v katerem se uporabljajo zvezni

instrumenti sodelovanja, z namenom zagotavljanja kakovostnih standardov ustanov dolgotrajne zdravstvene oskrbe (Hofmacher, Rack, 2006, str. 138).

Zdravila, ki jih predpišejo zdravniki, so dostopna zavarovancem v katerikoli lekarni na račun bolniške blagajne. Zavarovanci so upravičeni tudi do medicinsko tehničnih pripomočkov (očala, ortopedski čevlji, proteze), če njihova cena presega določen minimum, vendar tudi v teh primerih doplačajo delež, ki se giblje med 10 % in 20 %. Doplačil so oproščeni določeni upravičenci (na primer bolniki, ki so v stalni zdravstveni oskrbi, otroci do 15. leta starosti, socialni upravičenci). Nujne tehnične pripomočke krijejo bolniške blagajne do določene meje, ki jo različni nosilci definirajo različno. Tudi v tem primeru zavarovanci plačajo del stroškov skupne vrednosti pripomočka. Povračila za potne stroške in posmrtnine so v ponudbi večine nosilcev zavarovanj, vendar ne vseh in tudi ne za vse primere, pri čemer nosijo zavarovanci delež stroškov sami.

Med pravice iz zdravstvenih zavarovanj sodijo tudi nadomestila za odsotnost od dela (bolezni). Nadomestilo zavarovancem pripada od četrtega dne delovne nesposobnosti do maksimalno 78 tednov za posamezen primer bolezni. Pravico do nadomestila pa ne sme izkoristiti bolnik, ki je sicer nesposoben za delo, vendar vseeno prejema plačo.

Avstrijska zakonodaja pozna tudi drugačne (časovne) omejitve odsotnosti z dela zaradi bolezni v koledarskem letu. Takšna odsotnost po določilih zakona traja praviloma največ 24 tednov v letu in se lahko podaljša še za največ 13 tednov, če se je med tem pri zavarovancu pojavila nova bolezen, ki je pogojevala začasno nesposobnost za delo. Po izteku teh rokov delavec nima več pravice do nadomestila plače iz zdravstvenega zavarovanja. V primeru, da nima sredstev za preživetje ali za preživetje družine, lahko po določenih kriterijih pridobi pravico do denarnih prejemkov iz naslova socialnega zavarovanja. Po izteku navedenih najdaljših dob odsotnosti z dela zaradi bolezni se pogosto začne postopek za invalidsko upokožitev zavarovanca.

2.1.4 Dodatna komercialna zavarovanja

Dodatno zdravstveno zavarovanje ponujajo in izvajajo zavarovalniška podjetja, to so zasebne zavarovalnice. Vsega skupaj je v Avstriji 8 takšnih zavarovalnic, ki so povezane v Združenje zavarovalniških podjetij s sedežem na Dunaju. Dodatnih zavarovanj je v Avstriji relativno malo, ker bolniške blagajne omogočajo vsem kategorijam zavarovancev široko zdravstveno varnost. Razširjena so predvsem dodatna zavarovanja za skupine, ki ne morejo biti vključene v obvezno socialno (zdravstveno) zavarovanje po obstoječih zakonih. Gre za ljudi, ki niso obvezno

zdravstveno zavarovani in se lahko za čas, ko stalno bivajo v Avstriji, prostovoljno zdravstveno zavarujejo. Zavarovanec, ki je prostovoljno zavarovan, ima pravice do storitev po preteku 6 mesecev. S tem zavarovanjem pa nima pravice do denarnih nadomestil. V takšno zavarovanje se lahko vključijo tudi študentje, saj so kot družinski člani lahko po zakonu le do 27. leta zavarovani po starših. Po tem datumu pa se lahko prostovoljno zavarujejo, če je njihovo bivališče v Avstriji. Dodatno se lahko zavarujejo tudi za boljše pogoje bolniške oskrbe, pravice do izbire zdravnika specialista ipd.

Dejstvo je, da je 99 % prebivalcev Avstrije vključeno v zakonsko socialno zavarovanje, tako zasebnim zavarovalnicam ostane samo 1 % zavarovancev, ki niso vključeni v socialno zavarovanje. V ta odstotek sodijo zdravniki, notarji, dnevni migranti. Za zdravnike sploh velja posebna ureditev, da so lahko zavarovani zasebno ali preko zdravniške zbornice.

2.1.5 Financiranje zdravstvenega zavarovanja

Financiranje sistema zdravstvenega varstva poteka pluralistično, skladno z ustavo in zakoni o socialnem zavarovanju. Sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja je leta 2004 pokrival 45 % celotnih izdatkov za zdravstveno oskrbo (Hofmacher, Rack, 2006, str. 71).

Avstrijski sistem zdravstvenega varstva je financiran iz naslova bolniške blagajne, davkov in privatnega zavarovanja (Jakubovsky, 1998, str. 33). Zdravstveno zavarovanje v republiki Avstriji se financira s prispevki, ki jih plačujejo z zakonom določeni zavezanci. Za zaposlene, oziroma aktivno prebivalstvo, je z zakonom določeno, da je njihova obveza odvisna od osnove, ki jo predstavljajo njihovi dohodki v minulem letu ter od določene višine prispevne stopnje. Ne glede na to pa je določena zgornja višina osnove, od katere se izračunava in plačuje prispevke. Prispevki za aktivno prebivalstvo in za njihove družinske člane se delijo med delodajalci in zaposlenimi v razmerju 50 : 50. Za nezaposlene plačuje prispevke nosilec zavarovanja v času brezposelnosti, za upokoјence, zavarovane po Zakonu o splošnem socialnem zavarovanju pa nosilec pokojninskega zavarovanja.

Prispevne stopnje so za posamezne kategorije zavarovancev različno visoke. Prispevki se plačujejo bolniškim blagajnam, pri katerih je zavarovanec zavarovan. V okviru bolniških blagajn obstaja še poseben izravnalni fond, v katerega vplačujejo blagajne 1,4 % od vplačanih prispevkov. S tem fondom skrbijo za likvidnost bolniških blagajn in tudi za izravnavo stroškov, ki izhajajo iz strukturnih razlik med zavarovanci.

Drugi vir financiranja programov zdravstvenih storitev so participacije zavarovanih oseb. Te plačujejo zavarovanci pri uveljavljanju pravic do zdravil na recepte, do zobozdravstvenih storitev (še zlasti protetike), do zdravljenja v bolnišnicah, v zdraviliščih in pri nekaterih tehničnih pripomočkih.

Tretji vir financiranja so dodatna zdravstvena zavarovanja. Vanjo so vključene osebe, ki ne morejo biti vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje po obstoječih zakonih, in osebe, ki se dodatno zavarujejo za boljši standard v bolnišnici ali za pravico do izbire zdravnika specialista.

Zvezna vlada, deželne vlade in lokalne oblasti financirajo 25 % vseh izdatkov za zdravstveno, od tega deleža 10 % predstavljajo denarne dajatve za dolgotrajno zdravstveno oskrbo, financirane z davki. Slednje se vse od leta 1993 izplačujejo ljudem, ki potrebujejo dolgotrajno zdravstveno oskrbo (Hofmacher, Rack, 2006, str. 87). Leta 2004 se je približno 25 % izdatkov za zdravstveno oskrbo financiralo iz zasebnih virov.

2.1.5.1 Financiranje izvajalcev

Za razumevanje načina financiranja izvajalcev je potrebno spoznati tudi organizacijo zdravstvene službe v Avstriji. V tej državi so vsi zdravniki, ki delajo na ravni osnovne zdravstvene dejavnosti, zasebniki. Zasebniki so lahko tudi specialisti raznih specialnosti. Vsi ti morajo biti člani območne zdravniške zbornice, ki zastopa njihove interese v pogajanjih z bolniškimi blagajnami. Med te štejejo tudi zobozdravniki. V teh pogajanjih med zdravniškimi zbornicami in bolniškimi blagajnami sprejemajo globalno pogodbo (Gesamtvertrag), veljavno za posamezno deželo. Ta pogodba je podobna našemu dogovoru o programu zdravstvenih storitev za posamezno leto. V Avstriji jo sprejemata le dva partnerja. V pogajanjih Ministrstvo za zdravstvo ne sodeluje. V pogodbi so podrobno opredeljena naslednja področja glede števila delovnih mest zdravnikov posameznega območja (gostota oziroma mreža izvajalcev), razpis prostih mest za delo zdravnikov in njihove izbire, sklepanje individualnih pogodb med posameznimi zdravniki in bolniškimi blagajnami, obveznosti zdravnikov glede obravnave zavarovanih oseb, določitev cen storitev in plačevanje dela zdravnikov.

Pogodba je zavezujoča za vse zdravnike, ki imajo licenco za opravljanje dejavnosti na račun bolniških blagajn. Usklajevanje različnih interesov zdravniških in bolniških blagajn poteka na zvezni ravni. Interese zdravnikov, oziroma njihovih deželnih zbornic, zastopa Zvezno združenje zdravniških zbornic, bolniške blagajne pa Glavno združenje nosilcev socialnega zavarovanja Avstrije.

Pogodbe se sklepajo za nedoločen čas. Zdravstvene storitve se plačujejo po tarifnem delu pogodb z blagajnami (free for services) in po pavšalu za bolniške liste zavarovancev za vsako četrletje.

Skorajda vsi zaposleni, njihovi družinski člani, brezposelne osebe in upokojenci so obvezno zavarovani. Storitve iz obveznega zavarovanja zagotavljajo prost dostop do zasebnega zdravnika, za kar mora imeti bolniški list (Stepan, 1999, str. 24). Zavarovanci si izberejo svojega osebnega zdravnika tako, da mu izročijo bolniški list (Krankenschein), ki ga dobijo vsako četrletje pri delodajalcu oziroma pri bolniški blagajni. Bolniški list vsebuje vse potrebne osebne podatke in služi za osebno identifikacijo. Hkrati je to tudi potrdilo, da so zdravstveno zavarovani.

Ambulantno zdravljenje se financira iz prispevkov (obveznega) zavarovanja, iz premij zasebnega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ter iz prispevkov zasebnih gospodinjstev (Hofmacher, Rack, 2006, str. 178). Uveljavljanje zahtev po zdravstvenih storitvah pri specialistih je možno le z napatnico splošnega zdravnika.

Pogodbeni zdravniki obračunajo opravljene storitve bolniškim blagajnam po katalogu storitev, ki je sestavni del globalne pogodbe. Vrednost storitev je izražena s točkami. Vrednost točke določa globalna pogodba. Izjema pri obračunu je pavšalni znesek, ki ga sme zdravnik zaračunati za vsak bolniški list zavarovancev, ki jih ima v zdravljenju.

2.1.5.2 Financiranje bolnišnic

V Avstriji ureja področje bolnišnic zvezni zakon. Ta opredeljuje le nekatere najpomembnejše podlage za njihovo ustanovitev, delovanje in financiranje. Uresničevanje teh določil je prepuščeno deželam, ki imajo pooblastila, da določena vprašanja uredijo po svoje. Tako v bistvu urejajo vprašanja bolnišnične dejavnosti na različnih mestih, pri čemer so izrazito zastopani lokalni (deželni, občinski) in ustanoviteljevi interesi. Ločijo jih v javne in privatne bolnišnice, glede na njihove pravne nosilce (lastnike, ustanovitelje). Če je pravni nosilec država, dežela ali občina, je bolnišnica javna, v drugih primerih gre za privatne bolnišnice.

Javne in neprofitne bolnišnice, ki imajo licenco za izvajanje akutne bolnišnične oskrbe ("bolnišnice Sklada"), imajo pristojnosti in pooblastila za zagotavljanje zdravstvene oskrbe vsem prebivalcem (Hofmacher, Rack, 2006, str. 171).

Bolnišnice prejemajo za svoje delo sredstva od bolniških blagajn, ki krijejo le tekoče stroške oskrbe bolnika. Med zdravljenjem v bolnišnici pacientu ni treba plačevati ničesar, razen participacije. To velja tudi za čas, ko ni sklenjena

pogodba med bolniškimi blagajnami in pravnimi nosilci bolnišnične dejavnosti. Opravljeno delo zaračunava bolnišnica v obliki pavšalnih oskrbnih dni, katerih višina je določena s pogodbo. S ceno oskrbnega dne in predvideno participacijo pacienta so poravnane vse obveznosti, ki jih imata do bolnišničnega zdravljenja bolniška blagajna in njen zavarovanec. V to ceno niso vključeni stroški prevoza bolnika do bolnišnice in iz bolnišnice, ortopedski pripomočki, proteze in drugi tehnični pripomočki ter zobnoprrotetični nadomestki, opravljeni med bivanjem v bolnišnici. Bolniška blagajna ima pravico zahtevati in pregledati dokumentacijo o zdravljeni osebi v bolnišnici, kontrolirati utemeljenost bivanja zavarovanca v bolnišnici in v primerih, ko to ni upravičeno, zavrniti plačilo takšnih bolniško oskrbnih dni.

Cene bolnišničnih storitev za splošni razred določajo partnerji s sklenitvijo pogodbe. Partnerji pri tej pogodbi so pravni nosilci bolniških blagajn (lastniki, ustanovitelji) in bolniške blagajne, medtem ko bolnišnice same v pogajanjih ne sodelujejo. O tem, kateri stroški se vračunavajo v ceno oskrbnega dne, obstojajo zakonska določila. Cena oskrbnega dne ne vsebuje stroškov za negovalno in administrativno osebje, za investicije v opremo in stavbe, za strokovno izobraževanje in izpopolnjevanje osebja. Bolniške blagajne ne plačujejo bolnišnicam polne cene oskrbe, do katere bi prišli na podlagi dejanskih stroškov, ampak plačajo le okrog 55 % stroškov. Zato imajo vsi pravni nosilci bolnišnične dejavnosti primanjkljaje, ki se nato prenašajo v dolgove dežele in države in tako postane njihovo reševanje predmet političnih razprav. Pri uveljavljanju storitev se refundirajo samo variabilni stroški. Preostali del sredstev pokrivajo iz davkov oziroma proračunskih dohodkov dežel in zveze, deloma pa tudi iz sredstev posebnega fonda KRAZAF, ki je bil ustanovljen za določeno obdobje (Svenšek, Cerjak, Jelačin, 1995, str. 5 – 7). Vanj vplačujejo finančna sredstva dežele, kot pravni nosilci bolnišnične dejavnosti, zveza ter vse bolniške blagajne v Avstriji in sicer po posebnem ključu. Ta denar razporeja na posamezne bolnišnice po posebnih kriterijih posebna zvezna komisija. Kot kriterij ni odločilna višina primanjkljaja bolnišnice, temveč prioritete potrebe po njeni obnovi, merila racionalnega poslovanja in podobno.

Financiranje bolnišničnih storitev v javnih bolnišnicah se od leta 1997 izvaja na osnovi storitveno usmerjenega financiranja zdravstvenih ustanov (LKF sistem). Ta sestoji iz ključne komponente primerljivih primerov (LDF sistem: financiranje po diagnozah, oziroma plačevanje akutnih obravnav v bolnišnicah po skupinah primerljivih primerov), ki se nanašajo na enotni državni sistem primerljivih diagnoz in na področje nadzora financiranja, ki upošteva tako posebnosti bolnišnic, kot tudi razlike med posameznimi zveznimi deželami (Hofmacher, Rack, 2006, str. 178).

Po novem plačevanje akutnih obravnjav v bolnišnicah poteka z metodo plačevanja primerov po zahtevnosti obravnave. To je sistem spremljanja akutnih obravnjav bolnikov, po katerem bolnike po podobno zahtevni in stroškovno primerljivi obravnavi smiselno razvrščamo v skupine. Ta sistem torej razvršča vse bolnike v skupine primerov, ki so primerljivi po diagnozah ali standardiziranih tipih obravnjav (SPP). Namen sistema je, da se oceni, koliko se v posameznih bolnišnicah plača za enako storitev, ker pričakujemo, da mora imeti zdravljenje enake bolezni v različnih zdravstvenih ustanovah enako ceno. Ta novi model plačevanja naj bi zagotavljal pravičnost in primernost razporejanja sredstev med izvajalce. V večini držav, kjer so SPP uvedli kot način razvrščanja za financiranje bolnišnične dejavnosti, je prišlo do racionalizacije v smislu skrajševanja ležalnih dob in ne na račun kakovosti storitev (Zupanc, 2008, str. 11).

Razlogov za takšno stanje na področju financiranja bolnišnične dejavnosti je več. Najpomembnejše je gledanje, da predstavljajo bolnišnice neprofitno, javno službo, za katero mora skrbeti tudi država, zato ne more biti delovanje in financiranje bolnišnic prepuščeno le bolniškim blagajnam ali drugim plačnikom. Prav tako naj ne bi bolnišnična dejavnost in cene temeljile na dejanskih stroških, saj bi to lahko vodilo v ukrepe omejevanja njihovega dela oziroma v nezmožnost poravnavanja računov s strani plačnikov. Pri tem bolnišnice enačijo s šolami in drugimi javnimi službami, pri katerih je država prav tako soudeležena z znatnimi sredstvi ali jih celo v celoti zagotavlja. Vsekakor je ta del financiranja v veliki meri izven pristojnosti bolniških blagajn. Odločitve o bolnišničnih zmogljivostih in njihovih cenah, kot tudi o kritju stroškov za njihovo delo, je s tem prenesena v odločanje dežel ter njihovih političnih odločitev.

2.2 Švedska

2.2.1 Organizacija zdravstvenega varstva

Sistem zdravstvenega varstva na Švedskem odraža njegovo dolgo zgodovino. Že v letu 1862 so bili ustanovljeni deželni zbori. Njihovo osnovno vodilo pa je bila skrb za zdravstveno varstvo. Osnovna ambulantna dejavnost je bila običajno na voljo pri zasebnih zdravnikih ali v bolnišnicah. Danes ima celotno švedsko prebivalstvo enak dostop do storitev zdravstvenega varstva. Švedski zdravstveni sistem se financira s strani vlade in je zelo decentraliziran. V primerjavi z drugimi podobno razvitimi državami sistem deluje dobro, z dobrimi medicinskimi uspehi v povezavi z investicijami, kljub omejitvam pri stroških.

V švedskem sistemu je odgovornost za zdravstvene in medicinske storitve razdeljena med državo, okrajne svete in občine. Zakon o zdravstvenih in

medicinskih storitvah določa posamezne odgovornosti okrajnih svetov in občin pri zagotavljanju zdravstvene in medicinske nege. Okrajni sveti upravljajo z bolnišnicami in ambulantnimi klinikami, medtem ko odgovornost občin vključuje zdravstveno nego in posebne oblike bivanja. Obema institucijama daje večjo svobodo pri organizaciji njihovih zdravstvenih storitev.

Okrajni svet je politično telo, katerega predstavnike voli javnost vsake štiri leta na isti dan, kot potekajo nacionalne splošne volitve. V skladu s švedsko politiko zdravstvenega in socialnega skrbstva mora vsak okrajni svet prebivalcem zagotavljati kvalitetne zdravstvene in medicinske storitve in delovati v smeri promocije dobrega zdravja celotnega prebivalstva (Swedish health care, 2007). Za splošno politiko zdravstvene in medicinske nege je odgovorna država.

Sistem okrožja (The Association of County Councils) deluje kot institucija med osrednjo vlado in okrožnimi sveti. Osrednja vladna administracija je razdeljena na dva dela, in sicer Ministrstvo za zdravje in socialne zadeve in vrsto neodvisnih administrativnih agencij, glavno od njih je Nacionalno ministrstvo za zdravstvo in socialno blaginjo. Njegova naloga je nadzor sveta okrožij, ter nadzor in razvoj vseh področij socialne in zdravstvene politike.

Na nacionalni ravni je veliko pooblaščenih služb, ki delujejo znotraj zdravstvenega varstva. Nacionalni odbor za zdravstvo in skrbstvo ima večjo vlogo kot centralna vladna strokovna in nadzorna služba. Drugi so še Medicinski odbor, Švedski svet za tehnološke dosežke pri zdravstvenem varstvu, Odbor za farmacijo, Medicinska produktna agencija in državna lekarna kot nacionalna veriga farmacij (Swedish health care, 2007).

Zelo pomembno združenje je tudi švedsko združenje obdavčenja v zdravstvu (Swedish Council on Technology Assessment in Health Care), ki skrbi za stroškovno učinkovitost zdravstvene tehnologije. Švedska je razdeljena na 21 okrajnih svetov. Odgovorni so za zagotavljanje storitev na območju večjih geografskih območij in zato velikokrat potrebujejo večji obseg sredstev. Največji del storitev predstavljajo storitve zdravstvene in medicinske nege. Okrajni sveti so odgovorni za organizacijo njihovih storitev tako, da imajo vsi prebivalci dostop do storitev visoke kakovosti. Okrajni sveti se združujejo v šest regij. Ena od nalog regij je, da omogočajo sodelovanje na področju visoko specializirane nege (Care of the elderly in Sweden, 2007).

Podobno je pri skrbi za starejše ljudi, kjer je 290 švedskih občin odgovornih za skrb za starejše v domovih ali specializiranih stanovanjskih objektih. Vanje so

vključene osebe s fizičnimi ali psihičnimi nesposobnostmi. Usluge, ki jih nudijo zdravniki, pa niso zajete v skrbstvu, za katerega so odgovorne občine.

Vloga centralne vlade je v ustvarjanju načel in vodil za skrbstvo in določanje politične agende za zdravstveno in medicinsko varstvo. To se izvaja z zakoni in predpisi (odloki) ali s sporazumi med Švedskim združenjem lokalnih oblasti in regijami, ki jih predstavljajo okrajni sveti in občine (Swedish health care, 2007).

Cilj osnovnega sektorja je izboljšati splošno zdravje prebivalstva. Osnovne zdravstvene storitve vsebujejo kurativne in preventivne storitve, ki so dostopne v osnovnih zdravstvenih centrih. Osnovna dejavnost je odgovorna za usmerjanje posameznega bolnika na pravilno raven v zdravstvenem sistemu. Bolniki običajno obiščejo zdravnika po predhodnem dogovoru, zdravniki pa ponudijo zdravljenje, nasvete in preventivo.

Osnovna nega je imela na Švedskem tradicionalno manj pomembno vlogo kot v mnogih evropskih državah. Sedaj pa je cilj, da bi postala osnova za sistem zdravstvene in medicinske nege. Danes večino zdravstvene nege zagotavljajo zdravstveni centri, kjer dela množica zdravnikov, medicinskih sester, fizioterapevtov in drugih (Glenngård, 2005, str. 78). Na tak način so storitve za paciente poenostavljene in vzpodbujajo timsko delo. Pacienti si lahko izberejo vsak svojega zdravnika. Okrog 25 % zdravstvenih centrov vodijo privatna podjetja, ki jih pooblastijo okrajni sveti. Obstajajo posebne klinike za otroke in bodoče matere, kot tudi klinike za načrtovanje družine za najstnike.

