

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

DIPLOMSKO DELO

**OBSEG PRAVIC OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA
ZAVAROVANJA**

Ljubljana, september 2008

PETRA BRAČKO

IZJAVA

Študent/ka Petra Bračko izjavljam, da sem avtor/ica tega diplomskega dela, ki sem ga napisal/a pod mentorstvom mag. Petre Došenović Bonča, in da dovolim njegovo objavo na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne 1.10.2008

Podpis: _____

KAZALO

UVOD	1
1 OPREDELITEV SISTEMA FINANCIRANJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN OBSEGA PRAVIC OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	2
1.1 FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	2
1.1.1 Način zbiranja virov financiranja	3
1.1.2 Oblike virov za financiranje zdravstvenega varstva v Sloveniji.....	5
1.1.2.1 Javna sredstva.....	5
1.1.2.2 Zasebna sredstva	6
1.1.2.3 Zasebna sredstva za samozdravljenje.....	6
1.2 VIŠINA IN RAST SREDSTEV ZA FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	6
1.3 RAZMERJE MED JAVNIMI IN ZASEBNIMI VIRI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	9
1.4 OBSEG PRAVIC OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	11
2 PROBLEM OBSEGA PRAVIC Z VIDIKA FINANCIRANJA	12
2.1 PRIHODKI ZAVODA KOT VIR FINANCIRANJA PRAVIC OZZ.....	17
2.2 ODHODKI ZAVODA ZA PRAVICE OZZ	20
3 KRČENJE OBSEGA PRAVIC IZ NASLOVA OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	21
3.1 KRČENJE OBSEGA PRAVIC DO ZDRAVSTVENIH STORITEV	23
3.2 KRČENJE OBSEGA PRAVIC DO ZDRAVIL IN MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV	25
3.3 KRČENJE DRUGIH PRAVIC	30
4 VKLJUČEVANJE PRAVIC V OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	30
SKLEP	33
LITERATURA IN VIRI	35
PRILOGE	1

KAZALO TABEL:

<i>Tabela 1: Izdatki za zdravstveno varstvo na prebivalca v letu 2005 v tekočih cenah (v evrih) in izdatki z upoštevanjem razlik v kupni moči (v evrih)</i>	<i>7</i>
<i>Tabela 2: Delež BDP, namenjenega za zdravstveno varstvo v državah EU, v obdobju od leta 2000 do 2006.....</i>	<i>8</i>
<i>Tabela 3: Rast izdatkov za zdravstveno varstvo v različnih državah, v obdobju 2000-2006.....</i>	<i>8</i>
<i>Tabela 4: Javni in zasebni viri financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji, 1996-2006</i>	<i>10</i>
<i>Tabela 5: Poslovni rezultati Zavoda v letih 2002-2006 v evrih.</i>	<i>14</i>
<i>Tabela 6: Struktura prihodkov ZZZS med leti 2002 in 2006.....</i>	<i>18</i>
<i>Tabela 7: Pregled vseh stopenj prispevkov, zavezancev za plačilo prispevkov ter vrste in obseg pravic</i>	<i>19</i>
<i>Tabela 8: Struktura odhodkov Zavoda za zdravstvene dejavnosti med letom 2002 in 2007 v deležih in evrih</i>	<i>20</i>
<i>Tabela 9: Krčenje deleža vrednosti storitev, kritih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.</i>	<i>24</i>
<i>Tabela 10: Ukrepi in aktivnosti za zmanjšanje izdatkov za zdravila.</i>	<i>26</i>
<i>Tabela 11: Zdravila, predpisana na recept v letih 2002-2006 ter indeks 2006/2002.</i>	<i>29</i>

KAZALO SLIK:

<i>Slika 1: Delež sredstev (javnih in zasebnih) za zdravstveno varstvo v odstotku bruto domačega proizvoda v letu 2006</i>	<i>9</i>
<i>Slika 2: Delež prihodkov in odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP med leti 1997 in 2006.....</i>	<i>16</i>
<i>Slika 3: Prihodki Zavoda za plačilo prispevkov OZZ v letu 2007.....</i>	<i>17</i>
<i>Slika 4: Gibanje prispevne stopnje med leti 1992 in 2006 v %.</i>	<i>18</i>
<i>Slika 5: Ukrepi ZZZS za obvladovanje izdatkov za zdravila in njihovi učinki na izdatke v obdobju 1992-2006.....</i>	<i>28</i>

KAZALO PRILOG:

<i>Priloga 1: Ocene finančnih učinkov sprejetih zakonskih predpisov in drugih določitev v zunanjem okolju, 2002-2007</i>	<i>1</i>
<i>Priloga 2: Realizirane povprečne čakalne dobe v letih 2006 in 2007 v Sloveniji.....</i>	<i>4</i>

UVOD

Evropske javne sisteme zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja že nekaj desetletij pretresajo finančne krize, ki zahtevajo stalne popravke sistemov. Krize povzročajo predvsem znani razvojni trendi, ki posledično povzročajo rast javnih in zasebnih izdatkov za zdravstveno varstvo. Staranje prebivalstva je eden izmed teh trendov, saj je s staranjem prebivalstva vedno več kroničnih obolenj, ki zahtevajo dolgotrajna zdravljenja. Drug demografski trend v Sloveniji pa predstavlja nižanje rojstev in vse manj aktivnega prebivalstva, ki je glavni vir financiranja javnih sistemov zdravstvenega varstva. Spremembam zdravstvenih potreb in zahtev po zdravstvenih storitvah pa se je zelo težko spriti prilagajati zaradi toge organizacije in financiranja zdravstva.

Rast izdatkov pa povzroča tudi razvoj medicinske, farmacevtske in informacijske tehnologije. Problem zagotavljanja vseh teh storitev ni samo v cenah, ampak tudi v tem, kaj medicina s svojimi nenehnimi odkritji že zmore narediti. Vedno večji razkorak nastaja med javnimi sistemi, ki zagotavljajo storitve v okviru svojih razpoložljivih sredstev in med novimi tehnologijami in novimi zdravili. Nove tehnologije in nova zdravila tako za posamezne države niso izziv le z vidika obvladovanja izdatkov, ampak tudi z vidika omogočanja ustreznega dostopa do vseh teh novosti za državljane oziroma zavarovane osebe v javnem sistemu. S tem se porajajo vprašanja o tem, kako se naj uresničuje pravičnost in enakost v obravnavi vseh državljanov v sistemih zdravstvenega varstva.

Posledica vseh teh trendov so težave pri ohranjanju finančne vzdržnosti sistemov zdravstvenega varstva. Ena od teh rešitev je ožetje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ožetje pravic poteka tako, da se iz seznama storitev in drugih pravic, ki ga zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje, izločijo določene storitve. Takšen primer je izključitev zdravila iz pozitivne liste zdravil, prenos zdravil iz vmesne liste na negativno ali pa povečanje deleža stroškov, pri katerem je pacient samoplačnik. Vendar pa vsako ožetje pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja pomeni tudi nove možnosti za vključitev novih zdravil, tehničnih pripomočkov in vpeljavo novih zdravstvenih programov v obvezno zdravstveno zavarovanje.

Še več rešitev za ohranjanje finančne vzdržnosti, ki se nanašajo na celoten zdravstveni sektor in tudi sektorje izven zdravstva, vidi Zavod za zdravstveno zavarovanje v ukrepih kot so povečanje odgovornosti ljudi za svoje lastno zdravje, izboljšanje kakovosti primarne oskrbe, razvoj zasebnega sektorja zdravstva in zavarovalništva, uvedbi medsektorske aktivnosti in pristope za dolgotrajno oskrbo bolnikov s posebnimi potrebami, uvedbi odgovornosti države in delodajalcev za izbrane programe in projekte za boljše zdravje delavcev.

V diplomskem delu sem predstavila obseg pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja, ožetje teh pravic zaradi problema financiranja in potrebe sprostitev za nove, sodobnejše

pravice. Opisala sem problem izgub v javnem sistemu zdravstvenega varstva, trende prihodkov, razloge za odhodke ter tako poskušala argumentirati dileme krčenja pravic oziroma dodajanja novih storitev v obvezno zdravstveno zavarovanje.

Diplomsko delo je sestavljeno iz štirih vsebinskih delov. Namen prvega dela diplome je prikazati značilnosti sistema financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji, načine zbiranja virov, razmerja med javnimi in zasebnimi viri in obsega obveznega zdravstvenega zavarovanja. V drugem delu opisujem probleme obsega pravic z vidika financiranja, probleme prihodkov in odhodkov plačnikov za zdravstvene storitve in druge pravice. V tretjem delu predstavljam spremembe pravic skozi čas ter njihovo krčenje. V četrtem, zadnjem delu pa govorim o vključevanju pravic v obvezno zdravstveno zavarovanje. Na koncu sledi sklep, kjer sem zapisala glavne ugotovitve diplomske naloge.

1 OPREDELITEV SISTEMA FINANCIRANJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN OBSEGA PRAVIC OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Ureditev sistema financiranja zdravstvenega varstva ima neposreden vpliv na višino sredstev za uresničevanje programov zdravstvenih pravic in na uresničljivo količino, strukturo in kakovost storitev znotraj razpoložljivih sredstev. Za isti denar je, odvisno od načina financiranja in vrednotenja del izvajalcev, možno zagotoviti in uresničiti različno obsežne in zahtevne programe oziroma različno količino zdravstvenih storitev. V vseh državah zato posvečajo veliko pozornosti vprašanju financiranja zdravstvenega sistema in iščejo rešitve, kako doseči čim večjo uspešnost in preglednost dela ter poslovanja zdravstvene službe in čim večjo korist za plačnike. V tem poglavju predstavljam finančne vire za zdravstveno varstvo, višino in rast sredstev za financiranje zdravstvenega varstva ter obseg pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja v tujini in v Sloveniji.

1.1 FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Financiranje zdravstva pomeni zbiranje in razporejanje sredstev na vse ravni zdravstvene dejavnosti. Sistem financiranja zdravstvenega varstva je izjemnega pomena za učinkovito izvajanje zdravstvenih programov in zagotavljanje kakovostnih storitev ter dostopnosti zavarovancev do pravic, dogovorjenih v zdravstveni zakonodaji (Košir, 2005, str. 460).

Financiranje zdravstvenega varstva poteka na dva temeljna načina. Za dobrine zasebnega značaja poteka financiranje preko trga. Viri tega financiranja so dohodki posameznikov in njihova neposredna plačila za zdravstvene storitve ter sredstva prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Financiranje dobrin javnega značaja pa poteka preko obveznega zdravstvenega zavarovanja, državnega proračuna, sredstev občin in regij. Država mora s politiko obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotoviti tak obseg sredstev

za financiranje zdravstvenega varstva, da obseg teh storitev ustreza družbenemu interesu (Tajnikar & Došenovič, 2003, str. 4).

Toth (2003, str. 122) pravi, da so finančna sredstva viri posebne vrste in imajo v zdravstvenem varstvu dvojno vlogo. Od njihove višine je močno odvisno zagotavljanje ostalih osnov in virov dela, pa tudi način, količina in vrsta zdravstvenih storitev, ki jih sistem opravlja za prebivalstvo. S temi sredstvi krijejo ustanovitelji zdravstvenih zmogljivosti oziroma plačniki stroške za sredstva, potrebna za opravljanje zdravstvene dejavnosti, za obnavljanje in vzdrževanje prostorskih zmogljivosti in morebitno gradnjo novih, za vzdrževanje naprav, za plače zaposlenim in za druge naloge sistema. Mnogi dajejo temu elementu večjo težo kot planiranju, zakonodaji ali drugim sestavinam zdravstvenega sistema.

Nenehno grožnja finančni stabilnosti zdravstvenega varstva pa predstavljajo hitro rastoči izdatki za zdravstvo, ki so posledica staranja prebivalstva, posledičnih sprememb v patologiji, hitrega razvoja medicine, novih zdravil, večje zahtevnosti in večjega povpraševanja zavarovancev, zmanjševanja števila aktivnega prebivalstva in drugih razvojnih izzivov. Različne države tako iščejo različne rešitve, kako s kombinacijami javno-zasebnih virov zagotoviti financiranje organiziranega javno-zasebnega zdravstva in slediti povečevanju izdatkov za zdravstvo (Košir, 2005, str. 460).

1.1.1 Način zbiranja virov financiranja

Vire financiranja zdravstvenega varstva sestavljajo (Toth, 2003, str. 475):

- prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje (sredstva ZZZS-ja),
- sredstva oziroma premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj,
- proračunska sredstva (državni proračun, občine),
- sredstva drugih naročnikov (samoplačniki – neposredna plačila »iz žepa«, delodajalci...)

Različne ureditve zdravstvenega varstva v državah imajo tudi različne vire finančnih sredstev namenjenih zdravstvenem varstvu. V najpogostejših primerih države pridobijo pretežni del finančnih virov iz državnega ali deželnih, včasih tudi lokalnih proračunov. Ta sredstva se pridobi s splošnimi davki. Parlament na razpravi o proračunu države določi višino sredstev, ki bo v proračunskem letu na voljo za zdravstveno varstvo. Ta sredstva ministrstvo za zdravje ali kakšen drug vladni upravni organ razdeli po določenih merilih na posamezne programe in izvajalce, v decentraliziranih sistemih pa po območjih (državah, deželah, regijah) (Toth, 2003, str. 123).

V državah s socialnim zdravstvenim zavarovanjem sredstva za zdravstvene programe priskrbijo nosilci zdravstvenih zavarovanj. Sredstva se zbirajo s prispevki delodajalcev in

delojemalcev, oziroma vseh drugih zavezancev, če jih določa zakon. Razmerja med prispevki delodajalcev in delojemalcev je med državami različno.

V vseh državah pa poleg sredstev proračuna in/ali sredstev zdravstvenega zavarovanja obstajajo tudi drugi viri za delovanje zdravstvenega varstva. Med te spadajo sredstva prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki jih izvajajo različne profitno ali neprofitno naravnane zavarovalne družbe. V nekaterih državah, kot je na primer ZDA, ta sredstva predstavljajo celo največji delež med vsemi finančnimi viri. Manjši delež virov pa predstavljajo tudi različne donacije humanitarnih, cerkvenih ali drugih organizacij, sindikatov, raznih društev, posameznih podjetij in posameznikov. Ta sredstva se večinoma namenijo za nakup medicinske ali informacijske opreme (Toth, 2003, str. 123).

