

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**PRIMERJAVA FINANCIRANJA ZDRAVSTVA V SLOVENIJI,
ŠVICI IN NA NIZOZEMSKEM**

Ljubljana, 12. julij 2018

TEJA TIČAR

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Teja Tičar, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Primerjava financiranja zdravstva v Sloveniji, Švici in na Nizozemskem, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem prof. dr. Mitjo Čokom,

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 preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne 12.07.2018

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 FINANCIRANJE ZDRAVSTVA V SLOVENIJI	2
1.1 Sistem zdravstvenega varstva	3
1.1.1 Opredelitev zdravstvenega varstva	3
1.1.2 Organiziranost sistema zdravstvenega varstva	4
1.1.3 Zdravstveno zavarovanje	5
1.2 Financiranje zdravstvenega varstva	7
1.2.1 Viri financiranja zdravstvenega varstva	8
1.2.2 Zakonodaja financiranja zdravstvenega varstva	15
1.2.3 Načini financiranja zdravstvenega varstva	15
1.2.4 Nakupovanje in plačevanje storitev zdravstvenega varstva	16
1.3 Uspešnost in predvideni ukrepi na področju zdravstvenega varstva	17
1.4 Izračun stroška financiranja povprečnega prebivalca	18
2 FINANCIRANJE ZDRAVSTVA V ŠVICI	19
2.1 Sistem zdravstvenega varstva	19
2.1.1 Opredelitev zdravstvenega varstva	20
2.1.2 Organiziranost sistema zdravstvenega varstva	21
2.1.3 Zdravstveno zavarovanje	22
2.2 Financiranje zdravstvenega varstva	26
2.2.1 Viri financiranja zdravstvenega varstva	26
2.2.2 Zakonodaja financiranja zdravstvenega varstva	30
2.2.3 Načini financiranja zdravstvenega varstva	31
2.2.4 Nakupovanje in plačevanje storitev zdravstvenega varstva	32
2.3 Uspešnost in predvideni ukrepi na področju zdravstvenega varstva	33
2.4 Izračun stroška financiranja povprečnega prebivalca	34
3 FINANCIRANJE ZDRAVSTVA NA NIZOZEMSKEM	35
3.1 Sistem zdravstvenega varstva	35
3.1.1 Opredelitev zdravstvenega varstva	36
3.1.2 Organiziranost sistema zdravstvenega varstva	37
3.1.3 Zdravstveno zavarovanje	38

3.2	Financiranje zdravstvenega varstva	40
3.2.1	Viri financiranja zdravstvenega varstva	41
3.2.2	Zakonodaja financiranja zdravstvenega varstva	45
3.2.3	Načini financiranja zdravstvenega varstva.....	45
3.2.4	Nakupovanje in plačevanje storitev zdravstvenega varstva	46
3.3	Uspešnost in predvideni ukrepi na področju zdravstvenega varstva	47
3.4	Izračun stroška financiranja povprečnega prebivalca.....	48
4	PRIMERJAVA FINANCIRANJA ZDRAVSTVA MED IZBRANIMI DRŽAVAMI	49
4.1	Makroekonomski kazalci zdravstvenega varstva v izbranih državah	49
4.1.1	Dolžina bolnišničnega bivanja	49
4.1.2	Število bolnišničnih postelj	50
4.1.3	Izdatki sistema zdravstvenega varstva	51
4.1.4	Število zdravnikov in medicinskih sester.....	53
4.1.5	Zdravstveno stanje.....	53
4.2	Primerjava sistema zdravstvenega varstva med izbranimi državami.....	54
4.2.1	Primerjava sistema zdravstvenega varstva med izbranimi državami	54
4.2.2	Primerjava organiziranosti sistema zdravstvenega varstva med izbranimi državami	54
4.2.3	Primerjava zdravstvenega zavarovanja med izbranimi državami	55
4.3	Primerjava financiranja zdravstvenega varstva v izbranih državah.....	55
4.3.1	Primerjava virov financiranja zdravstvenega varstva med izbranimi državami	56
4.3.2	Primerjava zakonodaje financiranja zdravstvenega varstva med izbranimi državami	59
4.3.3	Primerjava načina financiranja zdravstvenega varstva med izbranimi državami	59
4.3.4	Primerjava nakupovanja in plačevanja storitev zdravstvenega varstva med izbranimi državami.....	60
4.4	Primerjava uspešnosti in predvidenih ukrepov na področju zdravstvenega varstva v izbranih državah	60
4.5	Primerjava izračuna stroška financiranja povprečnega prebivalca v izbranih državah	61
SKLEP		62

KAZALO TABEL

Tabela 1:	Povprečni mesečni plačani prispevek ZZZS za različne kategorije zavarovancev (v EUR), 2006–2016	12
Tabela 2:	Distribucija glavnih virov financiranja javnih izdatkov za zdravstvo, 2004–2015.....	13
Tabela 3:	Distribucija glavnih virov financiranja zasebnih izdatkov za zdravstvo, 2004–2015.....	14
Tabela 4:	Strošek mesečnega financiranja zdravstva povprečnega prebivalca glede na prejeto bruto mesečno plačo (v % in EUR).....	19
Tabela 5:	Glavne odgovornosti za sistem zdravstvenega varstva na ravni konfederacije, kantonov in občin	24
Tabela 6:	Javni izdatki za zdravstvo (v %)	29
Tabela 7:	Vrednost in delež zasebnih izdatkov glede na tip zasebnega izdatka v letu 2012.....	30
Tabela 8:	Prednostna področja in ukrepi znotraj prednostnih področij.....	34
Tabela 9:	Strošek mesečnega financiranja zdravstva povprečnega prebivalca glede na prejeto bruto mesečno plačo (v %, CHF in EUR).....	35
Tabela 10:	Prikaz sheme financiranja na Nizozemskem pred in po reformi leta 2006	41
Tabela 11:	Javni izdatki za zdravstvo (v %)	44
Tabela 12:	Delež izbire zavarovalne police med prebivalstvom (v %), 2015.....	45
Tabela 13:	Stopnja financiranja sistema zdravstvenega varstva (v %), 2015	46
Tabela 14:	Strošek mesečnega financiranja zdravstva povprečnega prebivalca glede na prejeto bruto mesečno plačo (v % in EUR).....	49
Tabela 15:	Število zdravnikov in medicinskih sester na 1000 prebivalcev, 2013, 2015, 2016.....	53
Tabela 16:	Zdravstveno stanje, 2016.....	54
Tabela 17:	Primerjava mesečnega stroška financiranja zdravstva povprečnega prebivalca glede na prejeto bruto mesečno plačo (v % in EUR).....	62

KAZALO SLIK

Slika 1:	Struktura tekočih izdatkov zdravstvenega varstva glede na vir financiranja (v %), 2004–2015.....	9
----------	--	---

Slika 2:	Skupni, javni in zasebni izdatki za zdravstvo kot delež BDP (v %), 2004–2014	10
Slika 3:	Tekoči izdatki za zdravstvo (EUR na prebivalca) in rast BDP v Sloveniji, 2000–2014	11
Slika 4:	Javni izdatki za zdravstvo (EUR na prebivalca) in rast BDP v Sloveniji, 2000–2014	13
Slika 5:	Struktura tekočih izdatkov zdravstvenega varstva glede na vir financiranja (v %), 2005–2015	27
Slika 6:	Skupni, javni in zasebni izdatki za zdravstvo kot delež BDP (v %), 2005–2016	28
Slika 7:	Struktura tekočih izdatkov zdravstvenega varstva glede na vir financiranja (v %), 2005–2016	41
Slika 8:	Skupni, javni in zasebni izdatki za zdravstvo kot delež BDP (v %), 2004–2014	42
Slika 9:	Dolžina bolnišničnega bivanja na leto (v dneh), 2015	50
Slika 10:	Število bolnišničnih postelj na 1000 prebivalcev, 2013–2015	51
Slika 11:	Javni in zasebni izdatki za zdravstvo in plačila iz žepa kot delež BDP (v %), 2016	52
Slika 12:	Javni in zasebni izdatki za zdravstvo in plačila iz žepa na prebivalca (v USD), 2016	52
Slika 13:	Skupni izdatki za zdravstvo kot delež BDP (v %) v izbranih državah, 2004–2016	57
Slika 14:	Javni izdatki za zdravstvo kot delež BDP (v %) v izbranih državah, 2004–2016	57
Slika 15:	Zasebni izdatki za zdravstvo kot delež BDP (v %) v izbranih državah, 2004–2016	58

SEZNAM KRATIC

ang. – angleško

fr. – francosko

nl. - nizozemsko

AZA – General Health Insurance Amsterdam

BDP – bruto domači proizvod

BSV/OFAS – Federal Social Insurance Office

CDS – Swiss Conference of the Cantonal Ministers of Public Health

DBC – Diagnosis Treatment Combinations

DRG - Diagnosis related group

DZZ – dopolnilno zdravstveno zavarovanje

EU – Evropska unija

FDHA – Federal Department of Home Affairs

FOPI – Federal Office of Private Insurance

FOPH – Federal Office of Public Health

GGDs – Gemeentelijk Gezondheidsdiensten

HIA – Federal Health Insurance Act

IGZ – Inspectie Gezondheidszorg

KNMG – Royal Dutch Society of Medicine

KUVG/LAMA – Federal Law on Sickness and Accident Insurance

KVG/LAMal – Federal Health Insurance Law

KVV/OAMal – Regulation on Health Insurance

OECD – Organization for Economic Cooperation and Development

OFS – Office Fédéral de la Statistique

OFSP – Office Fédéral de la Santé Publique

OZZ – obvezno zdravstveno zavarovanje

NPISG – nepridobitne institucije, ki opravljajo storitve za gospodinjstva

NWO – Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek

PZZ – prostovoljno zdravstveno zavarovanje

RS – Republika Slovenija

RVS – Raad voor de Volksgezondheid en de Samenleving

SHI – Social Health Insurance

SPP – Skupina primerljivih primerov

SURS – Statistični urad Republike Slovenije

VTV – Volksgezondheistoekomstverkenning

ZiNL – Zorginstituut Nederland

ZPIZ – Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje

ZRSZ – Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje

ZVW – Health insurance Act

ZZDej – Zakon o zdravstveni dejavnosti

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

UVOD

Preventivno preprečevanje, diagnosticiranje ter zdravljenje bolezni, zdravljenje telesnih in duševnih motenj ter zdravljenje poškodb pri ljudeh je definicija, ki opredeljuje zdravstvo. Razvitost in dostopnost zdravstva se lahko močno razlikuje med državami. Razlog za razlike so zdravstvene organizacije, ki delujejo na podlagi različnih zdravstvenih politik in različnih ciljev, ter so odvisne od socialnih in gospodarskih pogojev v državi. Zdravstvene organizacije lahko načrtujejo cilje skupaj s prebivalstvom, lahko pa delujejo bolj centralno znotraj vladnih in drugih koordinacijskih organov.

Sistem zdravstvenega varstva lahko deluje le, če obstaja zanesljiv finančni mehanizem, vzdrževane zdravstvene ustanove in logistika kakovostnih zdravil in tehnologij ter zanesljive informacije. V primeru da je delovanje učinkovito, lahko zdravstvo zelo pripomore h gospodarstvu države.

Poznamo štiri različne vrste zdravstva: primarno, sekundarno, terciarno in kvarterno. Primarno pokriva najširši obseg zdravstvenega varstva. Značilna je kontinuiteta, to pomeni da so bolniki navajeni svojih osebnih zdravnikov in se jim je z njimi najbolj lagodno posvetovati o primarni oskrbi in nadaljevanju zdravljenja. Posledično morajo imeti zdravniki zelo široko področje znanja. Za sekundarno zdravstvo je značilno, da zdravi hude bolezni, ki ne potrebujejo dolgega zdravljenja, ponavadi v oddelkih za nujne primere. Tercialno zdravstvo pokriva napredne medicinske preiskave in zdravljenja. Najbolj specializirano je kvarterno zdravstvo, v katerem delujejo najbolj izobraženi zdravniki, specializirani za specifična področja (Torrey, 2017).

Biomedicinske in farmacevtske raziskave omogočajo konstanten razvoj kakovosti in napredovanje zdravstvenega varstva. Prav tako vodijo k večji učinkovitosti izvajanja zdravstvenih ukrepov (Peabody, Taguiwalo, Robalino & Frenk, 2006).

Kot že omenjeno je eden izmed ključnih dejavnikov učinkovitega delovanja zdravstva finančni mehanizem, kar pomeni, da ima država dovolj usposobljeno in ustrezno plačano delovno silo. Zdravstvene organizacije lahko izbirajo med petimi različnimi primarnimi načini financiranja: obdavčitev, socialno zdravstveno zavarovanje, prostovoljno ali zasebno zdravstveno zavarovanje in med donacijami dobrodelnim zdravstvenim ustanovam (Trivedi, 2016). Po večini se države odločijo za kombinacijo vseh petih načinov financiranja, vendar se struktura uporabe različnih načinov razlikuje od države do države.

V magistrskem delu sem se osredotočila na način financiranja zdravstva v naslednjih državah: v Sloveniji, Švici in na Nizozemskem. Najprej sem raziskala specifikke sistema zdravstvenega varstva posamezne države. Nato sem se osredotočila na način financiranja zdravstva v posamezni državi in naredila izračun stroška financiranja povprečnega

prebivalca. Na koncu sem specifikke posameznega sistema zdravstvenega varstva, način financiranja in izračun stroška financiranja primerjala med seboj in zapisala ugotovitve.

Osnovni namen je bil z uporabo različnih raziskovalnih metod in tehnik raziskovanja opisati osnove zdravstvenega sistema v izbranih državah, narediti primerjalno analizo financiranja zdravstva v izbranih državah ter zapisati ugotovitve izračuna stroška financiranja zdravstva na nivoju posameznika, ki je narejen na podlagi pridobljenih podatkov.

Cilj je bil ugotoviti podobnosti in razlike v financiranju zdravstva in narediti izračun stroška financiranja povprečnega prebivalca v Sloveniji, Švici in na Nizozemskem. Cilji teoretičnega dela naloge so bili opredelitev sestave zdravstvenega sistema v izbranih državah, zakonov, ki opredeljujejo financiranje v zdravstvu v izbranih državah, ter opredelitev trenutnega stanja financiranja zdravstva v izbranih državah. Cilj empiričnega dela naloge je bil povzeti ugotovitve iz teoretičnega dela, iz katerih je sledil izračun na osnovi zbranih podatkov in obrazložitve dobljenih rezultatov. Osnovno raziskovalno vprašanje je bilo, v kateri izmed izbranih držav je financiranje zdravstvenega varstva glede na makroekonomske kazalce, sestavo zdravstvenega sistema, način financiranja in glede na strošek financiranja zdravstva na nivoju posameznika najbolj učinkovito.

Magistrsko delo je sestavljeno iz teoretičnega in empiričnega dela. V teoretičnem delu sem uporabila raziskovalno metodo teoretičnega raziskovanja, ki temelji na zbranih sekundarnih virih podatkov o financiranju zdravstva v izbranih državah. Z uporabo deskriptivne metode sem opredelila dejstva in procese, katere sem podprla z metodo kompilacije s povzemanjem spoznanj, stališč in sklepov različnih avtorjev. V empiričnem delu sem s komparativno metodo navedla podobnosti in razlike v financiranju zdravstva in naredila primerjavo med izbranimi državami ter zaključila s pojasnitvijo izračuna stroška financiranja povprečnega prebivalca.

Magistrsko delo je sestavljeno iz štirih poglavij. V prvih treh poglavjih so podane značilnosti sistema zdravstvenega varstva in financiranje le tega v Sloveniji, Švici in na Nizozemskem. Prav tako so navedene ugotovitve o učinkovitosti trenutnih sistemov in ukrepi, ki so predvideni v prihodnje. Poglavja se zaključijo z izračunom stroška financiranja sistema zdravstvenega varstva povprečnega prebivalca. V četrtem poglavju je narejena primerjava med izbranimi državami glede na značilnosti sistema, financiranja sistema, učinkovitost sistema, prihodnjih ukrepov sistema in glede na stroške financiranja sistema povprečnega prebivalca.

1 FINANCIRANJE ZDRAVSTVA V SLOVENIJI

Slovenija je demokratično zasnovana država, katere delovanje temelji na pravnosti in socialnosti (Ustava Republike Slovenije (v nadaljevanju RS), Ur.l. RS, št. 47/2013).

Vsakomur so zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine, ne glede na narodnost, raso, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, gmotno stanje, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj ali katerokoli drugo posebno okoliščino in vsi so pred zakonom enaki (Ustava RS). Država ureja veliko različnih zavarovan, eno izmed njih je tudi zdravstveno zavarovanje. 51. člen Ustave RS določa, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev.

1.1 Sistem zdravstvenega varstva

Slovenija ima od leta 1992 Bismarckov model zdravstvenega zavarovanja, ki temelji na načelih obveznega, z zakonom predpisanega javnega zavarovanja, katerega avtonomno upravljajo predstavniki delodajalcev in zavarovanih oseb. Vsi državljani morajo plačevati ustrezen odstotek od prejetih dohodkov v obliki prispevkov ustanovi, ki je nosilka zdravstvenega zavarovanja in je neprofitna. Državljeni, ki ne prejemajo dohodkov, so po principu solidarnosti upravičeni do osnovnega zdravstvenega zavarovanja. Država na oblikovanje cen vpliva le posredno s sprejemanjem zakonov in predpisov, ki se jih nosilci zavarovanj morajo držati. Končne cene se oblikujejo po pogajalskem principu med predstavniki plačnikov in izvajalci storitev. Država lahko posreduje neposredno samo v primeru, ko pride do motenj v sistemu (Albreht in drugi, 2016, str. 16).

Kos (2010, str. 4) med glavne elemente sistema zdravstvenega varstva uvršča:

- zdravstveno politiko;
- zdravstveno dejavnost;
- sistem financiranja zdravstvene dejavnosti;
- izobraževanje in usposabljanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti;
- medicinsko znanost in zdravstvene tehnologije;
- informacijski sistem.

Vsak izmed naštetih elementov je enako pomemben in z doseganjem uspešnosti pri njihovem delovanju omogočajo delovanje celotnega sistema kot celote.

1.1.1 Opredelitev zdravstvenega varstva

Temeljna prvina kakovosti sistema zdravstvenega varstva naj bi bila dostopnost prebivalcev države do zdravstvene oskrbe, ki je večinoma bolj odvisna od okolja kot od samega sistema zdravstvenega varstva. Štern (2006, str. 306) navaja, da prebivalstvo nima dostopa do zdravstvene oskrbe zaradi naslednjih dejavnikov:

- neugodne vrednostne družbene orientacije (neelagitarne družbe);

- nezadostnih ali neustreznih virov, ki napajajo sistem (finančni, kadrovski, tehnični tehnološki);
- nezadostnega znanja in usposobljenosti prebivalstva (slab sistem izobraževanja, informiranja, komuniciranja);
- neugodnih lastnosti samega sistema zdravstvenega varstva.

Preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni, zdravljenje in rehabilitacije, ki potekajo v okviru sistema zdravstvenega varstva, predstavljajo zdravstveno dejavnost, ki deluje sicer avtonomno, a v stalni soodvisnosti od svojega okolja. Soodvisna je od drugih družbenih sistemov, gospodarskega, političnega in pravnega okolja, kulture, tradicije in še marsičesa drugega.

1.1.2 Organiziranost sistema zdravstvenega varstva

Sistem zdravstvenega varstva mora biti organiziran na tak način, da kar najbolje povezuje in usklajuje interese udeleženih posameznikov. Gre za sistem upravljanja, kjer so udeleženci organizacijsko ločeni, vendar stremijo k usklajevanju interesov z dogovori in pogajanjem. Kos (2010, str. 14) navaja, da sistem zdravstvenega varstva sestavljajo:

- država;
- izvajalci zdravstvenih storitev;
- uporabniki zdravstvenih storitev;
- zdravstvene ustanove;
- plačniki izvajanja zdravstvene dejavnosti;
- lastniki.

Država ima nadrejeni položaj pri pogajanjih in odločitvah, medtem ko izvajalci in uporabniki zdravstvenih storitev sodelujejo pri racionalizaciji opravljanja zdravstvene dejavnosti in izvajanja zdravstvenega zavarovanja. Cilj države je doseči največji možni standard v sistemu zdravstvenega varstva, katerega dosega preko ekonomskega in preko socialnega vidika. Cilje obeh vidikov mora znati povezovati in uskladiti neskladja med njima. Ekonomski vidik stremi k tako visoki ravni zdravstvenega stanja aktivnih prebivalcev, da zagotavlja nemoteno delovanje proizvodni procesov. Socialni vidik stremi k stalnem povečanju blaginje in kakovosti posameznika (Kos, 2010, str. 36-37).

Zdravstvena dejavnost se v Sloveniji opravlja na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Primarna obsega osnovno zdravstveno in lekarniško dejavnost, sekundarna obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost, terciarna pa obsega opravljanje dejavnosti klinik in inštitutov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov (Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), Ur. l. RS, št. 23/2005). Na podlagi dovoljenja, ki ga poda Ministrstvo za zdravstvo, lahko zdravstveno dejavnost opravljajo domače in tuje pravne ter fizične osebe, če izpolnjujejo s tem zakonom določene pogoje. Zdravstveno dejavnost

kot javno službo lahko pod enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije. Le ta mora biti organizirana na tak način, da je vsem prebivalcem RS zagotovljena vedno dostopna nujna medicinska pomoč (ZZDej).

Poleg glavnih akterjev, ki sestavljajo sistem zdravstvenega varstva, Albreht in drugi (2016, str. 232-9) v sistem zdravstvenega varstva vključujejo in navajajo kot odgovorne za njegovo delovanje tudi naslednje organe:

- Odbor za zdravstvo;
- Ministrstvo za zdravje;
- Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke;
- Zdravstveni svet;
- ostala ministrstva, ki so vključena v zdravstveno varstvo (Ministrstvo za finance, Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve in drugi);
- Nacionalni inštitut za varovanje zdravja;
- Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano;
- Zavod za zdravstveno zavarovanje;
- sindikate in strokovna združenja;
- ostale dobrodelne organizacije.

1.1.3 Zdravstveno zavarovanje

»Zdravstveno zavarovanje zagotavlja ustrezno zdravstveno in socialno varnost v času bolezni ali poškodbe, saj pokriva stroške za tveganje v primerih, ko zbolimo, se poškodujemo ali imamo kakšne druge zdravstvene potrebe. Osnovna lastnost zdravstvenega zavarovanja je, da so pravice vsakega posameznika ali od njega odvisnih družinskih članov vezane na prijavo v zavarovanje in na plačilo ustreznega prispevka (v obveznem zdravstvenem zavarovanju) ali premije (v prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju).« (Gaziti, 2013, str. 6).

Zdravstveno zavarovanje obstaja na področju današnje Slovenije že od 1. avgusta 1889. Takrat je bila ustanovljena prva Okrajna bolniška blagajna v Ljubljani. Tej so kmalu zatem sledile tudi druge po Sloveniji. Po načelu solidarnosti je bil omogočen vzporeden razvoj zdravstvene oskrbe. Sprva so imeli zdravstveno zavarovanje omogočeno vsi zaposleni in njihove družine, kasneje pa vsi slovenski prebivalci. Slovenija je bila ena izmed prvih v Evropi, ki je uvedla obvezno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju OZZ). Tekom zgodovine se je organizacija in oblika zdravstvenega zavarovanja spreminjala, vse do 1. marca 1992, ko je bil ustanovljen Zavod za zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju ZZZS), edini nosilec OZZ. Sprva je izvajal tako OZZ kot prostovoljno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju PZZ) in zbiral ter razporejal

sredstva (Slavec, 2010, str. 179). PZZ se je 1. novembra 1999 na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ) prenesel na Vzajemno zdravstveno zavarovalnico, ki je neprofitna ustanova in je v lasti vseh njenih zavarovancev (ZZZS, 2018a).

ZZZS opravlja različne naloge, ki jih v večini primerov določa ZZVZZ. Večinoma zavod deluje samostojno, vendar v nekaterih primerih potrebuje soglasje Ministrstva za zdravje, Državnega zbora ali Vlade. Slavec (2010, str. 179) navaja številne temeljne naloge, ki jih ZZZS opravlja:

- opredeljuje pravice zdravstvenih zavarovancev;
- opredeljuje standarde storitev;
- zastopa interese zavarovancev in plačnikov prispevkov v pogajanjih s partnerji o programu zdravstvenih storitev, njihovem izvajanju in določanju cen;
- sklepa pogodbe z izvajalci zdravstvenih storitev in dobavitelji medicinsko-tehničnih pripomočkov;
- pripravlja merila za obračunavanje zdravstvenih storitev in jih uresničuje;
- na podlagi sprejete prispevne stopnje oblikuje predlog o deležu vrednosti storitve, ki zagotavlja zavarovanje;
- določa in predpisuje listine in obrazce za obvezno zdravstveno zavarovanje;
- sodeluje pri načrtovanju slovenskega zdravstvenega varstva.

Osnovna funkcija ZZZS je izvajanje OZZ. Uresničevanje pravic lahko omogoči z zagotavljanjem učinkovitega zbiranja in razdeljevanja javnih sredstev. Pravice zajemajo pravico do zdravstvenih storitev in do nekaterih denarnih nadomestil, kot so »boleznine«, pogrebnine, posmrtnine in podobno (ZZZS, 2018a).

OZZ izvaja ZZZS po naslednjih načelih:

- načelo socialne pravičnosti;
- načelo solidarnosti med zdravimi in bolnimi, starimi in mladimi, bogatimi in revnimi.

To pomeni, da je zavarovana oseba upravičena do zdravstvenih storitev na podlagi medicinske indikacije, ki jo ugotovi osebni ali lečeči zdravnik. ZZVZZ predpisuje, da je zdravstveno zavarovanje obvezno za zavarovane osebe, ki jih ZZVZZ definira kot zavarovance in njihove družinske člane. Kot zavarovanci morajo biti v OZZ vključene osebe, ki izpolnjuje vsaj enega izmed pogojev 15. člena ZZVZZ. Kot družinski člani zavarovancev pa morajo biti v OZZ vključene osebe, ki izpolnjujejo pogoje iz 20. do 22. člena ZZVZZ.

