

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**PRIMERJALNA ANALIZA ZDRAVSTVENIH SISTEMOV V
SLOVENIJI IN IZBRANIH DRŽAVAH EU Z VIDIKA
FINANCIRANJA, IZVAJALCEV IN MEHANIZMOV
KOORDINACIJE**

Ljubljana, marec 2019

PERLA PRODAN KRSTIČ

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Perla Prodan Krstič, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Primerjalna analiza zdravstvenih sistemov v Sloveniji in izbranih državah EU z vidika financiranja, izvajalcev in mehanizmov koordinacije, pripravljenega v sodelovanju s svetovalko prof. dr. Petro Došenović Bonča,

IZJAVLJAM,

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

V Ljubljani, dne _____

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 PRIMERJAVE ZDRAVSTVENIH SISTEMOV	3
1.1 Prikaz osnovnih tipologij zdravstvenih sistemov in uvrstitev držav v predstavljene zdravstvene sisteme	3
1.2 Pregled pristopov za medsebojno primerjavo uspešnosti zdravstvenih sistemov	8
2 OPREDELITEV TEMELJNIH ELEMENTOV ZDRAVSTVENEGA SISTEMA KOT PODLAGA ZA PRIMERJALNO ANALIZO ZDRAVSTVENIH SISTEMOV	10
3 PRIKAZ TEMELJNIH ELEMENTOV ZDRAVSTVENIH SISTEMOV IZBRANIH DRŽAV EVROPSKE UNIJE	15
3.1 Identifikacija potreb in njihovega pretvarjanja v povpraševanje	15
3.2 Viri financiranja in pomen solidarnosti	20
3.3 Organizacija in način delovanja plačnikov	26
3.4 Organizacija in odločanje kupcev	29
3.5 Vloga uporabnikov pri izboru dobrin in izvajalcev	33
3.6 Oblikovanje ponudbe in mreža izvajalcev zdravstvenih storitev	36
3.7 Organizacijska struktura izvajalcev	39
3.8 Plačilni sistem in mehanizmi racionalizacije ponudbe in povpraševanja	42
3.9 Regulacija in nadzor zdravstvene dejavnosti	51
3.10 Okolje zdravstvenih sistemov	55
4 PRIMERJALNA ANALIZA SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA IN ANALIZIRANIH ZDRAVSTVENIH SISTEMOV IZBRANIH DRŽAV EU	58
SKLEP	65
LITERATURA IN VIRI	68

KAZALO SLIK

Slika 1: Delež zasebnih sredstev vseh zdravstvenih izdatkov (%) v obdobju 2010–2017.. 60

Slika 2: Delež BDP-ja (v %), namenjen za zdravstveno varstvo v obdobju 2010–2017 61

SEZNAM KRATIC

ang. – angleško

ACM – (ang. Consumers and Markets Authority); nizozemska organizacija, ki zagotavlja konkurenco in preprečuje nastajanje kartelov in monopolov

AGENAS – (ang. The National Agency for Regional Health Services); italijanska nacionalna agencija za regionalne zdravstvene storitve

ARS – (fr. Agences Régionales de Santé); francoske regionalne agencije, ki združujejo predstavnike skladov obveznega zdravstvenega zavarovanja, države, izvajalcev zdravstvenega varstva in druge deležnike javnega zdravstva

BAPH – (ang. Belgian Association of Public Health); belgijsko združenje za javno zdravje

BDP – (ang. Gross Domestic Product); bruto domači proizvod

CCM – (ang. National Centre for Disease Prevention and control); italijanski nacionalni center za preprečevanje in obvladovanje bolezni

CISNS – (es. Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud de España); španski medregijski odbor nacionalnega zdravstvenega sistema

CQC – (ang. Care Quality Commission); komisija za kakovost oskrbe v Veliki Britaniji

CSS – (ang. Higher Health Council); italijanski nacionalni zdravstveni svet ministrstva

EHCI – (ang. European Health Consumer Index); grafični indeks uspešnosti zdravstvenih sistemov

EU – (ang. European Union); Evropska unija

EUROSTAT – statistična služba Evropske unije

HSPA – (ang. Health System Performance Assessment); ocena uspešnosti zdravstvenih sistemov

INAMI – (be. Institute National d Assurance Maladie – Invalidite); belgijska organizacija, ki razporeja zbrana finančna sredstva nacionalnim zavarovalnim združenjem

INSALUD – (ang. National Institute of Public Health Care); španski nacionalni zavod za javno zdravstvo

INSS – (es. Instituto Nacional de la Seguridad Social); španski nacionalni zavod za socialno varnost

ISS – (it. Istituto Superiore di Sanita); italijanski nacionalni inštitut za zdravje

MUFACE – (ang. Mutuality of State Civil Servants); španska vladna agencija, odgovorna za shemo zdravstvenega varstva

NHS – (ang. National Helat Service); nacionalna zdravstvena služba v Veliki Britaniji

NICE – (ang. National Institute for Health and Care Excellence); nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost v Veliki Britaniji

npr. – na primer

NSSO – (ang. National Social Security Office); belgijski nacionalni urad za socialno varnost

NZA – (nl. Nederlandse Zorgautoriteit); nizozemski inšpektorat, ki preverja kakovost in varnost zdravstvenih izvajalcev

OECD – (ang. Organisation of Economic Co-operation and Development); Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj

ONSS – (be. Office National de Securite Sociale); belgijska organizacija, ki zbira prispevke, namenjene zdravstvu

oz. – oziroma

RCC – (ang. Regional Cancer Center); švedski regionalni center za boj proti raku

SALAR – (se. Sveriges Kommuner och Landsting); organizacija, ki zastopa interese švedskih lokalnih oblasti in regij

SPP – (ang. Diagnostic related groups); skupine primerljivih primerov

SSN – (it. Servizio Sanitario Nazionale); italijanska zdravstvena služba

t. i. – tako imenovani

TGSS – (es. Tesorería General de la Seguridad Social); španska javna blagajna, v kateri se zbirajo sredstva, namenjena za socialno varnost

UNCAM – (fr. Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie); francosko nacionalno združenje skladov obveznega zdravstvenega zavarovanja

WHO – (ang. World Health Organisation); Svetovna zdravstvena organizacija za zdravje

ZDA – (ang. United States of America); Združene države Amerike

ZGD – Zakon o gospodarskih družbah

ZJF – Zakon o javnih financah

ZPacP – Zakon o pacientovih pravicah

ZVW – (nl. Zorgverzekeringswet); nizozemski sklad za zbiranje prispevkov, namenjenih zdravstvu

ZZDej – Zakon o zdravstveni dejavnosti

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

UVOD

Zdravje in čim boljše zdravstveno stanje posameznika je poglobitni cilj prizadevanj držav članic Evropske unije (v nadaljevanju EU), tudi Slovenije (Božič & Zupanič, 2009, str. 1; Tajnikar, 2016, str. 20). Od zdravja posameznika je odvisen njegov prispevek k produktivnosti in obseg prispevka k večanju družbene blaginje. Z zdravjem je pogojeno individualno, socialno, ekonomsko in produktivno življenje posameznikov (Česen, 2010, str. 58).

Vzporedno s spoznavanjem odvisnosti zdravja od okolja, v katerem živimo, so se v preteklosti na področju zdravstva razvijale različne pravne in organizacijske aktivnosti. Njihov skupni namen je bil izboljšati zdravstveno stanje posameznikov. Zdravstveno stanje, ki ga v družbi merimo na različne načine, pogojuje uspešnost sistemov zdravstvenega varstva (ang. health care systems). Slednji so se razvili s sprejemom predpisov ter moralnih in etičnih norm na državni in mednarodni ravni (Tajnikar, 2016, str. 20). »Zdravstveno varstvo (ang. health care) predstavlja povezane aktivnosti posameznikov, države, zdravstvenih organizacij, poklicnih združenj zdravstvenih delavcev in drugih družbenih skupin ter človeških, materialnih in finančnih virov, ki so za te aktivnosti potrebni« (Česen, 2010, str. 60).

Za zdravstvene sisteme je značilno zavestno, organizirano in usklajeno delovanje z namenom doseganja skupnih ciljev, to je izboljšanje zdravstvenega stanja in kakovosti življenja ljudi (Toth, 2003, str. 92). Uspešnost zdravstvenega sistema je pogojena z njegovim temeljnim ciljem. V kolikor zdravstveni sistem prej omenjenega cilja ne dosega, ga navkljub vsem elementom, ki ga sestavljajo in opredeljujejo, ne moremo uvrščati med zdravstvene sisteme (Tajnikar, 2016, str. 20). Medsebojno razlikovanje sistemov zdravstvenega varstva temelji na:

- virih financiranja,
- obsegu zagotovljenih pravic,
- načinu upravljanja in vlogi, ki jo ima država v zdravstvenem sistemu,
- obliki in načinu delovanja posameznih deležnikov zdravstvenega sistema.

Večina uveljavljenih zdravstvenih sistemov se financira prek javnih in zasebnih plačnikov (Tajnikar & Došenović Bonča, 2003, str. 4). Zaradi vse večje finančne nevzdržnosti so zdravstveni sistemi vse bolj mešanih oblik. Prilagajanje gospodarskim in družbenim razmeram je na takšen način hitrejšo. Za razliko od danes smo v preteklosti zdravstvene sisteme na podlagi njihovih značilnosti brez težav uvrščali v enega izmed svetovno poznanih zdravstvenih modelov.

Namen magistrskega dela je uvesti nov, spremenjen način sistematične primerjave med zdravstvenimi sistemi, ki bo omogočal lažje razumevanje organizacije in delovanja zdravstvenih sistemov. Potrebna je uvedba spremenjene primerjalne analize. Dovršena

tipologija zdravstvenih sistemov zahteva, da se za izvedbo spremenjene primerjalne analize teoretska ekonomska primerjalna izhodišča, ki narekujejo razlike med sistemi, išče na najnižjih ravneh zdravstvenih sistemov.

Ključni raziskovalni vprašanji, ki sta bili podlaga za nastanek dela, sta:

- Katera teoretska ekonomska izhodišča in kazalci predstavljajo osnovo za spremenjeno primerjalno analizo obstoječe tipologije zdravstvenih sistemov?
- Kakšen je položaj slovenskega zdravstvenega sistema z vidika financiranja, pravic in mehanizmov koordinacije v evropskem prostoru, upoštevajoč zdravstvene sisteme drugih držav EU?

Magistrsko delo ima štiri cilje, in sicer analizirati razlike med sistemi zdravstvenega varstva z vidika financiranja, obsega pravic, učinkovitosti in mehanizmov koordinacije. Na podlagi predstavljenih značilnosti zdravstvenih sistemov bom posamezne izbrane države EU uvrstila v ustrezno tipologijo zdravstvenih sistemov. Drugi cilj je opredeliti temeljne elemente zdravstvenih sistemov na način, da bo mogoča kasnejša podrobnejša primerjava med zdravstvenimi sistemi izbranih držav. Tretji cilj je opredeliti in predstaviti primerjalne dimenzije sistemov zdravstvenega varstva v Sloveniji in izbranih državah EU, in sicer opredeliti:

- potrebe in njihovo pretvarjanje v povpraševanje,
- vire financiranja, pridobivanja sredstev in pomen solidarnosti,
- organizacijsko strukturo in način delovanja plačnikov v zdravstvenem sistemu,
- organizacijsko strukturo in način odločanja kupcev,
- vlogo uporabnikov in vpliv ponudbe nanje,
- zmogljivosti v zdravstvu, upoštevajoč ponudbo in mrežo zdravstvenih izvajalcev,
- vpliv povpraševanja na izvajalce in njihovo notranjo organizacijo,
- plačilni sistem in mehanizme racionalizacije ponudbe in povpraševanja,
- regulacijo in nadzor zdravstvene dejavnosti, predvsem izvajalcev,
- okolje, v katerem posamezni zdravstveni sistem deluje.

Sledi primerjalna analiza zdravstvenih sistemov in umestitev slovenskega zdravstvenega sistema v evropskem prostoru. Identifikacija potreb, način financiranja povpraševanja, organizacija plačnikov in vrsta plačilnega sistema, izbor zdravstvenih dobrin in vloga uporabnikov pri tem, način organizacije izvajalcev in zunanje okolje zdravstvenega sistema predstavljajo osnovna primerjalna izhodišča in temelj analize.

V sklepnem delu bom predstavila svoje mnenje o obstoječih tipologijah zdravstvenih sistemov glede na predhodno predstavljene primerjalne dimenzije.

Primerjalna analiza je temeljna metoda raziskovalnega dela, na kateri temelji primerjava zdravstvenih sistemov v izbranih državah.

V prvem delu so na podlagi deskriptivne metode predstavljene tipologije zdravstvenih sistemov. Opredeljene so njihove medsebojne razlike z vidika financiranja, pravic in učinkovitosti. Sledi praktični del, v katerem so s pomočjo komparativne metode izbrane države na podlagi predhodno predstavljenih primerjalnih izhodišč uvrščene v eno izmed tipologij zdravstvenih sistemov.

Drugi del temelji na deskriptivni oz. opisni metodi, s pomočjo katere so opredeljeni temeljni elementi zdravstvenega sistema.

S pomočjo deskriptivne metode in metode kompilacije so v tretjem delu predstavljena osnovna primerjalna izhodišča, na katerih temelji kasnejša analiza. Skozi navedena primerjalna izhodišča so opredeljene temeljne značilnosti zdravstvenih sistemov v izbranih državah.

V četrtem delu je s pomočjo komparativne metode izvedena primerjalna analiza zdravstvenih sistemov v izbranih državah EU. Identifikacija potreb, način financiranja, povpraševanja, organizacija plačnikov in vrsta plačilnega sistema, izbor zdravstvenih dobrin in vloga uporabnikov pri tem, organiziranost ponudnikov in zunanje okolje zdravstvenega sistema so osnovna primerjalna izhodišča, na katerih temelji analiza.

Temeljni prispevek dela k obstoječi literaturi predstavlja uvedba spremenjenih primerjalnih dimenzij, na katerih temelji sistemska analiza. Podlago izoblikovanih kazalcev predstavljajo teoretska ekonomska izhodišča.

1 PRIMERJAVE ZDRAVSTVENIH SISTEMOV

1.1 Prikaz osnovnih tipologij zdravstvenih sistemov in uvrstitev držav v predstavljene zdravstvene sisteme

Temeljna naloga vseh javnih zdravstvenih sistemov je preprečevanje razvoja bolezni in nastanka poškodb ter zagotavljanje ustreznih zdravstvenih storitev v primeru nastanka le-teh. Pomembna naloga javnega zdravstva je tudi informiranje o pomenu in vplivu zdravega življenjskega sloga na zdravje in razvoj posameznika. Nacionalni sistemi zdravstvenega varstva identificirajo potrebe in na podlagi ugotovljenega poskušajo prilagajati ustrezno količino ponujenih javnih zdravstvenih storitev obsegu povpraševanja (Tajnikar in drugi, 2016; Detels, Beaglehole, Lansang & Gulliford, 2009).

Tipologijo javnih zdravstvenih modelov posamezne države uvrščamo glede na (Sočan, 2013, str. 26):

- način financiranja zdravstvenega varstva,
- obseg pravic potencialnih uporabnikov zdravstvenih dobrin in storitev,
- vloga zavezanca za plačilo sredstev, namenjenih zdravstvenemu varstvu,

- vlogo in stopnjo udeležbe države v vodenju, upravljanju in financiranju javne zdravstvene mreže.

Način primerjave med zdravstvenimi sistemi je različen. Javno dostopne publikacije in poročila, kot npr. poročilo Svetovne zdravstvene organizacije (ang. World Health Organisation, v nadaljevanju WHO), imenovano HealthSystem in Transition (v nadaljevanju HiT series), in publikacija Health at a Glance, izdana s strani Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (ang. Organisation for Economic Co-operation and Development, v nadaljevanju OECD), definirajo zdravstvene sisteme s pomočjo primerjalnih dimenzij. Znotraj posameznih dimenzij so opredeljeni različni kazalniki, s pomočjo katerih je predstavljeno delovanje posameznega zdravstvenega sistema.

Skozi zgodovino razvita osnovna tipologija zdravstvenih sistemov razlikuje med štirimi, v nadaljevanju predstavljenimi sistemi zdravstvenega varstva.

Prvi javni sistemi zdravstvenega varstva, z izjemo tržnega sistema, ki je značilen za Združene države Amerike (v nadaljevanju ZDA), so se razvili v Evropi. Za evropske zdravstvene sisteme sta značilna socialni temelj ter možnost uveljavljanja in koriščenja zdravstvenih storitev financiranih iz javnih sredstev (Toth, 2003, str. 145).

Kot prvi organiziran zdravstveni sistem na svetu se je leta 1883 v Nemčiji razvil Bismarckov model oziroma model socialnega zdravstvenega zavarovanja. Utemeljitelj sistema je bil kancler Otto von Bismarck, ki je nemškemu parlamentu predlagal uvedbo obveznega zdravstvenega zavarovanja za vse delojemalce, kasneje pa tudi za njihove družinske člane (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 171).

V Bismarckov model zdravstvenega varstva poleg ustanoviteljice Nemčije uvrščamo še Avstrijo, Nizozemsko, Francijo, Luksemburg, Madžarsko, Češko, Slovaško, Estonijo, Hrvaško in Slovenijo (Toth, 2003, str. 146).

V Sloveniji začetek zdravstvenega varstva po načelih Bismarckovega modela predstavlja ustanovitev Bratovskih skladnic v petdesetih letih 20. stoletja. Slednje so bile namenjene kritju nujnih zdravstvenih storitev za delojemalce. Prvi zakon, ki je urejal področje obveznega zdravstvenega zavarovanja, je bil sprejet leta 1892 (Toth, 2003).

V preteklosti so nosilce socialnega zdravstvenega zavarovanja predstavljale mnogoštevilne avtonomne bolniške blagajne. Njihova naloga je bila zbiranje prispevkov s strani delodajalcev in delojemalcev, katerim je zakon določal obveznost sklenitve zdravstvenega zavarovanja. Vodilo bolniških blagajn je bilo načelo solidarnosti in vzajemnosti med zavarovanci ter zagotavljanje dostopnosti in možnosti vsakemu zavarovancu do uveljavljanja enakih, z zakonom predpisanih pravic s področja socialne varnosti (Sočan, 2013, str. 26). Za uveljavitev posameznih pravic so bili predpisani posebni kvalifikacijski pogoji, ki jih je morala oseba izpolnjevati (Toth, 2003, str. 146).

V današnjem času je v Bismarckovem sistemu skrb za uveljavitev ustrezne pravne podlage, ki ureja odnose med zavarovanci, zavarovalnico in izvajalci zdravstvenih storitev zdravstvenega varstva, v pristojnosti države (Sočan, 2013, str. 27).

Z namenom uresničevanja načela solidarnosti in kolektivnega financiranja zdravstvenih storitev je za Bismarckov sistem značilno, da so slednje dostopne najširšemu krogu prebivalcev. V zdravstveno zavarovanje so vključeni vsi prebivalci, le izjemoma je katera od skupin prebivalstva iz sistema izvzeta. V razvitejših državah so iz socialnega zdravstvenega zavarovanja izključene le najpremožnejše skupine oseb, ki imajo možnost samostojnega kritja stroškov zdravstvenega zavarovanja. Osebe brez lastnega dohodka so do osnovnega zdravstvenega varstva in iz njega izhajajočih pravic upravičene na podlagi načela solidarnosti (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 171).

Model socialnega zdravstvenega zavarovanja se financira tripartitno prek prispevkov s strani delodajalcev, delojemalcev in države. Prispevna stopnja temelji na dohodkovni solidarnosti, pogojena je z višino posameznikovega dohodka (Sočan, 2013, str. 26). Ustanova, ki zbira finančna sredstva, je v Bismarckovem modelu v večini primerov samostojna. Izjema je Belgija, kjer ista ustanova zbira sredstva tako za zdravstveno kot tudi za pokojninsko zavarovanje. Bolniške blagajne so vodene s strani predstavnikov delodajalcev in zdravstveno zavarovanih oseb. V Sloveniji sredstva, namenjena obveznemu zdravstvenemu zavarovanju, zbira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) (Toth, 2003).

Za Bismarckov model je značilno, da so cene kolektivno financiranih zdravstvenih storitev določene na podlagi partnerskih pogajanj. Predstavniki zdravstvenih izvajalcev, zavarovancev in oblasti sprejemajo dogovore prek lastnih združenj (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 172). Zdravstveni izvajalci storitve opravljajo v javnih in zasebnih zdravstvenih ustanovah. Financiranje zdravstvenega varstva je v omenjenem sistemu kolektivizirano ali pa je z zakonom urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje. Slednje je temeljni razlog, zaradi katerega je Bismarckov model modernejši in deloma tudi pravičnejši, vendar s finančnega vidika dražji kot nekaj desetletij kasneje razvit Beveridgov model zdravstvenega varstva (Toth, 2003).

Leta 1948 se je v Veliki Britaniji razvil Beveridgov model ali model nacionalnega zdravstvenega varstva. Ustanovitelj je ekonomist William Henry Beveridge (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 171). Razlog nastanka Beveridgovega zdravstvenega modela je bilo nezadovoljstvo prebivalcev s tedanjim neorganiziranim zdravstvenim sistemom. Temelj sprememb je predstavljal t. i. Beveridgov report, imenovan »The way to Freedom from Want«, ki je nastal leta 1942. Prikazoval je potrebo po razširitvi programa socialnega zavarovanja tudi na upokojene, nezaposlene in na invalidsko zavarovane osebe (Albreht, 2010, str. 14).

Vodilo sistema nacionalnega zdravstvenega varstva je, da je le država tista, ki lahko vsem prebivalcem zagotovi ustrezno zdravstveno oskrbo. Za slednjo bi po mnenju Beveridga morala skrbeti nacionalna zdravstvena služba, imenovana »National Health Service« (v nadaljevanju NHS), ki bi se financirala iz proračuna, vodena pa bi bila s strani vladnega oddelka za zdravje. V omenjenem modelu zdravstvenega varstva je plačnik davkov vsak davčni zavezanec, ne le delodajalci in delojemalci. Država, ki je nosilka sistema nacionalnega zdravstvenega varstva in katere naloga je organizacija in financiranje, določi obseg sredstev, namenjenih za javno zdravstveno mrežo (Sočan, 2013, str. 27).

V Beveridgovem modelu se finančna sredstva, zbrana prek obveznega plačila davkov, zbirajo v državnem proračunu. Delež sredstev, namenjenih za zdravstveno varstvo, določa parlament vzporedno z razpravo o proračunu (Toth, 2003, str. 147). Z zbranimi sredstvi upravljajo nacionalne zdravstvene službe, ki so sestavni del vladnih resorjev. Vlada odloča o organizaciji državno vodene javne zdravstvene službe. Temeljne odločitve sprejemajo hierarhično višje ravni, naloga administrativnih organov na lokalni in regionalni ravni pa je skrb za ustrezno izvedbo in nadzor nad sprejetimi odločitvami (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 172).

Za Beveridgov model zdravstvenega varstva je značilna nizka stopnja zasebnih zdravstvenih izvajalcev. Zasebni izvajalci imajo v večini primerov sklenjeno pogodbo z NHS in delujejo kot javni uslužbenci. Zdravstvene storitve se izvajajo pretežno v javnih zdravstvenih ustanovah, zaradi česar so načela tržnega gospodarstva v omenjenem sistemu skoraj nezaznavna (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 173).

Hierarhično urejena sestava in višja stopnja centralizacije sistema sta razlog, da je v Beveridgovem modelu izvajanje sprejetih sprememb enostavnejše in hitrejše kot v Bismarckovem sistemu zdravstvenega varstva. Zaradi centralizirane regulacije in nadzora s strani ene institucije je tudi učinkovitost zdravstvenega sistema večja kot v Bismarckovem modelu zdravstvenega varstva (Toth, 2003, str. 147).

Beveridgov model je značilen predvsem za bogatejše države, med katerimi so Velika Britanija, Irska, skandinavske države, Španija, Portugalska, Italija, Romunija, Albanija in Latvija (Toth, 2003).

Tretji sistem zdravstvenega varstva v Evropi je bil Semaškov sistem oziroma sistem državnega zdravstvenega varstva ali t. i. sistem socialistične zdravstvene službe. Socialistični temelji v Sovjetski zvezi predstavljajo podlago sistema, katerega razvoj sega v prvo polovico 20. stoletja (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 173). Ustanovitelj sistema je bil Nikolai Alexandrovich Semashko, ki je želel na območju Rusije in Sovjetske zveze vzpostaviti učinkovit zdravstveni sistem. Po drugi svetovni vojni se je sistem razširil v več držav srednje in vzhodne Evrope, z izjemo Jugoslavije. V večini držav je bil omenjeni model v začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja že reformiran in ni več v uporabi (Albreht, 2010, str. 15).

Temeljna značilnost sistema državnega zdravstvenega varstva je bila popolna prepoved vključevanja zasebnih sredstev in storitev v izvajanje zdravstvene dejavnosti (Toth, 2003, str. 144). Semaškov model zdravstvenega varstva se je financiral s strani državnega proračuna, voden pa je bil s strani vlade oziroma ministrstva za zdravje. Značilna je bila visoka stopnja centralizacije in možnost vseh oseb do uveljavljanja in koriščenja visoko kakovostnih, kolektivno financiranih zdravstvenih storitev, brez doplačila (Sočan, 2013, str. 27). O pravicah zavarovanih oseb so imeli pristojnost odločati le državni organi (Toth, 2003, str. 148).

Večino denarnih sredstev v omenjenem sistemu je bilo namenjenih širitvi zdravstvenih zmogljivosti. Posledice vlaganj so navkljub reformam in odpravi sistema v državah, v katerih je bil model prisoten, vidne še v današnjem času (Toth, 2003, str. 148).

Semaškov model je v večini značilnosti, z izjemo ideologije, ki ji je sledila, spominjal na Beveridgov model, z vidika obsega kritja pa je bolj spominjal na Bismarckov model zdravstvenega varstva (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 173).

Poleg treh različnih modelov zdravstvenega varstva v evropskem prostoru sestavni del tipologije zdravstvenih sistemov predstavlja tudi tržni sistem, značilen za ZDA. Omenjeni zdravstveni sistem temelji na osnovnih tržnih zakonitostih gospodarstva in profitnih ekonomskih načelih. Značilna je usklajenost ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih dobrinah in zdravstvenem zavarovanju. Namen sklenitve zdravstvenega zavarovanja je zavarovati se pred nastankom morebitnih zdravstvenih in z njimi povezanih tveganj.

Za tržni sistem so značilne visoke cene zdravstvenih storitev, katerih ponudniki so v celoti zasebni zdravstveni izvajalci. Slednji delujejo po principu maksimizacije lastnega dobička. Tržni model zdravstvenega varstva je v večji meri financiran prek neposrednih plačil (ang. out of pocket) s strani uporabnikov zdravstvenih storitev. V zasebnih zdravstvenih sistemih med posamezniki ni vzpostavljene solidarnosti, zdravstvena oskrba je odvisna le od lastnih finančnih zmožnosti posameznika. Temelj sistemov predstavlja vzajemnost, ki predstavlja obliko dogovora o kritju izgube. Višina vplačane premije, ki je odvisna od stopnje tveganja se po preteku zavarovanja zavarovancu ne povrne. Nameni se drugim so-zavarovancem, ki so v času sklenjenega zavarovanja utrpeli škodo (Sočan, 2013, str. 26).

Zaradi oblike financiranja zdravstvenih storitev in tržne usmerjenosti zdravstvenega sistema je regulacijska in upravljavska funkcija države neznatnega pomena. Zakonska ureditev je šibka, zavarovalec pa je tisti, ki določa pogoje zavarovanja. Osebe imajo možnost proste izbire sebi najprimernejšega programa zdravstvenega zavarovanja, upoštevajoč zavarovane rizike. Ker zavarovanje ni obvezno, je odločitev o sklenitvi oziroma sprejemu ali zavrnitvi potencialnega zavarovanca obojestranska pravica tako zasebne zdravstvene zavarovalnice oz. zavarovalca kot tudi osebe, ki se želi zavarovati, tj. zavarovanca (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 173).