Šestdeset bolnišnic zagotavlja specialistično nego z urgentnimi storitvami 24 ur na dan. Osem je regionalnih bolnišnic, kjer je na voljo visoka specialistična nega in kjer se nahaja tudi večina učnih in raziskovalnih oddelkov. Ker ima večina okrajnih svetov manjša območja delovanja, je bilo določenih šest regij zdravstvenega varstva za bolj zahtevno zdravstveno nego. Celotna država mora delovati kot ena regija za bolj napredno specialistično nego. To koordinira na novoustanovljen odbor (Rikssjukvårdsnämnden) (Swedish health care, 2007), ki deluje v okviru Nacionalnega odbora za zdravstvo in skrbstvo.

Vsi okrajni sveti imajo bolnišnice za nujne primere, vendar se lahko zdravstvene usluge koristijo (ali oddajo) tudi pri pogodbenikih. Za načrtovano nego obstaja več privatnih klinik, od katerih lahko okrajni sveti odkupijo določene usluge za zapolnitev nege, ki jo ponujajo njihove ustanove. To je pomemben element pri prizadevanjih za povečanje dostopnosti do storitev.

Bolnišnična oskrba bolnikov je skoraj v celoti financirana skozi davke okrožja. Gre za ločenost sistema na 23 okrožij in na 3 mestne občine. Švedski zdravstveni sistem je bil dolgo uspešen pri zdravstvenih stroških kot stabilni delež bruto domačega proizvoda. Zaradi zmanjševanja finančnih sredstev je prišlo do nezadostnih virov finančnih sredstev za zdravstvo, kar je povzročilo čakalne dobe za določene posege. Sistem je bil močno usmerjen v bolnišnično zdravljenje, kar je povzročilo preveliko zalogo v bolnišnicah ter krčenje primarne oskrbe. Pokazatelj življenjskega stila na Švedskem je nad Evropskim povprečjem.

Zelo pomembno združenje je tudi švedsko združenje obdavčenja v zdravstvu (Swedish Council on Tehnology Assessment in Health Care), ki skrbi za stroškovno učinkovitost zdravstvene tehnologije.

2.2.2 Pravice o socialnih storitvah

Zakon o socialnih storitvah je stopil v veljavo leta 1982. Ta zakon je dal deželnim zborom polno odgovornost in pooblastila za zagotavljanje zdravstvenega varstva ter promocijo zdravja in preventivne dejavnosti. Po kratkem obdobju, ko so zdravniki lahko ustanavljali ambulante po svoji želji, so nadzor nad ustanovitvami prevzeli deželni zbori (Glenngård, 2005, str. 15 – 18). Zakon je bil dopolnjen leta 2001. Ta zakon je krovni zakon, ki poudarja pravico posameznika do koriščenja socialnih storitev. Zdravstvena in medicinska nega je osrednji del sistema skrbstva in ena od zadev v družbi, s katero se prebivalci Švedske največ ukvarjajo. Švedska zdravstvena in socialna nega temelji na principu, da mora biti nega zagotovljena pod enakimi pogoji in v skladu s potrebami. Financirana mora biti na osnovi solidarnosti. Značilnost zdravstvene in socialne nege mora biti visoka kvaliteta in dobra dostopnost, bolnik pa je vedno na prvem mestu (Health and medical care in Sweden, 2007).

Nacionalna pravila so bila sprejeta zato, da zaščitijo posameznika pred prevelikimi stroški. Zakonodaja določa kateri stroški se lahko pokrijejo iz rezerve posameznika, ki jo določa zakon. V okviru teh pravil lahko vsaka občina določi svoj sistem obremenitev in specifičnih stroškov, ki jih plača posameznik. Posameznik se lahko v zvezi z odločitvijo o plačilu stroškov obrne na administrativno sodišče (Care of the elderly in Sweden, 2007).

Leta 1983 je bil sprejet nov Zakon o zdravstvenih in medicinskih storitvah. V okviru tega zakona morajo biti zdravstvene storitve dosegljive vsem članom družbe s tem, da je visok zdravstveni standard zagotovljen vsem pod enakimi pogoji. Nega mora biti zagotovljena s spoštovanjem enakopravnosti vseh ljudi. Prednost morajo imeti tisti, ki imajo večje potrebe po zdravstveni in medicinski negi (Health and medical care in Sweden, 2007).

Cilj politike zdravstvene in socialne nege je izboljšanje kvalitete nege, povečanje dostopnosti in ustvarjanje raznolikosti. Področje politike zdravstvene in medicinske nege obsega vladne agencije in prizadevanja države, ki so usmerjena v zdravstveno in medicinsko nego, zobozdravstveno nego in farmacevtske medicinske pripomočke. Politika javnega zdravstva vsebuje aktivnosti, usmerjene v promocijo zdravja in preventivo pred boleznimi. Nanaša se na splošni zdravstveni položaj celotnega prebivalstva in v zagotavljanje dobrega zdravja (Public health, 2006).

Zdravstveno in socialno nego lahko razdelimo na tri stopnje: regionalna medicinska nega, okrajna medicinska nega in primarna nega. Na Švedskem je osem regionalnih bolnišnic, okrog 70 okrajnih bolnišnic in nekaj več kot 1.000 zdravstvenih centrov. Leta 2005 je bilo približno 26.500 postelj namenjenih za bolnišnično nego (Health and medical care in Sweden, 2007).

Primarna nega je osnova za zdravstveno in medicinsko nego. Namenjena je potrebam večine bolnikov, ki potrebujejo medicinsko zdravljenje, nego, preventivne ukrepe in rehabilitacijo. Če je potrebna bolj specializirana nega, »vsokočijo« okrajni medicinski centri – okrajne bolnišnice. Bolnišnice so na splošno organizirane kot klinike, ki so specializirane za različna področja, kot je urgentna medicina, radiologija itd. Okrajne bolnišnice imajo tako ambulantne klinike kot oddelke za bolnišnične paciente (Health and medical care in Sweden, 2007). Regionalne bolnišnice zdravijo redke in bolj komplicirane bolezni in poškodbe. Univerzitetne bolnišnice izvajajo velik del raziskovalne aktivnosti.

Švedska zelo veliko pozornost namenja razvoju zdravstva in socialnega varstva starejših ljudi. Storitve, ki so najbolj pomembne, da lahko starejši ljudje ostajajo doma, so storitve nege na domu. Za nego na domu so odgovorne občinske socialne službe, ki nudijo storitve pomoči pri nakupovanju, čiščenju, kuhanju, pranju in osebni negi starejšim ljudem, ki živijo v običajnih stanovanjskih enotah in so potrebni pomoči. Da bi starejšim ljudem omogočili nadaljnje bivanje doma, se v kombinaciji dela na domu pojavljajo še druge storitve. Večina občin ponuja storitve prehrane, varnostnih alarmov in dnevno nego odraslih (Care of the elderly in Sweden, 2007).

Mnogo starejših ljudi, ki so potrebni nege, živi doma. Zanje skrbijo njihovi domači. Enote za dnevno pomoč na domu imajo pomembno vlogo pri nujenju pomoči tem ljudem in razbremenitvi sorodnikov. Nego izvaja posebej izbrano osebje. Stanovanjske enote za krajšo dobo bivanja nadomeščajo storitve nege na domu. Predstavljajo vmesno stopnjo med bivanjem v posebnih enotah in zdravstveno

nego, kar omogoča ljudem, da dalj časa ostanejo na svojem domu. Kratkoročna nega se pogosto uporablja za rehabilitacije, post-bolnišnično nego, nadomestek za zdravstveno nego na domu in razbremenitev sorodnikov.

Starejši ljudje in invalidi, ki ne morejo uporabljati običajnih prevoznih sredstev, so upravičeni do koriščenja prevoznih storitev. Najbolj običajna oblika je taksi, včasih so vključena tudi posebna vozila. Uporabnikom, ki morajo potovati izven območja lokalnih transportnih storitev, se lahko odobri nacionalna prevozna pomoč.

Od leta 2003 so bili ljudje povsod po državi upravičeni do svobodne izbire zdravstvene nege. Svobodna izbira pomeni, da lahko bolniki poiščejo ambulantno nego kjerkoli v državi pod enakimi pogoji kot na območju svojega okraja. Ko se okrajni svet odloči o poteku zdravljenja, na primer za bolnišnično zdravljenje, si lahko bolnik izbere katerokoli bolnišnico v državi.

Svobodna izbira zdravstvenega varstva in nacionalna garancija o negi temeljita na sporazumu in priporočilih med švedsko državo in švedskim združenjem lokalnih oblasti in regij. Da bi bila pravila glede bolnikovih pravic in dolžnosti ponudnikov bolj jasna, bo Vlada uvedla ustavno pravico do svobodne izbire zdravstvene nege in ustavno pravico do zdravljenja pri drugem ponudniku, če oblasti zdravstvene nege ne morejo zagotoviti v roku, ki ga določa garancija.

2.2.3 Privatni ponudniki nege

Na Švedskem poleg javnih ponudnikov obstajajo tudi zasebni, zato se v vsakem deželnem zboru samostojno odločajo, kako bodo zagotoviti osnovno zdravstveno varstvo. Osnovno zdravstveno varstvo poleg lokalnih zdravstvenih centrov izvajajo še zasebni zdravniki in fizioterapevti, otroške klinike in klinike za ženske. Zasebni zdravstveni centri so pogosti v mestih in gosto naseljenih območjih. Delež zasebnih zdravnikov je leta 2004 predstavljal 12 % vseh zdravnikov (Bručan, 2005, str. 457). Zasebni zdravniki imajo večinoma pogodbe z deželnimi zbori, tako da so plačani iz javnih sredstev. Vsak, ki želi opravljati zasebno dejavnost, mora to javiti nacionalnemu svetu za zdravje in blaginjo (National Board of Health and Welfare) (Glenngård, 2005, str. 79 – 80).

Prodaja privatnih podjetij na področju zdravstvene in socialne nege se je v zadnjih letih povečala. Nakupi storitev pri privatnih podjetjih, prostovoljnih organizacijah in fundacijah so se močno povečali. Leta 2005 so znašali približno 10 % neto stroškov zdravstvene in medicinske nege v okrajnih svetih, izvzeta je zobozdravstvena nega (Health and medical care in Sweden, 2007).

Kljub temu pa je delež kupljenih storitev zdravstvene in medicinske nege pri privatnih podjetjih v posameznih okrajnih svetih različen. Povečana prodaja privatnih storitev je opazna pri ambulantni negi in medicinski negi. Pri bolnišnični medicinski negi pa se je na več področjih pokazal trend upadanja. Privatna nega, kjer bolniki sami plačajo celotne stroške svojega zdravljenja, predstavlja zelo majhen del zdravstvene in medicinske nege. Tudi delež privatnih zdravstvenih zavarovalnic je zelo majhen, kljub temu da se je delež zavarovancev v zadnjih letih povečal.

V maju 2007 je Parlament sprejel pobudo Vlade za odstranitev omejitev, ki so bile v veljavi od januarja 2006, v zvezi z nepogodbenimi bolnišnicami. Ena od sprememb je, da je okrajnim bolnišnicam olajšan prenos celotnega procesa zdravljenja na privatne profitne institucije (Health and medical care in Sweden, 2007).

2.2.4 Financiranje zdravstvenega zavarovanja

Stroški zdravstvene in medicinske nege obsegajo približno 9 % švedskega bruto domačega produkta, ta številka je ostala dokaj stabilna že od osemdesetih let prejšnjega stoletja. Vanjo so vključeni stroški za farmacevtske proizvode, za zobozdravstveno nego, za očala in bolniške pristojbine, ki jih plačujejo gospodinjstva. Delež zdravstvene in medicinske nege starejših pri občinah znaša 0,7 % BDP. Potrošnja gospodinjstev, ki jo sorazmerno z deležem zdravstvene in medicinske nege plačujejo bolniki, obsega približno 15 %. Največji strošek gospodinjstev predstavljajo farmacevtski proizvodi in zobozdravstvena nega (Health and medical care in Sweden, 2007).

Približno 71 % zdravstvene nege se financira z lokalnimi dajatvami, okrajni sveti imajo pravico do pobiranja vhodnih davkov, povprečna stopnja znaša 11 %. Prispevki s strani države so drugi vir financiranja in predstavljajo 16 %. Država zagotavlja tudi ciljno usmerjene subvencije za povečanje dostopnosti do nege in farmacevtskih ugodnosti. Največji del proračuna okrajnih svetov je namenjen za zdravstveno in medicinsko nego ter zobozdravstveno nego.

Na Švedskem, kot tudi v drugih primerljivih državah, imajo pristojbine relativno omejeno vlogo kot vir financiranja na področju zdravstvene in medicinske nege. Znesek, ki ga plačajo bolniki sami, predstavlja le majhen delež medicinskih stroškov. Večji del se financira iz davčnih prihodkov. Z določenimi omejitvami, lahko okrajni sveti sami odločajo, koliko morajo bolniki plačati. Pristojbine so razdeljene tako, da usmerjajo bolnike na ustrezno stopnjo nege. Primarna nega stane manj kot na primer nega na oddelku intenzivne nege v bolnišnici. Obstaja

tudi načrt zaščite pred previsokimi stroški, kar pomeni, da bolniku nikoli ni potrebno plačati več kot 900 SEK v obdobju 12 mesecev (Health and medical care in Sweden, 2007).

Okrajni svet sklepa kompenzacijske sporazume z institucijami zdravstvene nege. Na primer kompenzacija, ki temelji na izvajanju diagnostične skupine (DRG), to je sistema, ki klasificira bolniške primere v eno od približno 500 skupin, ki imajo podoben bolnišnični vir. To bolnišnicam omogoča, da ostanejo neodvisne od političnih teles. V nekaterih primerih so bolnišnice postale korporacije v lasti okrajnega sveta. Danes okrajni sveti kupujejo storitve zdravstvene nege – 10 % zdravstvene nege se financira s strani okrajnih svetov, ki pa jo potem izvajajo privatni ponudniki zdravstvene nege (Swedish health care, 2007).

Nacionalno zdravstveno združenje pokriva celotno prebivalstvo Švedske, vključno s tujci na Švedskem. Prispevke plačujejo zaposleni in tisti, ki prejemajo socialno pomoč. Precej manjšo vlogo imajo na Švedskem zasebne zdravstvene organizacije. Svet okrožja porabi večinski del stroškov za zdravstveno varstvo. Ostalo porabijo državni skladi za plačilo stroškov socialno šibkih, stroškov zasebnega zavarovanja in za neposredno plačevanje zdravljenja bolnikov.

Veliko zdravnikov je zaposlenih v svetu okrožij in na primarni ravni. Bolniki lahko dobijo predpisana zdravila, oziroma dobijo povračilo za zdravila na pozitivni listi. Doplačila so določena v stalnem znesku za posamezno zdravilo. Majhna doplačila mora bolnik plačati v primeru, da obišče zasebno zdravstveno organizacijo. Doplačila zobozdravstvenih storitev tudi na Švedskem postopno naraščajo.

2.3 Latvija

2.3.1 Značilnosti in organizacija zdravstvenega varstva

Pred uvedbo demokratične ureditve je bilo področje zdravstvenega varstva v Latviji urejeno po Semaškovem modelu – to je modelu, ki so ga uporabljali v Sovjetskem obdobju (Hugh Walters et al., 2006, str. 150). V primerjavi z drugimi evropskimi državami je bilo področje zdravstvenega varstva slabo urejeno. Šlo je za sistem, ki je bil podvržen izključno političnim odločitvam komunistične partije. Razvoj zdravstvene službe, njenih zmogljivosti, zagotavljanje in razporejanje denarja je bilo v pristojnosti nosilcev politične oblasti. Sredstva za delovanje zdravstvenega sistema so bila sestavni del državnega proračuna. Odločitve o višini teh sredstev je sprejemalo vodstvo države. Država je v celoti financirala delo zdravstvene službe, vključno s plačami zaposlenih, katerih višino je določala sama.

Kot določa Semanškova ideologija, zdravljenje ni bilo nikoli povezano z doplačili. Zdravstvena služba ni smela odkloniti nikogar, ki je uveljavljal zahteve po zdravstvenih storitvah. Njegova dediščina je pričakovanje uslug brez realizacije povezanih stroškov.

Z regionalnimi bolniškimi skladi in z nadzorom planiranja, vodstvom in odločbami o primarni in sekundarni zdravstveni negi s strani lokalnih oblasti je prišlo do precejšnje decentralizacije provizije za zdravstveno nego. Nove razporeditve fundiranja so bile sklenjene za spodbudo močnega sistema primarnega zdravstva, z zdravniki primarne nege, ki delujejo kot "vratarji".

V Latviji se je leta 1990, ko so pričeli z reformo sistema zdravstvenega varstva, pričel proces decentralizacije (Schneider, 2000, str. 133). Reforma je zastavljena kot dolgotrajen proces. Nov sistem v svoji končni podobi naj bi bil bolj avtonomen in neodvisen od državnega proračuna in njegovega financiranja javnih služb. Sistem naj bi prispeval k dvigu kakovosti storitev za celotno populacijo. V Latviji je obširna reforma sistema zdravstvene nege še vedno v razvoju, njen namen je izboljšanje zdravstvene oskrbe prebivalstva in zagotavljanje smotrnejše porabe razdeljenih sredstev državnega proračuna.

2.3.2 Obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Državno zdravstveno zavarovanje v Latviji je obvezno in temelji na principu stalnega prebivališča. Posameznik mora biti registriran v "Registru za udeležence bolniškega sklada", da je upravičen do prejemanja zdravstvene nege, zagotovljene s strani države (Hugh, 2006, str. 140). Registracijo opravijo zdravniki primarne zdravstvene nege in zbirajo podatke o udeležencih bolniškega sklada, registriranih pri vseh zdravnikih primarne zdravstvene nege, ki delajo v tem sistemu. Register omogoča razdelitev sredstev v skladu s populacijo. Centralna podatkovna baza registra se nahaja v agenciji.

Naloga državne agencije za zdravstveno zavarovanje je upravljanje s finančnimi sredstvi. S tem je omogočeno koriščenje razpoložljivih storitev zdravstvene nege za zavarovane osebe. Storitve zdravstvene nege, zagotovljene s strani države, so razpoložljive pri vsakem zdravniku, državi, mestni občini in zasebni bolnišnici ali ustanovi za zdravstveno nego, ki je registrirana v skladu z zakonom o zdravstveni negi ali ima pogodbo z Agencijo za obvezno državno zdravstveno zavarovanje oz. katerokoli njeno podružnico.

Kljub temu, da so storitve zagotovljene, obstaja možnost potencialnih geografskih in finančnih ovir. Na kmetijskih področjih so lahko čas in stroški prevoza ovira za

prejemanje sekundarne in terciarne nege (primanjkljaj posameznih zdravnikov specialistov). Doplačila s strani pacientov lahko prav tako vplivajo na prejemanje potrebne nege pri populaciji z nizkim življenjskim standardom.

Vsi prebivalci Latvije so upravičeni do storitev, ki so označene kot "Program osnovne nege". Ta vključuje nujne medicinske storitve, bolnišnične in ambulantne storitve (obseg teh storitev ni točno opredeljen), zdravljenje kroničnih in akutnih bolezni. Osnovne zobozdravstvene storitve so vključene za otroke do 18 leta. V Program osnovne nege so prav tako vključene terciarne storitve, za katere je potrebna draga oprema (dializa) (Hugh, 2006, str. 140).

Vsak pacient naj bi se obravnaval v skladu s postavljeno diagnozo. Ta je različna od pacienta do pacienta, zato so različni tudi stroški zdravljenja. Država tako težko določi minimum zdravstvene nege. Iz tega razloga se je Latvija odločila izključiti te storitve iz storitev zdravstvene nege zagotovljenih s strani države. Gre predvsem za storitve, ki niso življenjskega pomena (npr. zdraviliške storitve, plastične operacije). Prav tako niso vključena zdravila za ambulantno nego, z izjemo zdravil na "pozitivnem seznamu" za zdravljenje določenih stanj (psihiatrija, onkologija, diabetes). Določene varovane osebe (npr. preživeli iz nesreče v Černobilu) pa prejemajo kritje za ambulantna zdravila (Hugh, 2006, str. 140 – 141).

Medicinski pripomočki so kriti s strani socialnih podpor ali s strani programov regionalnih bolniških skladov. Seznam storitev je določen s strani kabineta ministrov, ki pa ga sestavijo vsako leto posebej. Podrobnosti seznama določi Državna agencija za obvezno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju: SCHIA), medicinsko osebje pa obdrži nekaj možnosti za določanje, kaj bo krito, z izjemo nekaterih bolezni, za katere so storitve zelo specifično določene. Do leta 2001 je bil trend zmanjšati število kritih storitev zaradi slabih ekonomskih razmer.

Državna agencija za zdravila je bila ustanovljena leta 1996. Ustanovljena je bila z namenom vrednotenja, registracije, nadzorovanja, kontrole kvalitete in vodstva prodaje, kot tudi za uvoz, izvoz in kontrolo prevoza zdravil. Lekarne so večinoma v privatni lasti. V letu 1998 so ustanovili Agencijo za cene zdravil in povračila, ki naj bi skrbela za izvajanje reform in povračila stroškov za zdravila, v skladu z direktivami Evropske unije, ki določa vsebino pozitivnega seznama zdravil, za katere se povrnejo stroški. Agencija odloča, za katera zdravila se povrnejo stroški na podlagi seznama bolezni (Hugh, 2006, str. 147 – 159).

Zdravila, za katera se povrnejo stroški, so predpisana s strani družinskega zdravnika ali določenega specialista. Vsak zdravnik primarne zdravstvene nege ima določen proračun za recepte, ki temelji na velikosti seznama pacientov. Če proračun ni porabljen v celoti, se vsota ne vrne oskrbovalcu.

2.3.3 Prostovoljno (osebno) zdravstveno zavarovanje

V zadnjem desetletju so privatne zavarovalne družbe (zavarovalnice) priskrbele sheme osebnega, prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (VHI), ki so dopolnilo k obveznemu državnemu zdravstvenemu zavarovanju. Stroške storitev, ki niso vključena v osnovni program – v prvi vrsti ambulantne storitve, lahko krijejo privatne zavarovalnice, če je pacient zavarovan. Nekatere privatne zavarovalnice imajo sporazume s privatnimi zdravstvenimi ustanovami, za katere menijo, da priskrbijo boljšo kvaliteto nege. Nimajo pa sporazuma z Agencijo.

Država nadzoruje vse zavarovalniške posle, zavarovalci imajo proste roke pri izbiri kritih storitev. Osnovni programi obsegajo plačilo ambulantnih in bolnišničnih storitev za paciente. Dražji programi pa obsegajo zobozdravstveno nego za odrasle, izboljšanje bolnišnične oskrbe (privatne sobe), rehabilitacijo, večji obseg zdravil. Zavarovalci določajo obseg storitev sami. Premije niso določene glede na tveganje (glede na starost, spol, koriščenje ali zdravstveno stanje), ampak so odvisne od tipa obsežnosti. Zavarovane osebe lahko menjajo zavarovalca letno, da bi preprečili porast premij.

Delež prebivalstva, ki ima urejeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje se večja, a njen celoten prispevek k izdatkom za zdravstvene storitve je še vedno majhen. Ocene kažejo (Hugh, 2006, str. 142), da ima 20 % prebivalstva urejeno to prostovoljno zdravstveno zavarovanje, a zgolj 5 – 7 % jih ima urejeno zavarovanje, katerega polica obsega »dejansko kritje različnih tveganj«. Ministrstvo ocenjuje, da je procent še nižji, statistično je 3 – 5 % prebivalstva dodatno zavarovano.