ZZVZZ določa da OZZ obsega zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela ter zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. ZZVZZ (Ur. l. RS, št. 91/2013) določa, da se zavarovanim osebam zagotavlja:

- plačilo zdravstvenih storitev;
- nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela;
- pogrebnina in posmrtnina;
- povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Zavarovanci morajo po zakonu plačevati obvezne prispevke, ki so odvisni od zavarovančevih prihodkov (plača, pokojnina, razna nadomestila). Če slovenski državljan, ki ima stalno prebivališče v Sloveniji, ni zmožen plačevati prispevkov, mora to storiti občina, v kateri ima ta državljan stalno prebivališče. V OZZ pa se mora vključiti s pomočjo pristojnega centra za socialno delo (Gaziti, 2013, str. 8).

PZZ krije le določen odstotek zdravstvenih storitev, določeno v 23. členu ZZVZZ. ZZS (2018a) navaja, da PZZ po ZZVZZ delimo na:

- prostovoljna zavarovanja za razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih obvezno zavarovanje ne krije v celoti in so zapisane od 2. do 6. točke 23. člena;
- prostovoljna zavarovanja za večji obseg pravic ali dodatne pravice ali višji standard storitev, kot je določeno v obveznem zavarovanju.

ZZVZZ določa, da se plačilo zdravstvenih storitev v celoti zagotavlja iz OZZ za zdravljenje in rehabilitacijo:

- otrok, učencev in študentev, ki se redno šolajo;
- otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
- otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov.

Prav tako za določene skupine, ki so določene v 24. členu ZZVZZ, zagotavlja razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev, ki se krijejo iz OZZ in polno vrednostjo zdravstvenih storitev proračun RS.

PZZ v Sloveniji ponujajo naslednje zavarovalnice:

- Vzajemna zdravstvena zavarovalnica;
- Zavarovalniška skupina Adriatic Slovenica;
- Triglav zdravstvena zavarovalnica.

1.2 Financiranje zdravstvenega varstva

Financiranje sistema zdravstvenega varstva zajema zbiranje sredstev in razdeljevanje oziroma plačevanje sredstev izvajalcem zdravstvenih dejavnosti (Marušič & Ceglar, 2009, str. 177). Plačevanje sredstev izvajalcem zdravstvenih dejavnosti je odvisno od modela plačevanja, ki se razlikuje glede na vrsto zdravstvene dejavnosti. Kakšen model

plačevanja se bo v določeni državi uporabljal, je odvisno od političnih odločevalcev v zdravstvu.

Pri financiranju zdravstvenih storitev je glavni dejavnik uspešnosti zdravstvenega varstva porazdelitev finančnega tveganja med izvajalci in plačniki, ki je odvisen od časovne razporeditve sredstev in programov izvajanja zdravstvenih storitev. Slednji so različno omejeni s količino osnovnih enot ali s finančnimi sredstvi. Obvladovanje stroškov zdravstvenih storitev je načrtano glede na razpoložljiv celoletni proračun, števila izvajalcev ali programa izvajanja zdravstvenih storitev.

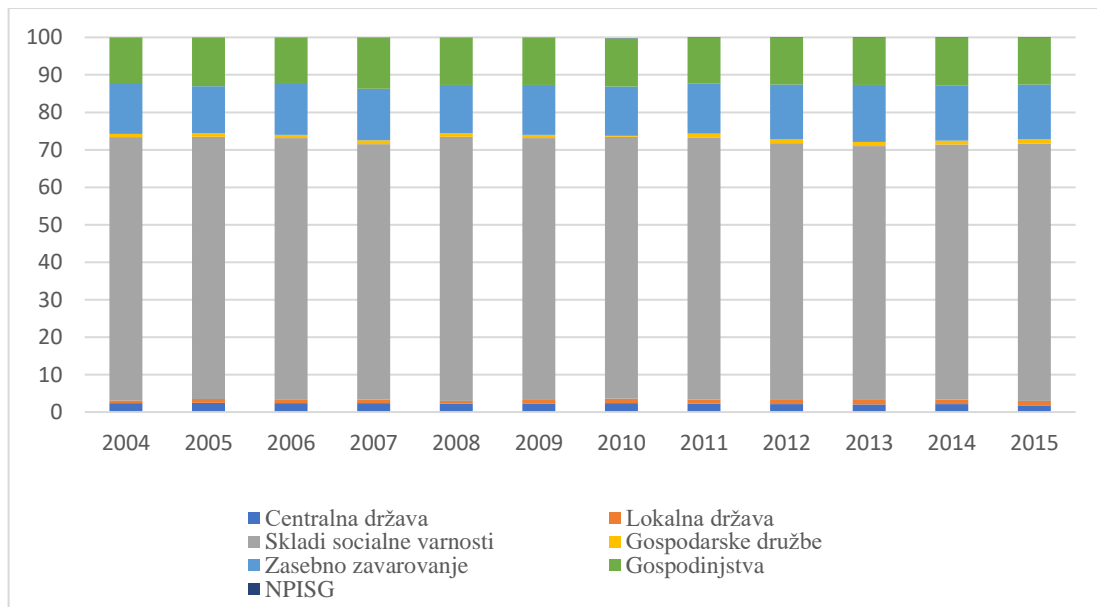
V Sloveniji se je do leta 2003 uporabljalo različne modele plačevanja (plačevanje po bolnišničnooskrbnih dneh, po storitvah, po primerih). Leta 2003 je bil uveden sistem Skupin primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP). Eden izmed pomembnejših razlogov za uvedbo sistema SPP je bil pomanjkljiv model plačevanja akutnih bolnišničnih obravnav na podlagi primerov, saj so imeli zelo ozko opredeljeno klasifikacijo storitev in so se močno cenovno razlikovali med izvajalci. V času uvedbe sistema SPP je klasifikacija omenjenega sistema vsebovala 661 storitev. 10 odstotkov proračuna v Sloveniji za akutno bolnišnično obravnavo se je razporedilo med 19 različnih izvajalcev. Pri uvedbi modela razvrščanja akutnih obravnav po diagnozah in opravljenih posegih se je upošteval mednarodni sistem razvrščanja bolezni (MKB-10-AM). Za izračun težavnosti povprečnega primera so se uporabile uteži, ki so bile izračunane na podlagi študij treh pilotskih bolnišnic v Sloveniji, in uteži National Hospital Cost Data Collection Round 6, definirane v Avstriji. Omogočeno je preusmerjanje sredstev od enkratnih na trajne potrebe državljanov, plačilo storitev je povezano z zadovoljstvom uporabnikov in izidov zdravljenj. Kljub temu da je sistem SPP izredno pregleden, ne more zajeti kompleksnosti celotne bolnišnične organizacije ali oceniti izredno specifičnega primera. Prav tako še vedno omogoča določene zlorabe, kot so lažno prikazovanje diagnoz, zmanjševanje nujno potrebnih raziskav zaradi nižanja stroškov ter hospitalizacije bolnikov, ki tega ne potrebujejo. Tako kot drugi načini razporejanja sredstev bolnišnicam tudi SPP ni zmožen nadzorovati kakovosti izvajanja storitev. Izvajalce pa usmerja k stroškovno učinkoviti obravnavi z uporabo razvrščanja in financiranja posameznih obravnav. Kljub določenim pomanjkljivostim se je z uvedbo sistema SPP Slovenija pridružila zdravstvenim sistemom, ki stremijo k pravičnosti, učinkovitosti, primerljivosti in preglednosti (Marušič & Ceglar, 2009, str. 181-182).

1.2.1 Viri financiranja zdravstvenega varstva

V največjem obsegu je zdravstveno varstvo v Sloveniji financirano s shemo enotnega zdravstvenega zavarovanja, se pravi s strani ZZZZS. Pravno podlago je leta 1992 zasnoval ZZVZZ, ki je dopolnjen z doplačili oziroma neposredno porabo iz žepa in z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem (v nadaljevanju DZZ). Financiranje zdravstva je glede na podatke zbrane v letu 2014 sestavljeno 71 odstotkov iz javnih virov, vključno z 62

odstotki iz socialne varnosti, 15 odstotkov iz DZZ in 13 odstotkov iz neposrednih plačil iz žepa (Thomas, Evetovits & Thomson, 2015, str. 4). Podrobna struktura virov financiranja je prikazana v spodaj (slika 1).

Slika 1: Struktura tekočih izdatkov zdravstvenega varstva glede na vir financiranja (v %), 2004–2015

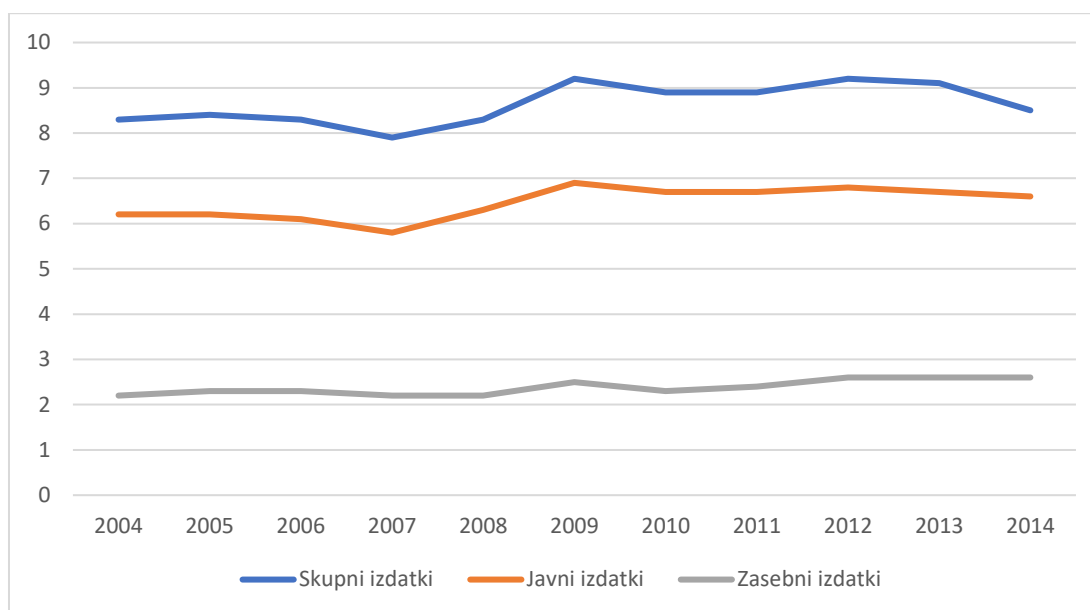


Vir: SURS (2015).

Financiranje ZZZS je zelo odvisno od prispevkov na izplačane plače, kar pomeni, da je financiranje zdravstvenega varstva močno odvisno od ekonomskih razmer. Hud gospodarski padec je Slovenija doživela v letu 2009. Thomas, Evetovits in Thomson (2015, str. 3) trdijo, da je bil to v letu 2009 eden izmed največjih padcev v vsej Evropi, saj je realni bruto domači proizvod (v nadaljevanju BDP) padel za 7,8 odstotkov. V istem letu je povprečno krčenje v EU-28 znašalo -4,4 odstotka. V letu 2010 se je realna rast BDP sicer okrepila za 1,2 odstotka, vendar pod povprečjem Evropske unije (v nadaljevanju EU), ki je znašalo 2,1 odstotka. Od leta 2011 se je realna rast BDP ponovno manjšala, prav tako se je vzporedno nenehno povečevala stopnja brezposelnosti, ki je iz 4,4 odstotkov v letu 2008 skočila na 13,1 odstotkov v letu 2013. Nasprotno se je bruto plača na zaposlenega v letu 2012 zmanjšala za 2,4 odstotka in v letu 2013 za 2,0 odstotka (Thomas, Evetovits & Thomson, 2015, str. 3).

V obdobju od leta 2003 do leta 2008 (slika 2) so tekoči izdatki za zdravstveno varstvo predstavljali med 7,5 do 8,1 odstotkov BDP. Leto kasneje je močno upadel BDP, kar je povzročilo povišanje tekočih izdatkov na 9,2 odstotkov BDP. Od leta 2010 dalje je bila stopnja tekočih izdatkov dokaj konstantna, leta 2014 so skupni izdatki za zdravstveno varstvo predstavljali 8,6 odstokov BDP (Cylus, 2015, str. 24).

Slika 2: Skupni, javni in zasebni izdatki za zdravstvo kot delež BDP (v %), 2004–2014

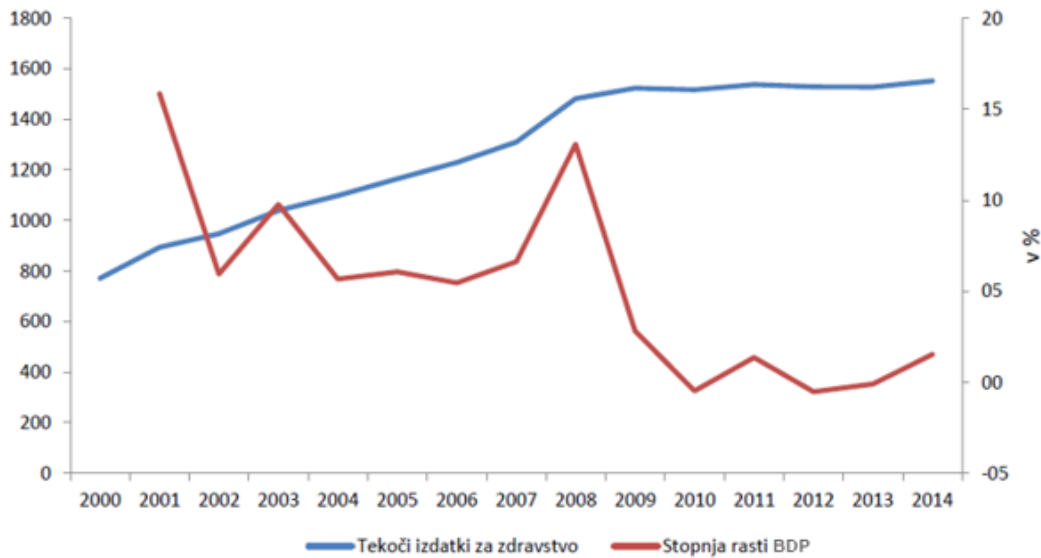


Vir: WHO (2018).

V celotnem razdobju od leta 2006 naprej je bil delež zdravstva v celotnih proračunskih izdatkih države v Sloveniji pod povprečjem EU-28. Ta delež se je še bolj zmanjšal v letu 2013, ko se je močno zvišal odstotek javnih izdatkov namenjenih reševanju bank. Povprečje EU-28 je v letu 2013 znašalo 14,8 odstotka, medtem ko je v Sloveniji zdravstveni delež celotnih izdatkov države znašal le 11,6 odstotka – v letu 2012 je bil ta enak 14,4 odstotkom (Thomas, Evetovits & Thomson, 2015, str. 3).

Povprečna letna rast izdatkov za zdravstveno varstvo na prebivalca (slika 3) se je gibala med leti 2003 in 2008 okoli 7,3 odstotka. Upočasnitev rasti izdatkov za zdravstvo po letu 2010 je bila posledica finančne krize, ki je Slovenijo prizadela močneje kot večino drugih EU držav. Nominalno so se izdatki na osebo v letu 2010 zmanjšali za 0,5 odstotka. Do leta 2014 so izdatki na osebo naraščali z minimalno 0,6 odstotno stopnjo (Cylus, 2015, str. 25).

Slika 3: Tekoči izdatki za zdravstvo (EUR na prebivalca) in rast BDP v Sloveniji, 2000–2014



Vir: Cylus (2015).

1.2.1.1 Prihodki zdravstvenega varstva

Tako kot financiranje ZZZS je tudi rast celotnih javnofinančnih prihodkov močno odvisna od ekonomskih razmer. Ti so bili dokaj stabilni v času krize, ker izhajajo iz davčnih in socialnih prispevkov. Nasprotno je bilo s prilivi, ki izhajajo iz prispevkov socialnega zavarovanja. Večina prihodkov ZZZS predstavljajo prispevki za socialno varnost, ki se spreminjajo glede na stopnjo brezposelnosti. Višja kot je stopnja brezposelnosti, manjša je stopnja rasti prispevkov za socialno varnost. Ostali prihodki ZZZS izvirajo iz javnofinančnih virov (skladi za socialno varnost, lokalni proračun, državni proračun) in nedavčnih virov (izkupički od prodaje blaga in storitev). Cylus (2015, str. 16) našteva naslednje razloge za povečanje prilivov prihodkov iz javnofinančnih virov:

- povečanje prispevkov Zavoda za zaposlovanje, povezanih z nadomestili za primer brezposelnosti;
- povečanje transferjev iz državnega proračuna za pokrivanje prispevkov za OZZ posebnih skupin prebivalstva (obsojenci, vojni invalidi);
- povečanje transferjev iz državnega proračuna za povračilo stroškov zdravstvenih storitev za socialno ogrožene osebe.

V času krize so se zmanjšali tudi prispevki za OZZ, v letu 2014 je povprečna letna rast mesečnih prispevkov znašala le 0,6 odstotka. Raven prispevkov je seveda različen glede na skupino zavarovancev (tabela 1).

Tabela 1: Povprečni mesečni plačani prispevek ZZZS za različne kategorije zavarovancev (v EUR), 2006–2016

Kategorije	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aktivni*	156	164	179	191	198	200	202	198	203	203	205
Samostojni podjetniki	86	89	94	95	95	100	118	117	129	137	138
Kmetje	29	30	34	34	40	36	37	38	40	42	45
ZPIZ za upokoјence	48	50	53	54	55	56	55	55	56	56	57
Brezposelni**	68	74	64	65	76	96	102	125	104	84	89
Zavarovanci po 20. točki	-	-	13	10	11	12	11	13	20	21	23
Zavarovanci po 21. točki	24	24	23	31	29	31	27	32	28	31	34
Ostalo***	-	-	36	40	44	44	43	43	44	64	76

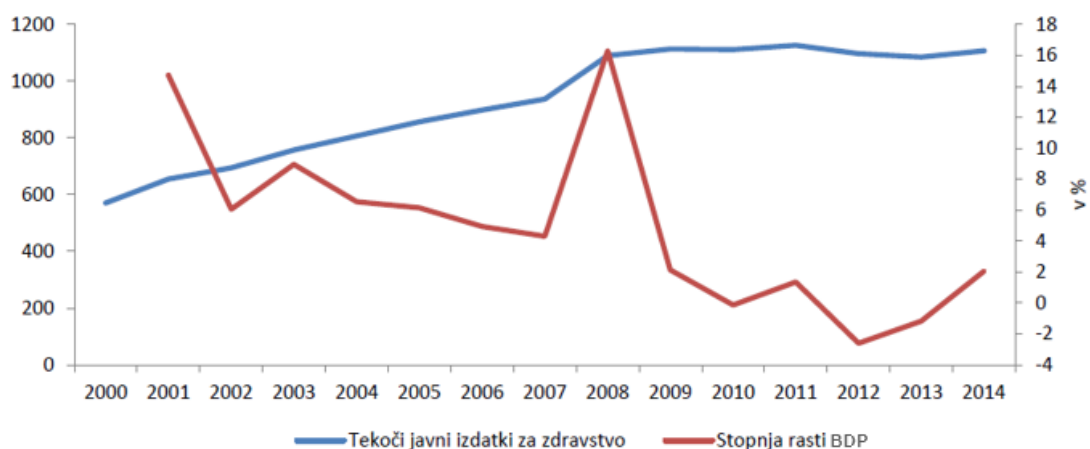
Legenda: *podatek vključuje tudi prihodke od nadomestil zaradi bolezenske odsotnosti in od nadomestil za starševski dopust; **podatek se nanaša le na tiste brezposelne osebe, ki jih je Zavod RS za zaposlovanje (v nadaljevanju ZRSZ) prijavil v zavarovanje kot prejemnike denarnih nadomestil iz naslova zavarovanja za primer brezposelnosti; ***vključeni so prispevki za pripornike, zamudne obresti, pozneje plačani ukinjeni prispevki, prispevki, ki jih plačuje RS, prispevki za zavarovance iz 17. in 18. člena ZZVZZ, prispevki od nadomestil iz invalidskega zavarovanja ter nerazporejeni prispevki.

Vir: ZZZS (2018b).

1.2.1.2 Javni izdatki za financiranje zdravstvenega varstva

Javni izdatki predstavljajo večino izdatkov za zdravstveno varstvo. Izdatki se večinoma porabijo za investicije, financiranje programov v javnem zdravstvu in preventive, upravljanje sistema zdravstvenega varstva in za vključitev ljudi v zdravstvo, ki imajo zelo nizke prihodke. Nominalna letna rast letnih javnih izdatkov na prebivalca je bila v letih od 2010 do 2014 skoraj celotno obdobje negativna (slika 4).

Slika 4: Javni izdatki za zdravstvo (EUR na prebivalca) in rast BDP v Sloveniji, 2000–2014



Vir: Cylus (2015).

Kot že omenjeno v prejšnjem odstavku, javni izdatki predstavljajo približno 70 odstotkov izdatkov za zdravstveno varstvo. Med letoma 2003 in 2008 se je javna poraba v povprečju gibala med 72 in 74 odstotki. Od leta 2008 do leta 2014 se je zmanjšala na 71,4 odstotka in je bila nekoliko pod povprečjem EU. Večino izdatkov porabi ZZZS, poraba države na lokalni in centralni ravni predstavlja zelo majhen odstotek (Cylus, 2015, str. 26). Razdelitev financiranja javnih izdatkov se med obdobjem od 2003 do 2014 ni bistveno spreminjala (tabela 2).

Tabela 2: Distribucija glavnih virov financiranja javnih izdatkov za zdravstvo, 2004–2015

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Javni izdatki	73,4	73,5	73,1	71,5	73,6	73,1	73,3	73,3	71,8	71,0	71,4	71,7
Centralna država	2,4	2,5	2,4	2,4	2,2	2,3	2,3	2,2	2,1	2,0	2,1	1,8
Lokalna država	0,7	1,0	1,0	0,9	0,8	0,9	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
Skladi socialne varnosti	70,3	70,0	69,7	68,2	70,5	69,89	69,9	70,0	68,6	67,8	68,1	68,7

Vir: SURS (2015).

1.2.1.3 Zasebni izdatki za financiranje zdravstvenega varstva

Zasebni izdatki predstavljajo sredstva zavarovalnic, ki opravljajo prostovoljna in nezgodna zdravstvena zavarovanja. Večino zasebnih izdatkov predstavlja PZZ. Leta 2009

je od vseh zasebnih izdatkov, ki so znašali 26,8 odstotka, PZZ zagotovil skoraj 13 odstotkov in se do leta 2014 povečal za skoraj dobra 2 odstotka. Močno je opazen prenos izdatkov iz javnega v zasebni sektor v času večanja brezposelnosti, zaradi česar se je PZZ razširil. Posledično se je Slovenija približala mednarodnim standardom agregatnih ravni financiranja zdravstvenega varstva (Thomas, Evetovits & Thomson, 2015, str. 5).

Premije za PZZ so se od leta 2011 naprej povečevale in kljub temu da so ohranile majhen delež trga, so skupne premije leta 2014 znašale 465,7 milijona EUR. Od leta 2007 naprej so se večali tudi neto zahtevki za PZZ, ki krijejo doplačila ZZZS. PZZ je kljub vsem ekonomskim spremembam ostal dobičkonosen. Delež financiranja s strani gospodinjestev se ni bistveno spreminjal. V povprečju je znašal približno 12,5 odstotka v letih od 2008 do 2014. Vendar se je glede na statistične podatke povečal delež skupne neposredne porabe za zdravstvene storitve gospodinjestev. Delež se je povečal zaradi večje porabe v premožnih gospodinjestvih, kjer je bilo povečanje neposredne porabe občutno večje glede na primerjavo s skupno porabo gospodinjestev (Cylus, 2015, str. 28). Gospodinjestva so tudi ena izmed skupin zavarovancev, ki opravijo veliko neposrednih plačil iz žepa, kar jim omogoči nakup blaga in storitev, ki jih ne krije ZZZS in dostop do zdravstvene oskrbe v zasebnem zdravstvu. V letu 2014 so znašala 13 odstotkov tekočih izdatkov za zdravstvo, kar pomeni 45 milijonov EUR. V primerjavi s povprečjem EU je delež plačil iz žepa nizek, kar bi se lahko spremenilo, če ne bi bilo omogočeno PZZ. Sama razdelitev financiranja zasebnih izdatkov se v obdobju od 2004 do 2014 ni bistveno spreminjala (tabela 3).

Tabela 3: Distribucija glavnih virov financiranja zasebnih izdatkov za zdravstvo, 2004–2015

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Zasebni izdatki	26,6	26,5	26,9	28,5	26,4	26,9	26,7	26,7	28,2	29,0	28,6	28,3
Gospodarske družbe (brez zdravstvenih zavarovalnic)	0,8	0,9	0,9	1,0	0,9	0,9	0,18	1,0	1,0	1,1	1,0	1,2
Zasebne zavarovalnice	13,6	12,6	13,6	13,8	12,9	13,3	13,1	13,4	14,6	15,2	14,8	14,5
Gospodinjestva	12,2	13,0	12,3	13,6	12,6	12,8	12,7	12,2	12,5	12,6	12,7	12,5
Nepridobitne institucije, ki opravljajo storitve za gospodinjestva (NPISG)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Vir: SURS (2015).

1.2.2 Zakonodaja financiranja zdravstvenega varstva

75. člen ZZDej določa, da financiranje zdravstvenega zdravstva obravnava in potrjuje Zdravstveni svet, ki predstavlja najvišji strokovno usklajevalni organ na področju zdravstvenega varstva. Oblikuje se iz predstavnikov zdravstvene stroke pri ministrstvu za zdravje iz vrst svetnikov, višjih svetnikov, fakultetnih učiteljev in drugih priznanih strokovnjakov s področja zdravstvenega varstva, zdravstvene ekonomike in organizacije zdravstvenega varstva. Zdravstveni svet oblikuje vsebino zdravstvenih programov glede na njihovo izvedljivost, glede na načelo enakomernosti razvoja vseh strok in načela enake dostopnosti. Zdravstveni svet lahko zahteva, da se strokovno doktrino prilagodi ekonomskim možnostim države ali da strokovni kolegij prilagodi izvajanje programa glede na prioritete in omeji obseg (ZZDej).