Tržni sistemi zdravstvenega varstva so poznani tudi po imenu komercialni modeli zdravstvenega varstva ali sistemi brez sistema (ang. non-system system). Razlog je v velikem številu udeležencev, ki ne sledijo enotnemu skupnemu cilju maksimizacije zdravstvenega stanja vseh oseb. Vsak izmed posameznikov v večji meri sledi ciljem, ki jih pogojujejo lastni finančni interesi (Toth, 2003, str. 219).

Omenjeni sistem zdravstvenega varstva je značilen za Združene države Amerike, Južno Korejo, Južno Afriko in še nekatere druge države (Toth, 2003, str. 143).

Zaradi vse težjega zagotavljanja finančnih sredstev v posameznih čisto organiziranih oblikah zdravstvenih sistemov so se začeli pojavljati mešani modeli zdravstvenega varstva, ki združujejo različne oblike financiranja in upravljanja. Prilagajanje gospodarskim in družbenim razmeram je z mešanimi zdravstvenimi modeli hitrejše. Vse bolj se uveljavlja načelo delitve stroškov (ang. cost sharing) in sozavarovanja (ang. co-insurance). Delež soudeležbe s strani zavarovanca je pogojen z vrsto koriščenih zdravstvenih storitev. Rezultat navedenega je izboljšana učinkovitost zdravstvenega sistema, krajše čakalne dobe, izboljšana kakovost zdravstvenih storitev in komunikacije med uporabnikom zdravstvenih storitev in zdravstvenim osebjem, kar pripomore k večjemu zadovoljstvu uporabnikov (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 173).

Predstavljena osnovna tipologija delitve zdravstvenih sistemov v štiri skupine v današnjem času ni več ustrezna. Število mešanih zdravstvenih sistemov narašča, med drugim so značilni v Belgiji, Grčiji in Švici (Keber in drugi, 2003, str. 51). Vse bolj se izkazuje potreba po uvedbi nove tipologije, katere podlago predstavljajo spremenjeni ekonomski kazalci.

1.2 Pregled pristopov za medsebojno primerjavo uspešnosti zdravstvenih sistemov

V nadaljevanju dela bo predstavljena spremenjena primerjalna analiza temeljnih elementov, ki tvorijo zdravstvene sisteme. Analiza in ocena uspešnosti zdravstvenih sistemov (ang. Health System Performance Assessment, v nadaljevanju HSPA) pripomoreta k razumevanju delovanja le-teh. WHO oceno uspešnosti zdravstvenih sistemov opredeljuje kot zdravstveni pregled sistemov zdravstvenega varstva.

Oblikovanje zdravstvene politike poteka na nacionalni ravni in je v pristojnosti posamezne države članice EU. Na ravni držav EU je bila s strani Evropske komisije, z namenom ocenjevanja uspešnosti zdravstvenih sistemov, ustanovljena posebna strokovna skupina. Slednja meri uspešnost zdravstvenih sistemov prek splošnih ciljev zdravstvene politike, ki jih narekujejo različni kazalniki. Evropska komisija spodbuja države članice k pridobivanju podatkov o delovanju in uspešnosti zdravstvenega sistema in k njihovem kasnejšemu analiziranju. Pridobljeni rezultati pripomorejo k medsebojni izmenjavi izkušenj med državami, kar pripomore k odpravi ugotovljenih pomanjkljivosti. Ugotovitve predstavljajo podlago priporočil, ki narekujejo potrebne zdravstvene reforme (Evropska komisija, brez datuma).

Preteklo ocenjevanje uspešnosti zdravstvenih sistemov je pripomoglo k izboljššanemu razvoju zdravstvenega varstva v posameznih državah. Razlog za zaviranje razvoja HSPA je, da ni vzpostavljenega enotnega sistema za usklajeno poročanje o delovanju zdravstvenih sistemov v državah.

Ključni kazalniki uspešnosti zdravstvenega sistema v državah so opredeljeni na evropski ravni, vendar niso ustrezno klasificirani. Kazalnike opredeljujejo različne evropske organizacije. Zdravstvene statistične podatke opredeljujeta in analizirata statistična služba EU, imenovana EUROSTAT, ki je odgovorna za objavo vseevropskih statističnih podatkov in kazalnikov, ter OECD prek različnih publikacij, predvsem publikacije Health at a Glance. Nekatero skupino kazalnikov pa prek poročil HiT series analizira evropski zdravstveni informacijski portal WHO.

Organizacija za analize in informacije, imenovana Health consumer Powerhouse, v obliki grafičnega indeksa (ang. Euro Health Consumer Index, v nadaljevanju EHCI) analizira uspešnost zdravstvenih sistemov s pomočjo šestinštiridesetih kazalnikov z različnih zdravstvenih področij, v petintridesetih državah. Podatki so znani za obdobji 2005–2009 in 2012–2016. Analiza temelji le na pridobljenih ugotovitvah, pri čemer se ne ugotavlja, katera država ima najučinkovitejši zdravstveni sistem (Vehovec, 2014, str. 288).

Zaradi spremenjenih potreb, izkazanih s strani uporabnikov zdravstvenih dobrin, in spremenjenega načina financiranja zdravstvenega varstva se vse bolj izkazuje potreba po racionalizaciji in oblikovanju sistematičnega nabora kazalcev. V primeru ustrezne klasifikacije zdravstvenih kazalcev le-ti vodijo k (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007):

- razvoju politike informiranja,
- spodbujanju odgovornosti države,
- vodstvenemu nadzoru,
- izvedbi potrebnih raziskav na področju zdravstvenega varstva.

Izoblikovanje skupine t. i. glavnih ali vodilnih kazalnikov bi pripomoglo k izboljššanemu in hitrejšemu doseganju strateških ciljev. Z namenom prispevka k analizi in vrednotenju zdravstvenih sistemov sem v nadaljevanju, upoštevajoč temeljne elemente zdravstvenega sistema, izoblikovala deset spremenjenih primerjalnih dimenzij, ki temeljijo na teoretskih ekonomskih izhodiščih. Predstavljajo podlago systemske analize zdravstvenih sistemov v izbranih državah EU. Izoblikovane dimenzije so odraz medsebojne koordinacije elementov in deležnikov ter načina delovanja zdravstvenega sistema. Do sedaj jih teorija še ni uporabila za medsebojno primerjavo sistemov zdravstvenega varstva.

2 OPREDELITEV TEMELJNIH ELEMENTOV ZDRAVSTVENEGA SISTEMA KOT PODLAGA ZA PRIMERJALNO ANALIZO ZDRAVSTVENIH SISTEMOV

Družbo sestavlja množica organizacijskih sistemov, med katere uvrščamo tudi zdravstveni sistem. Gre za dinamičen, odprt sistem, ki se v času nenehno spreminja in odraža zahtevo po upravljanju. Spremembe se izkazujejo tako v zgradbi kot v delovanju sistema. Velikega pomena za delovanje zdravstvenega sistema je oblika interakcije med sistemi, ki delujejo v okolju poleg sistema zdravstvenega varstva (Brus, 1994, str. 37).

Vse zdravstvene sisteme sestavlja medsebojno povezana organizirana množica elementov, za katero sta značilna red in urejenost. Med petimi temeljnimi elementi zdravstvenega sistema so (Tajnikar in drugi, 2016):

- cilji, ki upravičujejo obstoj sistema;
- deležniki sistema, in sicer uporabniki, ponudniki, dobavitelji, sponzorji ali agenti in plačniki;
- sile, ki usmerjajo delovanje deležnikov k skupnemu cilju, ki je maksimizirati zdravje vseh posameznikov;
- medsebojna pravila, ki urejajo način delovanja deležnikov znotraj sistema;
- okolje zdravstvenega sistema.

Razlikovanje med sistemi temelji na medsebojnem načinu povezovanja elementov in ne med sestavnimi elementi posameznega zdravstvenega sistema. Poleg tega razlikovanje med sistemi temelji tudi na različnih značilnostih deležnikov in njihovi medsebojni koordinaciji. Kljub skupnemu cilju, to je čim boljše zdravstveno stanje prebivalstva, se zdravstveni sistemi medsebojno razlikujejo. Razlog razlik je zgodovinski razvoj in razlike v temeljnih načelih, predvsem načinu financiranja (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 176).

Glede na način povezanosti elementov in njihove značilnosti razlikujemo med (Tajnikar in drugi, 2016):

- ponudniki, ki so v državni ali zasebni lasti;
- plačniki, ki so lahko država prek proračuna ali obveznega zdravstvenega zavarovanja, zdravstvena zavarovalnica ali pa uporabnik sam;
- načinom pridobivanja sredstev, potrebnih za zdravstvo.

Prav tako lahko tudi koordinacija med plačniki in izvajalci temelji na različnih spodbudah na strani ponudbe, povpraševanja ter ponudbe in povpraševanja. Temeljni elementi zdravstvenega sistema so njihovi deležniki oziroma udeleženci. Slednji zaradi različnih osebnih motivov vstopajo v medsebojne odnose in prispevajo k uresničevanju ciljev zdravstvenega sistema. Poleg omenjenih elementov med subjekte zdravstvenega sistema uvrščamo tudi (Tajnikar, 2016, str. 17):

- bolnike oziroma uporabnike zdravstvenih storitev, pri čemer razlikujemo med potencialnimi in dejanskimi uporabniki;
- ponudnike oziroma izvajalce zdravstvenega varstva, ki so različnih pravno statusnih oblik in so lahko v zasebni ali državni lasti, oblika njihovega lastništva pa določa način financiranja storitev, ki jih izvajajo;
- dobavitelje, ki so lahko del zdravstvenega sistema ali pa so z njim povezani prek okolja;
- plačnike zdravstvenih dobrin, ki lahko nastopajo v vlogi uporabnika zdravstvenih dobrin, države ali zdravstvene zavarovalnice;
- agente oziroma sponzorje, ki v zdravstvu prav tako nastopajo v treh vlogah, in sicer so lahko posredniki med uporabniki in izvajalci (pri čemer ni nujno, da so tudi plačniki zdravstvenih dobrin), lahko so plačniki (zagotavljajo dodatna finančna sredstva) ali pa zgolj regulirajo odnose med deležniki (uporabniki, izvajalci in plačniki);
- državo.

Z vidika uporabnika zdravstvenih dobrin je temeljno vprašanje, kdo ugotavlja potrebe in kdo oblikuje košarico zdravstvenih dobrin za zadovoljevanje slednjih ter kdo izoblikuje mrežo izvajalcev, ki nudijo zdravstvene storitve. Za izvajalce in dobavitelje je ključna opredelitev dobrin, ki jih v sklopu košarice zdravstvenih dobrin izvajalci nudijo, ter pravno organizacijska oblika njihovega delovanja v povezavi s finančnim kritjem.

Omenjene značilnosti zdravstvenih sistemov in njihovih deležnikov postajajo medsebojno vse bolj prepletene in posledično so sistemi čedalje bolj kompleksni. Izkazuje se potreba po uvedbi spremenjene tipologije zdravstvenih sistemov. Za uvedbo dovršene tipologije je smiselno izhajati iz teoretskih ekonomskih primerjalnih izhodišč, ki pojasnjujejo obstoj temeljnih elementov javnih zdravstvenih sistemov.

Temeljni cilj zdravstvenih sistemov je zagotavljanje najvišje možne ravni zdravja vsem posameznikom ali nudenje čim bolj kakovostne zdravstvene oskrbe vsem potencialnim uporabnikom zdravstvenih dobrin (Tajnikar, 2016, str. 20).

Učinkovitost delovanja zdravstvenih sistemov je odvisna od medsebojne skladnosti in načina povezovanja elementov, ki sestavljajo zdravstveni sistem. Učinkovitost je merjena glede na stopnjo uresničitve ciljev, ki predstavljajo razlog obstoja zdravstvenega sistema. Odnosi med deležniki zdravstvenih sistemov se izoblikujejo s pomočjo mehanizmov koordinacije. Ločimo med tržnimi mehanizmi koordinacije, kjer na eni strani nastopajo uporabniki zdravstvenih storitev, ki so opredeljeni kot kupci in hkrati tudi plačniki, na drugi strani pa nastopajo izvajalci zdravstvenega varstva, opredeljeni kot ponudniki. Kupci in ponudniki se srečujejo na trgu, na katerem nastaja konkurenca. Slednja pogojuje nastanek trga v sistemu zdravstvenega varstva (Živčec-Kalan in drugi, 2003, str. 28).

Z obstojem konkurence so pogojene tudi cene, ki so temeljni element vsakega tržnega odnosa. Na trgu poskušajo kupci maksimizirati svojo korist, medtem ko poskušajo ponudniki maksimizirati svoj profit. Takšni trgi se imenujejo finalni trgi zdravstvenih

dobrin. Kupec maksimizira svojo korist glede na lastne preference, pri čemer je omejen s prejetim dohodkom ter ceno zdravstvenih in drugih dobrin, ki jih potrebuje za vsakdanjo uporabo (Tajnikar in drugi, 2016).

Tržni mehanizmi koordinacije deležnikov ne vodijo k maksimizaciji družbenih koristi, izhajajočih iz zdravstvenega varstva. Uspešni tržno koordinirani zdravstveni sistemi so pogojeni z ustreznim okoljem sistema, v katerem obstaja popolna konkurenca in kjer so cene enake za vse potrošnike in ponudnike. Prisotna ne sme biti nobena izmed tržnih nepopolnosti, kamor med drugim uvrščamo nepopolno konkurenco in monopole, javne dobrine, zunanje učinke oz. eksternalije ter nepopolne oz. asimetrične informacije, ki prevladujejo v zdravstvu (Tajnikar, 2016, str. 19). V primeru pojava tržnih napak in nepopolnosti trg ni sposoben preoblikovati individualnih interesov v družbene (Tajnikar & Došenović Bonča, 2003, str. 3), prav tako trg tudi ni zmožen zagotoviti ustreznega obsega ponudbe, upoštevajoč povpraševane količine. Tržne mehanizme koordinacije se zaradi navedenega nadomešča z različnimi netržnimi mehanizmi oziroma z državno koordinacijo deležnikov (Tajnikar, 2016, str. 19).

Razloga nastanka netržnih zdravstvenih sistemov sta dva, in sicer (Tajnikar, 2016, str. 19):

- uvedba načela solidarnosti in posledično izguba učinkovitega povpraševanja po zdravstvenih dobrinah in trga zdravstvenih dobrin;
- vpeljava neprofitnega motiva delovanja izvajalcev zdravstvenih storitev zaradi tržnih nepopolnosti in nepopolne konkurence in posledična izguba učinkovite tržne ponudbe ter trga.

Učinkovita ponudba in povpraševanje sta temeljna pogoja nastanka trga zdravstvenih dobrin. Trg nastopa v vlogi koordinatorja zdravstvene dejavnosti. V primeru netržnih mehanizmov vlogo koordinatorja prevzame država.

Netržni zdravstveni sistem je osnova za zagotavljanje solidarnosti. »Solidarnost je pri zadovoljevanju zdravstvenih potreb splošno sprejeto in nenadomestljivo načelo« (Česen, 1988, str. 47). Poleg dostopnosti, kakovosti in učinkovitosti predstavlja solidarnost eno izmed štirih temeljnih načel ekonomike zdravstva (Česen, 1998, str. 39). Načelo (dohodkovne) solidarnosti je uveljavljeno v primeru, ko je posameznikov prispevek za zdravstveno varstvo enak, ne glede na izkazane potrebe oziroma kadar je njegov prispevek različen navkljub enakim potrebam po zdravstvenih dobrinah v primerjavi z drugimi uporabniki (Keber in drugi, 2003, str. 51; Tajnikar, 2016, str. 23). Razlikujemo med šestimi oblikami solidarnosti:

- bolezen oz. zdravstveno stanje,
- starost,
- spol,
- dohodek,

- zaposlenost,
- naseljenost.

Implementaciji solidarnosti v trenutno ekonomsko in politično okolje zdravstvenih sistemov so namenjene zdravstvene reforme (Česen, 2006). Načelo solidarnosti, največkrat enačimo z dohodkovno solidarnostjo, ki predstavlja osnovo za socialno zdravstveno zavarovanje in javne sisteme zdravstvenega varstva, za katere je značilno kolektivno financiranje. Uresničevanje načela solidarnosti je mogoče prek državnega proračuna oziroma prek obveznega zdravstvenega zavarovanja. S pojmom solidarnosti je povezano oblikovanje strukture košarice zdravstvenih dobrin. Država, ki v vlogi kupca zasleduje količinske cilje, usmerja izvajalce kot ponudnike zdravstvenih dobrin k neprofitnemu poslovanju. V nasprotnem primeru bi bil razkorak med količinskimi cilji države in profitnimi cilji ponudnikov prevelik, posledično pa ne bi prišlo do ponudbe, skladne s količinskimi cilji (Tajnikar in drugi, 2016).

Tržno povpraševanje se v primeru kolektivno financiranih dobrin in uresničevanja načela solidarnosti ne more razviti. Nadomestimo ga z oblikovanjem košarice zdravstvenih dobrin, katere struktura je določena s strani države v primeru, ko je plačnik država s finančnimi sredstvi iz proračuna, posredno pa v primeru, če je plačnik ZZZS. Tržna ponudba in povpraševanje ter tržna cena zdravstvenih dobrin se oblikujeta le za dobrine, ki so iz omenjene košarice izvzete in nastopajo na prostem trgu (Tajnikar in drugi, 2016).

V Sloveniji je za večji del zdravstvenih dobrin značilno kolektivno financiranje prek obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ker pa obvezo zdravstveno zavarovanje ne krije izdatkov za storitve iz košarice zdravstvenih dobrin v celoti, se osebe v izogib doplačilom iz žepa prostovoljno zavarujejo. S sklenitvijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja se tveganje posameznika za nastanek zdravstvenih stroškov zmanjša oz. razprši, zmanjša se tudi variabilnost posameznikovega dohodka, poveča pa se njegova koristnost. Po mnenju Reimana (2007, str. 77) se s sklenitvijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja negotovost pretvori v tveganje.

Dejavniki, ki vplivajo na obseg povpraševanja po prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju, so (Feldstein, 2012):

- stopnja nenaklonjenosti k tveganju,
- verjetnost nastanka in razvoja bolezni,
- višina škodnih zahtevkov oziroma višina stroškov zdravstvenih storitev,
- cena zavarovanja oziroma zavarovalna premija,
- višina dohodka potencialnega zavarovanca,
- davčna obravnava premij,
- tehnološki napredek v zdravstvu.

S sklenitvijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in razpršitvijo tveganja se pojavi ločevanje med pojmom uporabnik in plačnik zdravstvenih dobrin ter ločitev med pojmom kupec in plačnik. V primeru, ko uporabnik sočasno nastopa v vlogi kupca in plačnika, mu zavarovalnica naknadno ne povrne vloženih finančnih sredstev. Zavarovalnica nastopa v vlogi plačnika kadar neposredno krije zdravstvene dobrine uporabniku, slednji pa v tem primeru nastopa tudi v vlogi kupca. Za razliko od ZZZS prostovoljne zdravstvene zavarovalnice nikoli ne nastopajo v vlogi kupca, temveč le v vlogi plačnika ali pa ponudnika prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Pri sklenitvi prostovoljnih zavarovanj načelo dohodkovne solidarnosti ne velja. Premije so enake za vse zavarovance iste zavarovalnice ne glede na višino njihovega dohodka. Krijejo se, upoštevajoč načelo vzajemnosti (Sočan, 2013, str. 30).

Po mnenju mnogih, je potrebno v slovenskem zdravstvenem sistemu obdržati dosedanje ureditev obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Živčec-Kalan in drugi, 2003). Delež storitev, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, se znižuje, a po mnenju stroke naj ne bi padel pod 85 %, kar je višje od evropskega povprečja, ki znaša 75–80 %. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje naj bi v Sloveniji imelo sklenjeno približno 95 % prebivalstva, ki plačuje prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 208).

Skupni temeljni cilj vseh zdravstvenih sistemov, torej čim boljše zdravstveno stanje vseh posameznikov, omogoča iskanje odgovora na vprašanje, kateri izmed zdravstvenih sistemov omenjeni cilj najbolj uresničuje. Mednarodne primerjave in analize so ključnega pomena za iskanje najprimernejših rešitev in odpravljanje pomanjkljivosti nacionalnih zdravstvenih sistemov.

Za razliko od že omenjenih publikacij OECD in poročil WHO bodo predstavljene primerjalne dimenzije podlaga systemske analize, ki sledi v nadaljevanju. Primerjalne dimenzije, ki sem jih izoblikovala z namenom prispevka k analizi in vrednotenju zdravstvenih sistemov, so:

- način identifikacije in preoblikovanja potreb v povpraševanje,
- viri financiranja zdravstvenih sistemov in pomen solidarnosti,
- organizacija in način delovanja plačnikov,
- organizacija in odločanje kupcev,
- vloga uporabnikov pri izboru zdravstvenih dobrin in izvajalcev,
- oblikovanje ponudbe in mreža izvajalcev zdravstvenih storitev,
- organizacijska struktura izvajalcev,
- plačilni sistem in mehanizmi racionalizacije ponudbe in povpraševanja,
- regulacija in nadzor zdravstvene dejavnosti ter
- okolje zdravstvenih sistemov.

3 PRIKAZ TEMELJNIH ELEMENTOV ZDRAVSTVENIH SISTEMOV IZBRANIH DRŽAV EVROPSKE UNIJE

V nadaljevanju bom poleg temeljnih značilnosti zdravstvenega varstva v Sloveniji predstavila tudi ureditev zdravstvenih sistemov v osmih izbranih državah EU, in sicer v Nemčiji, Franciji, na Nizozemskem, v Italiji, Španiji, na Švedskem, v Belgiji in Veliki Britaniji. Za izbrane države sem se odločila na podlagi ključnih značilnosti zdravstvenih sistemov v posameznih državah, ki sem jih spoznala v času študija, ter želje po seznanitvi z delovanjem in organizacijo zdravstvenega varstva v bližnjih državah, upoštevajoč geografsko lego Slovenije.

3.1 Identifikacija potreb in njihovega pretvarjanja v povpraševanje

V **Sloveniji** pravna razmerja na področju zdravstva urejajo različni pravni predpisi. Hierarhično najvišji pravni akt, ki določa pravico do socialne varnosti in zdravstvenega varstva vsem prebivalcem, je Ustava (Sočan, 2013, str. 25). Sledijo medsebojno hierarhično prirejeni področni zakoni, med katerimi so Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ) (Ur. l. RS, št. 72/2006), Zakon o zdravstveni dejavnosti (v nadaljevanju ZZDej) (Ur. l. RS, št. 8/1996), Zakon o pacientovih pravicah (v nadaljevanju ZPacP) (Ur. l. RS, št. 55/2017), Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS, št. 51/1998) in drugi (Strban, 2016, str. 46).

ZZVZZ določa osebe in pravice, ki posameznikom pripadajo na podlagi sklenjenega obveznega zdravstvenega zavarovanja. Identificiranje potreb zdravstvenega varstva v Sloveniji je centralizirano in v pristojnosti Ministrstva za zdravje, ki sodeluje z zdravstveno stroko in plačnikom zdravstvenih dobrin iz košarice, ZZS-jem. Ministrstvo za zdravje analizira potrebe, ki jih izkazujejo obvezno zdravstveno zavarovane osebe. Vrsta in obseg zdravstvenih dobrin, potrebnih za zadovoljevanje ugotovljenih potreb, se določi po opravljeni identifikaciji potreb in njihovem preoblikovanju v povpraševanje. V Sloveniji so potrebe preoblikovane v povpraševanje le glede na obseg in strukturo, ne pa tudi z vidika dostopnosti. Potrebe, izkazane v okviru sklenjenih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, lahko zaradi lastnih gospodarskih interesov analizirajo in ugotavljajo posamezni ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj individualno (Toth, 2003).

Osebe, za katere velja sklenitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, so zakonsko določene. Vse druge oblike zdravstvenih zavarovanj so neobvezne, posamezniki se samostojno, upoštevajoč obseg tveganja in finančne zmožnosti, odločijo za sklenitev ene izmed oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (ZZVZZ).

Zdravstveni sistem v **Nemčiji** je najstarejši socialni zdravstveni sistem v Evropi (Lisac, Blum & Schlette, 2008). Pravice, ki posameznikom pripadajo na podlagi sklenjenega osnovnega zdravstvenega zavarovanja, so določene z zakonom. Omenjene pravice so podrobneje opredeljene v aktih mnogoštevilnih bolniških blagajn in krovnem združenju

deželnih združenj plačnikov in izvajalcev (ang. Federal Joint Committee). Krovno združenje sprejema odločitve o načinu izvajanja socialnega zdravstvenega zavarovanja in določa obseg košarice zdravstvenih dobrin. Poleg tega tudi načrtuje potrebe izvajalcev zunajbolnišničnega zdravljenja. Na deželni ravni združenja plačnikov, tj. bolniških blagajn in izvajalcev, določajo pravice, cene in standarde zdravstvenih storitev (Busse & Blümel, 2014).

V Nemčiji so vse osebe, z izjemo nekaterih skupin prebivalstva, obvezno zdravstveno zavarovane. Posamezniki, ki v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja niso vključeni, se morajo prostovoljno zdravstveno zavarovati. Po lastni izbiri se zavarujejo pri izbrani bolniški blagajni, prav tako imajo pravico do samostojne izbire sebi najprimernejše oblike zavarovanja, upoštevajoč zavarovane rizike (Toth, 2012).

Francija je predstavnica Bismarckovega modela socialnega zdravstvenega zavarovanja. Upravljanje zdravstvenega sistema je v Franciji decentralizirano. Del nalog je prepuščenih državi, del nalog pa je v pristojnosti nosilcev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Naloge načrtovanja in upravljanja so v pristojnosti regij (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

V Franciji košarico zdravstvenih dobrin na nacionalni ravni določa ministrstvo. Košarica zajema vse zdravstvene dobrine in storitve, ki so potrebne za zagotavljanje javnega zdravstvenega varstva. Leta 2009 so bile oblikovane regionalne agencije, imenovane »Agences Régionales de Santé« (v nadaljevanju ARS), ki združujejo predstavnike skladov obveznega zdravstvenega zavarovanja, države, izvajalce in druge deležnike javnega zdravstvenega sistema. Njihova naloga je usmerjevalnega in nadzorstvenega značaja. Usklajujejo delo izvajalcev v javnem zdravstvenem sistemu in skrbijo za zagotavljanje primernih storitev zdravstvenega varstva, upoštevajoč ugotovljene potrebe prebivalstva (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Obveznost vseh posameznikov je sklenitev ene izmed oblik zdravstvenega zavarovanja. Za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega varstva veljata dva pogoja (Toth, 2012, str. 61):

- oseba mora biti zavarovana določeno obdobje, t. i. karenčno obdobje;
- predhodno oseba ne sme imeti dolga do države v obliki neplačanih prispevkov za zdravstveno varstvo.

Poleg različnih shem obveznega zdravstvenega zavarovanja je široko razširjeno tudi sklepanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Francija se v primerjavi z vsemi predstavljenimi državami lahko pohvali z najvišjo gospodarsko uspešnostjo prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (Mossialos, Dixon, Figueras & Kutzin, 2002, str. 131).

Nizozemski zdravstveni pravni red narekuje centralizirano ugotavljanje potreb, njihovo preoblikovanje v povpraševanje ter določanje košarice zdravstvenih dobrin in javnih zdravstvenih ciljev s strani vlade. Slednja določa primeren način delitve stroškov in pripomore k oblikovanju ustreznih cen tistih zdravstvenih storitev, ki so izvzete iz pogajanj

med zavarovalnicami in izvajalci. Pri oblikovanju košarice zdravstvenih dobrin ministrstvo sodeluje z neodvisnim institutom (ang. National Healthcare Institute). Košarica zdravstvenih dobrin zajema učinkovite, nujno potrebne dobrine in storitve, ki so uporabnikom cenovno nedosegljive (Kroneman in drugi, 2016).