Med posebne vire pa spadajo tudi plačila podjetij za posebne storitve v zvezi z varnostjo in zdravjem pri delu, sredstva družin in posameznikov za določene storitve, ki jih zdravstveno zavarovanje ne zagotavlja. V državah, ki imajo visoko stopnjo solidarnosti, sredstva niso visoka, medtem pa lahko v tržno naravnanih sistemih celo prevladujejo v strukturi vseh finančnih virov.

Vse omenjene finančne vire poznajo skoraj vse države sveta. Izjema so države, katerih sistemi temeljijo na ideologiji socialističnega zdravstvenega varstva. Ti sistemi ne poznajo zasebnih sredstev posameznikov, prostovoljnega zavarovanja ali profitno naravnanih družb. Struktura posameznih virov za zdravstveno varstvo po državah je odvisna od značilnosti v upravljanju in organizaciji sistema in celotne družbeno-politične ureditve države. Obstajajo države, kjer v sistemu prevladujejo zasebna sredstva, in države, kjer zasebnih sredstev skoraj ni. Mešanica obojega so države, kjer je sicer delež javnih sredstev, ki izhajajo iz proračunov ali obveznih zdravstvenih zavarovanj, največji, a se dopolnjuje z zasebnimi sredstvi posameznikov. Razmerja med javnimi in zasebnimi sredstvi se razlikujejo, tako kot se razlikujejo druge značilnosti sistemov.

Slovenija spada v skupino držav, kjer se pretežni del sredstev, namenjenih za zdravstveno varstvo, zagotavlja iz javnih virov. V letu 2006 so bila ta sredstva sestavljena iz javnih virov, ki so predstavljali 79,7% vseh sredstev, od tega so 4,8% javnih virov zagotovili občinski in državni proračuni, preostali del pa so bila sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju OZZ). Zasebna sredstva so v letu 2006 znašala 20,3%. Večji del zasebnih sredstev so prispevale zavarovalnice s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji, to je 12,3 %. Ostalih 8% pa je šlo za plačila iz žepa (Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri, 2007, str. 13).

Slovenija je pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju redka med članicami EU in tudi Kanado, Avstralijo in Novo Zelandijo, ki je izbrala način »prisilnega« zdravstvenega zavarovanja. Doplačila so pri nujna pri skoraj vseh pravicah, razen za otroke, ženske v fertilem obdobju in še nekatere druge podskupine. V Sloveniji je zavarovanih približno

1.450.000 ljudi, skoraj vsi volivci, v Evropi pa le kakšnih 10–20%, ki spadajo med bogatejše družbene sloje (Poslovno poročilo za leto 2007, 2008, str. 22).

Glede na način zbiranja sredstev v Evropi poznamo tri različne modele sistemov zdravstvenega varstva in sicer Bismarckov model ali model socialnega zdravstvenega zavarovanja, Beveridgov ali model nacionalnega zdravstvenega varstva in Semaškov model ali model socialističnega zdravstvenega varstva.

Slovenija spada med države z Bismarckovim modelom, to je socialno zdravstveno zavarovanje. Isti sistem imajo tudi Nemčija, Avstrija, Nizozemska, Francija, Belgija, Luksemburg. Beveridgov sistem oziroma nacionalno zdravstveno službo pa imajo Velika Britanija, Irska, Švedska, Finska, Danska, Španija, Portugalska, Italija in Grčija (Business Insight, 2006).

1.1.2 Oblike virov za financiranje zdravstvenega varstva v Sloveniji

Sredstva za financiranje zdravstvenega varstva v Sloveniji delimo na tri oblike, javna sredstva, zasebna sredstva iz prostovoljnih zavarovanj in zasebna sredstva za samozdravljenje.

1.1.2.1 Javna sredstva

Predstavljajo jih prihodki, ki jih Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju Zavod) pridobi s prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju OZZ). Glavni vir teh sredstev so prispevki zavarovancev, tako delodajalcev kot delojemalcev. Prispevki se obračunavajo po proporcionalnih stopnjah glede na dohodke oziroma druge določene osnove zavezancev, o stopnji prispevka pa odloča državni zbor.

Med javna sredstva spadajo tudi proračunska sredstva. To so sredstva proračuna države, ki se jih večina namenja za investicijska vlaganja v bolnišnice, in sredstva proračunov občin, s katerimi se financira zdravstvene programe in storitve lokalnih območij (Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri, 2007, str. 14).

V Sloveniji so iz javnih sredstev lahko financirani tako javni kot zasebni izvajalci – koncesionarji. Ti izvajalci zdravstvenih storitev so vključeni v mrežo javne zdravstvene dejavnosti, stroške izvajanja storitev pa jim povrne Zavod za zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju Zavod). V tem primeru bolnikom ni potrebno plačati zdravstvene storitve. Koncesije na primarni ravni izdaja občina, na sekundarni (bolnišnična dejavnost in specialistična ambulanta) in terciarni ravni (klinike in inštituti) pa Ministrstvo za zdravje. Koncesionarji vsako leto znova sklenejo pogodbo z Zavodom za storitve, ki sodijo v obvezno zdravstveno zavarovanje (Mazgon, 2000, str. 17).

1.1.2.2 Zasebna sredstva

Zasebna sredstva predstavljajo izdatki za škodne primere, ki jih krijejo prostovoljna zdravstvena zavarovanja (v nadaljevanju PZZ). Tisti, ki za doplačila do polne vrednosti zdravstvenih storitev in zdravil niso zavarovani, morajo doplačilo plačati sami. Gre za sredstva, ki se v zdravstvo stekajo od zavarovalnic, ki izvajajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Dopolnilno zavarovanje postaja vedno bolj pomemben vir sredstev za zdravstveno varstvo, saj se višina izdatkov dopolnilnega zavarovanja povečuje. Leta 2001 so ta sredstva znašala približno 370 milijonov evrov, leta 2005 pa že približno 471 milijonov evrov. Med zasebna sredstva spadajo tudi vse ostale oblike prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, kot so dodatna, nadomestna in vzporedna zdravstvena zavarovanja (Poslovno poročilo ZZS za leto 2005, 2006, str. 14).

1.1.2.3 Zasebna sredstva za samozdravljenje

To so sredstva za različne zdravstvene storitve, ki jih posamezniki plačujejo neposredno iz svojega žepa. Sem uvrščamo samoplačniške zdravstvene storitve in nakup zdravil brez recepta.

1.2 VIŠINA IN RAST SREDSTEV ZA FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Toth (2003, str. 123) pravi, da je mnogo pomembnejša od strukture virov njihova absolutna oziroma relativna višina. Kot merilo za medsebojno primerjavo sistemov o višini finančnih vlaganj uporabljamo delež bruto domačega proizvoda, ki ga država namenja za zdravstveno varstvo. To merilo uporabljamo z ugotavljanjem višine bruto domačega proizvoda, ki prihaja iz državnega proračuna, iz prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje, iz prostovoljnih zavarovanj in drugih virov. Za zagotovitev primerljivosti podatkov pa je potrebno upoštevati tudi razlike v kupni moči.

V Tabeli 1, na strani 7, je prikaz izdatkov posameznih držav, ki jih namenjajo za zdravstveno varstvo in izdatkov z upoštevanjem razlik v kupni moči.

V letu 2005 je bilo v Sloveniji za zdravstveno varstvo na prebivalca namenjeno 1.201 evrov (v tekočih cenah), od tega iz javnih financ 870 evrov in iz zasebnih sredstev 331 evrov. Preračun z upoštevanjem razlik v kupni moči kaže za Slovenijo nekoliko višje vrednosti sredstev za zdravstveno varstvo, ampak še vedno pod povprečjem Evropske unije. Po porabi sredstev za zdravstveno varstvo na prebivalca se med državami Evropske unije tako lahko primerjamo predvsem s Finsko, Portugalsko in Španijo ter tudi Grčijo, ki pa porabi za zdravstvo znatno več zasebnih virov.

Tabela 1: Izdatki za zdravstveno varstvo na prebivalca v letu 2005 v tekočih cenah (v evrih) in izdatki z upoštevanjem razlik v kupni moči (v evrih)

Država	Izdatki za zdravstveno varstvo na prebivalca (v evrih)			Izdatki z upoštevanjem razlik v kupni moči (v evrih)		
	Celotni	Javni	Zasebni	Celotni	Javni	Zasebni
Avstrija	3.075	2.328	746	2.842	2.152	690
Danska	3.515	2.956	559	2.510	2.111	399
Finska	2.281	1.174	507	1.883	1.646	418
Francija	3.069	2.450	619	2.724	2.175	549
Nemčija	2.930	2.253	677	2.655	2.041	614
Nizozemska	2.756	1.719	1.038	2.454	1.530	924
Norveška	4.775	3.990	784	3.524	2.945	579
Slovenija	1.201	870	331	1.669	1.202	457
Španija	1.734	1.237	497	1.821	1.299	522
Švedska	2.906	2.458	447	2.357	1.994	363
Velika Britanija	2.475	2.155	321	2.199	1.915	284
Povprečje EU	2.358	1.831	527	2.191	1.683	508

Vir: OECD Health Data, 2006.

Pri medsebojni primerjavi sredstev za zdravstveno varstvo pa je treba upoštevati temeljne značilnosti posameznih zdravstvenih sistemov in obseg pravic, ki jih ti zagotavljajo upravičencem. V nekaterih državah, kot so Velika Britanija, Irska, Danska in Švedska, v izdatke za zdravstveno varstvo niso vključeni denarni prejemki prebivalstva (nadomestila plač, potni stroški, pogrebne, posmrtnine). V drugih državah, na primer, v sredstva za zdravstveno varstvo ne štejejo izdatkov za dolgotrajno nego oziroma za nego v socialnih zavodih, ker je ta sestavni del socialne varnosti na drugih področjih. V Nemčiji so ravno nasprotno med ta sredstva všteta tudi tista, ki so namenjena za otroške dodatke. Slovenija ima v izdatkih obveznega zdravstvenega zavarovanja vključena denarna nadomestila za plače za čas začasne zadržanosti od dela, pogrebne, posmrtnine in nekatere druge denarne dajatve, ki so pravica iz obveznega zavarovanja, pa niso tipične zdravstvene storitve. Na splošno Slovenija namenja skoraj polovico manj izdatkov za zdravstveno varstvo na prebivalca kot ga v povprečju države Evropske unije.

Podatek o deležu bruto domačega proizvoda, namenjenega financiranju zdravstvenega varstva, se po državah zelo razlikuje. Če smo v zadnjih dveh desetletjih prejšnjega tisočletja v vseh državah imeli nenehno rast deleža BDP-ja, namenjenega za zdravstveno varstvo, pa v zadnjih treh letih opazimo zmanjšanje rasti le-tega, predvsem v gospodarsko razvitejših državah. Tabela 2, na strani 8, prikazuje delež BDP posameznih držav, ki ga namenjajo za zdravstveno varstvo.

Tabela 2: Delež BDP, namenjenega za zdravstveno varstvo v državah EU, v obdobju od leta 2000 do 2006

	Delež BDP (%)		
	2000	2005	2006
Avstrija	9,9	10,3	10,1
Danska	8,3	9,4	9,5
Finska	7,0	8,3	8,2
Francija	9,6	11,2	11,1
Nemčija	10,3	10,7	10,6
Nizozemska	8,0	9,2	9,3
Norveška	8,4	9,1	8,7
Slovenija	8,9	8,4	8,9
Španija	7,2	8,3	8,4
Švedska	8,2	9,2	9,2
Velika Britanija	7,2	8,2	8,4
Povprečje	8,5	9,3	9,3

Vir: OECD Health Data, 2006.

V zadnjem času je po podatkih organizacije OECD v državah Evropske unije rast izdatkov za zdravstveno varstvo upočasnjena. Iz Tabele je razvidno, da so izdatki za zdravstvo rasli hitreje od leta 2000 do leta 2003 (povprečna rast v državah Evropske unije v tem obdobju je bila 6,2%). Tako visoko rast je povzročal razvoj medicinske tehnologije.

Tabela 3: Rast izdatkov za zdravstveno varstvo v različnih državah, v obdobju 2000-2006

	Realna letna rast (%)					
	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06
Avstrija	1,3	1,6	2,4	3,3	2,2	1,5
Danska	4,3	2,8	6,2	3,4	3,3	4,6
Finska	5,3	7,3	7,2	4,9	5,7	3,3
Francija	3,2	4,1	10,0	3,5	3,1	1,6
Nemčija	2,7	1,9	1,3	-1,2	1,8	1,8
Nizozemska	6,3	7,0	6,5	3,1	-1,7	4,0
Norveška	6,6	12,9	3,3	0,1	-3,2	-2,2
Slovenija	7,1	7,0	6,7	6,6	6,5	6,4
Španija	4,0	2,9	15,9	3,8	4,8	4,9
Švedska	10,1	6,5	3,1	1,8	2,8	4,0
Velika Britanija	5,7	4,5	3,7	7,3	3,9	5,4
ZDA	6,1	7,2	5,8	3,9	3,2	3,5
Povprečje	5,23	5,45	6,0	3,34	2,7	3,23

Vir: OECD Health Data, 2006.

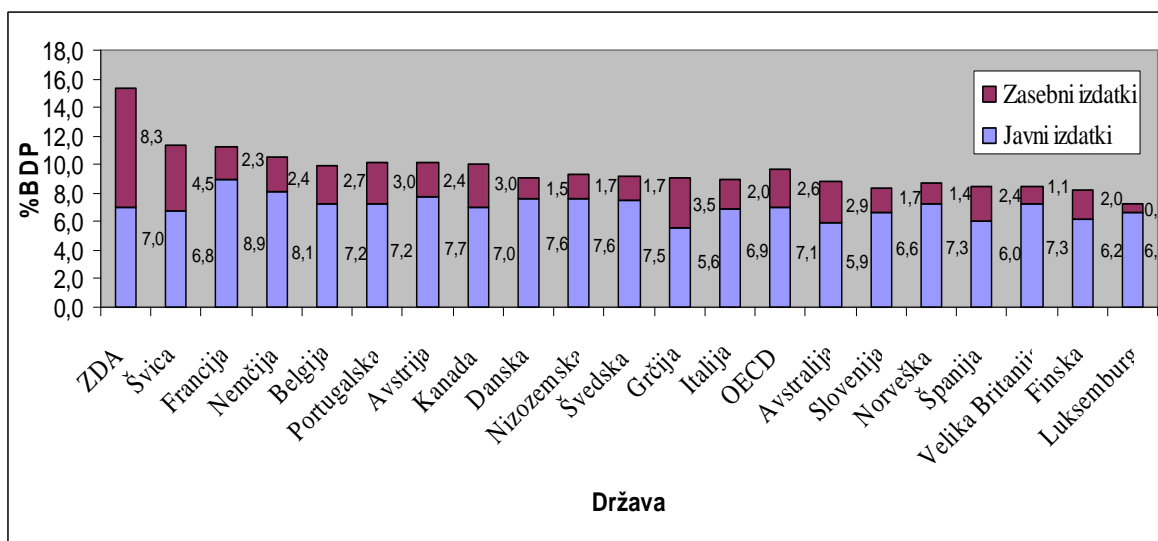
Od leta 2003 do 2006 pa se je rast upočasnila (povprečno 3,6 % v tem obdobju v državah Evropske unije). Tudi v Sloveniji se je rast upočasnila na 6,4 % do leta 2006. Nižja rast naj bi bila posledica številnih reformnih ukrepov (OECD Health Data, 2006, str. 1).