1.2.3 Načini financiranja zdravstvenega varstva

Cilj financiranja zdravstvenega varstva je omogočiti učinkovit (čim bolj optimalno izvajanje storitev), pregleden (preprosta administracija, možnost nadzora) in pravičen (enako plačilo za enako storitev) model plačevanja izvajalcem zdravstvenih storitev. Marušič in Ceglar (2009, str. 178) modele plačevanja delita na naslednje delitve. Prva delitev je na podlagi temelja, po katerem storitev financiramo. Znotraj te delitve poznamo naslednje modele plačevanja:

- plačevanje na podlagi potreb (plačilo glede na potrebe prebivalstva na določenem območju);
- plačevanje na podlagi vnosa (sredstva se določijo glede na izdatke v preteklem obdobju);
- plačevanje na podlagi storitev (temelji na natančno specificiranih potrebah po zdravstvenih storitvah);
- plačevanje na podlagi izidov (dodatno plačilo, v primeru da storitve določenega izvajalca presegajo ostalo povprečje).

Druga delitev je glede na merilo predvidljivosti oziroma nepredvidljivosti. Znotraj te delitve poznamo naslednje modele plačevanja:

- retrospektivni model (plačnik dobi informacijo o izdatku zdravstvene storitve po tem, ko je ta že opravljena in tako ne more predhodno oceniti izdatke oziroma kasneje vplivati na izdatke, ker so ti že nastali);
- prospektivni model (izdatki zdravstvene storitve so vnaprej predvideni in plačnik lahko predhodno vpliva nanje).

Tretja delitev je glede na omejenost oziroma neomejenost. Omejitve so lahko:

- finančne (celoletni proračun ali posamezna enota);
- časovne (celotno leto ali posamezna obračunska časovna enota);
- količinske (število izvajalcev, število postelj, količina zdravstvenih storitev).

1.2.4 Nakupovanje in plačevanje storitev zdravstvenega varstva

V Sloveniji obstajata dva ločena mehanizma za zbiranje in združevanje sredstev. ZZZS zbira prispevke za OZZ, premije za PZZ prejema zavarovalnice, ki ponujajo to vrsto zavarovanja. Oba mehanizma kupujeta zdravstvene storitve.

ZZZS definira maksimalno vrednost zbranih obveznih prispevkov znotraj letnega finančnega plana, katere se bo porabilo za zdravstvene storitve v prihodnjem letu. Prospektivno določen in omejen letni proračun je definiran glede na trenutne in prihodnje makroekonomske pogoje, kot so rast BDP, stopnja inflacije, pričakovana rast plač in pokojnin ter stopnja brezposelnosti. Omenjeni pogoji vplivajo na vrednost zbranih prispevkov. Letni proračun mora biti po uskaiditvi ZZZS in Ministrstva za zdravje potrjen s strani odbora ZZZS in parlamenta ter na koncu s strani vlade. Poleg letnega proračuna določi ZZZS in Ministrstvo za finance tudi zgornjo mejo za skupne izdatke za zdravstveno zavarovanje v ZZZS, katere je potrebno porabiti iz javnih sredstev. Omejenost proračuna je vključena v pogodbe med ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev (Albreht in drugi, 2016, str. 76).

V Sloveniji tri zavarovalnice ponujajo PZZ (Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, Zavarovalniška skupina Adriatic Slovenica, Triglav zdravstvena zavarovalnica). Vse tri zavarovalnice prejema premije, ki si jih porazdelijo glede na shemo izenačevanja tveganja, ki jo določi Ministrstvo za zdravje in glede na vrednost plačanih stroškov in glede starostnega ter spolnega profila zavarovancev. Zdravstvene zavarovalnice, ki ponujajo PZZ, morajo arhivirati in poročati o stroških glede na sedem starostnih skupin in glede na spol na vsako kvartalno obdobje. Glede na pridobljena poročila, Ministrstvo za zdravje izračuna portfelj, ki predstavlja vrednost hipotetičnih povprečnih stroškov, v primeru da bi imele vse zavarovalnice enake strukture portfeljev. Glede na izračun Ministrstvo za zdravstvo določi, koliko sredstev morajo prispevati zavarovalnice z bolj ugodnimi shemami izenačevanja tveganja in kolikšno kompenzacijo bodo prejele zavarovalnice z manj ugodnimi shemami izenačevanja tveganja. S porazdeljevanjem sredstev se izenačijo razlike v strukturah tveganja. Tukaj proračun ni omejen in morajo zavarovalnice plačati vse zdravstvene storitve opravljene v okviru PZZ (Albreht in drugi, 2016, str. 76-77).

Nakup zdravstvenih storitev se začne s procesom pogajanja predstavnikov. Storitve, ki jih mora ZZZS povrniti, in obseg storitev, ki jih mora ZZZS zagotoviti, je določeno v letnih dogovorih, kjer so določeni tudi letni proračuni za OZZ. Z aneksi je potrebno določiti zgornje omejitve za zasebne izdatke za zdravstvo, za različne skupine izvajalcev

zdravstvenih storitev. Pogajanje, v večini primerov glede stopnje financiranja in cen, je sestavljeno iz dveh korakov. V prvem koraku se partnerji pogajajo o potrebnih spremembah in izboljšavah obstoječega dogovora. Sprejeti so predlogi, ki jih 100 odstotno podpirajo vsi partnerji. V drugem koraku sledi arbitražna, ko se partnerji pogajajo o spornih vprašanjih. Tudi v tem koraku so sprejeti samo 100 odstotno podprti predlogi. V dogovorih je določen tip in obseg storitev, ki jih mora izvajalec zagotoviti, tarife za določene programe in storitve, način plačila, stopnja kakovosti ter dolžnosti in pravice partnerjev. ZZZS izdaja javne razpise za vse javne ponudnike zdravstvenih storitev in zasebne ponudnike, ki imajo koncesijo za delo v javno financiranem sistemu, in ne more selektivno izbirati individualnih ponudnikov. Zavarovalnice, ki ponujajo PZZ, niso vključene v pogajalski proces. Zavarovalnice, ki ponujajo PZZ, morajo plačati izvajalcem zdravstvenih storitev celotno vrednost dajatev, ki jih krije PZZ. Posamezniki, ki so vključeni v PZZ, zavarovalnicam plačujejo premije (Albreht in drugi, 2016, str. 77-78).

Plačevanje zdravstvenih storitev je dogovorjeno v letnih dogovorih med ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev. Vsak dogovor določa obseg in ceno programa, ki ima definirane storitve, ki jih program zajema glede na izbran tip nege. Letni proračun omeji obseg plačil izvajalcem zdravstvenih storitev. Izjema so specifični programi, ki niso odvisni od letnega proračuna (porod, zgodnje odkrivanje rakavih celic, dialize, presaditev organov). Plačilni mehanizem se ne razlikuje med izvajalci (Albreht in drugi, 2016, str. 85).

1.3 Uspešnost in predvideni ukrepi na področju zdravstvenega varstva

V zdravstvu se v zadnjem času pojavlja trend naraščanja stroškov. Staranje prebivalstva povzroča, da se vedno več sredstev namenja zdravljenju bolezni povezanih s starostjo. Tudi naraščajoče razmerje med upokojenim prebivalstvom in delovno aktivnim prebivalstvom zmanjšuje prihodke za zdravstvo. K večanju stroškov ne pripomore slab nadzor nad stroški, ki izhaja iz tega, da je poslanstvo zdravstvenih organizacij skrb za zdravje prebivalstva. Zdravstvene organizacije stremijo k čim večjim prihodkom, kar ne pomeni tudi čim nižjih stroškov. Večanje stroškov povzroča tudi pomanjkanje delovne sile in nizko rast produktivnosti, ki je posledica nezmožnosti standariziranja procesov v zdravstvu.

Zaradi pomanjkljivosti obstoječega sistema zdravstvenega varstva stremi Ministrstvo za zdravstvo k spremembam in nadgradnjam le tega. Cilj ministrstva je vzpostaviti prožen zdravstven sistem, ki bo kakovostno in učinkovito zadovoljeval potrebe prebivalstva. Marušič (2011, str. 6) kot temeljna načela nadgradnje našteva:

- zagotavljanje geografske dostopnosti do zdravstvenih storitev preko decentralizacije in krepitev regionalizacije ob istovrstnem zagotavljanju razvoja strokovnosti ter prenašanju in povezovanju znanja med različnimi ravnmi;

- zagotavljanje kakovostne dostopnosti preko zagotavljanja kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev;
- zagotavljanje finančne dostopnosti s strateškim zagotavljanjem storitev posameznim kategorijam prebivalstva preko definiranja košarice zdravstvenih storitev v skladu z načeli klinične in stroškovne učinkovitosti ter sprememb sistema zdravstvenega zavarovanja.

Sistem mora stremeti k zmanjševanju neenakosti, večji konkurenčnosti in k nenehnemu razvoju zaradi izzivov, ki se pojavljajo zaradi prostega pretoka pacientov znotraj EU. Marušič (2011, str. 6) navaja, da so ključni izzivi za doseganje in sledenje osnovnim načelom nadgradnje zdravstvenega sistema naslednji:

- preventiva in promocija zdravja;
- finančna vzdržnost zagotavljanja zdravstvenega varstva;
- učinkovito upravljanje z javnimi sredstvi ter ločitev javnega in zasebnega zdravstva;
- usklajeno vlaganje v človeške vire in zdravstvene tehnologije glede na potrebe prebivalstva;
- optimizacija pretoka podatkov, informacij in analiz.

1.4 Izračun stroška financiranja povprečnega prebivalca

Izračun stroška financiranja povprečnega prebivalca je narejen na podlagi naslednjih lastnosti prebivalca in je neodvisen od spola prebivalca:

- starost med 25 do 35 leti;
- prejema povprečno mesečno bruto plačo, ki je v januarju 2018 znašala 1.659,27 EUR (SURS, 2018);
- ima stalno prebivališče v RS;
- je v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v RS.

V spodnji razpredelnici (tabela 4) je prikazan prispevek prebivalca s povprečno mesečno bruto plačo za OZZ in PZZ. Prispevek za OZZ je znatno večji in ga izplača delodajalec direktno iz plače. Za PZZ se lahko prebivalec odloča med tremi ponudniki, med katerimi se mesečni prispevek skoraj ne razlikuje.

Tabela 4: Strošek mesečnega financiranja zdravstva povprečnega prebivalca glede na prejeto bruto mesečno plačo (v % in EUR)

Vrsta zavarovanja	Določilo	Delež prispevka (v %)	Znesek (v EUR)
OZZ	1. točka 15. člena ZZVZZ	6,36	105,53
PZZ (Vzajemna)	Cenik PZZ Vzajemne zdravstvene zavarovalnice	1,80	30,12*
PZZ (Adriatic Slovenica)	Cenik PZZ Adriatic Slovenica	1,80	29,43
PZZ (Triglav)	Cenik PZZ Zavarovalnice Triglav	1,70	28,99

Legenda: *premija velja od 1.5.2018 dalje, s 3 % popustom znaša 29,22

Vir: ZZVS (2018c), Vzajemna zdravstvena zavarovalnica (2018), Adriatic Slovenica (2018) in Triglav, zdravstvena zavarovalnica (2018).

2 FINANCIRANJE ZDRAVSTVA V ŠVICI

Švicarska konfederacija je celinska zvezna država in je sestavljena iz 26 kantonov, ki so med seboj enakopravni in imajo status zveznih dežel federacije. Švicarska konfederacija varuje svobodo in pravice posameznikov ter ščiti neodvisnost in varnost države (The federal Council 2017, 2. člen). Ustava, sprejeta leta 1848, v 41. členu določa, da mora biti zagotovljena zdravstvena oskrba vsakemu posamezniku, ki jo potrebuje (The federal Council, 2018, str. 101). Konfederacija mora v sklopu svojih pooblastil in zmožnosti zagotoviti kakovostno primarno zdravstveno oskrbo, ki je dostopna vsem. Prepoznati in vzpodbujati mora družinsko medicino kot bistveno sestavino primarne zdravstvene oskrbe in nadzorovati ter sprejemati mora nove zakone glede usposabljanja in izobraževanja strokovnega kadra, ki omogoča konstantno rast kakovosti zdravstvene oskrbe (The federal Council, 2017, 117a. člen).

2.1 Sistem zdravstvenega varstva

Švicarski sistem zdravstvenega varstva je zelo kompleksen, saj združuje korporativizem in upravljanje s konkurenco v decentraliziranem regulativnem okviru izoblikovanem z vplivi neposredne demokracije. Korporativizem v smislu združevanja različnih interesnih skupin v politični proces sistema zdravstvenega varstva, upravljanje s konkurenco pa v smislu zagotavljanja najvišje vrednosti tako za ponudnike kot za potrošnike. De Pietro in drugi (2015, str. 19) navajajo, da je za švicarski sistem značilno, da si odločanje delijo:

- tri ravni vlade (konfederacija, 26 kantonov in 2.352 občin);
- korporativni organi (podjetja in ponudniki OZZ);
- prebivalci, ki lahko zahtevajo veto in spremembe v zdravstveni zakonodaji preko referendumov.

Prav vloga neposredne politične udeležbe prebivalstva prek pobud in referendumov je edinstvena značilnost švicarskega političnega sistema. Tekom zgodovine so bile sprejete pomembne reforme v sistemu zdravstvenega varstva prav zaradi pobud prebivalstva, na primer deljeno odločanje med vlado, korporativnimi organi in prebivalstvom, vzpostavitev OZZ in druge. Učinek udeležbe prebivalstva je dvostranski:

- določene načrtovane reforme so preprečene z referendumimi;
- referendumimi, ki so nastali zaradi želje prebivalcev po spremembi, so izhodiščna točka, zaradi česar so posledično sprejete določene reforme.

Švica zagotavlja dostop do zdravstvene oskrbe preko OZZ. Ponudnik OZZ mora posameznika sprejeti ne glede na njegovo zdravstveno stanje. Za posameznike z nizkimi dohodki kantoni zagotavljajo subvencije, ki omogočijo plačilo premije in s tem tudi vključitev v OZZ (De Pietro in drugi, 2015, str. 21).

2.1.1 Opredelitev zdravstvenega varstva

Zgodovinski razvoj zdravstvenega varstva konfederacije se odraža v današnji pomembni vlogi kantonov, ki zagotavljajo in financirajo sredstva, potrebna za delovanje sistema zdravstvenega varstva v Švici. Skupaj s konfederacijo so odgovorni za oblikovanje, reguliranje in spremljanje zdravstvene politike. Kljub soodvisnosti konfederacije in kantonov določene naloge opravlja samo konfederacija neodvisno od kantonov. Zagotavlja predvsem splošen sistem zdravstvenega zdravstva kot celoto in določa splošne pogoje vstopa na trg zdravstvenih storitev, farmacevtskih izdelkov in zdravstvenih pripomočkov na nacionalni ravni. Pomembno vlogo ima konfederacija tudi pri podiplomskem izobraževanju. Za usposabljanje, zagotavljanje ter financiranje izobraženega in kakovostnega strokovnega kadra so odgovorni kantoni. Posledično imajo kantoni, ki prispevajo več finančnih sredstev, večjo pogajalsko moč pri določanju števila prostih mest v izobraževalnih institucijah (OECD, 2011, str. 33).

Kljub raznolikosti sistema zdravstvenega varstva med kantoni, OECD (2011, str. 33) navaja, da se konfederacija zavzema za usklajenost in delovanje sistema kot celote na nacionalni ravni s pomočjo naslednjih institucij:

- Zvezno ministrstvo za notranje zadeve (ang. The Federal Department of Home Affairs, v nadaljevanju FDHA), ki ga sestavljata Zvezni urad za javno zdravje (fr.

- Office Fédéral de la Santé Publique, v nadaljevanju OFSP) in Zvezni urad za statistiko (fr. Office Fédéral de la Statistique, v nadaljevanju OFS);
- Švicarska konferenca kantonskih ministrov za javno zdravje (ang. The Swiss Conference of the Cantonal Ministers of Public Health, v nadaljevanju CDS) predstavlja politično usklajevalno telo od leta 1919 naprej in spodbuja sodelovanje in skupne politike med kantoni ter izjemoma s konfederacijo;
 - Dialog za zdravje (fr. Dialogue de la Politique Nationale de la Santé) omogoča odločevalcem na kantonski in konfederacijski ravni razglabljati in razpravljati o potencialnih ovirah, izzivih ter priložnostih.

2.1.2 Organiziranost sistema zdravstvenega varstva

Koordinacijsko vlogo med ministri kantonov predstavlja CDS. Na nacionalni ravni predstavlja pomembno vlogo Zvezna služba za javno zdravstvo (ang. The Federal Office of Public Health, v nadaljevanju FOPH), ki opravlja nadzor nad pravilnostjo uporabe OZZ glede na pravna določila, odobrava zavarovalne premije, ki jih določijo zdravstvene zavarovalnice, in ureja zakonsko pokritost ter cene farmacevtskih izdelkov. Ostali ukrepi na področju nadzora stroškov se sprejemajo na ravni kantonov. Cene ambulantnih storitev so določene glede na TARMED, lestvice pristojbin za opravljanje storitev. TARMED določa relativno težo stroškov storitev glede na celotne stroške OZZ na nacionalni ravni. Lestvico mora potrditi Švicarski zvezni svet (ang. Swiss Federal Council). Vrednosti TARMED se lahko določijo glede na pogajanja med združenji zdravstvenih zavarovalnic in združenji ponudnikov zdravstvenih storitev v kantonih, ki potekajo enkrat letno. Posledično se lahko vrednosti razlikujejo med kantoni in storitvenimi skupinami. V primeru da pogajanja niso uspešna, vrednosti določi kantonska vlada. Od leta 2012 naprej bolnišnično oskrbo nadzoruje neprofitna korporacija SwissDRG AG. Za pravice bolnikov se borita Združenje švicarskih bolnikov (ang. Association of Swiss Patient) in Varuhi človekovih pravic za zdravstveno zavarovanje (Mossialos, Wenzl, Osborn & Sarnak, 2016, str. 165-166).

De Pietro in drugi (2015, str. 25-26) navajajo, da zakonodajno in izvršilno vejo oblasti predstavljajo naslednji organi:

- Parlament, ki je sestavljen iz Državnega sveta in Sveta držav, kjer ima vsak kanton sedež ali dva in je odgovoren za opredelitev pravnega okvira sistema zdravstvenega varstva znotraj ustavnih pristojnosti konfederacije;
- Zvezni svet, ki je kolektivni vodja konfederacije in sprejema in spreminja uredbe;
- FDHA, ki ima generalni sekretariat, ki usklajuje osem zveznih uradov in ima končno odločitev o načinu delovanja sistema zdravstvenega zavarovanja.

FDHA nadzoruje institucije kot so:

- FOPH; ki je odgovoren za javno zdravstvo in razvoj zdravstvene politike na nacionalni ravni, pripravlja predpise in zakone za zdravstveno in nezgodno zavarovanje, biološko varnost, raziskave na ljudeh in presaditve ter nadzoruje ponudnike OZZ in ostala področja;
- Zvezni urad za socialno zavarovanje (ang. The Federal Social Insurance Office, v nadaljevanju BSV/OFAS), ki je odgovoren za usmerjanje, spremljanje in upravljanje sistemov socialne varnosti;
- Švicarska agencija za terapevtske izdelke (ang. The Swiss Agency for Therapeutic Products), ki je pridružena FDHA, ni pa formalno del FDHA;
- OFS, ki pripravlja statistične podatke o zdravstvenem varstvu.

FOPH je sestavljen iz direktorata za zdravstveno in nezgodno zavarovanje, direktorata za zdravstveno politiko, direktorata za javno zdravstvo in direktorata za varstvo potrošnikov. Narekuje smernice na področju omejevanja nalezljivih bolezni, varstva potrošnikov, radiološki zaščiti in odvisnosti od substanc ter spodbuja zdrav življenjski stil življenja (De Pietro in drugi, 2015, str. 26-28).

2.1.3 Zdravstveno zavarovanje

Model Švicarskega zdravstvenega zavarovanja predstavlja univerzalno pokritost v sistemu financiranega s strani zavarovalnih premij, za katerega je značilna konkurenca med zdravstvenimi zavarovalnicami, konkurenca med ponudniki zdravstvenih storitev in možnost izbire potrošnikov o značilnostih lastnega zdravstvenega načrta. Švicarski trg zdravstvenega zavarovanja je eden izmed tistih, kjer je upravljanje konkurence eden izmed glavnih dejavnikov uspešnosti delovanja sistema zdravstvenega varstva (Esmail, 2013, str. 4).

Prve oblike zdravstvenega zavarovanja so se v Švici pojavile s pobudami podjetnikov, sindikatov in verskih skupnosti. Specifike zavarovanj so se močno razlikovale po regijah, glavni namen vseh je bil zagotoviti finančno podporo za zdravstveno oskrbo delavcem in njihovim družinam. Do leta 1880 je bilo ustanovljenih 1085 zdravstvenih skladov, katerih specifike so se močno razlikovale med kantoni in tudi občinami. Skladi so storitve zagotavljali le določenim posameznikom, glede na njihovo zaposlitev in glede na podjetje, v katerem so bili zaposleni, glede na kraj prebivanja in glede na cerkev, v katero so bili včlanjeni. Zakonodaja se je določala na ravni kantonov vse do leta 1893, ko je prevzela zdravstveno politiko konfederacija in je bila ustanovljena FOPH. Zatem je bilo veliko razpravljanja o vzpostavitvi zakona o zdravstvenem zavarovanju, ki je bil sprejet leta 1912. Delež prebivalstva z zdravstvenim zavarovanjem je v letu 1915 znašal 11 odstotkov. De Pietro in drugi (2015, str. 22) navajajo, da je Zvezni zakon o zdravstvenem in nezgodnem zavarovanju (ang. The Federal Law on Sickness and Accident Insurance, v nadaljevanju KUVG/LAMA) zahteval, da skladi zdravstvenega zavarovanja sledijo določilom, dogovorjenih v tem zakonu:

- zagotavljanje določenega obsega storitev (ambulantna oskrba, zdravila, bolnišnično oskrbo za določen čas);
- omogočanje posameznikom spreminjanja sestave sredstev v skladih zdravstvenega zavarovanja.

Skladi zdravstvenega zavarovanja so morali biti neprofitni. Odločitev ali je zdravstveno zavarovanje obvezno ali ne, je KUVG/LAMA prepustil vsakemu kantonu. Leta 1914 je mesto Basel prvi razglasil obvezno zdravstveno zavarovanje, temu so sledili tudi ostali kantoni. Tekom 20. stoletja je sistem zdravstvenega varstva doživel močno širitev, kar je posledično privedlo do konstantega povečevanja izdatkov za zdravstveno varstvo in povečevanje premij. KUVG/LAMA je tako moral poostriži nadzor nad stroški sistema zdravstvenega zavarovanja in s tem omejiti povečevanje premij in omogočiti racionalno razdeljevanje sredstev zdravstvenim zavarovalnicam (De Pietro in drugi, 2015, str. 23-24).

De Pietro in drugi (2015, str. 24) navajajo, da je leta 1991 Zvezni svet predlagal nov Zvezni zakon o zdravstvenem zavarovanju (ang. The Federal Health Insurance Law, v nadaljevanju KVG/LAMal), ki je stopil v veljavo leta 1994, s tremi glavnimi cilji:

- okrepitev solidarnosti z uvedbo univerzalne pokritosti in zagotovitev subvencij za posameznike z nizkimi dohodki za nakup zdravstvenega zavarovanja;
- omejitev naraščanja stroškov sistema zdravstvenega varstva glede na povpraševanje in ponudbo;
- razširitev košarice dobrin in zagotovitev visokih standardov zdravstvenih storitev.

Odgovornosti za nemoteno delovanje sistema zdravstvenega varstva so razdeljene na ravni konfederacije, kantonov in na ravni občin, prikazano spodaj v tabeli (tabela 5). Konfederacija prevzema zakonodajno in nadzorno vlogo na področjih, naštetih v spodnji tabeli. Kantoni so osredotočeni predvsem na zdravstveno varstvo in na sekundarno in visoko šolstvo, medtem ko so občine osredotočene na bolj ranljive skupine in s tem povezano oskrbo na domu, zdravstveno oskrbo v domovih za starejše in duševno oskrbo.

Tabela 5: Glavne odgovornosti za sistem zdravstvenega varstva na ravni konfederacije, kantonov in občin

Konfederacija	Kantoni	Občine
<ul style="list-style-type: none"> - nadzor in izkoreninjenje nalezljivih bolezni; - spodbujanje športa in zdravega življenja; - bolezni in nezgodno zavarovanje; - socialno zavarovanje; - usposabljanje strokovnega kadra; - nadzor nad strokovnimi zdravniškimi pregledi in priznavanje kvalifikacij zdravnikov; - genski inženiring, pomožne reprodukcije, transplantacije in medicinske raziskave; - varovanje zdravja in strokovnega kadra; - varstvo okolja; - spodbujanje znanosti, raziskovanja in tercialnega izobraževanja; - nadzor kakovosti in varnosti zdravil ter zdravstvenih pripomočkov; - zloraba substanc; - zagotavljanja statistik sistema zdravstvenega varstva 	<ul style="list-style-type: none"> - zagotavljanje zdravstvenega varstva in delno financiranje bolnišničnih stroškov; - pooblaščen za odprtje zdravniških ordinacij in lekarn; - preprečevanje bolezni in zdravstvena vzgoja; - izvajanje zveznih zakonov, ki jih delegira konfederacija 	<ul style="list-style-type: none"> - izvrševanje pristojnosti, ki jih prevzamejo od kantonov

Vir: Matei, Galaon in Minder (2010).