Obseg storitev, kritih s strani obveznega zdravstvenega zavarovanja, določa država. Nihče izmed nosilcev zdravstvenega zavarovanja obsega pravic svojim zavarovancem ne sme zmanjšati. Nosilci zdravstvenih zavarovanj imajo pravico znižati le višino prispevkov, vendar le zavarovancem, ki sklenejo kolektivne zavarovalne pogodbe (Toth, 2012, str. 64).

Nizozemski zdravstveni red je primer javno-zasebnega, mešanega modela zdravstvenega sistema. Pravice do zdravstvenih storitev so razdeljene med pravicami do dolgotrajne oskrbe, pravicami do ambulantnega zdravljenja, medicinskimi pripomočki in zdravili (Zver, 2015).

Z letom 2006 je v veljavo stopila dolžnost vseh polnoletnih državljanov, da pri izbrani zasebni zdravstveni zavarovalnici sklenejo pogodbeno zdravstveno zavarovanje in si s tem omogočijo dostop do zdravstvenih dobrin, ki jih obvezno socialno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo ne zagotavlja. V omenjeno skupino pravic sodijo s področja splošne medicine storitve pri zdravnikih specialistih ter zdravstvene storitve, vezane na nosečnost in porod. Ureditev posebej ureja posameznike, ki se ne želijo zavarovati zaradi verskih prepričanj, oziroma imigrante z neurejenim statusom. Navkljub zakonskim določbam velik del prebivalstva še zmeraj nima urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja (Kroneman in drugi, 2016).

Italijanski zdravstveni red je med vsemi predstavljenimi sistemi najbolj decentraliziran zdravstveni sistem. V Italiji ministrstvo za zdravje, ki je podprto z delovanjem različnih agencij, prevzema nalogo določanja temeljev in ciljev zdravstvenega varstva, opredelitve strukture in obsega košarice kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin ter ustrezne geografske alokacije izvajalcev javnega zdravstvenega varstva (Ferré in drugi, 2014).

Organizacija zdravstvenega varstva ter izvajanje dejavnosti s področja preventive in promocije zdravja sta v pristojnosti regij. Vsem prebivalcem se zagotavlja pravica do koriščenja zdravstvenih dobrin, vključenih v košarico. Razlog za prenos nalog na regije je, da so le-te bližje uporabnikom in lažje zaznajo njihove izkazane zdravstvene potrebe ter ustrezne prilagodijo ponudbo kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin (Ferré in drugi, 2014).

Skrb za organizacijo italijanskega zdravstvenega sistema na nacionalni ravni prevzema zdravstvena služba, imenovana »Servizio Sanitario Nazionale« (v nadaljevanju SSN).

Po več letih pravne praznine zadnja zdravstvena reforma ureja način izvajanja zdravstvene košarice za ranljive in izključene skupine prebivalstva. Reforma omenjenim osebam

priznava pravico do koriščenja in prejemanja enakih dobrin javnega zdravstvenega sistema, do katerih so upravičeni tudi drugi italijanski državljani (Ferré in drugi, 2014).

Zdravstveni sistem v **Španiji** se je v preteklosti uvrščal v skupino socialnih zdravstvenih sistemov. V osemdesetih letih prejšnjega stoletja je postopoma začel prevzemati značilnosti nacionalnih zdravstvenih sistemov. V omenjenem obdobju se je nadzor nad zdravstveno dejavnostjo decentraliziral. Špansko zdravstveno varstvo v današnjem času sledi trem načelom, in sicer (Durán, 2016, str. 81):

- univerzalnemu kritju potreb prebivalstva, ne glede na njihovo ekonomsko stanje,
- javnemu financiranju in
- decentralizaciji vodilnih zdravstvenih organov.

Predhodno centralno vodeni sistem s strani nacionalnega zavoda za javno zdravstvo (ang. National Institute of Public Health Care, v nadaljevanju INSALUD) se je z namenom boljšega zadovoljevanja zdravstvenih potreb potencialnih uporabnikov decentraliziral (Mossialos, Dixon, Figueras & Kutzin, 2002).

V Španiji so pravila javnega zdravstvenega sistema in kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin določeni na nacionalni ravni. Identifikacija potreb in njihovo pretvarjanje v povpraševanje je naloga ministrstva za zdravje. Za implementacijo sprejetih odločitev skrbijo nosilci zdravstvenega varstva na regionalni ravni (Association internationale de la mutualite, 2002, str. 209).

Na **Švedskem** imajo pravico do kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin vsi državljani. Zdravstveno varstvo je organizirano na treh ravneh, in sicer na (Anell, Glenngård & Merkur, 2012):

- nacionalni ravni,
- regionalni ravni z 12 državnimi sveti in devetimi regionalnimi organi,
- lokalni ravni z 290 občinami.

Ministrstvo za zdravje in socialne zadeve, ki skrbi za izvajanje splošne javne zdravstvene politike ter za identifikacijo potreb in njihovo pretvarjanje v povpraševanje, deluje na nacionalni ravni. Pri delu sodeluje z osmimi vladnimi agencijami, ki zagotavljajo javne zdravstvene storitve. Na regionalni ravni so državni sveti in regionalni organi odgovorni za ustrezno financiranje in zagotavljanje potrebnih zdravstvenih storitev uporabnikom. Mnogoštevilne občine na lokalni ravni so odgovorne za oskrbo invalidnih in starejših oseb. »Sveriges Kommuner och Landsting« (v nadaljevanju SALAR) zastopajo interese švedskih lokalnih oblasti in regij (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Zdravstveni sistem na Švedskem stremi k uresničevanju načela človeškega dostojanstva, solidarnosti in stroškovne učinkovitosti. Solidarnost predstavlja pravico do prednostne zdravstvene obravnave osebam z večjimi potrebami. S pojmom stroškovne učinkovitosti je

opredeljeno razmerje med stroški zdravstvenih storitev in njihovo učinkovitostjo oziroma vplivom, ki ga imajo na izboljšanje zdravstvenega stanja posameznika (Anell, Glengård & Merkur, 2012).

Leta 2005 se je švedsko zdravstvo pričelo postopno reformirati. S skrajševanjem čakalnih dob se je močno okrepil položaj uporabnika zdravstvenih storitev (Anell, Glengård & Merkur, 2012). V današnjem času največji problem švedskega javnega zdravstva predstavljajo predolge čakalne dobe. Slednje so posledica prevelikega obsega povpraševanja, upoštevajoč načrtovani obseg ponudbe kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin (Björnberg, 2018, str. 8).

Za **Belgijo** je značilno obvezno zdravstveno zavarovanje, ki je v enoten upravljavski sistem povezalo vsa predhodna avtonomna zavarovalna združenja. Zakon določa dolžnost sklenitve obveznega zavarovanja za vse zaposlene, samozaposlene in njihove družinske člane ter ostale skupine prebivalstva. Belgijski javni zdravstveni red sledi načelu izbirnosti. Posamezniki lahko prosto izbirajo med različnimi bolniškimi blagajnami (Toth, 2003, str. 169). Poleg obveznega so v Belgiji razširjena tudi prostovoljna zdravstvena zavarovanja, katerih ponudniki so zasebne zdravstvene zavarovalnice (Gerken & Merkur, 2010).

Na nacionalni ravni vodi zdravstveni sistem ministrstvo za javno zdravstvo in družino, katerega naloga je identifikacija potreb in njihovo preoblikovanje v povpraševanje. Ministrstvo ima poleg regulacijske tudi nadzorno vlogo, medtem ko so posamezne naloge izvrševanja zdravstvenega varstva prenesene na raven provinc (Toth, 2003, str. 169).

Skladno s teorijo nacionalno vodenega zdravstvenega sistema je v **Veliki Britaniji** država tista, ki identificira potrebe in jih preoblikuje v povpraševanje. Naloga države je zagotavljanje ustreznih zdravstvenih dobrin vsem uporabnikom, upoštevajoč strukturo in obseg njihovega povpraševanja (Boyle, 2011).

V Veliki Britaniji je nosilec javnega zdravstvenega sistema ministrstvo za zdravje, ki deluje prek NHS. Ključno področje njegovega delovanja je skrb za izvajanje različnih programov, in sicer (Boyle, 2011):

- zdravstvenega varstva,
- izboljšanja zdravja,
- zmanjševanja neenakosti na zdravstvenem področju.

Ministrstvu za zdravje podrejen organ se imenuje »Department of Health«. Slednji prevzema nadzor nad delom NHS in skrbi za organizacijo dela devetih regionalnih agencij, ki so zadolžene za implementacijo pravnega reda in zagotavljanje zdravstvenih storitev (Boyle, 2011).

Sklepanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj je manj razširjeno, vendar z leti narašča. Razlog temu je, da prostovoljno zavarovane osebe niso oproščene plačila davkov, obenem

pa s sklenitvijo omenjene vrste zavarovanja ne pridobijo drugačnih pravic, kot jim jih zagotavlja osnovno zdravstveno zavarovanje (OECD, brez datuma a). Prostovoljno zavarovanje krije enake storitve, kot jih krije NHS, le da je potencialni uporabnik do zdravstvenih storitev upravičen takoj, s čimer se izogne čakalnim dobam (Alport, 2008).

3.2 Viri financiranja in pomen solidarnosti

V Sloveniji ZZVZZ določa vire in način pridobivanja sredstev za kolektivno financirane zdravstvene dobrine. Javna sredstva za kritje zdravstvenih storitev iz košarice dobrin obveznega zdravstvenega zavarovanja pridobivamo preko (Toth, 2003, str. 475):

- sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- proračunskih sredstev države in
- proračunskih sredstev občin.

Temeljni in po obsegu največji finančni vir predstavljajo prispevki obveznega zdravstvenega zavarovanja, pri katerih se upošteva dohodkovna solidarnost. Za zdravstvene dobrine, uvrščene v košarico zdravstvenih dobrin, določene s strani ZZS, je značilno kolektivno financiranje in uresničevanje vseh predhodno opredeljenih oblik solidarnosti.

Upoštevajoč obseg javnih finančnih virov zdravstvenega varstva, prispevkom obveznega zdravstvenega zavarovanja sledi obvezno plačilo nadomestila za zdravstvo in proračunska sredstva, ki se delijo med sredstva države in sredstva lokalnih skupnosti. Zbiranje javnih finančnih sredstev je naloga davčnega organa. Zbrana sredstva se stekajo v proračun plačnika kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, tj. ZZS. Višina proračunskih finančnih sredstev, namenjenih za zdravstveno varstvo, je določena z Zakonom o javnih financah (v nadaljevanju ZJF) Ur. l. RS. št. 11/2011).

Med zasebne finančne vire v Sloveniji uvrščamo (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 205):

- sredstva prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki so vplačana v obliki premij;
- neposredna plačila uporabnikov zdravstvenih storitev izvajalcem;
- sredstva dobredelnih organizacij in donatorjev;
- del sredstev nezgodnih zavarovanj.

Delež zasebnih virov financiranja je v primerjavi z javnimi viri manjši. Največji del finančnih sredstev v Sloveniji predstavljajo sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 205). Upoštevajoč obseg deleža neposrednih plačil iz žepa, se Slovenija med vsemi državami EU uvršča na dno lestvice (Cylus, 2015).

Zbiranje finančnih sredstev v javnem zdravstvenem sistemu je v **Nemčiji** centralizirano. Denarna sredstva v obliki prispevkov se stekajo v enotno blagajno. Sledi prerazporeditev zbranih sredstev posameznim nosilcem zdravstvenih zavarovanj, upoštevajoč izravnalne sheme (Toth, 2012, str. 72).

Prispevki so kriti enakopravno dvopartitno s strani delodajalcev in delojemalcev. V preteklosti je višino prispevkov določala skupščina bolniških blagajn, od leta 2009 pa zakon določa enotno prispevno stopnjo, pri kateri se upošteva načelo enakosti in solidarnosti ter socialna kapica. Socialna kapica predstavlja zgornjo mejo prejemkov, za katere ne veljajo pravila obračunavanja prispevkov za socialno varnost. Ne glede na višino presežka zgornje meje prejemkov, prispevki ostanejo enaki njihovi najvišji vrednosti (Toth, 2003, str. 175).

Poleg splošnih prispevkov je v Nemčiji uveden še dodatni, pavšalni prispevek. Slednjega zavarovane osebe financirajo z namenom kritja koriščenja morebitnih zdravstvenih storitev s strani nezavarovanih družinskih članov. Do uvedbe omenjenega prispevka imajo pravico tudi posamezni nosilci zdravstvenih zavarovanj, kadar le-ti poslujejo s primanjkljajem (Toth, 2012, str. 69).

Bolniške blagajne delujejo kot javne, neprofitne organizacije. V preteklosti je bilo bolniških blagajn več, nato pa so sledili ukrepi racionalizacije njihovega števila. Omejevanje je temeljilo na podlagi minimalnega števila zavarovanih oseb pri posamezni bolniški blagajni ali najmanjši velikosti območja, ki ga bolniška blagajna pokriva (Toth, 2003, str. 175). Do leta 2009 so bolniške blagajne samostojno delovale na nacionalni ravni, nato je prišlo do njihove združitve v enotno organizacijo, imenovano »Federal Association of Sickness Funds« (Busse & Blümel, 2014).

Posledice pomanjkanja denarnih sredstev na deželni ravni se odražajo v tržnem delovanju bolnišničnih ustanov, njihovi liberalizaciji in privatizaciji. Težave s financiranjem so posledica ne vključenosti prebivalstva v eno izmed shem obveznega zdravstvenega zavarovanja. Obvezno zdravstveno zavarovanih je skoraj 90 % prebivalstva. Večina posameznikov ima sklenjeno zavarovanje le z zasebnimi zdravstvenimi zavarovalnicami, ki nudijo nadomestna zavarovanja (predlog ZZDej).

Predlagateljica temeljnega pravnega akta, ki ureja financiranje socialnega varstva (ang. Social Security Finance Act) v **Franciji**, je vlada. Pri delu upošteva priporočila organizacij in nadzornih organov s področja porabe javnih virov. Akt sprejme parlament in z njim določi zgornjo mejo zdravstvenih izdatkov za vsako prihajajoče leto. Zgornja meja izdatkov je bila do leta 2010 vsakoletno presežena. Od leta 2010 dalje veljajo strožji ukrepi za obvladovanje izdatkov. Poleg meje izdatkov parlament potrjuje še višino prispevnih stopenj in posebnih davkov, namenjenih financiranju zdravstva (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Za Francijo je značilen centraliziran sistem financiranja z enim samim plačnikom. Vsi rezidenti so vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje, ki se financira prek davkov in

prispevkov. Finančna sredstva se zbirajo v enotnem nacionalnem skladu, vodenem s strani centralne agencije za socialno varnost. Zbrani finančni viri se na podlagi zakonsko določenih prispevnih stopenj razdelijo med posamezne sheme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Od leta 1998 je prispevek delojemalcev skoraj v celoti nadomestil splošni prispevek za socialo. Njegova višina je pogojena z višino celotnega prejemka posameznika in ne le z višino dohodka od dela. Prispevna stopnja enotnega prispevka za socialo je odvisna od vrste prejemkov. Višja je za dohodke iz kapitala in iger na srečo ter nižja za osebe z nižjimi prejemki. Kritje prispevkov predstavlja davčno olajšavo pri izračunu višine dohodnine (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Glede na strukturo zavarovanih oseb obstaja več medsebojno različnih shem obveznega zdravstvenega zavarovanja. Posamezniki so v sheme, iz katerih ni mogoče izstopiti, uvrščeni upoštevajoč vrsto zaposlitve. Nezaposlene osebe so vključene v splošno shemo. Različne sheme obveznega zdravstvenega zavarovanja medsebojno povezuje nacionalno združenje skladov, imenovano »Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie« (v nadaljevanju UNCAM). Slednje zastopa predstavnike shem v pogajanjih z izvajalci zdravstvenih storitev (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

V francoskem zdravstvenem redu je uveljavljeno univerzalno zdravstveno varstvo. Čeprav so vključeni vsi rezidenti, košarica zdravstvenih dobrin ne krije stroškov zdravstvenih storitev v celoti. Navedeno je razlog, da ima več kot 90 % prebivalstva sklenjeno poleg obveznega tudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Sklenitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ima pomembno vlogo pri zagotavljanju načela enakosti in dostopnosti, saj krije skoraj 13 % vseh zdravstvenih izdatkov. Zagotavlja se uresničevanje načela solidarnosti glede na bolezen in starost, ne pa tudi dohodkovna solidarnost. Višino premij se poskuša izenačiti za vse zavarovance, ne glede na obseg kritja (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Osebam s prejemki pod določenim pragom pripada pravica do brezplačne zdravstvene oskrbe. Osebe z nizkimi prejemki, ki znašajo do največ 30 % nad določenim pragom, imajo pravico do pridobitve t. i. »vaucherja« za nakup dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Zagotavljanje načela univerzalnosti omogočajo zbrana finančna sredstva v obliki davkov, ki jih krijejo zavarovalnice (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Leta 1996 je bila ustanovljena agencija, ki skrbi za dolgove na področju socialnega varstva in je financirana s posebnim davčnim virom. Naloga agencije je preprečevanje prenosa dolgov na prihodnje generacije. Zahteva parlamenta je, da je na vsak novo nastali dolg, prenesen na agencijo, nanj istočasno vezan tudi višji prihodek davčnih virov v agencijo (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Nizozemsko javno zdravstvo se v večini financira prek premij uporabnikov in prek prispevkov delodajalcev. Manjši delež predstavljajo zasebni viri, ki vključujejo plačila iz

žepa in premije za sklenjena dodatna prostovoljna zdravstvena zavarovanja ter proračunska sredstva države, katerih višino določa centralna vlada (Kroneman in drugi, 2016). V zadnjih letih je njihov delež višji zaradi znižanja prispevnih stopenj (Toth, 2012, str. 70).

Za vse polnoletne osebe velja obveznost nakupa enega izmed paketov zdravstvenega zavarovanja, ki jih nudijo zasebne zdravstvene zavarovalnice. Pri določanju višine premije ima država na podlagi direktive EU pravico zakonsko regulirati premijski sistem. Pri višini premije ne velja načelo dohodkovne solidarnosti, premija je enaka za vse zavarovance posamezne zavarovalnice (Zver, 2015). Izjema so skupinske ali kolektivne pogodbe, pri katerih se dopušča, da je premija nižja od individualne premije, vendar ne za več kot 10 %. Poleg premij davčni organ zbira tudi prispevke delodajalcev. Višina prispevkov je pogojena z višino dohodka. Pri določanju prispevne stopnje velja, da naj bi bila polovica vseh finančnih virov zbrana prek prispevkov, vezanih na dohodek, druga polovica pa prek premij (Kroneman in drugi, 2016).

Zbrani prispevki se zbirajo v dveh ločenih skladih. Za prvo skupino zdravstvenih pravic, kamor uvrščamo pravice, pridobljene na podlagi sklenjenega obveznega pogodbenega zdravstvenega zavarovanja in obveznega socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, se prispevki zbirajo v skladu, imenovanem »Allgemene Wet Bijzondere Ziektekosten« (v nadaljevanju AWBZ). Za drugo skupino pravic, pridobljenih na podlagi sklenjenega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, pa se finančna sredstva zbirajo v t. i. centrali, imenovani »Zorgverzekeringswet« (v nadaljevanju ZVW). Zbrana sredstva se razdelijo med nosilce zdravstvenih zavarovanj, upoštevajoč pravila izravnave, določena s strani vlade (Toth, 2012, str. 72). Poleg prispevkov delodajalcev se v posebnem skladu zbirajo še sredstva, ki se skladno z načelom solidarnosti namenijo zavarovalnicam za poplačilo zdravstvenih potreb revnejšega prebivalstva, ki je oproščeno plačila premij (Kroneman in drugi, 2016).

Za nepolnoletne državljane vplačuje sredstva v sklad država. Iz sklada se zavarovalnicam zagotovijo dodatna sredstva, ki zbrana sredstva razdelijo izvajalcem. Neplačevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja je sankcionirano. Premija za neplačnike je višja od normalne premije, kar povzroča pomisleke o nepravilnosti, saj so pogosto neplačniki revnejše skupine prebivalstva, ki zaradi finančnih težav ne zmorejo kriti plačila premij (Kroneman in drugi, 2016).

Temeljni finančni vir zdravstvenega varstva v **Italiji** predstavljajo nacionalni in regionalni davki. Slednji se, upoštevajoč njihovo višino, razlikujejo med posameznimi regijami. Davčna sredstva dopolnjujejo neposredna plačila iz žepa s strani uporabnikov zdravstvenih storitev. Zdravstvenemu varstvu je namenjenih približno 9,2 % letnega bruto domačega proizvoda (v nadaljevanju BDP). Javna finančna sredstva, namenjena za zdravstveno varstvo, predstavljajo približno 78,2 % vseh zdravstvenih virov (Ferré in drugi, 2014).

Davčne omejitve onemogočajo ustrezno zagotavljanje zdravstvenih storitev. Decentralizirani regionalni zdravstveni sistemi zagotavljajo medsebojno drugačne storitve. Razlike v učinkovitosti, kakovosti, dostopnosti in pravičnosti se med severnimi in južnimi regijami v zadnjih letih le še povečujejo (Ferré in drugi, 2014).

Leta 2007 so bili z reformo sprejeti finančni ukrepi, imenovani »Piani di Rientro«, katerih namen je bil izboljšanje ekonomskega stanja v italijanskem nacionalnem zdravstvenem sistemu (Cicchetti & Gasbarrini, 2016).

V **Španiji** temeljni finančni vir javnega zdravstva predstavljajo davki. Obvezno zdravstveno zavarovanje je predpisano za vse posameznike. Ogrožene skupine prebivalstva so oproščene plačila prispevkov, a jim kljub temu pripada pravica do koriščenja javnih zdravstvenih storitev, upoštevajoč načelo solidarnosti (Evropska komisija, 2012).

Prispevne stopnje predstavljajo delež s strani centralne vlade vsakoletno določene prispevne osnove. Finančna sredstva se zbirajo v javni blagajni za socialno varnost, imenovani »Tesorería General de la Seguridad Social« (v nadaljevanju TGSS). Z zbranimi finančnimi sredstvi upravlja nacionalni zavod za socialno varnost, imenovan »Instituto Nacional de la Seguridad Social« (v nadaljevanju INSS) (Evropska komisija, 2012).

Splošna zdravstvena politika je v **švedskem** zdravstvenem sistemu urejena na nacionalni ravni. Financiranje in zagotavljanje zdravstvenih storitev sta v pristojnosti okrožnih svetov in regionalnih organov. Okrožni sveti imajo v lasti pretežni del centrov primarnega zdravstvenega varstva in bolnišničnih ustanov (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Izvajanje javnih in zasebnih zdravstvenih storitev je medsebojno prepleteno. Pretežni del zdravstvenih storitev se financira z javnimi sredstvi. Temeljni finančni vir predstavljajo davki. Z namenom kritja zdravstvenih storitev se s strani organov in svetov na regionalni in lokalni ravni prebivalcem obračunava davke, katerih višina je proporcionalna njihovemu dohodku. Upoštevajoč letne proračune, se na regionalni in lokalni ravni zbrana finančna sredstva razdelijo glede na predvidene zdravstvene dejavnosti (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Primerjalno gledano, Švedska za zdravstveni sektor zagotavlja več človeških virov kot večina drugih držav OECD (Anell, Glenngård & Merkur, 2012). Poleg tega se Švedska s približno 11 % BDP-ja, ki jih nameni za zdravstveno varstvo, uvršča v skupino držav, ki socialnemu sektorju namenijo največji delež BDP-ja (Schreck, 2018). Nordijske države, v skupino katerih uvrščamo tudi Švedsko, uporabnikom zdravstvenih dobrin zagotavljajo največji obseg pravic in ugodnosti, upoštevajoč višino finančnih izdatkov in obseg kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin. Nordijske države imajo v primerjavi z ostalimi evropskimi državami specifično ureditev načina financiranja dolgotrajne oskrbe, ki se v celoti financira le z davki (Colombo, Liena-Nozal, Mercier & Tjadens, 2011).

Belgijsko javno zdravstvo se financira delno s prispevki zavarovancev, delno pa z državnimi sredstvi, namenjenimi nudenju zdravstvenih dobrin ogroženim in ranljivim skupinam prebivalstva. Višina prispevkov je zakonsko določena in se po potrebi lahko s strani parlamenta vsaki dve leti spremeni. Zaradi visoke soudeležbe državnih sredstev pri financiranju zdravstva so prispevne stopnje nižje kot v drugih državah OECD (Toth, 2003, str. 172).

Prispevke so v preteklosti zbirale avtonomne organizacije, kasneje pa je bil ustanovljen t. i. »Office National de Securite Sociale« (v nadaljevanju ONSS). ONSS deluje pod okriljem ministrstva za socialne zadeve in medsebojno povezuje vse nacionalne zdravstvene zavarovalnice. Njegova naloga je opravljanje izravnalne sheme med zavarovalnimi združenji in ustrezna razdelitev zbranih denarnih sredstev pristojnim agencijam, med drugim tudi »Institute National d Assurance Maladie – Invalidite« (v nadaljevanju INAMI). Naloga INAMI je razporeditev prejetih finančnih sredstev med šest nacionalnih zavarovalnih združenj, ki sredstva razdelijo lokalnim zavarovalnicam. Zavarovalnice prejmejo tudi sredstva s strani države, namenjena kritju nepridobljenih sredstev s strani upokojencev in nezaposlenih oseb. Za posamezne poklicne skupine se finančna sredstva za javno zdravstvo zbirajo v pomožnih javnih bolniških blagajnah (Toth, 2003).

Poleg prispevkov in sredstev iz državnega proračuna velik del finančnih virov predstavljajo tudi neposredna plačila iz žepa s strani uporabnikov zdravstvenih dobrin. Ločimo med doplačili s strani zaposlenih oseb in doplačili s strani socialno šibkejših oseb. Skladno z načelom dohodkovne solidarnosti zakon za socialno šibkejše osebe določa ugodnosti, v posameznih primerih tudi popolno oprostitev doplačil. V sistemu doplačil je urejen najvišji zgornji znesek obveznosti zavarovanca (Toth, 2003, str. 170).

Navkljub obveznemu zdravstvenemu zavarovanju imajo osebe v večini primerov sklenjena tudi prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Skoraj 80 % potencialnih uporabnikov zdravstvenih dobrin ima sklenjeno zavarovanje pri enem izmed ponudnikov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. S sklenitvijo ene izmed oblik prostovoljnega zavarovanja osebe v večji meri zmanjšajo tveganje doplačil za zdravstvene dobrine, vključene v košarico dobrin, zagotovljenih v okviru javne zdravstvene mreže, oz. si zagotovijo dodatne ugodnosti pri koriščenju zdravstvenih dobrin (Zver, 2015, str. 15).

Zdravstveni sistem **Velike Britanije** je največji javno financiran zdravstveni sistem ne le v Evropi, temveč na svetu. Javni del zdravstvenega sistema se financira s sredstvi proračuna oziroma z davki. O višini sredstev, ki jih država nameni vsakoletno za zdravstvo, odloča parlament, upoštevajoč usmeritve splošnih javnih financ (Boyle, 2011).

Zbiranje denarnih sredstev, namenjenih zdravstvenemu varstvu, je naloga centralne vlade. Slednja deluje skupaj z nacionalnim oddelkom za zdravje, v pristojnosti katerega je izplačilo denarnih sredstev pristojnim zdravstvenim izvajalcem (Boyle, 2011).