Glavni vzrok za porast prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je v tem, da imajo delodajalci prednost davčne ugodnosti, glede na to, da se premije obravnavajo kot izdatki povezani s poslom. Individualnih polic je malo, a se kaže trend naraščanja. Privatne zavarovalnice niso zainteresirane oskrbeti posameznike, predvsem starejše s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem, zaradi velikih tveganj in predvidenih nizkih profitov.

Prispevki pacientov, ki so jih uvedli v zgodnjih devetdesetih, so bili prve osnove udeležbe pacientov pri financiranju zdravstvene oskrbe. Namen je bil motivirati paciente k večji aktivnosti pri svojem procesu zdravljenja, s tem pa bi bili bolj pozorni glede svojega zdravstvenega stanja. Sprva so bili zneski simbolični, vseeno pa privatna plačila, plačila iz lastnega žepa, vedno bolj dopolnjujejo pomanjkanje javnih izdatkov.

Pacienti plačujejo nekatera doplačila dejansko za vse storitve z izjemo nujne medicinske pomoči in zdravljenja nekaterih "točno določenih skupin bolezni".

Doplačila za ambulantne storitve so določene tako za splošne zdravnike kot tudi specialiste. Obiski pri specialistih in v bolnišnicah (razen nujnih primerov) brez napotnice se v celoti zaračunajo pacientu. Doplačila za bolnišnice se zaračunajo po dnevih.

2.3.4 Financiranje izvajalcev zdravstvenih dejavnosti

Državni sistem za zdravstvo je financiran iz skupnega državnega proračuna. Dohodki državnega proračuna za zdravstvo so sestavljeni iz treh glavnih delov. To so skupni prihodki davkov, ki znašajo okoli 28,4 % – davke pobira Državna finančna uprava, to je institucija pod nadzorom ministra za finance; subvencije s strani skupnih državnih finančnih uprav ter prispevki pacientov in plačljive storitve.

Zakon o državnem proračunu odreja finančni obseg in določa minimalna denarna sredstva (v procentih iz proračuna za zdravstvo), ki so dodeljena za nujne primere, ter za medicinske postopke in primarno zdravstveno nego za ambulantne in hospitalizirane bolnike.

V letu 1994 je Latvija ustanovila centralni bolniški sklad, ki so ga v letu 1997 preimenovali v Državno agencijo za obvezno zdravstveno zavarovanje (SCHIA), ki plačuje zdravstvene storitve za vse državljane. Kljub njenemu imenu, ne pobira premij za zdravstveno zavarovanje. SCHIA, z vlogami svojih petih podružnic (regionalni bolniški skladi), predloži zahtevo za letni proračun na Ministrstvo za socialno skrbstvo (v nadaljevanju: MOW). MOW prenese ta zahtevek na Ministrstvo za finance in kabinet ministrov, ki zaprosi za odobritev v parlamentu (Hugh, 2006, str. 139).

Med leti 1999 in 2004 so regionalni bolniški skladi postali regionalni oddelki oz. podružnice agencije. SCHIA razdeli denar regionalnim uradom za primarno in sekundarno nego, medtem ko terciarne ustanove financira neposredno. SCHIA izplača denar regionalnim fondom glede na velikost populacije in starostno strukturo. Lokalno vodstvo pa lahko zbira dodatna sredstva za potrebe zdravstva in obdrži popoln nadzor nad temi sredstvi. Zbiranje in upravljanje s prispevki državljanov ni centralizirano. Prispevki so obravnavani kot prihodek služb za zdravstveno nego in niso vključeni v državni proračun za zdravstvo. SCHIA direktno sklepa pogodbe za specialistične storitve, ki so centralno zagotovljene, medtem ko regionalne veje sklepajo pogodbe za sekundarno in primarno oskrbo. Državno zdravstveno ustanovo zavezuje pogodba, da opravi določeno število storitev za določeno ceno. Če ustanova prevzame večje število storitev, ne dobi dodatnih sredstev. Prav tako ne dobi dodatnih sredstev, če so stroški za storitve, priskrbljene s strani ustanove, višji kot tisti, ki jih določa Agencija. Če ima katera

od zdravstvenih ustanov na koncu leta primanjkljaj sredstev, zmanjša svoje storitve.

Formula, ki jo uporablja Regionalni bolniški sklad od leta 1998, za bolnišnično dejavnost temelji na naslednjih komponentah: **plačilo za primer** je določeno plačilo za jasne diagnoze oz. skupine diagnoz, ki vključuje stroške, povprečno trajanje zdravljenja in ostala merila. Plačilo za primer je veljavno v specializiranih bolnišnicah za nujno medicinsko pomoč, v lokalnih ali posebnih bolnišnicah; **plačilo za bolnišnični dan**, ki zajema stalno plačilo za zdravnike, bolniško nego in interventno zdravljenje, obvezno državno socialno zavarovanje na obroke, skupne stroške, zdravljenje, prehrano in stroške za razvoj. Formula za stroške bolnišničnega dneva vsebuje tudi stroške za amortizacijo zgradb in poslopij, ampak znesek je premajhen za potrebe obnove in izgradnje ter **točkovni sistem**, ki tvori osnovo za dodatna povračila stroškov za zdravljenja, ki so presegla določen znesek (Hugh, 2006, str. 145).

Trenutna namera je povečati poudarek pri plačilu za jasne diagnoze. Bolnišnice lahko dodatno zaračunajo določene hotelske usluge ali dodatna posvetovanja, ki jih bolniški skladi ne krijejo. To omogoča povečanje prihodkov in bolnišnica ima proste roke pri uporabi teh sredstev.

Pacienti lahko prosto izbirajo zdravnike primarnega zdravstva (družinski zdravnik, splošni zdravnik). Zdravnika ne morejo zamenjati več kot dvakrat na leto (razen ob spremembi stalnega prebivališča).

Primarni zdravniki so kot nekakšen vratar. Pacient potrebuje napotnico primarnega zdravnika, da lahko obiše specialista ali prejme zdravstveno nego na sekundarni ravni. Obisk privatnega specialista zavezuje pacienta, da si sam pokrije stroške zdravljenja v celoti. Za bolnišnično zdravljenje, z izjemo nujnih primerov, rabi napotnico splošnega zdravnika ali specialista.

2.4 Slovenija

2.4.1 Razvoj zdravstvenega zavarovanja

Slovenci smo se z zdravstvenim zavarovanjem prvič srečali ob sprejemu Rudarskega zakona leta 1854, ki je uzakonil bratovske skladnice z obveznim zavarovanjem rudarjev (rudnik živega srebra v Idriji) in topilniških delavcev (Kramberger, 1999, str. 1). Leta 1858 so bili bolniško, 1869 pa še nezgodno

zavarovani tudi železničarji. Pokojninsko pa so bili zavarovani le rudarji od 1854 in železničarji od 1874.

Bolniška blagajna je bila pri nas ustanovljena 1. avgusta 1889 (Valant, 1978, str. 5). Sredstva za zavarovanje so prispevali delodajalci in delavci. Pomen bolniških blagajn je bil v zagotavljanju delavčevih socialnih pravic med boleznijo in pravic do zdravstvenih storitev. Bolniške blagajne so uspešno poslovale vse do propada Avstroogrske monarhije ob koncu prve svetovne vojne. Razvoj industrije, večje število zaposlenih delavcev (njihova koncentracija v mestih in industrijskih središčih) in naraščanje tistega prebivalstva, ki je bilo brez premoženja in si je življenjski obstoj zagotavljalo samo z odvisnim delom, so ustvarjali take socialne razmere, ki jih družba sama ni mogla več ustrezno reševati brez državne socialne politike (Kresal, 1998, str. 14 – 15).

Dravska banovina je leta 1922 v Ljubljani dobila Okrožni urad za zavarovanje delavcev (v nadaljevanju: OUZD). Njegova dejavnost se je osredotočila na zavarovanje ob boleznih in poškodbah pri delu (Kramberger, 1999, str. 3). Urad je v primeru bolezni nadziral delodajalce glede prijavnih obveznosti, vodil evidenco zavarovancev, predpisoval in pobiral prispevke, zagotavljal zdravljenje v ambulantah in bolnišnicah ter plačeval denarna nadomestila ob boleznih in druga nadomestila.

Urad je igral pomembno vlogo tudi pri zavarovanju v primeru brezposelnosti: zbiral je obvezne prispevke za borzo dela in delavsko zbornico. Članstvo in zavarovanje je bilo obvezno in enotno. V času druge svetovne vojne so Italijani na okupiranem območju zadržali zavarovanje bivše Jugoslavije, Nemci in Madžari pa so vzpostavili svoja obvezna zdravstvena zavarovanja. OUZD je postal v oktobru 1941 samostojen nosilec vsega socialnega zavarovanja in je dobil naziv Zavod za socialno zavarovanje Ljubljanske pokrajine.

Maja 1945 se je povezalo socialno zavarovanje in dobilo vrh v Federalnem zavodu socialnega zavarovanja v Ljubljani, ki ga je nasledila Uprava za socialno zavarovanje pri Ministrstvu za socialno skrbstvo v Ljubljani leta 1947. Leta 1952 je bil ustanovljen Zavod za socialno zavarovanje LRS. Tudi ta naslov je doživel še veliko sprememb. Od leta 1971 pa sta obstajali zdravstvena in invalidska pokojninska skupnost.

Obdobje med letoma 1980 in 1992 je obdobje, ko je bilo izvajanje zavarovanja po konceptu tako imenovanega nacionalnega zdravstvenega varstva kljub decentralizaciji in samoupravljanju na področju zdravstva. Samoupravne interesne

skupnosti so prevzele vse naloge zagotavljanja zdravstvenega varstva prebivalstva vključno s financiranjem.

Ob splošnih spremembah v slovenski družbi in osamosvojitvi Slovenije kot nove samostojne države, ki si je za cilj zastavila postati sodobna evropska država, so bile neizogibne temeljite spremembe, oziroma postavitve sistema zdravstvenega varstva na nove temelje. Na področju celotnega zdravstva je prišlo do oblikovanja novih, sodobnih rešitev, ki povzemajo na eni strani izkušnje razvitih evropskih držav, na drugi strani pa upoštevajo tudi dosežene pozitivne izkušnje prejšnjega sistema.

Nova ureditev iz leta 1992 pomeni uveljavitev sistema po Bismarckovem modelu, ki je hkrati kombinacija javnih in zasebnih finančnih virov in izvajalcev (Košir, Kramberger, Jelisavčič, 2001, str. 4). Država v tem sistemu sprejema zakone in predpise ter izvaja ukrepe za obvladovanje nalezljivih bolezni. Med te zadolžitve šteje tudi planiranje celotnega zdravstvenega varstva in zagotavljanje kadrovskih in drugih virov za izvajanje programa zdravstvenega varstva. Poleg tega skrbi za investicije v javne zdravstvene objekte in plačuje zdravstvenemu zavarovanju prispevke za osebe brez dohodka. Nov Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je poudaril odgovornost posameznika, družine, delodajalcev, zdravstvene službe, nosilca zdravstvenega zavarovanja in države za zdravje in zdravljenje ter jim naložil ustrezne obveznosti.

Skrbi po dostopni zdravstveni varnosti vsega prebivalstva je sledila zakonska opredelitev o obveznosti zavarovanja vsega prebivalstva. V Sloveniji so po zakonu zajeti v obvezno zdravstveno zavarovanje vsi, ki imajo državljanstvo Republike Slovenije in stalno bivališče na njenem območju, pa tudi osebe, ki v Sloveniji opravljajo kakršnokoli pridobitno dejavnost in niso zavarovane po predpisih drugih držav.

V Sloveniji je bila v začetku marca 1992 sprejeta nova zakonodaja za področje zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS, št. 9/92), ki je prinesla več novosti. Najpomembnejše so bile opustitev dotedanega sistema "nacionalnega zdravstvenega varstva" in poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja uvedba prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, postavitve Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije kot javnega zavoda, ki izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje in tudi prostovoljno zavarovanje kot ostale zavarovalnice in uvedba zasebne zdravstvene prakse, ki lahko storitve opravlja tudi kot sestavni del javne zdravstvene službe.

Sedanja ureditev na področju zdravstvenega varstva in zavarovanja temelji na določenih Zakona o javnih zavodih, Zakona o zdravstveni dejavnosti, Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakona o lekarniški dejavnosti, Zakona o prispevkih za socialno varnost in nekaterih drugih zakonih in predpisih.

Vse našteje spremembe se odražajo v spremenjenem odnosu prebivalstva do lastnega zdravja in zavarovanja, širitvi pravic, razvoju in širitvi mreže zdravstvenih zmogljivosti in povečanju izdatkov za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja.

2.4.2 Značilnosti sistema zdravstvenega zavarovanja

Temeljna značilnost sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je partnerski pristop pri oblikovanju obsega in vsebine programa ter določanje elementov cen zdravstvenih storitev, kar pomeni, da država sicer uzakoni pravila, nato pa jih prepusti v izvajanje partnerjem ter da imajo partnerji določene pristojnosti in vlogo pri odločanju. Odgovorni so za sprejemanje in uresničevanje nacionalnih programov.

Druga pomembna značilnost je, da je to partnerski sistem, katerega sestavljajo trije partnerji z različnimi cilji in interesi. To so **zavarovane osebe**, ki želijo biti in ostati zdrave, v primeru bolezni pa dobiti ustrezno medicinsko pomoč. Združujejo se v Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod), ki jim ob plačilu prispevkov (premije), zagotavlja zdravstveno varstvo; **zdravniki in ostali zaposleni v zdravstvu**, ki opravljajo delo v dobrih delovnih pogojih in za to delo dobijo plačilo ter **država**, ki zastopa družbene interese in ima med partnerji nadrejen položaj. Njena vloga je izvajanje arbitraže v primeru nastalih problemov, ki bi lahko ovirali delovanje sistema.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je javni zavod, ki ga je ustanovila država z zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS., 9/92, 12. člen). Njegovo poslanstvo je izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, v katerega so vključeni vsi prebivalci Republike Slovenije. Z opredelitvijo poslanstva gre za oblikovanje sorazmerno trajnih namenov zavoda (Pučko, 2003, str. 347).

Večino sredstev zbere Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije s prispevki zavezancev. Osnova za plačilo prispevka so izplačani prejemki, povečani s povprečno stopnjo davka od osebnih prejemkov in povprečno stopnjo prispevkov za socialno varnost. Pristojnost glede nadzora nad obračunavanjem in plačevanjem prispevkov ima Zavod (Mencej, Košir, 1992, 68 – 71). Država prispeva le manjši

delež za posebej in vnaprej določene naloge (investicije v zdravstvene zmogljivosti javnih zavodov ali pa zagotavljanje sredstev za osebe, ki niso sposobne plačevati prispevkov).

Partnerji, ki v sistemu sodelujejo, so **država**, ki jo predstavlja Ministrstvo za zdravstvo; **izvajalci**, ki jih predstavljajo Zdravniška zbornica, Skupnost socialnih zavodov, Lekarniška zbornica, Skupnost naravnih zdravilišč in Združenje zdravstvenih zavodov ter **Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije**. Partnerji se pogajajo o obsegu programa in razdelitvi sredstev, zbranih s prispevno stopnjo za obvezno zdravstveno zavarovanje, ki predstavljajo približno 90 % vseh zbranih sredstev za zdravstveno zavarovanje. Razdelitev sredstev poteka v dveh fazah. Najprej se uskladijo zdravstvene potrebe in možnosti na nacionalni ravni. Sredstva se razdelijo po posameznih zdravstvenih dejavnostih in po območjih. V drugi fazi pa se sredstva razdelijo med posamezne izvajalce v mreži javne zdravstvene službe.

2.4.3 Obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

V človeški naravi je, da si človek želi vedno več, kot je dosegel. Vsi si želimo, da bi v bodoče imeli še boljše zdravstveno varstvo in zavarovanje, saj je to vrednota, ki si jo slovensko prebivalstvo najbolj želi. Zato je potrebno nadaljevati z ureditvijo, v kateri imajo možnost odločati o svojih pravicah in obveznostih tisti, ki jim je zdravstveno zavarovanje namenjeno. Naše več kot 100-letne izkušnje kot tudi izkušnje drugih držav sveta potrjujejo, da je glede tega Bismarckov model socialnih zavarovanj eden najuspešnejših in najbolj približan ljudem. Dokaz za to je med drugim tudi dejstvo, da je način upravljanja, v katerem imajo odločilno vlogo predstavniki delodajalcev in zavarovanih oseb na Slovenskem preživel avstro-ogrsko monarhijo, Kraljevino SHS, poveljno socialistično Jugoslavijo in da še zmeraj deluje v korist ljudi.

Kaj obsega obvezno zdravstveno zavarovanje (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, 2003), razmejuje zakon, ko določa, kateri del storitev in pravic na področju zdravstvenega varstva posamezniku zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje ter za kateri del so osebe dolžne poskrbeti same, bodisi z lastnimi sredstvi bodisi tako, da se za ta del prostovoljno zavarujejo. Z zakonom so razmejene pravice zavarovanih oseb na del, ki je zagotovljen vsem v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja in na del, ki ne sodi v ta okvir. Pri tem imajo zavarovane osebe na izbiro, da si ta del pravic zagotovijo z lastnimi sredstvi ali se zanje prostovoljno zavarujejo (Žagar, 1992, str. 12 – 13).

Na področju zdravstvenih storitev so zavarovancem v celoti (torej brez doplačil do polne vrednosti) zagotovljeni preventivni ukrepi, zdravljenje zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu, nujna medicinska pomoč in prevozi, zdravljenje nalezljivih bolezni, raka in še nekaterih bolezni. Zdravstveno zavarovanje je v celoti zagotovljeno tudi otrokom in mladini do 18 leta, rednim študentom in ženskam v zvezi z načrtovanjem družine, nosečnostjo in porodom.

Vse ostale storitve iz obveznega zavarovanja so zagotovljene le v določenem odstotnem deležu od polne cene zdravstvenih storitev. Za te odstotke so bile za prvo leto veljavnosti novega sistema zdravstvenega zavarovanja določene zgornje možne vrednosti in so predstavljale okoli 93 % vrednosti vseh izdatkov. Leta 1996 se ti deleži nekoliko zmanjšajo ter znašajo okoli 89 %. Preostali del so v letu 1996 prispevali zavarovanci iz lastnih sredstev, oziroma iz naslova sklenjenega prostovoljnega zavarovanja za doplačila do polne vrednosti zdravstvenih storitev. V naslednjih letih se predvideva, da bi se delež, ki ga krije obvezno zavarovanje, postopno še zniževal (povprečje v Evropi je 75 – 80 %). Temu ustrezno bi se povečal prispevek samih zavarovancev. To pomeni, da lahko pričakujemo, da bo naraščal tudi obseg sredstev prostovoljnega zavarovanja, s katerim si bodo zavarovanci brez doplačila zagotavljali storitve iz obveznega zavarovanja.

Obvezno zdravstveno zavarovanje zajema vse prebivalstvo, in sicer s pravicami do zdravstvenih storitev na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti ter do določenih nadomestil. Pravice posameznika iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so načeloma povezane s plačilom prispevka, s katerim si zavarovanci zagotovijo storitve zase in za svoje družinske člane. Sredstva za obvezno zavarovanje se zagotavljajo s prispevki, ki jih Zavodu plačujejo zavarovanci, delodajalci in drugi z zakonom določeni zavezanci (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 45. člen). Prispevki za obvezno zavarovanje se odmerjajo po proporcionalnih stopnjah glede na stvarne dohodke zavarovanca.

V Sloveniji so pravice iz zdravstvenega zavarovanja ljudem zagotovljene iz treh naslovov. Najprej v obliki družbene skrbi za zdravje, nato kot pravice do zdravstvenega varstva v zvezi z delovnim okoljem in delom in končno kot pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Država mora s svojo politiko in ukrepi na področju gospodarstva, izobraževanja, socialne, davčne, zdravstvene politike ter z drugimi ustreznimi ukrepi ustvarjati pogoje in vzpodbude, da posameznik uresničuje zlasti svojo odgovornost za zdravje. Delodajalci so dolžni preprečevati in odkrivati poklicne bolezni, preprečevati poškodbe pri delu, zagotoviti prvo pomoč, delavcem omogočiti

predhodne, obdobje in specialne preventivne zdravstvene preglede, zagotavljati nadomestila zaradi odsotnosti z dela zaradi bolezni do 30 dni, kot tudi analizirati tehnološke procese z vidika njihovega vplivanja na zdravje ljudi.

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so najpomembnejše in obsegajo pravico do zdravstvenih storitev, pravico do nadomestila za čas nezmožnosti oziroma odsotnosti z dela, pravico do pogrebnine in posmrtnine ter do povračila potnih stroškov v zvezi z zdravljenjem. Zavarovanim osebam zagotavlja zdravstveno in z njo povezano socialno varnost v primeru bolezni oziroma poškodbe.

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, za katere zavezanci plačujejo prispevke, lahko delimo v dve skupini. V prvo sodijo pravice do zdravstvenih storitev, v drugo pa določena denarna nadomestila. Med slednje uvrščamo pravice do nadomestila plače za čas začasne zadržanosti od dela zaradi bolezenskih razlogov in poškodb, povračila potnih stroškov, pogrebnine in posmrtnine.

Z izvajanjem obveznega zdravstvenega zavarovanja Zavod zagotavlja vsem zavarovanim osebam v Sloveniji pravice do zdravstvenih storitev in denarnih nadomestil po načelih solidarnosti, socialne pravičnosti in neprofitnosti. Gre za načela, na katerih danes temelji sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in ki so povsem v skladu z aktualnimi skupnimi evropskimi vrednotami na področju zdravstvenega in širšega socialnega varstva. Pravice v zdravstvenem zavarovanju so rezultat tradicije in dosežek dolgotrajnega razvoja. Slovenskim zavarovancem predstavljajo posebno vrednoto. Pravice do zdravstvenih storitev, ki se izvajajo na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenih dejavnosti, so povsem primerljive z državami Evropske unije.

Zdravstvene storitve so najobsežnejše. Mednje uvrščamo preventivne preglede (sistematični pregledi, ukrepi za preprečevanje nalezljivih bolezni, ukrepi za zgodnje odkrivanje nekaterih bolezni, itd.), storitve preprečevanja, odkrivanja in zdravljenja bolezni na vseh ravneh zdravstvene službe; zdravljenje in nega na domu ter v posebnih socialnih zavodih in domovih za starejše; prevozi z reševalnimi vozili; zdravila s posebne liste in medicinsko-tehnični pripomočki. V ta namen Zavod skrbi za učinkovito zbiranje in razporejanje sredstev, ki jih namenja za izvedbo zdravstvenih in drugih programov obveznega zdravstvenega zavarovanja ter tako omogoča uresničevanje pravic iz tega naslova.