1.3 RAZMERJE MED JAVNIMI IN ZASEBNIMI VIRI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Kljub povečevanju zasebnih izdatkov v financiranju zdravstva pa v evropskih državah še vedno prevladujejo javna finančna sredstva, delež zasebnih sredstev je manjši in le v nekaterih državah presega 20 odstotkov vseh stroškov. Slika 1 prikazuje delež javnih in delež zasebnih izdatkov, namenjenih zdravstvenemu varstvu v določenih državah, ki pa so razvidni tudi iz Tabele 1 na strani 7. Deleži so odvisni od pravne ureditve zdravstva v državah, obsega pravic zavarovancev, razvitosti prostovoljnih zavarovanj ter pripravljenosti in sposobnosti ljudi, da si zdravstvene storitve privoščijo z lastnimi sredstvi (Toth, 2003, str. 128).

Povprečje vseh izdatkov v EU je v letu 2006 znašalo 8,9% BDP, povprečje javnih izdatkov pa 7,1% DBP. V Sloveniji so bili javni izdatki v letu 2006 6,66% BDP, kar je rahlo pod izračunanim povprečjem, zasebni izdatki pa so v istem letu znašali 1,69% BDP, kar je tudi pod povprečjem držav Evropske unije (Poslovno poročilo za leto 2006, 2007, str. 13).

Slika 1: Delež sredstev (javnih in zasebnih) za zdravstveno varstvo v odstotku bruto domačega proizvoda v letu 2006



Vir: OECD Health Data, 2006.

V Sloveniji se je v letu 2007 pretežni del sredstev namenjenih zdravstvu, podobno kot v vseh evropskih državah, črpal iz javnih virov (75,6% vseh sredstev). Glavnino javnih sredstev so predstavljala sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja (71,6% vseh sredstev), preostale javne izdatke so predstavljala sredstva občinskih in državnih proračunov (4,0 % vseh sredstev). Pomemben delež izdatkov za zdravstveno varstvo so tudi v letu 2007 predstavljala zasebna sredstva (24,4% vseh izdatkov). Večji del zasebnih sredstev prispevajo zavarovalnice s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji (Vzajemna d.v.z., Adriatic Slovenica d.d. in Triglav zdravstvena zavarovalnica d.d.), ki so s plačevanjem škodnih primerov preteklo leto zagotovile skupno za okoli 12,8% vseh izdatkov. Največji del škodnih zahtevkov so škodni zahtevki iz naslova dopolnilnih

zdravstvenih zavarovanj, s katerimi se pokrivajo tveganja doplačil do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Drugi zasebni odhodki (11,6%) pa so ocena izdatkov, ki jih za različno blago in zdravstvene storitve ljudje v Sloveniji plačajo iz lastnega žepa (Poslovno poročilo ZZZS za 2007, 2008, str. 16).

V Tabeli 4 so navedeni podatki o javnih in zasebnih izdatkih za zdravstveno varstvo v Sloveniji v obdobju od 1996 do 2006 za različne zdravstvene storitve in namene, ki so opredeljeni s slovensko zakonodajo.

V Sloveniji je delež javnih izdatkov za zdravstvo v BDP od leta 1992 začel padati, saj je bilo takrat uvedeno dopolnilno zavarovanje, torej uvedba doplačil. Breme dodatnega financiranja se je tako prevalilo na zasebna sredstva prebivalcev v obliki premij dopolnilnih zavarovanj in neposrednih plačil prebivalcev.

Tabela 4: Javni in zasebni viri financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji, 1996-2006

	1996		2001		2006	
	v milijonih EUR	% BDP	v milijonih EUR	% BDP	v milijonih EUR	% BDP
Javni izdatki	731,72	6,88	1.359,08	7,13	1.960,86	6,66
Obvezno zdravstveno zavarovanje	704,81	6,62	1.307,88	6,86	1.843,35	6,26
Državni proračun	19,86	0,19	37,22	0,2	92,1	0,31
Občinski proračuni	7,05	0,07	13,98	0,07	25,41	0,09
Zasebni izdatki	89,09	0,84	369,3	1,94	498,92	1,69
Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	89,09	0,84	216,87	1,14	302,2	1,03
Neposredna plačila	Ni podatka	Ni podatka	152,44	0,80	196,71	0,67
Skupaj	820,81	7,71	1.728,38	9,07	2.459,77	8,35
BDP	10.652,10		19.054,37		29.440,83	

Vir: Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri, 2007, str. 14.

V Sloveniji je delež javnih izdatkov za zdravstvo v BDP od leta 1992 začel padati, saj je bilo takrat uvedeno dopolnilno zavarovanje, torej uvedba doplačil. Breme dodatnega financiranja se je tako prevalilo na zasebna sredstva prebivalcev v obliki premij dopolnilnih zavarovanj in neposrednih plačil prebivalcev.

Iz Tabele 4 je razvidno, da viri financiranja zdravstvenega varstva skozi celotno analizirano obdobje ohranjajo podobno razmerje. Sredstva iz javnih virov predstavljajo približno štiri petine, zasebna sredstva pa približno eno petino vseh sredstev namenjenih za zdravstveno varstvo v Sloveniji v obdobju od leta 1996 do 2006.

1.4 OBSEG PRAVIC OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Če primerjamo Slovenijo z drugimi državami članicami opazimo, da tudi med državami, ki imajo socialno zdravstveno zavarovanje, prihaja do razlik v obsegu pravic do zdravstvenih storitev in obsegu njihovega kritja. V Franciji so v obvezno zdravstveno zavarovanje vključeni vsi prebivalci, obseg pravic, ki ga država zagotavlja pa je manjši kot na Nizozemskem in v Nemčiji, kjer v obvezno zavarovanje niso vključeni vsi prebivalci (izločeni so tisti z najvišjimi dohodki). Razlika je v tem, da v Franciji deluje razvejan sistem dodatnih zdravstvenih zavarovanj, ki pokrivajo pravice, ki niso krite z obveznim zavarovanjem (Normand & Busse, 2002, str. 93, 94).

Slovenija ima precej dolgo zgodovino oblikovanja javnega zdravstvenega varstva. Sprva se je razvil demokratično upravljan sistem socialnega zavarovanja, ki je bil po prvi svetovni vojni prekinjen. Nato je bil centraliziran in ga je določen čas upravljala država. V začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja je bil ponovno vpeljan sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki smo ga že poznali. Ugotovimo lahko, da je v zgodovini celotnega razvoja sistem temeljil na solidarnosti, neprofitnosti, sorazmerno visoki stopnji zdravstvene in socialne varnosti in pravičnosti ter vključenosti celotnega prebivalstva v obvezno OZZ (Strban, 2005, str. 30).

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ). ZZVZZ določa, da natančnejši obseg posameznih pravic, postopke za njihovo uveljavljanje in tudi normative in standarde storitev določi Zavod. Zavod je po zakonu izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje (Butala, 2008a, str. 11).

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja so akt Zavoda, ki ga sprejme skupščina zavoda. Sestavljajo jo predstavniki delodajalcev in zavarovancev. S pravili se mora strinjati minister za zdravje, nato pa se objavijo v Uradnem listu RS in se praviloma 15 dni po objavi začnejo uporabljati. Pravila se spreminjajo oziroma dopolnjujejo enkrat do dvakrat letno. Spreminjajo se zaradi prilagajanja pravic novim tehnologijam in potrebam zavarovanih oseb, ki morajo biti strokovno podprta. Vsak predlog preuči posebna strokovna komisija Zavoda, ki jo sestavljajo strokovnjaki s področja medicine, ekonomije, in prava.

Med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja uvrščamo pravice do zdravstvenih storitev in do denarnih dajatev. ZZVZZ določa, da obvezno zdravstveno zavarovanje omogoča (Butala, 2008a, str. 12):

- plačilo zdravstvenih storitev,
- nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela,
- pogrebno in posmrtnino,
- povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Vse te pravice pa niso krite v celoti. Razliko do polne vrednosti storitev, ki niso v celoti zajete v obvezno zdravstveno zavarovanje, plača zavarovanec sam ali pa pravna oseba, pri kateri je ta prostovoljno zavarovan. Pravice, ki spadajo v obvezno zdravstveno zavarovanje so le tiste, za katere zdravnik ugotovi, da so utemeljene in v skladu s standardi, ki so določeni v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja. Delež cene zdravstvene storitve, ki ga krijejo sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja, določa ZZVZZ, gre pa za razpon od 50 odstotkov cene do polne cene.

Storitve, ki jih OZZ krije v celoti, so vezane na zdravljenje in rehabilitacijo določenih skupin zavarovanih oseb (na primer otrok in nosečnic), na zdravljenje določenih vrst bolezni (na primer poklicne bolezni, poškodbe pri delu, maligne bolezni) ali na izvajanje določenih storitev, opredeljenih s programom (na primer preventivni pregledi, sistematični pregledi).

V celoti se iz OZZ krijejo tudi storitve, ki so navedene za točno določene bolezni oziroma skupine zavarovanih oseb. Zavarovani osebi, ki ima razvito obliko sladkorne bolezni, se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja krije 100-odstotno vse zdravstvene storitve, potrebne za zdravljenje in rehabilitacijo te bolezni, vključno z vsemi potrebnimi zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki. Zavarovani osebi, ki pa se, na primer, poškoduje izven dela, pa se zdravljenje ne plača v celoti iz blagajne zdravstvenega zavarovanja (Butala, 2008a, str. 12).

Zavod pa ne krije stroškov za estetske operacije, storitve neobveznega cepljenja, storitve alternativne diagnostike, storitev, povezanih z iztreznitvijo ob akutnem alkoholnem opoju, in storitev, ki glede na mnenje osebnega zdravnika niso potrebne.

2 PROBLEM OBSEGA PRAVIC Z VIDIKA FINANCIRANJA

V tem poglavju opisujem probleme obsega pravic zaradi financiranja zdravstvenega varstva, način oblikovanja prihodkov in odhodkov zavarovalnic ter dejavnikov, ki vplivajo na višino in rast prihodkov in odhodkov plačnikov za zdravstvene storitve.

V Sloveniji OZZ deluje po načelu sprotnega prispevnega kritja oziroma po načelu PAYG (angl. *Pay As You Go*), kar pomeni, da se tekoči prihodki in odhodki pokrivajo znotraj posamezne zavarovalnice (tako gre za uresničitev solidarnosti, ker mlajši in delovno aktivnejši zavarovanci plačujejo za starejše in bolne zavarovance). Problem pa nastane takrat, ko so odhodki za zdravstveno varstvo večji od prihodkov in nastane primanjkljaj. V primeru, da ima zavarovalnica predhodne presežke prihodkov nad odhodki, se primanjkljaj financira iz teh presežkov, v nasprotnem primeru pa se dolg pokriva iz državnega proračuna (Tajnikar, Došenovič & Uršič, 2005, str. 82).

Prihodki, ki jih je Zavod realiziral večinoma s prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje, so v letu 2007 znašali 2.007,4 milijonov evrov, od tega so vplačani prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje znašali 1.968,6 milijona evrov (98,1 % vseh prihodkov). Celotni odhodki ZZZS so v letu 2007 znašali 1.942,2 milijonov evrov, od tega so bili odhodki za zdravstvene programe (vključno z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki.) 1.687,3 milijonov evrov (86,9 % vseh odhodkov), odhodki za programe denarnih nadomestil pa 194,7 milijonov evrov (10,0% vseh odhodkov). Za delo strokovne službe Zavoda je bilo porabljenih 45,3 milijonov evrov (2,3 % vseh odhodkov), za ostale odhodke (obresti, rezervni sklad) pa 15,012 milijonov evrov (0,8% vseh odhodkov) (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 61).

Razlogi za gibanja prihodkov in odhodkov so lahko v spremembah programov zdravstvenega varstva, različno obsežnih povračilih plač zaradičasne zadržanosti od dela, različnih stroškov dela, itd.

Glavni razlogi za spremembo načrtovanih prihodkov in odhodkov za leto 2007 so bili v spremenjenih makroekonomskih izhodiščih za leto 2007, v prenosu neporabljenih sredstev iz leta 2006 za enkratne dodatne programe v višini 5.382.008 evrov v leto 2007, v vključitvi financiranja novih dodatnih enkratnih programov za leto 2007, v razporeditvi sredstev za plače in nadomestila zdravnikov pripravnikov in sekundarijev v višini 8.612.919 evrov, v spremenjenih osnovah za načrtovanje (finančni načrt je temeljil na oceni, rebalans pa na realizaciji za leto 2006), zaradi česar so bile osnove za načrtovanje prihodkov za 3.739.573 evrov večje, odhodkov pa za 24.270.692 evrov manjše. Odhodki so bili manjši predvsem zaradi nerealizirane porabe sredstev za enkratne dodatne programe za skrajšanje čakalnih dob v zdravstvu iz leta 2006 v znesku 6.135.813 evrov, zaradi 6.296.578 evrov manjših izdatkov za povračila nadomestila plač zaradičasne zadržanosti od dela, zaradi 5.066.871 evrov manjših izdatkov za zdravila in zaradi 3.293.052 evrov nižjih plačil na podlagi konvencij z drugimi državami (predvsem zaradi neskenitve sicer s finančnim načrtom predvidenega bilateralnega sporazuma z republiko Bosno in Hercegovino) (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 59).