Delež zasebnih sredstev v javnem zdravstvenem sistemu je nizek. Neposredna plačila iz žepa in soudeležba pri kritju zdravstvenih dobrin s strani potencialnih uporabnikov sta nizki (Toth, 2003). Zasebna zdravstvena zavarovanja so manj razširjena kot v drugih predstavljenih državah. Razlog temu je, da prostovoljna zdravstvena zavarovanja ne nudijo dodatnih pravic ali boljšega standarda zdravstvenih storitev. Vzporedno prostovoljno zdravstveno zavarovanje nudi enake pravice in ugodnosti kot obvezno zdravstveno zavarovanje, z razliko, da posamezniki niso uvrščeni na čakalne liste in so do storitev upravičeni mnogo prej. Sklepanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj je bilo sprva razširjeno zaradi pomanjkanja sredstev NHS, v današnjem času pa se posamezniki prostovoljno zavarujejo za primer problemov s čakalnimi listami. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje ima sklenjeno manj kot 15 % vseh oseb (Boyle, 2011). Po letu 2009 se je delež oseb še znižal. Razlog za znižanje deleža prostovoljno zdravstveno zavarovanih oseb je v že omenjenem obsegu pravic, ki je enak pravicam iz zdravstvene košarice obveznega zdravstvenega zavarovanja (Brindle, 2010).

3.3 Organizacija in način delovanja plačnikov

V **Sloveniji** ZZVZZ kot temeljnega plačnika kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin določa ZZZS. ZZZS sredstva pridobiva prek plačila prispevkov obvezno zdravstveno zavarovanih oseb (ZZVZZ).

Prek zasebnih virov financiranja v vlogi plačnika nastopa uporabnik zdravstvenih dobrin. To velja v primeru koriščenja samoplačniških zdravstvenih storitev, za katere se ne zahteva povračila sredstev, ali pa v primeru sklenitve prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pri enem izmed ponudnikov v zameno za plačilo premije. Pri sklenitvi prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj načelo dohodkovne solidarnosti ne velja, višina premije je namreč enaka za vse zavarovance iste zdravstvene zavarovalnice.

V **nemškem** zdravstvenem sistemu razlikujemo med javnimi in zasebnimi plačniki. Bolniške blagajne predstavljajo temeljnega plačnika kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin. Neposredna doplačila iz žepa s strani uporabnika so redka. V izogib neposrednim plačilom imajo bolniške blagajne z združenji zdravstvenih izvajalcev sklenjene pogodbe, s katerimi so določene cene zdravstvenih storitev in načini ravnanja pri zdravljenju. Uporabnik v primeru doplačila prejme povrnjena sredstva s strani bolniške blagajne, pri kateri je zavarovan. Podlago povračila predstavlja sklenjena pogodba plačnika z združenji izvajalcev. Bolniške blagajne kot plačniki uporabniku javnih zdravstvenih storitev zagotavljajo dve vrsti pravic, in sicer (Toth, 2003, str. 176):

- pravico do zdravstvenih storitev,
- pravico do denarnih dajatev.

Deset največjih bolniških blagajn krije stroške zdravstvenih storitev za dve tretjini oseb, vključenih v obvezno zdravstveno zavarovanje. Zavarovane osebe imajo pravico do izbire

bolniške blagajne, ne glede na poklic, ki ga opravljajo. Posebej so urejene le tiste blagajne, ki krijejo zdravstveno varstvo kmetov (Busse & Blümel, 2014).

Osebe, ki v obvezno zavarovanje niso vključene, imajo v večini primerov sklenjeno ali nadomestno ali dodatno zavarovanje. Obe obliki zasebnih zavarovanj ponuja več kot štirideset večjih zdravstvenih zavarovalnic, združenih v združenje zasebnih zavarovalnic. Poleg teh na trgu prostovoljnih zavarovanj deluje še trideset manjših regionalnih zasebnih zavarovalnic. Zasebne zavarovalnice, ki nudijo različne oblike prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, delujejo skladno s tržnimi načeli (Busse & Blümel, 2014).

V **Franciji** je plačnik dobrin iz obveznega zdravstvenega zavarovanja UNCAM, ki zastopa sklade v pogajanjih z državo in izvajalci. Vsak izmed treh največjih skladov je centralno organiziran na nacionalni ravni, z enotami na lokalni ravni. Deluje tudi odbor, katerega vloga je omejena zgolj na ključna strateška vprašanja. Skladi so prek združenja skladov odgovorni za ekonomske posledice sklenjenih pogodb z zasebnimi izvajalci (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije vseh zdravstvenih storitev v celoti. Delež cene, krite s strani obveznega zdravstvenega zavarovanja, je pogojen z vrsto zdravstvene storitve. Za določene bolezni in stanja so zdravstveni izdatki v celoti kriti s strani obveznega zdravstvenega zavarovanja. Poleg doplačil, kritih s strani dopolnilnega zavarovanja, so jasno določena tudi doplačila, ki jih slednje ne krije. Namen tega je racionalizacija povpraševanja in obvladovanje izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja. Posledica takšne ureditve se odraža v več kot 90-odstotnem deležu prebivalstva, vključenem v dopolnilna in druga prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ki krijejo skoraj 14 % vseh zdravstvenih izdatkov (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Pri ponudnikih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj se lahko sklene individualne ali kolektivne oz. skupinske pogodbe. Skupinske pogodbe običajno zagotavljajo višje kritje. Višina premije dopolnilnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj je odvisna od višine prejemkov in neodvisna od starosti osebe. Več kot 40 % vseh prebivalcev ima z zdravstveno zavarovalnico sklenjeno eno izmed oblik skupinskih pogodb. Za sklepanje skupinskih pogodb so uveljavljene spodbude na strani delodajalcev in delojemalcev. Do leta 2017 so bili vsi delodajalci, ne glede na njihovo velikost, zavezani ponuditi skupinske pogodbe svojim zaposlenim ter kriti del njihovih prispevkov (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Nosilci obveznega zdravstvenega zavarovanja na **Nizozemskem** so zasebne zdravstvene zavarovalnice. Zavarovalnice, ki nastopajo v vlogi plačnika, se z izvajalci pogajajo o cenah zdravstvenih dobrin in razporejajo zbrana finančna sredstva. V preteklosti so zdravstvene zavarovalnice delovale v obliki javnih bolniških blagajn ali pa kot zasebne komercialne zavarovalnice. Od leta 2006 dalje so zdravstvene zavarovalnice zasebne, vendar kljub temu delujejo predvsem neprofitno. Njihovo delovanje je nadzorovano s strani krovne

organizacije, imenovane »Zorgverzekeraars Nederland«. Leta 2014 je delovalo 26 zavarovalnic, združenih v devet poslovnih skupin. Štiri največje zavarovalnice so skupaj imele skoraj 90-odstotni tržni delež, le ena med njimi pa je delovala v skladu s profitnimi načeli. Zavarovalnice lahko delujejo kot delniške družbe ali pa kot vzajemne družbe. Delniške družbe delujejo skladno s profitnimi načeli, medtem ko vzajemne družbe delujejo neprofitno (Kroneman in drugi, 2016).

Del prihodkov zavarovalnic predstavljajo enotne premije zavarovancev, del pa sredstva iz sklada, v katerem se zbirajo prispevki delodajalcev in prispevki države za mladoletne posameznike. Do omenjenih sredstev so zavarovalnice upravičene na podlagi izravnave tveganj (Kroneman in drugi, 2016).

V **italijanskem** zdravstvenem sistemu v vlogi plačnika nastopajo regije, ki so zadolžene za zagotavljanje in izvajanje ustrezne zdravstvene oskrbe, do katere so upravičeni potencialni uporabniki na podlagi sklenjenega obveznega zdravstvenega zavarovanja. Slednjim ministrstvo za zdravje z namenom kritja opravljenih javnih zdravstvenih storitev vsako leto dodeli del proračuna, katerega višina se letno spreminja. Poleg regij v vlogi plačnika nastopajo tudi uporabniki, in sicer v primeru koriščenja samoplačniških zdravstvenih storitev ali v primeru zahtevanih doplačil (Cicchetti & Gasbarrini, 2016).

Vlogo plačnika v **španskem** sistemu javnega zdravstva prevzemajo ali avtonomne bolniške blagajne, ki delujejo na regionalni ravni, ali pa uporabnik. Nosilce sistema javnega zdravstva na podlagi že omenjene decentralizacije predstavljajo bolniške blagajne. Slednje upravljajo z denarnimi sredstvi, ki jih prejmejo od INSS. Njihova naloga je pravična razdelitev prejetih finančnih sredstev med izvajalce, upoštevajoč količino opravljenih javnih zdravstvenih storitev (Association internationale de la mutualite, 2002, str. 209).

V **švedskem** javnem zdravstvenem redu nastopajo v vlogi plačnika kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin okrožni sveti, regionalni organi in uporabniki. Okrožni sveti in regionalni organi nastopajo v vlogi plačnika v primeru koriščenja zdravstvenih dobrin, ki jih nudijo javni zdravstveni izvajalci oziroma zasebni zdravstveni izvajalci, vendar le, če so omenjene storitve predhodno ustrezno opredeljene v sklenjeni pogodbi med okrajnimi sveti in zasebnimi zdravstvenimi izvajalci (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Vlogo plačnika v **belgijskem** javnem zdravstvu prevzemajo nosilci zdravstvenih zavarovanj in uporabniki. V primeru, kadar uporabnik vrednost zdravstvene storitve, katere je bil deležen, krije neposredno izvajalcu in kasneje prejme povrnjena vsa ali del vplačanih sredstev, nastopa plačnik tudi v vlogi kupca. Uporabnik nastopa v vlogi plačnika le, kadar si vrednost zdravstvenih dobrin v celoti krije sam, ne da bi zahteval povrnitev vloženih finančnih sredstev (Gerken & Merkur, 2010).

NHS ima v **Veliki Britaniji**, pripadnici Beveridgovega modela zdravstvenega varstva, dvojno vlogo. Nastopa lahko v vlogi plačnika ali pa v vlogi nadzornega izvajalca. Vodilo omenjenega zdravstvenega sistema je centralizacija in združitev vloge plačnika in izvajalca

v enoten organ. Slednje naj bi pripomoglo k racionalizaciji denarnih sredstev, namenjenih administrativnim, organizacijskim in institucionalnim zahtevam javnega zdravstvenega sistema. V vlogi plačnika lahko poleg NHS nastopa tudi uporabnik (Toth, 2003, str. 152).

3.4 Organizacija in odločanje kupcev

V **slovenskem** zdravstvenem sistemu v vlogi kupca zdravstvenih dobrin nastopa ZZZS prek obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma uporabnik v primeru koriščenja storitev prek sklenjenega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ali v primeru koriščenja samoplačniških zdravstvenih storitev. Zdravstvene zavarovalnice, pri katerih ima uporabnik zdravstvenih dobrin sklenjeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ne nastopajo v vlogi kupca zdravstvenih dobrin, temveč le v vlogi plačnika ali pa v vlogi ponudnika prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj oziroma v vlogi agenta (Tajnikar in drugi, 2016).

ZZZS v vlogi kupca pri izvajalcih in drugih dobaviteljih razglasi povpraševanje po zdravstvenih dobrinah. Prednosti pri izbiri imajo javni zdravstveni izvajalci. Upoštevajoč načelo dostopnosti, so v izbor vključeni tudi zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti, v kolikor javni izvajalci ne morejo zagotoviti ustrezne ponudbe, skladne z obsegom povpraševanja (Tajnikar in drugi, 2016).

Upoštevajoč pravila zdravstvene ekonomike, bi morala biti za uspešen in učinkovit zdravstveni sistem košarica zdravstvenih dobrin omejena z zbranimi finančnimi sredstvi oziroma z višino proračuna plačnika obveznega zdravstvenega zavarovanja, tj. ZZZS. Finančna sredstva se zbirajo v obliki plačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. Neomejena košarica kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin, značilna za slovenski javni zdravstveni sistem, je eden izmed razlogov finančne nevzdržnosti. Razlog temu so subjektivno neomejene potrebe po zdravstvenih storitvah, izkazane s strani obvezno zavarovanih oseb, in na drugi strani omejena sredstva, namenjena zdravstvenemu sistemu. Posledice se odražajo v (Tajnikar in drugi, 2016):

- nastanku čakalnih dob,
- nizki kakovosti storitev,
- izgubi javnih izvajalcev.

Navedene posledice neomejene košarice kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin predstavljajo poleg izogiba doplačila za zdravstvene storitve ključne razloge za sklenitev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Ločimo med različnimi oblikami prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, in sicer (Toth, 2003):

- dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki zavaruje morebitna doplačila in je najpogostejša oblika sklenjenih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj;

- dodatno zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezane storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki, pa tudi stroške izplačila denarnih prejemkov, ki niso del pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- nadomestno zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki, in sicer največ v obsegu pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja tistim osebam, ki se v omenjeni sistem zavarovanja ne morejo vključiti;
- vzporedno zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki, ki so sicer del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar jih osebe uveljavljajo na drugačen način.

Možnost sklenitve dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji omogoča več zavarovalnih družb. Med omenjenimi družbami imajo največji tržni delež Triglav, d. d., in Adriatic Slovenica, d. d., ki delujeta kot delniški družbi, ter družba za vzajemno zavarovanje Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z. Vzajemna, d. v. z., je bila ustanovljena leta 1999, nanjo pa je bilo s strani ZZZS preneseno upravljanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Razlika med družbo za vzajemno zavarovanje in delniško družbo je, da družba za vzajemno zavarovanje nima osnovnega, temveč ustanovni kapital. Slednji se ob ustanovitvi družbe oblikuje z namenom kritja stroškov ustanovitve ter drugih organizacijskih in z njimi povezanih stroškov, ki nastanejo ob začetku delovanja družbe. Za vse tri zavarovalnice velja, da so vključene v izravnalno shemo, kar je še posebej pomembno za Vzajemno, d. v. z., ki ima najmanj ugodno strukturo zavarovancev. Pri omenjeni zavarovalnici so v večini zavarovane starejše osebe, ki predstavljajo večje tveganje za nastanek zdravstvenih primerov in z njimi povezanimi stroški (Toth, 2003).

Košarica zdravstvenih pravic v **Nemčiji** je zakonsko opredeljena. Upoštevajoč pravni red, bi morali biti vsi potencialni uporabniki zdravstvenih storitev vključeni v obvezno javno zdravstveno zavarovanje, ki ga v Nemčiji vodijo predstavniki delodajalcev in zavarovanih oseb (predlog ZZDej).

Poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja je v Nemčiji široko razširjeno tudi sklepanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. V največjem obsegu se sklepa nadomestno prostovoljno zavarovanje poleg dopolnilnega in dodatnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Nadomestno prostovoljno zavarovanje podeljuje posameznikom skoraj enake pravice kot javno zdravstveno zavarovanje, kar med drugim vključuje tudi pravico do zdravstvenih storitev in do denarnega nadomestila v časučasne zadržanosti z dela zaradi bolezni. V Nemčiji je za razliko od drugih držav zavarovanje namenjeno dolgotrajni negi, sestavni del obveznega zdravstvenega zavarovanja in zanj se ni mogoče dodatno prostovoljno zavarovati (Busse & Blümel, 2014).

Zdravstvenih storitev so deležni uporabniki, ki sočasno nastopajo v vlogi kupca in plačnika. Za razliko od Slovenije bolniške blagajne, ki vložena sredstva naknadno povrnejo uporabniku, sklepajo pogodbe z združenji izvajalcev in ne neposredno s posameznimi

izvajalci. Za vse izvajalce velja, da morajo biti ustrezno akreditirani in včlanjeni v eno izmed združenj (Busse & Blümel, 2014).

V **francoskem** zdravstvenem sistemu v vlogi kupca zdravstvenih dobrin obveznega zdravstvenega zavarovanja nastopa UNCAM in le izjemoma uporabnik zdravstvenih storitev. UNCAM s samozaposlenimi izvajalci sklepa pogodbe, s katerimi se pogodbenim partnerjem zaveže kriti del prispevkov. V pogodbah so določeni odnosi izvajalcev z uporabniki zdravstvenih storitev, ki jih krije obvezno zavarovanje. Pomembno vlogo v pogajanjih ima ministrstvo, saj imajo združenja izvajalcev veliko pogajalsko moč in skladi težko dosežejo uvedbo predlaganih ukrepov (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Ponudniki prostovoljnih zavarovanj ne nastopajo kot kupci, ker nimajo sklenjenih pogodb z izvajalci javnega zdravstvenega sistema. Prostovoljne zdravstvene zavarovalnice nastopajo kot vzajemne ali pa kot komercialne zavarovalnice. Prve sledijo načelu solidarnosti in načelu enakih premij in delujejo skladno z neprofitnimi načeli. Na drugi strani je cilj komercialnih zavarovalnic ustvarjanje dobička, pri čemer so premije odvisne od stopnje tveganja, ki jo izkaže zavarovanec. Najbolj razširjena oblika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki ne omogoča prednostne obravnave, temveč zavarovanje v primeru zahtevanih doplačil. Omenjena oblika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja krije razliko med zneskom, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje, in dejansko ceno dobrin, pri čemer je višina doplačila odvisna od vrste zdravstvenih dobrin. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje krije tudi zdravstvene storitve, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne financira ali pa jih krije le delno. Primer takšnih zdravstvenih dobrin predstavljajo zdravstveni pripomočki, kot so očala in nezobne proteze. Namen uvedbe dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je bil racionalizirati povpraševanje po zdravstvenih dobrinah. Slednje se ni zmanjšalo, povečal se je delež oseb, ki so sklepale omenjeno vrsto prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

V vlogi kupcev zdravstvenih dobrin na **Nizozemskem** nastopajo uporabniki zdravstvenih dobrin in zdravstvene zavarovalnice, ki se z izvajalci pogajajo o cenah in kakovosti storitev. Za približno 30 % bolnišničnih storitev pogajanja o ceni niso mogoča. Za takšne storitve določi najvišje možne cene posebna neodvisna ustanova, ki jo financira resorno ministrstvo s področja zdravstva. Omenjeni organ ima zakonsko predpisano dolžnost nadzora nad odnosi med zavarovanci in zavarovalnicami, zavarovalnicami in izvajalci ter zavarovanci in izvajalci (Kroneman in drugi, 2016).

Zavarovalnice na podlagi sklenjenih prostovoljnih dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj poleg doplačil krijejo tudi dobrine, ki jih osnovna košarica zdravstvenih dobrin ne krije, kot npr. kritje fizioterapije in nakupa medicinsko-tehničnih pripomočkov, kot so očala (Kroneman in drugi, 2016).

V **Italiji** razlikujemo med dvema kupcema zdravstvenih dobrin. V vlogi kupca kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin nastopajo regije, ki izvršujejo naloge obveznega zdravstvenega zavarovanja, določene na nacionalni ravni. V primeru doplačil ali koriščenja samoplačniških zdravstvenih storitev v vlogi kupca zdravstvenih dobrin nastopa uporabnik (Cicchetti & Gasbarrini, 2016).

V vlogi kupca kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin v **Španiji** v večini primerov nastopajo regionalne bolniške blagajne. Vloga kupca je enakopravna vlogi plačnika zdravstvenih dobrin. V primeru koriščenja zdravstvenih storitev, izvzetih iz košarice kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin, v vlogi kupca nastopa uporabnik. Enako velja tudi v primeru zdravstvenih storitev, za katere se zahteva doplačilo, in v primeru, da oseba nima sklenjenega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki bi ji omogočilo razširjen obseg pravic iz sistema socialne varnosti (Bernal-Delgado in drugi, 2018).

V **švedskem** javnem zdravstvenem sistemu nastopajo v vlogi kupca zdravstvenih dobrin uporabnik ali pa okrajni sveti in občine, ki delujejo na regionalni ravni. Slednje nastopajo tudi v vlogi plačnika in imajo v lasti večino javnih bolnišničnih ustanov (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Švedski trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj je v primerjavi z drugimi državami majhen. Sklenjeno dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje ima le približno 6 % celotnega prebivalstva. Razlog temu je, da podobno kot v Veliki Britaniji sklenitev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja omogoča zgolj hitrejši dostop do zdravstvenih storitev in le minimalno razširitev pravic, pridobljenih s sklenjenim obveznim zdravstvenim zavarovanjem (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

V vlogi kupca zdravstvenih dobrin v **Belgiji** nastopa plačnik iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali pa uporabnik. Večji del prebivalstva ima sklenjeno obvezno zdravstveno zavarovanje, za katerega je značilno, da krije velik del javnih zdravstvenih pravic (Gerken & Merkur, 2010).

V okviru prostovoljnih zavarovanj ločimo med (Toth, 2003, str. 171):

- dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, ki krije tiste storitve, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne zagotavlja, nenujne prevoze uporabnikov zdravstvenih dobrin in dodatna nadomestila za časčasne ali trajne nezmožnosti za delo zaradi bolezni;
- dodatnim zdravstvenim zavarovanjem, ki krije dodatno udobje v bolnišnicah;
- nadomestnim zdravstvenim zavarovanjem, ki je pomembno za samozaposlene osebe, katerim obvezno zdravstveno zavarovanje krije le največja tveganja, med katere se ne uvršča ambulantno zdravljenje, medicinska oskrba, fizioterapija in zobozdravstvene storitve.

V vlogi kupca zdravstvenih dobrin ne nastopajo ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (Gerken & Merkur, 2010).

V **Veliki Britaniji** v vlogi kupca enako kot v vlogi plačnika nastopa NHS ali pa uporabnik zdravstvenih dobrin samostojno. Poleg obveznega se je razvilo tudi vzporedno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki je namenjeno kritju zdravstvenih storitev brez čakalnih dob, kar velja predvsem v primeru kritja stroškov zdravljenja ozdravljivih kratkoročnih bolezni in poškodb. Pogoji za uveljavitev omenjenega zavarovanja je, da je bil uporabnik pred sklenitvijo zavarovanja zdrav (Toth, 2003).

3.5 Vloga uporabnikov pri izboru dobrin in izvajalcev

V **Sloveniji** ZZVZZ določa pravico uporabnika zdravstvenih dobrin, tj. pacienta, da, upoštevajoč izkazane potrebe po zdravstveni oskrbi na primarni ravni, izbere osebnega zdravnika. Po opravljeni izbiri ima uporabnik kadar koli pravico do zamenjave izbranega osebnega zdravnika.

Na sekundarni in terciarni ravni ima uporabnik pravico izbrati, ali bo sodeloval pri napotitvi na višjo raven zdravstvenega varstva ali ne. Pri napotitvi s primarne na sekundarno in terciarno zdravstveno raven osebni zdravnik nastopa v vlogi vratarja. S tem pripomore k zmanjševanju čakalnih vrst in racionalizaciji povpraševanja po zdravstvenih dobrinah sekundarnega in terciarnega nivoja zdravstvene oskrbe (Toth, 2003).

Nemški javni zdravstveni sistem sledi načelu univerzalnosti. Dostop do kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin imajo na podlagi sklenjenega obveznega ali prostovoljnega nadomestnega zdravstvenega zavarovanja vsi rezidenti. Obvezno zdravstveno zavarovanje uporabnikom omogoča koriščenje večjega dela razpoložljivih zdravstvenih storitev (predlog ZZDej).

V javnem zdravstvu se spodbuja funkcija vratarstva, čeprav ni obvezujoče. Uporabniki imajo možnost proste izbire izvajalca, vključenega v mrežo obveznega zdravstvenega zavarovanja. Uporabniki lahko izbirajo med skoraj 98 % vseh izvajalcev zunajbolnišničnih obravnav, ki so ustrezno akreditirani in imajo sklenjeno pogodbo z eno izmed bolniških blagajn (Busse & Blümel, 2014). Gre za ustavno pravico posameznika, ki je ni mogoče omejiti z zakonom ali drugim pravnim aktom (Toth, 2012, str. 78).

V nasprotju s shemami obveznega zdravstvenega zavarovanja imajo uporabniki pravico do izbora bolniških blagajn. Izbrano bolniško blagajno lahko po osemnajstih mesecih zamenjajo. Obvezno zavarovanim posameznikom pripada pravica do proste izbire ponudnika prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (Busse & Blümel, 2014).

V **Franciji** veljata zakonsko opredeljeni načeli univerzalnosti in izbirnosti. Vse osebe imajo pravico dostopati do storitev javnega zdravstvenega sistema. Uporabniki lahko prosto

izberejo zdravstveno ustanovo in izvajalca zdravstvenih storitev (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Neuresničen namen uvedbe vratarstva je bila omejitev načela izbirnosti. Kljub temu velja, da se povrne nižji delež stroškov, v kolikor uporabnik brez napotitve po lastni želji izbere drugega splošnega zdravnika ali specialista. Edina učinkovita omejitev načela izbirnosti je ustrezna geografska razporeditev zdravstvenih izvajalcev in omejitev dostopanja do njih. Z ekonomskega vidika se načelo dostopnosti poskuša omejiti tudi s strani izvajalcev, ki imajo za določene zdravstvene storitve cene nad vrednostjo, ki jo krije obvezno zdravstveno zavarovanje (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Za **nizozemsko** zdravstveno varstvo je značilna visoka stopnja dostopnosti do zdravstvenih storitev. V zadnjih letih se je problem čakalnih dob zmanjšal. Slednje so v današnjem času primerljive z nacionalno določenimi dopustnimi čakalnimi dobami (Kroneman in drugi, 2016).

Pomembno uveljavljeno načelo nizozemskega zdravstvenega sistema je načelo izbirnosti. Zavarovane osebe imajo možnost proste izbire zdravstvenega izvajalca, upoštevajoč ceno in kakovost zdravstvenih storitev. Splošni zdravniki nastopajo v vlogi vratarja, vendar imajo uporabniki v primeru napotitve kljub temu možnost do proste izbire izvajalca. V praksi je mogoče zaznati določene omejitve, predvsem v zvezi s pomanjkanjem splošnih zdravnikov na lokalni ravni, kar otežuje izbor in dostop do zdravstvenega izvajalca (Kroneman in drugi, 2016).

Z namenom omogočiti zavarovancem ustrezno izbiro zdravstvene zavarovalnice in zdravstvenega izvajalca, je nujno treba zagotoviti odsotnost asimetrije informacij. Država podpira objavo in razpoložljivost vseh informacij o čakalnih dobah, kakovosti in cenah zdravstvenih storitev na javno dostopnih spletnih straneh (Kroneman in drugi, 2016).

Največji izziv decentraliziranega zdravstvenega sistema v **Italiji** je najti primeren način za omejitev porabe javnih finančnih sredstev, namenjenih za zdravstveno varstvo, pri tem pa uporabnikom ne omejiti trenutno pripadajočih pravic (Cicchetti & Gasbarrini, 2016).

V italijanskem zdravstvenem varstvu so naloge usklajevanja ponudbe s povpraševanimi količinami v pristojnosti regij. V zadnjih letih se je povpraševanje po kolektivno financiranih zdravstvenih dobrinah racionaliziralo. Uporabniki imajo pravico do proste izbire izvajalca na primarni ravni zdravstvene oskrbe (Cicchetti & Gasbarrini, 2016).

V Italiji velja enotno obvezno zdravstveno zavarovanje za vse državljane. Z zadnjo reformo so se pravice iz zdravstvenega zavarovanja razširile tudi na ranljive in izključene skupine prebivalstva (Cicchetti & Gasbarrini, 2016).

Španija omogoča uporabnikom zdravstvenih dobrin sklenitev obveznega zdravstvenega zavarovanja in posebnih pogodb, ki zavarovanim osebam razširijo obseg pravic, ki jih

pridobijo s sklenitvijo obveznega zdravstvenega zavarovanja. Sklenitev prostovoljnih pogodb predstavlja obliko dvojnega kritja v primeru nastanka zdravstvenega primera (Mossialos, Dixon, Figueras & Kutzin, 2002).

Potencialni uporabniki zdravstvenih storitev so zavarovani glede na poklic, ki ga opravljajo. Znotraj posamezne oblike zavarovanja so zavarovane osebe iste poklicne skupine. Za zagotovitev sklenitve zdravstvenega zavarovanja je po sklenjenem zaposlitvenem razmerju odgovoren delodajalec, samozaposlene osebe pa so za sklenitev ustreznega zavarovanja odgovorne same. Prijavo v sistem socialne varnosti je treba opraviti le ob prvi zaposlitvi (Evropska komisija, 2012).

Po opravljeni prijavi posameznik prejme kartico uporabnika nacionalnega zdravstvenega sistema, ki mu omogoča koriščenje javnih zdravstvenih storitev. Storitve zdravstvene oskrbe krije obvezno zdravstveno zavarovanje, vendar le, če so slednje izvedene pri izvajalcih, vključenih v mrežo zdravstvenih centrov avtonomnih skupnosti, ali v primeru, ko je izvajalec zdravstvenih storitev pooblaščen zdravstveni center (Evropska komisija, 2012).