Kljub zakonodajni in nadzorni vlogi konfederacije, je zdravstvena oskrba močno decentralizirana, kar pomeni, da so za upravljanje sistema zdravstvenega varstva ključni tisti subjekti, ki delujejo na ravni kantonov. Mossialos, Wenzl, Osborn in Sarnak (2016, str. 165) navajajo, da ima vsak kanton svojega ministra za javno zdravje, ki je skupaj z ministrstvom odgovoren za:

- izdajanje dovoljenj ponudnikom zdravstvenih storitev;
- subvencioniranje zdravstvenih institucij;
- usklajevanje bolnišničnih storitev;
- spodbujanje zdravja s preventivnim preprečevanjem bolezni.

Strukturo OZZ določa KUVG/LAMal, ki stremi k ohranitvi konkurenčnega trga visokokakovostnih osnovnih zdravstvenih storitev in spodbujanju enakomernega pokritja in enakomerne porabe izdatkov zdravstvenih storitev. Zakon določa kako morajo delovati ponudniki zdravstvenega zavarovanja in kaj morajo nuditi prebivalstvu. OECD (2011, str. 36-37) navaja, da so glavne značilnosti OZZ naslednje:

- OZZ je obvezno za vsakega švicarskega rezidenta, vsak član družine mora biti zavarovan individualno in to zavarovanje plača vsak posameznik sam;
- stroške OZZ morajo pokrivati vse zdravstvene zavarovalnice in sicer stroške zdravstvenih diagnoz in zdravljenj v primeru bolezni, nesreč in materinstva
- posamezniki se prostovoljno odločijo, katero zdravstveno zavarovalnico, v kantonu v katerem prebivajo, bodo izbrali in zavarovalnica mora sprejeti vsakogar;
- v primeru da se posameznik odloči za zdravstveno zavarovalnico izven kantona, v katerem prebiva, mora poravnati razliko med povračilom zdravstvene zavarovalnice v lastnem kantonu in zdravstvene zavarovalnice v drugem kantonu;
- posameznik lahko zamenja zdravstveno zavarovalnico enkrat letno;
- zdravstvena zavarovalnica mora za standardno premijo zaračunati vsem rezidentom istega kantona enako;
- standardne premije so neodvisne od prihodkov;
- posamezniki z nižjim dohodkom prejemaajo subvencije, ki jim zmanjša strošek premije;
- posamezniki prispevajo k stroškom zdravstvenih storitev preko doplačil, odbitkov in dodatnih zavarovanj;
- posamezniki lahko sklenejo prilagojeno OZZ, za katero plačujejo manjšo premijo, vendar ta ne pokriva vseh standardnih stroškov in morajo posamezniki posledično prevzeti dodatno finančno odgovornost.

PZZ ni obvezno in pokriva zdravstvene storitve, ki niso zajete v OZZ. Za posameznika nakup PZZ ni obvezen, vendar se kljub temu zanj odloči večino posameznikov. Trg PZZ ureja Zvezni urad za zasebno zavarovanje (ang. The Federal Office of Private Insurance, v nadaljevanju FOPI), ki ponudnikom PZZ prepušča odločitve o sprejemu posameznikov. V primeru, da posameznik za zavarovalnico predstavlja preveliko tveganje, ga ta lahko zavrne (Daley & Gubb, 2013, str. 5). V Švici obstajata dve vrsti PZZ:

- dnevno plačilo zavarovanja z denarjem;
- DZZ.

Prvo vrsto PZZ ponavadi prevzamejo delodajalci v primeru bolezni in poškodb ter hospitalizacije delojemalca. Za drugo vrsto PZZ Esmail (2013, str. 8) našteva naslednje ugodnosti:

- lastna izbira zdravnika za bolnišnično oskrbo;
- izbira privatnih ponudnikov zdravstvenih storitev, ki niso del standardnih ponudnikov znotraj kantona;
- dostop do zdravstvenih storitev izven kantona, v katerem posameznik prebiva;
- zobozdravstvena oskrba;
- možnost izbire zasebne sobe v času bolnišnične oskrbe.

2.2 Financiranje zdravstvenega varstva

Nakup zdravstvenega zavarovanja od pooblaščenega zavarovalnice je obvezno za vsakega prebivalca Švice. Zdravstvene zavarovalnice so organi, ki omogočajo pravico do osnovne zdravstvene oskrbe zavarovancem in skupaj z vlado oziroma predvsem skupaj s kantoni predstavljajo vir večine izdatkov za zdravstveno varstvo. Pomemben vir so tudi plačila iz žepa, pa naj gre za doplačila zavarovalne police ali neposredno plačilo posameznika za zdravstvene storitve. Dodatne vire financiranja predstavljajo druge sheme socialnega in nezgodnega zavarovanja ter PZZ (OECD, 2011, str. 34).

Perneger in Hudelson (2005, str. 91) navajata, da obstajata dva osnovna modela financiranja zdravstvenega varstva, ki sobivata v sistemu zdravstvenega varstva:

- odgovornost posameznikov za zdravstveno oskrbo;
- zagotovitev osnovne družbene pravice do zdravstvene oskrbe, ki jo mora zagotoviti vlada.

Prvi model temelji na plačilu zavarovalnih premij ali na plačilu zdravstvene oskrbe direktno iz žepa, drugi model predstavlja financiranje zdravstvenega varstva preko mehanizma, ki upošteva finančno zmožnost posameznikov, se pravi financiranje preko davkov in socialnega zavarovanja.

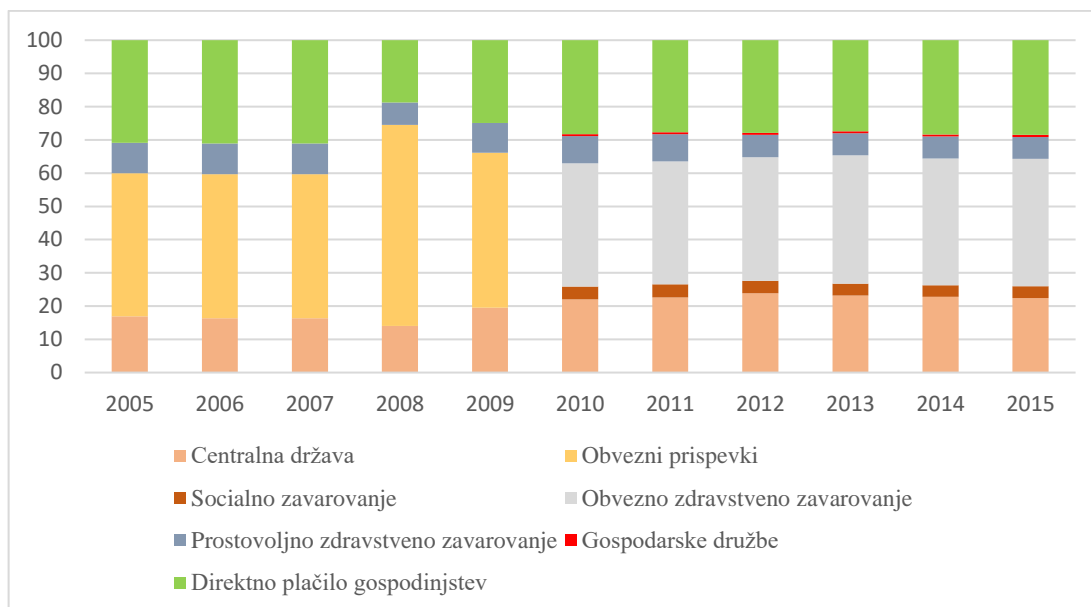
Financiranje zdravstva v Švici predstavlja velik del stroškov, ki konstantno narašča. Delež stroška na prebivalca glede na BPD je eden izmed višjih med OECD državami. Močno se delež razlikuje med kantoni, kar je posledica različnih zavarovalnih premij.

2.2.1 Viri financiranja zdravstvenega varstva

Stroški financiranja zdravstvenega varstva so eni izmed višjih med OECD državami. Regulativna konkurenca med ponudniki zdravstvenih storitev in neprofitnimi zdravstvenimi zavarovalnicami naj bi omejila naraščanje stroškov, vzpostavilo solidarnost med zavarovanci in zagotovilo visoko kakovostno zdravstveno varstvo. Kljub temu da sistem zdravstvenega varstva deluje dobro, so javne raziskave pokazale, da zavarovanci ne verjamejo v omejevanje stroškov preko regulacije konkurence. Težave konstantnega večanja stroškov naj bi izvirale predvsem iz neuspešnega uravnavanja povračil zdravstvenim zavarovalnicam za prevzem tveganja zavarovancev, dvojnemu financiranju bolnišnic in obveznost sklepanja pogodb zdravstvenih zavarovalnic z vsemi pooblaščenimi ponudniki zdravstvenih storitev (Mossialos, Wenzl, Osborn & Sarnak, 2016, str. 167). Glavni viri financiranja so prikazani v spodnji tabeli (slika 5), kjer je razvidno, da skozi celotno obdobje predstavlja največji delež OZZ, ki je od leta 2010 sestavljeno iz Obveznega zdravstvenega zavarovanja in Socialnega zavarovanja. Manjši delež prispeva centralna država, v letu 2015 je delež znašal 15,7 odstotka. Zanimarljivo je

delež financiranja gospodarskih družb, kjer niso zajete zdravstvene zavarovalnice, ki je znašal približno 0,4 odstotka med letoma 2010 in 2015.

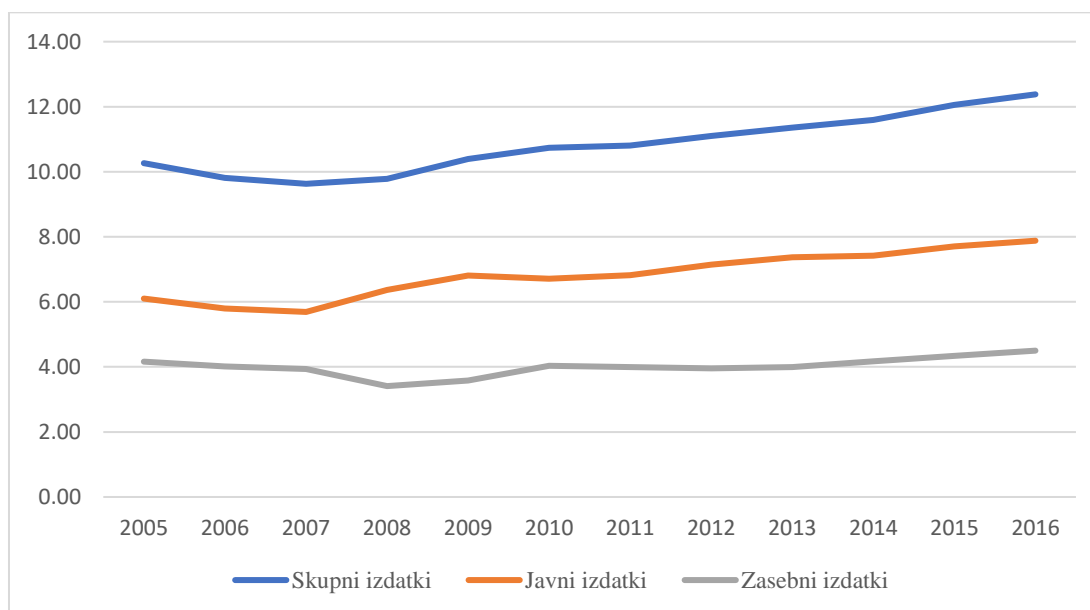
Slika 5: Struktura tekočih izdatkov zdravstvenega varstva glede na vir financiranja (v %), 2005–2015



Vir: WHO (2018).

Sredstva za financiranje zdravstvenega varstva so večinoma zbrana preko davkov in različnih shem zdravstvenega zavarovanja. Skupni izdatki za zdravstvo so v letu 2016 znašali 12,4 odstotka BDP in so med višjimi v Evropi. Izdatki se močno razlikujejo glede na področje konfederacije. V letu 2012 so izdatki za OZZ s strani zdravstvenih zavarovalnic in vlade v povprečju znašali 4.200 CHF na prebivalca. Izdatki v kantonu Basel-Stadt z najvišjim življenjskim standardom so znašali precej več, 5.900 CHF, dvakrat več kot izdatki v kantonu Appenzell Innerrhoden, ki ima najnižji življenjski standard. Višji stroški so glede na pretekle študije zdravstvenega varstva posledica višje stopnje bolnišnične in ambulantne zmogljivosti ter večje število strokovnega kadra (De Pietro in drugi, 2015, str. 80-85). Javni izdatki so konstantno naraščali in so višji kot zasebni izdatki. V letu 2016 so javni izdatki znašali 7,9 odstotka BDP. Zasebni izdatki predstavljajo nižji delež vseh izdatkov, v letu 2016 so znašali 4,5 odstotka BDP. Gibajne izdatkov je prikazano v spodnji sliki (slika 6).

Slika 6: Skupni, javni in zasebni izdatki za zdravstvo kot delež BDP (v %), 2005–2016



Vir: OECD (2017a).

2.2.1.1 Prihodki zdravstvenega varstva

Crivelli in Salari (2014, str. 3-4) navajata, da prihodki zdravstvenega varstva izhajajo iz različnih virov financiranja:

- premij za OZZ, ki je od leta 2010 sestavljeno iz obveznega privatnega zdravstvenega zavarovanja in socialnega zavarovanja;
- davkov in subvencij države;
- direktnih plačil za storitve zdravstvenega varstva;
- pokrivanje stroškov storitev OZZ in PZZ;
- premij za PZZ.

Premije za OZZ, ki jih morajo plačati imetniki zdravstvene police, predstavljajo večji delež prihodkov zdravstvenega varstva. V letu 2015 je delež znašal 41,9 odstotka. V tem deležu so zajete tudi subvencije za plačilo premij za posameznike z nizkimi dohodki. Obvezno privatno zdravstveno zavarovanje vključuje določene storitve, ki jih OZZ ne vključuje. Socialno zavarovanje je sestavljeno iz nezgodnega, starostnega in invalidskega zavarovanja. Delež davkov je sestavljen iz zbranih davkov s strani konfederacije, kantonov in občin. Največji delež prihodkov prispevajo kantoni, približno 18 odstotkov. Občine prispevajo približno 3 odstotke, konfederacija pa 0,2 odstotka. Velik delež prihodkov predstavljajo direktna plačila posameznikov, ki so v letu 2015 znašala 28,5 odstotka. PZZ predstavlja manjši delež, v letu 2015 je znašal 6,6 odstotka (De Pietro in drugi, 2015, str. 85-87).

2.2.1.2 Javni izdatki za financiranje zdravstvenega varstva

Delež javnih izdatkov za financiranje je dvakrat večji, kot delež zasebnih izdatkov in se porablja za financiranje treh vej zdravstvenih storitev:

- zdravstvene uprave in zavarovanj;
- javne zdravstvene oskrbe in preprečevanja bolezni;
- storitve zdravstvenega varstva.

Znotraj treh vej so vključeni tudi izdatki za izobraževanja in usposabljanja strokovnega kadra ter izdatki za raziskave in razvoj. Celotni javni izdatki so v letu 2012 znašali 66,8 odstotkov vseh izdatkov in 62,7 odstotkov je bilo porabljeno za storitve zdravstvenega varstva. 35,4 odstotni delež izdatkov za storitve zdravstvenega varstva za kratkoročno in dolgoročno bolnišnično oskrbo in oskrbo za bolnike z duševnimi boleznimi, 17,4 odstotni delež za ambulantno oskrbo, fizioterapije, psihoterapije in laboratorijske raziskave. 7,4 odstotni delež za zdravila in medicinske pripomočke za duševne bolnike in bolnike s somatskimi boleznimi. 0,4 odstotni delež za zobozdravstveno oskrbo in 2,2 odstotni delež za storitve zdravstvene oskrbe na domu (De Pietro in drugi, 2015, str. 91-92). Razdelitev javnih izdatkov po vejah je prikazano v spodnji tabeli (tabela 6).

Tabela 6: Javni izdatki za zdravstvo (v %)

Tip izdatka	2008	2009	2010	2011	2012
Celotni javni izdatki	65,2	65,5	65,2	65,5	66,8
Zdravstvena uprava in zavarovanja	3,0	2,9	3,0	3,0	2,8
Javno zdravstvo in preprečevanje	1,6	1,6	1,5	1,4	1,3
Storitve zdravstvenega varstva	60,6	61,0	60,7	61,1	62,7

Vir: De Pietro in drugi (2015).

2.2.1.3 Zasebni izdatki za financiranje zdravstvenega varstva

Zasebni izdatki predstavljajo plačila iz žepa in uporabniške stroške za storitve, ki jih pokrivajo OZZ in PZZ. Plačila iz žepa predstavljajo tri četrtine zasebnih izdatkov, ena četrtina izdatkov so uporabniški stroški. Vrednosti izdatkov so prikazane v spodnji tabeli (tabela 7).

Tabela 7: Vrednost in delež zasebnih izdatkov glede na tip zasebnega izdatka v letu 2012

Tip izdatka	Vrednost izdatka (milijard CHF)	Delež glede na celotne izdatke (v %)
Plačilo iz žepa	14,0	20,5
Uporabniški stroški za OZZ	3,7	5,4
Uporabniški stroški za PZZ	0,05	0,07

Vir: De Pietro in drugi (2015).

Najpomembnejša kategorija plačil iz žepa so plačila za storitve zdravstvenega varstva, ki so izključene iz OZZ in niso vključene v PZZ. Poleg plačevanja storitev je v direktnih plačilih zajet tudi odbitni strošek in 10 odstotno doplačilo za storitve zdravstvenega varstva. Nekatera določila glede plačil iz žepa so določena na zvezni ravni, vendar švicarski federalizem omogoča posameznemu kantonu odločitev, kakšno finančno strategijo bodo imeli (Crivelli & Salari, 2014, str. 4).

De Pietro in drugi (2015, str. 108-109) navajajo naslednje storitve zdravstvenega varstva, za katera je potrebno plačati direktno izvajalcu:

- rutinska zobozdravstvena oskrba;
- ambulantne storitve;
- dolgotrajna bolnišnična oskrba v negovalnih domovih;
- zdravila in farmacevtski izdelki, ki niso določena z zakonom.

Stopnjo uporabniških stroškov določi Oddelek za notranje zadeve v okviru Uredbe o zdravstvenem zavarovanju (ang. The Regulation on Health Insurance, v nadaljevanju KVV/OAMal). Posameznik mora plačati določen odbitni znesek zdravstveni zavarovalnici za OZZ preden mu le ta povrne finančna sredstva, porabljena za prejete storitve zdravstvenega varstva. Odbitnih zneskov za otroke posamezniki ne plačujejo. Od leta 2005 znaša najnižji odbitni znesek 300 CHF za posameznika, najvišji 2.500 CHF, kjer lahko do 600 CHF prostovoljno plača posameznik tudi za otroka. Za storitve zdravstvenega varstva med materinstvom, posameznicam ni potrebno plačati odbitnega zneska (De Pietro in drugi, 2005, str. 107-108).

2.2.2 Zakonodaja financiranja zdravstvenega varstva

Konfederacija lahko sodeluje in vpliva samo na tistih področjih, za katera ima pooblastila zapisana v ustavi. Najpomembnejša področja, za katera je pooblaščen, so financiranje zdravstvenega sistema preko OZZ in socialnih zavarovanj, zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravil in medicinskih pripomočkov, zagotavljanje javnega zdravstva in raziskave in usposabljanje bodočega strokovnega kadra na tercialni ravni. Konfederacija

ureja delovanje sistema zdravstvenega varstva preko Zveznega zakona o zdravstvenem zavarovanju (ang. The Federal Health Insurance Act, v nadaljevanju HIA), ki določa pravni okvir OZZ in določa katere storitve mora sistem OZZ plačati. Zakone in uredbe, ki jih morajo upoštevati kantoni in jih izvajati, sprejemajo Zvezni svet in Parlament. Na vladni ravni je FOPH odgovoren za razvoj nacionalnih zdravstvenih politik. Prav tako je odgovoren za ostale naloge, ki so opisane v poglavju 2.1.2. FOPH predstavlja interese zdravstvene politike konfederacije mednarodnim organom. Kantoni so odgovorni za zagotavljanje storitve zdravstvenega varstva, ohranjanje, financiranje in nadzor bolnišnic ter negovalnih domov. Pristojni so za izdajanje in izvajanje določene zdravstvene zakonodaje. Sistem OZZ, osnovno socialno zavarovanje, ki pokriva tveganje bolezni, materinstvo in nesreče je reguliran s strani HIA. Glavni cilj HIA je, da ima vsak prebivalec Švice dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe. Zakonodaja določa, da mora imeti vsak posameznik, ki je zaposlen, urejeno obvezno nezgodno zavarovanje, ki pokriva stroške zdravstvene oskrbe zaradi nesreč na delu ali izven dela in bolezni, ki so posledica razmer na delovnem mestu. Brezposelni, otroci, študentje in upokojenci imajo kritje za nesreče vključeno v OZZ (Ellson, 2018, str. 164-165).

2.2.3 Načini financiranja zdravstvenega varstva

Obstaja javni in privatni način financiranja zdravstvenega varstva. Plačilo PZZ je privatni način financiranja za:

- storitve, ki niso pokrite z OZZ;
- kritje svobodne izbire bolnišničnega zdravnika ter boljše bolnišnične nastanitve.

PZZ nadzira Nadzorni organ za finančni trg (ang. The Swiss Financial Market Supervisory Authority), vendar lahko kljub temu zavarovalnice poljubno spreminjajo zavarovalne premije. Cene storitev se določa s pogajanjem med zavarovalnicami in ponudnik. Mossialos, Wenzl, Osborn in Sarnak (2016, str. 161) navajajo, da ima javni način financiranja tri toke financiranja:

- neposredno financiranje izvajalcev storitev zdravstvenega varstva preko proračunov, ki se financirajo iz davkov pridobljenih na ravni konfederacije, kantonov in občin;
- plačilo premij OZZ;
- prispevki za socialno zavarovanje iz nezgodnega zdravstvenega zavarovanja, starostnega zavarovanja, invalidskega zavarovanja in vojaškega zavarovanja.

Švicarski sistem zdravstvenega varstva se močno razlikuje od preostali evropskih držav. Primarni način financiranja ne temelji na deležu pobranih davkov in plačanih prispevkov za zdravstvo s strani delodajalcev, ampak na plačilu prispevkov posameznikov. Leta 2017 je povprečen prebivalec plačal v povprečju 447 CHF zavarovalnih premij na leto. Poleg premije je plačal tudi prispevek za strošek zdravstvenega posveta in strošek zdravljenja

do nekega fiksnega zneska. Zdravstveno zavarovanje v povprečju znaša 10 odstotkov povprečne švicarske plače (Expatica, 2018).

2.2.4 Nakupovanje in plačevanje storitev zdravstvenega varstva

Kolektivna zdravstvena pogodba, v kateri so določeni pogoji za povračila in tarife, narekujejo medsebojni odnos med ponudnikom in kupcem. Raven povračil se lahko razlikuje znotraj kantonov, odvisno od pogajanj med kantoni in lokalnimi skupnostimi. Pogodba postane veljavna, ko jo potrdi vlada na ravni kantonov ali ko jo na ravni konfederacije potrdi Zvezni svet. V primeru da se ponudnik in kupec ne moreta dogovoriti glede tarife, lahko to določi Vlada na ravni kantonov ali Zvezni svet. Zavarovalnice, ki ponujajo OZZ, so dolžne povrniti stroške zdravstvenih storitev pooblaščenim ponudnikom. Pooblašчени ponudniki so tisti, ki izpolnjujejo osnovne zakonske zahteve za zagotavljanje storitev zdravstvenega varstva, za katera je možno povračilo stroškov. Posledično je neposredna konkurenca med ponudniki omejena. Ponudnik, ki želi vstopiti na trg zdravstvenih storitev, se mora registrirati pri hčerinski družbi Santésuisse (SASIS AG), ki je zadolžena za dodeljevanje šifer za povračila zavarovalnic, in mora izpolnjevati vse zakonsko predpisane pogoje. Zavarovalnice lahko sodelujejo pri selektivnih pogodbah z zdravniki samo v primerih, ko gre za ureditev skrbnega ravnanja.

Zavarovalnice, ki ponujajo OZZ, so najpomembnejši kupci storitev in blaga zdravstvenega varstva. Poleg zavarovalnic so kupci tudi kantoni, ki so od leta 2002 dokaj povezani s transakcijami OZZ. Oba sta pasivna kupca, saj gre v večini primerov za povračilo stroškov ponudnikom zdravstvenih storitev. Kupci so tudi posamezniki, ki kupijo zavarovalno polico OZZ in dodatno še zavarovalno polico PZZ, ki jim omogoča povračilo stroškov zdravstvene oskrbe. Poleg trga OZZ in PZZ morajo delodajalci kupiti nezgodno zdravstveno zavarovanje za svoje zaposlene, kjer so premije odvisne od višine plače in delovnega mesta.

V Švici prevladuje plačevanje pristojbin za opravljanje storitev. Za bolnišnično oskrbo so se včasih plačevale dnevnice, ki pa so jih zamenjale diagnostne skupine (ang. Diagnosis related group, v nadaljevanju DRG), ki so trenutno eden izmed pomembnejših plačilnih mehanizmov. DRG mehanizem je bil predstavljen leta 2007 s posodobitvijo KVG/LAMal. Z DRG mehanizmom so se uskladila plačila za bolnišnično oskrbo znotraj konfederacije in med kantoni in izboljšala se je preglednost in učinkovitost, kar omogoča kupcem boljšo izbiro zdravstvenih storitev. Zdravstvene dejavnosti javnega značaja se v večini plačujejo preko pavšalnih pogodb in pristojbin. Vedno večji pomen dobiva kapitalsko plačevanje, ki je v letu 2012 znašal 10 odstotkov stroškov zdravnikov, ki so delovali v okviru OZZ, in 9 odstotkov stroškov specialistov (De Pietro in drugi, 2015, str. 103-109, 115-119).