Razporejanje sredstev za zdravstvene programe se v Sloveniji izvaja in nadzira z izbranimi demokratičnimi mehanizmi usklajevanja interesov, v katere se vključujejo pooblašene državne ustanove s področja zdravstvenega varstva oz. zdravstvenega zavarovanja (partnerji v zdravstvu). Finančni načrt Zavoda se usklajuje z ministrstvom za finance in ministrstvom za zdravje. V partnerska pogajanja se vključujejo predstavniki ministrstva za zdravje, izvajalcev (npr.: zdravniška in lekarniška zbornica, združenja zdravstvenih zavodov, zdravilišč, socialnih zavodov, domov za starejše) in Zavod, ki se dogovarjajo o obsegu in vrednosti zdravstvenega programa. Tako se vsako leto določajo zgornje meje razpoložljivih sredstev za programe dejavnosti na letni ravni, kar je izraženo tudi z izračunom višine prispevne stopnje. Dogovorijo se tudi za obračunske metode oziroma ustrezen prenos sredstev do javnih in zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev. Naslednji

korak je podpisovanje pogodb z javnimi zavodi in zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev (Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri, 2007, str. 33).

Za ohranjanje kakovostne ravni zdravstvenega varstva naj bi se delež javnih prihodkov oz. prihodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja na podlagi nekaterih strokovnih raziskav, gibal okoli 6,9% - 7,0% bruto domačega proizvoda. Takšen delež prihodkov je nujen zaradi vedno večjih potreb po zdravstvenih storitvah zaradi starajočega prebivalstva, večje osveščenosti in zahtevnosti prebivalstva, razvoja novih metod zdravljenja in rehabilitacije in s tem večje usposobljenosti zdravstvene službe, novih zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov (Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri, 2007, str. 41).

V Sloveniji takšnega odstotka BDP ne namenjamo za zdravstveno varstvo. Razlogov je veliko, med njimi tudi hitra rast BDP. Po letu 2000 se je po nekajletnem razmeroma stabilnem poslovanju stopnjevali učinki določenih negativnih gibanj. Med leti 2001 in 2004 je Zavod prikazoval primanjkljaj. Poleg dolgoročnih gibanj, kot so staranje prebivalstva, vsa dražja zdravila ter medicinski postopki in oprema, so na izdatke vplivali tudi hitrejša rast plač v tem obdobju, uvedba davka na dodano vrednost na materialne stroške, nove zahteve po dodatnih zdravstvenih programih. Zavod se je moral kljub povišani prispevni stopnji v tem času zadolževati.

Gibanja prihodkov in odhodkov Zavoda v evrih v obdobju od leta 2002 do 2006 je prikazan v Tabeli 5.

Tabela 5: Poslovni rezultati Zavoda v letih 2002-2006 v evrih.

	2002	2003	2004	2005	2006
PRIHODKI	1.420.516.813	1.533.655.959	1.653.244.220	1.775.604.682	1.860.034.139
ODHODKI	1.457.111.108	1.580.995.764	1.693.929.069	1.749.206.126	1.845.443.428
PRESEŽEK / PRIMANJKLJAJ	-36.594.296	-47.339.806	-40.684.848	26.398.556	14.590.711
STANJE DOLGA (ZADOLŽEVANJE)	32.073.110	46.720.080	40.761.142	0	0
KUMULATIVA DOLGA	32.073.110	78.793.190	119.554.331	0	0
POVEČ. / ZMANJŠ. SREDSTEV NA RAČUNIH	-2.992.451	-538.925	278.075	26.419.846	14.616.562

Vir: Poslovna poročila ZZSZ za obdobje od 2002 do 2006.

Finančni načrt Zavoda je za leto 2002 predvideval 54 milijonov evrov primanjkljaja, leto pa je bilo dejansko končano z 36.5 milijoni evrov izgube. Vzrok za nižji primanjkljaj je bil posledica nerealiziranih dodatnih programov, ki naj bi bili realizirani naslednje leto.

V letu 2002 se je vrzel med prihodki in odhodki zmanjšala zaradi povišane prispevne stopnje. Dodatno je Zavod skušal z ukrepi, kot so bili sporazum s komercialnimi zavarovalnicami o pavšalnem plačilu regresnih odškodnin za zdravljenje po poškodbah v prometnih nesrečah, uvedba sistema medsebojno zamenljivih zdravil in druga obvladovanja izdatkov za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke, zmanjšati odhodke.

V letu 2005 pa so se prihodki in odhodki izenačili, ko je Zavod dolgov rešila Republika Slovenija, ko je z zakonom o prevzemu dolga 1.7.2005 prevzela celotni dolg in tako sanirala primanjkljaj. Slovenija se je takrat pripravljala na vstop v evropski menjalni sistem in prevzem evra, tako je moral Zavod po konvergenčnem programu poslovati brez primanjkljaja. Zaradi prevzema dolga se prispevna stopnja ni povišala, načrtovanje programov zdravstvenih storitev pa je bilo omejujoče in ni dovoljevalo možnosti za večje širitve (Upravičeni do mostička in črpalke, 2005).

Na Sliki 2, na strani 16, je prikazano gibanje prihodkov in odhodkov zdravstvenega varstva v deležih BDP, med leti 1997 in 2006.

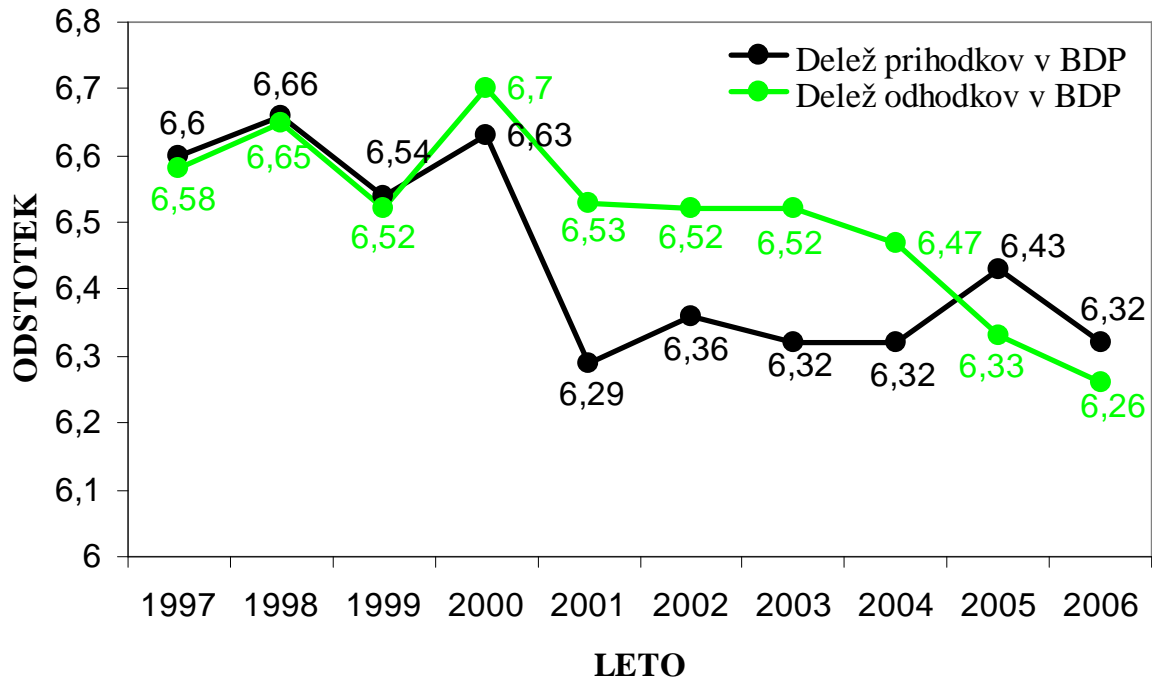
Deleži prihodkov in odhodkov v BDP iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so se od leta 2002 pa do leta 2005 stalno zmanjševali. V letu 2005 je delež prihodkov v BDP narasel zaradi uvedbe pavšalnega povračila regresnih zahtevkov iz premij obveznega zdravstvenega zavarovanja

Zavod je med leti 2002 in 2007 uvedel več sistemskih sprememb za uvedbo boljših pogojev za stabilno financiranje in poslovanje, ki pa ni bilo vedno uspešno. V tem obdobju so se pojavile številne druge zakonske novosti, ki pa so imele nenačrtovane finančne posledice. Širitve zdravstvenih programov, širitve pravic do določenih nadomestil, uveljavitev nadomestil za brezposelnost v času bolezni in druge spremembe so povečevale odhodke Zavoda. Zavod je med leti 2002 in 2007 uvedel več sistemskih sprememb za uvedbo boljših pogojev za stabilno financiranje in poslovanje, ki pa ni bilo vedno uspešno. V tem obdobju so se pojavile številne druge zakonske novosti, ki pa so imele nenačrtovane finančne posledice. Širitve zdravstvenih programov, širitve pravic do določenih nadomestil, uveljavitev nadomestil za brezposelnost v času bolezni in druge spremembe so povečevale odhodke Zavoda. Določene obveznosti so povečale stroške Zavoda tudi brez soglasja s strani organov upravljanja Zavoda. Tak primer je bil v letu 2006 sprejet zakon o izvrševanju proračunov v letih 2007 in 2008, ki je obveznost financiranja pripravništva in sekundariata zdravnikov prenesel iz proračuna na Zavod.

Po drugi strani pa so določeni ukrepi prinesli tudi pozitiven učinek na proračun. Med te spadajo zakon o obveznih zavarovanjih v prometu glede regresnih zahtevkov v letu 2006. Na podlagi tega zakona morajo zavarovalnice določen odstotek premije za obvezno avtomobilsko zavarovanje odvesti ZZZS za kritje škod za poškodbe v cestnem prometu. Zavodu so se povečali prihodki za več kot 21 milijonov evrov. Pomembnejše sistemske

spremembe so prikazane v Prilogi 1 (Strateški razvojni program Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za obdobje od 2008 do 2013, 2008, str. 30)

Slika 2: Delež prihodkov in odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP med leti 1997 in 2006



Vir: Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri, 2007, str. 42.

Vzroki, da so bili odhodki Zavoda vse do leta 2005 višji od prihodkov, so bili vedno večje potrebe po zdravstvenih storitvah, povečevanje kroničnih bolezni, večja informiranost prebivalstva o možnostih njihovega zdravljenja ter hiter razvoj znanosti. Količina novosti s področij medicine in farmacije je vedno večja. Zaradi ekonomskega razvoja družbe se povečujejo tudi stroški delovne sile in materialni stroški. Takšne trende lahko pričakujemo tudi v prihodnosti, kar kaže na to, da bodo potrebne temeljite spremembe v družbenemu odnosu do zdravja, v organizaciji zdravstvene službe, solidarnosti in načinu zagotavljanja zdravstvenih storitev. Trenutno pozitiven poslovni položaj Zavoda se lahko zaradi teh napovedi že v kratkem spet poslabša.

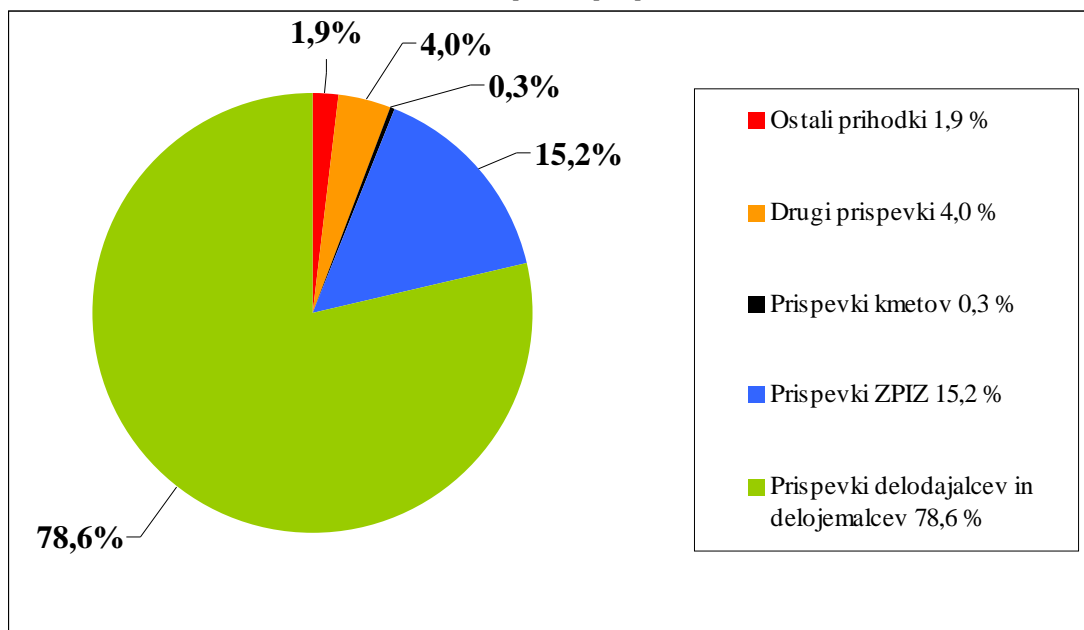
Za obdobje 2009 do 2013 pa na Zavodu na podlagi makroekonomskih napovedi spet pričakujejo primanjkljaj. Glavni vzrok naj bi bil povišanje plač zaposlenih v zdravstvu. Vrednost povišanja plač je ocenjena na 147,5 milijona evrov, od tega bo moral prispevati Zavod 126 milijonov. V finančni službi Zavoda tako ocenjujejo, da bodo s presežkom prihodkov poslovali lahko le še v letu 2008. Primanjkljaj v naslednjem triletju bodo skušali pokrivali iz svojih rezerv in s presežki iz obdobja 2005-2007. Po ocenah Zavoda bo posledica takega poslovanja nezmožnost širitve in uvajanja novih programov (Zategovanje pasu zdravniških plač, 2008).

Dobra novica za Zavod pa je ta, da se je nezaposlenost v zadnjem času zmanjšala in se je tako povečalo število delovno aktivnih oseb. Prav tako so se povečale plače, oboje pa za Zavod pomeni povišanje prihodkov.

2.1 PRIHODKI ZAVODA KOT VIR FINANCIRANJA PRAVIC OZZ

Struktura realizacije prihodkov v letu 2007 je prikazana na Sliki 3. Še vedno največji del predstavljajo vplačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje od aktivno zaposlenih, temu sledijo vplačani prispevki od pokojnin, najmanjši delež pa predstavljajo prispevki od kmetov.

Slika 3: Prihodki Zavoda za plačilo prispevkov OZZ v letu 2007.



Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 69.

Celotni prihodki ZZZS so bili v letu 2007 realizirani v višini 2.007.423.371 evrov in so nominalno za 7,9% oziroma realno za 4,2% večji v primerjavi z letom 2006 (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 69).

Večji del prihodkov (98,1%) predstavljajo prihodki od plačanih prispevkov za socialno varnost (1.968.622.532 evrov). Ti so v primerjavi s preteklim letom višji za 8% (realno za 4,2%), kar je za 2,1 odstotne točke več, kot je znašala povprečna rast bruto plač v Republiki Sloveniji. Realizirani prihodki od prispevkov za 14.323.076 evrov oziroma za 0,7% presegajo načrtovane vrednosti. Tako ugodna realizacija je posledica večje rasti povprečne bruto plače (5,9% nominalna rast), kot je bila predvidena ob načrtovanju (5,5%) in večjega števila zaposlenih (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 69).