V **švedskem** zdravstvenem sistemu potencialni uporabniki poleg obveznega sklepajo tudi prostovoljna zdravstvena zavarovanja, katerih trg je majhen, a v zadnjih letih narašča. Omenjeno zavarovanje ima sklenjeno približno 10 % vseh potencialnih uporabnikov zdravstvenih storitev. Zasebne zavarovalnice delujejo kot neprofitne organizacije. Krijejo storitve zdravstvenega varstva ob delu in hkrati zavarovancem omogočajo prednostni dostop do koriščenja zdravstvenih storitev, brez čakalnih dob. Zakon je naslovljen na izvajalce in določa njihove obveznosti, ne pa pravic potencialnih uporabnikov (Legido-Quigley, McKee, Nolte & Glinos, 2008).

Za švedski zdravstveni sistem je značilno, da ni natančno opredeljene košarice ali paketa javnih zdravstvenih pravic. Nabor storitev, ki jih krije javno zdravstvo, je širok. Z namenom skrajševanja čakalnih dob se storitve javnih in zasebnih zdravstvenih izvajalcev medsebojno prekrivajo. Okrožni sveti in občine so odgovorni za financiranje in organizacijo zagotavljanja zdravstvene oskrbe. Posledice omenjene decentralizacije se odražajo kot razlike v kakovosti opravljenih storitev v posameznih regijah in občinah (Legido-Quigley, McKee, Nolte & Glinos, 2008).

Belgijski javni zdravstveni red uporabnikom zagotavlja uresničevanje načela izbirnosti. Uporabniki imajo pravico do proste izbire bolniške blagajne, pri kateri sklenejo obvezno zdravstveno zavarovanje. Poleg tega se uporabnikom priznava pravica do proste izbire izvajalca na primarni in tudi na višji ravni javnega zdravstvenega sistema. Pravico do proste izbire izvajalca na sekundarni ravni zdravstvenega varstva imajo uporabniki tudi brez predhodne napotitve izvajalca s primarne ravni (Toth, 2012, str. 77).

V **Veliki Britaniji** se stremi k uresničevanju načela dostopnosti. Na primarni ravni načelo izbirnosti omejuje vratarska vloga zdravstvenih izvajalcev. Uporabniki zdravstvenih storitev

tako nimajo možnosti proste izbire javne zdravstvene ustanove in proste izbire zdravstvenega izvajalca (Boyle, 2011).

3.6 Oblikovanje ponudbe in mreža izvajalcev zdravstvenih storitev

V **Sloveniji** zdravstveno dejavnost v večjem delu opravljajo javni, manjši del pa je na trgu zasebnih zdravstvenih izvajalcev. Slednji so lahko domače ali tuje pravne ali fizične osebe. Javno-zasebno partnerstvo, kamor uvrščamo tudi sklepanje koncesijskih razmerij, ustanavlja država ali lokalne oblasti. Zasebni izvajalec s sklenitvijo koncesijskega razmerja pridobi koncesijo in postane koncesionar, s tem pa del mreže javnega zdravstvenega sistema. Na podlagi tega pridobi pravico do opravljanja javnih zdravstvenih storitev. Koncesijo v osnovni zdravstveni dejavnosti z odločbo podeli občinski ali mestni upravni organ, skladno s soglasjem Ministrstva za zdravje. V ostalih zdravstvenih dejavnostih koncesijo z odločbo podeli Ministrstvo za zdravje. Značilnost javno-zasebnega partnerstva je, da je sklenjeno za daljše časovno obdobje. Na področju zdravstva so koncesijske pogodbe v večini primerov sklenjene za dobo petnajstih let ali dlje (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 212).

ZZDej opredeljuje koncesijo kot pooblastilo pravni ali fizični osebi, da opravlja delo v okviru javne zdravstvene mreže. Sklenitev koncesijskega razmerja med koncedentom in koncesionarjem ter državo, t. i. tripartitna pogodba, je način, ki omogoča reševanje problema neskladnosti ponudbe s povpraševanjem in posledično tudi dolgih čakalnih dob. Količine dobrin, ki jih lahko ponudijo javni zdravstveni zavodi, so premajhne glede na povpraševane količine. Koncesija se zasebnemu sektorju podeli tudi z namenom uresničevanja načela dostopnosti. Upoštevajoč strukturo povpraševanja, javni zdravstveni zavodi ne omogočajo dostopnosti do vseh zdravstvenih storitev (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007).

Zasebni izvajalci, ki postanejo koncesionarji, se po pridobljeni koncesiji financirajo z javnimi sredstvi. Omenjeno velja za opravljene storitve iz programa storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Koncesije za delo javni zdravstveni izvajalec ne potrebuje. Nadzor nad javno zdravstveno mrežo je v celoti v pristojnosti države (Česen, 2003, str. 16).

V **Nemčiji** ministrstvo na deželni ravni v sodelovanju z deželnimi vladami načrtuje zmogljivosti zdravstvenih ustanov za sekundarno in terciarno zdravstveno raven. Med deželami so opazne velike razlike v zmogljivostih in investicijah v zdravstveno varstvo (Busse & Blümel, 2014).

Zdravstveno dejavnost opravljajo zasebne in javne, profitne in neprofitne bolnišnice. Slednje delujejo na treh ravneh, in sicer (Toth, 2003, str. 177):

- splošne bolnišnice na regionalni ravni,
- večje bolnišnice na lokalni ravni,
- bolnišnice z maksimalno zdravstveno oskrbo na nacionalni ravni.

Regionalna združenja zdravnikov skrbijo za enakomerno razporeditev zdravnikov na nacionalni ravni. Za zunajbolnišnično oskrbo je število zdravnikov in specialistov planirano, upoštevajoč specialnost in njihovo nacionalno geografsko razporeditev ter izkazane potrebe uporabnikov zdravstvenih dobrin (predlog ZZDej).

Pri zagotavljanju načela dostopnosti težavo predstavljajo razlike v načinu kritja opravljenih zunajbolnišničnih storitev. Leta 2013 je bila s strani krovnega združenja plačnikov in izvajalcev sprejeta direktiva, ki kot osnovo določanja števila potrebnih ali načrtovanih zdravstvenih izvajalcev predpisuje obseg povpraševanja po zdravstvenih storitvah in geografsko razpršenost zdravstvenih izvajalcev. Razlog temu je višja raven specializacije izvajalcev, s katero se tudi povečuje področje dela posameznega izvajalca. Primerjalno gledano, velja, da naj bi bili zdravstveni izvajalci v Nemčiji, upoštevajoč potrebe prebivalstva in ostale države članice OECD, enakomerneje razporejeni (Busse & Blümel, 2014).

Zdravstveni izvajalci, ki imajo sklenjeno pogodbo z eno izmed bolniških blagajn, imajo pri opravljanju dejavnosti monopolni položaj. Omenjeni izvajalci lahko sočasno opravljajo tudi storitve za bolnike, ki imajo sklenjeno nadomestno zavarovanje ali drugo obliko prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Busse & Blümel, 2014).

Za **Francijo** so značilne velike neenakosti v zdravstvenem stanju med različnimi skupinami oseb glede na geografsko področje. Naloga ARS je zagotavljanje uresničevanja načela dostopnosti v okviru proračuna ali zgornje meje zdravstvenih izdatkov. Da bi zagotovili večjo dostopnost zdravstvenih storitev vsem uporabnikom, so v Franciji uvedene posebne spodbude za izvajalce, ki naj bi pripomogle k večji geografski razpršenosti (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Izvajalci v francoskem zdravstvenem redu so tako javni kot zasebni. Zunajbolnišnično dejavnost v večini opravljajo zasebni izvajalci, bolnišnice pa so javne in zasebne ter profitne in neprofitne. Prevladujejo neprofitne bolnišnice, kljub temu pa skoraj 40 % zasebnih bolnišnic deluje profitno, kar je višji delež kot v drugih analiziranih državah EU (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Na **Nizozemskem** pogodbe z zdravstvenimi zavarovalnicami sklepajo izvajalci zdravstvenih storitev. Pogodbe, ki jih ima izvajalec sklenjene z različnimi zavarovalnicami, so medsebojno vsebinsko enake. V določenih primerih imajo zavarovalnice pravico, da pogodbo spremenijo. Pri pogodbah, sklenjenih s specialisti, so pogosti dogovori, da izvajalec opravlja dejavnost le za določeno zavarovalnico (Kroneman in drugi, 2016).

Bolnišnične ustanove delujejo kot neprofitne ustanove, njihovo profitno poslovanje je prepovedano. Značilno je združevanje bolnišnic, z namenom krepitev pogajalske moči proti zavarovalnicam. Posledica združevanja se kaže v tem, da posamezne bolnišnice delujejo na geografsko različnih lokacijah. Od leta 2009 se je število bolnišnic stabiliziralo, povečalo pa

se je število klinik, ki zagotavljajo izvenbolnišnično oskrbo, predvsem na obrobnih območjih, kjer živi večina njihovih uporabnikov (Kroneman in drugi, 2016).

Ponudniki zdravstvenih dobrin, ki delujejo znotraj decentraliziranega **italijanskega** javnega zdravstvenega sistema, so lahko javni ali zasebni. Javni ponudniki zdravstvenih dobrin lahko svoje storitve izvajajo neposredno pod okriljem lokalnih zdravstvenih služb ali pa neodvisno od njih (Ferré in drugi, 2014).

Storitve primarne zdravstvene oskrbe izvajajo zdravstveni okraji, ki predstavljajo operativne podružnice lokalnih zdravstvenih organov. Bolnišnično oskrbo zagotavlja mreža akreditiranih javnih in zasebnih bolnišnic (Ferré in drugi, 2014).

Med izvajalci je mogoče zaznati razlike pri zagotavljanju in kakovosti zdravstvenih storitev. Za zdravstvene izvajalce severnih in osrednjih regij Italije je tako z institucionalnega kot tudi z organizacijskega in strokovnega vidika značilen hitrejši razvoj. Njihov razvoj je skladen z mednarodnimi praksami in z usmeritvami centralne vlade, medtem ko južne regije v vseh pogledih nazadujejo. Razlike med severnimi in južnimi regijami se odražajo tudi na družbeno-gospodarskem in kulturnem področju (Ferré in drugi, 2014).

V **Španiji** lahko uporabniki, ki povprašujejo po kolektivno financiranih zdravstvenih dobrinah, izbirajo med javnimi ali zasebnimi zdravstvenimi izvajalci. Količina povpraševanja je premo sorazmerna obsegu kritja obveznega zdravstvenega zavarovanja. Z javnimi sredstvi se financira približno 40 % vseh opravljenih storitev pri zasebnih zdravstvenih izvajalcih (Alvarez Bartolome, & Gogorcena Aoiz, 2014). Z vsako na novo akreditirano ustanovo se v sistemu javnega zdravstvenega varstva pripomore k večji usklajenosti med ponujenimi in povpraševanimi količinami in k zmanjšanju problema dolgih čakalnih dob (Bernal-Delgado in drugi, 2018).

Uporabniki javnih zdravstvenih storitev so pri izbiri izvajalca omejeni z vključenostjo slednjega v sistem socialne varnosti in s krajem prebivališča. Velja, da so uporabniki zdravstvenih storitev pri izbiri omejeni na izvajalce, ki svojo dejavnost opravljajo v kraju njihovega prebivališča oziroma najbližje temu (Evropska komisija, 2012).

Sklepanje dodatnih prostovoljnih zdravstveno-zavarovalnih pogodb ni razširjeno. Izjemo v deležu sklenjenih prostovoljnih zdravstvenih pogodb zaradi drugačnega zgodovinskega razvoja predstavljajo nekatere regije. Prostovoljno zavarovanje ima sklenjeno le približno 10 % celotnega španskega prebivalstva. V primeru sklenjene zavarovalne pogodbe imajo uporabniki prednostno pravico pri dostopu do izvajalcev na višjih ravneh zdravstvenega varstva in v nekaterih primerih tudi širši obseg pravic (Evropska komisija, 2012).

Na primarni ravni v **švedskem** zdravstvenem sistemu lahko potencialni uporabniki prosto izbirajo med javnimi in zasebnimi zdravstvenimi izvajalci. Pravica do proste izbire je omejena na ustrezno akreditirane javne in zasebne izvajalce. Akreditacija izvajalcev temelji

na razpisnem postopku, v katerem pomembno spremenljivko predstavljajo stroški (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Na podlagi ponudbe storitev je vzpostavljena konkurenca med zdravstvenimi izvajalci. Slednji medsebojno ne morejo konkurirati na področju cen, ki so za javne zdravstvene storitve določene vnaprej na regionalni ravni. Temeljijo na razpisnem postopku, pri katerem stroški predstavljajo eno od spremenljivk, ki se uporabljajo za ocenjevanje ponudnikov (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Z namenom preprečevanja nastajanja dolgih čakalnih dob se v **belgijskem** zdravstvu poskuša ponudba čim bolj prilagoditi povpraševanju po zdravstvenih dobrinah. Za posamezne izvajalce zdravstvenega varstva, ki nastopajo v vlogi vratarja, velja pravica do avtonomnega določanja cen kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin (Toth, 2012, str. 77).

Uporabniki ob sklenitvi osnovnega zdravstvenega zavarovanja pridobijo pravico do proste izbire bolniškega sklada, pri čemer lahko izbirajo med enim javnim in šestimi zasebnimi neprofitnimi bolniškimi skladi. Njihova naloga je povračilo vplačanih sredstev uporabnikom in zastopanje svojih članov v INAMI (Gerkens & Merkur, 2010).

V **Veliki Britaniji** ločimo med javnimi in zasebnimi ponudniki zdravstvenih dobrin. Zasebne zdravstvene ustanove nudijo storitve, ki jih javni izvajalci ne izvajajo, in storitve, za katere so značilne dolge čakalne dobe. Za javni zdravstveni sistem je značilna integracija med izvajalcem zdravstvenih storitev in plačnikom. Slednje se odraža v manjšem številu bolnišničnih postelj. Posledica navedenega je nizek delež BDP-ja, ki ga država namenja za javno zdravstveno oskrbo. Ker ponudba ni sorazmerna povpraševanju po kolektivno financiranih zdravstvenih dobrinah, se pojavlja problem čakalnih dob. Prednostna obravnava je mogoča le v primeru, kadar ima uporabnik sklenjeno eno izmed oblik prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Zdravstvena storitev, katere je deležen, je enaka ne glede na vrsto sklenjenega zavarovanja (Toth, 2003, str. 154).

3.7 Organizacijska struktura izvajalcev

V **Sloveniji** je skrb za delovanje zdravstvenega sistema in nudenje potrebnega zdravstvenega varstva vsem prebivalcem prepuščena nacionalni ravni. S tem namenom država ustanavlja in upravlja javne izvajalce ter na podlagi pristojnosti podelitve koncesij odloča o vstopu zasebnih izvajalcev v javno zdravstveno mrežo. Izvajalci, vključeni v javno zdravstveno mrežo, z izjemo koncesionarjev zasebnega sektorja, so v lasti RS ali lokalnih skupnosti in delujejo neprofitno. Zasebni izvajalci, ki nastopajo v vlogi koncesionarja, delujejo profitno in skladno z Zakonom o gospodarskih družbah (v nadaljevanju ZGD) (Ur. l. RS, št. 65/2009). Objekti javnih in zasebnih izvajalcev morajo biti vidno označeni z ustrežno oznako, ki predstavlja opravljanje dejavnosti znotraj mreže javnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007).

Izvajalci zdravstvenega varstva v Sloveniji delujejo na treh ravneh, in sicer na (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 179):

- primarni ravni, ki zajema osnovno zdravstveno in lekarniško dejavnost;
- sekundarni ravni, kamor uvrščamo specialistično ambulantno dejavnost, bolnišnično, diagnostično in terapevtsko dejavnost;
- terciarni ravni, kamor sodita znanstvenoraziskovalna ter izobraževalna dejavnost klinik in inštitutov.

V **Nemčiji** so javne bolnišnice v lasti občin, regij in zveznih dežel ter cerkev in dobrotelčnih organizacij. Lastniki lokalnih splošnih bolnišnic in zdravstvenih domov so občine, vojaške bolnišnice pa so v državni lasti. Zasebne neprofitne bolnišnice so v lasti cerkva in dobrotelčnih organizacij. Zasebne profitne bolnišnice predstavljajo del večjih verig bolnišnic (ang. German Hospital Federation), kar jim omogoča lažje pogajanje z državo in plačniki (Obermann, Müller, Müller, Schmidt & Glazinski, 2013).

Na primarni ravni zdravstvenega varstva ambulantno dejavnost v večini opravljajo zasebni izvajalci, ki se povezujejo v skupinske prakse. Pogoja za opravljanje javnih zdravstvenih storitev sta ustrezna akreditacija in članstvo izvajalcev v združenju zdravnikov, v katerega so vključeni vsi izvajalci, ki nudijo kolektivno financirane zdravstvene dobrine (Busse & Blümel, 2014).

V **francoskem** zdravstvenem sistemu ločimo med javnimi in zasebnimi bolnišnicami, ki so vodene s strani ministrstva. Zasebne neprofitne bolnišnice so povezane z javnim sektorjem in so v lasti fundacij, verskih organizacij in vzajemnih zavarovalnic. Lastništvo zasebnih profitnih bolnišnic je koncentrirano v velikih mednarodnih verigah bolnišnic. Zaposleni v javnih bolnišnicah imajo podoben status in pravice kot drugi javni uslužbenci (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Samozaposleni izvajalci samostojno izberejo mesto svojega delovanja. Zasebne profitne bolnišnice so bolj specializirane in izvajajo v večini posege, pri katerih je hospitalizacijski čas znan vnaprej. Javne bolnišnice izvajajo širši nabor storitev in zahtevnejše posege (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Izvajalci zdravstvenih storitev na **Nizozemskem** so v večini primerov zasebniki, ki delujejo profitno. Splošni zdravniki so pretežno samozaposleni podjetniki. Svoje delo opravljajo samostojno ali v partnerstvih. Bolnišnice delujejo kot neprofitne fundacije, ki se medsebojno povezujejo in imajo dvotirni sistem upravljanja (Kroneman in drugi, 2016).

Sekundarna zdravstvena raven se izvaja v bolnišničnih ustanovah. Posebej je urejena zdravstvena oskrba vojakov, ki je organizirana in financirana s strani Ministrstva za obrambo (Kroneman in drugi, 2016).

Javne zdravstvene storitve v **Italiji** zagotavljajo izvajalci, ki delujejo v javnih zdravstvenih ustanovah. Leta 1992 so v Italiji predlagali uvedbo zakona, ki bi pacientu podeljeval pravico do samostojne izbire zdravstvenega izvajalca. V večini regij državni uradniki predlaganim spremembam niso bili naklonjeni. Posledica se odraža v nizkem deležu zasebnih izvajalcev, ki opravljajo storitve, vključene v javni zdravstveni sistem. Izjema so regije, kot npr. Lombardija, kjer delež zasebnih izvajalcev, ki nudijo javne storitve, presega 30 % vseh zdravstvenih izvajalcev (Ferré in drugi, 2014).

Na lokalni ravni zagotavljajo javne zdravstvene storitve in primarno zdravstveno oskrbo organizacije, imenovane »Aziende Sanitarie Locali«. Sekundarna zdravstvena oskrba in terciarna raven ali specialisti so lahko dosegljivi neposredno pri akreditiranih zdravstvenih izvajalcih ali pa v javnih bolnišnicah (Ferré in drugi, 2014).

Zdravstveni izvajalci, zaposleni pri nacionalni zdravstveni službi, imajo status javnih uslužbencev. Vsi izvajalci, ki zagotavljajo javne zdravstvene storitve, imajo pravico do pridobitve dodatnega prihodka prek zasebnega opravljanja dejavnosti (Ferré in drugi, 2014).

V **španskem** zdravstvenem sistemu je približno 45 % vseh izvajalcev javnih. 50 % izvajalcev je v zasebni lasti, od tega jih približno 40 % svoje delo opravlja v obliki profitnih organizacij, 15 % pa jih dejavnost opravlja skladno z neprofitnimi načeli. Zdravstvene storitve na primarni ravni zagotavljajo zdravstveni domovi, ki delujejo skladno z načelom maksimalne dostopnosti in pravičnosti. Načelo maksimalne dostopnosti pomeni, da izvajalci zdravstvenih storitev omogočijo zagotavljanje slednjih tako v obliki ambulantne zdravstvene oskrbe kot tudi oskrbe na domu, poleg tega pa sodelujejo tudi v programih spodbujanja zdravja in preprečevanja bolezni (Bernal-Delgado in drugi, 2018).

V specializiranih centrih in bolnišnicah se specialistična zdravstvena oskrba zagotavlja v obliki ambulantne in bolnišnične oskrbe (Bernal-Delgado in drugi, 2018).

Temeljni problem nacionalnega zdravstvenega varstva v Španiji predstavlja decentralizirana ureditev zdravstva in posledično neuskkljenost med avtonomnimi skupnostmi, ki so zadolžene za zagotavljanje zdravstvenih dobrin. Slednje se odraža v razliki kakovosti zdravstvenih dobrin med posameznimi regijami (Health Management, 2010).

Na **Švedskem** razlikujemo med javnimi in zasebnimi ponudniki zdravstvenih storitev, ki so po državi geografsko neenakomerno razporejene. Pacienti imajo pravico do proste izbire zdravstvenega izvajalca (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Na regionalni ravni deluje sedem univerzitetnih in približno sedemdeset javnih bolnišnic. V univerzitetnih bolnišnicah se izvaja visoko specializirana oskrba. Za zagotavljanje visoke kakovosti storitev so posamezne občine združene v šest zdravstvenih regij (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Belgijske zdravstvene ustanove nastopajo kot javne ali pa kot zasebne neprofitne zdravstvene organizacije. Bolnišnične ustanove se delijo med splošne in psihiatrične bolnišnice. Splošne bolnišnice se nadalje delijo še med akutne, specializirane in geriatrične oziroma bolnišnice za lajšanje starostnih bolezni (Gerken & Merkur, 2010).

Ambulantna dejavnost je v Belgiji v večji meri zagotovljena s strani individualnih zasebnih zdravstvenih izvajalcev. Izvajalci, ki zdravstveno dejavnost opravljajo na sekundarnem in terciarnem nivoju bolnišničnih ustanov, svoje delo opravljajo na podlagi sklenjene pogodbe. Le manjši delež izvajalcev ima z bolnišnicami sklenjeno redno pogodbo o zaposlitvi. Več kot 50 % vseh bolnišničnih ustanov je v zasebni lasti (Toth, 2003, str. 172).

Kot predhodno že omenjeno, je v **Veliki Britaniji** vloga NHS dvojna, in sicer lahko nastopa v vlogi izvajalca zdravstvenih storitev ali pa v vlogi plačnika. Leta 1988 je bil zdravstveni sistem delno reformiran. Del pristojnosti je bil s strani NHS prenesen na dejanske izvajalce ali ponudnike zdravstvenih dobrin. S tem je bil ustvarjen t. i. notranji trg NHS, ki je razlikoval med izvajalci in plačniki zdravstvenih storitev (Toth, 2003).

Izvajalci se delijo na regionalne in učne bolnišnice. Javne bolnišnice so organizirane v obliki skladov, odgovornih ministrstvu, ali pa v obliki fundacij. Približno 600 bolnišničnih ustanov je v zasebni lasti in ponujajo zdravstvene dobrine, ki jih javni zdravstveni sistem ne financira (Boyle, 2011).

3.8 Plačilni sistem in mehanizmi racionalizacije ponudbe in povpraševanja

V zdravstvenih sistemih povpraševanje predstavlja uporabnikove izkazane potrebe po zdravstvenih dobrinah. Slednje so v večini primerov neomejene in naraščajo hitreje kot viri financiranja, ki zagotavljajo obseg ponudbe. Posledično nastaja neravnotežje in presežno povpraševanje ter težave pri omejevanju košarice glede na dosežen obseg financiranja (Došenović Bonča, 2016, str. 66).

Na obseg povpraševanja po zdravstvenih dobrinah vplivajo različni dejavniki, med drugim tudi (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 193):

- napredek medicinske tehnologije,
- obveščenost uporabnikov,
- spremenjena kupna moč uporabnikov in
- splošno zdravstveno stanje v državi.

Posledice omenjenega neravnotežja med povpraševanimi količinami in razpoložljivimi finančnimi viri se odražajo prek (Došenović Bonča, 2016, str. 67):

- neustreznih cen zdravstvenih dobrin,

- opravljanja storitev izvajalcev v obsegu, ki je večji od pogodbeno dogovorjenega, in preseganja dejanske nad plačano realizacijo,
- nastajanja čakalnih dob,
- nižje kakovosti opravljenih zdravstvenih storitev,
- počasnejšega uvajanja inovacij in
- nezadovoljstva izvajalcev in uporabnikov zdravstvenih dobrin.

Z namenom uresničevanja temeljnega cilja zdravstvenega sistema so pri odpravljanju neravnotežja med povpraševanimi količinami in razpoložljivimi finančnimi viri ključnega pomena finančne in nefinančne spodbude. S slednjimi vplivamo in usmerjamo delo deležnikov zdravstvenega sistema.

Podlago omenjenih spodbud predstavljajo odnosi med agentom in principalom. Agent prevzame vlogo zastopnika principala, ki je eden izmed deležnikov zdravstvenega sistema. Korist in zadovoljstvo principala sta odvisna od dejanj agenta, ki ob upoštevanju principalovih želja sledi tudi lastnim motivom in interesom. Naloga principala je nadzor nad dejanji agenta ter oblikovanje finančnih in nefinančnih spodbud, ki vplivajo na aktivnosti agenta (Došenović Bonča, 2016, str. 92).

V omenjenih agentskih razmerjih je značilno pojavljanje tržnih nepopolnosti, med katerimi je pogosta asimetrija informacij. Zaradi omenjene nepopolnosti pride do negativne selekcije, ki je značilna za sklepanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. V takšnem primeru ena stran (to je v večini primerov zdravstvena zavarovalnica) ne pozna vseh lastnosti posameznika, ki se želi zdravstveno zavarovati, slednje pa pomembno vplivajo na razmerje med zavarovancem in zdravstveno zavarovalnico (Došenović Bonča, 2016, str. 92).

V vseh primerih, kadar pride do ločitve med uporabnikom in plačnikom zdravstvenih storitev, tako pri sklepanju prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, kot pri kolektivno financiranih zdravstvenih dobrinah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, poskuša uporabnik maksimizirati lastne preference. Pri tem se ne ozira na omejitve, izhajajoče iz cen zdravstvenih storitev in razpoložljiva lastna finančna sredstva. Nadomestek omenjenih tržnih omejitev predstavljajo spodbude na strani povpraševanja. Slednje so namenjene racionalizaciji povpraševanja po zdravstvenih dobrinah in zmanjšanju obsega javnih finančnih sredstev, s katerimi se financira košarica dobrin iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Došenović Bonča, 2016, str. 93).

Spodbude na strani povpraševanja razlikujemo glede na to, ali so finančne ali nefinančne. Ločimo med petimi spodbudami na strani povpraševanja, in sicer (Tajnikar in drugi, 2016):

- doplačili,
- odbitki,
- vratarstvom,
- oblikovanjem ponudbe ali oblikovanjem mreže izvajalcev zdravstvenega varstva,

- čakalnimi dobami.

Doplačila uvrščamo med finančne spodbude, namenjena pa so signaliziranju ali seznanitvi uporabnika s ceno zdravstvene dobrine, po kateri povprašuje. Doplačila so nizka in ne smejo biti zavarovana, saj je njihov ključni namen, da jih uporabnik krije neposredno iz žepa. V večini primerov se doplačila uporabljajo na primarni ravni zdravstvenega varstva in v primerih, ko o uporabi zdravstvenih dobrin odloča uporabnik in ne izvajalec zdravstvenih storitev. Doplačila so opredeljena na različne načine, od česar je odvisen vpliv, ki ga imajo na obnašanje kupcev zdravstvenih dobrin. Doplačila so lahko (Došenović Bonča, 2016, str. 96):

- v obliki deleža cene zdravstvene storitve,
- v razliki med ceno zdravstvene storitve in vnaprej določenim zneskom, kritim s strani zavarovalnice ali države, ali pa
- v absolutnem znesku, ki je odvisen od vrste zdravstvene storitve.