2.3 Uspešnost in predvideni ukrepi na področju zdravstvenega varstva

Na sistem zdravstvenega varstva je močno vplival zakon KUVG/LAMal, sprejet leta 1994. Glavni cilj je bil omogočiti vsem posameznikom dostop do osnovne zdravstvene oskrbe. Posledično je postalo zdravstveno zavarovanje obvezno. Prav tako je bilo izjemnega pomena omejiti stroške, brez da bi omejili izbiro potrošnikom bolj, kot je bilo potrebno. V nasprotnem primeru je posameznikom na voljo tudi PZZ. Poleg omenjenega zakona je bilo sprejetih tudi veliko reform, najbolj vplivne so bile reforme na področju OZZ, javnega zdravstva, bolnišničnega sektorja, reguliranja strokovnega kadra in financiranja dolgoročne zdravstvene oskrbe (De Pietro in drugi, 2015, str. 205). Kljub uspešnim reformam obstaja veliko izzivov, s katerimi se mora švicarski sistem zdravstvenega varstva spoprijeti. Največji izziv predstavlja strošek zdravstva na prebivalca glede na delež BDP, ki je eden izmed višjih v OECD državah in je v letu 2015 znašal 12,1 odstotka BDP. Vzrok tako visokih stroškov je bila širitev osnovnega paketa OZZ brez uskladitve stroškovne učinkovitosti. Trenutno se vlada bori s preverjanjem stroškovne učinkovitosti in ustreznosti vseh storitev, ki jih naknadno vključuje v paket OZZ, s čimer želi omejiti naraščanje stroškov. Izziv predstavlja tudi vedno bolj staro in sedentarno prebivalstvo. Posamezniki se veliko bolj poslužujejo neuravnotežen prehrane, kar povzroča debelost prebivalstva. Razvoj medicinske tehnologije povečuje delež ljudi s kroničnimi boleznimi, saj jim sodobna tehnologija omogoča daljšo življenjsko dobo. Posledično se lahko presežejo trenutne zmogljivosti bolnišničnega sistema. Omejitev kroničnih bolezni želi Švica doseči s preprečevanje bolezni z javno in primarno oskrbo (Thacher, 2015).

Za utrditev doseženih ciljev in ureditev pomanjkljivosti je potrebna strategija s široko politično podporo. Zvezni svet je januarja 2013 podprlo »Health2020«, ki vsebuje seznam 36 ukrepov na področju zdravstvene politike, ki naj bi jih konfederacija skupaj s kantoni uspešno izpeljala do leta 2020. »Health2020« opredeljuje štiri prednostna področja, vsako od njih vsebuje določeno število ukrepov, ki bodo dopolnili že delujoče dejavnosti v trenutnem sistemu zdravstvenega varstva. V spodnji tabeli so zapisana prednostna področja in ukrepi, ki jih ta področja vsebujejo (tabela 8).

Tabela 8: Prednostna področja in ukrepi znotraj prednostnih področij

Področje	Zagotoviti kakovost življenja	Okrepitev enakih priložnosti in odgovornosti posameznika	Zaščita in povečanje kakovosti zdravstvenega varstva	Vzpostavitev preglednosti, usklajevanja in boljšega nadzora
Ukrepi	- spodbuditev sodobne zdravstvene oskrbe; - dopolnitev zdravstvenega varstva; - okrepitev spodbujanja zdravja in preprečevanja bolezni	- okrepitev pravičnega financiranja in dostopa do zdravstva; - učinkovito dostopnost zdravstva; - spodbujanje boljšega zdravstvenega stanja zavarovancev in bolnikov	- spodbuditev kakovosti zdravstvenih storitev; - spodbuditev uporabe e-zdravja; - večje število in bolj izobražen strokoven kader;	- poenostavitev sistema in povečanje preglednosti; - izboljšanje upravljanja zdravstvene politike; - okrepitev mednarodnega povezovanja

Vir: FDHA (2013).

Ukrepi stremijo k večji učinkovitosti in izboljšanju kakovosti zdravstvenega varstva in bodo glede na izračune strokovnjakov omogočili 20 odstotno znižanje stroškov.

2.4 Izračun stroška financiranja povprečnega prebivalca

Izračun stroška financiranja povprečnega prebivalca je narejen na podlagi naslednjih lastnosti prebivalca in je neodvisen od spola prebivalca:

- starost med 25 do 35 leti;
- prejema povprečno mesečno bruto plačo, ki v letu 2016 znaša 7.035,83 CHF (OECD, 2018a);
- ima stalno prebivališče v Švici;
- je v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Švici.

Glede na KUVG/LAMal, mora posameznik plačati premijo za OZZ, ki se razlikuje glede na zavarovalnico, ki jo posameznik izbere. Poleg premije mora posameznik plačati še delež stroškov zdravstvene oskrbe, standardni odbitni delež znaša 300 CHF letno. Na standardni odbitni delež mora posameznik doplačati 10 odstotni delež na razliko med dejanskimi stroški zdravstvene oskrbe in odbitnim deležem. Za višino odbitnega deleža se posameznik odloči sam, znaša med 300 CHF in 2.500 CHF. V spodnji razpredelnici (tabela 9) je prikazan prispevek prebivalca s povprečno mesečno bruto plačo za OZZ in PZZ.

Za PZZ se posameznik odloči glede na ponudbo, ki jo ponujajo zavarovalnice PZZ.

Tabela 9: Strošek mesečnega financiranja zdravstva povprečnega prebivalca glede na prejeto bruto mesečno plačo (v %, CHF in EUR)

Vrsta zavarovanja	Določilo	Delež prispevka (v %)	Znesek (v CHF)	Znesek (v EUR)
OZZ	KUVG/LAMal	5,88	413,85	346,11
OZZ	KUVG/LAMal	0,35	25,00*	20,91
OZZ	KUVG/LAMal	0,56	39,17**	32,81
PZZ	Cenik PZZ	7,51	528,38***	441,89

Legenda: *značilen je standardni odbitni letni delež 300 CHF; ** 10 odstotna pristojbina za razliko med celotnimi stroški zdravstvenih storitev in stroškom standardnega odbitnega deleža v primeru, da ima posameznik 2000 CHF stroškov zdravstvene oskrbe letno; *** povprečje glede na izbrane značilnosti PZZ

Vir: *Comparish.ch (2018) in FOPH (2018).*

3 FINANCIRANJE ZDRAVSTVA NA NIZOZEMSKEM

Nizozemska je od leta 1848 naprej parlamentarna ustavna monarhija. Na čelu države sta predsednik vlade in monarh, izvršilno oblast ima svet ministrov. 1. člen ustave Nizozemske določa, da je potrebno vse osebe v enakih okoliščinah obravnavati enako. Diskriminacija na podlagi vere, prepričanj, političnega mnenja, rase in spola je nesprejemljiva (Government of the Netherlands, 2008, str. 5). Ustava v 22. členu določa, da mora oblast skrbeti za spodbujanje zdravstva prebivalstva, zagotavljanje ugodnih življenjskih razmer in socialni ter kulturni razvoj (Government of the Netherlands, 2008, str. 8).

3.1 Sistem zdravstvenega varstva

Nizozemska vlada je bila vključena v organizacijo javnega zdravstva že v začetku 20. stoletja, zaradi česar so se posledično začele razvijati občinske zdravstvene storitve (nl. Gemeentelijk Gezondheidsdiensten, v nadaljevanju GGDs). V 80. letih 20. stoletja so postale občinske zdravstvene storitve zakonsko obvezne. Za upravljanje in financiranje zdravstvenih storitev so bile odgovorne občine. Kroneman in drugi (2016, str. 17) navajajo, da je bila po Zakonu o zdravju (nl. Gezondheidswet) leta 1965 ustanovljena Državna zdravstvena inšpekcija, ki je pokrivala štiri področja:

- zdravstveno varstvo;
- farmacevtsko oskrbo;
- duševno zdravljenje;
- veterinarsko oskrbo.

V letu 1995 so se prva tri področja združila v Zdravstveni inšpektorat (nl. Inspectie Gezondheidszorg, v nadaljevanju IGZ), ki predstavlja neodvisno svetovalno telo Ministrstva za zdravje, socialno varstvo in šport (Kroneman in drugi, 2016, str. 17). Do leta 2006 bi lahko nizozemski sistem zdravstvenega varstva opisali kot hibrid. Temeljlil je na Bismarckovem modelu tradicionalnega socialnem zdravstvenega zavarovanja, v kombinaciji z dolgoletno vlogo zasebnega zdravstvenega zavarovanja. Do leta 2006 so se reforme v zdravstvu osredotočale predvsem na ponudbo zdravstvenih storitev in njeno racionalizacijo ter krepitev primarne zdravstvene oskrbe (Kroneman in drugi, 2016, str. xx).

3.1.1 Opredelevitev zdravstvenega varstva

Daley in Gubb (2013, str. 2-3) navajata tri področja, na katere je razdeljen sistem zdravstvenega varstva:

- dolgoročna oskrba kroničnih bolezni;
- osnovna in nujna zdravstvena oskrba GP obiskovalcev za krajšo bolnišnično oskrbo ali specialistične termine oziroma specialistične procedure;
- dodatna oskrba (zobozdravstvo, fizioterapija, lepotni popravki).

Dolgoročna oskrba kroničnih bolezni je zagotovljena vsakemu posamezniku ne glede na njegove prihodke in je določena z Zakonom o izjemnih zdravstvenih stroških (ang. Exceptional Medical Expenses Act), ki je stopil v veljavo leta 1968. Viri prihodkov za oskrbo so bili prispevki iz plač in donacije države. Od leta 2004 naprej se je odstotek prispevkov iz plač povečal iz 10,25 odstotkov na 12,55 odstotkov (Daley & Gubb, 2013, str. 2).

Osnovna in nujna zdravstvena oskrba je do leta 2006 predstavljala kombinacijo socialnega zdravstvenega zavarovanja (ang. Social Health Insurance, v nadaljevanju SHI) in zasebnega zdravstvenega zavarovanja (ang. Private Health Insurance). SHI je bilo obvezno za ljudi, ki so imeli letne prihodke manjše od določene meje (32.600 EUR v letu 2004) in je bilo financirano s strani prispevkov iz plač in države. Vsi plačani prispevki in donacije so bili zbrani v Centralni zdravstveni sklad (ang. Central Sickness Fund), ki je predstavljal mehanizem za porazdelitev sredstev zavarovalnicam, ki so prevzemala večja tveganja. Zasebno zdravstveno zavarovanje je bilo financirano s strani posameznikov, ki so prejeli višje prihodke. Premije so se lahko močno razlikovale glede na tveganje, ki ga je bila zavarovalnica pripravljena prevzeti za svoje zavarovance (Daley & Gubb, 2013, str. 2-3).

Dodatno zdravstveno oskrbo, kot je zobozdravstvo, fizioterapija in lepotni popravki, so si morali posamezniki financirati sami in ni bilo pokrito s socialnim zdravstvenim zavarovanjem.

Zdravstvena reforma iz leta 2006 je spremenila zdravstveno varstvo na vseh področjih in glavni cilj je bila enotna shema zdravstvenega zavarovanja in upravljanje s konkurenco. Osredotočila se je predvsem na sektor kurativne nege. Poudarek je bil na zdravljenju pacienta, učinkovitem delovanju, hitrejšemu dostopu zdravstvene oskrbe in zmanjšanju centralnega upravljanja. Slednje je omogočilo bolj decentraliziran sistem regulirane konkurence, ki je izboljšal uspešnost sistema zdravstvenega varstva z uvedbo enakih pogojev za zavarovance in zavarovalnice ter okrepil vlogo posameznikov, zavarovalnic in ponudnikov zdravstvenih storitev preko bolj učinkovite porabe zdravstvenih storitev. Posamezniki so prevzeli več finančne odgovornosti in imeli večjo vlogo ter vpliv v planiranju organiziranosti lastnega zdravstvenega načrta. Zavarovalnice naj bi zagotavljale ugodno ponudbo zavarovancem in v določenih primerih omogočile tudi prilagoditev zavarovančevim potrebam in željam. Država ostaja še vedno odgovorna za dostopnost in kvaliteto sistema zdravstvenega varstva (Kroneman in drugi, 2016, str. 166-167).

3.1.2 Organiziranost sistema zdravstvenega varstva

Organiziranost sistema zdravstvenega varstva je precej kompleksna in vključuje različne akterje. Odgovornost za uspešnost sistema prevzema država, ki odloča v soodvisnosti z ostalimi soudeleženci v sistemu. Po reformi leta 2006, Kroneman in drugi (2016, str. 23) navajajo, da so se oblikovali trije trgi v zdravstvu, ki so postali močno soodvisni:

- ponudbeni;
- nakupni;
- zavarovalni.

Država ima še vedno pomembno vlogo, vendar manj dominantno. Vključena je v načrt razvoja in implementacije ter odloča o stroških razvoja in načrtuje agendo zdravstvene politike. Štiriletno poročilo (nl. Volksgezondheistoekomstverkenning, v nadaljevanju VTV) o stanju javnega zdravstva zagotavlja prispevek zdravstveni politiki in omogoča ovrednotenje uspešnosti njenega delovanja. Država poroča trgov o stanju delovanja sistema, s čimer izpolni svoje odgovornosti do sistema zdravstvenega varstva. Prav tako se lahko pritoži glede na preteklo delovanje sistema in nadzoruje delovanje z IGZ.

Svetovalna telesa in raziskovalni inštituti imajo posredovalno vlogo. Vključevanje svetovalnih teles izboljša kvaliteto odločitev in omogoča pridobitev podpore v zapletenih postopkih odločanja nizozemskih vladnih koalicij. Kljub temu država omejuje pretirano razširitev le teh. Med svetovalna telesa spadajo:

- Zdravstveni svet (nl. Gezondheidsraad);
- Svet za javno zdravje in družbo (nl. Raad voor de Volksgezondheid en de Samenleving, v nadaljevanju RVS);

— Nacionalni zdravstveni inštitut (nl. Zorginstituut Nederland, v nadaljevanju ZiNL).

Raziskovalni inštituti omogočajo stalen razvoj in izboljševanje sistema zdravstvenega varstva. Tekom leta izvajajo projekte, ki jih definirajo v svojem programu. Raziskujejo na devetih področjih: učinkovitost, duševno zdravje, farmacija, mladina, kakovost oskrbe, starejši ljudje, paliativna oskrba, preprečevanje in transplantacijske raziskave. Glavna pooblaščenca inštituta sta:

- Ministrstvo za zdravje, socialno varstvo in šport;
- Nizozemska organizacija za znanstvene raziskave (nl. Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek, v nadaljevanju NWO).

V sistem zdravstvenega varstva je vključeno tudi Ministrstvo za finance in Ministrstvo za socialne zadeve in zaposlovanje. Neodvisno od Ministrstva za zdravje, socialno varstvo in šport deluje Inšpektorat za zdravstveno varstvo in nadzoruje kakovost in dostopnost zdravstvenega varstva. Organ za zdravstveno varstvo je neodvisno in financirano s strani Ministrstva za zdravje, socialno varstvo in šport. Nadzoruje temeljna načela Zakona o zdravstvenem zavarovanju, predvsem obveznost zavarovalnic, da sprejmejo vlagatelje in nudijo podporo in pravične ter enake premije. Obstajajo organizacije tretjega sektorja in pacientov ter vladne institucije, ki tako ali drugače nadzorujejo delovanje zdravstvene politike in njene učinkovitosti (Kroneman in drugi, 2016, str. 22-32).

3.1.3 Zdravstveno zavarovanje

Nizozemska je imela več desetletij razdrobljen sistem zdravstvenega zavarovanja, ki ga je poenotila s sprejetjem Zakona o zdravstvu (ang. The Health Insurance Act, v nadaljevanju ZVW), ki temelji na zagotavljanju učinkovite in kakovostne zdravstvene oskrbe. Prav tako ohranja in krepi že uveljavljene pravice, kjer je to možno (The Ministry of Health, Welfare and Sport, 2011, str. 7).

Zdravstveno zavarovanje se je od vsega začetka konstantno razvijalo. Že v 18. stoletju so trgovski cehi imeli sistem, ki je bil osnova za razvoj zavarovalnih polic. Komercialne zavarovalnice so okoli leta 1780 prvič predstavile zdravstveno zavarovanje in se osredotočile predvsem na manj premožne prebivalce, ki so se lahko prvič zavarovali in jim v primeru zdravstvenih težav ni bilo potrebno več prositi za finančna sredstva iz Sklada za revne (ang. Poor Fund), ki ga je nadzirala cerkev ali prositi občino za potrebna sredstva. Splošno zdravstveno zavarovanje (ang. The General Health Insurance Amsterdam, v nadaljevanju AZA) so ustanovili leta 1846 zdravniki in farmacevti, ki je omogočalo zavarovancem izbiro zdravnika. Prav tako se je takrat prvič pojavilo razlikovanje med javnim in zasebnim zdravstvenim sektorjem. Leta 1874 je delavski razred ustanovili splošno vzajemno zdravstveno zavarovanje (ang. General Mutual Health Insurance), ki je zastopalo interese delavskega razreda. Ustanovljenih je bilo

vedno več skladov. Posledično je delavski razred imel vedno več kontrole nad zdravstvom. Okoli leta 1900 so delodajalci ustanovili prve zavarovalne sklade za svoje zaposlene. Prva diskusija o socialnem zavarovanju je potekala leta 1905. Ustanovljeno je bilo Kraljevo društvo za medicino (ang. The Royal Dutch Society of Medicine, v nadaljevanju KNMG), ki je ponujalo prve zavarovalne pakete, sklenjene preko zavarovalnih pogodb. V času 2. svetovne vojne je postalo zdravstveno zavarovanje obvezno za vse prebivalce. Leta 1941 je Nizozemska prevzela nemški sistem »Krankenkasse«, ki je določal, da morajo vsi prebivalci, ki prejemajo nižje dohodke, biti vključeni v zdravstveno zavarovanje. Po končani vojni se je država odločila obdržati sistem OZZ, katerega obseg je z dodatnimi zdravstvenimi storitvami znatno povečala. Število zdravstveni zavarovalnic se je močno razširilo, a kljub temu je bila še vedno prisotna razlika med zasebnimi in javnimi zdravstvenimi zavarovalnicami. Razmišljanje o smiselnosti razlikovanja je sprožil leta 1974 državni sekretar Hendriks. Privedlo je do ideje o enotnem osnovnem zdravstvenem zavarovanju za vsakega prebivalca, ne glede na dohodek (Zorgverzekerings Informatie Centrum, 2018b).

The Ministry of Health, Welfare and Sport (2016, str. 7) navaja, da je sistem zdravstvenega varstva sestavljeno iz javnega in zasebnega zdravstvenega zavarovanja, vanj je vključena centralna vlada in izvršuje Zakon o zdravstvenem zavarovanju z določanjem naslednjih zahtev:

- posamezniki morajo biti vključeni v osnovno zdravstveno zavarovanje in lahko samostojno izberejo zdravstveno zavarovalnico;
- zdravstvene zavarovalnice morajo sprejeti posameznike ne glede na njihovo zdravstveno stanje;
- zdravstvene premije so enake za vse zavarovance, ne glede na njihovo zdravstveno stanje, starost in druge lastnosti;
- zdravstvene zavarovalnice morajo zagotoviti osnovne premije za zavarovance;
- osnovne police zdravstvenega zavarovanja so določene z zakonom.

OZZ je določeno s strani centralne vlade in je na voljo vsem prebivalcem. Vključuje nujno medicinsko oskrbo, zdravila ter medicinske pripomočke, ki so v skladu z najnovejšo tehnologijo in trendom medicinske prakse. The Ministry of Health, Welfare and Sport (2016, str. 8) v OZZ vključuje:

- zdravniško oskrbo, ki jo nudijo zdravniki, porodničarji in medicinski strokovnjaki;
- zdravstveno nego v posameznikovem okraju;
- hospitalizacijo;
- storitve duševnega zdravja in s tem povezano bolnišnično oskrbo do treh let;
- zdravila;
- zobozdravstvene storitve do 18. leta;
- terapijo, fizioterapijo, rehabilitacijo, logopedijo;
- prehranske storitve;

- medicinske pripomočke;
- storitve reševalne službe.

Zavarovalnice lahko znotraj določil zakonodaje in na podlagi statističnih raziskav izbirajo izvajalce zdravstvenih storitev, glede na njihovo učinkovitost, kvaliteto storitev in zadovoljstvo zavarovancev.

Zavarovanci lahko izbirajo med pogodbeno in nepogodbeno zavarovalno polico. Pri pogodbeni polici zavarovalnica zagotavlja popolno kritje zdravstvenih storitev, ki jih izvajajo izvajalci, s katerimi ima sklenjeno pogodbo. Vse ostale storitve mora zavarovanec delno plačati sam. Pri nepogodbeni polici lahko zavarovanec sam izbere izvajalce zdravstvenih storitev. Približno 75 odstotkov zavarovancev se odloči za pogodbeno polico (The Ministry of Health, Welfare and Sport, 2016, str. 11).

Poleg OZZ zavarovalnice ponujajo tudi PZZ (specifične zobozdravstvene storitve, alternativna medicina, očala in leče, specifična zdravila), za katero se odloči približno 84 odstotkov zavarovancev. Premije niso zakonsko določene in zavarovalnice se lahko odločajo o izbiri zavarovancev na podlagi njihovega zdravstvenega stanja, starosti in drugih lastnosti. Skoraj vsi zavarovanci si PZZ uredijo pri zavarovalnici, kjer imajo urejeno že OZZ. Zavarovanci, ki imajo poleg OZZ tudi PZZ, nimajo zagotovljenih krajših čakalnih vrst ali večje izbire zdravniških strokovnjakov (Wammes, Jeirosen, Westert & Tanke, 2015, str. 115).

3.2 Financiranje zdravstvenega varstva

Osnovne funkcije zdravstvenega varstva so skrbništvo oziroma nadzor, zagotavljanje storitev, ustvarjanje virov in financiranje sistema zdravstvenega varstva. Namen funkcije financiranja je realizirati dostopnost financiranja in določiti prave finančne spodbude, ki omogočajo posameznikom dostop do učinkovitega osebnega in javnega zdravstvenega varstva. Muiser (2007, str. 5) navaja, da lahko financiranje doprinese k izboljšanju zdravstva, boljši odzivnosti in pravičnosti zbiranja finančnih prispevkov samo v primeru, ko stremi k naslednjim ciljem:

- stalno zagotavljanje zadostnih in trajnostnih virov;
- optimalno porabljanje zadostnih in trajnostnih virov;
- finančna dostopnost zdravstvenih storitev vsem posameznikom.

Financiranje zdravstvenega varstva temelji predvsem na podlagi SHI. Večino prihodkov predstavljajo prispevki javnofinančnega značaja, manjši delež predstavljajo direktna plačila prispevkov. Sistem zdravstvenega varstva je razdeljen na tri področja, opisana v poglavju 3.1.1. Vsako področje ima svojo shemo financiranja, ki je prikazana v spodnji tabeli (tabela 10) pred in po reformi leta 2006.

Tabela 10: Prikaz sheme financiranja na Nizozemskem pred in po reformi leta 2006

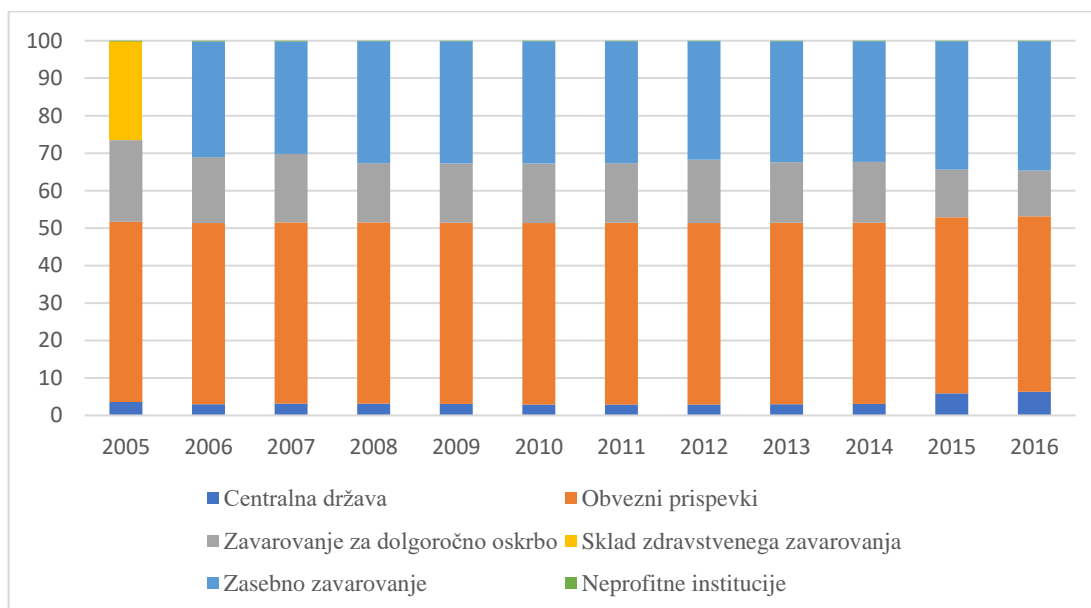
Področje	Financiranje pred reformo 2006	Financiranje po reformi 2006
Dolgoročna zdravstvena oskrba	Obvezno za vse posameznike	Obvezno za vse posameznike
Osnovna in nujna zdravstvena oskrba	Zdravstveni sklad → obvezno za posameznike z dohodkom pod določeno mejo Zasebno zdravstveno zavarovanje → večinoma prostovoljno	Obvezno za vse posameznike
Dotatna zdravstvena oskrba	Prostovoljno	Prostovoljno

Vir: Muiser (2007).

3.2.1 Viri financiranja zdravstvenega varstva

Nizozemski sistem zdravstvenega varstva velja za enega izmed dražjih v Evropi. Kljub temu ima močno podporo med prebivalci. Ko je leta 2014 narejena ena izmed raziskav o podpori sistema s strani zavarovancev, jih je 91 odstotkov opisalo trenutni sistem kot dober in zadovoljiv. Financiranje sistema zdravstvenega varstva je razdeljeno na shemo za kurativno oskrbo in na shemo za dolgoročno oskrbo (Kroneman in drugi, 2016, str. 57-58). Podrobna struktura virov financiranja je prikazana spodaj (slika 7). Opazna razlika je med letom 2005 in letom 2006, ko je prišlo do reforme, ki je uveljavila enotno shemo zdravstvenega zavarovanja.