Največji neposredni vpliv na višino prihodkov ima višina prispevne stopnje ter vrednost neplačanih prispevkov. Poleg tega imajo pomemben vpliv tudi nekateri splošni trendi, kot

so rast bruto domačega proizvoda, stopnja brezposelnosti, razmerje med aktivnim in neaktivnim prebivalstvom, migracija in drugi dejavniki. V zadnjih letih si Zavod prizadeva za večjo učinkovitost pri nadzoru in izterjavi prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje s strani davčne uprave RS ter pri uveljavljanju regresnih zahtevkov v primeru poškodb po tretji osebi (Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri, 2007, str. 43).

Tabela 6 prikazuje strukturo prihodkov ZZZS med leti 2002 in 2006 v deležih in v evrih.

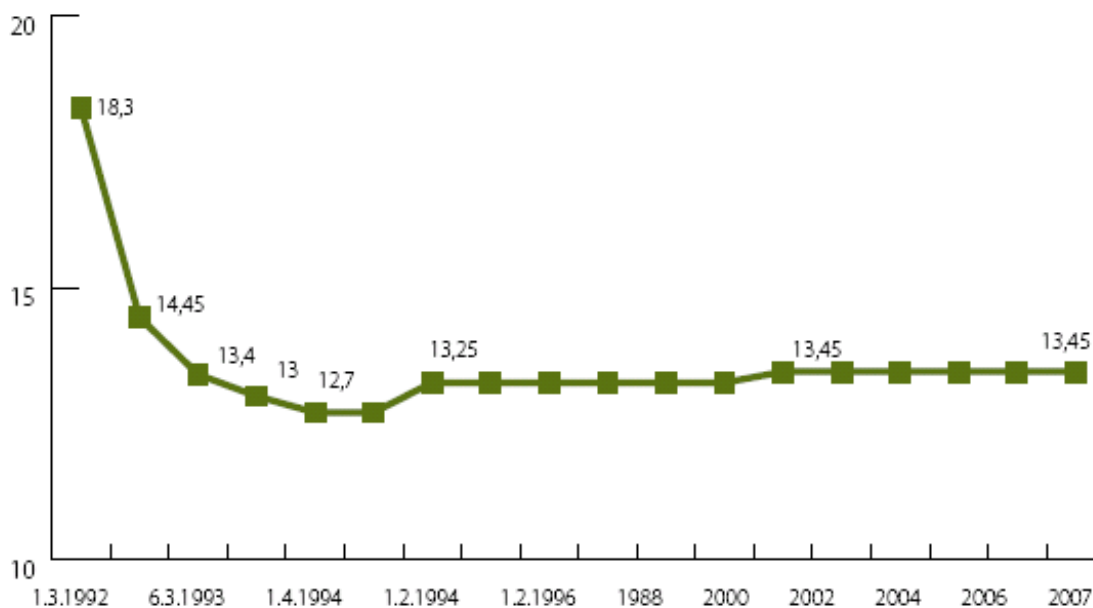
Tabela 6: Struktura prihodkov ZZZS med leti 2002 in 2006

Leto	Prispevki delodajalcev, delodajalcev (v %)	Drugi prispevki (v %)	Prispevki kmetov (v %)	Prispevki ZPIZ (v %)	Drugi prihodki (v %)	Skupaj (v evrih)
2002	77,3	4,4	0,3	16,5	1,5	1.420.516.813
2003	77,5	5,0	0,2	16,0	1,3	1.533.655.959
2004	77,2	4,7	0,4	15,7	2,0	1.653.244.220
2005	76,8	4,4	0,4	16,6	1,8	1.775.604.682
2006	78,0	4,3	0,3	15,4	2,0	1.860.034.139

Vir: Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri, 2007, str. 43.

Slika 4, na strani 20, prikazuje gibanje prispevne stopnje med leti 1992 in 2006. V Sloveniji je bila v zadnjih desetih letih korigirana le enkrat. Leta 2002 je bila iz 13,25% dvignjena na današnjih 13,45% od bruto plače. 0,20 odstotna višja prispevna stopnja pa ni bila dovolj, da bi ZZZS leto 2004 končal brez primanjkljaja.

Slika 4: Gibanje prispevne stopnje med leti 1992 in 2006 v %.



Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 60, Slika 10.

V Tabeli 7 je pregled vseh stopenj prispevkov, zavezancev za plačilo prispevkov ter vrste in obseg pravic.

Tabela 7: Pregled vseh stopenj prispevkov, zavezancev za plačilo prispevkov ter vrste in obseg pravic

Vrsta in obseg pravic	Delodajalec	Delojemalec	Kmet	Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje	Zavod za zaposlovanje	Republika Slovenija
BOLEZEN IN POŠKODBE IZVEN DELA						
Za vse pravice	6,56 %	6,36 %			12,92 %	
Za zdravstvene storitve, povračila potnih stroškov, pogrebnin in posmrtnin				5,96 %		5,96 %
Za zdravstvene storitve in povračila potnih stroškov			5,12 % ali 18,78 %			
Za nadomestila, pogrebnine in posmrtnine			1,15 %			
POŠKODBE PRI DELU IN POKLICNE BOLEZNI						
Za vse pravice	0,53 %		0,53 %			
Za zdravstvene storitve, povračila potnih stroškov, pogrebnine in posmrtnine						0,18 %

Vir: Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri, 2007, str. 34.

Aktivni zavarovanci plačujejo prispevek v odstotnem deležu od bruto plače in prispevajo največji delež prihodkov. Podoben prispevek plača za njih tudi njihov delodajalec. Od 13,45% bruto plače prispeva 6,36% delojemalec in 6,56% delodajalec, ki pa prispeva še dodatnih 0,53% za poklicne bolezni in poškodbe pri delu. Za upokojence prispevke plačuje ZPIZ, in sicer v višini 5,96%. Zavod plačuje prispevke v višini 12,92% za začasno nezaposlene, za osebe, ki pa nimajo nobenih sredstev, prispevke plačuje država oziroma občina (Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri, 2007, str. 34).

Trenutni trend, ki pa ga v preteklosti v Sloveniji nismo poznali, pa je vedno večje razlike med ozkim slojem bogatih in ostalimi. Vrednote, kot so solidarnost, družbena vključenost in družbena blaginja se odmikajo od družbenega ideala in zato kljub široko zasnovanemu sistemu zdravstvenega varstva občasno prihaja do motenj v dostopnosti pravic. Prispevki za OZZ se namreč obračunavajo po proporcionalnih stopnjah glede na dohodke ali druge določene osnove zavezancev, o stopnji prispevka pa odloča državni zbor. Premije za prostovoljno zdravstveno zavarovanje pa so regresivne, kar pomeni, da niso v skladu s solidarnostjo, ker vsak zavarovanec, bogat ali reven, plača enako vsoto denarja. Zaradi tega so plače finančno šibkejših še bolj obremenjene.

2.2 ODHODKI ZAVODA ZA PRAVICE OZZ

Načini zbiranja sredstev za zdravstveno varstvo se med državami razlikujejo, poraba sredstev pa je v različnih državah precej podobna. Strukturo odhodkov Zavoda lahko opazujemo z vidika tipov stroškov, ki jih ima Zavod, in z vidika različnih zdravstvenih dejavnosti.

Z vidika tipov stroškov v Zavodu prevladujejo stroški dela, ostalih 30-50 odstotkov pa predstavljajo stroški zdravstvenih storitev, stroški zdravil in medicinskih pripomočkov, najmanj pa je stroškov amortizacije stavb in drugih medicinskih naprav (Stepan et al., 1999, str. 126-127).

Z vidika zdravstvenih dejavnosti pa odhodke tvorijo odhodki za zdravstvene storitve (osnovno zdravstveno varstvo, specialistično ambulantna in bolnišnična dejavnost, zdraviliško zdravljenje, dejavnost nege v socialnih zavodih, odhodki za ostale programe), odhodki za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke, preskrbo s krvjo, socialno medicino, odhodki za zdravljenje v tujini in odhodki za uresničevanje mednarodnih zavarovanj oz. konvencij. Med odhodke za denarne dajatve pa spadajo odhodki za nadomestila bolniške odsotnosti, odhodki za pogrebne, posmrtnine in odhodki za potne stroške, spremstvo in prevoze (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 73).

Odhodki za zdravstvene dejavnosti so v letu 2007 predstavljale 86,9% vseh odhodkov Zavoda (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 73).

Tabela 8 prikazuje strukturo odhodkov ZZZS za zdravstvene dejavnosti med leti 2002 in 2007 v deležih in v evrih.

Tabela 8: Struktura odhodkov Zavoda za zdravstvene dejavnosti med letom 2002 in 2007 v deležih in evrih

Zdravstvene dejavnosti	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Osnovna zdravstvena dejavnost (v %)	20,6	20,4	20,3	19,7	19,3	19,9
Specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost (v %)	50,6	50,4	50,9	50,9	51,3	52,8
Zdraviliška dejavnost (v %)	1,1	1,1	1,0	0,9	0,9	0,9
Lekarniška dejavnost in zdravila (v %)	17,9	18,5	18,2	19,0	19,0	16,3
Dejavnost socialnih zavodov (v %)	5,4	5,3	5,5	5,6	5,4	5,4
Medicinski pripomočki (v %)	3,0	3,1	2,9	2,6	2,6	2,7
Konvencije, tujina (v %)	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	1,01
Ostale neprofitne ustanove (v %)	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,3
SKUPAJ (v milijonih evrov)	1.257,7	1.367,3	1.460,9	1.522,7	1.618,5	1.335,9

Vir: Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri, 2007, str. 44; Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 74.

Zavod v zadnjih letih zaradi povečanja potreb prebivalstva po zdravstvenih storitvah, zaradi skrajševanja dolgih čakalnih dob in zaradi uvajanja novih metod zdravljenja širi obseg in vrednost programov zdravstvenih storitev. Gibanja trendov v odhodkih so po opisanih skupinah odhodkov za zdravstvene dejavnosti razvidna iz Tabele 8.

Iz Tabele 8 se vidi, da se za osnovno zdravstveno dejavnost manjša delež odhodkov, nasprotno pa se pri specialistično ambulantni in bolnišnični dejavnosti ta delež povečuje. Najbolj tudi izstopa trend povečanja odhodkov za lekarniško dejavnost in zdravila, ki pomembno vplivajo na celotne odhodke, zato Zavod skuša z izobraževanjem in informiranjem o izbranih parametrih predpisovanja zdravil in novostih na tem področju izboljšati racionalnost predpisovanja zdravil, da bi jih uporabniki varno in pravilno uporabljali, kar se že pozna na odstotku teh dohodkov v letu 2007, ki je za 2,7 odstotne točke manjši kot v letu prej. Ostali odhodki ohranjajo v teh letih približno enak strukturni delež.

3 KRČENJE OBSEGA PRAVIC IZ NASLOVA OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Krčenje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je predvidel že Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in določil meje, do katerih je ožjenje še dopustno (Butala, 2008a, str. 11).

Odstotki vrednosti storitev, ki štejejo v obvezno zavarovanje so določeni z zakonom in se lahko spreminjajo letno ali med letom, če tako soglasno določita Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in vlada (Kramberger, 1992, str. 9).

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so razdeljene v šest skupin. Stroške za prvo skupino pravic v celoti pokrije obvezno zdravstveno zavarovanje, za ostalih pet skupin pa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v 23. členu določa najnižji odstotni delež vrednosti storitev iz obveznega zavarovanja za posamezne skupine storitev, ki jih pokrije OZZ, in sicer (Marcon, 1999, str. 4):

- najmanj 95 % pokritje pravic (2. skupina): v 2. skupino pravic so vključene pravice v zvezi s presaditvijo organov in drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi, ne glede na razlog, pravice zdravljenja v tujini ter storitve intenzivne terapije, radioterapije, dialize ter drugih nujnih in najzahtevnejših diagnostičnih, terapevtskih in rehabilitacijskih posegov.
- najmanj 85 % pokritje pravic (3. skupina): v 3. skupino pravic so vključene storitve ugotavljanja in zdravljenja zmanjšane plodnosti ter umetne oploditve, sterilizacije in umetne prekinitve nosečnosti. V to skupino so uvrščene storitve osnovne zdravstvene dejavnosti, ki niso z obveznim zavarovanjem krite v celoti, vključno z

zdravljenjem zobnih in ustnih bolezni. Nadalje se sem uvrščene tudi storitve specialistično-ambulantne, bolnišnične in zdraviliške dejavnosti, skupaj z nemedicinskim delom oskrbe, ko gre za nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja. Našteto pa se nanaša zgolj na zdravljenje bolezni, ne pa tudi poškodb zunaj dela, kar velja tudi za v to skupino uvrščene ortopedske, slušne in druge pripomočke.

- najmanj 75 % pokritje pravic (4. skupina): sem so uvrščene storitve v specialistično ambulantni in bolnišnični dejavnosti, vključno s stroški nastanitve in prehrane (nemedicinski del oskrbe) zaradi poškodb zunaj dela. V to skupino sodijo za iste primere tudi zdraviliške storitve, kadar gre za nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja. Na te pravice so vezani tudi ortopedski in drugi pripomočki. Z enakim odstotkom pokritja so zagotovljena tudi zdravila s pozitivne liste pri zdravljenju bolezni in poškodb.
- največ do 60 % pokritje pravic (5. skupina): pokritje prevozov z reševalnimi vozili v primerih, ki niso nujni, in zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega.
- največ do 50 % pokritje pravic (6. skupina): vsa zdravila iz vmesne liste ter zobnoprotenično zdravljenje odraslih in očesni pripomočki za odrasle.

Temeljni namen sprememb pravic je bil izboljšati kakovost bolnikov, posamezne določbe Pravil pa so bile uvedene zaradi nekaterih administrativnih zahtev v zvezi s postopki uveljavljanja pravic zavarovanih oseb med začasnim bivanjem v tujini, ki so posledica uskladitve z evropskim pravnim redom. Nekatero dopolnitve pa so bile tudi potrebne zaradi uvedbe evra.