Nadomestilo plače za čas začasne zadržanosti od dela je denarna dajatev, ki jo zavarovanec prejme v času zadržanosti od dela zaradi bolezni, poškodbe ali izolacije, spremstva oziroma nege bolnega družinskega člana. Nadomestilo dobi

zavarovanec od prvega dne odsotnosti z dela, če je zadržanost posledica presaditve tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajanja krvi, nege ožjega družinskega člana, za izolacijo ali spremstvo, ki ga odredi zdravnik. Od prvega dne zadržanosti prejme zavarovanec nadomestilo tudi, če se je poškodoval pri organiziranih javnih delih, gasilskih, gorskoreševalnih in drugih reševalnih akcijah. V vseh drugih primerih izplačuje Zavod nadomestilo od 31. delovnega dne zadržanosti z dela dalje. Nadomestilo se odmeri od osnove, ki je mesečno povprečje plač in nadomestil iz preteklega koledarskega leta, ki se poveča s količnikom rasti povprečnih plač vseh zaposlenih (Poslovno poročilo za leto 2006, str. 48).

Pogrebna in posmrtnina sta klasični denarni dajatvi iz zdravstvenega zavarovanja, priznani kot pravica že več kot 100 let. Pogrebna je nadomestilo za stroške pogreba ob smrti zavarovane osebe in pravica tistega, ki je oskrbel pogreb. Višina pogrebne znaša 80 % povprečne cene nujnih stroškov pogreba v Republiki Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški pogreba. Posmrtnina pa je enkratna denarna pomoč ob smrti zavarovanca, ki jo prejmejo družinski člani, ki jih je le-ta preživljal. Znaša 100 % zjamčene plače (Poslovno poročilo za leto 2006, str. 49).

Potni stroški so vezani na pravico do storitev pod pogoji, ki jih podrobneje določi Zavod. Potni stroški v zvezi z zdravljenjem obsegajo prevozne stroške ter stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju. Pravica do povračila potnih stroškov zavarovanim osebam ne pripada, kadar gre za zdravljenje in rehabilitacijo zaradi poškodb izven dela, ki potekata v specialistični ambulanti, bolnišnici ali v zdravilišču (Poslovno poročilo za leto 2006, str. 49).

Pri drugih storitvah se potni stroški povrnejo, kadar mora zavarovana oseba potovati k zdravniku ali v zdravstveni zavod v drug kraj, če v kraju, kjer je zaposlena ali prebiva, ni zdravnika ali ustreznega zdravstvenega zavoda, ali pa jo izbrani zdravnik, zdravstveni zavod ali zdravniška komisija napoti v kraj zunaj stalnega bivališča ali zaposlitve. Potni stroški se povrnejo za najkrajšo možno razdaljo z javnim prevoznim sredstvom ob predložitvi vozne karte oziroma drugega dokazila, iz katerega je razvidno, da je bil prevoz plačan (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, 154. člen).

Povračilo stroškov prehrane in nastanitve se povrne, če traja odsotnost od doma nad 12 ur in sicer v višini 3 % povprečne plače v gospodarstvu v zadnjih treh mesecih, stroški bivanja pa se povrnejo po ceni hotela B kategorije. Pravico do potnih stroškov in nastanitve ima tudi spremljevalec, če ga določi zdravnik ali

zdravniška komisija. Za otroke, ki so mlajši od 15 let in za težje duševno in telesno prizadete osebe se šteje, da potrebujejo spremljevalca.

Zdravstveno zavarovanje posameznika je v načelu povezano s plačilom prispevka, s katerim si zavarovanci zagotovijo storitve zase in za svoje družinske člane. Stopnje prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje določi Skupščina Republike Slovenije na predlog skupščine Zavoda, razen za primere, za katere se plačujejo prispevki v pavšalnih zneskih (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 45. člen). Prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje se odmerjajo po proporcionalnih stopnjah, glede na stvarne dohodke zavarovanca. Nekateri prispevki so določeni v pavšalnih zneskih in pomenijo minimalno obveznost za kritje zdravstvenih tveganj. Osnova za plačilo prispevka so izplačani prejemki, povečani s povprečno stopnjo davka od osebnih prejemkov in povprečno stopnjo prispevkov za socialno varnost. Pristojnost glede nadzora nad obračunavanjem in plačevanjem prispevkov ima Zavod (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 59. člen).

Zakon je za zavarovanje za bolezen in poškodbe izven dela predvidel štiri različne prispevke: prispevek za vse pravice; prispevek samo za pravice do storitev, povračilo potnih stroškov, posmrtnino in pogrebnino; prispevek samo za storitve in povračilo potnih stroškov in prispevek samo za nadomestilo, pogrebnino in posmrtnino, ki ga plačujejo le kmetje, ki so tudi pokojninsko zavarovani.

Prispevek, ki pokriva vse pravice in znaša od 1. 2. 1996 dalje 13,25 %, se plačuje iz dveh delov delavčevega in delodajalčevega. Ta prispevek plačujejo vsi, ki so v delovnem razmerju, lastniki zasebnih podjetij, osebe, ki opravljajo samostojno gospodarsko ali poklicno dejavnost; vrhunski športniki, šahisti, kakor tudi osebe, ki so zaposlene pri tujem delodajalcu in prebivajo v Sloveniji.

Prispevek za vse pravice, razen nadomestil za čas začasne zadržanosti od dela, plačujejo še Republiški zavod za zaposlovanje za brezposelne; Zavod za invalidsko in pokojninsko zavarovanje za vse upokojence in Republiški proračun za prejemnike invalidnin in priznavalnin po posebnih predpisih ter za vojaške obveznike na civilnem služenju.

Za zavarovanje poškodb pri delu in za poklicne bolezni sta v zakonu določeni dve vrsti prispevkov, in sicer prispevek za vse pravice ter prispevek za plačilo zdravstvenih storitev, potnih stroškov, pogrebnine in posmrtnine.

Prispevek za vse pravice je v celoti obveznost delodajalcev, zasebnih podjetnikov, oseb, ki so zavarovane na podlagi svoje samostojne gospodarske ali poklicne

dejavnosti, kmetijov, ki so pokojninsko in invalidsko zavarovani ter zavezancev za vrhunske športnike in šahiste.

Drugi prispevek za zavarovanje poškodb in poklicno bolezen (brez pravice nadomestil) je obveznost nosilcev dejavnosti in organizatorjev posameznih del, akcij itd. (npr. osebe na praktičnem pouku, delu, prostovoljni praksi, javnih delih, volonterskem delu, reševalne in druge akcije itd.).

Plačilo prispevka za zavarovanje za primer poškodbe pri delu ali poklicne bolezni je zlasti pomembno z vidika zavarovanca, ker je uveljavljanje pravic vezano na plačilo ustreznega prispevka.

2.4.4 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Namen uvedbe sistema prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je bil, da vsak posameznik tudi zavestno sam prispeva k ohranjanju in izboljšanju svojega zdravja. V primeru uveljavljanja zdravstvenih storitev pa naj bi doplačila osebno in prostovoljno zavarovanje opominjalo zavarovance, da imajo tudi zdravstvene storitve svojo ceno in da si jih ni mogoče zagotoviti brezplačno. Takšne opredelitve so bile osnova za zakonsko uvedbo prostovoljnega zavarovanja kot dopolnitev obveznega zavarovanja in kot sestavni del novega sistema zdravstvenega zavarovanja. V prostovoljno zavarovanje se vključi posameznik in pristane na pogoje zavarovatelja. Zakon namreč odpira možnost, da poleg Zavoda tudi druge zavarovalnice uvedejo zavarovanje za pravice oziroma storitve, ki jih ne vsebuje obvezno zavarovanje. Čim bolj je obvezno zavarovanje ozko in ne vključuje varstva zdravstvenih tveganj, tem večje so možnosti za prostovoljno zavarovanje. Prostovoljno zavarovanje karakterizira medsebojno učinkovanje treh elementov: zdravstvena tveganja in njihov obseg ali standard, število zavarovancev in višina premije. Prostovoljno zavarovanje mora imeti razpoznaven interes, saj se financira po načelih vzajemnosti.

Na teh postavkah je Zavod oblikoval ponudbo za prostovoljno zavarovanje. Vključevala je štiri področja zavarovanja in sicer: za rizike do polne cene storitev, ki štejejo v obvezno zavarovanje; za višji standard storitev (kvalitetnejši materiali, ugodnejši postopki, ugodnejši bivalni prostori v bolnišnici ali zdravilišču); za pravice, ki niso vključene v obvezno zavarovanje in za osebe, ki ne morejo pridobiti lastnost zavarovanca v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Uvedba prostovoljnega zavarovanja je pomenila za Slovenijo popolno novost. Ker takšno prostovoljno zavarovanje pri nas doslej še ni bilo preverjeno v praksi, je bilo v zvezi z njim veliko pomislekov, kako bo takšen pristop vplival na zdravstveno varnost ljudi. Nekateri so se bali, da bodo ogroženi socialno šibkejši sloji

prebivalstva. Na drugi strani so bila pričakovanja, da bo takšno prostovoljno zavarovanje omogočalo neomejeno uresničevanje zahtev do zdravstvenih storitev.

Že prvo leto izvajanja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pa je pokazalo, da so zavarovanci nov sistem sprejeli. To leto je tudi pokazalo, da ni bilo primerov, ko kdo zaradi svojega šibkega materialnega položaja ne bi mogel uveljavljati upravičenih potreb po zdravstvenih storitvah. Po drugi strani velik odziv in prostovoljna vključitev kaže to na pripravljenost prebivalstva, da prispeva dodatna sredstva mimo prispevne stopnje za zagotavljanje zdravstvenih storitev.

2.4.5 Dvostopenjski proces partnerskih pogajanj

O programu zdravstvenih storitev, njegovem vrednotenju in pogojih izvajanja odločajo predstavniki izvajalcev zdravstvenih storitev, Ministrstvo za zdravstvo in Zavoda za zdravstveno zavarovanje. Program, katerega gornje vrednosti so omejene s finančnimi limiti, opredeljuje količino in vrsto storitev ter njihovo razporeditev po dejavnostih (osnovna, specialistična, ambulantna, bolnišnična, zdraviliška, lekarniška in dejavnost socialnih zavodov). Predmet dogovarjanja so tudi elementi za vrednotenje programov zdravstvenih storitev in za določanje njihovih cen (Poslovno poročilo za leto 1996, str. 15). Dogovor vsebuje tudi druge opredelitve glede načina izvajanja programa, potrebne kadrovske in prostorske zmogljivosti ter njihovo prostorsko razporejenost po celotnem območju Slovenije.

Pogajanja o programu zdravstvenih storitev potekajo v dveh stopnjah. Prva stopnja v procesu pogajanj predstavlja sprejem dogovora, ki pomeni uskladitev različnih interesov v okviru, ki ga postavljajo zbrana finančna sredstva. Druga stopnja v procesu pogajanj med partnerji je sklepanje pogodb med Zavodom in posameznimi javnimi zavodi ter koncesionariji (Poslovno poročilo za leto 2006, str. 29 – 36).

Osnovni dokument je Splošni dogovor, na osnovi njegovih opredelitev sprejmejo predstavniki posameznih ožjih zdravstvenih dejavnosti z Zavodom še področne dogovore, ki urejajo posamezna ožja področja (zdravstvene domove, bolnišnice, lekarne, dejavnost zdravnikov zasebnikov, socialnih zavodov in dejavnost naravnih zdravilišč). Dogovor je potrebno doseči do konca koledarskega leta za naslednje leto. Če partnerji svojih interesov ne morejo uskladiti, o spornih vprašanih odloči arbitražna, ki je sestavljena iz predstavnikov posameznih partnerjev (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 63. člen). V primeru, da je

tudi arbitraža neuspešna, pa dogovor sprejme vlada in tako uveljavi nadrejeni skupni interes.

Splošni dogovor in področni dogovori predstavljajo pravno podlago za razpis programov zdravstvenih storitev in sklepanje pogodb. Obseg mreže javne zdravstvene službe je omejen z zakonom. Zavod sklepa pogodbe s posameznimi javnimi zavodi ter koncesionarji, ki jih izbere na podlagi razpisa.

Osnovni namen partnerskih pogajanj je določitev »zgornjih mej« javnih sredstev za izvedbo zdravstvenih programov. Pomembno je, da se v okviru omejenih sredstev in zdravstvenih zmogljivosti zagotovi ustrezno kakovostno raven uresničevanja zakonsko opredeljenih pravic, ki so enakopravno dostopne vsem zavarovancem.

2.4.6 Financiranje programov zdravstvenih storitev v Sloveniji

Z uveljavitvijo obveznega zdravstvenega zavarovanja je v Sloveniji prišlo do sprememb tudi v načinu načrtovanja, evidentiranja in obračunavanja zdravstvenih storitev. Pred tem smo od leta 1992 v Sloveniji uporabljali modificirani storitveni sistem, ki je temeljil na posebnem seznamu zdravstvenih storitev (»zelena knjiga«) in njihovih relativnih vrednostnih (točkovnih) razmerjih. Pri tem ni šlo za čisti storitveni sistem (to je obveznost plačila vseh obračunanih storitev, opravljenih pri izvajalcih), temveč za obračunavanje storitev v okviru dogovorjenega programa posameznega izvajalca.

»Zelena knjiga«, ki je bila sprejeta leta 1982, je bila pomanjkljiva, saj ni sledila razvoju medicinske tehnologije in s tem povezanih novih metod dela (Zdravstvena reforma, 2003, str. 102). Zahtevala je tudi obsežno administrativno delo v zvezi z evidentiranjem storitev in njihovim obračunavanjem. Nadzor nad delom izvajalcev je bil otežen. Zmanjševala se je tudi preglednost uresničevanja programov. Zato je prišlo že leta 1993 do določenih sprememb v načinu evidentiranja in obračunavanja zdravstvenih storitev, tako da imamo trenutno nekaj različnih modelov financiranja izvajalcev.

Proces financiranja v zdravstvu poteka skozi tri ključne faze. Te faze so zbiranje sredstev, prenos sredstev in poraba sredstev na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti: primarno, sekundarno in terciarno (Stepan, 1999, str. 162). V nadaljevanju so predstavljene porabe sredstev na vseh treh ravneh.

2.4.6.1 Poraba sredstev na primarni ravni

Storitve so izražene z relativnimi enotami. Po posameznih ožjih dejavnostih primarne ravni se med seboj razlikujejo (Področni dogovor za leto 2007, str. 11 – 19).

V splošni ambulanti, otroškem in šolskem dispanzerju se uporabljajo kot kazalci količine storitev količniki, ki predstavljajo relativne vrednosti za posamezne storitve. Ti količniki so kombinirani z glavarino, ki predstavlja znesek, namenjen zdravniku za vsako opredeljeno osebo.

V ostalih dispanzerskih dejavnostih in v zobozdravstvu se opravljeno delo načrtuje, evidentira in izkazuje na podlagi posebnega seznama storitev, ki imajo relativne vrednosti, izražene v točkah, to je v »zeleni knjigi«.

Reševalna služba evidentira reševalne prevoze s prevoženimi kilometri.

Zdravstvena in zobozdravstvena vzgoja, razvojne ambulante in centri za zdravljenje odvisnosti od drog se financirajo v pavšalnem znesku, ne pa na podlagi individualnih storitev.

V lekarniški dejavnosti velja storitveni sistem, opredeljen v »zeleni knjigi«. Lekarne evidentirajo opravljeno delo v zvezi z izdajo zdravila na recept in njegovo obdelavo po »zeleni knjigi«.

V domovih za starejše občane, socialnih zavodih in zavodih za usposabljanje se obračunava program dela na področju zdravstvene dejavnosti s številom dni in tipi zdravstvene nege.

2.4.6.2 Poraba sredstev na sekundarni in terciarni ravni

V specialistično ambulantni dejavnosti uporabljamo v Sloveniji za evidentiranje opravljenega dela storitve iz »zeleni knjige«. Tudi v tej dejavnosti se letni plan izkazuje s številom točk. Te predstavljajo podlago za določanje cen storitev. Izjemo predstavljajo dialize (pet vrst dializ) in nuklearna magnetna resonanca, ki se ne izkazujejo z množico storitev, ampak predstavljajo same po sebi zaokroženo storitev.

V začetku se je v bolnišnični dejavnosti delo načrtovalo s pavšalnim bolnišnično oskrbnim dnevom, in je vključevalo vse storitve pri bolniku v štiriindvajsetih urah. Glavna pomanjkljivost plačevanja po storitvah je bila prekomerna proizvodnja storitev, glavna pomanjkljivost plačevanja po

bolnišnično oskrbnih dnevih pa usmerjanje izvajalcev v proizvodnjanje bolnišnično oskrbnih dni in podaljševanje ležalne dobe (Zdravstvena reforma, 2003, str. 106 – 110). Model plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih je v letu 2000 nadomestil model plačevanja po primerih (Zdravstvena reforma, 2003, str. 111 – 112), vendar je tudi ta model priznal le razlike v cenah primerov med specialistično bolnišničnimi dejavnostmi, ne pa tudi razlike med različnimi diagnozami.

Zaradi pomanjkljivosti modela plačevanja po primerih, ki se je komaj dobro uvedel, je projekt Razvoj upravljanja sistema zdravstvenega varstva začel z aktivnostmi za uvedbo novega modela plačevanja specialistično bolnišnične dejavnosti, in sicer na podlagi skupin primerljivih primerov – SPP. Podobnost diagnoz, posegov in dolžine obravnave omogoča razvrstitev bolnikov v isto skupino. V vsaki skupini imajo primeri podobno stroškovno strukturo (Zdravstvena reforma, 2003, str. 120 – 125). Bistvena novost tega modela je natančna klasifikacija obravnave bolnikov glede na zahtevnost, s tem pa tudi zagotovitev enakih plačil izvajalcem za opravljene enake storitve.

Bolnišnice lahko poleg tega zaračunajo plačniku tudi nekatere t. i. posebej drage storitve, katerih seznam je posebej določen. Transplantacije srca, ledvic, jeter in kostnega mozga se plačujejo po evropskih cenah.

V zdraviliški zdravstveni dejavnosti se uporablja storitveni sistem iz »zelene knjige« za področje fizioterapije, ki se opravlja v zdraviliščih. Pri stacionarni obravnavi bolnikov v naravnih zdraviliščih se storitve beležijo s storitvijo, ki se nanaša na zagotavljanje pogojev bivanja in prehrane v zdravilišču in je izražena z nemedicinskim (hotelskim) delom bolniško oskrbnega dne. Medicinske storitve, opravljene med rehabilitacijo v zdravilišču na stacionarni ali ambulantni način, se beležijo z individualnimi storitvami iz »zelene knjige«, ki so točkovno ovrednotene.

Bolnišnice, drugi zdravstveni zavodi in zasebni zdravniki lahko obračunavajo tudi nekatere drage materiale, ki jih uporabljajo pri svojem delu. Ti ločeno zaračunljivi materiali so vnaprej določeni z letnim Dogovorom.

3. Nadaljni razvoj sistemov zdravstvenega varstva

Sistemi zdravstvenega varstva so se v vsaki evropski državi na osnovi tradicije ter specifičnih zgodovinskih in kulturnih okoliščin oblikovali po svoje. Razlik je

veliko. Kažejo se tako v naravi in obsegu pravic, oblikah izvajanja zdravstvenih storitev kot tudi v načinih financiranja zdravstvenih programov. Vendar so se sistemi v zgodovinskem razvoju istočasno medsebojno »oplajali« in uvajali mnoge skupne koncepte. Države iščejo najbolj učinkovite sisteme, glede na zastavljene cilje. Najbolj socialno naravnani sistemi prevzemajo vedno več tržnih elementov, hkrati pa v državah, ki so bile prej manj socialno naravnane, povečujejo zahteve po večji varnosti in solidarnosti med zavarovanimi osebami. Danes so praktično vsi evropski zdravstveni sistemi, naj temeljijo na proračunskem financiranju ali pa na socialnih sistemih zdravstvenega zavarovanja, javni – na solidarnosti in socialni pravičnosti temelječi – sistemi (Košir, Kramberger, Jelisavčič, 2001, str. 1). Vsi sistemi poskušajo zagotoviti pravičen dostop do kakovostnih zdravstvenih storitev vsem prebivalcem, kar je osnovni cilj vsake evropske države, pa tudi vseh sistemov zdravstvenega varstva v Evropi.

Zdravje je danes v Evropi ena izmed osnovnih vrednot, zato mu organi na ravni Evropske unije (evropski parlament, komisija, sodišče in drugi) namenjajo veliko pozornost. Pristojnosti Evropske komisije na področju zdravstvenega varstva so omejene na zadeve, ki se dotikajo notranjega trga oziroma "štirih področij prostega pretoka" – blaga, storitev, kapitala in ljudi. Vsaka država, ki se je pripravljala na vključitev v unijo, je morala opraviti številne aktivnosti. Te aktivnosti so se nanašale predvsem na usklajevanje zakonodaje glede svobodnega pretoka blaga, storitev, kapitala, ljudi. Izjemen pomen predstavlja izgrajevanja ustreznih institucionalnih, pravnih in administrativnih sposobnosti posamezne države, brez katerih je takšno delo zelo težko opraviti. Dobra administrativna usposobljenost na področju zdravstvenega varstva je predpogoj ne le za koordinacijo in izvajanje današnjih in prihodnjih skupnih standardov v Evropski uniji, temveč tudi v okviru posameznega nacionalnega sistema (Košir, Kramberger, Jelisavčič, 2001, str. 2).

Potrebne so tudi ustrezne zmogljivosti za učinkovito koordinacijo in sodelovanje v okviru evropske skupnosti. V državah, kjer usposobljenih kadrov ni dovolj, so potrebne investicije za dvig strokovne oziroma tehnično administrativne usposobljenosti. Gre predvsem za zdravstvene managerje na makro (država, ministrstvo za zdravstvo, javne zdravstvene zavarovalnice, ...), mezo (vodstva bolnišnic in drugih javnih zdravstvenih zavodov) in mikro ravni (predstojniki klinik ali oddelkov ali celo zdravniki posameznih specialnosti, ki sprejemajo pomembnejše poslovne odločitve) (Košir, Kramberger, Jelisavčič, 2001, str. 3).

Države so pri zbiranju sredstev, kakor tudi plačevanju izvajalcem prizadevajo vzpostaviti pravičnost. Pravičnost na področju zdravstva lahko opredelimo kot vrednoto, ki izraža vrednotno in moralno presojo posameznika, družbe ali mednarodne skupnosti o tem, ali so določene družbene razlike pravične, na osnovi tega, kako posameznik ali družba pojmuje naravno pravico in pravičnost (Letica, 2003, str. 22). Pravično oziroma ustrezno plačevanje izvajalcem pa je pogojeno z enakim obravnavanjem med seboj primerljivih izvajalcev.

Razlike v ureditvi področja zdravstvenega varstva med državami Evropske unije so tako velike, da je razmišljanje o poenotenju ali uvedbi »enotnega evropskega sistema« v današnjem času neuresničljivo. Države pa si takšnega poenotenja tudi ne želijo. Če bi prišlo do poenotenja, bi to pomenilo na eni strani zagotavljanje vsem zavarovanim osebam enake pravice in kakovost storitev, enako oskrbo z zdravili in tehničnimi pripomočki, na drugi strani pa vsem enako dostopnost do kakovostnih storitev. Nekatere šibke države tega očitno ne bi zmogle, ekonomsko močnejše države pa bi jih morale solidarnostno pokrivati.