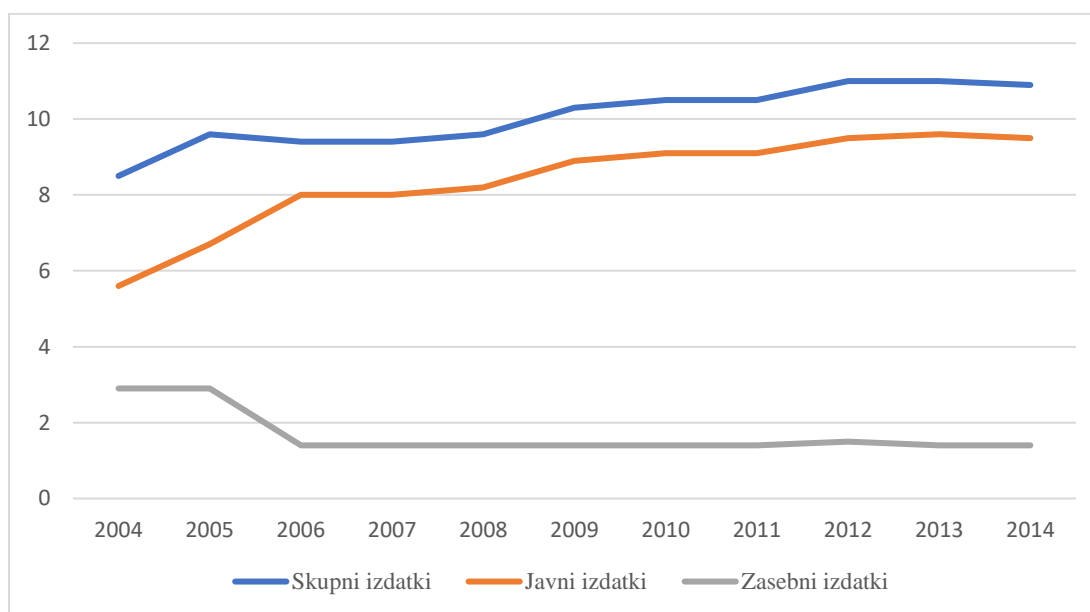
Slika 7: Struktura tekočih izdatkov zdravstvenega varstva glede na vir financiranja (v %), 2005–2016



Vir: CBS (2017).

Poraba sredstev za financiranje sistema je ena večjih znotraj EU in je v letu 2013 predstavljala 11 odstotka BDP. Izdatki za zdravstvo so začeli hitro naraščati od leta 2003 naprej, kar je bila posledica višanja že tako visokih izdatkov za dolgoročno oskrbo. V času finančne krize, ko so se izdatki glede na delež BDP v povprečju v EU državah manjšali, so se na Nizozemskem še vedno višali. V letu 2013 so znašali izdatki iz javnih virov 79,9 odstotkov, kar je bilo nad povprečjem EU držav. Finančna kriza je poleg naraščanja izdatkov v letu 2009 povzročila 29 odstotni padec sredstev, zbranih iz davkov in premij, vsega skupaj 18 milijard EUR zmanjšanja prihodkov. Zaradi nesorazmernosti je bilo potrebno ukrepati in pooprčiti nadzor nad javno porabo sredstev. Glavni cilj vlade, zmanjšanje dolga pod 3 odstotke državnega proračuna, je močno oklestil celoten proračun, kar ni močno vplivalo na sistem zdravstvenega varstva. V letu 2012 se je delež izdatkov za zdravstveno varstvo povečal na 25,5 odstotka vseh izdatkov in naraslo na 29 odstotkov v letu 2014. Posledica finančne krize je bilo povečanje brezposelnosti, ki je prizadela le izvajalce zdravstvenih storitev na domu. Manjšanje proračuna prav tako ni vplivalo na investiranje v izobraževanje strokovnega kadra, s čimer je bila še naprej zagotovljena kvalitetna in učinkovita zdravstvena oskrba (Kroneman in drugi, 2016, str. 58-59). V spodnji sliki (slika 8) je prikazano hitro naraščanje skupnih izdatkov do leta 2005, ki so znašali 9,5 odstotka BDP in nato njihovo konstantno dvigovanje. Podobno gibanje rasti imajo tudi javni izdatki, ki so močno naraščali do leta 2006, nato so se konstantno dvigovali. Zasebni izdatki se zmanjšujejo vse od reforme v letu 2006.

Slika 8: Skupni, javni in zasebni izdatki za zdravstvo kot delež BDP (v %), 2004–2014



Vir: WHO (2018).

Od leta 2009 Kroneman in drugi (2016, str. 65) navajajo, da je bilo zaradi stabilizacije porabe javnih sredstev sprejetih več ukrepov:

— preliv stroškov iz javnih na privatne vire;

- preliv stroškov med različne zakonsko predpisane vire;
- nadomestitev institucionalizirane oskrbe, oskrbe na domu ter sekundarne oskrbe z primarno oskrbo;
- izboljšanje učinkovitost in zmanjšanje prevar.

3.2.1.1 Prihodki zdravstvenega varstva

Več kot 70 odstotkov vseh prihodkov zdravstvenega varstva izvira iz obveznih prispevkov zavarovancev in premij. Ostali prihodki so privatni izdatki in subvencije države. Obvezni prispevki zavarovancev so sestavljeni iz mesečne premije, ki je odvisna od dohodka zavarovanca in stroška lastnega tveganja. Minimalen letni strošek lastnega tveganja je z Zakonom o zdravstvu določen na 385 EUR. Ko zavarovanec porabi teh 385 EUR, stroške zdravljenja začne pokrivati premija, ki jo zavarovanec plačuje mesečno in znaša v letu 2018 6,9 odstotka.

Prihodki s strani Ministrstva za zdravje, socialno varstvo in šport predstavljajo prispevki za:

- posameznike, mlajše od 18 let;
- razvoj sistema financiranja bolnišnic;
- Socialni sklad (ang. Social Fund Act), ki predstavlja 8 odstotkov vseh izdatkov za zdravstvo;
- Zakon za mlade (ang. Youth Act), ki predstavlja 3 odstotke vseh izdatkov za zdravstvo.

Zagotovitev dostopa do osnovnega zdravstvenega zavarovanja in nadomestitev primanjkljajev zaradi nižje stopnje dohodka posameznikov je določeno v Zakonu o zdravstvenem varstvu (ang. Health Care Allowance Act). Prispevki države za tovrstne zavarovance so zbrani v skupnem skladu.

3.2.1.2 Javni izdatki za financiranje zdravstvenega varstva

Stopnja rasti izdatkov za zdravstveno varstvo je sprva naraščala od leta 1972 do leta 1982, nato se je do leta 2001 rast upočasnila. Ko se je zmanjšal pritisk fiskalnega omejevanja in se je povečala bolnišnična oskrba, je stopnja rasti do leta narasla na 13,3 odstotka BDP. Posledično je Nizozemska druga država glede na stopnjo porabe izdatkov na svetu. Javni izdatki vključujejo izdatke za zdravstveno oskrbo (bolnišnična oskrba, primarna oskrba, strokovne storitve, zdravila in pripomočki) in dolgoročno oskrbo (institucionalna oskrba, oskrba na domu za starejše, invalidi). Stopnja izdatkov za določene tipe izdatkov je prikazana v spodnji tabeli (tabela 11). Stopnje rasti se tekom let niso močno spreminjale. Stopnja izdatka za dolgoročno oskrbo predstavlja največji del in je močno nad

povprečjem OECD držav. Poleg dolgoročne oskrbe je visok odstotek namenjen bolnišnični oskrbi. Stopnja ambulantnih zdravil se je tekom let zmanjšala zaradi uvedbe generične substitucije zdravil in prenosa financiranja dražjih zdravil na proračune bolnic (Bakx, O'Donnell & van Doorslaer, 2016, str. 600-603).

Tabela 11: Javni izdatki za zdravstvo (v %)

Tip izdatka	2006	2014
Dolgoročna oskrba	33,5	34,2
Bolnišnična oskrba	29,9	32,5
Ambulantna zdravila	9,2	6,5
Strokovne storitve*	18,3	17,8
Drugo**	9,1	9,0

Legenda: *splošna oskrba, zobozdravstvo, duševno zdravljenje; ** medicinski pripomočki in naprave, bolnišnični prevoz, izdatki v tujini

Vir: Bakx, O'Donnell in van Doorslaer (2016).

Poraba izdatkov je močno odvisna od starostne strukture prebivalstva in je skoncentrirana pri višji starosti. Delno je poraba odvisna tudi od spola. Poraba pri 95 letni posameznici je 8-krat večja od porabe pri 65 letnici. Pri 95 letnemu posamezniku je poraba 6-krat večja. Delež populacije nad 70 let je zelo majhen, zato ne predstavlja močnega vpliva na celotne izdatke (Bakx, O'Donnell & van Doorslaer, 2016, str. 605-607).

3.2.1.3 Zasebni izdatki za financiranje zdravstvenega varstva

Zasebni izdatki so med letoma 2011 in 2015 narasli zaradi povečanja obveznega prispevka stroška lastnega tveganja, ki ga prevzame zavarovalnica in letno znaša 385 EUR. Temu obveznemu prispevku lahko zavarovanec prostovoljno doda med 100 in 500 EUR letno. V primeru, da zavarovanec poveča ta prispevek, se mu posledično zmanjša mesečna premija, ki jo plačuje zavarovalnici. Premija se na letni ravni zmanjša za približno polovičen znesek prostovoljnega povečanja. V letu 2015 se je za dodatni prostovoljni prispevek odločilo 12 odstotkov zavarovancev in od teh 69 odstotkov za največji znesek prostovoljnega prispevka (Kroneman in drugi, 2016, str. 86-87).

Zavarovanec se lahko odloči za pogodbeno ali nepogodbeno zavarovalno polico. Pogodbena polica je opisana v poglavju 3.1.3. Pri nepogodbeni zavarovalni polici zavarovalnica ponavadi zavarovancu omogoči kompenzacijo, ki zagotovi, da cene storitev ne vplivajo na izbiro izvajalca zdravstvene storitve. Izvajalci morajo omogočiti dostop do informacij o cenah storitev. V zadnjem času so se razvile tudi selektivne zavarovalne police, ki jih ponujajo samo določeni izvajalci zdravstvenih storitev. V tem primeru je zavarovancu povrnjeno med 50 in 90 odstotki stroškov zdravstvene storitve, kljub temu da je določeno minimalno povračilo 75 odstotkov. V letu 2015 se je za

selektivne zavarovalne police odločilo 7,5 odstotka prebivalcev. Zavarovanci lahko izberejo tudi restitutne zavarovalne police, kjer storitve plačajo sami, vendar je zagotovljeno celotno povračilo stroškov v primeru, da so stroški skladni s tistimi, ki so določeni na trgu. Prav tako lahko zavarovanec prostovoljno izbira izvajalca (Kroneman in drugi, 2016, str. 88-89). Zavarovanci se v večini primerov odločajo za splošne zavarovalne police. Razdelitev je prikazana spodaj (tabela 12).

Tabela 12: Delež izbire zavarovalne police med prebivalstvom (v %), 2015

Vrsta zavarovalne police	2015
Splošna	48,0
Selektivna	7,5
Restitutna	23,0
Kombinirana	21,5

Vir: Kroneman in drugi (2016).

3.2.2 Zakonodaja financiranja zdravstvenega varstva

Glavni akterji v sistemu zdravstvenega varstva, glede na Zakon o zdravstvu, imajo posamezniki, zdravstvene zavarovalnice in izvajalci zdravstvenih storitev. Zaradi izbire, ki jo imajo posamezniki, so zavarovalnice prisiljene k vzpostavljanju konkurence ter k čim bolj kvalitetnemu poslovanju, saj so nadzorovane s strani nadzornih organov v zdravstvu. Tako morajo zavarovalnice in izvajalci stremeti k čim boljši ceni, ki jo lahko ponudijo posameznikom in ne more biti višja kot tista, ki jo določi Nizozemski zdravstveni organ (ang. Dutch Healthcare Authority). Premije, ki jih ponujajo zavarovalnice in izvajalci, ne smejo biti odvisne od starosti, spola ali zdravstvenega stanja posameznika. Nadomestila, ki jih prejmejo zavarovalnice zaradi tveganja, ki ga prevzamejo pri zavarovanju posameznika, se črpajo iz Skupnega sklada. Finančna nadomestila prejmejo tudi posamezniki, ki imajo dohodek pod določeno stopnjo, ki jim omogoča plačilo premije (The Ministry of Health, Welfare and Sport, 2016, str. 9-11).

3.2.3 Načini financiranja zdravstvenega varstva

Bakx, O'Donnell in van Doorslaer (2016, str. 598-599) navajajo, da je sistem financiran predvsem iz:

- shem za kurativno oskrbo;
- shem za dolgoročno oskrbo.

Shema za kurativno oskrbo temelji na SHI, ki je financiran iz dohodkovno odvisnih prispevkov, ki so v letu 2015 predstavljali 47 odstotkov celotnih prihodkov in iz premij

skupnosti, ki so v letu 2015 predstavljale 36 odstotkov celotnih prihodkov. Prihodki s strani odbitnih postavk predstavljajo 7 odstotkov, zadnjih 10 odstotkov pa prispeva država v obliki subvencij.

Shema za dolgoročno oskrbo je osnovana na podlagi Zakona o dolgoročni oskrbi in je 73 odstotkov financirana iz dohodkovno odvisnih prispevkov, 18 odstotkov iz državnih subvencij, preostalih 9 odstotkov predstavljajo doplačila za dodatne storitve zdravstvenega varstva. Stopnje prispevkov so podane s spodnji tabeli (tabela 13).

Tabela 13: Stopnja financiranja sistema zdravstvenega varstva (v %), 2015

Vrsta prispevka	Stopnja prispevka za SHI (v %)	Stopnja prispevka za Zavarovanje za dolgoročno oskrbo (v %)
Dohodkovno odvisni prispevki in premije	83	73
Doplačila	7	9
Subvencije	10	18

Vir: Bakx, O'Donnell in van Doorslaer (2016).

Poleg prispevkov, ki jih plačuje zavarovanec, prispevajo v Zdravstveni sklad tudi delodajalci. Znesek prispevka je odvisen od bruto plače zaposlenega in je skoraj enakovreden letni premiji, ki jo plača zavarovanec. Za določene zdravstvene storitve (prevoz bolnikov, specifična zdravila, ortopedska obutev) morajo zavarovanci dodatno plačati, kljub temu da plačujejo že prispevke od dohodka. Prav tako se lahko odločijo za doplačilo maksimalno 500 EUR na letno premijo, kar jim zniža nominalno premijo (The Ministry of Health, Welfare and Sport, 2016, str. 10-11).

3.2.4 Nakupovanje in plačevanje storitev zdravstvenega varstva

Kupci in ponudniki zdravstvenih storitev se zavežejo za sodelovanje s podpisom pogodbe. Ponudniki so popolnoma neodvisni, vendar morajo upoštevati določila v pogodbi, ki jo sklenejo z zavarovancem. Zavarovanci imajo pri pogajanju s ponudniki prednost zaradi dostopnih informacij o kakovosti in ceni izvajanja storitev ponudnika in zaradi selektivnega izbiranja ponudnika. V primeru, da zavarovanec sprejme storitve ponudnika, s katerim ni v pogodbenem razmerju, mora prispevati 20-50 odstotkov stroškov, ki so zavarovancu povrnjeni skoraj v celoti (75 odstotkov). Pri poslovanju z bolnicami obstaja fiksni segment, ki se nanaša na zapleteno zdravstveno oskrbo (presaditev, travma), zaradi česar je omogočeno financiranje s prosto oblikovanjem cen in variabilni segment, kjer se je za ceno mogoče dogovoriti. Za ceno se dogovarja vsaka zavarovalnica z vsako bolnišnico posebj. Prav tako se mora zavarovalnica dogovarjati tudi glede cene s ponudniki zdravstvene in osebne zdravstvene nege. Pri dolgoročni oskrbi se pogajajo uradi za oskrbo.

Zdravstvene storitve kupujejo zavarovanci, ki imajo možnost izbire in lahko izbirajo med različnimi ponudniki oziroma zdravstvenimi zavarovalnicami. Med ponudniki se odločajo glede na poročila o uspešnosti, učinkovitosti in zadovoljstvom zavarovancev. Ko se posameznik odloči za nakup storitev pri določeni zdravstveni zavarovalnici, ga ta ne sme zavrniti in mu mora brez ugovorov ponuditi svoje storitve. Glede na tveganje, ki ga zavarovalnica prevzame, je kasneje tudi kompenzirana s sredstvi. S plačevanjem mesečnih premij zavarovalnici si zavarovanec zagotovi osnovno zdravstveno oskrbo brez čakalnih vrst. V primeru, da potrebuje zavarovanec dodatno zdravstveno oskrbo, ki je premija ne pokriva, mora zdravstvene storitve dodatno plačati.

Plačevanje zdravstvenih storitev se razlikuje med področji zdravstvenega varstva, ker temeljijo na različnih zakonih. Bolnišnična oskrba temelji na Zakonu o zdravstvu, ki določa plačevanje stroškov preko Diagnostičnega zdravljenja kombinacij (ang. Diagnosis Treatment Combinations, v nadaljevanju DBC) od leta 2005 naprej. Zagotavlja diagnozo za vsako možno kombinacijo zdravljenja, kar omogoča izračun stroška zdravljenja za posameznika, v primeru da prejme oskrbo pri različnih zdravnikih ali prejme več kot eno oskrbo pri enem zdravniku. Pokriva neposredne stroške zdravniške oskrbe, zdravniške nege, diagnostičnih postopkov, uporabe medicinske opreme in posredne stroške izobraževanja ter raziskovanja. Določene zdravstvene storitve, ki stroškovno močno odstopajo, niso del DBC in jih je potrebno plačati v obliki dodatka (Kroneman in drugi, 2016, str. 94-95).

3.3 Uspešnost in predvideni ukrepi na področju zdravstvenega varstva

Poleg reforme v letu 2006 so leta 2015 reformirali tudi dolgoročno zdravstveno oskrbo. Glavni cilj je bil omejiti strošek, jo deinstitalizirati in jo narediti bolj osredotočeno na pacienta. Prav dolgoročna zdravstvena oskrba je eden izmed glavnih razlogov, da je nizozemski sistem zdravstvenega varstva eden izmed dražjih v Evropi, kljub temu da se gospodarska rast od leta 2012, ko so uvedli sistem sektorskih sporazumov o porabi, ni pretirano spreminjala.

Z reformo v letu 2006, ko so ukinili zasebna zdravstvena zavarovanja in uvedli shemo enotnega zdravstvenega zavarovanja, so javni izdatki zelo hitro znašali približno 80 odstotkov vseh izdatkov, kar je omogočilo večji nadzor nad porabo le teh. Skupni sklad, kamor gredo prispevki zavarovancev in njihovih delodajalcev, omogoča, da so zavarovalnice komenzirane skladno s tveganjem, ki ga prevzemajo za svoje zavarovance. Od leta 2008, ko je bilo ukinjeno centralno načrtovanje, se je močno povečalo število zdravstvenih ambulant, kar omogoča hitrejšo zdravljenje in preprečitev širjenja bolezni. Strokovnega kadra trenutno ne primanjkuje, a medsektorske politike trga dela že naslavljaajo prihajajoče potrebe po še večjem številu strokovnega kadra. Prisoten je tudi konstanten razvoj na področju izobraževanja. Nizozemska je država, kjer sta osnovna in nujna zdravstvena oskrba zelo učinkovita v primerjavi z drugimi EU državami. Ima nizko

stopnjo bolnišničnih izpustov, trajanje bolnišnične oskrbe je močno pod povprečjem drugih EU držav. Potrebno je upoštevati, da se ti izračuni navezujejo samo na akutno oskrbo. Uspešnost sistema zdravstvenega varstva je razvidna tudi iz nizke stopnje umrljivosti. Študije kažejo, da so se po uvedbi nacionalnega programa za izboljšanje varnosti nadaljni zapleti preprostih poškodb zmanjšali za 45 odstotkov in število smrti v času bolnišniške oskrbe za 53 odstotkov. Inštitut za kakovost zdravstvenega varstva načrtuje izboljšanje dostopnosti informacij glede kakovosti izvajanja storitev in delovanja zdravstvenih zavarovalnic, kar bo omogočilo še boljšo izbiro zavarovancem in nadzor akterjem na zdravstvenem področju (OECD, 2017b, str. 5-8).

Prihajajoče ukrepe za izboljšanje zdravstvenega varstva je Ministrstvo za finance združilo v plan Kvaliteta se obrestuje (nl. Kwaliteit loont), katerega glavni cilj je izboljšanje kvalitete zdravstva in izboljšanje trenutne situacije starejših in posameznikov s kroničnim boleznim. Kroneman in drugi (2016, str. 184) navajajo naslednje ukrepe:

- spodbujanje zavarovalnic k zmanjšanju obveznega odbitka zavarovancu, v primeru da zavarovanec prejme zdravstvene storitve od izvajalca, s katerim ima zavarovalnica sklenjeno pogodbo;
- prilagodljivost sistema tveganju na način, da bodo zavarovalnice pripravljene zavarovati tudi posameznike s kroničnimi boleznim in jim zagotoviti kvalitetno oskrbo;
- spodbujanje sklenjenih pogodb med zavarovalnicami in izvajalci zdravstvenih storitev na podlagi kvalitete in omejitev zaračunavanja izvajalcem prekoračitev predvidenih stroškov
- določitev kakovostnih standardov;
- večji vpliv zavarovancev na politiko njihove zdravstvene zavarovalnice;
- preprečevanje združevanj, ki so vodila do nadaljnjih konsolidacij med zdravstvenimi delavci.

3.4 Izračun stroška financiranja povprečnega prebivalca

Izračun stroška financiranja povprečnega prebivalca je narejen na podlagi naslednjih lastnosti prebivalca in je neodvisen od spola prebivalca:

- starost med 25 do 35 leti;
- prejema povprečno mesečno bruto plačo, ki v januarju 2018 znaša 2.855 EUR (CBS, 2018);
- ima stalno prebivališče na Nizozemskem;
- je v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem na Nizozemskem.

V spodnji razpredelnici (tabela 14) je prikazan prispevek prebivalca s povprečno mesečno bruto plačo za OZZ in PZZ. Za OZZ je obvezno plačilo dveh prispevkov:

- strošek lastnega tveganja (nl. eigen risico);
- mesečna premija (nl. premie).

Prispevek za PZZ je odločitev vsakega posameznika. Premija je odvisna od zavarovalnice, za katero se posameznik odloči, v spodnji tabeli je upoštevana premija glede na prispevek stroška lastnega tveganja.

Tabela 14: Strošek mesečnega financiranja zdravstva povprečnega prebivalca glede na prejeto bruto mesečno plačo (v % in EUR)

Vrsta zavarovanja	Določilo	Delež prispevka (v %)	Znesek (v EUR)
OZZ	Zakon o zdravstvu (Tveganje)	1,12	32,00
OZZ	Zakon o zdravstvu (Mesečna premija)	6,90	197,00
PZZ	Cenik PZZ	3,60	102,95

Vir: Wammes, Jeirossen, Westert, Tanke (2015), Zorgverzekerings Informatie Centrum (2018a) in Kroneman in drugi (2016).

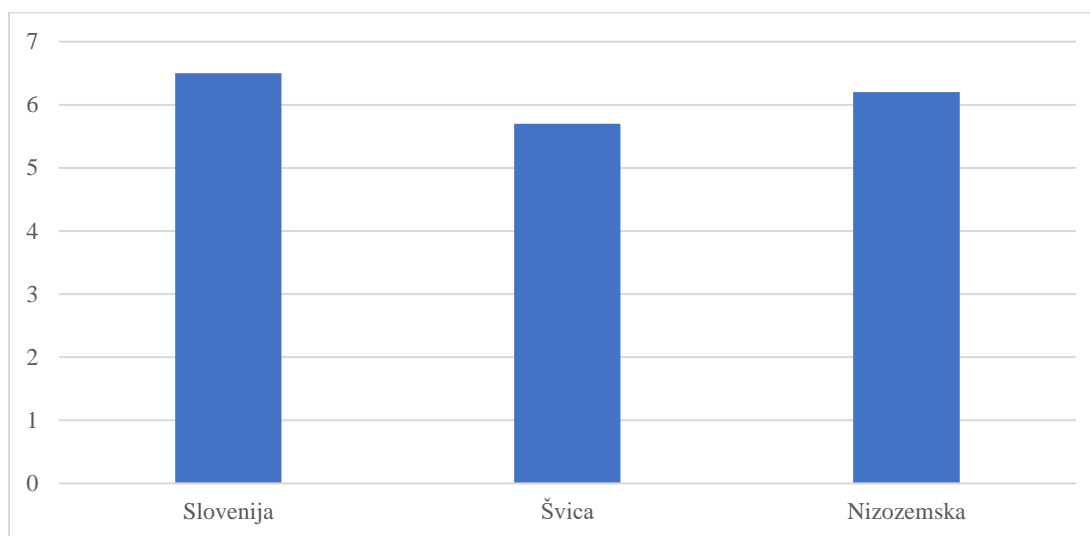
4 PRIMERJAVA FINANCIRANJA ZDRAVSTVA MED IZBRANIMI DRŽAVAMI

4.1 Makroekonomski kazalci zdravstvenega varstva v izbranih državah

4.1.1 Dolžina bolnišničnega bivanja

Dolžina bolnišničnega bivanja se nanaša na povprečno število dni, ki jih bolniki preživijo v bolnišnici in je pokazatelj uspešnostisistema zdravstvenega varstva. Meri se z deljenjem celotnega števila dni preživetih v bolnišnici s skupnim številom sprejemov in izpustov. V izračun so vključeni dnevi akutne oskrbe in poporodne oskrbe brez zapletov. Dnevni primeri so iz izračuna izključeni. V primeru, kjer bi bili vsi dejavniki uspešnostienaki, krajše bivanje zmanjša stroške na odpust in preusmeri oskrbo iz bolnišnične v cenejšo post-akutno oskrbo (OECD, 2018b). Med izbranimi državami ima v letu 2015 najkrajšo dolžino bolnišničnega bivanja Švica s 5,7 dnevi, naslednja je Nizozemska s 6,2 dnevi in nato sledi Slovenija s 6,5 dnevi (slika 9).