Manj kot mehanizem doplačil signalizirajo cene zdravstvenih dobrin odbitki, ki jih prav tako uvrščamo med finančne spodbude na strani povpraševanja. Predstavljajo način vključitve uporabnikov zdravstvenih dobrin v financiranje zdravstvenega varstva. Odbitki krijejo stroške zdravstvenih storitev v celoti ali delno, in sicer v primeru, ko izdatki posameznika presežejo vnaprej določen znesek izdatkov za zdravstvene storitve. Odbitki so namenjeni tudi zniževanju administrativnih stroškov obdelave škodnih zahtevkov, saj za nekatere zdravstvene storitve velja, da kljub nizkim cenam zahtevajo velik obseg cenovno visokih administrativnih dejanj (Došenović Bonča, 2016, str. 97).

Poleg omenjenih finančnih poznamo tudi nefinančne spodbude na strani povpraševanja. Primer nefinančne spodbude predstavlja vratarstvo, ki je namenjeno omejitvi vstopa uporabnikov v zdravstveni sistem. Vratarska funkcija racionalizira število uporabnikov višjih ravni javnega zdravstvenega varstva, s ciljem povečanja zmogljivosti zdravstvene oskrbe in skrajševanja čakalnih dob (Došenović Bonča, 2016, str. 98). Zmogljivost posameznega zdravstvenega sistema opredeljujejo (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 193):

- finančni viri,
- človeški viri,
- organizacijske sposobnosti in zmogljivosti.

Druga oblika nefinančnih spodbud na strani povpraševanja je oblikovanje mreže izvajalcev zdravstvenih dobrin. Slednja opredeljuje stopnjo dostopnosti izvajalcev in njihovih storitev uporabnikom, ki povprašujejo po zdravstvenih dobrinah. Načrtovanje oblikovanja ponudbe predstavlja kompromis med dostopnostjo do izvajalcev zdravstvenih storitev z geografskega in časovnega vidika ter med učinkovitostjo in velikostjo izvajalcev. Omenjeno še posebej

velja za sekundarno in terciarno raven zdravstvenega varstva (Došenović Bonča, 2016, str. 99).

Tretja nefinančna spodbuda na strani povpraševanja so čakalne dobe. Čakalne dobe nastajajo v primerih, kadar je vloga uporabnika in plačnika zdravstvenih dobrin medsebojno ločena. So posledica neustrezne izkoriščenosti elementov uravnavanja in usklajevanja ponudbe ter povpraševanja. V zdravstvu so čakalne dobe v manjši meri zmeraj prisotne. Predolge čakalne dobe povečujejo zdravstveno tveganje na strani uporabnikov zdravstvenih dobrin, še posebej v primeru, če jih ustvarjamo z namenom odpravljanja razlik v obsegu ponudbe in povpraševanja (Došenović Bonča, 2016, str. 100).

Poleg omenjenih spodbud na strani povpraševanja poznamo tudi spodbude na strani ponudbe. Namenjene so stimulaciji izvajalcev k stroškovno učinkovitemu poslovanju. Gre za t. i. sistem delitve stroškov med izvajalcem in plačnikom ali oblike financiranja javnih zdravstvenih izvajalcev. Razlikujemo med različnimi oblikami financiranja izvajalcev, in sicer je plačilo lahko v obliki (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 203):

- plačila po storitvi ali točkah, ki je odvisno od števila opravljenih storitev, izvajalce pa spodbuja k čim večjemu številu opravljenih zdravstvenih storitev;
- plačila po primeru oz. po t. i. skupini primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP), pri katerem se za medsebojno podobne primere, uvrščene v isto skupino, krije enaka vrednost;
- glavarine, ki je opredeljena glede na število uporabnikov zdravstvenih storitev, katerim je nudena zdravstvena oskrba pri posameznem zdravstvenem izvajalcu;
- plačila stroškov deleža plač vseh zaposlenih pri posameznem zdravstvenem izvajalcu, s strani državno koordiniranega zdravstvenega sistema, in sicer v obliki pavšalno dogovorjenega zneska.

Izbrati je treba tisti plačilni model, s katerim se izvajalce v javnem zdravstvenem sistemu spodbuja k učinkovitemu in uspešnemu poslovanju.

V **Sloveniji** so cene, količine in način plačila storitev, ki jih izvajalci nudijo v javni zdravstveni mreži, določeni s pogodbami med izvajalci in ZZZS. V primeru, kadar zakonsko opredeljene cene presegajo vrednost proračunskih sredstev ZZZS, ima plačnik kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin pravico spremeniti cene, ki jih priznava izvajalcem, vključenim v javno zdravstveno mrežo (Toth, 2003).

Cene v zasebnem sektorju se prosto oblikujejo na trgu zdravstvenih dobrin ob srečanju ponudbe in povpraševanja. Ker tovrstna konkurenca pri zagotavljanju dobrin v javnem zdravstvenem sistemu ne obstaja, so tudi za slovenski zdravstveni sistem značilne spodbude na strani ponudbe.

Za specialistično ambulantno dejavnost in preventivne zdravstvene programe je v Sloveniji značilno plačilo po storitvi ali po točkah. Posamezna zdravstvena storitev je opredeljena z

vnaprej določenim številom točk. Zmnožek števila in cene točk predstavlja višino plačila, ki ga prejme izvajalec. Akutna obravnava v slovenskih bolnišnicah se krije po metodi plačila po SPP. Za omenjeno metodo je značilno redno prilagajanje oz. popravljjanje višine plačila, upoštevajoč stroškovno učinkovitost, ki je odvisna tudi od napredka v medicinski tehnologiji (Došenović Bonča, 2016, str 101).

Med spodbudami na strani povpraševanja je najbolj značilno vratarstvo. V javno zdravstveno mrežo lahko uporabnik zdravstvenih storitev vstopi prek koriščenja storitev nujne medicinske pomoči ali pa prek osebnega zdravnika, ki odloča o napotitvi uporabnika na zdravstvene preiskave in storitve k drugemu izvajalcu na isti ali višji ravni. Gre za t. i. obvezno vratarsko funkcijo zdravstvenih izvajalcev, ki se v večini primerov izvaja na primarni ravni (Došenović Bonča, 2016, str. 98).

Za slovenski zdravstveni sistem so značilna tudi doplačila, ki pa ne igrajo vloge finančne spodbude na strani povpraševanja, saj so večinoma zavarovana v okviru dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (Došenović Bonča, 2016, str. 97).

Oblika nefinančne spodbude na strani povpraševanja, značilna tako za Slovenijo kot za mnoge druge evropske države, so čakalne dobe. Predolge čakalne dobe v večini primerov predstavljajo posledico prevelikega obsega povpraševanja glede na obseg ponudbe zdravstvenih dobrin oz. razpoložljive vire financiranja, lahko pa so tudi posledica nerazpoložljivih zmogljivosti na strani ponudbe ali pa razlik v produktivnosti izvajalcev. V Sloveniji so čakalne dobe tudi posledica neustreznega izvajanja vratarske funkcije na primarni ravni zdravstvenega varstva in neustreznih napotitev uporabnikov na višjo zdravstveno raven. Čakalne dobe lahko izzovejo vključevanje zasebnih izvajalcev v javno zdravstveno mrežo, s čimer se pripomore k večjemu številu javnih zdravstvenih izvajalcev in krajšim čakalnim dobam (Došenović Bonča, 2016, str. 100).

V **nemškem** zdravstvenem sistemu se z bolniškimi blagajnami o cenah kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin pogajajo združenja v imenu izvajalcev, s katerimi imajo izvajalci sklenjene pogodbe. Sredstva, ki jih združenja prejmejo s strani bolniških blagajn, sorazmerno razdelijo med člane, upoštevajoč opravljeno delo. Ustrezno akreditiranim zasebnim izvajalcem storitve, opravljene v okviru javnega zdravstva, prav tako krijejo bolniške blagajne. Slednje denarna sredstva razdelijo regionalnim združenjem zdravnikov, ta pa izvajalcem. Znesek, ki ga združenja prejmejo, je omejen na letni ravni, kar pomeni, da je število opravljenih storitev obratno sorazmerno z njihovo ceno (predlog ZZDej).

Cene zdravstvenih storitev zasebnih izvajalcev, ki ne predstavljajo storitev, financiranih s strani obveznega zdravstvenega zavarovanja, so zakonsko določene s strani ministrstva (Busse & Blümel, 2014).

Oblika spodbude na strani ponudbe, značilna za nemško zdravstveno varstvo, je plačilo po metodi SPP. Na strani povpraševanja so kot oblika finančne spodbude uveljavljena doplačila. V izogib slednjim se lahko posamezniki prostovoljno zdravstveno zavarujejo. Kot

oblika nefinančne spodbude je delno uvedeno vratarstvo, ki pa ni obvezujoče in se izvaja na regionalni ravni zdravstvenega varstva. Bolniške blagajne namesto obvezujoče funkcije vratarstva financirajo model družinskega zdravnika, ki naj bi pripomogel k boljši koordinaciji obravnave bolnika (Busse & Blümel, 2014).

V **Franciji** so cene in način plačila za bolnišnične ustanove in ambulantne storitve določeni v pogajanjih med izvajalci in skladi ter potrjeni s strani ministrstva. Za samozaposlene zdravnike so značilna pogajanja s skladi obveznega zdravstvenega zavarovanja. Izvajalci zunajbolnišnične dejavnosti finančna sredstva pridobivajo prek obveznega zdravstvenega zavarovanja, v nekaterih primerih pa v vlogi plačnika nastopajo uporabniki zdravstvenih storitev. Izdatke prejmejo povrnjene s strani omenjenih skladov. Izjema so dražje zdravstvene storitve in osebe z nižjimi prejemki. Ukinitiv neposrednega plačila in razlikovanje med uporabnikom in plačnikom zdravstvenih dobrin sta bila predvidena za reformo v letu 2017, vendar slednja ni bila uveljavljena (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Polno zaposleni zdravniki v javnih bolnišnicah, ki pri opravljanju ambulantne dejavnosti ne prejmejo vseh prispevkov in olajšav, ki jih sicer prejmejo samozaposleni zdravniki, imajo pravico določiti cene storitev nad cenami, ki so določene na nacionalni ravni (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Spodbuda na strani ponudbe, značilne za javne in zasebne bolnišnice, je financiranje po metodi SPP. Višino prejetih finančnih sredstev zdravstvenih izvajalcev, ki delujejo v zasebnem sektorju, pogojuje njihova uspešnost (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Finančne spodbude na strani povpraševanja so prisotne v obliki doplačil, vendar ima velik del prebivalstva sklenjeno prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki je namenjeno kritju doplačil. Posledično se ohranja velik obseg povpraševanja po zdravstvenih dobrinah in nizek delež neposrednih plačil iz žepa. Poleg doplačil so za francosko javno zdravstvo značilne tudi nefinančne spodbude v obliki vratarstva. Vratarska funkcija ni obvezujoča, vendar pa imajo uporabniki, ki specialista obišejo na podlagi napotitve, pravico do določenih spodbud. Uporabnikom, ki specialista obišejo brez napotitve izbranega zdravnika, se finančno kritje zniža (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Za **nizozemski** plačilni sistem je značilno, da se zdravstvene zavarovalnice z izvajalci pogajajo o cenah in kakovosti storitev. Bolnišnice za tiste storitve, ki so predmet pogajanj z zavarovalnicami, objavijo cene, ki veljajo v primeru, da le-te niso vključene v sklenjene pogodbe z zavarovalnico, pri kateri je posameznik zavarovan. Če je cena višja od cene, priznane s strani zavarovalnice, lahko slednja od uporabnika zahteva kritje razlike. Omenjeno predstavlja obliko doplačil in torej eno izmed finančnih spodbud na strani povpraševanja. Obseg kritja je odvisen od oblike sklenjene zavarovalne pogodbe med

zdravstvenim izvajalcem in zavarovalnico oz. oblike zagotovitve pravic bodisi v naravi ali v obliki povrnitve stroškov. Zavarovalne police, ki zagotavljajo storitve v naravi, praviloma ne zagotavljajo polnega kritja, v kolikor storitev ni opravljena pri izvajalcu, ki je pogodbeni partner zavarovalnice. Zdravstvene zavarovalnice v večini krijejo večji del izdatkov, kar omogoča uporabniku svobodno izbiro zdravstvenega izvajalca (Kroneman in drugi, 2016).

Resorno ministrstvo je zadolženo za določitev proračuna, namenjenega zdravstvenemu varstvu, in določitev najvišjega dovoljenega zneska zdravstvenih izdatkov. Če zavarovalnice in izvajalci presežejo najvišjo dovoljeno vrednost, je v pristojnosti ministrstva, da zavarovalnicam ali izvajalcem določi povrnitev dela izgube. Izguba se lahko povrne prek znižanja cen zdravstvenih dobrin ali v obliki neposrednih povračil (Kroneman in drugi, 2016).

Poleg doplačil in odbitkov, ki predstavljajo obliko finančnih spodbud na strani povpraševanja, je za nizozemski javni zdravstveni red značilno tudi vratarstvo, ki pa ga uvrščamo med nefinančne spodbude na strani povpraševanja. V vlogi vratarjev nastopajo splošni zdravniki. Uporabniki lahko na podlagi napotitve prosto izberejo bolnišnico, vendar pa je obseg njihovega kritja odvisen od vsebine sklenjene zavarovalne pogodbe (Kroneman in drugi, 2016).

Spodbuda na strani ponudbe, uvedena v nizozemski zdravstveni red, je financiranje po metodi SPP. Splošni zdravniki prejmejo plačilo po metodi glavarine ali pa za integrirano oskrbo. Na podlagi napotitve s strani zdravstvenega izvajalca na primarni ravni imajo uporabniki pravico do izbire bolnišnične ustanove na višji ravni zdravstvenega varstva (Kroneman in drugi, 2016).

Višina plačil za bolnišnično in ambulantno oskrbo je v **Italiji** določena z nacionalnimi tarifami. Slednje so v obliki referenc določene s strani Ministrstva za zdravje. Spodbuda na strani ponudbe, značilna za italijanski zdravstveni sistem, je financiranje bolnišnic po metodi SPP, medtem ko financiranje ambulantne dejavnosti temelji na tarifi, določeni za enoto nege. SPP so opredeljene na nacionalni ravni in ne veljajo za posamezne zdravstvene storitve, med katerimi je tudi nujna medicinska pomoč (Ferré in drugi, 2014).

Med regijami obstajajo razlike ne le z vidika učinkovitosti, kakovosti, dostopnosti in pravičnosti zdravstvenega reda, temveč tudi z vidika plačilnih sistemov. Vse regije imajo uvedene mehanizme zdravstvenega varstva, namenjene zniževanju porabe sredstev, kadar so le-ta na zgornji meji celotne porabe, določene za posamezno regijo, s čimer naj bi se omejili stroški porabe. Uvedla bi se oblika finančne izravnave med regijami, kar bi zagotovilo potrebno zdravstveno oskrbo vsem potencialnim uporabnikom zdravstvenih storitev (Ferré in drugi, 2014).

S pomočjo spodbud na strani povpraševanja se je v zadnjih letih povpraševanje po kolektivno financiranih zdravstvenih dobrinah racionaliziralo. Razlog je v uvedbi doplačil pri napotitvah na višjo raven zdravstvenega varstva, zdravilih in medicinskih pripomočkih.

Vse več uporabnikov se odloča za koriščenje zdravstvenih storitev zasebnih zdravstvenih izvajalcev (Cicchetti & Gasbarrini, 2016).

V **Španiji** se zasebne bolnišnice, ki ne delujejo kot akreditirani izvajalci INSS, financirajo z zasebnimi viri ali z viri iz tujih organov javne samouprave. Zasebne bolnišnice so v primeru sklenitve pogodbe z INSS upravičene do pridobitve javnih finančnih virov (Bernal-Delgado in drugi, 2018).

Kot oblika spodbude na strani ponudbe je za španski zdravstveni sistem značilno financiranje bolnišničnih izvajalcev s plačilom po storitvi. Plačilo temelji na pogojanjih in je zapisano v splošnih pogodbenih programih, ki so vključeni v sklenjene pogodbe med plačnikom in zdravstvenimi izvajalci (Bernal-Delgado in drugi, 2018).

Z namenom racionalizacije povpraševanja po osnovnih zdravstvenih storitvah je omejeno načelo izbirnosti potencialnega uporabnika zdravstvenih storitev. Storitve, krite s strani socialnega zdravstvenega varstva, lahko uporabnik koristi le pri ustrezno akreditiranih izvajalcih in tistih izvajalcih, ki delujejo v zdravstveni ustanovi, ki se nahaja v kraju prebivanja uporabnika (Evropska komisija, 2012).

Značilna spodbuda na strani povpraševanja je vratarska funkcija zdravstvenih izvajalcev na primarni ravni. Koriščenje zdravstvenih storitev na višji ravni je mogoče le v primeru napotitve s strani zdravnika na primarni ravni ali v primeru koriščenja urgentnih zdravstvenih storitev (Evropska komisija, 2012).

Plačilni sistem za izvajalce zdravstvenega varstva na **Švedskem** je določen na regionalni ravni. Za financiranje izvajalcev zdravstvenega varstva so značilni vnaprej oblikovani modeli cen. Določene so stopnje izplačila za opravljene javne zdravstvene storitve, kar izvajalcem onemogoči zaračunavanje višjih cen od predvidenih (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Spodbuda na strani ponudbe, značilne za javne in zasebne izvajalce, je financiranje prek prejetega plačila, ki je sestavljeno iz proračunskih sredstev, plačila po metodi SPP in metodi uspešnosti. Pri višini plačila po metodi SPP je določena zgornja cenovna meja. Izjemo in tudi neke vrste obliko spodbude na strani ponudbe predstavlja uvedba neizplačila sredstev zdravstvenemu izvajalcu v primeru, kadar opravljena zdravstvena storitev ne dosega ustreznih standardov kakovosti, ali v primeru daljših čakalnih dob (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Čakalne dobe predstavljajo eno izmed nefinančnih spodbud na strani povpraševanja. Problem čakalnih dob, ki pesti švedsko zdravstvo že mnogo let, poskušajo reševati z drugimi spodbudami na strani povpraševanja, s pomočjo katerih bi se racionaliziral obseg povpraševanja po zdravstvenih dobrinah. V vlogi vratarja nastopa osebni zdravnik na primarni ravni. Široko opredeljeno vsebino javne zdravstvene košarice je v večini primerov možno koristiti na višjih ravneh javnega zdravstva. Uvedeno je tudi plačilo provizije

uporabnika neposredno izvajalcu v primeru koriščenja storitev primarne zdravstvene oskrbe (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

V **Belgiji** je prek neposrednih plačil s strani uporabnika kritih približno 20 % opravljenih zdravstvenih storitev. Pri neposrednem plačilu uporabnik krije izvajalcu ceno opravljene zdravstvene storitve v celoti, nato pa del sredstev prejme povrnjen iz sklada zdravstvenega zavarovanja. V primeru, kadar se vloga uporabnika in plačnika ne prekrivata, krije plačnik izvajalcu celotno vrednost zdravstvenih storitev, dolžnost uporabnika pa je, da krije morebitna doplačila in dodatke (Gerken & Merkur, 2010).

Za belgijski javni zdravstveni sistem je značilno, da je financiranje izvajalcev odvisno od vrste zagotovljenih zdravstvenih storitev. Značilna spodbuda na strani ponudbe je plačilo po opravljeni storitvi. Storitve namestitve in nujna medicinska pomoč se financirajo s fiksnim proračunskim zneskom, medtem ko financiranje vseh ostalih medicinskih storitev temelji na metodi opravljenih storitev. Omenjena finančna vira predstavljata skupaj skoraj 80 % vseh prihodkov javnih bolnišničnih ustanov (Gerken & Merkur, 2010).

Z namenom racionalizacije velja omejitev koriščenja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v primeru, ko oseba predhodno ni zavarovana določeno karentno obdobje ali če nima poravnanih prispevkov za zdravstveno varstvo (Toth, 2012).

Značilna spodbuda na strani povpraševanja, prek katere se poskuša racionalizirati povpraševanje po zdravstvenih dobrinah, so doplačila. Uporabniku se vrednost zdravstvene storitve povrne v višini vnaprej dogovorjene pogodbene cene med plačnikom in zdravstvenim izvajalcem. V večini primerov je dejanska cena opravljenih zdravstvenih storitev višja od dogovorjene pogodbene cene, razlika pa predstavlja finančno breme uporabnika zdravstvenih storitev (Toth, 2012).

Leta 2003 je plačilni sistem v zdravstvenem redu **Velike Britanije** doživel reformo. Do takrat uveljavljeno obliko spodbud na strani ponudbe in kritja opravljenih zdravstvenih storitev v obliki pavšala so nadomestili s plačilnim sistemom, pri katerem izvajalci zdravstvenega varstva prejmejo plačilo, upoštevajoč opravljene storitve. Izvajalci lahko za svoje delo prejmejo tudi dodatke. Temeljni namen reforme je večja učinkovitost in izboljšano delovanje zdravstvenega sistema. Rezultati neustrezno delujočega sistema, ki je posledica pomanjkanja finančnih sredstev, se odražajo v slabšem zdravstvenem stanju prebivalstva in dolgih čakalnih dobah (Toth, 2003, str. 151).

Na prevelik obseg povpraševanja vpliva oblika financiranja javnega zdravstvenega sistema. Posamezniki so dolžni kontinuirano kriti splošno določene davke, katerih višina ni pogojena s količino povpraševanja po kolektivno financiranih zdravstvenih dobrinah. Uporabniki posledično ne zaznajo signala cen zdravstvenih dobrin, kar vodi k neracionalnemu povpraševanju. Obseg povpraševanja se zmanjša le v primeru plačila premije za sklenjena prostovoljna zavarovanja ali v primeru doplačil kot ene izmed oblik finančnih spodbud na strani povpraševanja (Toth, 2003, str. 155).

Pri spodbudah na strani povpraševanja je poudarjena vratarska vloga osebnih zdravnikov na primarni ravni. Brez napotitve osebnega zdravnika dostop do sekundarne in terciarne zdravstvene ravni ni mogoč, z izjemo primerov, v katerih je potrebna nujna medicinska pomoč. Značilne nefinančne spodbude na strani povpraševanja so dolge čakalne dobe in čakalne liste. Slednje so razlog nezadovoljstva med uporabniki ter motiv za sklepanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki omogočajo obravnavo brez čakalnih dob. Čakalne dobe so eden izmed ukrepov obvladovanja stroškov zdravstvenega varstva in pripomorejo k temu, da ponudba lažje sledi obsegu povpraševanja po zdravstvenih dobrinah (Toth, 2003, str. 155).

3.9 Regulacija in nadzor zdravstvene dejavnosti

Javni zdravstveni sistem v **Sloveniji** regulira Ministrstvo za zdravje, določene nadzorne funkcije pa so v pristojnosti ZZZS ter strokovnih združenj zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev. V Sloveniji nadzor nad zdravstveno dejavnostjo izvajajo različni subjekti, pri čimer ločimo med strokovnim in finančnim nadzorom ter nadzorom nad izvajanjem zakonskih določil, ki se nanašajo na zdravje prebivalstva (Toth, 2003).

Strokovni nadzor izvajajo stanovske zbornice različnih skupin zdravstvenih izvajalcev, med katerimi je največja Zdravniška zbornica (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 221).

Medicinsko-finančni nadzor se izvaja s strani nadzornih zdravnikov, ki delujejo v posamezni območni enoti ZZZS. Njihova naloga je nadziranje izvajalcev, vključenih v javno zdravstveno mrežo. Analize ugotovitev nadzorov kažejo, da je največkrat vzrok pomanjkljivosti nepravilno in previsoko obračunavanje opravljenih storitev v okviru javne zdravstvene mreže (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 222).

Minimalno zdravstveno kakovost opredeljujejo standardi, določeni s strani plačnika obveznega zdravstvenega zavarovanja. Na podlagi vratarske funkcije imata pravico do presojanja standardov zdravstvenih storitev tudi osebni in napotni zdravnik. Z namenom varovanja javnega zdravja je v pristojnosti zdravstvene inšpekcije nadzor nad izvajanjem zakonov in drugih pravnih predpisov, ki urejajo javno zdravje (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007).

Za začetek opravljanja zdravstvene dejavnosti mora izvajalec izpolnjevati vnaprej predpisane pogoje in s strani Ministrstva za zdravje pridobiti ustrezno dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Slednjega pridobi z vpisom v register Zdravniške zbornice Slovenije. Zasebni izvajalci morajo, v kolikor želijo delovati znotraj javne zdravstvene mreže, skleniti tripartitno koncesijsko pogodbo. Izvajalec lahko deluje le v okviru ene zdravstvene ustanove. Izjemoma, z dovoljenjem, lahko delo opravlja tudi pri drugem javnem ali zasebnem izvajalcu v okviru pravic in obveznosti iz delovnega razmerja ter pod pogojem, da je pri primarnem izvajalcu opravil vse s pogodbo določene obveznosti (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007).

Nemški zdravstveni sistem določa obvezno registracijo zdravstvenih izvajalcev pri deželnih ministrstvih. Zdravstveno osebje se mora, upoštevajoč profil zaposlitve, včlaniti v ustrezno zbornico, ki skrbi za usposabljanje, akreditiranje, vseživljenjsko izobraževanje, predstavitev profesionalnih in etičnih standardov ipd. (Busse & Blümel, 2014).

Od leta 2004 je predpisano redno kontinuirano izobraževanje za vse izvajalce, ki opravljajo dejavnost znotraj obveznega zdravstvenega zavarovanja. Za izvajalce velja obveznost izkazovanja doseženega strokovnega napredka na pet let. Neustrezno izkazan napredek je lahko sankcioniran z znižanjem plačila, ki ga prejmejo v zameno za opravljeno delo (Busse & Blümel, 2014).

Pri sprejemanju odločitev sta krovnemu združenju deželnih združenj plačnikov in izvajalcev v pomoč dva instituta, in sicer (Busse & Blümel, 2014):

- institut, ki ocenjuje stroškovno učinkovitost zdravil in nove tehnologije (ang. Institute for Quality and Efficiency in Health Care), in
- institut, ki je bil z zakonom določen za nadzor kakovosti izvajalcev.

Francoski zdravstveni red določa obveznost bolnišničnih ustanov, da vsake štiri leta pridobijo ali pa obnovijo že pridobljeni certifikat. Omenjeno ne velja za zdravstvene izvajalce, za katere velja obveznost vključitve v vseživljenjsko izobraževanje ali kontinuirano strokovno izpopolnjevanje (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Regulacija nad kakovostjo in učinkovitostjo zdravstvene oskrbe se izvaja na nacionalni ravni, s strani javne avtonomne agencije, imenovane »Haute Autorité de Santé«. Vzpostavljena je posebna spletna stran s podatki oz. kazalniki kakovosti in varnosti za vse javne in zasebne bolnišnične ustanove (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Za **nizozemski** javni zdravstveni sistem je značilno sistematično spremljanje kakovosti. Poseben inšpektorat preverja kakovost in varnost izvajalcev. Ključno nadzorno vlogo ima institucija, imenovana »Nederlandse Zorgautoriteit« (ang. Dutch Health Care Authority, v nadaljevanju NZA), ki nadzira in spodbuja transparentnost odnosov v zdravstvenem sistemu na treh ravneh, in sicer (Kroneman in drugi, 2016):

- med zavarovanci in zavarovalnicami (ang. health insurance market),
- med zavarovalnicami in izvajalci (ang. health purchasing market) in
- med zavarovanci in izvajalci (ang. health provision market).