Sistemi zdravstvenega zavarovanja se v svetu kar naprej gradijo, dopolnjujejo, iščejo se nove najugodnejše rešitve. Razlike med sistemi so vedno bolj zamegljene. Večina držav že izvaja reforme ali preučuje možnosti uvedbe novih reform. Najpomembnejše reforme lahko strnemo okrog dveh ciljev – nadzora porabe in reorganizacija upravnega sistema, pristojnega za zdravstveno varstvo.

3.1 Reforme sistemov zdravstvenega varstva

3.1.1 Avstrija

Zdravstvene reforme se ukvarjajo predvsem z obvladovanjem stroškov (s koriščenjem možnosti za večjo učinkovitost in večjo delitev stroškov) ter s strukturnimi reformami za izboljšanje načrtovanja zmogljivosti, s sodelovanjem partnerjev oz. interesnih skupin in s koordinacijo finančnih tokov (Hofmacher, Rack, 2006, str. 201).

V sektorju akutne bolnišnične oskrbe so bile izvedene organizacijske privatizacije, ki so bile v glavnem zaključene do leta 2002. Reimbursiranje oz. pridobitev poplačila iz javnih sredstev zdravstvene zavarovalnice za storitve in zdravila je s strani socialnega zdravstvenega zavarovanja močneje vezano na oceno (kakovostnih) zdravstvenih tehnologij, izvzetih pa je bilo le manjše število ugodnosti. Hkrati so bile predstavljene nove ugodnosti oz. pravice, kot npr. dolgotrajna zdravstvena oskrba na zvezni ravni, psihoterapija, preventivne

zdravstvene storitve ter nove strukture za dolgotrajno zdravstveno oskrbo, ki sloni na skupnosti (Hofmacher, Rack, 2006, str. 200).

Čeprav so se prihodki iz prispevkov povečali in so se uskladile tudi stopnje prispevkov nekaterih skupin zavarovancev, pa se sama prihodkovna osnova ni bistveno spremenila. Zahteve glede zagotavljanja kakovosti zdravstvenega varstva so se zvišale, z Listino temeljnih pravic v EU in z varuhom pravic bolnikov pa se je okreplil tudi obseg pravic bolnikov.

Prihodnje reforme naj bi si prizadevale za uresničevanje v nadaljevanju navedenih prednostnih nalog, kot so zagotoviti finančno osnovo, da bi lahko nadalje zagotavljali izvajanje zdravstvenega varstva po načelu potreb in plačevanje v skladu z zmožnostmi posameznika; povečati se mora storilnost zaposlenih in zmogljivost infrastrukture znotraj sistema zdravstvenega varstva; treba je zagotoviti, da bodo večja financiranja resnično pomenila tudi ustrezne ugodnosti za zdravje. To pa se lahko zagotovi le ob pogoju, če odločitve o vlaganjih temeljijo pretežno na oceni zdravstvene tehnologije in je zagotavljanje kakovosti tisto, ki določa in usmerja zdravstveno varstvo.

3.1.2 Švedska

Leta 1992 je stopila v veljavo velika nacionalna reforma nege starejših. Namen reforme je bila določitev jasnih smernic za odgovornost in organizacijsko strukturo, ki bi najbolj ustrezala ciljem, ki jih je določil Parlament. Finančni viri in osebje so se prenesli iz okrajnih svetov na občine. V okviru te reforme je bila občinam dana polna odgovornost za socialno varstvo in zdravstveno nego starejših in invalidnih oseb. Občine so prevzele odgovornost za posebne stanovanjske enote (domovi za ostarele, sanatoriji in skupinske bivalne enote) in za dnevne aktivnosti (Care of the elderly in Sweden, 2007). V skladu z reformo so bile občine dolžne zagotavljati zdravstveno in dnevno nego v posebnih oblikah bivanj, niso pa bile odgovorne za delo zdravnikov, ki je ostalo pod okriljem okrajnih svetov. Okrajni sveti so odgovorni za zagotavljanje zdravstvenih storitev na domu, vendar lahko to odgovornost v skladu z dogovorom prenesejo na občine.

Pomemben del reforme je bil prenos finančne odgovornosti za bolnike v okrajnih bolnišnicah, katerih zdravljenje je bilo zaključeno, iz okrajnih svetov na občine. Občine so morale prevzeti finančno odgovornost za bolnike, katerih medicinsko zdravljenje je bilo zaključeno in so ostali na dolgotrajni fizični negi. To je zmanjšalo število starejših, ki so zasedali postelje v okrajnih institucijah, hkrati pa so se povečale kapacitete v občinskih ustanovah za nego starejših.

Ovrednotenje reforme iz leta 1992 je pokazalo tri pomembne rezultate (Care of the elderly in Sweden, 2007):

1. Povečala se je možnost starejših za bivanje doma, kljub potrebi po intenzivni negi z omogočeno celodnevno nego na domu.
2. Zmanjšal se je problem prezasedenosti postelj v bolnišnični negi.
3. Zelo se je povečal obseg in standard posebnih bivalnih enot za starejše.

Ovrednotenje je pokazalo tudi na nekaj neučinkovitosti pri doseganju ciljev: na primer, nadomeščanje zdravnikov za nego starejših in sodelovanje med občinami in okrajnimi sveti.

3.1.3 Latvija

Glavna pozornost Ministrstva za zdravstvo je usmerjena k izvršitvi državnega načrta (Okvirni načrt) za ponovno strukturiranje ponudnikov zdravstvene nege za ambulantne in hospitalizirane bolnike in rešitev problema nezadostnih zalog zdravstvenih delavcev.

Veliko število pacientov je hospitaliziranih, čeprav bi jih lahko zdravili ambulantno. Struktura storitev ponudnikov in razporeditev zdravstvenih tehnologij je neučinkovita, nepotrebna in ima velik negativen vpliv na izdatke Državnega proračuna za zdravstveno nego (Hugh, 2006, str. 150). Število in razporeditev bolnišničnih postelj ni opravičljivo z vidika učinkovitosti stroškov. Obstajajo regionalne razlike med razmerjem zasedenosti postelj in dolžino bivanja. Glede na obseg specialnosti in širok spekter ponujenih storitev so bolnišnice nezadostno napolnjene z delom in sredstva so uporabljena neučinkovito. Ker imajo ustanove za hospitalizirane paciente pogosto funkcijo socialne nege, je dolžina povprečnega bivanja predolga.

Smernice za prihodnje strukture zdravstvenih storitev v Latviji so Projekt Svetovne banke za preoblikovanje zdravstva, njegov podprojekt "Program preoblikovanja bolnišnic" in posebej dokument "Okvirni načrt", ki je bil razvit na temelju analize razmer regionalnega javnega zdravstva, raziskave o kvaliteti in razpoložljivosti storitev ter preskrbi sredstev za zdravstveno nego. Načrt vključuje načrtovanje optimalnega števila ponudnikov storitev primarne in sekundarne nege za ambulantne in hospitalizirane paciente in njihovo območno porazdelitev. Načrt je obširen in podroben. Daje zelo podrobne predloge, kako organizirati velike zdravstvene specialnosti in kako opremiti bolnišnice. Okvirni načrt je uporabljen kot temelj za razvoj zakonskega zdravstvenega omrežja in kot glavna okoliščina za usmerjanje investicij in sestavo odločitev.

3.1.4 Slovenija

V Sloveniji smo imeli, v letih neposredno pred reformo v letu 1992, zdravstveni sistem, ki je izkazoval nekatere slabosti pri zagotavljanju osnovnih virov, financiranju in učinkovitosti zdravstva. Ni šlo zgolj za posledice nekaterih nakopičenih težav, s katerimi se je spopadala predhodna država, temveč tudi za sistemske slabosti. V začetku devetdesetih let je hkrati z osamosvojitvijo Slovenije, prihajalo do velikih finančnih in likvidnostnih težav pri zagotavljanju sredstev za zdravstvene dejavnosti. Zaradi teh težav je bila v letu 1992 s hitrim sprejemom nove zdravstvene zakonodaje podana možnost za celovito preoblikovanje sistema zdravstvenega varstva.

Reforma je bila zelo temeljita. Ključni vprašanja za modernizacijo sistema zdravstva sta bili prvič, kaj naj javni sistem zdravstvenega varstva omogoča oziroma ponudi zavarovancem, in drugič, kdo bo opredeljeni obseg pravic plačal. Gre za temeljna vprašanja uskladitve obsega pravic z ekonomskimi možnostmi države in posameznikov. Reforma je zajemala spremembe na treh področjih: **spremembe pri financiranju**, s katerimi so se opredelili javni in zasebni viri za financiranje zdravstvenega varstva. Gre za uvedbo t. i. "javno - zasebnega partnerstva" pri zagotavljanju sredstev; **spremembe pri izvajanju zdravstvenih storitev**. Gre za proces privatizacije in uvajanje t. i. "javno-zasebnega partnerstva" pri opravljanju zdravstvenih dejavnosti eni strani ter uveljavitev instituta izbranega zdravnika na primarni ravni zdravstvene dejavnosti na drugi strani ter **opredeljevanje ključnih subjektov in njihovih vlog v sistemu**. Gre za uvedbo partnerstva in pogodbenih odnosov v sistemu. Prav tako so bila podana ustrezna pooblastila izbranim institucijam, kot na primer Ministrstvu za zdravstvo, Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, zdravniški in drugim zbornicam. Pri tem je šlo tudi za vzpostavitev upravljanja makro in mikro ravni, kjer so bili vzpostavljeni zlasti nekateri ključni samovarovalni mehanizmi za zagotavljanje pravičnosti, učinkovitosti, uspešnosti in kakovosti sistema.

Osrednjo področje modernizacije sistema je bilo financiranje oziroma zagotavljanje ustreznih virov. Reforma 1992 je postregla z uvedbo obveznega zdravstvenega zavarovanja po t. i. Bismarckovem modelu, kar za Slovence ni velika novost, saj je bila prva bolniška blagajna v Sloveniji uvedena že v daljnem letu 1889, ter uvedbo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki je bila resnično velika novost. Tako v Sloveniji po letu 1992 zagotavljamo večino sredstev za zdravstvene pravice z obveznim in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem.

Obvezno zdravstveno zavarovanje izvaja Zavod, ki je edini izvajalec obveznega zavarovanja. Njegovo delovanje je avtonomno, upravljajo ga voljeni predstavniki delodajalcev in zavarovancev. Država kot njegova ustanoviteljica ohranja nekatere poglobitve vzvode vplivanja in nadzora, kot na primer pri določanju prispevne stopnje, obsegu pravic in drugih pomembnih vprašanih izvajanja javnega zdravstvenega zavarovanja.

V obvezno zdravstveno zavarovanje so 100 % vključeni vsi prebivalci Slovenije. Za aktivne zavarovance se plačuje prispevna stopnja (danes v višini 13,25 % od bruto plače), kjer delodajalec in delojemalec prispevata približno polovico celotnega prispevka. Delodajalec v okviru svojega deleža prispeva še 0,53 % za poškodbe pri delu in profesionalne bolezni. Upokojenci plačujejo prispevke v višini okoli 6 % od svoje "bruto" pokojnine. Za določene socialne kategorije (brezposelne, osebe brez dohodkov idr.) pa pavšalne prispevke plačuje država v okviru proračuna, ali pa lokalne vlade v okviru lokalnih proračunov. Obvezno zdravstveno zavarovanje omogoča vsem zavarovancem dve vrsti pravic. Prva skupina so zdravstvene storitve, ki se v Sloveniji izvajajo na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, vključno z zdravili in medicinskimi pripomočki. Drugo pa predstavljajo določene denarne dajatve, kot so bolniška nadomestila za odsotnost z dela nad 30. delovnim dnevom ter potnimi stroški (Košir, Kramberger, Jelisavčič, 2001, str. 5).

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je tesno povezano s sistemom obveznega zavarovanja. Obvezno zdravstveno zavarovanje krije pri zdravstvenih storitvah v celoti le preventivne storitve oziroma ukrepe, ki so predvideni v posebnem nacionalnem programu, nadalje storitve zdravljenja poškodb na delu in poklicnih boleznih, storitve, namenjene otrokom, šolarjem in mladini, storitve svetovanja pri načrtovanju rojstev in materinstva, nujno zdravljenje in zdravljenje na domu ter zdravljenje nekaterih bolezni in stanj kot so rak, diabetes in še nekatere druge. Pri vseh ostalih storitvah pa krije obvezno zavarovanje le določen odstotek njihove cene. Razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev plača zavarovanec ali sam neposredno zdravstveni službi ob uveljavljanju svojih zahtev, ali pa zanj ta doplačila krije zavarovalnica, kjer ima urejeno svoje prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila.

S takšno ureditvijo je bila podana možnost široke uveljavitve prostovoljnega zavarovanja. Uvedeno je bilo leta 1993. Poleg osnovne ponudbe prostovoljnih zavarovanj za doplačila zavarovalnice tržijo danes tudi druge vrste zavarovanj, na primer za nadstandardne storitve in zavarovanja za tveganja v tujini (Košir, Kramberger, Jelisavčič, 2001, str. 5).

Proces demokratičnega dogovarjanja med partnerji prinaša določene prednosti. Izvajalcem se zagotavlja stabilno financiranje programov in storitev v okviru omejenih finančnih možnosti, ki jih delodajalci in delojemalci zagotavljajo po načelih solidarnosti. Sistem zagotavlja neposredno povezavo med plačniki prispevkov in storitvami. Načelo solidarnosti se dosledno uveljavlja, kar ugodno vpliva na uveljavljanje socialne pravičnosti. Upravljanje tako delojemalcev kot delodajalcev (plačnikov prispevkov) prispeva k večji učinkovitosti izvajanja zdravstvenega zavarovanja.

Država sicer ohranja poglavitne makroekonomske vzode vplivanja na obvezno zavarovanje, vendar pa spremembe na makroekonomski ravni ne vplivajo v veliki meri na sredstva za zdravstvo. Le-ta so ločena, kar zagotavlja stabilnejše pogoje za financiranje izvajalcev.

Rezultat relativno avtonomnega položaja upravljanja sta večja uspešnost in učinkovitost pri gospodarjenju s sredstvi. Pokazalo se je, da se je takšen sistem, ob z zakonom določenih pristojnosti in odgovornosti države na temeljnih področjih (prispevna stopnja, obseg pravic, določanje programov obveznega zdravstvenega zavarovanja) sposoben hitreje, bolj kakovostno in učinkovito prilagajati hitrim spremembam v okolju in jih obvladovati.

Z vzpostavitvijo partnerskega sistema Slovenija poskuša obvladovati izdatke za zdravstveno varstvo v okviru možnih prihodkov in v sozvočju z narodnogospodarskimi cilji. Pomemben dosežek je povečevanje udeležbe zasebnih sredstev v celotnih sredstvih za zdravstvene storitve.

Problemi, s katerimi se sooča Slovenija, so povsem podobni problemom razvitih držav. Temeljni problem je omejevanje naraščanja stroškov v zdravstvu, dodaten pa so plače zdravstvenega osebja. Poleg tega pa v sistem financiranja niso vgrajene takšne stimulacije, ki bi vzpodbujale zdravnike k ustrezni stroškovni zavesti ob sočasni stroškovni oskrbi zavarovanca.

4. Primerjava izdatkov za zdravstveno varstvo

Zdravstveni sistemi v Evropi so različni. Vsi pa delujejo po podobnem principu. To je financiranje z javnimi sredstvi (obvezno zdravstveno zavarovanje, proračunska sredstva države in občin) in zasebnimi sredstvi (prostovoljno zdravstveno zavarovanje in neposredna plačila) (Korošec, 2003, str. 30). Mednarodna primerjava izdatkov za zdravstvo je otežena zaradi številnih metodoloških problemov. Gre za različne poglede in standardizirane definicije zdravstvenih izdatkov med državami kakor tudi za različne metode zbiranja podatkov. Problem

se pojavi tudi pri merjenju in poročanju podatkov o deležu BDP, ki ga države namenjajo javnim izdatkom. Razvitost družbe se ocenjuje po makroekonomskem kazalcu bruto domačega proizvoda na prebivalca. Prikazuje se lahko po tekočih cenah ali po kupni moči. V mednarodnih primerjavah je smiselna primerjava po izravnavi kupne moči (PPP). Izravnavna kupne moči upošteva kupno moč denarnih enot posameznih držav (to pomeni, da z dano vsoto denarja, preračunano v posamezne denarne enote glede na izravnavo kupne moči, kupimo enako košarico dobrin in storitev v vseh opazovanih državah) (Klemenčič Saražin, 2000, str. 230).

Izdatki za zdravstveno varstvo so izdatki za različne denarne in nedenarne pravice ter programe, ki posamezniku olajšajo breme socialnih tveganj. Zdravstveno varstvo je celovit sistem znotraj katerega so posamezniki zavarovani pred izgubo dohodka zaradi bolezni, rojstva in nege otroka, zaradi starosti, smrti hranitelja družine in brezposelnosti. Obseg teh izdatkov kaže prizadevanja države za blaginjo njenih prebivalcev.

Skupna značilnost večine sistemov zdravstvenega varstva so naraščajoči izdatki in omejenost virov financiranja. Praviloma izdatki naraščajo hitreje od bruto domačega proizvoda. Problem države poskušajo reševati z omejevanjem izdatkov, povečanjem virov financiranja ali kombinacijo obojega (Mossialos et al., 2002, str. 1).

Danes se vse države članice spopadajo s skupnimi izzivi, pa tudi s problemi iskanja sredstev za zdravstveno varstvo, ki mu vseskozi pripisujejo izjemen pomen. Na rast izdatkov za zdravstvo vplivajo podaljševanje povprečne življenjske dobe prebivalstva, ker starejše osebe ne potrebujejo le večjega obsega zdravstvene oz. medicinske oskrbe temveč tudi več socialnih in zdravstvenih storitev (Hoffemeyer, McCarthy, 1994, str. 82 – 84); nove metode zdravljenja, uvajanje novih zdravil in razvoj novih tehnologij tako pri opremi, kot tudi pri medicinski diagnostiki (Saltman, Figueras, 1997, str. 22 – 28) ter večja blaginja in boljši življenjski standard, saj so državljani bolje obveščeni in poučeni o preprečevanju bolezni. Zato so njihova pričakovanja večja in se tako pogosteje zatekajo k uporabi mednarodnih oz. naddržavnih storitev zdravstvenega varstva (Hoffemeyer, McCarthy, 1994, str. 84 – 88).

Države si prizadevajo ostati konkurenčne, zato morajo stalno ugotavljati, koliko javnih sredstev, zbranih z davki in prispevki, lahko namenijo za zdravstvo. Zanima jih, kako pridobiti čimveč privatnih sredstev in kako čim bolje razporediti obstoječa sredstva, da bodo lahko zagotovile kakovostne zdravstvene storitve za vso populacijo. Za primerjavo zdravstvenih sistemov se med finančnimi kazalci

najpogosteje uporabljata delež sredstev za zdravstvo v bruto domačem proizvodu in poraba sredstev za zdravstveno varstvo na prebivalca.

Tabela 3: Celotni izdatki za zdravstveno varstvo v % BDP in preračunani po PPP metodi

	v % BDP					Na prebivalca v PPP EU-25=100	
	2000	2001	2002	2003	2004	2002	2004
EU - 25	26,6	26,8	27,0	27,4	27,3	100	100
Avstrija	28,2	28,6	29,1	29,5	29,1	143	131
Danska	28,9	29,2	30,0	30,9	30,7	147	138
Francija	29,5	29,6	30,6	30,9	31,2	137	123
Grčija	25,7	26,7	26,6	26,3	26,0	85	79
Italija	24,7	24,9	26,1	26,4	26,1	113	102
Latvija	15,3	14,3	14,3	13,4	12,6	21	20
Litva	15,8	14,7	15,2	13,6	13,3	23	24
Nemčija	29,2	29,3	30,5	30,2	29,5	132	117
Nizozemska	26,4	26,5	28,5	28,1	28,5	134	126
Slovaška	19,3	18,9	19,2	18,4	17,2	39	33
Slovenija	24,9	25,3	25,4	24,8	24,3	78	72
Španija	19,7	19,5	20,2	19,7	20,0	77	73
Švedska	30,7	31,3	32,5	33,5	32,9	148	142
V. Britanija	27,1	27,5	27,6	26,7	26,3	126	115

Vir: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu.int>,
<http://epp.euro.who.int/hfad/>

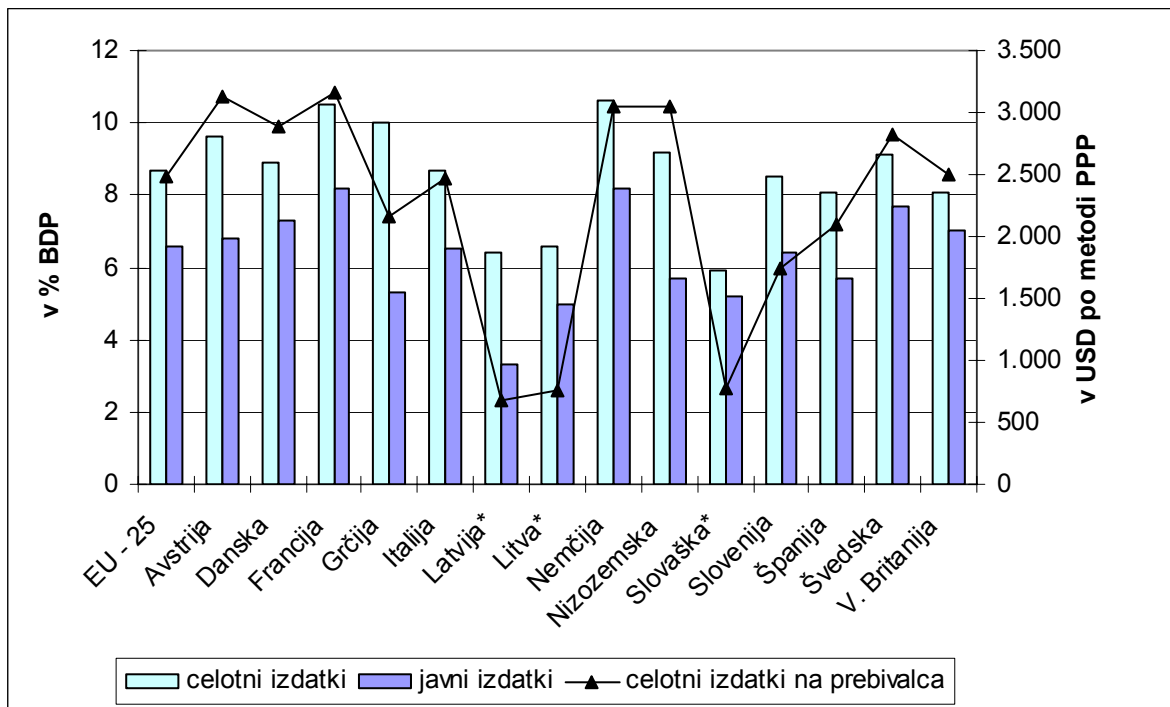
Države EU-25 so v letu 2004 za zdravstveno varstvo namenile v povprečju 27,3 % bruto domačega proizvoda. Za obdobje 2000 – 2004 je značilno, da so sredstva za te namene v večini držav EU-25 naraščale, z izjemo Latvije, Litve in Slovaške, kjer opazimo, da so se sredstva nekoliko zmanjšala. V letu 2004 je največji delež izdatkov od bruto domačega proizvoda za zdravstveno varstvo namenila Švedska (32,9 %), sledita ji Francija s 31,2 % v letu 2004 in Danska s 30,7 %. Najmanjši delež pa sta temu področju namenili Latvija s 12,6 % in Litva s 13,3 %. Slovenija je v letu 2004 za zdravstveno varstvo namenila 24,3 % bruto domačega proizvoda, kar je za 0,5 odstotne točke manj kot leto poprej.