Slika 9: Dolžina bolnišničnega bivanja na leto (v dneh), 2015

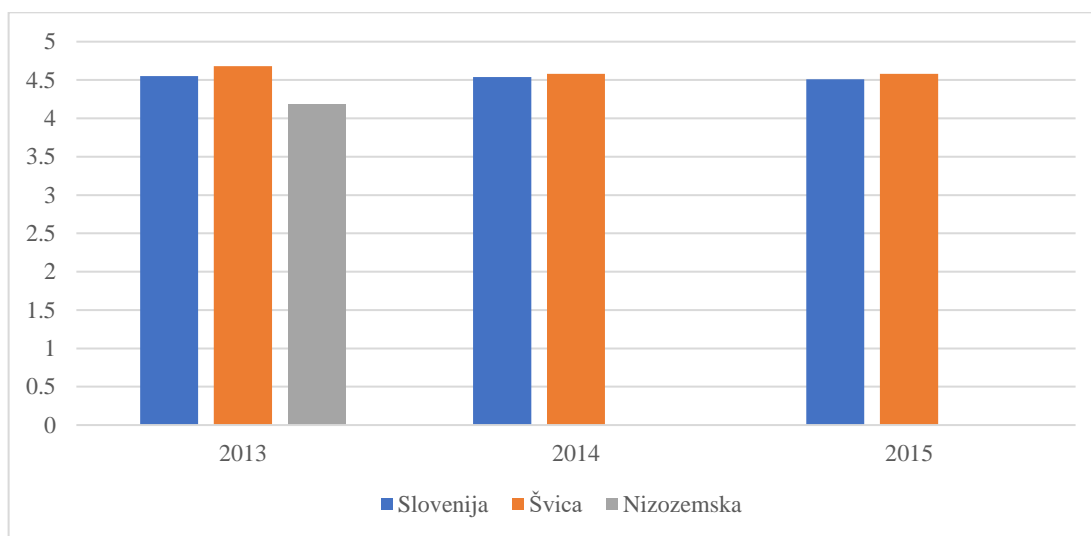


Vir: OECD (2018b).

4.1.2 Število bolnišničnih postelj

Skupne bolnišnične postelje vključujejo kurativne in rehabilitacijske negovalne postelje, postelje za dolgotrajno bolnišnično oskrbo in ostale postelje v bolnišnici. Indikator vključuje število bolnišničnih postelj za kurativno in psihiatrično oskrbo in je izmerjen glede na število ležišč na 1.000 prebivalcev. Kazalnik omogoča merilo razpoložljivih sredstev za zagotavljanje hospitaliziranih bolnišničnih storitev glede na število postelj, ki so vzdrževane, takoj na voljo in imajo preskrbljen strokoven kader in osebje (OECD, 2018b). Največje število bolnišničnih postelj ima Švica. Leta 2013 je znašalo 4,68, v letih 2014 in 2015 pa 4,58. Naslednja je Slovenija, s 4,55 postelj v letu 2013, 4,54 v letu 2014 in 4,51 postelj v letu 2015. Za Nizozemsko je na voljo le podatek za leto 2013, ko je imela na voljo 4,18 bolnišničnih postelj na 1.000 prebivalcev (slika 10).

Slika 10: Število bolnišničnih postelj na 1000 prebivalcev, 2013–2015



Vir: OECD (2018b).

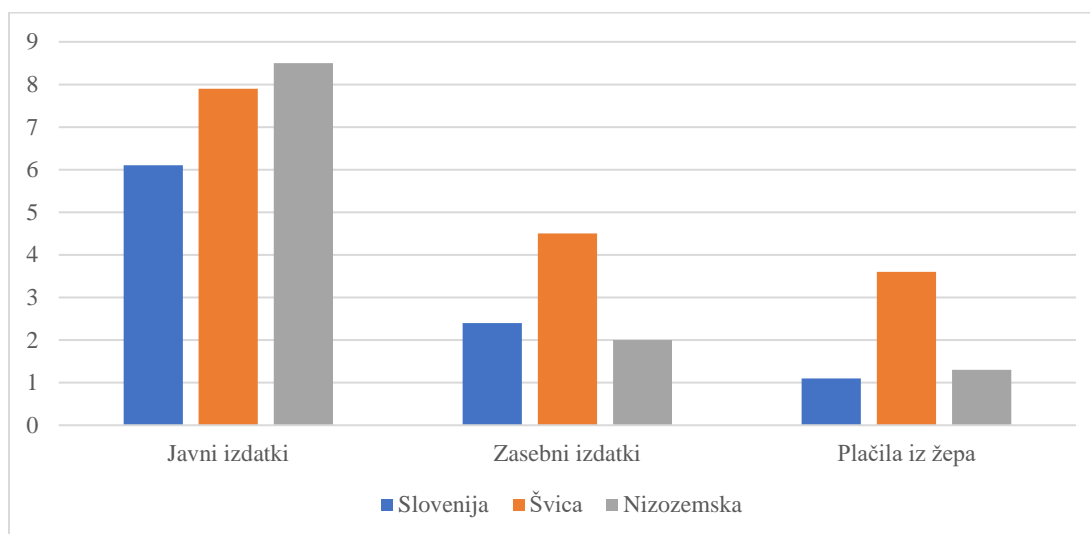
4.1.3 Izdatki sistema zdravstvenega varstva

Tekoči izdatki vključujejo izdatke za izdelke in storitve zdravstvenega varstva, vključno z osebnim zdravstvenim varstvom in kolektivnimi storitvami, brez izdatkov za naložbe. Zdravstveno varstvo je financirano z:

- javnimi izdatki, ki vključujejo prispevke države in OZZ;
- zasebnimi izdatki, ki vključujejo zasebna sredstva in PZZ;
- plačili iz žepa.

Izdatki so prikazani glede na vir financiranja in se merijo kot delež BDP, delež na prebivalca in kot delež skupnih izdatkov za zdravstvo (OECD, 2018b). Javni izdatki v letu 2016 so najvišji na Nizozemskem in znašajo 8,5 odstotkov BDP, v Švici 7,9 odstotkov BDP in v Sloveniji 6,1 odstotkov BDP. Zasebni izdatki predstavljajo nižji delež. V Švici znaša delež zasebnih izdatkov 4,5 odstotka BDP, 2,4 odstotka BDP v Sloveniji in 2 odstotka na Nizozemskem. Plačila iz žepa predstavljajo visok delež 3,6 odstotka BDP v Švici in manjši delež 1,3 odstotka BDP na Nizozemskem in 1,1 odstotka BDP v Sloveniji (slika 11).

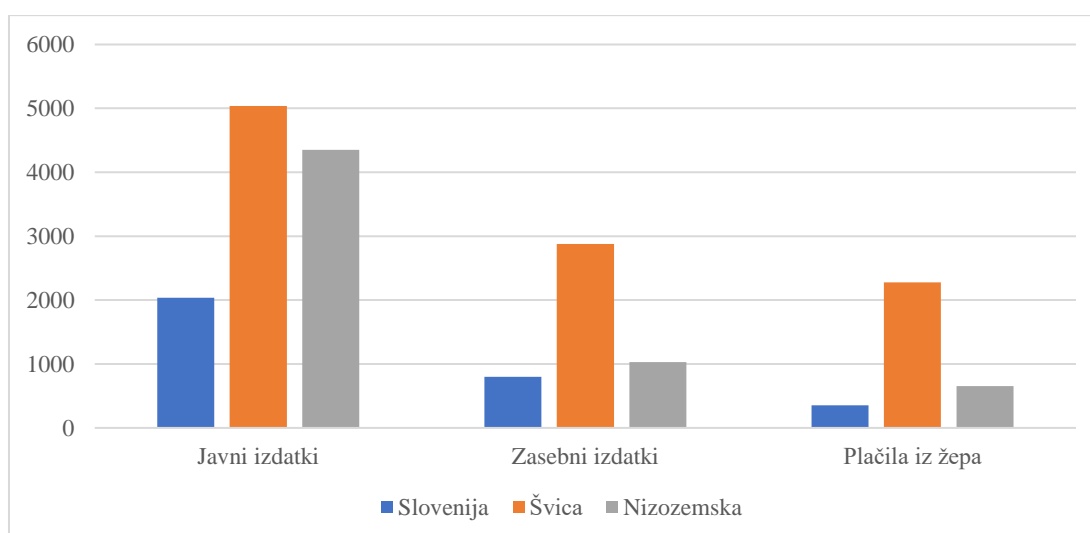
Slika 11: Javni in zasebni izdatki za zdravstvo in plačila iz žepa kot delež BDP (v %), 2016



Vir: OECD (2018b).

Delež javnih izdatkov na prebivalca v letu 2016 znaša v Švici 5.038,4 USD, na Nizozemskem 4.353,6 USD in v Sloveniji 2.035,8. Delež zasebnih izdatkov znaša v Švici 2.880,6 USD, na Nizozemskem 1.031,8 USD in v Sloveniji 798,9 USD na prebivalca. Delež plačil iz žepa znaša v Švici 2.275,2 USD, na Nizozemskem 655,4 USD in v Sloveniji 354,5 USD (slika 12).

Slika 12: Javni in zasebni izdatki za zdravstvo in plačila iz žepa na prebivalca (v USD), 2016



Vir: OECD (2018b).

4.1.4 Število zdravnikov in medicinskih sester

Zdravniki opravljajo neposredno zdravstveno nego bolnikov. Lahko prevzamejo odgovornost za zagotavljanje stalne zdravstvene oskrbe posameznikom in družinam ali so izučeni le za določeno področje, kot je pediatrija, psihiatrija, ginekologija, kirurgija. Indikator števila zdravnikov se meri na 1.000 prebivalcev. Medicinske sestre nudijo neposredne zdravstvene storitve bolnikom. Indikator število medicinskih sester se prav tako meri na 1.000 prebivalcev, babice in negovalne pomočnice so običajno izključene (OECD, 2018b). Največjo razpoložljivost zdravnikov in medicinskih sester ima Švica, naslednja je Nizozemska in nato Slovenija (tabela 15).

Tabela 15: Število zdravnikov in medicinskih sester na 1000 prebivalcev, 2013, 2015, 2016

Država	Število zdravnikov	Število medicinskih sester	Leto izračunanega indikatorja
Slovenija	2,83	8,78	2015
Švica	4,27	17,95	2016
Nizozemska	3,31	12,23	2013

Vir: OECD (2018b).

4.1.5 Zdravstveno stanje

Zdravstveno stanje v določeni državi je odvisno od različnih dejavnikov. Našteti so le nekateri. Pričakovana življenjska doba je eden izmed najpogosteje uporabljenih kazalcev zdravstvenega stanja države in se meri v letih. Višanje pričakovane življenjske dobe je posledica naraščajočega življenjskega standarda, kakovostnega izobraževanja in vedno bolj dostopnih kakovostnih zdravstvenih storitev. Stopnja umrljivosti dojenčkov je opredeljena kot število smrti otrok, mlajših od enega leta. Meri se na 1.000 živorojenih dojenčkov. Indikator števila smrti zaradi raka je izračunan na podlagi števila registriranih smrti v državi glede na ustrezno populacijo države. Meri se na 100.000 prebivalcev (OECD, 2018b). Pričakovana življenjska doba je najvišja v Švici. Stopnja umrljivosti je najmanjša v Sloveniji. Število smrti zaradi raka je najmanjše v Švici (tabela 16).

Tabela 16: Zdravstveno stanje, 2016

Država	Pričakovana življenska doba ob rojstvu (v letih)	Stopnja umrljivosti dojenčkov (na 1.000 novorojenčkov)	Smrti zaradi raka (na 100.000 prebivalcev)
Slovenija	80,9	1,6	243,0
Švica	83,0	3,9	176,0
Nizozemska	81,6	3,3	224,0

Vir: OECD (2018b).

4.2 Primerjava sistema zdravstvenega varstva med izbranimi državami

4.2.1 Primerjava sistema zdravstvenega varstva med izbranimi državami

Sistem zdravstvenega varstva v izbranih državah je na nekaterih področjih popolnoma različen, medtem ko ima na določenih področjih skupne lastnosti. Slovenski sistem zdravstvenega varstva temelji v celoti na Bismarckovem modelu zdravstvenega zavarovanja, nizozemski sistem je temeljil na tem modelu v kombinaciji z zasebnim zdravstvenim zavarovanjem do leta 2006. Od leta 2006 naprej nizozemski sistem temelji predvsem na enotni shemi zdravstvenega zavarovanja. Švicarski sistem je oblikovan popolnoma drugače in ga opisujejo kot kompleksnega, saj združuje korporativizem in upravljanje s konkurenco v decentraliziranem regulativnem okviru izoblikovanem z vplivi neposredne demokracije. Švica je tudi zvezna država, ki je sestavljena iz 26 kantonov, medtem ko je Slovenija domokratsko zasnovana država, Nizozemska pa je parlamentarna ustavna monarhija. Švicarski sistem ima edinstveno značilnost, saj lahko prebivalstvo preko pobud in referendumov vpliva na politiko zdravstvenega varstva. Vsem trem sistemom je skupno zagotavljanje dostopnosti primarne zdravstvene oskrbe vsem posameznikom, stremenje k čim bolj učinkovitemu delovanju in porabi zdravstvenih storitev, OZZ ter PZZ.

4.2.2 Primerjava organiziranosti sistema zdravstvenega varstva med izbranimi državami

Organiziranost sistema zdravstvenega varstva se v vsaki izmed izbranih držav razlikuje, vendar je vsem skupna pomembna vloga države oziroma konfederacije oziroma monarhije, ki stalno sodeluje z ostalimi organizacijami, svetovalnimi telesi, inštituti, uradi, ministrstvi in se zavzema za celovitost in učinkovito delovanje sistema. Vključena je v pogajanja, odločitve in načrtovanje politike zdravstvenega varstva. V Švici so posebnost kantoni, ki prevzemajo enako pomembno vlogo kot konfederacija, saj

zagotavljajo in financirajo sredstva za delovanje sistema zdravstvenega varstva in se skupaj s konfederacijo odločajo o usmeritvi politike zdravstvenega varstva.

4.2.3 Primerjava zdravstvenega zavarovanja med izbranimi državami

Zdravstveno zavarovanje v vseh izbranih državah zagotavlja primarno zdravstveno oskrbo vsem posameznikom na podlagi plačevanja prispevkov OZZ ali premij PZZ. Prispevki in premije so lahko odvisne od dohodkov posameznikov. Na Nizozemskem se je zdravstveno zavarovanje pojavilo že v 18. stoletju, medtem ko začetki v Sloveniji in Švici segajo v 19. stoletje. Takrat je bilo zdravstveno zavarovanje osredotočeno predvsem na zagotovitev finančne podpore za zdravstveno oskrbo delavcem in njihovim družinam. Tekom let se je razvilo do te mere, da poznamo OZZ in PZZ. Slovenija je OZZ uvedla med prvimi v Evropi, vendar se je dokončno oblikovalo leta 1992, ko je bil ustanovljen ZZZS, ki je edini nosilec OZZ. V Švici so odločitev o tem ali je zdravstveno zavarovanje obvezno ali ne na začetku prepustili vsakemu kantonu posebaj, vse do leta 1914, ko je OZZ razglasil Basel, temu so sledili tudi ostali. Nizozemska je imela OZZ že v času 2. svetovne vojne.

OZZ izvaja v Sloveniji ZZZS, ki opravlja naloge, ki jih določa ZZVZZ. Zavarovanci morajo za OZZ plačevati obvezne prispevke, ki so odvisni od prejetih dohodkov. V primeru, da posameznik ni sposoben plačevati prispevkov, mora zanj to storiti občina. V Švici so naloge izvajanja OZZ porazdeljene med konfederacijo, kantone in občine, vendar so ključni predvsem organi, ki delujejo na ravni kantonov. Vsak posameznik plača standardno premijo, ki je neodvisna od prejetega dohodka. V primeru, da posameznik te premije ne more plačevati, zmanjša strošek OZZ s pomočjo subvencije. OZZ ponujajo zdravstvene zavarovalnice, ki ne smejo zavrniti posameznika na podlagi njegovega zdravstvenega stanja. Posameznik lahko izbira med vsemi zavarovalnicami na trgu. Na Nizozemskem izvršuje Zakon o zdravstvenem zavarovanju centralna vlada, ki določa tudi OZZ. Tako kot v Švici se premije ne razlikujejo, zdravstvene zavarovalnice morajo sprejeti vsakega posameznika in posamezniki se lahko odločajo med vsemi zavarovalnicami na trgu. Osnovne zdravstvene police so določene z zakonom. PZZ omogoča v vseh izbranih državah večji obseg in standard zdravstvenih storitev kot OZZ in zakonsko ni določen. Kljub temu se večino posameznikov odloči tudi za PZZ.

4.3 Primerjava financiranja zdravstvenega varstva v izbranih državah

Glavni namen financiranja v vseh izbranih državah je s pomočjo mehanizma financiranja omogočiti posameznikom dostopnost do učinkovite in kakovostne zdravstvene oskrbe. Za izpolnitev tega cilja vsaka država posega po različnih ukrepih. Slovenija stremi predvsem k porazdelitvi finančnega tveganja med izvajalci in plačniki, k stroškovno

učinkoviti obravnavi in čim boljši oceni stroškov zdravstvenih storitev glede na določene uteži. Švica še bolj kot Slovenija stremi k stroškovni učinkovitosti, saj stroški zdravstva konstantno naraščajo. Prav tako želi zagotoviti čim bolj kakovostno zdravstveno oskrbo in uravnati prevzemanje tveganja zavarovancev. Od prej omenjenih držav se ne razlikuje Nizozemska, ki tudi stremi k čim boljši učinkovitosti.

4.3.1 Primerjava virov financiranja zdravstvenega varstva med izbranimi državami

Vse izbrane države imajo podobne vire financiranja:

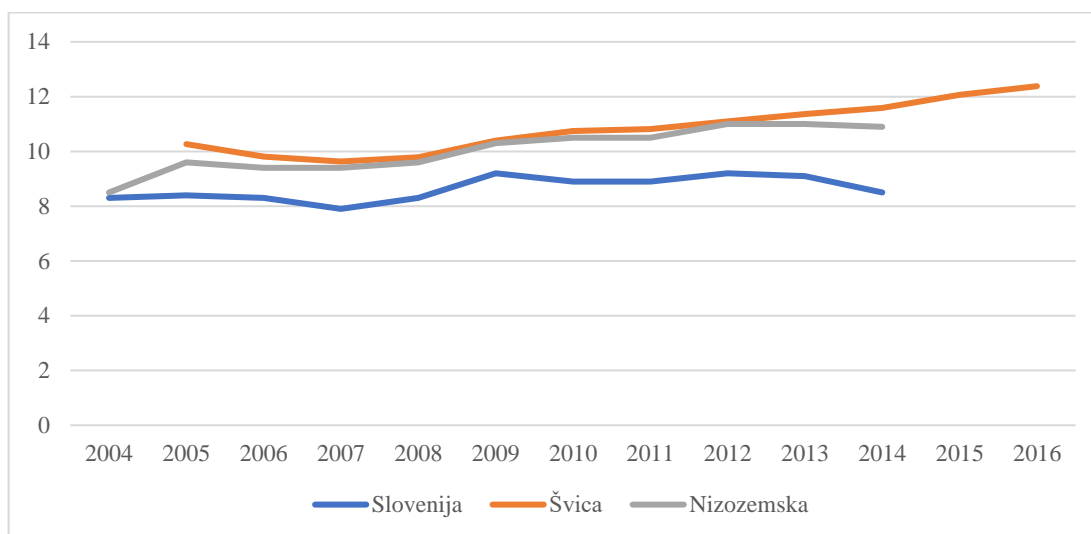
- subvencije centralne države;
- prispevki iz obveznih zdravstvenih zavarovanj;
- prispevki iz zasebnih zdravstvenih zavarovanj;
- prispevki neprofitnih institucij in gospodarskih družb;
- prispevki iz direktnih plačil iz žepa.

OZZ v vseh treh državah predstavlja glavnino virov financiranja. V Sloveniji je leta 2015 predstavljalo 68,7 odstotka deleža celotnega financiranja, 41,9 odstotka v Švici in 46,8 odstotka na Nizozemskem. PZZ je leta 2015 v Sloveniji znašal 14,5 odstotka, 6,6 odstotka v Švici in 34,2 odstotka na Nizozemskem. V Švici je poleg omenjenih virov financiranja izrazit delež direktnih plačil iz žepa, v letu 2015 so znašali 28,5 odstotka vseh virov.

V Sloveniji je financiranje močno odvisno od prispevkov na izplačane plače, kar pomeni, da je močno povezano z ekonomskimi razmerami v državi. Vpliv finančne krize je bil najbolj viden v letu 2009, ko je BDP padel za 7,8 odstotka, in stopnja brezposelnosti je narasla na 13,1 odstotka. Po letu 2010 se je rast izdatkov upočasnila. Kriza je vplivala tudi na sistem zdravstvenega varstva na Nizozemskem, kjer so se izdatki kljub temu še vedno povečavali. Švicarski sistem zdravstvenega varstva ni odvisen od ekonomskih razmer, saj temelji predvsem na prispevkih izplačanih s strani posameznikov.

Skupni izdatki v Sloveniji so znašali med letoma 2003 in 2008 od 7,5 do 8,1 odstotka BDP. Leto kasneje so se povečali na 9,2 odstotka BDP. Od leta 2010 so skupni izdatki konstantni, v letu 2014 so predstavljali 8,6 odstotka BDP. V Švici in na Nizozemskem skupni izdatki konstantno naraščajo in so med višjimi v Evropi, v letu 2014 so znašali v Švici 11,6 odstotka BDP, na Nizozemskem pa 10,9 odstotka BDP. Primerjava skupnih izdatkov med državami je prikazana spodaj (slika 13).

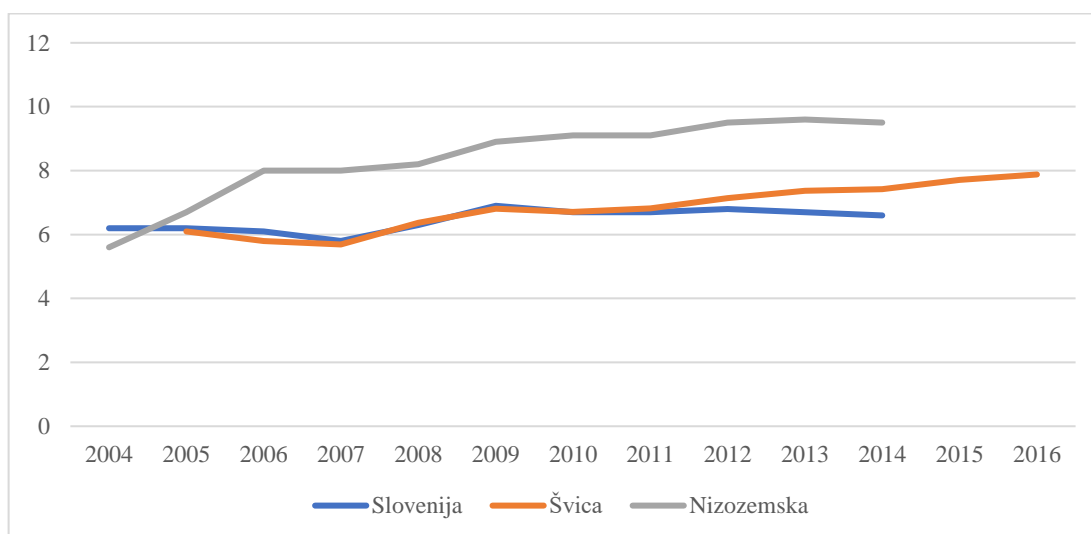
Slika 13: Skupni izdatki za zdravstvo kot delež BDP (v %) v izbranih državah, 2004–2016



Vir: SURS (2015), WHO (2014) in CBS (2017).

Javni izdatki so v Sloveniji dokaj konstantni. V Švici naraščajo z majhno stopnjo rasti, na Nizozemskem hitro naraščajo, delež se je predvsem močno povečal v letu 2006. V Sloveniji se delež javnih izdatkov giblje med 5,8 in 6,8 odstotka BDP. V Švici se je od leta 2005 do 2016 povečal delež izdatkov iz 6,1 na 7,9 odstotka BDP. Na Nizozemskem je v letu 2006 delež narasel iz 6,8 na 8 odstotkov BDP in od takrat konstantno narašča, v letu 2014 je znašal delež 9,5 odstotka BDP. Primerjava javnih izdatkov med državami je prikazana spodaj (slika 14).

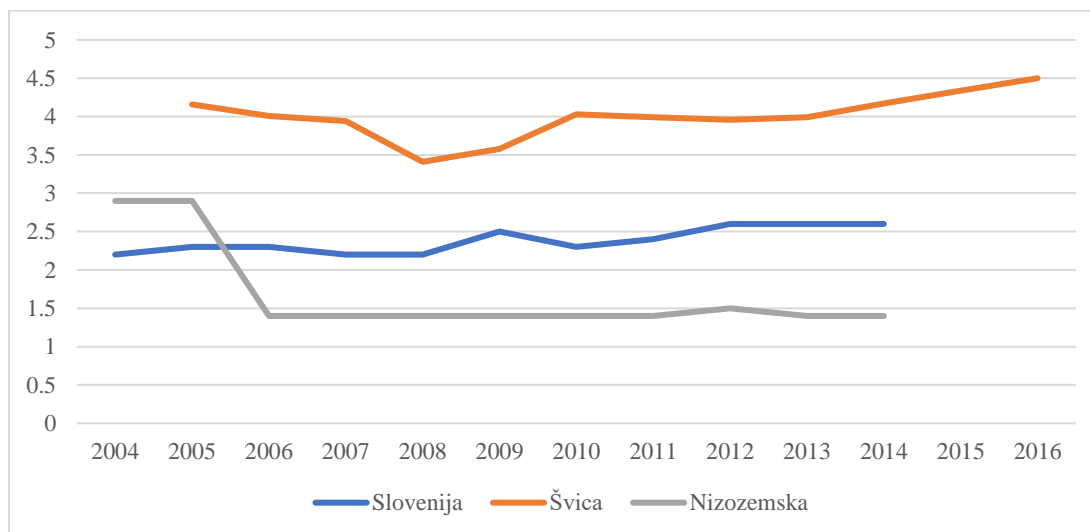
Slika 14: Javni izdatki za zdravstvo kot delež BDP (v %) v izbranih državah, 2004–2016



Vir: SURS (2015), WHO (2014) in CBS (2017).