Organizacija, imenovana »Autoriteit Consument & Markt« (ang. Consumers and Markets Authority, v nadaljevanju ACM), zagotavlja konkurenco in preprečuje nastajanje zdravstvenih kartelov in monopolov (Kroneman in drugi, 2016).

Poseben institut (ang. National Healthcare Institute ZinNL) določa sankcije za neplačnike obveznega zdravstvenega zavarovanja, upravlja s skladom obveznega zavarovanja in skrbi za izravnalno shemo med zavarovalnicami (Kroneman in drugi, 2016).

Svetovalno vlogo prevzema več organizacij in nadzornih organov. Pomembna je tudi samoregulacija s strani profesionalnih združenj, katerih naloga je priprava smernic in zagotavljanje ustrezne kakovosti storitev (Kroneman in drugi, 2016).

Za vse zdravstvene izvajalce velja dolžnost vpisa v register in od leta 2012 naprej ponovitev slednjega na pet let. Namen vpisa je lažje delo inšpektorata, ki je zadolžen za izvajanje disciplinskih postopkov in izrekanje sankcij (Kroneman in drugi, 2016).

Vse organizacije, ki so povezane z zdravstvenim sistem in delom zdravstvene stroke, morajo biti ustrezno licencirane (Kroneman in drugi, 2016).

Za opravljanje zdravstvene dejavnosti v **Italiji** se morajo vsi izvajalci, javni in zasebni, ustrezno akreditirati (Ferré in drugi, 2014).

Nacionalni inštitut za zdravje, imenovan »Istituto Superiore di Sanita« (v nadaljevanju ISS), deluje samostojno in neodvisno od italijanskega ministrstva za zdravje. Ima pomembno svetovalno in nadzorno vlogo. Deluje na področju (Ferré in drugi, 2014):

- znanstvenih raziskav,
- izvajanja in zagotavljanja zdravstvene oskrbe ter
- spodbujanja splošnega javnega zdravja.

Nadzor in usklajevanje izvajanja in zagotavljanja zdravstvenih storitev v **španskem** zdravstvenem sistemu izvaja medregijski odbor nacionalnega zdravstvenega sistema, imenovan »Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud de España« (v nadaljevanju CISNS). Slednji skrbi za usklajevanje, sodelovanje in povezovanje institucij javnega zdravstva na nacionalni in regionalni ravni (Bernal-Delgado in drugi, 2018).

Ministrstvo za zdravje predseduje svetu, ki ga sestavljajo regionalni ministri. Naloga sveta je potrjevanje nacionalnega kataloga storitev, imenovanega »Cartera de servicios communes«. Obveznost nudenja storitev, ki so opredeljene v katalogu, velja za vse regionalne zdravstvene izvajalce (Bernal-Delgado in drugi, 2018).

Vsi zdravstveni izvajalci, ki zagotavljajo javne zdravstvene storitve na **Švedskem**, se morajo ustrezno akreditirati. Za akreditacijo zdravstvenih izvajalcev je zadolžen upravni odbor na ravni regijskih svetov. Podatke o vključenosti posameznega zdravstvenega izvajalca zagotavljajo okrožni sveti in regionalni organi (Anell, Glengård & Merkur, 2012).

Inšpektorat za zdravje in socialno varstvo izvaja nadzor nad zagotavljanjem zdravstvenega varstva in socialnih storitev. Z namenom ocenjevanja možnosti zdravljenja, spremljanja in vrednotenja kakovosti opravljenih zdravstvenih storitev ter vrednotenja rezultatov

zdravstvene oskrbe se vodi več kot sto registrov. Njihovo vodenje je financirano s strani centralne vlade in okrožnih svetov, z njimi pa upravljajo specializirane organizacije, ki so neposredno odgovorne izvršnemu odboru (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Agencija za javno zdravje je zadolžena za izvajanje nadzora nad nalezljivimi boleznimi, javnim zdravjem in zdravstveno tehnologijo. Svoje ugotovitve je dolžna posredovati vladi, vladnim agencijam, občinam in okrajnim svetom (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

V **Belgiji** so za promocijo zdravja, zdravstveno vzgojo in preventivno zdravstveno oskrbo odgovorne vlada in skupnosti. Na področju javnega zdravja ima največjo vlogo združenje za javno zdravje (ang. Belgian Association of Public Health, v nadaljevanju BAPH), ki je znanstveno raziskovalnega značaja. Slednje združuje ustanove in delavce z različnih zdravstvenih področij (Gerkens & Merkur, 2010).

Strokovni, finančni in upravni nadzor izvajajo različni odbori. Splošni nadzor nad nacionalnimi skladi in združenji izvaja nadzorni organ skladov za zdravstveno zavarovanje (Gerkens & Merkur, 2010).

Državni svet v sodelovanju z ministrstvom oblikuje politiko delovanja belgijskih javnih bolnišničnih ustanov (Gerkens & Merkur, 2010).

Za vse zdravstvene izvajalce v **Veliki Britaniji** velja obveznost registracije pri Komisiji za kakovost oskrbe, imenovani »Care Quality Commission« (v nadaljevanju CQC). Slednja skrbi za uresničevanje varnostnih in kakovostnih standardov pri zdravstvenih izvajalcih. V primeru suma pomanjkljivosti se lahko zdravstvenega izvajalca sankcionira z zahtevo za prenehanje opravljanja zdravstvene dejavnosti (Boyle, 2011).

Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost (ang. National Institute for Health and Care Excellence, v nadaljevanju NICE) nadzoruje in ocenjuje možnost novih zdravstvenih tehnologij in njihovo učinkovitost. Sočasno presoja tudi o upravičenosti njihove vključitve v kolektivno financirano košarico zdravstvenih pravic (Boyle, 2011).

Potrebe bolnikov na nacionalni ravni zastopa organizacija, imenovana »Healthwatch England«. Deluje tudi kot pomožna institucija Komisije. V primeru pritožb poroča Komisiji in priporoči ustrezno ukrepanje (Boyle, 2011).

Na nacionalni ravni se vodijo ločeni registri in smernice za zdravljenje posameznih bolezni in obolenj. Za vse zdravstvene izvajalce in njihove sodelavce velja dolžnost pridobitve dovoljenja za opravljanje dela. Za zdravnike velja, da morajo veljavnost dovoljenja vsakih pet let podaljšati. Institucija, odgovorna za izdajo dovoljenj, je splošni zdravniški svet (Boyle, 2011).

3.10 Okolje zdravstvenih sistemov

Najpomembnejši organizaciji v **Sloveniji**, ki sta z zdravstveno dejavnostjo neposredno povezani, sta Zdravniška zbornica ter Komisija za medicinsko etiko in strokovno etična vprašanja. Zdravniška zbornica izdaja dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti zasebnim izvajalcem, medtem ko je naloga Komisije predvsem svetovalnega značaja na področju medicinske etike in deontologije. Komisija proučuje in obravnava vprašanja ter podaja mnenja in pojasnila k posameznim vprašanjem na prej omenjenih področjih (Toth, 2003).

V Sloveniji poleg Zdravniške zbornice in Komisije deluje tudi široko razširjena Zbornica zdravstvene in babiške nege, ki v enotno zvezo združuje strokovna društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007).

Nobena izmed omenjenih organizacij ne nastopa v vlogi plačnika, kupca, izvajalca ali dobavitelja, temveč nastopajo v okolju zdravstvenega sistema. V okolju zdravstvenega sistema tako v Sloveniji kot tudi v drugih predstavljenih državah delujejo različna društva bolnikov in druge nevladne organizacije, ki urejajo zaščito pravic bolnikov. V omenjena društva in organizacije se posamezniki prostovoljno včlanijo, pri nekaterih pa je članstvo pogojeno z istovrstno zdravstveno diagnozo (Zaletel-Kragelj, Eržen & Premik, 2007).

V okolju **nemškega** zdravstvenega sistema delujejo različne stanovske zbornice, v katere so vključeni vsi zdravstveni izvajalci, upoštevajoč pridobljeno specializacijo (Busse & Blümel, 2014).

Poleg stanovskih zbornic na področju zdravstvenega varstva deluje še več kot 150 medicinskih in znanstvenih organizacij, nad katerimi izvaja nadzor zveza za medicinske in znanstvene organizacije (ang. Alliance of Scientific Medical Societies) (Busse & Blümel, 2014).

Naloga zdravniških in ostalih zdravstvenih zbornic je skrb za zagotavljanje ustrezne strokovnosti in kakovosti opravljenih zdravstvenih storitev. Zbornice in organizacije delujejo samostojno in povsem neodvisno od bolniških blagajn (predlog ZZDej).

V **Franciji** sta razširjeni dve vrsti profesionalnih združenj, zbornice in sindikati. Tako zbornica kot sindikat obstajajo za skoraj vse profile zdravstvenih izvajalcev. Vzrok za množično razdrobljenost sindikatov so razlike v profilih ter med zaposlenimi in samozaposlenimi zdravstvenimi izvajalci (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Na nacionalni ravni deluje krovna organizacija (ang. National Union of Health Professionals), ki združuje vse zasebne zdravstvene izvajalce. Odgovorna je za pripravo pogajanj med zasebnimi samozaposlenimi izvajalci in skladi obveznega zavarovanja ter ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Na regionalni ravni se združenja

zdravnikov pogajajo z ARS, ki skrbi za zagotavljanje zdravstvenih storitev, upoštevajoč potrebe prebivalstva in povezovanje zunajbolnišnične in bolnišnične obravnave bolnikov (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Zdravstveni izvajalci, zaposleni v javnih bolnišnicah, so člani združenja zdravnikov v javnih bolnišnicah, imenovanem »Syndicat des Praticiens des Hôpitaux Publics«. Slednji jim omogoča finančna nadomestila v času trajanja bolezni, kar je eden izmed temeljnih razlogov za skoraj 100-odstotno vključenost vseh zdravnikov (Chevreul, Berg Brigham, Durand-Zaleski & Hernández-Quevedo, 2015).

Na **Nizozemskem** so zaposleni v zdravstvu včlanjeni v profesionalna združenja, ki pomembno prispevajo k napredku in kakovosti storitev na področju zdravstvenega varstva (Kroneman in drugi, 2016).

Uporabniki zdravstvenih dobrin so, upoštevajoč diagnozo, združeni v združenja bolnikov. Razlikujemo med splošnimi združenji bolnikov, ki zagovarjajo pravice vseh uporabnikov zdravstvenih storitev, in združenji bolnikov z istovrstnimi boleznimi. Krovna organizacija povezuje več kot šestdeset različnih združenj bolnikov (Kroneman in drugi, 2016).

Zaradi velikega poudarka na zbiranju povratnih informacij deluje v nizozemskem zdravstvenem sistemu vrsta zasebnih in javnih, strokovnih ter raziskovalnih organizacij (Kroneman in drugi, 2016).

V **Italiji** je najpomembnejši tehnični in posvetovalni organ ministrstva za zdravje nacionalni zdravstveni svet (ang. Higher Health Council, v nadaljevanju CSS), ki ga sestavlja 50 članov in predsednik. Združuje vladne predstavnike, znanstvenike, zdravnike in druge priznane strokovnjake. Poleg ministrstva delujejo v okolju zdravstvenega sistema še druge organizacije (Ferré in drugi, 2014).

Nacionalna agencija za regionalne zdravstvene storitve (ang. The National Agency for Regional Health Services, v nadaljevanju AGENAS) nastopa v vlogi posrednika med ministrstvom za zdravje in regionalnimi organi. Slednjim pomaga pri zagotavljanju ustrezne organizacije kakovosti in učinkovitosti zdravstvenega sistema (Ferré in drugi, 2014).

Nacionalni center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ang. National Centre for Disease Prevention and control, v nadaljevanju CCM) je bil ustanovljen z namenom preprečevanja in morebitnega ukrepanja v primeru zdravstvenih nesreč. Pristojnosti centra so se z leti razširile tudi na področje splošne zdravstvene oskrbe, in sicer na (Ferré in drugi, 2014):

- oblikovanje nacionalne strategije, ki bi pripomogla k preprečevanju bolezni;
- spodbujanje zdravega načina življenja in
- zagotavljanje pravičnosti pri dostopu do zdravstvene oskrbe.

V **Španiji** CISNS od leta 2003 sestavlja 17 polnopravnih članov. Na nacionalni ravni so člani ministrstva poleg ministra za zdravje še regionalni ministri in dva stalna opazovalca. Odločitve se sprejemajo soglasno (Bernal-Delgado in drugi, 2018).

Shemo zdravstvenega varstva vodi vladna agencija (ang. Mutuality of State Civil Servants, v nadaljevanju MUFACE). Osebe lahko, upoštevajoč poklic, ki ga opravljajo, sklenejo obvezno zdravstveno zavarovanje ali pa, če želijo, tudi dodatne prostovoljne pogodbe, ki jim omogočijo razširjen obseg pravic, pridobljenih s sklenitvijo obveznega zdravstvenega zavarovanja (Bernal-Delgado in drugi, 2018).

Na **Švedskem** je nacionalni odbor za zdravje in socialno skrbstvo v sodelovanju z nacionalnim inštitutom za javno zdravje in agencijo za zobozdravstvene in farmacevtske dajatve zadolžen za razvoj norm in standardov zdravstvene oskrbe (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Na podlagi leta 2009 ustanovljene nacionalne strategije o raku je bilo leta 2011 ustanovljenih šest regionalnih centrov za boj proti raku (ang. Regional Cancer Center, v nadaljevanju RCC). RCC poskušajo na podlagi sodelovanja med nacionalno in regionalno ravno prispevati k pravičnejšemu, varnejšemu in učinkovitejšemu zdravljenju rakavih obolenj (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Švedska agencija za zdravstvene storitve in storitve oskrbe je zadolžena za analizo in ocenjevanje dostopnosti informacij o zdravstvenem varstvu ter analizo izvajanja storitev zdravstvene oskrbe. Rezultati opravljenih analiz so javno dostopni (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Agencija za e-zdravje poleg vodenja statistike o farmacevtskih proizvodih skrbi tudi za delovanje sistema izmenjave informacij med zdravstvenimi izvajalci in organi oz. osebami, ki odločajo. Poleg tega je agencija zadolžena za ustrezen prenos elektronskih receptov, izdanih na Švedskem, v tujino (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Agencija za javno zdravje državni vladi, vladnim agencijam, občinam in okrajnim svetom zagotavlja dokazno znanje o nadzoru nalezljivih bolezni in javnem zdravju, vključno z oceno zdravstvene tehnologije (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

Švedski svet z zdravstvenega, ekonomskega, etičnega in socialnega vidika spremlja in ocenjuje nove tehnologije in načine zdravljenja (Anell, Glenngård & Merkur, 2012).

V **Belgiji** odbor za načrtovanje medicinske oskrbe skrbi za načrtovanje števila zdravnikov in zdravstvenih izvajalcev. Njegova naloga je oblikovanje ustreznih predlogov za t. i. mehanizem kvote, ki se uporablja po zaključku osnovnega izobraževanja in v času trajanja specializacije (Gerken & Merkur, 2010).

Oddelek za primarno zdravstveno varstvo in krizno upravljanje načrtuje zdravstvene dejavnosti in skrbi za nujno medicinsko pomoč (Gerken & Merkur, 2010).

Nacionalni urad za socialno varnost (ang. National Social Security Office, v nadaljevanju NSSO) deluje pod nadzorom ministrstva za socialne zadeve in javno zdravje ter ščiti vse zaposlene v javnem in zasebnem sektorju, tudi v primeru brezposelnosti (Gerken & Merkur, 2010).

V **Veliki Britaniji** je NICE zadolžen za določanje smernic učinkovitega zdravljenja. Poleg tega je, kot že omenjeno, njegova naloga še ocenjevanje novih zdravstvenih tehnologij in njihove učinkovitosti (Boyle, 2011).

Ministrstvo za zdravje upravlja s spletno stranjo NHS Choices, katere namen je informiranje javnosti o zdravstvenih razmerah prebivalcev, dostopnosti in kakovosti zdravstvenih storitev ter opravljenih inšpekcijskih nadzorih s strani CQC. Na omenjeni spletni strani se zbirajo tudi povratne informacije uporabnikov javnih zdravstvenih storitev (Boyle, 2011).

4 PRIMERJALNA ANALIZA SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA IN ANALIZIRANIH ZDRAVSTVENIH SISTEMOV IZBRANIH DRŽAV EU

Primerjalna analiza slovenskega zdravstvenega sistema in analiziranih sistemov izbranih držav EU temelji na desetih, v prejšnjem poglavju predstavljenih primerjalnih dimenzijah. Slednje sem izoblikovala da bi, upoštevajoč temeljne elemente zdravstvenega sistema v Sloveniji in izbranih državah EU, odgovorila na vprašanja ki sem si jih zastavila, in sicer:

- Kdo opredeljuje potrebe in kako poteka njihovo pretvarjanje v povpraševanje?
- Kako je opredeljen način zadovoljevanja potreb?
- Na kakšen način se pridobivajo finančna sredstva v zdravstvenem sistemu?
- Kateri viri financiranja prevladujejo v posameznem zdravstvenem sistemu?
- Kakšen je pomen solidarnosti v zdravstvenem varstvu?
- Kakšna je organizacijska struktura plačnikov in kako delujejo?
- Kakšna je organizacijska struktura kupcev?
- Na kakšen način in na podlagi katerih dejavnikov se kupci odločijo za nakup zdravstvenih dobrin?
- Kakšna je vloga uporabnikov v zdravstveni mreži?
- Kako vpliva ponudba zdravstvenih dobrin na uporabnike?
- Kdo in na kakšen način določa finančne, kadrovske in institucijske zmogljivosti?
- Kako povpraševanje vpliva na izvajalce in njihovo notranjo organizacijo?
- Na kakšen način in kdo določa cene zdravstvenih storitev?
- Kateri mehanizmi racionalizacije ponudbe in povpraševanja so značilni za sisteme zdravstvenega varstva v različnih državah EU?

- Kdo je zadolžen za regulacijo in nadzor nad izvajanjem zdravstvene dejavnosti?
- Katere pogoje mora izpolnjevati zdravstveni izvajalec pred začetkom opravljanja dela?
- Katere organizacije, povezane z zdravstvenim sistemom, delujejo v okolju poleg zdravstvenega sistema?

Ob pregledu literature sem spoznala, da natančnih odgovorov na posamezna vprašanja, ne bo mogoče najti. Za podrobnejše spoznavanje temeljnih značilnosti in načina delovanja zdravstvenih sistemov v izbranih državah EU bi bila potrebna terenska raziskava. Slednja bi omogočila spoznavanje značilnosti, ki v poročilih EU-organizacij in publikacijah, vezanih na delovanje zdravstvenih sistemov v državah EU, niso opredeljene.

Upoštevajoč dostopno literaturo, sem z namenom sinteze odgovorov na zgoraj navedena vprašanja, izoblikovala v prejšnjem poglavju opredeljene primerjalne dimenzije. Slednje so podlaga v nadaljevanju predstavljene analize delovanja zdravstvenih sistemov v izbranih državah EU.

1. Z vidika identifikacije potreb in njihovega pretvarjanja v povpraševanje je med državami mogoče opaziti razlike v stopnji centraliziranosti zdravstvenih sistemov. Stopnja centralizacije upravljanja in organizacije zdravstvenega sistema pomembno vpliva na dostopnost in kakovost zdravstvene oskrbe, ki je v največji meri pogojena z višino namenjenih finančnih sredstev.

Višja stopnja centralizacije je značilna za države s sistemom univerzalnega zdravstvenega varstva, kot je npr. Velika Britanija. Nasprotno so v državah s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja, kot so Francija, Belgija in Nizozemska, pristojnosti upravljanja in organizacije razdeljene med regijsko in lokalno raven. Omenjene naloge izvajajo ali nacionalne institucije ali skladi, ki predstavljajo t. i. bolniške blagajne. Z izjemo Nemčije in Nizozemske skladi z medsebojnim povezovanjem tvorijo t. i. krovne organizacije. Posebna ureditev skladov je značilna za Nizozemsko, saj so le-ti zaradi povezovanja z zasebnimi zdravstvenimi zavarovalnicami sočasno javnega in zasebnega značaja.

V Sloveniji je stopnja centraliziranosti upravljanja in organizacije zdravstvenega sistema v primerjavi z drugimi predstavljenimi državami EU relativno visoka. Naloge upravljanja in organizacije so razdeljene med Ministrstvom za zdravje in ZZZS. V zadnjih letih je mogoče opaziti trend naraščanja stopnje centraliziranosti upravljanja in organizacije zdravstvenega varstva v analiziranih državah.

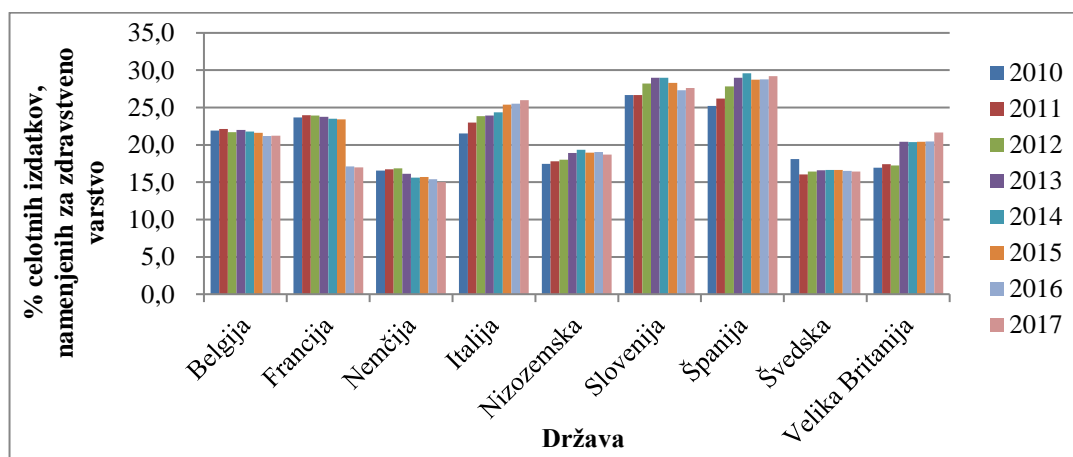
2. Z vidika financiranja in pomena solidarnosti je skupni cilj vseh analiziranih zdravstvenih sistemov uvedba univerzalnega dostopa do zdravstvenih storitev in uveljavitev načela dohodkovne solidarnosti. Vse tipe solidarnosti je mogoče doseči le z določitvijo obvezne sklenitve zdravstvenega zavarovanja. Sklenitev obveznega zdravstvenega zavarovanja ali vključitev v proračunsko financiranje se odraža v visokem deležu zdravstveno

zavarovanega prebivalstva in iz tega izhajajočem deležu zdravega prebivalstva, ki s svojimi aktivnostmi oziroma delom pripomore k izboljšanju družbene blaginje.

Sklenitev obveznega zdravstvenega zavarovanja je značilna tudi za slovenski zdravstveni sistem, kjer poznamo le enega ponudnika obveznega zdravstvenega zavarovanja, to je ZZZS. ZZZS sočasno nastopa tudi v vlogi plačnika kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin in ima vlogo primerljivo bolniškim blagajnam v drugih predstavljenih državah EU. Kot izhaja iz pregleda načinov financiranja zdravstvenega varstva v izbranih državah EU, je v večini držav bolniških blagajn, ki nudijo sklenitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, več. Posamezne bolniške blagajne pri sklepanju obveznih zdravstvenih zavarovanj selekcionirajo posameznike glede na zaposlitveni profil.

Od obveznosti sklenitve zdravstvenega zavarovanja je odvisen način financiranja zdravstvenega sistema. Kot izhaja iz pregleda držav, se zdravstveni sistemi v večini financirajo prek davkov in prispevkov ali t. i. javnih sredstev. Prispevki s finančnega vidika predstavljajo večjo obremenitev za revnejše, saj so odvisni od višine prejetega dohodka, medtem ko višino davkov pogojuje obseg celotnega premoženja posameznika. V primeru financiranja prek davkov je mogoča višja stopnja regulacije kot pri financiranju s prispevki, z izjemo sistemov, kjer se prispevki zbirajo v enotnem skladu, kot je značilno za slovenski zdravstveni sistem. Poleg davkov in prispevkov predstavljajo vir finančnih sredstev tudi plačila premij, ki so značilne za sklenjena prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ter neposredna plačila iz žepa s strani uporabnika zdravstvenih dobrin (Toth, 2003, str. 149).

Slika 1: Delež zasebnih sredstev vseh zdravstvenih izdatkov (%) v obdobju 2010–2017



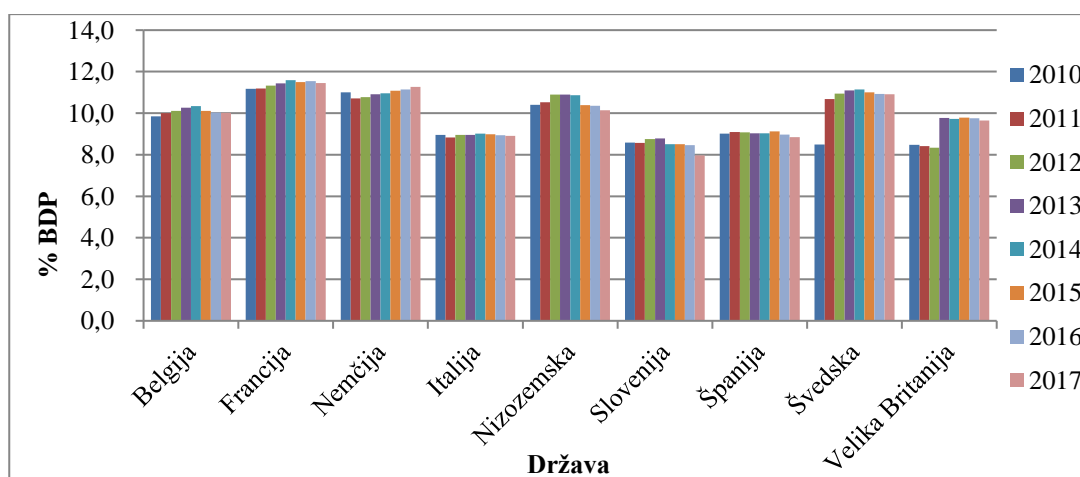
Prirejeno po OECD (brez datuma b).

Kot je prikazano na sliki 1, imajo vse analizirane države delež zasebnih finančnih virov, med katere uvrščamo med drugim tudi izdatke za prostovoljna zdravstvena zavarovanja, nižji od četrte celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo. Izjema sta Slovenija in Španija, kjer predstavljajo zasebni viri financiranja približno 30 % vseh zdravstvenih izdatkov.

Omeniti velja, da v evropskem prostoru sredstva, namenjena zdravstvenemu varstvu, vsakoletno naraščajo. Razlog je predvsem v večanju deleža starejšega prebivalstva, kar predstavlja vse večji problem tudi za slovenski zdravstveni sistem. Starejši uporabniki zdravstvenih storitev potrebujejo v večini primerov za zadovoljitev izkazanih potreb večji obseg cenovno dražjih storitev zdravstvene oskrbe. Ob tem ne smemo pozabiti na potrebne kadrovske prilagoditve ali povečanje števila zdravstvenih izvajalcev, ki jim je predhodno treba omogočiti ustrezno izobrazbo in kasneje ustrezne institucionalne ter materialne pogoje za delo.

Zdravstveni izdatki so v večji meri financirani iz javnih sredstev, pri tem pa velja omeniti, da najmanj 70 % vseh izdatkov za zdravstveno varstvo predstavljajo javni izdatki (OECD, 2017).

Slika 2: Delež BDP-ja (v %), namenjen za zdravstveno varstvo v obdobju 2010–2017



Prirejeno po OECD (brez datuma a).

Kot je razvidno s slike 2, se v evropskih državah javnemu zdravstvenemu sistemu v povprečju namenja okoli 8 % BDP-ja (Sočan, 2013, str. 30).