4.1 Celotni izdatki in javni izdatki za zdravstvo

Odzivi držav na naraščanje izdatkov za zdravstvo so podobni. Države se nerade odločajo za omejevanje izdatkov s krčenjem obsega zdravstvenih pravic. Pravica

do zdravja je v družbi opredeljena kot pravica do najvišjega dosegljivega zdravstvenega varstva za vse ljudi, zato se zelo težko krči (Česen, 2003, str. 36).

Slika 1: Celotni in javni izdatki za zdravstvo v % BDP in celotni izdatki na prebivalca preračunano po PPP metodi za leto 2004



Vir: OECD Health Data 2006,
za Latvijo in Litvo je vir WHO The World Health Report, 2006,
za Slovenijo Statistični urad RS,

Opomba: * podatek za leto 2003

Države del stroškov prenašajo na posameznika ter s tem povečujejo vire financiranja zdravstvenega varstva. Tako se delež zasebnih sredstev neprestano povečuje. Čeprav so države Evropske unije vsaka zase razvile sisteme financiranja zdravstvenega varstva, so si načini financiranja zdravstvenih sistemov precej podobni. Financirajo se iz mešanih virov. Večina sredstev je pod posrednim ali neposrednim nadzorom države.

Iz slike je razvidno, da se Slovenija po deležu celotnih izdatkov in deležu javnih izdatkov za zdravstvo lahko primerja s povprečjem držav EU – smo malo pod povprečjem tako po deležu vseh sredstev kot tudi po deležu javnih sredstev za zdravstvo. Povprečje vseh izdatkov za zdravstveno varstvo v Evropski uniji leta 2004 znaša 8,7 %, povprečje javnih izdatkov za zdravstveno varstvo pa 6,6 %. Sredstva za zdravstveno varstvo v evropskih državah dosegajo okoli 9 % ustvarjenega bruto domačega proizvoda. Največji delež BDP za zdravstvo

namenjajo v Nemčiji, in sicer kar 10,6 %, najmanjšega pa na Slovaškem (5,9 %). Slovenija je po deležu BDP, namenjenega za zdravstvo, v dokaj dobrem položaju, nameni približno toliko kot Italija.

Delež javnih sredstev v celotnem deležu BDP, namenjenem za zdravstvo, nam pove tudi, kako socialna je država. Slovenija spada med socialne države, saj je kar 6,4 % BDP namenjenega iz javnih sredstev. Tako visoke in še višje deleže imajo le Avstrija, Danska, Francija, Nemčija in Švedska.

Povečanje sredstev za zdravstveno varstvo pride še bolj do izraza, če jih ocenjujemo po izdatkih na osebo, preračunanih v USD po metodi paritete kupne moči (Purchasing Power Parity - PPP). S to metodo se odpravijo razlike v ravni cen med državami. Slovenija je v letu 2004 porabila 1.746 USD na prebivalca, povprečje v EU pa je bilo 2.483 USD. Največ sredstev na osebo porabita Francija, in sicer 3.159 USD in Avstrija 3.124 USD. Državi namenita za zdravstvo na osebo skoraj 2-krat več kakor Slovenija. V Sloveniji se za zdravstveno varstvo nameni le okoli 1.746 USD, kar je precej manj kot v ostalih evropskih državah. Manj kot Slovenija so za zdravstveno varstvo namenile Latvija 678 USD, Litva 754 USD in Slovaška 777 USD.

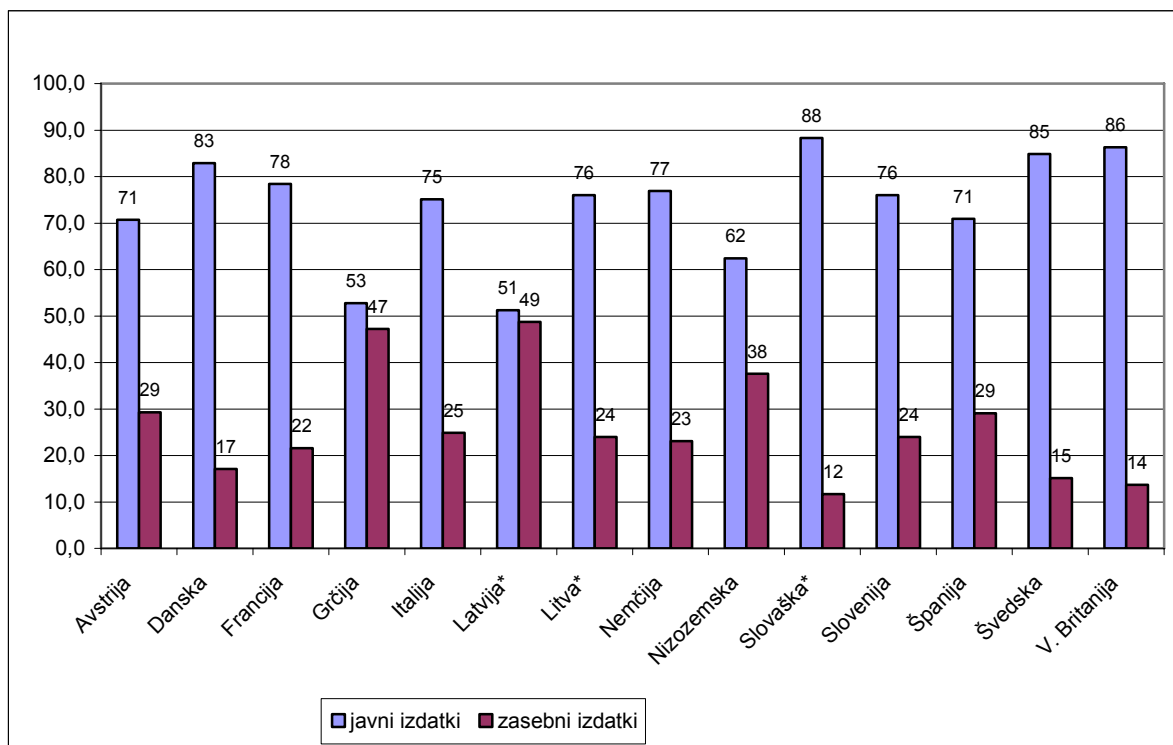
Kot je razvidno iz priloge 1 (glej Tab. 1, na str. I) se izdatki za zdravstveno varstvo nenehoma povečujejo. V nekaterih evropskih državah so se v obdobju 1997 do 2004 povečevali med 19 % v Veliki Britaniji, sledi ji Slovenija z 18 % in Nizozemska s 17%. Najmanj so se povečevali v Avstriji, Latviji in na Slovaškem (okoli 2 %).

Enega od vzrokov za takšno hitro rast izdatkov za zdravstvo lahko pripišemo dejstvu, da se delež starejšega prebivalstva (starih nad 65 let) vztrajno povečuje. To samo po sebi pomeni objektivno povečane potrebe in zahteve po zdravstvenih storitvah. V teh državah se povečujejo tudi zahteve po drugih socialnih programih.

4.2 Delež javnih in zasebnih izdatkov za zdravstvo

Iz spodnje slike je razvidno, da pretežni del sredstev za zdravstveno varstvo še vedno pokrivamo z javnimi sredstvi. Pomemben delež izdatkov pa predstavljajo tudi zasebna sredstva. Po deležu zasebnih izdatkov v vseh izdatkih za zdravstvo zavzema prvo mesto Latvija z 49 %, sledijo pa ji Grčija s 47 % in Nizozemska z 38 %. V povprečju države Evropske unije skupne izdatke za zdravstvo financirajo z zasebnimi viri v višini 25,6 %. V Sloveniji se 24 % skupnih izdatkov za zdravstvo financira z zasebnimi sredstvi. Manj kot 20 % prispevajo Danska, Slovaška, Švedska in Velika Britanija.

Slika 2: Delež javnih in zasebnih izdatkov za zdravstvo v izbranih državah v letu 2004



Vir: WHO, World Health Report 2006,
 Poslovno poročilo zavoda za leto 2006,
 Statistični letopis 2006

Opomba: * podatek je za leto 2003

Primerjava Slovenije s članicami EU nam je pokazala stopnjo razvitosti slovenskega zdravstva in vzroke zaostalosti slovenskega zdravstva z evropskim. Slovensko zdravstvo je v primerjavi z evropskim slabše razvito. Primerljivi kazalci kažejo, da zaostajamo ali se enačimo z najslabše razvitimi članicami EU. Zaostalost pa je posledica racionalizacije na področju zdravstva in namenjanja premajhnih sredstev za zdravstveno varstvo. Velik vpliv na slabe razmere imajo tudi demografski trendi, ki niso sorazmerni z gibanjem sredstev, namenjeni za zdravstvo.

5. Splošni kazalniki zdravstvenega stanja

Kazalniki zdravja in zdravstvenega varstva so pomembni za vrednotenje različnih plati zdravstvenega sistema. Na eni strani vključujejo vrednotenje zdravstvenega stanja ljudi in delovanja zdravstvene službe, na drugi strani pa imajo vlogo pri pripravi ustreznih odločitev zdravstvene politike.

Zdravstveno stanje prebivalstva lahko prikažemo z več kazalniki. Poleg pričakovanega trajanja življenja ob rojstvu za ženske in moške, splošne umrljivosti, umrljivosti dojenčkov in rodnosti, se za prikaz zdravstvenega stanja čedalje pogosteje uporabljata tudi kazalnika zdravstveno prilagojeno pričakovano trajanje življenja (HALE – Health Adjusted Life Expectancy) in prezgodaj izgubljena leta potencialnega življenja (YPLL – Years of Potencial Life Loss) (Toth, 2003, str. 41 – 42).

Vzporedno s prizadevanji po boljšem zdravju gredo tudi prizadevanja, da bi zdravje izmerili in objektivno primerjali skozi čas, med območji sveta ali državami oziroma med skupinami ljudi (Toth, 2003, str. 32). Da bi lahko to izmerili, rabimo določena merila. Z merili bi pokazali, kakšno je zdravje ljudi, kako blizu je idealnemu stanju in kako se spreminja. Zdravje ljudi je odvisno od več dejavnikov: 27 % je dedno določeno z genetskimi dejavniki, 19 % od družbenih razmer, 43 % od načina življenja in 11 % od kakovosti zdravstvenega varstva (Klemenčič, Saražin, 1999, str. 152).

Zdravstveno ali bolezensko stanje je mogoče opredeliti in oceniti na različne načine. Konec 19. stoletja je bila sprejeta Mednarodna klasifikacija bolezni. Z njo so poenotili pojme o posameznih boleznih in način njihovega evidentiranja. To klasifikacijo so kasneje še večkrat dopolnjevali in popravljali, tako da trenutno velja 10. verzija (World Health Organization, 1994). Klasifikacija omogoča medsebojno primerjavo podatkov o obolevnosti in umrljivosti ljudi ter s tem o njihovem zdravstvenem stanju po poenotenih merilih.

Socialna medicina je razvila posebne metode ugotavljanja in merjenja zdravstvenega stanja prebivalstva. Gre za pristope, s katerimi je mogoče z določenimi merljivimi kazalniki izreči, kakšno je zdravstveno stanje prebivalstva določenega območja. Kazalnike lahko primerjamo ter tako ugotavljamo spremembe, ki nastanejo v določenem časovnem obdobju in so posledica družbenih in ekonomskih sprememb ter zavestnega delovanja, s katerimi bi dosegli boljše zdravje.

Če za merjenje zdravja ljudi ni na voljo objektivnih meril, ga poskušamo izmeriti in izraziti z njegovim nasprotjem, to je z ugotovljenimi in razširjenimi boleznimi med prebivalstvom ter njihovimi posledicami. Govorimo o kazalnikih negativnega zdravja. Temeljijo na podatkih nacionalnih statističnih raziskovanj. Raziskovanja opravljajo posebne statistične službe, ki evidentirajo, zbirajo, analizirajo, hranijo, posredujejo in objavljajo določene predpisane podatke. Statistična raziskovanja spremljajo dogajanje med prebivalstvom, v naravnem okolju, v proizvodnji in

trgovini, v gibanju domačega bruto proizvoda in v delovanju vseh gospodarskih, negospodarskih in javnih služb. Ti podatki služijo za ugotavljanje razvoja raznih področij in za sprejemanje ukrepov, ki so potrebni za doseganje ciljev.

Za izračunavanje kazalnikov zdravstvenega stanja zbirajo naslednje vitalne statistične podatke: rojstva, poroke, razveze, smrti. Podatke zbirajo posebni za to pooblašteni državni upravni organi. Ti podatki so v razvitejših državah, ki imajo dobro organizirano statistično službo, praktično stoodstotno natančni. Zagotoviti želimo čimbolj kakovostno primerljive podatke. V to nas silijo predvsem demografske spremembe, potrebe, pričakovanja pacientov ter nove tehnike zdravljenja (Robida, 2006, str. 16).

Za izračunavanje kazalnikov zdravstvenega stanja so potrebni tudi podatki o prebivalstvu na območju, za katero jih želimo izračunavati. V gospodarsko razvitejših državah je najbolj znan način zbiranja podatkov o prebivalstvu popis prebivalstva, ki se opravlja občasno, po navadi vsakih 10 let. S popisom se pridobijo podatki o vseh značilnostih prebivalstva, kot je absolutno število prebivalstva, delež moških in žensk, starostna sestava prebivalstva, podatki o narodnosti, izobrazbeni strukturi, zaposlenosti, o velikosti gospodinjstev.

Statistični podatki o prebivalstvu in njihovih vitalno statističnih podatkih o smrtnosti so osnova za statistiko smrtnosti ter za izračunavanje kazalnikov negativnega zdravja. Med kazalniki negativnega zdravja so najbolj znani splošna umrljivost, umrljivost dojenčkov, povprečna pričakovana življenjska doba in stopnja smrtnosti zaradi določenih bolezni (Toth, 2003, str. 34). Splošna umrljivost, umrljivost dojenčkov in povprečna pričakovana življenjska doba so trije celoviti kazalniki zdravstvenega stanja, ki so tudi mednarodno priznani in uveljavljeni. Z njimi najpogosteje prikazujejo zdravstveno stanje po območjih, državah ali v določenih časovnih razmikih in ugotavljajo razlike.

5.1 Demografski dejavniki

Cilj vsake sodobne družbe je skrb za zdravje ljudi in zagotavljanje pogojev za čim višjo dosego tega cilja. Zdravstveno stanje ni odvisno samo od razvitosti omrežja zdravstvenih služb, ampak tudi od drugih ukrepov kot so varstvo okolja, varstvo pri delu, prepoved prodaje zdravju škodljivih proizvodov itd. Učinke ukrepov na teh področjih težko merimo neposredno. Za ugotavljanje zdravstvenega stanja in ravni zdravstvenega varstva se uporabljajo demografski podatki o pričakovanem trajanju življenja ob rojstvu, umrljivosti in rodnosti.

Tabela 4: Pregled nekaterih demografskih podatkov v Sloveniji in državah EU za leto 2005

Država	Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu (ženske)	Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu (moški)	Splošna umrljivost	Umrljivost dojenčkov	Rodnost
EU*	81,7	75,5	9,7	4,1	10,6
Avstrija	82,3	76,7	9,1	4,2	9,5
Danska	80,5	76,0	10,1	4,4	11,9
Francija	83,8	76,7	8,5	3,8	12,9
Grčija	81,6	76,8	9,5	3,8	9,7
Italija	82,8	77,1	10,0	1,7	9,5
Latvija	76,5	65,4	14,2	7,8	9,3
Litva	77,3	65,3	12,8	6,8	8,9
Nemčija	82,0	76,7	10,1	3,9	8,3
Nizozemska	81,7	77,3	8,4	4,9	11,5
Slovaška	78,1	70,2	9,9	7,2	10,1
Slovenija	81,3	74,1	9,4	4,1	9,1
Španija	83,7	77,0	8,9	4,1	10,7
Švedska	82,9	78,5	10,2	2,4	11,2
V. Britanija	81,1	77,1	9,7	5,1	12,0

Vir: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

http://www.stat.si/eng/pub_letopis_prva.asp

Opomba: * Podatek za leto 2004

Demografska gibanja predstavljajo neposreden izziv za dolgoročno finančno vzdržnost socialnih zavarovanj, vključno z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, saj manjšanje aktivne populacije znižuje dohodkovne možnosti, staranje prebivalstva pa krepi pritisk na rast zdravstvenih storitev in drugih izdatkov javnih socialnih sistemov. Vsaka država ima različne demografske dejavnike, ki pomembno vplivajo na količino sredstev za zdravstvo. Tabela 4 prikazuje osnovne demografske dejavnike, ki vplivajo na zdravstvo. Kot je razvidno, je Slovenija v izbranih demografskih dejavnikih zelo podobna državam Evropske unije.

V Sloveniji je pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v letu 2005 znašalo za ženske 81,3 let in 74,1 let za moške. Primerjava omenjenega kazalnika kaže, da Slovenija še vedno zaostaja za razvitimi državami. Primerjava z drugimi državami pokaže, da zaostajamo približno za 0,4 leta za povprečjem Evropske unije pri ženskah in 1,4 leta pri moških. Med državami Evropske unije glede pričakovane življenjske dobe moških najbolj izstopajo Latvija in Litva, saj tam moški živijo le 65 let, in Švedska, kjer moški živijo kar 3 leta dlje od povprečja Evropske unije.

Pričakovana življenjska doba je eden od kazalcev razvitosti neke družbe, kar Slovenijo uvršča na rep držav Evropske unije.

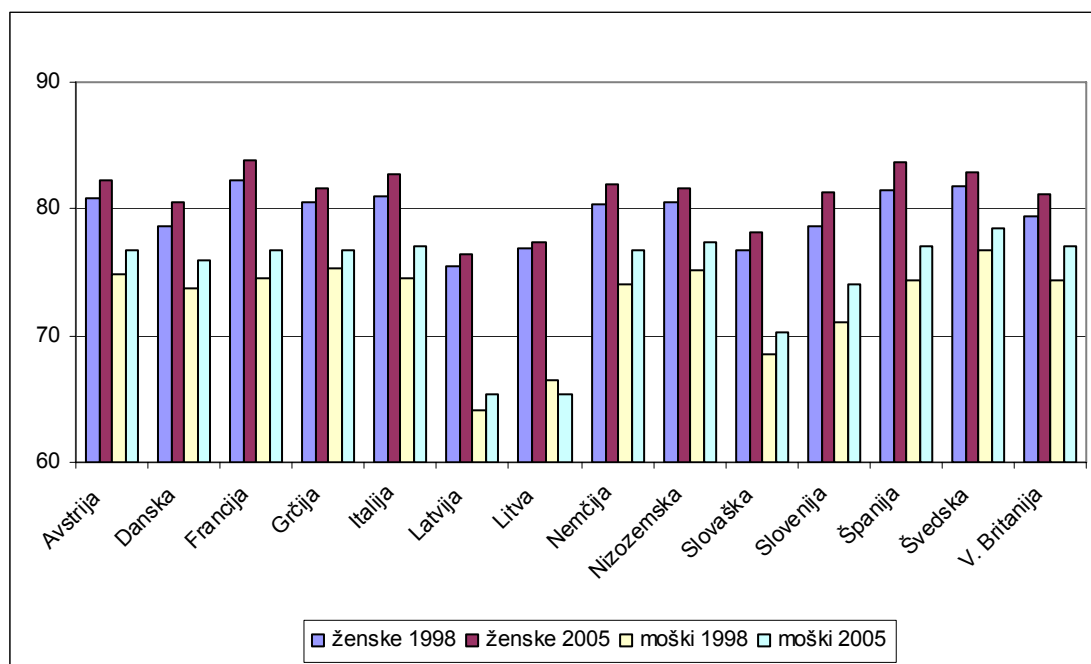
Najznačilnejša demografska pojava v Sloveniji sta še vedno negativni naravni prirastek in staranje prebivalstva. Negativni naravni prirastek je posledica manjšega števila rojstev in ne povečanja umrljivosti. V Sloveniji se je število živorojenih otrok med leti 1991 in 2003 (Statistični letopis RS 2007, str. 83) zmanjšalo z 21.583 na 17.321 (za 30 %). V letu 2002 pa je opazen že majhen porast števila živorojenih otrok. Do leta 2006 se je število živorojenih otrok povečalo na 18.932, povečanje za 9 %. Slovenija beleži eno najnižjih stopenj rodnosti v državah Evropske unije, nižjo od Slovenije imata le še Litva in Nemčija.

Nadaljevanje takšnega demografskega gibanja vodi do še intenzivnejšega staranja prebivalstva, kar bo imelo veliko negativnih posledic na področju zdravstvenega varstva in gospodarstva. Ugotovitve veljajo tako za Slovenijo kot članice Evropske unije. Staranje prebivalstva je izrazito povezano s spremembami v zdravstvenem stanju prebivalstva. Delež zavarovanih oseb v Sloveniji, starih do 18 let, ki je konec leta 2001 znašal 20,6 %, se je v letu 2006 zmanjšal na 18,6 %. Delež starejših od 65 let pa se je v petih letih povečal iz 14,9 % na 16,2 % (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2006, str. 17). S staranjem prebivalstva se vztrajno spreminjajo potrebe in zahteve po zdravstvenih storitvah. Zato bo v prihodnje potrebno programe zdravstvenih dejavnosti prilagoditi situaciji, ko bo obravnavi akutnih bolnikov bolj enakovredna tudi obravnava kroničnih bolezni in neakutnih stanj (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2006, str. 19). Slovenija na takšne spremembe še ni v celoti pripravljena. Povečana socialna skrb sama po sebi ne bo spremenila družbenega odnosa po staranju (Dimovski, 2007).

Nekateri splošni kazalci zdravstvenega stanja v Sloveniji sicer kažejo na dokaj dobro stanje, če jih primerjamo z državami Evropske unije. To velja predvsem za umrljivost dojenčkov. Ta predstavlja razmerje med številom umrlih dojenčkov na 1000 živorojenih v določenem obdobju. Najnižjo umrljivost beleži Švedska (2,4 umrlih dojenčkov na tisoč živorojenih). Na drugi strani pa se srečujemo z relativno visoko stopnjo splošne umrljivosti.

Demografska gibanja predstavljajo neposreden izziv za dolgoročno finančno vzdržnost socialnih zavarovanj, vključno z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, saj manjšanje aktivne populacije znižuje dohodkovne možnosti, staranje prebivalstva pa krepi pritisk na rast zdravstvenih storitev in drugih izdatkov javnih socialnih sistemov.