Če želimo ohraniti izdatke obveznega zdravstvenega zavarovanja v okviru razumnih meja, je potrebno zmanjševanje pravic iz košarice obveznega zdravstvenega zavarovanja. Izločanje določenih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja omogoča preusmerjanje sredstev obveznega in dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v tiste namene, ki so pomembnejši za splošno zdravstveno stanje posameznika in celotnega prebivalstva. Po drugi strani pa takšno omejevanje določi nekatere storitve zdravstvenega zavarovanja, ki jih lahko zavarujejo prostovoljne zdravstvene zavarovalnice. Tako se razvija na osnovi teh storitev ustrezno dodatno zdravstveno zavarovanje, ki je pravi smisel prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (Tajnikar et al., 2005, str. 96).

Zmanjševanje pravic pri obveznem zdravstvenem zavarovanju ni enostavno, tudi zaradi velikega pritiska sindikatov, zavarovancev, stroke in ostale javnosti. Hkrati pa so študije, s katerimi se analizirajo in določajo zdravstvene storitve, ki naj bi bile izključene iz košarice pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja, zelo problematične, saj med drugim

zahtevajo ustrezno zbiranje podatkov o učinkih in uspešnostih posameznega zdravljenja (Tajnikar et al., 2005, str. 96).

Prihodnja reforma zdravstvenega zavarovanja bo morala zagotoviti, da bo obvezno zdravstveno zavarovanje krilo še ožje definirano košarico zdravstvenih storitev in ustvarilo prostor za dodatna prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Posledično tako ZZZS ne bo več posloval z izgubami, nezavarovana doplačila pa bodo imela pravo vlogo racionalizatorja povpraševanja pri enem delu zdravstvenih storitev in proizvodov (doplačila imajo v Evropi običajno nalogo, da porabnike zdravstvenega varstva prisilijo k racionalni uporabi zdravstvenih storitev, vendar pa morajo biti takrat doplačila plačana neposredno iz »žepa« bolnikov). Prostovoljno zdravstveno zavarovanje naj bi tako pridobilo ustrezno mesto in vlogo tudi na ostalih področjih prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, predvsem na področjih dodatnih zdravstvenih zavarovanj (Tajnikar et al., str. 27).

V naslednjih treh odstavkih sledi pregled krčenja obsega pravic do zdravstvenih storitev, do zdravil in medicinskih pripomočkov, do ostalih pravic. Ločimo popolno in delno izključitev pravic. Pri popolni izključitvi pravice OZZ te pravice ne krije več, pri delni izključitvi pa jo krije delno, delno pa jo mora zavarovanec plačati iz svojega žepa.

3.1 KRČENJE OBSEGA PRAVIC DO ZDRAVSTVENIH STORITEV

Popolna izključitev zdravstvene storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je v Sloveniji redek primer. Najpogostejši način krčenja pravic je delna izključitev iz javnega financiranja.

Za prvo leto uvajanja novega sistema zdravstvenega zavarovanja, torej v začetku leta 1993, so bili najnižji odstotni deleži vrednosti storitev iz obveznega zavarovanja za posamezne skupine storitev že konkretno določeni v zakonu in so znašali (Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, 1992):

- pravice iz 2. skupine so bile pokrite 99-odstotno;
- pravice iz 3. skupine so bile pokrite 95-odstotno, razen storitev zdravljenja bolezni v osnovni zdravstveni dejavnosti ter zdravljenja zobnih in ustnih bolezni, ki so bile pokrite le 85-odstotno;
- pravice iz 4. skupine so bile v prvem letu pokrite 80-odstotno;
- pri pravicah iz 5. skupine je bilo najvišje možno pokritje, ki ga je še dopuščal zakon 60-odstotno;
- pri pravicah iz 6. skupine je bilo za zdravila iz vmesne liste in za očesne pripomočke odraslih pokritje enako najvišjemu, ki je bil po zakonu še možen, torej 50-odstotno, pri storitvah v okviru zobno protetičnega zdravljenja pa le 45-odstotno.

Kasneje, po letu 1993, so se odstotni deleži pokritja posameznih pravic spreminjali v smeri povečanja lastne udeležbe posameznika, pri čemer je bilo zlasti pri zadnjih dveh skupinah (pri 5. in 6. skupini) za povečanje še veliko manevrskega prostora. Zakon je namreč postavil zgornjo možno mejo pokritja, njegovo zmanjšanje pa navzdol ni omejeno in je ob soglasju vlade prepuščeno v presojo ZZZS (Strmčnik, 1992, 45, str. 61).

Obe znižanji, ki sta sledili, sta bili sprejeti s Sklepom o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, 1995; 1995; 1996). Prvi sklep je stopil v veljavo s 1. januarjem 1995, drugi pa s 1. januarjem naslednjega leta. V Tabeli 9, na strani 25, so prikazane pravice, ki so bile krite iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v manjšem deležu kot pred letom 1.1.1995, prikazano pa je tudi odstotno znižanje vrednosti storitev, kritih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja s 1.1.1996 v primerjavi z letom prej.

Tabela 9: Krčenje deleža vrednosti storitev, kritih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Vsebina sklepa, ki se je uporabljal od 1.1.1995	Vsebina sklepa, ki se je uporabljal od 1.1.1996
<ul style="list-style-type: none"> • 96-odstotno pokrivanje vrednosti storitev za pravice 2. skupine 	<ul style="list-style-type: none"> • 95-odstotno pokrivanje vrednosti storitev za pravice 2. skupine
<ul style="list-style-type: none"> • 88- odstotno pokrivanje storitev za pravice s področja specialistično ambulantne, bolnišnične in zdraviliške dejavnosti, ki pomeni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, pa tudi v zvezi z ugotavljanjem in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in umetno oploditvijo, sterilizacijo ter umetno prekinitvijo nosečnosti, ne pa tudi zdravljenje poškodb izven dela • vse ostale storitve, ki so pravice iz 3. skupine, so pokrite 85-odstotno 	<ul style="list-style-type: none"> • 85-odstotno pokrivanje vrednosti storitev za pravice 3. skupine
<ul style="list-style-type: none"> • 75-odstotno pokrivanje vrednosti storitev za pravice 4. skupine 	<ul style="list-style-type: none"> • 75-odstotno pokrivanje vrednosti storitev za pravice 4. skupine
<ul style="list-style-type: none"> • 40-odstotno pokrivanje vrednosti storitev za pravice 5. skupine 	<ul style="list-style-type: none"> • 30-odstotno pokrivanje vrednosti prevozov z reševalnim vozilom, ki niso nujni • vse ostale pravice iz 5. skupine so pokrite 40-odstotkov
<ul style="list-style-type: none"> • 38-odstotno pokrivanje vrednosti zdravil, predpisanih na recept iz vmesne liste in očesnih pripomočkov za odrasle • 25-odstotno pokrivanje vrednosti storitev, ki se nanašajo na zobno protetično zdravljenje odraslih 	<ul style="list-style-type: none"> • 25-odstotno pokrivanje vrednosti storitev za vse pravice 6. skupine

Vir: Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, 1994.

Ta Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki je bil sprejet 28.12.1995, je v veljavi od 1.1.1996 in še danes.

Na tem mestu omenjam tudi vprašanje čakalnih dob, ki tudi krčijo obseg pravic, saj do zdravstvene storitve, ki ima dolgo čakalno dobo, težko pridemo oziroma je storitev za bolnika zagotovljena prepozno, kar pomeni, da so učinki zdravljenja prenizki.

Zavod skuša že več let z dodatnimi sredstvi in pogajanjem skrajšati čakalne dobe. S pogajanjem in postopki podpisovanja pogodb opredeljuje ordinacijski čas ter čakalne knjige za posamezne zdravstvene storitve.

Realizirane povprečne čakalne dobe v letih 2006 in 2007 so prikazane v Prilogi 2. Na nekaterih področjih, kot so na primer ortopedija in zobozdravstvo, so še vedno kljub ukrepom prisotne večmesečne čakalne dobe.

3.2 KRČENJE OBSEGA PRAVIC DO ZDRAVIL IN MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV

Oženje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pa ne poteka zgolj preko zmanjševanja deleža vrednosti storitev, ki je krit iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, temveč obstajajo tudi drugi, manj transparentni načini. Eden izmed takšnih je sprememba liste zdravil. Zmanjša se število zdravil na pozitivni listi in se posledično poveča število zdravil na vmesni listi. Pri slednji je namreč odstotek doplačil k polni ceni zdravil večji, kot velja za zdravila iz pozitivne liste. Pri tem pa je potrebno upoštevati, da je bila že prerazporeditev zdravil leta 1996 narejena v smeri zmanjšanja števila zdravil iz pozitivne in povečanja števila zdravil iz vmesne liste.

Zavod spremlja predpisovanje zdravil, odhodke za zdravila in druge kazalnike, kot so povprečni odhodki za zdravila na zavarovano osebo, na zdravnika, po vrstah zdravil. Odgovoren je za razvrščanje zdravil na pozitivno in vmesno listo. Razvrščanje poteka v sodelovanju s strokovnjaki s področja farmakoterapije in farmakoeconomije v državi (posebna neodvisna komisija). Obe listi določata odstotni delež vrednosti predpisanih zdravil, ki je plačan iz javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja ter odstotni delež, ki ga plača zavarovana oseba sama ali njegovo dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Zdravila za zdravljenje določenih skupin prebivalstva in določenih bolezni ter stanj so vedno na pozitivni listi in jih obvezno zdravstveno zavarovanje krije v višini 75% vrednosti. Druga zdravila (vključno z dražjimi generičnimi paralelami itd.) so na vmesni listi in jih obvezno zdravstveno zavarovanje krije v višini 25% vrednosti (Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri, 2007, str. 48).

Reguliranje pozitivne in vmesne liste pa ni edini mehanizem za obvladovanje izdatkov za zdravila, v prejšnjem desetletju so poskušali vedno večje izdatke za zdravila zmanjšati z ukrepi in aktivnostmi, prikazanimi v Tabeli 10. Ukrepe sem najprej predstavila kronološko, nato pa še najpomembnejše opisala.

Leta 1991 je bila vpeljana prva lista zdravil, ki je uvedla pozitivno listo (72% zdravil), vmesno (2% zdravil), in negativno listo (25% zdravil), prve restrikcije predpisovanja in doplačila (Vencelj, 2004, str. 36).

Tabela 10: Ukrepi in aktivnosti za zmanjšanje izdatkov za zdravila.

Leto	Uvedeni ukrepi
1991	Uvedba list zdravil, participacija
1992	Nov zakon, novosti pri razvrščanju zdravil na liste
1993	Začetek izvajanja doplačil za zdravila oz. prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila
1994	Omejitve predpisovanja
1995	Oženje pozitivne liste
1996	Zakon o zdravilih
1998	Določanje cen
1999	Nove smernice v omejitvah predpisovanja
2000	Projekt STIRA
2001	Informiranje in izobraževanje zdravnikov, komisija za nova zdravila, sistematičen nadzor nad predpisovanjem
2002	Uvajanje novih bioloških zdravil po kriterijih, revizija vseh omejitev predpisovanja
2003	Seznam medsebojno zamenljivih zdravil, določanje najvišjih priznanih vrednosti
2004	Pogajanja za cene zdravil informiranje zdravnikov, nadzor
2005	Projekt promocije varne in pravilne rabe zdravil, informiranje zdravnikov
2006	Nov pravilnik o oblikovanju cen zdravil

Vir: N.Vencelj, Sistem zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji – analiza ukrepov za zmanjševanje izdatkov za zdravila, 2004, str. 34-37; Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri, 2007, str. 48.

V letu 1992 pristojnost razporejanja zdravil na liste preide na Zavod, ki kasneje leta 1995 ustanovi Komisijo za razporeditev zdravil na liste. Ukinjena je bila tudi obvezna participacija, saj je bilo leta 1993 uvedeno dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje (Vencelj, 2004, str. 36-38).

V naslednjih letih je prišlo do kar nekaj prerazporeditev zdravil med listama, predvsem se je manjšal obseg pozitivne liste.

Izdatki za zdravila so naraščali, zato se je Komisija za razporeditev zdravil na liste v letu 1998 odločila uvesti nov kriterij za razporejanje zdravil, to je ceno. Nova prerazporeditev zdravil je delovala po načelu, kjer je bilo na listah več paralel istega zdravila, se je na listi ohranila le najcenejša. Istega leta je Urad RS za zdravila izdal tudi nov Pravilnik o merilih za oblikovanje cen zdravil na debelo, ki je prisilil farmacevtska podjetja k usklajevanju cen zdravil (Vencelj, 2004, str. 38).

Leta 2000 je Zavod predlagal projekt STIRA (Stimuliranje proizvajalcev za racionalno predpisovanje zdravil), s katerim naj bi zagotovili večjo preglednost nad porabo zdravil, povečal nadzor nad predpisovanjem zdravil (Vencelj, 2004, str. 39).

Upravni odbor Zavoda je v letu 2002 sprejel novi sklep o razvrščanju zdravil na liste, ki omogoča, da komisija določi omejitve predpisovanja, ki so za zdravnike obvezujoče. Omejitve se nanašajo na populacijsko skupino, indikacijsko področje ali pa na klinično specialnost (Butala, 2008b, str. 15).

V letu 2003 je bila na podlagi dveh sistemskih novosti – omogočanja generične zamenjave farmacevtov in določanje najvišje priznane vrednosti za skupine medsebojno zamenljivih zdravil – uvedena slovenska različica sistema referenčnih cen za predpisovanje zdravil, ki se predpisujejo v breme zdravstvenega zavarovanja. Tej novosti so sledile tudi spremembe Pravil, ki so pomenile pravno podlago za uvedbo sistema medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo ter za tako imenovan obnovljivi recept (Butala, 2008b, str. 15).

To je pomenilo, da je obvezno zdravstveno zavarovanje krilo le stroške v višini najnižje cene v skupini med seboj zamenljivih zdravil. Lek in Krka sta morala precej znižati cene in se prilagoditi trgu, da bi zavarovalnice njihova zdravila še naprej krila v sklopu posameznikovih zdravstvenih zavarovanj. S tem ukrepom je zdravstvena blagajna prihranila približno 12,5 milijonov evrov (Lek in Krka prilagodila cene zdravil, 2003).

Na podlagi sistema medsebojno zamenljivih zdravil, je Zavod zdravila, ki so prepoznana kot bistveno podobna in ki enako delujejo (imajo enako zdravilno učinkovino, enak odmerek in obliko ter dokazano primerljivo kakovost, varnost in učinkovitost), uvrsti v skupine medsebojno zamenljivih zdravil, za vsako od teh skupin pa določi najvišjo priznano vrednost, ki jo zdravstveno zavarovanje še krije. V vsaki skupini je najmanj eno zdravilo, katerega cena ne presega najvišje priznane vrednosti in jo zato obvezno in prostovoljno zavarovanje skladno z razvrstitvijo na listo zdravil v celoti krije. Če zavarovana oseba še vztraja pri izdaji zdravila, ki presega priznano vrednost, mora sama doplačati razliko med ceno zdravila in najvišjo priznano vrednostjo. Sistem pa omogoča tudi, da se Zavod pred uveljavitvijo vsakokratnega novega seznama pogaja s proizvajalci oz. dobavitelji za cene zdravil (Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri, 2007, str. 50).