Slovenija letno zdravstvenemu varstvu nameni v povprečju približno 8 % BDP-ja. Pri tem velja omeniti, da je eden izmed vzrokov podhranjenosti slovenskega zdravstvenega sistema ravno prenizek delež BDP-ja, namenjenega zdravstvu. Jasno je, da se, v kolikor želimo dosegati enake količine zagotovljenih zdravstvenih dobrin, manjši delež BDP-ja, namenjen zdravstvenemu sektorju, ne more kompenzirati z večjim deležem zasebnih sredstev.

3. Tretja primerjalna dimenzija predstavlja organizacijsko strukturo in način delovanja plačnikov. Analiza plačnikov zdravstvenih dobrin vodi k ugotovitvi, da ločimo med plačniki kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin in zasebnimi plačniki. Kot izhaja iz pregleda ureditve omenjene dimenzije v izbranih državah EU, imajo vse države, z izjemo Velike Britanije, uveljavljen sistem, v katerem so izvajalci in plačniki kolektivno

financiranih zdravstvenih dobrin medsebojno organizacijsko ločeni subjekti. Podlago njihovega povezovanja predstavljajo sklenjene medsebojne pogodbe.

Za Veliko Britanijo in Slovenijo je značilno, da plačniki regulirajo način delovanja javnih zdravstvenih izvajalcev. V Sloveniji, v vlogi plačnika kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin nastopa ZZZS. ZZZS regulira delo zdravstvenih izvajalcev prek sklenjenih medsebojnih pogodb, v katerih so določeni način in pogoji dela za izvajalce, vključene v javno zdravstveno mrežo.

V predstavljenih državah članicah EU, kot sta Nemčija in Španija, v vlogi plačnika kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin nastopajo bolniške blagajne. V večini primerov je njihova naloga pravična razdelitev prejetih finančnih sredstev med vsemi javnimi zdravstvenimi izvajalci.

Kot izhaja iz pregleda zdravstvenih sistemov v izbranih državah EU, v vlogi zasebnih plačnikov v večini držav nastopajo uporabniki, in sicer v primeru koriščenja samoplačniških zdravstvenih dobrin ali pa ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v primeru zahtevanih doplačil za izkoriščene javne zdravstvene storitve ali samoplačniške zdravstvene storitve, ki jih krije sklenjeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

Omeniti velja, da doplačila predstavljajo obliko spodbude na strani povpraševanja. Temeljni namen doplačil je racionalizacija povpraševanja prek signala cene. Tveganje pred morebitnimi doplačili je v nekaterih državah, tudi v Sloveniji, mogoče zmanjšati s sklenitvijo ene izmed oblik prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. V državah, ki omogočajo zavarovanje doplačil, je sklepanje tovrstne oblike zavarovanj zelo razširjeno. Razlog je v tem, da so cene zdravstvenih dobrin in morebitnih doplačil v večini mnogo višje od premij, ki jih uporabnik krije v zameno za sklenjeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Negativni vidik zavarovanja doplačil je, da se s sklenitvijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki krije doplačila, izgubi omenjeni signal cene zdravstvenih storitev. S pomočjo signala cene se namreč uporabnika seznanj s ceno zdravstvenih storitev, kar naj bi pripomoglo k racionalizaciji povpraševanja.

4. Analiza organizacije in odločanja kupcev vodi k spoznanju, da v vlogi kupca kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin v večini predstavljenih držav EU nastopajo plačniki zdravstvenih storitev, to so avtonomne bolniške blagajne, ki z izvajalci sklepajo različne vrste pogodb. Izjema je Nemčija, ki ima bolniške blagajne sklenjene s pogodbo z združenji izvajalcev in ne neposredno s posameznimi zdravstvenimi izvajalci, kot je to med drugim značilno tudi za slovenski zdravstveni sistem. V primeru samoplačniških storitev v vlogi kupca zdravstvenih dobrin nastopajo uporabniki.

Slovenija ima v primerjavi z drugimi predstavljenimi državami EU posebno organizacijsko ureditev kupcev v javnem zdravstvenem sistemu. V vlogi kupca kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin v Sloveniji nastopa ZZZS, ki pri izvajalcih razglasi povpraševanje po zdravstvenih dobrinah. Pri tem velja, da imajo prednost javni zdravstveni izvajalci, vendar

so lahko, skladno z zagotavljanjem načela dostopnosti, v izbor vključeni tudi zasebni zdravstveni izvajalci. Slednje velja, v kolikor javni izvajalci ne morejo zagotoviti ponudbe zdravstvenih dobrin, skladne s povpraševanimi količinami. V vlogi kupca zdravstvenih dobrin v slovenskem zdravstvenem sistemu nikoli ne nastopajo ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Slednji skupaj z uporabnikom nastopajo le v vlogi plačnika, in sicer v primeru koriščenja samoplačniških zdravstvenih storitev ali javnih zdravstvenih storitev, pri katerih je potrebno doplačilo.

5. Analiza vloge uporabnikov pri izboru dobrin in izvajalcev odraža razvitost načela univerzalnosti in izbirnosti s strani uporabnikov pri dostopu do zdravstvene oskrbe. Za države, ki javni zdravstveni sistem financirajo prek davkov, je značilno omejeno načelo izbirnosti. Razlog temu je, da zdravstveni izvajalci na primarni ravni nastopajo v vlogi vratarja. Vrtarstvo predstavlja eno izmed nefinančnih spodbud na strani povpraševanja in je namenjeno racionalizaciji povpraševanja po zdravstvenih dobrinah s strani uporabnikov. Nasprotno je za države, v katerih se zdravstveni sistem financira prek prispevkov, značilno, da imajo uporabniki možnost vstopati na višjo raven zdravstvenega varstva tudi brez napotitve zdravstvenega izvajalca na nižji ravni, načelo izbirnosti pa je širše uveljavljeno.

Izjema od omenjene ureditve velja za nizozemski in slovenski zdravstveni sistem. V omenjenih državah nastopa na primarni ravni splošni zdravnik v vlogi vratarja. Izvajanje vratarske funkcije na primarni ravni pripomore k skrajševanju čakalnih dob na višjih zdravstvenih ravneh. Za zdravstveno obravnavo na višji ravni je v takšnem primeru potrebna ustrezna napotitev s strani splošnega zdravnika na primarni ravni. Pri izbiri izvajalca na višji ravni zdravstvenega sistema ima uporabnik tako v Sloveniji kot tudi na Nizozemskem na podlagi ustrezne napotitve pravico do proste izbire zdravstvenega izvajalca. Omenjeno pripomore k uresničevanju načela izbirnosti in dostopnosti.

6. Primerjalna analiza zdravstvenih sistemov izbranih držav EU z vidika oblikovanja ponudbe ter mreže izvajalcev zdravstvenih storitev prikazuje, da v večini držav o obsegu ponudbe in organizaciji javne zdravstvene mreže, odločajo državni organi. Državna koordinacija je potrebna, če želimo v zdravstveni sistem vpeljati solidarnost, ki predstavlja eno izmed temeljnih načel javnih zdravstvenih sistemov. Država je namreč tista, ki ugotavlja in analizira potrebe prebivalstva. Na podlagi ugotovljenih potreb prilagaja količino sredstev, namenjenih za nakup zdravstvenih dobrin. V pristojnosti države je torej koordinacija javnih zdravstvenih izvajalcev in prilagoditev ponudbe, upoštevajoč ugotovljene potrebe prebivalstva, ki se izkazujejo v obsegu povpraševanja po zdravstvenih dobrinah.

Posebna ureditev oblikovanja ponudbe in mreže izvajalcev zdravstvenih storitev je značilna za Slovenijo, kjer je za zdravstveni sistem značilno podeljevanje koncesij. Koncesija predstavlja obliko javno-zasebnega partnerstva, ki temelji na sklenjeni tripartitni koncesijski pogodbi med koncesionarjem, koncedentom in državo. S sklenitvijo koncesijske pogodbe

postane koncesionar del javne zdravstvene mreže. Koncesije se v Sloveniji podeljujejo na nacionalni in lokalni ravni. Nasprotno, v večini analiziranih zdravstvenih sistemov držav EU zdravstveni izvajalci delujejo na treh ravneh, in sicer na nacionalni, regionalni in lokalni ravni. Pri tem je med regijami in na lokalni ravni mogoče zaznati velike razlike v zdravstvenih zmogljivostih in investicijah, namenjenih zdravstvenemu varstvu.

7. S primerjalno analizo organizacijske strukture zdravstvenih izvajalcev spoznamo, da v vseh analiziranih sistemih držav EU razlikujemo med zasebnimi in javnimi zdravstvenimi izvajalci. Javni zdravstveni izvajalci so v večini primerov v lasti države ali regij in delujejo neprofitno. Podobno velja tudi za Slovenijo, kjer so izvajalci vključeni v javno zdravstveno mrežo, z izjemo koncesionarjev zasebnega sektorja, v lasti RS ali lokalnih skupnosti in delujejo neprofitno. Zasebni izvajalci, ki imajo sklenjeno koncesijsko pogodbo in nastopajo v vlogi koncesionarja, delujejo profitno. Omeniti velja, da lahko zasebni izvajalci koncesionarji sočasno nastopajo tako v javnem kot zasebnem sektorju.

Poleg Slovenije posebna ureditev velja tudi v Veliki Britaniji, kjer zasebni izvajalci izvajajo tiste zdravstvene storitve, ki jih javni izvajalci ne nudijo in za katere so značilne dolge čakalne dobe.

8. Kot izhaja iz pregleda zdravstvenih sistemov v posameznih analiziranih državah EU, so pri analizi plačilnih sistemov in mehanizmov racionalizacije ponudbe in povpraševanja ključnega pomena spodbude na strani ponudbe in povpraševanja. Spodbude na strani ponudbe so namenjene stimulaciji izvajalcev k stroškovno učinkovitemu poslovanju, medtem ko so tako finančne kot nefinančne spodbude na strani povpraševanja nadomestek tržnih omejitev in so namenjene racionalizaciji povpraševanja.

Oblika financiranja izvajalcev in višina doplačil s strani uporabnikov zdravstvenih storitev pogojuje obseg ponudbe zdravstvenih dobrin. V primeru, kadar so zdravstvene dobrine in storitve krite vnaprej in so določena nižja doplačila s strani uporabnikov, je možnost racionalizacije povpraševanja manjša, posledično so daljše tudi čakalne dobe. V takšnem primeru je treba racionalizirati povpraševanje s pomočjo spodbud na strani povpraševanja, pri čemer so še posebej učinkovite finančne spodbude v obliki doplačil, ki ne smejo biti zavarovana, morajo pa biti dovolj visoka, da dosežejo namen.

Doplačila so najučinkovitejša finančna spodbuda na strani povpraševanja. Poleg doplačil je kot ena izmed oblik nefinančne spodbude na strani povpraševanja v večini analiziranih zdravstvenih sistemov prisotno tudi vratarstvo. V Sloveniji je izvajanje vratarske funkcije obvezno na primarni zdravstveni ravni. Nasprotno je na strani ponudbe za akutne bolnišnične obravnave, ki predstavljajo največji delež zdravstvenih izdatkov, najbolj razširjen plačilni instrument plačilo po metodi SPP, ki je prisotno v večjem delu analiziranih zdravstvenih sistemov, med drugim tudi v Sloveniji.

9. Analiza regulacije in nadzora zdravstvene dejavnosti izkazuje stopnjo centraliziranosti zdravstvenega sistema. V primerjavi s preostalimi analiziranimi zdravstvenimi sistemi držav EU ima Slovenija izrazito centraliziran zdravstveni sistem tako z vidika upravljanja kot tudi z vidika izvajanja nadzora. Druge države imajo veliko bolj decentraliziran sistem, kar se odraža pri izvajanju nadzora nad delovanjem in organizacijo javnega zdravstvenega sistema.

Regulacija in nadzor sta v pristojnosti različnih organizacij in združenj, ki pripomorejo k uresničitvi temeljnega cilja zdravstvenih sistemov v vseh izbranih državah. Skupno vsem analiziranim zdravstvenim sistemom je, da prek omenjenih združenj zagotavljajo ustrezne pogoje, od katerih je odvisna kakovost opravljenih zdravstvenih storitev. Tako tudi v Sloveniji velja, da so regulativne in nadzorne naloge razdeljene med Ministrstvo za zdravje in ZZS ter strokovna združenja in zbornice, v katere so vključeni posamezniki, upoštevajoč zaposlitveni profil.

10. Analiza okolja zdravstvenih sistemov pripelje do spoznanja, da je v državah položaj zdravstvenega varstva v okolju enak. Za učinkovito delovanje zdravstvenega sistema je namreč potrebno njegovo usklajeno delovanje z drugimi družbenimi sistemi in organizacijami, ki delujejo v okolju, v katerem deluje zdravstveni sistem. Vsem družbenim sistemom je skupno medsebojno dopolnjevanje, kar pripomore tudi k večji učinkovitosti zdravstvenega sistema. Ključni kriterij učinkovitosti vseh zdravstvenih sistemov predstavlja stopnja doseganja temeljnega cilja zdravstvenega varstva, tj. izboljšanje zdravstvenega stanja vseh prebivalcev.

Kot izhaja iz pregleda zdravstvenih sistemov v izbranih državah EU, je znotraj zdravstvenega sistema mogoče zaslediti več organizacij, zbornic in združenj, ki združujejo posameznike glede na profil izobrazbe ali na podlagi zdravstvene diagnoze. Stopnja medsebojne interakcije omenjenih organizacij se odraža v uspešnosti delovanja zdravstvenega sistema.

SKLEP

Namen magistrskega dela je bilo predstaviti nov pristop k primerjalni analizi zdravstvenih sistemov v izbranih državah EU. Na podlagi predstavitve temeljnega cilja vseh zdravstvenih sistemov, temeljnih elementov ali deležnikov ter obstoječe tipologije zdravstvenih sistemov sem v osrednjem delu magistrskega dela izoblikovala deset primerjalnih dimenzij, s pomočjo katerih sem predstavila poglobitve značilnosti zdravstvenih sistemov v devetih državah EU. Omenjeno predstavlja podlago za vpeljavo primerjalne analize na nov, spremenjen način, ki v literaturi do sedaj še ni bil uporabljen.

Zdravstvo in zdravstveno varstvo je področje, ki je posredno ali neposredno povezano z vsakim posameznikom. V Sloveniji povpraševanje po kolektivno financiranih zdravstvenih dobrinah vsakoletno narašča, kar je predvsem posledica staranja prebivalstva. Ob današnji

količini povpraševanja obseg le-teh v prihodnosti ne more ostati neomejen. Treba jih bo regulirati z ekonomskega vidika ali pa omejiti njihov obseg ponudbe. Spremenjeni količini potreb bo treba v nadaljevanju ustrezno prilagoditi tudi način financiranja zdravstvenih dobrin.

Menim, da je treba za ustrezno analizo tipologij zdravstvenih sistemov slednje analizirati na podlagi najrazličnejših teoretskih ekonomskih izhodišč, ki predstavljajo temeljne primerjalne dimenzije oz. kazalnike. Le tako bo v prihodnosti mogoče slediti spremenjenim načinom financiranja in zadovoljevanja zdravstvenih potreb. V preteklosti je veljalo, da so bile meje med posameznimi zdravstvenimi sistemi jasno vidne, v današnjem času pa poznamo vse več mešanih modelov zdravstvenega varstva. Slednji so posledica spremenjenih načinov financiranja zdravstvenih potreb, ki se od preteklih razlikujejo, upoštevajoč njihovo strukturo in obseg. Navkljub spremembam v strukturi sistemov zdravstvenega varstva velja, da sta za njihovo uspešno delovanje temeljnega pomena medsebojna usklajenost in ustrezna koordinacija vseh elementov zdravstvenega sistema.

Upoštevajoč analizirane sisteme zdravstvenega varstva, menim, da bodo, v kolikor želimo ohraniti visoko uspešnost zdravstvenih storitev, v Sloveniji v prihodnje nujno potrebne reforme v strukturi ureditvi in načinu delovanja zdravstvenega sistema.

Največji problem trenutno veljavne ureditve slovenskega zdravstvenega sistema predstavlja navidezno neomejena košarica zdravstvenih pravic, ki je posledica neskladnosti med povpraševanimi količinami in finančnimi viri, ki omogočajo premajhen obseg ponudbe kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin. Posledice nejasnih omejitev pri zagotavljanju javnih zdravstvenih storitev ter pomanjkanja sredstev se odražajo v:

- nastanku čakalnih vrst,
- neustrezni kakovosti zdravstvenih storitev in
- izstopu izvajalcev iz javne zdravstvene mreže.

Omenjena opredelitev košarice kolektivno financiranih zdravstvenih dobrin vpliva na:

- neurejeno vlogo ZZZS kot koordinatorja,
- neustrezno organiziranost javnih zdravstvenih izvajalcev ter
- statusno in organizacijsko neustrezno ureditev ponudnikov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki delujejo kot neke vrste dopolnilne blagajne, kar je v nasprotju z njihovimi interesi in cilji.

Natančna opredelitev kolektivno financirane košarice zdravstvenih dobrin in mreže izvajalcev javnega zdravstva bi nadalje omogočala razvoj trga zdravstvenih dobrin in opredelitev košarice zdravstvenih dobrin, katere dobrine bi bile na trgu na voljo uporabnikom. Slednje bi aktiviralo vlogo ponudnikov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki so pri svojem delovanju, upoštevajoč trenutno ureditev, v večji meri pasivni. Ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v sedanji ureditvi med drugim omogočajo

tudi zavarovanje doplačil, kar ne pripomore k racionalizaciji povpraševanja. V primeru možnosti zavarovanja doplačil kot ene izmed oblik finančnih spodbud na strani povpraševanja, se namreč izgubi signal cene, prek katerega se uporabnik seznanja s ceno zdravstvenih storitev.

Poleg navedenega bi bilo treba poseči tudi v ureditev državne intervencije in nadzora s strani države nad delovanjem javnega zdravstvenega sistema. Menim, da bi bilo treba omejiti vlogo države na zdravstvenem področju zgolj na vlogo regulacije in okrepiti vlogo ter možnost odločanja posebej za to kvalificiranim ustanovam in organizacijam, vodenim s strani ustrezno izobraženega kadra.

Pri uveljavitvi reform morajo temeljno vodilo predstavljati potrebe, izkazane s strani uporabnikov zdravstvenih dobrin. Trenutno pripadajoče pravice s področja javnega zdravstva moramo reformirati na način, da omogočimo njihovo večjo prilagodljivost ter obenem ohranimo enako kakovost in dostopnost do zdravstvenih storitev. Po mojem mnenju moramo z zdravstvenimi reformami najprej zasledovati cilj ustrežnejše razporeditve finančnih sredstev na način, da bo vsem uporabnikom omogočena enakopravna, hitra in učinkovita zdravstvena oskrba, ki bo temeljila na zaupnem odnosu med uporabnikom in izvajalcem zdravstvenih storitev. Omenjeno bo pripomoglo k izboljššanemu soočanju z izzivi zdravstvenega varstva, izkazanimi v današnjem času, in bolj vzdržnemu financiranju javnega zdravstvenega sistema.

LITERATURA IN VIRI

1. Albreht, T. (2010). *Slovenian health care in transition. Studies of the changes in the Slovenian health care system in the period from 1985 to 2010*. Ljubljana: National Institute of Public Health of Slovenia.
2. Alport, E. (2008, 2. april). What percentage of the UK population buys private healthcare insurance? *Quora*. Pridobljeno 8. septembra 2018 iz <https://www.quora.com/What-percentage-of-the-UK-population-buys-private-healthcare-insurance>
3. Alvarez Bartolome, M. & Gogorcena Aoiz, A. (2014). *Spain: geographic variations in health care*. Pridobljeno 10. septembra 2018 iz https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/geographic-variations-in-health-care/spain-geographic-variations-in-health-care_9789264216594-15-en#page1
4. Anell, A., Glenngård, A. H. & Merkur, S. (2012). Health systems in transition, Sweden. *Health system review*, 14(5), 1–159.
5. Association internationale de la mutualite. (2002). *Health protection systems today. Structures and trends in 14 countries*. Bruselj: AIM Secretariat.
6. Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Sánchez Martínez, F. I., Repullo, J. R., PeñaLongobardo, L. M., Ridao-López, M. & Hernández-Quevedo, C. (2018). Health systems in transition, Spain. *Health system review*, 20(2), 1–179.
7. Björnberg, A. (2018, 29. januar). Euro health consumer index 2017. *Health Consumer Powerhouse*. Pridobljeno 7. septembra 2018 iz <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>
8. Boyle, S. (2011). Health systems in transition, United Kingdom (England). *Health system review*, 13(1), 1–486.
9. Božič, A. & Zupanič, T. (2009). *Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
10. Brindle, D. (2010, 19. julij). Private health insurance takes a dive. *The guardian*. Pridobljeno 4. decembra 2018 iz <https://www.theguardian.com/society/2010/jul/19/health-insurance-slumps>
11. Brus, A. (1994). *Organizacijsko-ekonomski in informacijski procesi v zdravstveni dejavnosti*. Kranj: Moderna organizacija.
12. Busse, R. & Blümel, M. (2014). Health systems in transition, Germany. *Health system review*, 16(2), 1–296.
13. Chevreur, K., Berg Brigham, K., Durand-Zaleski, I. & Hernández-Quevedo, C. (2015). Health systems in transition, France. *Health system review*, 17(3), 1–218.
14. Cicchetti, A. & Gasbarrini, A. (2016). The healthcare service in Italy: Regional variability. *European review for medical and pharmacological sciences*, 20(1), 1–3.
15. Colombo, F., Liena-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and paying for long-term care*. Pridobljeno 6. decembra 2017 iz https://www.oecd-ilibrary.org/help-wanted_5km30kxkzdw.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fpublication%2F9789264097759-en&mimeType=pdf

16. Cylus, J. (2015, 7. oktober). Analysis of the health system in Slovenia: Health system expenditure review: final report. *Ministrstvo za zdravje*. Pridobljeno 1. decembra 2017 iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/Report_Expenditure_review_Slovenia_FINAL_FORMATTED_without_cover.pdf
17. Česen, M. (1988). *Zdravje in denar*. Ljubljana: Agencija demokratičnega inozemskega tiska.
18. Česen, M. (1998). *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
19. Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: CTU, center za tehnološko usposabljanje.
20. Česen, M. (2006). *Reforma zdravstva v Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
21. Česen, M. (2010). *Kratek pojmovnik za menedžerje v zdravstvu*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
22. Detels, R., Beaglehole, R., Lansang, M. A. & Gulliford, M. (2009). *Oxford text book of public health* (5. izd.). New York: Oxford University Press.
23. Došenović Bonča, P. (2016). *Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstvenega sistema*. V M. Tajnikar, P. Došenović Bonča, M. Čok, P. Domadenik, B. Korže, J. Sambt & B. Skela Savič (ur.), *Dileme in rešitve financiranja slovenskega zdravstva* (str. 62–71). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
24. Došenović Bonča, P. (2016). *Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstvenega sistema*. V M. Tajnikar, P. Došenović Bonča, M. Čok, P. Domadenik, B. Korže, J. Sambt & B. Skela Savič (ur.), *Vloga spodbud pri spodbujanju učinkovitosti* (str. 91–106). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
25. Durán, I. P. (2016). Health care inequality in Spain after the economic crisis: the health delivery system and the public private sector mix. *Global social welfare*, 3(3), 179–191.
26. Evropska komisija. (2012). *Vaše pravice iz socialne varnosti v Španiji*. Pridobljeno 7. septembra 2018 iz http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Spain_sl.pdf#PAGE=9
27. Evropska komisija. (brez datuma). *Kazalniki zdravja*. Pridobljeno 18. decembra 2018 iz https://ec.europa.eu/health/indicators_data/overview_sl
28. Feldstein, P. J. (2012). *Health care economics* (7. izd.). New York: Delmar Cengage Learning.
29. Ferré, F., De Belvis, A. G., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., Ricciardi, W. & Maresso, A. (2014). Health systems in transition, Italy. *Health system review*, 16(4), 1–168.
30. Gerkens, S. & Merkur, S. (2010). Health systems in transition, Belgium. *Health system review*, 12(5), 1–266.
31. Health Management. (2010). *Overview of the Spanish healthcare system*. Pridobljeno 7. septembra 2018 iz <https://healthmanagement.org/c/hospital/issuearticle/overview-of-the-spanish-healthcare-system>

32. Keber, D., Albrecht, T., Arzenšek, J., Mlakar Bizjak, J., Brčar, P., Ceglar, J., Ciglencečki, L., Pečar Čad, S., Gruntar Činč, M., Došenovič, P., Kirar Fazarinc, I., Dodič Fikfak, M., Hindle, D., Kovačič, A., Markota, M., Marušič, D., Mate, T., Grobovšek Opara, S., Kerstin Petrič, V., Prevolnik Rupel, V., Pribakovič, R., Robida, A., Rok Simon, M., Šelb Šemrl, J., Šešok, J., Štular, T., Tajnikar, M., Toth, M., Velušček, I., Vrhunec, S. & Maučec Zakotnik, J. (2003). *Zdravstvena reforma*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
33. Kroneman, M., Boerma, W., Van den Berg, M., Groenewegen, P., De Jong, J. & Van Ginneken, E. (2016). Health systems in transition, Netherlands. *Health system review*, 18(2), 1–239.
34. Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E. & Glinos, I. A. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union*. Danska: World Health Organisation.
35. Lisac, M., Blum, K. & Schlette, S. (2008). Health systems and health reform in *Europe*. Changing long-established structures for more competition and stronger coordination – health care reform in Germany in the new millennium. *Intereconomics*, 43(4), 184–189.
36. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. & Kutzin, J. (2002). *Funding health care: options for Europe* (2. izd.). Buckingham: Open University Press.
37. Obermann, K., Müller, P., Müller, H., Schmidt, B. & Glazinski, B. (2013). *The German health care system: a concise overview*. Mannheim: Mannheim Institute of Public Health.
38. OECD. (2017). *Health at a Glance 2017*. Pridobljeno 8. januarja 2018 iz http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
39. OECD. (brez datuma a). *Health spending*. Pridobljeno 6. decembra 2018 iz <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
40. OECD. (brez datuma b). *OECD Health Statistics*. Pridobljeno 5. decembra 2018 iz <https://doi.org/10.1787/data-00544-en>
41. Reisman, D. (2007). *Health care and public policy*. Cheltenham: E. Elgar.
42. Schreck, R. I. (2018, julij). Overview of health care financing. *MSD manual*. Pridobljeno 10. septembra 2018 iz <http://www.msdmanuals.com/home/fundamentals/financial-issues-in-health-care/overview-of-health-care-financing>
43. Sočan, M. (2013). *Javno zdravje: visokošolski učbenik za študijski program zdravstvena nega*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
44. Strban, G. (2016). Pravni vidiki prilagoditve položaja študenta medicine in zdravnika novim razmeram v zdravstvu. V I. Krajnc, V. Rijavec, D. Šuput, M. Tajnikar & U. Maver (ur.), *Strokovni posvet o zdravstvenem sistemu in sistemu izobraževanja zdravnikov ter primerjava z Evropsko unijo* (str. 46). Maribor: Medicinska fakulteta.
45. Tajnikar, M. & Došenovič Bonča, P. (2003). *Upravljanje in regulacija sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
46. Tajnikar, M. (2016). Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstvenega sistema. V M. Tajnikar, P. Došenovič Bonča, M. Čok, P. Domadenik, B. Korže, J. Sambt & B. Skela Savič (ur.), *Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva* (str. 17–61). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

47. Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje* (4. izd.). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
48. Toth, M. (2012). *Socialno zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje.
49. Vehovec, M. (2014). *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*. Zagreb: Ekonomski institut.
50. Zaletel-Kragelj, L., Eržen, I. & Premik, M. (2007). *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.
51. Zver, E. H. (2015). Primerljivost ekonomskih in drugih kvantitativnih vidikov zdravstva med Slovenijo in EU. V *Evropa, zdravstvo in mi* (str. 9–18). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
52. Živčec-Kalan, G., Tajnikar, M., Stanovnik, T., Kranjec, M., Kidrič, D. & Mrkaić, M. (2003). *Strokovno posvetovanje Bela knjiga: reforma slovenskega zdravstva*. Ljubljana: Društvo ekonomistov.