Slika 3: Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu za ženske in moške – primerjava med letoma 1998 in 2005



Vir: <http://epp.eurostat.cec.europa.eu/int/>

http://www.stat.si/letopis/index_vsebina.asp?poglavje=9&leto=2005&jezik=si

Slika 3 prikazuje primerjavo pričakovanega trajanja življenja ob rojstvu za moške in ženske za obdobje 1998 do 2005. Iz priloge 3 (glej Tab. 3, na str. III) je razvidno, da se je pričakovano trajanje življenja ob rojstvu najbolj povečalo pri ženskah v Sloveniji za 2,4 leta, v Španiji za 2,2 leta. Najmanj se je pričakovano trajanje življenja ob rojstvu povečalo v Litvi. Tudi pri moških je situacija podobna – življenjska doba se je najbolj povečala v Sloveniji za 3,1 leto, sledi ji Velika Britanija z 2,7 leta. Pri opazovanju teh podatkov pa ugotovimo eno posebnost, medtem ko se je v vseh evropskih državah življenjska doba podaljševala, pa se je le ta v Litvi skrajšala in to za 1,2 leti.

Primerjava Slovenije z drugimi državami EU nam pove, da po kazalnikih zdravstvenega varstva Slovenija ne zaostaja za evropskimi državami. Za Slovenijo je značilno, da je področje zdravstvenega varstva avtonomno in da se financira izključno s prispevki. Dodatni viri za zdravstvene programe se zbirajo s pomočjo prostovoljnih zavarovanj.

5.2 Zmožljivost zdravstvene službe

Zdravstvene zmožljivosti so eden ključnih pokazateljev razvojne stopnje zdravstva v določeni državi. Število zdravnikov, zobozdravnikov in farmacevtov na določeno

Število prebivalcev nam pokaže tudi stopnjo šolske in gospodarske razvitosti družbe.

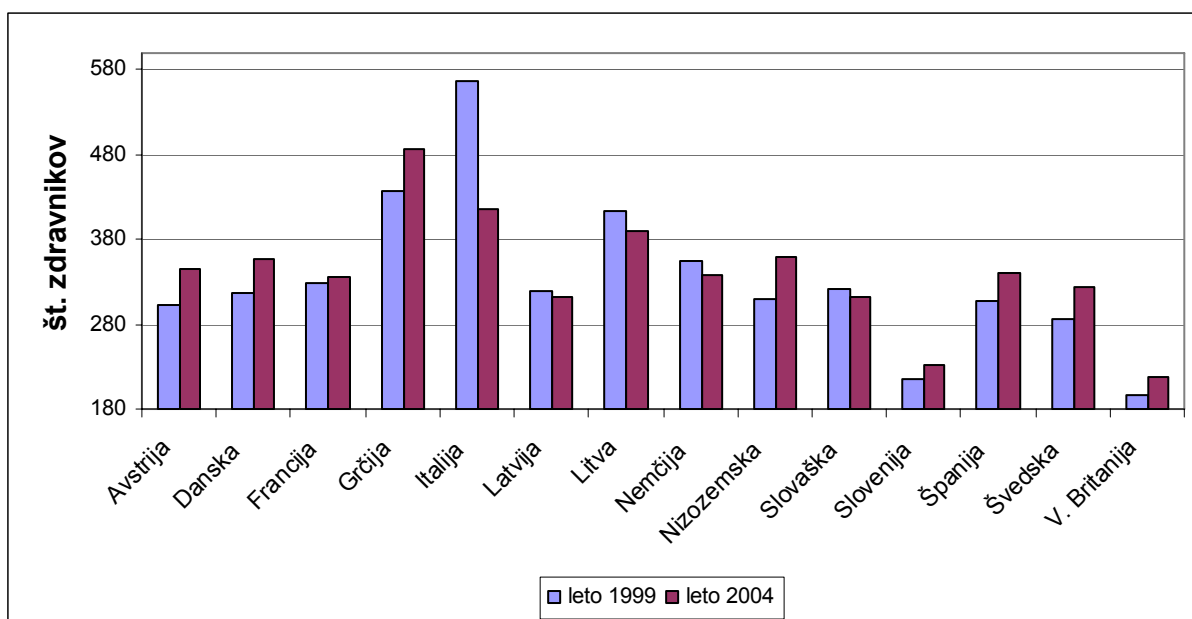
V Sloveniji v preteklih letih ni prišlo do večjih ali naglih sprememb na področju zdravstvenega kadra, prostorov in bolnišničnih postelj. Manjše spremembe zadnjih let so posledica obveznega prestrukturiranja določenih zmogljivosti na prednostne naloge, ki so zapisane v Strateškem razvoju slovenskega zdravstva.

Med posameznimi Evropskimi državami so izredno velike razlike v razpoložljivih zdravstvenih zmogljivostih. Za ocenjevanje zdravstvenih zmogljivosti in njihovo primerjavo uporabljamo predvsem kazalnik o številu zdravnikov na 100.000 prebivalcev in število postelj na 100.000 prebivalcev.

5.2.1 Kazalnik o številu zdravnikov

Število zdravnikov v Sloveniji se je v obdobju od 1990 do 2004 povečalo za približno 7,4 % (Priloga 4). To je seveda bistveno manj od rasti izdatkov za zdravstveno varstvo in bistveno manj od primerljivih držav v zahodni Evropi.

Slika 4: Primerjava števila zdravnikov na 100.000 prebivalcev v izbranih državah v obdobju 1999 in 2004



Vir: WHO - Health For All Database, 2006
Zdravstveni statistični portal, IVZ 2006

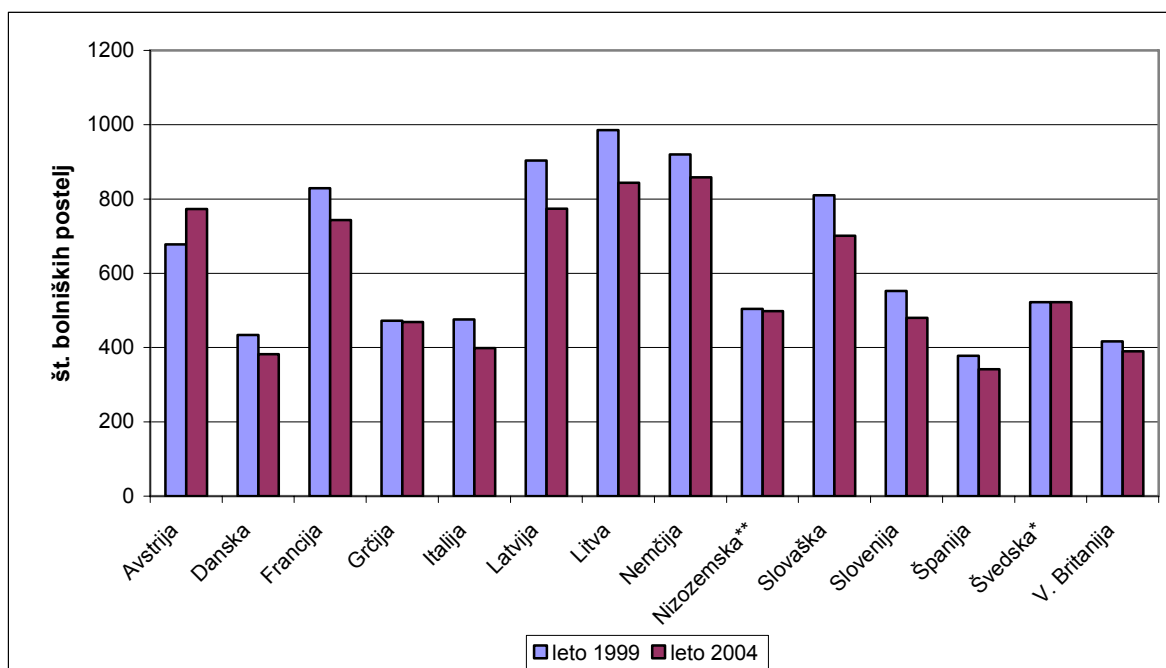
Število zdravnikov na prebivalca se v večini držav v zadnjih letih povečuje. Iz slike 4 je razvidno, da se je v obravnavanem obdobju v nekaterih državah zmanjšalo število zdravnikov in sicer največ v Italiji (26,7 %). Tudi v drugih vzhodno evropskih

državah (Latvija, Litva in Slovaška) opazimo zmanjšanje števila zdravnikov – eden od vzrokov je tudi odhod zdravnikov v tujino. V obdobju 1999 – 2004 se je v Sloveniji število zdravnikov povečalo v povprečju za 7,4 %. Povprečje v EU v letu 2004 je 305 zdravnikov na 100.000 prebivalcev. V Sloveniji pa je v istem letu bilo le 214 zdravnikov na 100.000 prebivalcev. S takim številom zdravnikov Slovenija ostaja na repu držav članic EU. Manj zdravnikov kot Slovenija ima le še Velika Britanija.

5.2.2 Število bolnišničnih postelj

Podatki o številu postelj v državah Evropske unije kažejo, da se število bolniških postelj počasi, a vztrajno zmanjšuje. Zmanjšanje gre predvsem na račun postelj za akutne primere, hkrati pa narašča število sprejemov v bolnišnice, vendar se povprečna doba bolnikovega bivanja v bolnišnicah skrajšuje. Slika 5 nam prikazuje trend zmanjševanja bolniških postelj v Evropi.

Slika 5: Število bolniških postelj na 100.000 prebivalcev v letih 1999 in 2004 v državah EU



Vir: WHO - Health For All Database, 2006
Zdravstveni statistični portal, IVZ 2006

Opomba: * - zadnji podatek za leto 1997

** - zadnji podatek za leto 2003

V Sloveniji je število postelj na 100.000 prebivalcev manjše kot v državah članicah Evropske unije. Ta podatek ne izkazuje naše nerazvitosti glede na ostale, temveč posledice dolgoletnih prizadevanj po racionalizaciji na področju zdravstvenega

varstva (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2003, str. 21). ZZZS letno zakupi oz. sklone pogodbo za približno 85 % vseh postelj v bolnicah, v ta podatek niso vštete postelje socialnih zavodov (npr. dom starejših občanov). Poleg teh postelj pa se Zavod dogovarja tudi z zdravilišči za programe rehabilitacije ter tako dodatno zagotavlja še okoli 800 postelj letno.

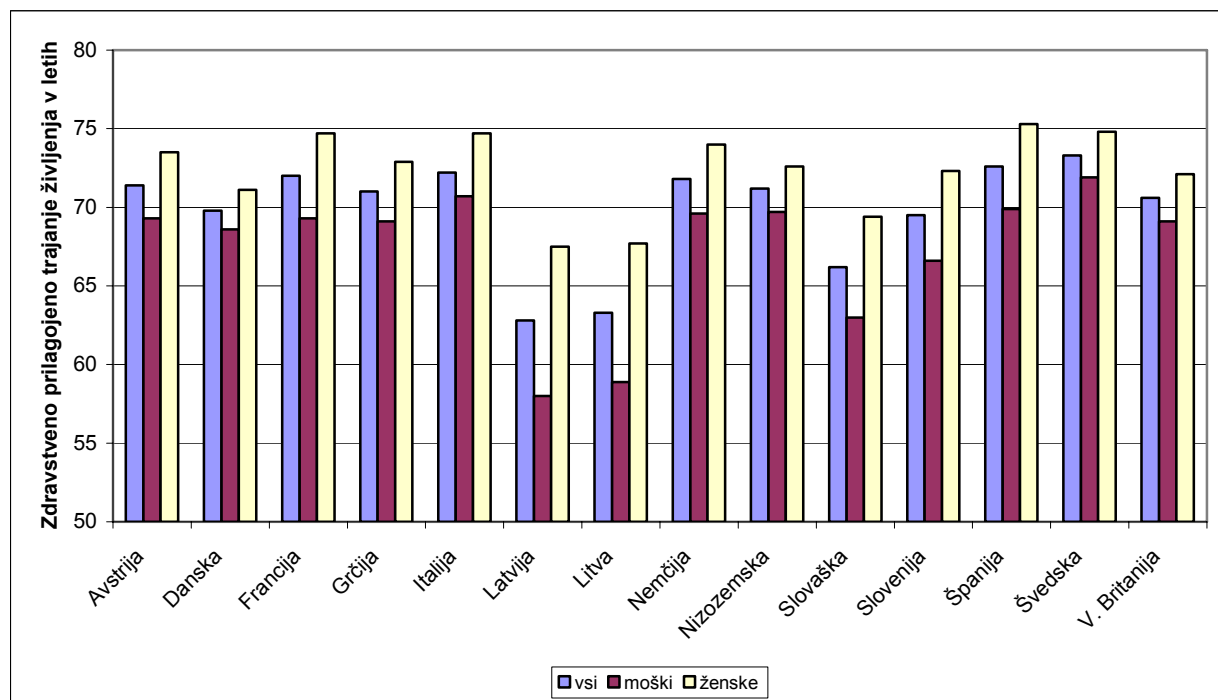
Število bolniških postelj je v Latviji, Litvi pa tudi na Slovaškem višje kot je v državah Zahodne Evrope, vendar se tudi tu zmanjšuje. Izjema je le Avstrija, ki je v obravnavanem obdobju povečala število postelj na 100.000 prebivalcev za 14 %. Povprečje v EU v letu 2004 je 585 bolniških postelj na 100.000 prebivalcev (WHO - Health For All Database, 2006). Slovenija pa je v istem letu imela le 479 postelj na 100.000 prebivalcev. Trend zmanjševanja števila bolniških postelj je sicer že vrsto let povezan s skrajševanjem povprečne ležalne dobe v bolnišnicah in vse bolj tudi z uveljavljanjem dnevne bolnišnice. Nekatere države so se resno začele ukvarjati s problemom števila bolniških dni. Tako so na primer Danska, Španija, Švedska in Velika Britanija uvedle nego ter bolniške sheme na domu.

5.3 Novejše metode merjenja zdravstvenega stanja

Proučevanje zdravstvenega stanja po svetu se je začelo bolj uveljavljati proti koncu 20. stoletja. To je pokazalo, da so negativni kazalniki zdravstvenega stanja, zlasti tisti, ki temeljijo na smrtnosti, premalo, da bi z njimi lahko objektivno ocenili zdravje. Z njimi je moč izraziti najbolj tragične posledice bolezni, težje pa je oceniti, koliko so bile razne načrtne dejavnosti države ali zdravstvene službe uspešne v poskusih, s katerimi bi zmanjšali razširjenost in posledice bolezni, ki se ne končajo s smrtjo, temveč z določeno neugodnostjo za osebo.

Proučevanje posledic prizadetosti zaradi bolezni je privedlo še do ene metode merjenja zdravstvenega stanja. Gre za metodo pričakovanja trajanja zdravega življenja (DALE – Disability Adjusted Life Expectancy), ki jo je Svetovna zdravstvena organizacija prvič uporabila leta 1999 (<http://www.who.int>). V zadnjem času uporabljajo namesto metode DALE metodo HALE (Health Adjusted life expectancy). Od tradicionalnega kazalnika pričakovano trajanje življenja ob rojstvu se razlikuje po tem, da upošteva le tisti del življenja, ko smo zdravi (The European Health Report 2002, 2003). Pri tej metodi se od povprečne pričakovane življenjske dobe odštevajo leta, ki jih ljudje izgubijo zaradi obremenitev in posledic bolezni.

Slika 6: Zdravstveno pričakovano trajanja življenja za Slovenijo in nekatere evropske države za leto 2002



Vir: WHO, The World Health Report 2003.

Iz slike 6 je razvidno, da je najdaljše pričakovano trajanje življenja na Švedskem in sicer 73,3 let, najnižje pa v Latviji – komaj 62,8 let. Po podatkih Svetovnega zdravstvenega poročila je HALE znašal v povprečju okoli 70 let (za moške okoli 68 let in za ženske okoli 72 let). Po tem kazalniku Slovenija zaostaja za ostalimi zahodnoevropskimi državami. Po podatkih se lahko primerja z Dansko.

Ena izmed metod merjenja zdravstvenega stanja je PYLL (Potencial Years Life Lost) ali potencialno izgubljena življenjska leta (OECD Health Data, 1999; Bagari 2000, str. 91 – 94 in 150 – 152). Metoda temelji na ugotavljanju števila izgubljenih let zaradi prezgodnje smrti ljudi v primerjavi z neko vnaprej določeno starostno mejo. Izračunava se ločeno za ženske in moške. Primerjava indeksa PYLL v določenih časovnih obdobjih kaže na spremembe v zdravstvenem stanju prebivalstva. To metodo uporabljamo za ugotavljanje prispevka različnih vzrokov smrti k prezgodnji umrljivosti – to je vsaka smrt pred starostjo 65 let. Z njim prikazujemo tudi socialno in ekonomsko breme prezgodnje smrti za družbo. Starost ob smrti je pomembna, ker družba od vsake generacije pričakuje ne le lastno reprodukcijo, ampak tudi materialni prispevek in druge vrednote tej in prihodnjim generacijam (Zdravstvena reforma, 2003, str. 285).

Mnogo večjo vrednost nam da indeks PYLL, če ga proučujemo po posameznih bolezenskih vzrokih. Z njim ponazarjamo, koliko let bi ljudje sicer še lahko živeli, če

ne bi prišlo do prezgodnje smrti zaradi bolezenskih razlogov in če bi izvajali ukrepe, ki so sestavni del posameznih programov za njihovo obvladovanje.

Ta indeks pomeni odraz življenjskih razmer, s tem povezanih prizadevanjih po boljšem zdravju. V bistvu ta indikator še najbolj izraža preplet raznih geografskih, družbenih, zdravstveno-varstvenih, ekonomskih in drugih dejavnikov na zdravje.

Posledica teh je znižanje indeksa PYLL pri boleznih srca in ožilja, do katerega je prišlo v skoraj vseh državah Evrope, izjema je le Madžarska. Znižanje indeksa v tej bolezenski skupini je doseglo v dobrih 30 letih v nekaterih državah tudi 50 in več odstotkov (Avstrija, Španija, Velika Britanija, itd.). Znižanje indeksa izgubljenih življenjskih let pri rakastih boleznih je precej manjše kot pri boleznih srca in ožilja. V Sloveniji so najpogostejši vzrok smrti prav bolezn srca in ožilja. Skupaj z rakom sta v letu 2001 predstavljala vzrok kar 65 % vseh smrti v Sloveniji (Zdravstveni statistični letopis 2002). Pri indeksu PYLL se zaradi poškodb in nasilnih smrti indeksi posameznih držav še najbolj razlikujejo.

Kazalniki zdravstvenega stanja sami po sebi ne povedo veliko. Pomembni postanejo šele, ko jih med sabo primerjamo v določenem časovnem obdobju. Na podlagi primerjave pa lahko odkrivamo dejavnike, ki pogojujejo zdravstveno stanje in tako pomagajo oblikovati ukrepe za izboljšanje razmer.

Spremljanje in proučevanje kazalnikov zdravstvenega stanja je zelo poučno. Glede na to, da je Evropa po svojem zdravstvenem stanju »najboljša« na svetu, se je iz dosežkov njenih držav mogoče naučiti oziroma ugotoviti, kakšni ukrepi so potrebni, da bi dosegali boljše zdravstveno stanje. Prav Evropa je v zadnjih desetletjih dosegla največje uspehe pri izboljšanju zdravstvenega stanja. Vendar je to zdravje v Evropi neenakomerno razporejeno. Že v prejšnjem stoletju je obstajala precejšnja razlika med zahodnimi, severnimi in nekaterimi južnoevropskimi državami na eni strani ter med vzhodnimi in nekaterimi srednjeevropskimi državami na drugi strani. Zdravstveno stanje se v državah Evropske unije in v drugih razvitejših državah hitro izboljšuje, kar se kaže v zniževanju smrtnosti dojenčkov, splošni smrtnosti in podaljševanju povprečne pričakovane življenjske dobe. V ostalih državah srednje in vzhodne Evrope spremembe zdravstvenega stanja niso tako pozitivne. Gre za države, ki so bile nekoč del Sovjetske zveze. V nekaterih med njimi (World Health Organization 1994, str. 7 – 23) se je zdravje nekaj časa celo slabšalo. Tako se pričakovana življenjska doba v nekaterih državah ne podaljšuje, ampak se celo znižuje, tudi smrtnost dojenčkov je še vedno zelo visoka.

Zdravstveno stanje prebivalcev Evrope bi bilo lahko boljše, če bi bili napori za njegovo izboljšanje v razvojnih načrtih opredeljeni kot prednostne naloge in cilji

celotne družbe posameznih držav. Nadaljnje izboljšanje zdravja bo predvsem odvisno od pripravljenosti posameznih držav, da te cilje postavijo v ospredje svojega razvoja. Takšna zahteva ni nova, saj je v bistvu le logična posledica definiranja zdravja in dejavnikov, ki vplivajo nanj. Uresničitev takšnega pristopa je povezana s političnimi odločitvami, pri čemer je še posebej poudarjena odgovornost vladajočih strank za zdravstveno stanje, na katerega vplivajo s svojimi ukrepi pri trenutno živečem prebivalstvu, v nekaterih primerih pa tudi na prihodnje generacije (Toth, 2003, str. 66).

6. Zaključek

Cilj zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja je zaščita in ohranitev zdravja, ki je človekova največja dobrina. Zdravje postaja v svetu več kot le dobro počutje posameznika. Ljudje so vse bolj osveščeni o možnostih, kako biti in ostati zdrav, hkrati pa tudi o svojih pravicah do najboljšega dosegljivega zdravja. Sistem zdravstvenega varstva je eden najpomembnejših delov celovite socialne varnosti prebivalstva. Rečemo lahko, da je zdravstveno varstvo kompleksen družbeni sistem, ki je vpleten v socialni, ekonomski in politični sistem posamezne države. Sistem zdravstvenega varstva predstavlja enega ključnih stebrov socialne države in odraža zrelost države.

V svetu obstaja vrsta različnih sistemov zdravstvenega varstva, ki odgovarjajo njihovim kulturnim, zgodovinskim in demografskim značilnostim. Sistemi so si različni glede različnih rešitev na področju dejavnosti, kakor glede razpoložljivih zmogljivosti in možnosti vlaganj v to področje. Razlike se kažejo med zahtevami in potrebami prebivalstva po javnih dobrinah in možnostmi njihovega zadovoljevanja. Vsi zdravstveni sistemi se srečujejo z novimi izzivi, ki so povezani tako s staranjem prebivalstva kot tudi z vedno bolj zahtevnimi bolniki.

Pri primerjavi posameznih sistemov (tudi zaradi različnih okoljih, v katerih delujejo) nisem ugotavljala, kateri sistem je dober ali najboljši, ampak sem poskušala prikazati ureditve in razmere na posameznih področjih. Pri primerjavi med posameznimi državami sem ugotovila, da je gospodarska moč države najpomembnejši dejavnik za doseganje in ohranjanje zdravja. Bogatejše države so pripravljene vlagati več v razvoj in organizacijo.

Zdravstvena politika v nobeni družbi ni samostojna, temveč je vključena v družbeno življenje. Zaradi tega zahteve medicinske stroke po potrebnih sredstvih žal nikoli in nikjer niso v celoti upoštevane. To pa tudi zato, ker je stopnja ugotovljenega zdravstvenega varstva odvisna ne le od strokovnih možnosti

medicine, temveč tudi od sredstev, ki jih v določeni družbi namenjajo temu varstvu.