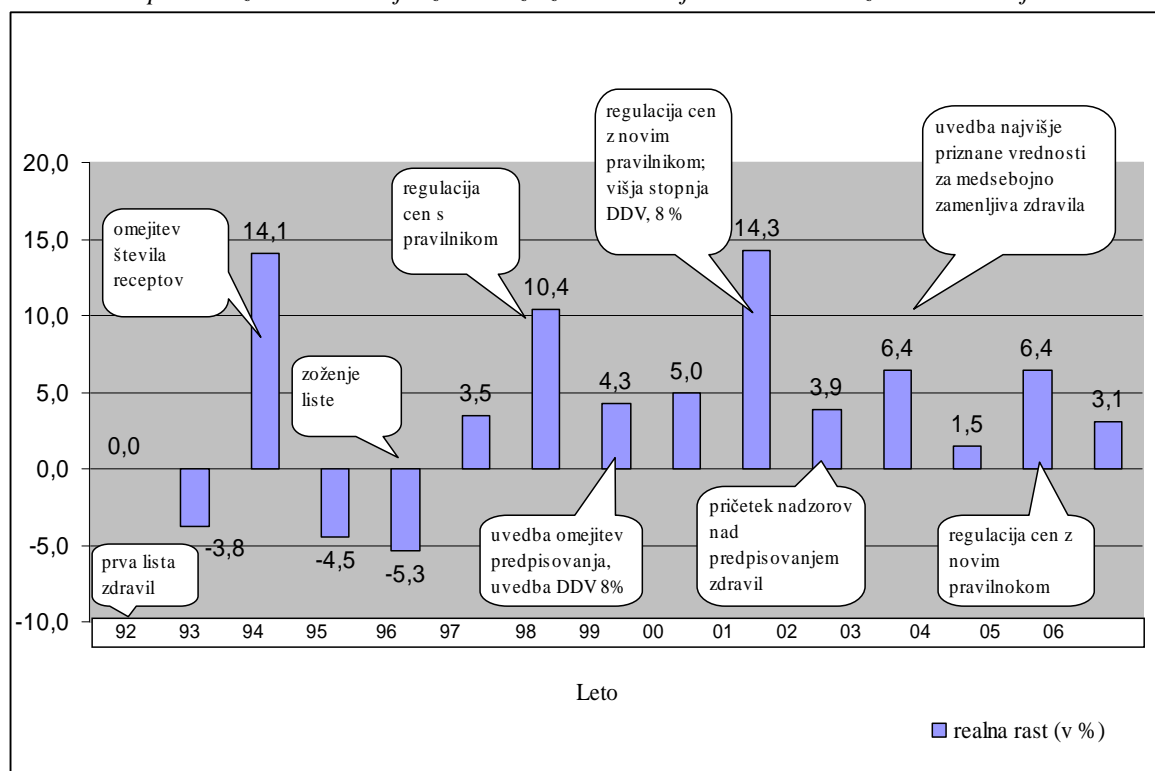
Inštitut za ekonomske raziskave v zdravstvu (v nadaljevanju INERHC) pa presoja sistem medsebojno zamenljivih zdravil kot slab, ker bi bilo pri proizvajalcih smiselno spodbuditi cenovno konkurenco, ki bi zniževala cene zdravil, vendar pa sistem onemogoča spreminjanje cen več kot dvakrat na leto. To pomeni ekonomsko neučinkovito subvencioniranje generične farmacevtske industrije s strani javne blagajne (Inerhc, institut

za ekonomske raziskave v zdravstvu predstavil izsledke nove letne raziskave stanja slovenskega zdravstvenega sistema, 2008).

Zavod je leta 2003 tudi veliko pripomogel k zmanjšanju izdatkov za zdravila, ko se je z proizvajalci zdravil, s podjetji Krka, Lek, MSD in Pfizer, dogovoril, da ne bodo uveljavljali dvo odstotnega zviševanja cen zdravil, kar je sicer omogočal 1. člen Pravilnika o merilih za oblikovanje cen zdravil na debelo. Tako je Zavod na letni ravni prihranil skupno približno 1,4 milijona evrov. Na podlagi znižanja cen in deindeksacije cen zdravil štirih proizvajalcev zdravil pa je Zavod na letni ravni prihranil približno 4,2 milijona evrov (Varčevalni načrt ZZZS, 2003).

Slika 5 prikazuje posledice ukrepov zmanjšanja izdatkov za zdravila. Ukrepi in aktivnosti so različno vplivali na zaježitev realne rasti izdatkov.

Slika 5: Ukrepi ZZZS za obvladovanje izdatkov za zdravila in njihovi učinki na izdatke v obdobju 1992-2006.



Vir: Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri, 2007, str. 49.

Uveljavitev slovenskega sistema referenčnih cen zdravil v novembru 2003 je prinesel enkratni letni prihranek na ravni okoli 18,8 milijonov evrov, kjer je všteti tudi učinek iz naslova pogajanj za cene zdravil z dobavitelji (Strateški razvojni program Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za obdobje od 2008 do 2013, 2008, str. 30).

Tabela 11, na strani 29, prikazuje število zdravil, ki so bila predpisana na recept v letih 2002 in 2006.

Vrednost vseh predpisanih zdravil v Sloveniji je v letu 2006 znašala okoli 424 milijonov evrov, od tega pa naj bi bilo zavrženih zdravil za okoli 4,2 milijona evrov. Letno je predpisano okoli 14 milijonov receptov, kar pomeni v povprečju 7,3 recepta na vsakega Slovenca. V zalogah zdravil po domovih pa naj bi bilo približno slaba petina takih zdravil, ki nikoli niso porabljena. Med temi zdravili je kar tretjina takih, ki jim je potekel rok trajanja (Ogromne domače zaloge zdravil, 2006).

Tabela 11: Zdravila, predpisana na recept v letih 2002-2006 ter indeks 2006/2002.

	2002	2006	Indeks 2006/2002
Bruto domači proizvod na prebivalca (v €)	12.084	15.167	126
Št. vseh zdravil na recept	2.102	1.801	86
Št. vseh zdravil na pozitivni listi	1.036	1.220	118
Št. vseh zdravil na vmesni listi	248	385	155
Št. zdravilnih učinkovin (INN) na pozitivni in vmesni listi	474	557	118
Št. predpisanih receptov na prebivalca	6,54	7,30	112
Poraba v definiranih dnevni odmerkih (v €)	627.995813	761.996.028	121
Vsi odhodki za zdravila na recept (v €)	321.645.048	424.058.076	132
Odhodki OZZ za zdravila (v €)	215.534.105	293.455.450	136
Vsi odhodki za zdravila na recept na preb. (v €)	161	211	135
Odhodki OZZ za zdravila na prebivalca (v €)	108	138	117

Vir: Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri, 2007, str. 50.

Te zaloge zdravil je z različnimi ukrepi nadzora pri predpisovanju zdravil Zavod skušal zmanjšati. Iz Tabele 11 je razvidno, da se je število predpisanih receptov na prebivalca vseeno do leta 2006 še povečalo. Povečali so se tudi odhodki OZZ za zdravila.

Zaradi zmanjševanja čezmerne uporabe zdravil je večina evropskih držav uvedla doplačila za zdravila. Izjema je bila Nemčija, ki želi zmanjšati delež javnih sredstev v zdravstvu in povečati udeležbo posameznikov pri plačevanju za zdravila in zdravstvene storitve. Na Švedskem izdatke za zdravila zmanjšujejo z referenčnim sistemom, ki od uporabnikov zahteva, da sami stoodstotno plačajo zdravila do zneska 90 evrov na leto, ko pa ta prag presežejo pa jim začne pomagati država. Ta najprej financira 25%, pri višjem znesku 50%, na koncu pa celotni znesek za zdravila za tiste, ki namenijo več kot 200 evrov na leto. Tako sistem pomaga hudo bolnim, da ne bankrotirajo, hkrati pa sili porabnike, da izberejo cenejše generike ali pa dražja zdravila, če tako želijo (Stoltzfus, 2005, str. 88-132).

Na Inerhcu pa menijo, da ima Slovenija na področju trga z zdravili in njihovega financiranja še vedno nerazvit sistem z zgolj peščico ukrepov, ki regulirajo izdatke za zdravila in ki bi zagotavljala ekonomsko učinkovito in optimalno rabo zdravil. Vse to se kaže tudi na bolnikovi dostopnosti do novih zdravil, kjer tudi mednarodne raziskave Slovenijo uvrščajo na rep Evropske unije. Nova, inovativna in draga biološka zdravila prihajajo na trg, kar pa povzroči daljšanje seznama zdravil, razvrščenih na liste, to pa zniža učinkovitost pri nadzoru javnofinančnih izdatkov. Tista zdravila, ki nimajo več racionalne

stroškovne učinkovitosti in so previsoko v finančno breme, bi morali izločiti iz pozitivne ali vmesne liste. Potrebno bi bilo vpeljati obvezno dokazovanje ekonomske učinkovitosti zdravil (Odmev: Bručan in ZZZS pričakujeta rekordni prihranek pri zdravilih, 2008).

Problem pri izdatkih za zdravila pa je tudi ta, da generik stane skoraj toliko kot ekvivalentni original. V Leku priznavajo, da so cene njihovih generikov visoke, po njihovem kriv pa je premalo razvit generični trg in majhna populacija. Raziskava je pokazala, da je pet slovenskih generikov dražjih od tujega originala, vendar so kljub temu štirje od njih bolje prodajani. Kaže tudi, da zdravniki slabo poznajo cene zdravil, ki jih predpisujejo. Ekonomisti pa so ugotovili, da če bi zdravniki predpisovali ekvivalentna, a cenejša zdravila, lahko na letni ravni prihranili celo 11 tisoč evrov (Draga poceni zdravila, 2003).

3.3 KRČENJE DRUGIH PRAVIC

Dve pomembni spremembi v letu 2005 sta bili znižanje nadomestil za bolniške odsotnosti iz dela in na novo določena osnova za plačevanje prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje. Zmanjšala so se nadomestila v primeru poškodbe pri prometni nesreči, planinarjenju, gorskem kolesarjenju, ter drugih tveganih dejavnostih, prav tako so nadomestila manjša, če se bolnik zdravi v bolnišnici ali zdravilišču. Čas trajanja bolniškega dopusta je omejen, in sicer na dvanajst, s prekinitvami pa na petnajst mesecev. Cilji naštetih ukrepov Ministrstva za zdravje sta bila predvsem zmanjševanje absentizma oz. odsotnosti od dela, ki vsako leto zmanjšujejo BDP in zmanjševanje pravic v evropsko primerljive (Zupanič, 2005, str. 2).

Tudi za adrenalinske športe je bil predlagan prenos tistih pravic, ki pokrivajo posebna tveganja izven dela in izhajajo iz nekaterih aktivnosti, v katere se posamezniki vključujejo povsem svobodno, v posebno obvezno zdravstveno zavarovanje. Tukaj gre predvsem za rekreativne dejavnosti z velikim tveganjem (Kaj naj prinese zdravstvena reforma, 2003).

Minister Bručan je leta 2006 predlagal, da se bolniška nadomestila tistih zavarovancev, ki bi se poškodovali pod vplivom alkohola oziroma psihotropnih snovi ali pa pri adrenalinskih športih zmanjšajo. Tistim, ki bi se poškodovali pri adrenalinskih športih bi plačevali 75 odstotkov nadomestila, v primeru alkohola pa samo 60 odstotkov. Predlog je bil umaknjen zaradi nestrinjanja sindikatov (Pogajalci usklajeni, 2006).

4 VKLJUČEVANJE PRAVIC V OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Dodatna sredstva v Sloveniji v pretežni meri namenjajo prilagajanju programov zdravstvenih storitev in dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni spremembam v patologiji prebivalstva, v manjši meri pa uvajanju novih medicinskih tehnologij, metod

zdravljenja in novih zdravil. Tak način na Zavodu označujejo kot stihijski razvoj, ki ne omogoča polni izkoristek novih medicinskih tehnologij za bolj ustrezen dostop zavarovanih oseb do novih metod in postopkov zdravljenja ter bolj kakovostne obravnave. Denarja je premalo za vključevanje novih tehnologij, treba je opustiti stare programe in tako narediti prostor za novo tehnologijo in nove metode. Razlog za trenutno stanje je v odsotnosti strategije in plana razvoja zdravstvenega varstva na nacionalni ravni (Strateški razvojni program Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za obdobje od 2008 do 2013, 2008, str. 21).

V nadaljevanju sem naštel nekaj konkretnih razširitev pravic OZZ, ki so jih sprejeli v zadnjih letih. Večino gre za razširitev pravic do medicinsko-tehničnih pripomočkov.

V letu 2002 je prišlo do razširitve pravice do medicinsko tehničnih pripomočkov, in sicer pravice do digitalnega slušnega aparata in inzulinske črpalke za otroke do dopolnjenega 15. leta, pravice do pripomočkov pri zdravljenju traheostome in kolostome ter pripomočka pri negi umirajočega na domu (elastomirna črpalka za vbrizgavanje zdravila) (Butala, 2008b, str. 15).

V letu 2004 so bile zopet sprejete spremembe, ki so se nanašale na pravice s področja medicinsko tehničnih pripomočkov. Pravice so se razširile z novimi pripomočki, kot so čevlji za otroke po Schejnu, kožne podloge za zaščito kože ob kanili, filtri za traheostomo in aparat za določanje glukoze v krvi v času nosečnosti in dojenja (Butala, 2008b, str. 15).

V letu 2005 so prvič na listo medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo uvrstili psihotropna zdravila, ki se uporabljajo za zdravljenje depresij in nespečnosti. Gre za nova in draga zdravila, ki so bila pridobljena z novo tehnologijo. Doplčila za zdravila so se gibala do 22 evrov. Istočasno je bila lista medsebojno zamenljivih zdravil razširjena za 23 zdravil, med katerimi je tudi učinkovina za zdravljenje slabosti ob kemoterapiji (<http://24ur.com>, 2005)

Leta 2005 so spremembe na področju medicinsko-tehničnih pripomočkov še razširile pravico do inzulinskih črpalk tudi na zavarovane osebe, ki so starejše od 15 let. Določile so tudi prepisovalce te pravice, ki jih imenuje upravni odbor Zavoda na podlagi predloga Pediatrične ali Interne klinike Kliničnega centra v Ljubljani. To so specialisti diabetologi pediatri za otroke in mladostnike ter specialisti diabetologi internisti za starejše od 15 let (Butala, 2008b, str. 15).