Zasebni izdatki v Sloveniji so tako kot javni izdatki dokaj konstantni, vendar predstavljajo le majhen delež BDP. V letu 2014 so znašali 2,6 odstotka BDP. V Švici so zasebni izdatki manjši kot javni izdatki, vendar višji kot v Sloveniji. V letu 2014 so znašali 4,2 odstotka BDP. Nizozemska zasebnih izdatkov po reformi v letu 2006 skoraj nima, v letu 2014 so znašali 1,4 odstotka BDP. Primerjava zasebnih izdatkov med državami je prikazana spodaj (slika 15).

Slika 15: Zasebni izdatki za zdravstvo kot delež BDP (v %) v izbranih državah, 2004–2016



Vir: SURS (2015), WHO (2014) in CBS (2017).

4.3.1.1 Primerjava prihodkov zdravstvenega varstva med izbranimi državami

V Sloveniji je stopnja prihodkov odvisna od ekonomskih razmer, ki so bili dokaj stabilni v času krize, saj so odvisni od davkov in socialnih prispevkov. Prilivi, ki izhajajo iz socialnega zavarovanja, so bili manj stabilni. Prav tako so se v času krize zmanjšali tudi prispevki za OZZ, povprečna letna rast je v letu 2004 znašala le 0,6 odstotka. V Švici je stopnja prihodkov odvisna večinoma od premij za OZZ, ki so v letu 2015 predstavljale 41,9 odstotka vseh prihodkov in od direktnih plačil iz žepa, ki so znašali 28,5 odstotka. Na Nizozemskem, podobno kot v Švici, večino vseh prihodkov izvira iz OZZ. Delež je sicer večji kot v Švici, predstavlja kar 70 odstotkov vseh prihodkov.

4.3.1.2 Primerjava javnih izdatkov za financiranje zdravstvenega varstva med izbranimi državami

Javni izdatki v vseh treh državah predstavljajo večino izdatkov za zdravstveno varstvo in se v vseh treh državah v večini porabijo za storitve zdravstvenega varstva, javne

zdravstvene oskrbe in preventive ter upravljanje sistema zdravstvenega varstva. Največji delež javnih izdatkov v letu 2014 so v Sloveniji predstavljali skladi socialne varnosti. Delež je znašal 68,7 odstotka. V Švici so v letu 2012 največji delež javnih izdatkov predstavljale storitve zdravstvenega varstva. Delež je znašal 62,7 odstotka. Na Nizozemskem sta največji delež predstavljali dolgoročna in bolnišnična oskrba. Delež je skupaj znašal 66,7 odstotka vseh javnih izdatkov.

4.3.1.3 Primerjava zasebnih izdatkov za financiranje zdravstvenega varstva med izbranimi državami

Zasebni izdatki v Sloveniji in na Nizozemskem v večini predstavljajo sredstva zavarovalnic, ki opravljajo PZZ. V Švici večino zasebnih izdatkov predstavljajo plačila iz žepa, in sicer kar 20,5 odstotka vseh izdatkov. Najpomembnejša kategorija plačil iz žepa so plačila za storitve zdravstvenega varstva, ki so izključene iz OZZ in niso vključene v PZZ. Tudi v Sloveniji predstavljajo manjši delež zasebnih izdatkov plačila iz žepa, v povprečju 15,5 odstotka.

4.3.2 Primerjava zakonodaje financiranja zdravstvenega varstva med izbranimi državami

Zakonodaja je vseh treh državah urejena različno in jo je težko primerjati, saj ima vsaka svoje specifične in določila. Vsaka stremi k čim bolj urejeni zakonodaji, ki bo omogočila čim bolj učinkovit, kakovosten, cenovno dostopen in pravičen sistem zdravstvenega varstva.

4.3.3 Primerjava načina financiranja zdravstvenega varstva med izbranimi državami

V Sloveniji je financiranje močno razdobljeno glede na model plačevanja, glede na stopnjo predvidljivosti oziroma nepredvidljivosti in glede na omejenost oziroma neomejenost. Švica se popolnoma razlikuje od preostalih evropskih držav in ima javni in privatni način financiranja. Javni način financiranja je financiranje s strani izvajalcev zdravstvenih storitev, premije OZZ in prispevki za nezgodno zdravstveno zavarovanje. Privatni način financiranja so plačila za storitve zdravstvenega varstva, ki niso pokrita z OZZ in kritje svobodne izbire. Nizozemska ima prav tako različen način financiranja kot preostali dve državi in se deli na financiranje iz shem za kurativno oskrbo, ki so financirane iz dohodkovno odvisnih prispevkov, in shem za dolgoročno oskrbo. V Sloveniji in na Nizozemskem predstavljajo vir financiranja tudi delodajalci.

4.3.4 Primerjava nakupovanja in plačevanja storitev zdravstvenega varstva med izbranimi državami

V vseh treh državah se kupci in ponudniki zdravstvenih storitev zavežejo za sodelovanje s podpisom pogodbe. Proces sklepanja pogodbenega razmerja je v vsaki državi drugačen, cilj vsakega procesa je določitev konkurenčnih ter dostopnih cen, določitev načina financiranja sistema zdravstvenega varstva, zagotovitev kakovostih zdravstvenih storitev in spoštovanje pravice ter dolžnosti določene s pogodbo.

V Sloveniji poteka nakup zdravstvenih storitev glede na letni proračun za OZZ, ki ga določi ZZS, in glede na zgornje omejitve določene za zasebne izdatke. Kupci in ponudniki se pogajajo predvsem o potrebnih spremembah ter izboljšavah in v naslednjem koraku o spornih vprašanjih. Glede vseh dokončnih določitev se morajo vsi pogodbeniki strinjati 100 odstotno. PZZ v ta pogajanja ni vključen, saj ponudniki zdravstvenih storitev, ki jih krije PZZ, zaračunajo celotno vrednost dajatev zavarovalnicam. Najpomembnejši kupci v Švici so zavarovalnice, ki ponujajo OZZ, sledijo jim kantoni, ki so vedno bolj povezani z zavarovalnicami. Kupci so tudi posamezniki, ki kupijo zavarovalno polico OZZ ali PZZ in delodajalci, ki morajo kupiti nezgodno zdravstveno zavarovanje za zaposlene. Na Nizozemskem nakupujejo zdravstvene storitve posamezniki, ki se med ponudniki odločajo glede na učinkovitost, uspešnost in zadovoljstvo zavarovancev. V primeru, da posamezniku zdravstvena polica, ki jo sklene z izbrano zavarovalnico ne pokriva določene zdravstvene storitve, mora posameznik to storitev kupiti posebaj.

Za plačevanje zdravstvenih storitev je v Sloveniji v letnih dogovorih med ZZS in izvajalci zdravstvenih storitev določen obseg storitev glede na tip nege. Obseg plačil izvajalcem zdravstvenih storitev je omejen z letnim proračunom, iz katerega so izključeni specifični primeri. Malo manj tipično je plačevanje zdravstvenih storitev v Švici in poteka preko pristojbin za opravljanje zdravstvenih storitev. Značilen je DRG mehanizem, s katerim so se uravnala plačila za bolnišnično oskrbo znotraj konfederacije in znotraj kantonov. Na Nizozemskem se plačevanje zdravstvenih storitev razlikuje med področji. Bolnišnična oskrba temelji na DBC mehanizmu, ki ima vnaprej izračunan strošek določene zdravstvene storitve. Specifične storitve niso izračunane preko DBC in se obravnavajo posebaj.

4.4 Primerjava uspešnosti in predvidenih ukrepov na področju zdravstvenega varstva v izbranih državah

Vse tri države se srečujejo s trendom naraščajočih stroškov. V Sloveniji je največji razlog za višanje stroškov staranje prebivalstva, ki povzroča naraščajoče razmerje med upokojenim in delovno aktivnim prebivalstvom in posledično zmanjšuje prihodke. Prav tako je problematičen pomanjkljiv nadzor nad stroški zdravstvenega varstva, katerega

poslanstvo je skrb za zdravje prebivalstva, ne pa tudi učinkovitost oskrbe. Težavo višanja stroškov povzroča pomanjkanje delovne sile. V Švici je višanje stroškov posledica širitve osnovnega paketa OZZ brez predhodnega izračuna učinkovitosti širitve. Tako kot v Sloveniji je razlog za višanje stroškov vedno bolj staro prebivalstvo. Tudi nizozemski sistem zdravstvenega varstva ni najcenejši. Ravno nasprotno, velja za enega izmed dražjih v Evropi. Vzrok za tako visoke stroške je reforma dolgoročne zdravstvene oskrbe, ki so želeli izoblikovati na način, da bi bila bolj osredotočeno na pacienta. Kljub višanju stroškov ima Nizozemska zelo učinkovito zdravstveno oskrbo v primerjavi z drugimi EU državami.

Vse tri države redno sprejemajo ukrepe za izboljšanje trenutnega sistema zdravstvenega varstva. Stremijo k prožnosti, kakovosti in učinkovitosti. Ukrepi se med državami razlikujejo. Slovenija stremi k dostopnosti, razvoju, izobraževanju, povezovanju, kakovosti, stroškovni učinkovitosti, preventivi in optimizaciji pretoka informacij. Podobne cilje ima Švica, s tem, da stremi tudi k pravičnem financiranju, uporabi e-zdravja in okrepitvi mednarodnega povezovanja. Ukrepi, ki jih je sprejela Nizozemska so osredotočeni bolj na zavarovalnice. Prav tako stremi k kakovosti, k zmanjšanju obveznega odbitka, prilagoditvi sistema tveganja zavarovalnic, omejitvi prekoračitve stroškov, preprečevanju združevanj in povečati vpliv zavarovancev na politiko.

4.5 Primerjava izračuna stroška financiranja povprečnega prebivalca v izbranih državah

V izbranih državah se mesečna bruto plača močno razlikuje. Močno izstopa Švica, medtem ko se plača v Sloveniji in na Nizozemskem razlikuje le za slabih tisoč evrov. Zelo preprost je izračun za delovno aktivnega slovenskega prebivalca, kjer stopnja prispevka za OZZ znaša 6,36 odstotka, stopnja za PZZ pa približno 1,8 odstotka. V Švici je OZZ sestavljeno iz večjih prispevkov, ki predstavljajo v celoti 6,79 odstotka. Stopnja PZZ je veliko višja kot v Sloveniji in znaša 7,51 odstotka. Na Nizozemskem je OZZ, tako kot v Švici, sestavljeno in predstavlja med izbranimi državami najvišjo stopnjo prispevka, 8,02 odstotka. Stopnja PZZ je 3,6 odstotka in je med stopnjo PZZ v Sloveniji in v Švici.

Razlika je očitna tudi v zneskih, kar je posledica različnih bruto mesečnih plač, kjer vrednostno najmanj plača delovno aktivni prebivalec v Sloveniji, nekaj več na Nizozemskem in največ v Švici (tabela 17). Znatna razlika je tudi v prispevku PZZ v Švici, ki je višji kot prispevek za OZZ, medtem ko je v Sloveniji in na Nizozemskem prispevek PZZ manjši kot prispevek za OZZ.

Tabela 17: Primerjava mesečnega stroška financiranja zdravstva povprečnega prebivalca glede na prejeto bruto mesečno plačo (v % in EUR)

Vrsta zavarovanja	Slovenija		Švica		Nizozemska	
	Stopnja prispevka (v %)	Znesek (v EUR)	Stopnja prispevka (v %)	Znesek (v EUR)	Stopnja prispevka (v %)	Znesek (v EUR)
OZZ	6,36	105,53	6,79	399,83	8,02	229,00
PZZ	1,80	29,43	7,51	441,89	3,60	102,95

Prيرهeno po tabeli 4, tabeli 9 in tabeli 14.

SKLEP

Sistem zdravstvenega varstva je učinkovit in kakovosten kadar je cilj zdravstvene politike posamezne države stalen razvoj kakovosti storitev in strokovnega kadra zdravstvenega varstva, preventivno diagnosticiranje ter zdravljenje bolezni, dostopnost osnovne zdravstvene oskrbe, zanesljiv finančni mehanizem in dostopnost informacij. Eden izmed ključnih dejavnikov za učinkovito delovanje zdravstva je zanesljiv finančni mehanizem. Vsaka država ima drugačno zdravstveno politiko, ki sledi različnim ciljem, prav tako ima vsaka država drugače organiziran sistem zdravstvenega varstva. Zaradi razlik v organiziranosti prihaja posledično do različne uspešnosti in kakovosti zdravstvenega varstva med državami.

Med izbranimi državami je kar nekaj podobnosti, so pa tudi razlike, ki na nekaterih področjih države ločijo glede na uspešnost in kakovost. Glavni namen financiranja je v vseh izbranih državah s pomočjo mehanizma financiranja omogočiti posameznikom dostopnost do učinkovite in kakovostne zdravstvene oskrbe in doseči čim boljše stroškovno učinkovitost. V vseh treh državah glavni viri financiranja izvirajo iz zdravstvenih zavarovanj, naj bo to OZZ ali PZZ, medtem ko se načini financiranja med državami močno razlikujejo. Sodelovanje med kupci in ponudniki storitev zdravstvenega varstva je v vseh državah osnovano na pogodbah med partnerji, vendar je proces sklepanja pogodbenega razmerja različen. Vse tri države se konstantno srečujejo z izzivi, predvsem je problematičen trend naraščajočih stroškov, ki je prisoten v vseh treh državah. Posledično so države primorane stalno sprejemati nove ukrepe in stremeti k izpolnjevanju dogovorjenih ciljev, ki se glede na organiziranost sistema zdravstvenega varstva in strukturo zdravstvene politike razlikujejo.

Glede na makroekonomske kazalce, kot so dolžina bolnišničnega bivanja, število bolnišničnih postelj, izdatki sistema zdravstvenega varstva, število zdravnikov in medicinskih sester, pričakovana življenjska doba ob rojstvu, stopnja umrljivosti dojenčkov in smrti zaradi raka, bi lahko rekli da ima najbolj učinkovit in kakovosten

sistem zdravstvenega varstva Švica, sledi ji Nizozemska in nato Slovenija. Gibanje skupnih izdatkov za zdravstvo je v vseh treh državah dokaj konstantno, v Švici in na Nizozemskem nekoliko bolj naraščajo kot v Sloveniji. Delež v Švici in na Nizozemskem velja za enega izmed višjih v Evropi. Bolj očitna razlika je med državami med javnim in zasebnimi izdatki, kjer izstopa Nizozemska. Javni izdatki na Nizozemskem naraščajo z višjo stopnjo kot v drugih dveh državah, zasebnih izdatkov pa po reformi v letu 2006 skoraj da ne beleži.

K financiranju zdravstva prispeva tudi prebivalstvo preko plačevanja prispevkov za OZZ, plačevanja premij OZZ in preko direktnih plačil iz žepa. V magistrski nalogi je izračun mesečnega stroška financiranja narejen neodvisno od spola prebivalca, ki ima med 25 in 35 let, ima stalno prebivališče v eni izmed izbranih držav, je v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v eni izmed izbranih držav in prejema mesečno bruto plačo. Izračun je bil narejen glede na delež prispevka v odvisnosti od bruto plače, posledično so rezultati primerljivi. Stopnja prispevka za OZZ je skoraj primerljiva v Sloveniji in Švici, medtem ko je na Nizozemskem nekoliko višja. Razlika je očitna v stopnji prispevka za PZZ, ki je v Sloveniji skoraj zanemarljiva, na Nizozemskem nekje v sredi, v Švici pa zelo visoka. Prav tako so razlike tudi v zneskih prispevkov, kar je posledica razlik v mesečni bruto plači med državami.

Med izbranimi državami je najbolj učinkovito financiranje zdravstvenega varstva glede na zgoraj zapisane ugotovitve v Švici. Najbolj izstopa zaradi uspešnosti makroekonomskih kazalcev, načina sistema zdravstvenega varstva, ki omogoča vključitev prebivalstva k oblikovanju zdravstvene politike in posledično zadovoljstvu prebivalstva in zaradi zagotovitve čim bolj uravnoveženega financiranja zdravstvenega varstva. Kljub razlikam vse izbrane države stremijo k stalnemu razvoju in sprejemanju novih ukrepov za še boljši sistem zdravstvenega varstva. Glede kakovosti sistema Švica in Nizozemska sodita v sam vrh evropskih držav, Slovenija se nahaja nekje v zlati sredini.

LITERATURA IN VIRI

1. Adriatic Slovenica. (2018). *Dopolnilno zdravstveno zavarovanje*. Pridobljeno 22. marca 2018 iz <https://www.adriatic-slovenica.si/zavarovanje/zdravje>
2. Albrecht, T., Brinovec, P. R., Jošar, D., Podrugovac, M., Kostnapfel, T., Zaletel, M., Panteli, D. & Maresso, A. (2016). Health Systems in Transition: Slovenia. *The European Observatory on Health Systems and Policies*, 18(3), 15-187.
3. Bakx, P., O'Donnell, O. & van Doorslaer, E. (2016). Spending on Health Care in the Netherlands: Not Going so Dutch. *Fiscal studies*, 37(3-4), 593-625.
4. CBS – Statistics Netherlands. (2017). *Health expenditure; functions and financing for international comparisons*. Pridobljeno 4. aprila 2018 iz

- <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/en/dataset/83073ENG/table?ts=1522868919994>
5. CBS – Statistics Netherlands. (2018). *Welfare of persons; key figures*. Pridobljeno 7. aprila 2018 iz <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/en/dataset/83740ENG/table?ts=1523106701128>
 6. Comparis.ch. (2018). *Health insurance*. Pridobljeno 7. maja 2018 iz <https://en.comparis.ch/krankenkassen/default>
 7. Crivelli, L. & Salari, P. (2014). The inequality of the Swiss health care system financing from a federal state perspective. *International Journal for Equity in Health*, 13(17), 1-13.
 8. Cylus, J. (2015). *Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji: Pregled izdatkov v zdravstvu*. Bruselj: Evropski observatorij za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik.
 9. Daley, C. & Gubb, J. (2013). *Healthcare Systems: Switzerland*. London: Civitas.
 10. Daley, C. & Gubb, J. (2016). *Healthcare Systems: The Netherlands*. London: Civitas.
 11. De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F. & Quentin, W. (2015). Health Systems in Transition: Switzerland. *The European Observatory on Health Systems and Policies*, 17(4), 1-288.
 12. Ellson, S. (2018). *The Healthcare Law Review* (1 izd.). London: Law Business Research Ltd.
 13. Esmail, N. (2013). *Health Care Lessons from Switzerland*. Toronto: Fraser Institute.
 14. Expatica. (2018). *Healthcare in Switzerland*. Pridobljeno 6. maja 2018 iz https://www.expatica.com/ch/healthcare/Getting-healthcare-in-Switzerland_103130.html
 15. FDHA – Federal Department of Home Affairs. (2013). *The Federal Council's health-policy priorities*. Berne: Federal Office of Public Health.
 16. FOPH – Federal Office of Public Health. (2018). *The compulsory health insurance in a nutshell*. Pridobljeno 7. maja 2018 iz <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife.html>
 17. Gaziti, K. (2013). *Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
 18. Government of the Netherlands. (2018). *The Constitution of the Kingdom of the Netherlands 2008*. Pridobljeno 19. marca 2018 iz <https://www.government.nl/topics/constitution/documents/regulations/2012/10/18/the-constitution-of-the-kingdom-of-the-netherlands-2008>

19. Kos, M. (2010). Zdravstveno varstvo. Pridobljeno 20. februarja 2018 iz http://www.ffa.uni-lj.si/fileadmin/homedirs/12/em%C5%A1f-Socialna_farmacija/Predavanja/SF-20_Zdravstveno_varstvo.pdf
20. Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J. & van Gincken, E. (2016). Health Systems in Transition: The Netherlands. *The European Observatory on Health Systems and Policies*, 18(2), 1-239.
21. Marušič, D. (2011). *Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
22. Marušič, D. & Ceglar, J. (2009). Modeli plačevanja zdravstvenih storitev s poudarkom na plačevanju po skupinah primerljivih primerov v Sloveniji. *Zdravstveni vestnik*, 48, 177-183.
23. Matei, M., Galaon, M. & Minder, A. (2010). Organization and functioning of Medical-Social Services in the Swiss Health System. *Management in health*, 14(10), 14-20.
24. Ministrstvo za zdravje. (2018). *Organiziranost*. Pridobljeno 19. februarja 2018 iz http://www.mz.gov.si/si/o_ministrstvu/organiziranost/
25. Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R. & Sarnak, D. (2016). *2015 International Profiles of Health Care Systems*. New York: The Commonwealth Fund.
26. Muiser, J. (2007). *The new Dutch health insurance shema: challenges and opportunities for better performance in health financing* (3 izd.). Geneva: World Health Organization.
27. OECD. (2011). *OECD Reviews of Health System: Switzerland*. Pridobljeno 29. aprila 2018 iz https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-switzerland-2011_9789264120914-en
28. OECD. (2017a). *OECD Data: Health spending*. Pridobljeno 5. maja 2018 iz <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
29. OECD. (2017b). *State of Health in the EU: Netherlands*. Pridobljeno 19. marca 2018 iz https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/netherlands-country-health-profile-2017_9789264283503-en#page1
30. OECD. (2018a). *Average annual wages*. Pridobljeno 7. maja 2018 iz https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=AV_AN_WAGE#
31. OECD. (2018b). *Health*. Pridobljeno 15. maja 2018 iz <https://data.oecd.org/health.htm#profile-Health status>
32. Peabody, W., J., Taguiwalo M., M., Robalino, D., A. & Frenk, J. (2006). *Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd edition. Improving the Quality of Care in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.
33. Perneger, T., V. & Hudelson, P., M. (2005). Public support for Social financing of Health care in Switzerland. *International Journal of Health Services*, 35(1), 91-99.
34. Slavec, Z. Ž. (2010). 120 let zdravstvenega zavarovanja pri Slovencih (1889-2009). *Zdravstveni vestnik*, 79, 173-181.

35. SURS – Statistični urad Republike Slovenije. (2015). *Izdatki za zdravstveno varstvo po vrstah dejavnosti in virih financiranja*. Pridobljeno 25. marca 2018 iz <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6752>
36. SURS – Statistični urad Republike Slovenije. (2018). *Povprečna mesečna bruto plača*. Pridobljeno 21. marca 2018 iz <http://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/74>
37. Štern, B. (2006). Pomen systemskega pristopa k vrednotenju kakovosti v zdravstvenem sistemu. *Zdravstveni vestnik*, 75, 303-308.
38. Thacher, E. (2015). Switzerland: Regarding Health System Reform. Pridobljeno 2. maja 2018 iz <https://yaleglobalhealthreview.com/2015/10/03/switzerland-regarding-health-system-reform/>
39. The Federal Council. (2018). *Federal Constitution of the Swiss Confederation*. Pridobljeno 24. aprila 2018 iz <https://www.admin.ch/opc/en/classified-compilation/19995395/index.html>
40. The Ministry of Health, Welfare and Sport. (2011). *Health insurance in the Netherlands*. Pridobljeno 31. marca 2018 iz <https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport/documents/leaflets/2016/02/09/healthcare-in-the-netherlands>
41. The Ministry of Health, Welfare and Sport. (2016). *Healthcare in the Netherlands*. Pridobljeno 28. marca 2018 iz <https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport/documents/leaflets/2016/02/09/healthcare-in-the-netherlands>
42. Thomas, S., Evetovits, T. & Thomson, S. (2015). *Ovrednotenje financiranja zdravstva*. Bruselj: European observatory on health system and policies.
43. Torrey, T. (2017). What Are Primary, Secondary, Tertiary, and Quaternary Care? Pridobljeno 15. decembra 2017 iz <https://www.verywell.com/primary-secondary-tertiary-and-quaternary-care-2615354>
44. Triglav, zdravstvena zavarovalnica. (2018). *Dopolnilno zdravstveno zavarovanje*. Pridobljeno 22. marca 2018 iz <https://www.triglavzdravje.si/zavarovanja/dopolnilno-zdravstveno-zavarovanje>
45. Trivedi, A. (2016). *Overview of Health Care Financing*. Pridobljeno 21. decembra 2017 iz <http://www.merckmanuals.com/home/fundamentals/financial-issues-in-health-care/overview-of-health-care-financing>
46. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica. (2018). *Dopolnilno zdravstveno zavarovanje*. Pridobljeno 22. marca 2018 iz <https://www.vzajemna.si/sl/zavarovanja/dopolnilno-zdravstveno-zavarovanje/cenik-zavarovanja-popusti-in-doplacila/>
47. Wammes, J., Jeirossen, P., Westert, G. & Tanke, M. (2015). *The Dutch Health Care System*. Nijmegen: Radbound University Medical Center.
48. WHO – World health organization. (2014). *Global Health Expenditure Database*. Pridobljeno 5. maja 2018 iz <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

49. WHO – World health organization. (2018). *Health for All explorer*. Pridobljeno 9. aprila 2018 iz <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>
50. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2018a). *Obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje*. Pridobljeno 19. februarja 2018 iz <http://www.zdravstvena.info/vsznj/zzs-obvezno-in-prostovoljno-zdravstveno-zavarovanje/>
51. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2018b). *Poslovno poročilo za leto 2006-2016*. Pridobljeno 26. marca 2018 iz http://www.zzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/poslovno_porocilo_slo?OpenView&count=1000
52. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2018c). *Prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje: Preglednica prispevkov*. Pridobljeno 22. marca 2018 iz <http://www.zzs.si/zzs/internet/zzs.nsf/o/7F079796008EE60EC1256D3A00460146>
53. Zorgverzekering Informatie Centrum. (2018a). *Health insurance information centre*. Pridobljeno 7. aprila 2018 iz <https://www.zorgverzekering.org/eng/>
54. Zorgverzekering Informatie Centrum. (2018b). *Origin of health insurance*. Pridobljeno 31. marca 2018 iz <https://www.zorgverzekering.org/eng/general-information/origin/>