Razvoj medicinske znanosti in medicinske opreme, večja osveščenost ljudi in staranje prebivalstva so privedli do skokovitega naraščanja stroškov za zdravstveno varstvo.

Razprave o tem, ali se za zdravstveno varstvo porabi preveč, premalo, ali prav toliko sredstev kot je potrebno, so nenehno aktualne v sodobnih družbah. Zaradi omejenih sredstev v vseh družbah medicinska stroka ne more pričakovati, da bo njena strokovna argumentacija zahtevanega deleža v celoti sprejeta v parlamentu. Količina sredstev, ki se za izvajanje zdravstvenega varstva v posameznih državah namenja v okviru proračunskih sredstev, je rezultat bolj ali manj uravnoveženega političnega in strokovnega kompromisa.

Zdravstvene politike iščejo načine, kako bi zaustavile naraščanje javnih izdatkov za zdravstvo ter hkrati obdržale ali celo izboljšale raven zdravstvenega varstva. To naj bi rešili z dvigovanjem kakovosti in obvladovanjem stroškov. Tendence v svetu in pri nas je povečati delež zasebnih sredstev zavarovancev in tako prevzeti finančno breme javnih financ. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja predstavljajo posebno vrsto zavarovanj. Vključuje se v sistem socialne in zdravstvene varnosti države in jo v znatni meri tudi dopolnjuje.

Pri financiranju zdravstvenega varstva v svetu obstaja tendenca naraščanja stroškov za zdravstveno varstvo, ki pa so povezani predvsem s staranjem populacije, uvedbo novosti in z vse večjimi zahtevami ljudi po kakovostnih zdravstvenih storitvah.

Zdravstveni sistemi, ki so se razvili v preteklosti, se morajo hitro razvijati naprej, da lahko sledijo potrebam sodobne družbe. Reforme so zelo obsežen in zapleten proces, pri katerem je celovite zaključke o uspešnosti reforme nemogoče izpeljati v celoti. Pri uvajanju reform je potrebno pozornost usmeriti predvsem na večjo finančno odgovornost posameznikov, povečati konkurenčnost med izvajalci kakor tudi med zavarovalnicami. Zaradi pomanjkanja finančnih sredstev se je razvil sekundarni trg, kjer mora pacient pogosto plačevati iz lastnega žepa. Pri reformah Evropska unija predlaga tri dolgoročne cilje: – **dostopnost** – saj je dostopnost do zdravstvenega varstva državljanska pravica; **kakovost** – tako zdravstvenih storitev, stroškov zdravljenj in zdravljenja ter **finančna vzdržnost** – ker je za zagotavljanje kakovostnega zdravja potrebna določena stopnja financiranja (Zdravje-EU, 2008).

Za uspešno delovanje zdravstvene politike pa so pomembne tudi primerljive informacije o zdravju in zdravstvenih sistemih v Evropi in svetu. Sem štejemo razne kazalnike o zdravstvenem stanju, ustrezne statistične analize in izmenjave podatkov na področju javnega zdravja. Z njimi poskušajo zagotoviti primerljive podatke o zdravju prebivalstva.

Sistemi zdravstvenega varstva in njihove značilnosti vplivajo na zdravstveno stanje državljanov. Primerjava med državami pokaže, da Slovenija zaostaja za zdravstvenim stanjem držav EU glede pričakovanega trajanja življenja ob rojstvu kot tudi glede zdravstveno prilagojenega pričakovanega trajanja življenja.

7. LITERATURA IN VIRI

7.1 Literatura

1. Bagari Nevenka: Potencialno izgubljena leta življenja. Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu. Ljubljana, 16 (2000), 6, str. 91 – 94 in 150 – 152.
2. Bagatt R., Health and health care in Britain. London – New York, 1994. str. 214.
3. Bručan Andrej: Ureditev razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem sektorju. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 74 (2005), 7/8, str. 456 – 460.
4. Cvetko Aleksej: Zdravstveno zavarovanje po novem. Ljubljana: Enotnost, 1992. 102 str.
5. Česen Marjan: Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1998. 90 str.
6. Česen Marjan: Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje, 2003. 254 str.
7. Česen Marjan: Reforma zdravstva v Sloveniji. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2006. 63 str.
8. Čufar Andreja: Financiranje vzdržnega zdravstvenega varstva v Evropi: Novi pristopi za boljše izide. Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu. Ljubljana, 23(2007), 1, str. 35 – 36.
9. Dimovski Vlado: Redefinicija koncepta staranja in management starostnikov, [URL:http://www.kapitalska-druzba.si/_files/512/KAD_zbornik2007_vlado_dimovski.pdf], 31.1.2008.
10. Glenngård Anna H. et al.: Helth System in Transition: Sweden. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005. 127 str.
11. Hoffmeyer Karl, McCarthy Ronald: Financing Health Care. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1994. 212 str.
12. Hofmarcher M. Maria, Rack M. Herta: Health System in Transition: Austria Helth System Review. European Observatory on Health System and Policies, 2006. 247 str.
13. Hugh Walters et al.: Health Care Modernization in Central and Eastern Europe: Latvia. Washington DC, John Hopkins University and the Center for Strategic and International Studies. 2006. str. 138 – 151.
14. Jakubowski Elke: Health care System in the EU a Comarative Study. Luxemburg: European parliament, 1998. 141 str.

15. Jarc Suzana: Zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji, Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu. Ljubljana, 12 (1996), 1996, st. 32 – 35.
16. Keber Dušan et al.: Zdravstvena reforma. Ljubljana, Ministrstvo za zdravje, 2003. str. 348.
17. Klemenčič Saražin Ksenija: Tranzicija in spremembe v sistemih zdravstvenega varstva v državah Srednje Evrope. Bilten Ekonomika, Organizacija, Informatika v zdravstvu. Ljubljana, 15,170 (1999), 6, str. 150 – 152.
18. Klemenčič Saražin Ksenija: Kje smo - analiza izbranih kazalcev, povezanih z zdravstvenim varstvom v Sloveniji in nekaterih drugih državah v letih 1995 - 1999. Bilten Ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu, Ljubljana, 16 (2000), 10, str. 230 – 235.
19. Klun Barbara: Mednarodna primerjava zdravstvenega varstva in zavarovanja za dolgotrajno nego. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2000. 112 str.
20. Korošec Romana: Izzivi obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2003. 88 str.
21. Košir Franc et al.: Avstrijski sistem socialnega (zdravstvenega) zavarovanja – poročilo o obisku delegacije v Avstriji. Občasnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Ljubljana, 3 (1995), 4, str. 1 – 7.
22. Košir Franc, Kramberger Boris, Jelisavčič Sladjana: Evropska unija in sistemi zdravstvenega varstva – posledice evropskih integracijskih procesov na financiranje in izvajanje sistema zdravstvenega varstva v primeru Slovenije. European Commission, The future development of the health care sector, Berlin, 2001. 9 str.
23. Kramberger Boris: 110 let zdravstvenega varstva med Slovenci. Občasnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ljubljana, 3 / 1999. str. 1 – 16.
24. Kresal France: Zgodovina socialne in gospodarske politike v Sloveniji od liberalizma do druge svetovne vojne. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1998. 333 str.
25. Letica Slaven: Pravičnost, etika in ekonomika v zdravstvu. Metode ekonomskega vrednotenja zdravstva in njegova uporaba doma in v svetu. Zbornik 10. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu, 2003. str. 21 – 29.
26. Letica Slaven: Zdravstvena politika u doba kriza. Zagreb: Naprijed, 1989. 326 str.
27. Lipičnik Bogdan: Človeški viri in ravnanje z njimi, In management. Radovljica: Didakta, 1994. str. 44 – 87.

28. Marušič Dorjan: Zdravje v Evropski uniji – danes in jutri. Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu. Ljubljana, 23(2007), 3, str. 67.
29. Mencej Meta, Košir Tone: Zdravstveni zakoni po novem. Zakoni s pojasnili in komentarjem. Ljubljana, Center marketing, 1992. 284 str.
30. Mossialos Elias et. al.: Funding health care: options for Europe. Buckingham: Open University Press, 2002. str.1 – 30.
31. Pučko Danijel: Strateško upravljanje, Ljubljana, Ekonomska fakulteta, 2003. 390 str.
32. Robida Andrej et al.: Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2006. 70 str.
33. Robida Andrej et al.: Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice, Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2006. 65 str.
34. Roemer Milton Irwin: National Health System of the World. Oxford: Oxford University Press, 1993. 356 str.
35. Saltman B. Richard, Figueras Josep: European Health Care Reform. Copenhagen, 1997. 277 str.
36. Schneider Markus et.al.: Gesundheitssysteme Mittel - und Osteuropas. Augsburg: Basys, 2000. 372 str.
37. Stepan Adolf et al.: Sistemi financiranja v zdravstvu, mednarodna primerjava. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1999. 170 str.
38. Svenšek Rosvita: Analitična primerjava sistemov zdravstvenega varstva v Evropi. Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu. Ljubljana, 12(1996), 1, str. 41 – 50.
39. Svenšek Rosvita, Cerjak Zdenka, Jelačin Damjana: Financiranje zdravstvenega zavarovanja v Avstriji – Poročilo z obiska v Avstriji. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ljubljana, 1995. 13 str.
40. Svenšek Rosvita, Wahl Jana: Sistemi financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev. Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu. Ljubljana, 23(2007), 1. str. 5 – 20.
41. Toth Martin: Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003. 524 str.
42. Toth Martin: Zdravstvena in socialna varnost in njuna ureditev v drugih državah. Bilten Ekonomika, Organizacija, Informatika v zdravstvu. Ljubljana, 18(2002), 3 - 4, str. 102 – 109.
43. Valant Milan: Zgodovina socialnega zavarovanja v Sloveniji do leta 1945. Ljubljana, 1978. 56 str.
44. World Health Organization: Health Dimensions of Economic Reform. Geneva, 1994. str. 7 - 23.
45. Zdravstvena reforma. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2003. 348 str.
46. Zupanc Irena et al.: SPP skupine primerljivih primerov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2008, 136 str.

47. Žagar Irena: Zdravstveno zavarovanje – novost, o katerih je dobro vedeti čim več. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1992. 64 str.
48. Žužek Ivan: Zdravstveno varstvo delavcev v luči novega zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ljubljana: Podjetje in delo št.2, 1992. str. 125-133.

7.2 Viri

1. EUROSTAT.
[URL:<http://epp.eurostat.cec.europa.eu.int>], 15. 1. 2008.
2. Government Offices of Sweden: Care of the elderly in Sweden, 2007.
[URL:<http://www.regeringen.se/content/1/c6/08/76/47/9919323e.pdf>], 20. 9. 2007.
3. Government Offices of Sweden: Public health, 2006.
[URL:<http://www.sweden.gov.se/sb/d/2900>], 20. 9. 2007.
4. Government Offices of Sweden: Swedish health care, 2007.
[URL:http://www.sweden.gov.se/templates/cs/FactSheet_15865.aspx], 20. 9. 2007.
5. Government Offices of Sweden: Health and medical care in Sweden , 2007.
[URL:<http://www.sweden.gov.se/1/c6/08/60/40/982480d.d.pdf>], 20. 9. 2007.
6. Health Care in Europe, 2001.
[URL:<http://stats.oecd.org/wbos/ViewHTML.aspx?HideTopMenu=yes&OpenMetadata=on>]. 16. 11. 2007.
7. OECD Health Data 2003.
[URL:<http://www.oecd.org/dataoecd/1/31/2957323.xls>], 10. 10. 2007.
8. OECD Health Data 2006.
[URL:http://www.oecd.org/dokument/16/0,3343,en_2825_495642_2085200_1_1_1_1,00.html], 10. 10. 2007.
9. OECD Health Statistics.
[URL:http://www.oecd.org/topicstatsportal/0,3398,en_2825_495642_1_1_1_1_1_1,00.html], 10. 10. 2007.
10. OECD Statistics Portal.
[URL:http://www.oecd.org/statsportal/0,3352,en_2825_293564_1_1_1_1_1_1,00.html], 10. 10. 2007.
11. Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost leto 2007, Občasnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 15 (2007), 1, str. 11 – 29.
12. Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 1996. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1997, 78 str.

13. Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2003. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2004, 102 str.
14. Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2006. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2007, 128 str.
15. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 90/98, 6/99, 61/00, 64/00, 91/00, 59/02, 18/03, 30/03, 35/03, 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06, 64/07).
16. Statistični letopis RS 2006.
[URL:<http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=834>], 15. 1. 2008.
17. Statistični urad RS.
[URL:http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=641], 25. 2. 2008.
18. The European Health report 2005.
[URL:http://www.who.int/helthtropicals/HT2ndLv1Page?HTCode=helth_status], 3. 8. 007.
19. The World Health Report 2006.
[URL:<http://www.who.int/wrh/2006/annex/en/index.html>], 14. 3. 2008.
20. WHO - Health For All Database, 2006.
[URL:<http://data.euro.who.int/hfadb>], 15. 11. 2007.
21. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 6/99, 99/01,60/02, 126/03, 76/05, 38/06, 114/06, 91/07).
22. Zdravje-EU, Dolgoročno zdravstveno varstvo.
[URL:http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/index_sl.htm], 4. 1. 2008.
23. Zdravstveni statistični portal, IVZ, 2006.
[URL:<http://www.ivz.si/index.php?akcija=podkategorija&p=56>], 15. 11. 2007.
24. Zdravstveno varstvo na Švedskem, Švedsko zdravstveno združenje (Swedish Medical Association).
[URL:<http://www.slf.se/templates/ArticleSLF.aspx?id=2033>], 20. 9. 2007.
25. Zdravstvo v Sloveniji v letu 2005.
[URL:http://www.stat.si/letopis/index_vsebina.asp?poglavje=9&leto=2005&jezik=si] 10. 7. 2007.

8. SLOVAR TUJIH IZRAZOV

health care = zdravstveno varstvo

preventive health services = preventivne zdravstvene storitve

health indicators = kazalci zdravja, kazalci o zdravju

contribution revenues = prihodki iz prispevkov

contribution rates = stopnje prispevkov

cost containment = obvladovanje stroškov

private supplementary insurance = zasebno dopolnilno zdravstveno zavarovanje

mandatory insurance contributions = prispevki obveznega zdravstvenega zavarovanja

budgeted funding = financiranje iz proračunskih sredstev

private insurance = zasebno zavarovanje

social health insurance funds = skladi socialnega zdravstvenega zavarovanja

acute inpatient care = akutna bolnišnična oskrba

long-term care institutions = ustanove dolgotrajne zdravstvene oskrbe

nursing staff = negovalno osebje

density = pokritost, stopnja, gostota

hospital outpatient departments = bolnišnične ambulante

health reporting = priprava poročil o zdravstvenem stanju

the public health service = javno zdravstvo

health care delivery system = sistem zdravstvenega varstva

purchasing power parities = pariteta kupne moči

health care expenditure = izdatki za zdravstvene storitve, stroški za zdravstvo

social insurance law = zakon o socialnem zavarovanju

the social health insurance system = sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja

self-governing stakeholders = partnerji, samoupravne interesne skupine

take out insurance = skleniti zavarovanje

hospital fees = stroški bolnišnične oskrbe

national health service = nacionalna zdravstvena služba

primary care trust = die allgemeinmedizin bzw. die medizinische grundversorgung im weitesten sinne (primary health care) = organizacije/skladi primarne zdravstvene dejavnosti (osnovno zdravstveno varstvo)

health board = zavod za zdravstvo

health care operation = delovanje zdravstvenega varstva

medical services = zdravstvene storitve

hospital care = bolnišnična oskrba, bolniška oskrba, oskrba v bolnišnicah

outpatient care = ambulantno zdravljenje

outpatient sector = ambulantni sektor

health care provider = izvajalec zdravstvenega varstva, izvajalec zdravstvene dejavnosti

demographic trend = bevölkerungsentwicklung = demografski trend

demographic ageing = demografsko staranje
the increase in life expectancy = daljšanje/podaljševanje življenjske dobe
life expectancy = življenjsko pričakovanje
decline in the birth rate = upad rojstev
health expenditure = izdatek za zdravstvo, izdatek za zdravje
total health expenses = celotni izdatki/odhodki za zdravstvo, skupni odhodki za zdravstvene storitve
compulsory coverage = obvezno (zakonsko urejeno, obvezujoče) zavarovanje
the insured = zavarovanci
compulsory affiliated = biti obvezno zavarovan
system, where care is funded on the basis of taxation = sistem, kjer je zdravstveno varstvo financirano iz naslova davkov
system based on funding through social contributions = sistemi, kjer je zdravstveno varstvo financirano iz naslova socialnih prispevkov
health care centre = zdravstveni dom
primary care = osnovno zdravstveno varstvo

PRILOGE

PRILOGA 1

Tabela 1: Celotni in javni izdatki za zdravstvo v % BDP in celotni izdatki na prebivalca preračunano po PPP metodi

	Celotni izdatki za zdravstvo, v % BDP		Javni izdatki za zdravstvo, v % BDP		Zasebni izdatki, delež v celotnih izdatkih, v %		Celotni izdatki za zdravstvo na prebivalca v USD PPP 2004
	1997	2004	1997	2004	1997	2004	
EU - 25	7,4	8,7	5,5	6,6	24,5	25,6	2.483
Avstrija	9,4	9,6	6,6	6,8	29,7	29,3	3.124
Danska	8,2	8,9	6,7	7,3	17,7	17,1	2.881
Francija	9,2	10,5	7	8,2	23,8	21,6	3.159
Grčija	9,4	10	5	5,3	47,2	47,2	2.162
Italija	7,5	8,7	5,4	6,5	28,1	24,9	2.467
Latvija*	6,3	6,4	3,8	3,3	40	48,7	678
Litva*	6,2	6,6	4,7	5	24	24	754
Nemčija	10,2	10,6	8,2	8,2	19,2	23,1	3.043
Nizozemska	7,8	9,2	5,3	5,7	32,2	37,6	3.041
Slovaška*	5,8	5,9	5,3	5,2	8,3	11,7	777
Slovenija	7,2	8,5	5,7	6,4	20,8	24	1.746
Španija	7,3	8,1	5,3	5,7	27,5	29,1	2.094
Švedska	8,1	9,1	6,9	7,7	14,2	15,1	2.825
V. Britanija	6,8	8,1	5,5	7	19,6	13,7	2.508

Vir: OECD Health Data 2006,

za Latvijo in Litvo je vir WHO The World Health Report, 2006,

* podatek za leto 2003

PRILOGA 2

Tabela 2: Delež javnih in zasebnih izdatkov za zdravstvo v izbranih državah v letu 2004

	delež javnih izdatkov v letu 2004, v %	delež zasebnih izdatkov v letu 2004, v %
EU - 25	74,4	25,6
Avstrija	70,7	29,3
Danska	82,9	17,1
Francija	78,4	21,6
Grčija	52,8	47,2
Italija	75,1	24,9
Latvija*	51,3	48,7
Litva*	76,0	24,0
Nemčija	76,9	23,1
Nizozemska	62,4	37,6
Slovaška*	88,3	11,7
Slovenija	76,0	24,0
Španija	70,9	29,1
Švedska	84,9	15,1
V. Britanija	86,3	13,7

Vir: WHO, World Health Report 2006,
Poslovno poročilo zavoda za leto 2006,
Statistični letopis 2006

* - podatek je za leto 2003

PRILOGA 3

Tabela 3: Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu za ženske in moške – primerjava med letoma 1998 in 2005

	Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu			
	Ženske		Moški	
	1998	2005	1998	2005
Avstrija	80,9	82,3	74,8	76,7
Danska	78,6	80,5	73,7	76,0
Francija	82,2	83,8	74,6	76,7
Grčija	80,6	81,6	75,3	76,8
Italija	81,0	82,8	74,6	77,1
Latvija	75,5	76,5	64,1	65,4
Litva	76,9	77,3	66,5	65,3
Nemčija	80,3	82,0	74,0	76,7
Nizozemska	80,5	81,7	75,1	77,3
Slovaška	76,7	78,1	68,6	70,2
Slovenija	78,6	81,3	71,0	74,1
Španija	81,5	83,7	74,3	77,0
Švedska	81,8	82,9	76,7	78,5
V. Britanija	79,5	81,1	74,3	77,1

Vir: <http://epp.eurostat.cec.europa.eu.int/>

http://www.stat.si/letopis/index_vsebina.asp?poglavje=9&leto=2005&jezik=si

PRILOGA 4

Tabela 4: Primerjava števila zdravnikov na 100.000 prebivalcev v izbranih državah v obdobju 1999 in 2004

	Št.zdravnikov na 100.000 prebivalcev		%
	1999	2004	
Avstrija	302,8	345,3	114,04
Danska	316,7	357,1	112,76
Francija	329,6	335,6	101,82
Grčija	437,7	487,5	111,38
Italija	566,7	415,3	73,28
Latvija	318,1	311,2	97,83
Litva	413,6	390,0	94,29
Nemčija	354,7	339,1	95,60
Nizozemska	309,8	360,4	116,33
Slovaška	322,2	313,3	97,24
Slovenija	215,2	231,2	107,43
Španija	306,3	340,1	111,03
Švedska	287,1	324,6	113,06
V. Britanija	195,4	217,7	111,41

Vir: WHO - Health For All Database, 2006
Zdravstveni statistični portal, IVZ 2006

PRILOGA 5

Tabela 5: Število bolniških postelj na 100.000 prebivalcev v letih 1999 in 2004 v državah EU

	Število postelj na 100.000 prebivalcev		%
	1999	2004	
Avstrija	677,4	773,2	114,14
Danska	434,2	382,3	88,05
Francija	828,7	743,2	89,68
Grčija	472,4	468,8	99,24
Italija	475,8	398,7	83,80
Latvija	903,3	773,6	85,64
Litva	985,0	843,3	85,61
Nemčija	919,6	857,9	93,29
Nizozemska**	504,0	497,8	98,77
Slovaška	810,4	700,8	86,48
Slovenija	551,9	479,8	86,94
Španija	377,6	341,7	90,49
Švedska*	522,0	522,0	100,00
V. Britanija	416,4	389,8	93,61

Vir: Health For All Database, WHO Europe, 2006
Zdravstveni statistični portal, IVZ 2006

Opomba: * - zadnji podatek za leto 1997

** - zadnji podatek za leto 2003

PRILOGA 6

Tabela 6: Zdravstveno pričakovano trajanje življenja za Slovenijo in nekatere Evropske države za leto 2002

	VSI	MOŠKI	ŽENSKE
Avstrija	71,40	69,30	73,50
Danska	69,80	68,60	71,10
Francija	72,00	69,30	74,70
Grčija	71,00	69,10	72,90
Italija	72,20	70,70	74,70
Latvija	62,80	58,00	67,50
Litva	63,30	58,90	67,70
Nemčija	71,80	69,60	74,00
Nizozemska	71,20	69,70	72,60
Slovaška	66,20	63,00	69,40
Slovenija	69,50	66,60	72,30
Španija	72,60	69,90	75,30
Švedska	73,30	71,90	74,80
V. Britanija	70,60	69,10	72,10

Vir: WHO, The World Health Report 2003.