V letu 2006 so bile sprejete dopolnitve Pravil (Uradni list RS, 2006, št: 86/06), ki so se zopet razširile na področju medicinsko-tehničnih pripomočkov, in sicer za endotrahealne kanile, inzulinske črpalke, digitalne slušne aparate in elastomerne črpalke.

Spremembe, sprejete v decembru 2007, na novo opredeljujejo in razširjajo pravice do oploditve z biomedicinsko pomočjo, ne glede na metodo oploditve. V okviru specialistično ambulantne dejavnosti bodo imele tako ženske od dopolnjenega 18. leta do dopolnjenega 43. leta starosti do oploditve z biomedicinsko pomočjo, in sicer do največ 6 ciklusov za prvi porod živorojenega otroka, za vsak nadaljnji pa največ 4 cikle. Pri ženskah, mlajših od 35 let, pa se pri prvih dveh ciklih zunajtelesne oploditve z biomedicinsko pomočjo opravi učinkoviti prenos enega zarodka dobre kakovosti. Takšna ureditev pravice do postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo v breme javnih sredstev je mednarodno primerljivo ena najugodnejših ureditev za zavarovane osebe v Evropski uniji (Butala, 2008b, str. 16).

V juliju 2008 je bil podan predlog zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju glede socialno šibkih zavarovancev. V zadnjih letih se vse bolj izpostavlja problem določene skupine zavarovancev, ki zaradi izjemno nizkih prejemkov ne zmorejo več plačevati premij za doplačila prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Pripravljena je rešitev v smislu kritja doplačil za zdravstvene storitve za omenjeno kategorijo ljudi. Po predlogu bo razlika do polne vrednosti zdravstvenih storitev plačeval proračun RS na podlagi neposrednih računov zdravstvenih storitev, ki jih bo predložil v refundacijo dvakrat letno ZZS (Poročevalec DZRS, 2008, str. 93/08).

Glede vključevanja pravic v obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji nimamo določenega postopka za vključevanje pravic v OZZ, večinoma se ravnamo po tujih državah. Kar na podlagi različnih stroškovnih analiz sprejmejo v tujini, to nekako povzamemo tudi v Sloveniji. V tujini za oceno vključitve pravice v javno financiranje uporabljajo različne metode ekonomske evalvacije, kot so analiza dobrobiti in stroškov (angl. *cost-benefit analysis*), analiza uspešnosti in stroškov (angl. *cost-effectiveness analysis*), analiza koristi in stroškov (angl. *cost-utility analysis*) ter minimizacija stroškov (angl. *cost minimization*) (Brent, 2003, str. 3-14).

Iz pogovora z gospo Ivano Štirn Bončina, vodjo Indok službe na Zavodu za zdravstveno zavarovanje, izvedela, da Zavod nima glavne besede pri vključevanju novih pravic v OZZ. Zavod ponavadi sestavi predlog o spremembi, ključni pri sprejemanju pa so predstavniki Ministrstva za zdravje, kot so ministrica za zdravje, državni sekretar z ministrstva, generalni direktor Direktorata za zdravstveno varstvo, vodja pravne službe na ministrstvu, sekretarji in podsekretarji. Ministrstvo za zdravje, ki od Zavoda dobi predlog o vključitvi nove pravice v košarico OZZ, lahko ta predlog obravnava pol leta in dlje ali ga celo zavrne.

V prihodnje pa Zavod namerava ustanoviti poseben oddelek za zdravstveno ekonomiko, ki bi izvajala takšne analize. Vsaka nova storitev, ki bo vključena v OZZ, bo morala skozi ocenjevanje uspešnosti učinkov, kar je tudi v praksi v zahodnih državah. Obeta se tudi

postavljanje meje, do kakšnega zneska financirati programe oziroma zdravila. S temi ukrepi želijo na Zavodu vzpostaviti večjo ekonomsko učinkovitost pravic, ki so vključene v OZZ (Letni dvig plač v zdravstvu 30-odstoten, kar bo zdravstveno blagajno stalo 240 milijonov evrov, 2008).

SKLEP

Izzivi financiranja zdravstvenega varstva so v današnjem času in sodobni družbi mnogo bolj zapleteni kot pred nekaj leti. V večini držav se soočajo s problemom naraščajočih zdravstvenih izdatkov in omejenimi viri financiranja. Razlogov za naraščanje izdatkov zdravstvenega varstva je več, med najpomembnejše spadajo podaljševanje življenjske dobe prebivalstva ter naraščanje stroškov novih tehnologij in zdravil. Sodobna družba pa ima glede zdravja tudi večje potrebe in tudi pričakovanja.

Posledica staranja prebivalstva in moderne tehnologije so težave pri ohranjanju finančne vzdržnosti sistemov zdravstvenega varstva. Te težave rešujejo tako, da krčijo pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Krčenje pravic poteka tako, da se iz seznama storitev in drugih pravic, ki ga zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje, izločijo določene storitve. Ločimo popolno in delno izključitev pravic. Pri popolni izključitvi pravice OZZ te pravice ne krije več, pri delni izključitvi pa jo krije delno, delno pa jo mora zavarovanec plačati iz svojega žepa. V preteklosti je tako večkrat prišlo do krčenja pravic, kot pa do širitve košarice pravic iz OZZ.

Če želimo izdatke obveznega zdravstvenega zavarovanja omejiti in omogočiti prostor za nove pravice, je potrebno zmanjševanje pravic iz košarice obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zmanjševanje pravic pa ni enostavno zaradi velikega pritiska sindikatov, zavarovancev, stroke in ostale javnosti. Hkrati pa študije, s katerimi se analizira in določa zdravstvene storitve, ki naj bi bile izključene iz košarice pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja, zahtevajo ustrezno zbiranje podatkov o učinkih in uspešnostih posameznega zdravljenja. Teh študij tudi v Sloveniji ne izvajamo, ampak se ravnamo po tujih državah.

Slovenski zdravstveni sistem je še vedno v večini pod okriljem državnega upravljanja, čeprav so se razmere na področju gospodarstva bistveno spremenile. Takšen način delovanja dolgoročno ogroža zdravstveno varstvo, obnovo nujno potrebne zastarele opreme v javnih zdravstvenih zavodih in hkrati spodbuja zadolževanje.

V prihodnosti lahko pričakujemo, da se bodo zaradi demografskih trendov, kot so staranje prebivalstva, nižanje rodnosti, podaljševanje življenjske dobe ter deleža starejših ljudi, potrebe po zdravstvenih storitvah samo še povečevale. Kljub različnim ukrepom razbremenjevanja virov financiranja zdravstvenega varstva, se v Sloveniji ohranja delitev zdravstvenega varstva na obvezno in dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Pojavljajo se vprašanja ali je ta delitev še ustrezna in kako bo učinkovita v prihodnosti.

Problem financiranja zdravstvenega varstva tako kljub preteklim zdravstvenim reformam ostaja še naprej. Treba bo poiskati nove načine financiranja, tako da bo državljanom zagotovljena določena stopnja potrebnega zdravstvenega varstva in določena stopnja solidarnosti.

Vsi državljani morajo imeti možnost ustrezne zdravstvene oskrbe v primeru bolezni, vendar se je treba zavzemati tudi za preventivno zdravstvo in zdravstveno izobraževanje, za zdravo življenje in aktivno sodelovanje posameznikov pri okrevanju, če jih je bolezen že prizadela.

LITERATURA IN VIRI

1. Butala, B. (2008a). Naše pravice – dobro jih je poznati. *Poslovna asistenca*, 4 (15), 11-13.
2. Butala, B. (2008b). Viharno dogajanje od 2002 do danes. *Poslovna asistenca*, 4 (15), 14-19.
3. Emerging Pharmaceutical Markets: Growth opportunities, changing healthcare dynamics and regulatory trends (2007, september). *Business Insight*. Najdeno 28. maja 2008 na spletnem naslovu <http://www.reutersbusinessinsight.com/report.asp?id=rbhc0189>.
4. Exploiting Pharmaceutical Growth Opportunities in Central and Eastern Europe: Healthcare reform, market dynamics and key players (2006, maj) *Business Insight*. Najdeno 28. maja 2008 na spletnem naslovu <http://www.globalbusinessinsights.com/rbi/report.asp?id=rbhc0158>.
5. Franko, A. (2006). *Načelo legalitete na področju zdravstva*. [diplomsko delo]. Ljubljani: Fakulteta za upravo.
6. *Growth in health spending slows in many OECD countries, according to OECD Health Data 2006*. OECD. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu http://www.oecd.org/document/27/0,3343,en_2649_34631_40902299_1_1_1_1,00.html.
7. *Inerhc, institut za ekonomske raziskave v zdravstvu predstavi izsledke nove letne raziskave stanja slovenskega zdravstvenega sistema.*(2008). INERHC. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://sl.inerhc.si/publikacije>.
8. Brent, R. (2003). *Cost – Benefit Analysis and Health Care Evaluations*. Edvard Elgar Publishing Limited, 3-14.
9. Keber, D. et al. (2003). *Bela knjiga, zdravstvena reforma*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
10. Keber: Povišanje premij je kršitev. (2004, 23. junij). *24 ur*. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://24ur.com/novice/slovenija/keber-povisanje-premij-je-krsitev.html>.
11. Košir, F. (2005). Financiranje zdravstvenega varstva: javno-zasebni. *Zdravniški vestnik*, 7/8, 455-456.
12. Lek in Krka prilagodila cene zdravil. (2003, 16. oktober). *24 ur*. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://24ur.com/novice/gospodarstvo/lek-in-krka-prilagodila-cene-zdravil.html>.
13. Letni dvig plač v zdravstvu 30-odstoten, kar bo zdravstveno blagajno stalo 240 milijonov evrov. (2008, 26. avgust). *Dnevnik*. Najdeno 31. avgusta 2008 na spletnem naslovu <http://www.dnevnik.si/novice/slovenija/1042208834>.
14. Marcon, P. (1999). *Ožjenje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in vloga zavarovalnic v Sloveniji* [diplomsko delo]. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
15. Mazgon, V. (2000). *Organiziranost zasebnega zdravstva* [diplomsko delo]. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

16. Minister Bručan, grobar slovenskega zdravstva. (2008). *INERHC*. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://sl.inerhc.si/publikacije>.
17. Mrkaić, M. (2005, 29. julij). Čas je za »dekebrizacijo«. *Finance*. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://www.finance.si/127560>.
18. Norman C., Busse R. (2002). *Social Health Insurance financing. Mossialos Elias et al, Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press. 93-94.
19. Nov način določanja cen zdravil. (2008, 2. februar). *24 ur*. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://24ur.com/servisi/vizita/nov-nacin-dolocanja-cen-zdravil.html>.
20. Nova lista zdravil. (2007, 23. maj). *24 ur*. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://24ur.com/novice/slovenija/nova-lista-zdravil.html>.
21. Odmev: Bručan in ZZZS pričakujeta rekordni prihranek pri zdravilih. *INERHC*. 2008. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://sl.inerhc.si/publikacije>.
22. Ogromne domače količine zdravil. (2006, 24. oktober). *24 ur*. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://24ur.com/novice/slovenija/ogromne-domace-zaloge-zdravil.html>.
23. Pogajalci usklajeni. (2006, 20. december). *24 ur*. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://24ur.com/novice/slovenija/pogajalci-usklajeni.html>.
24. Polanec, Sašo. (2005). Strah pred neznanim. *Finance*. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://www.finance.si/119218>.
25. Poslovno poročilo za leto 2002. (2003). Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije.
26. Poslovno poročilo za leto 2003. (2004). Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije.
27. Poslovno poročilo za leto 2004. (2005). Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije.
28. Poslovno poročilo za leto 2005. (2006). Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije.
29. Poslovno poročilo za leto 2006. (2007). Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije.
30. Poslovno poročilo za leto 2007. (2008). Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije.
31. Poročevalec DZRS, 2008, str. 93/08, Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://www.dzrs.si/index.php?id=374&o=10&unid=UB|31B6BEBA41179003F4BDF>.
32. Prihranili naj bi skoraj 7 mio evrov. (2007, 17. oktober). *24 ur*. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://24ur.com/novice/slovenija/prihranili-naj-bi-skoraj-7-mio-evrov.html>.
33. *Pripombe, komentarji in predlogi INERHC, Inštituta za ekonomske raziskave v zdravstvu na resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013*.

- (2008). INERHC. Najdeno 1. avgusta 2008 na spletnem naslovu http://sl.inerhc.si/sitedata/544/upload/File/Publikacije/Zdravstvena%20ekonomika_maj07.pdf.
34. Razširili listo zamenljivih zdravil. (2005, 13. junij). *24 ur*. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://24ur.com/servisi/vizita/razsirili-listo-zamenljivih-zdravil.html>.
 35. Rednak, A. (2007). Kdor v zdravstvu dodatno plača, bi moral dobiti več. *Finance*. <http://www.finance.si/184967>.
 36. Roš, M. (2003, 3. avgust). Draga poceni zdravila. *24 ur*. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://24ur.com/servisi/vizita/draga-poceni-zdravila.html>.
 37. Sklep o kriterijih za razvrščanje zdravil na liste. (2003). *Uradni list RS*. (Št. 78/03, 8. avgust 2003).
 38. Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, 1994. *Uradni list RS*. (Št. 80/94, 4. december, 1994).
 39. Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, 1995. *Uradni list RS*. (Št. 73/95, 19. december, 1995).
 40. Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, 1996. *Uradni list RS*. (Št. 2/96, 18. november, 1996).
 41. Spremembe v dopolnilnem zavarovanju. (2004, 28. avgust). *24 ur*. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://24ur.com/novice/slovenija/spremembe-v-dopolnilnem-zavarovanju.html>.
 42. Stepan, A. et al. (1999). *Sistemi financiranja v zdravstvu: mednarodna primerjava*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 170-172.
 43. Stoltzfus Jost, T. (2005). *Health Care Coverage Determinations*. Open University Press. London. 14-35.
 44. Strban, G. (2005). *Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja*. (1. izdaja) Ljubljana: Cankarjeva založba.
 45. Še 40 zdravil na pozitivni listi. (2004, 13. december). *24 ur*. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://24ur.com/servisi/vizita/se-40-zdravil-na-pozitivni-listi.html>.
 46. Tajnikar, M., Došenovič, P. (2003). *Upravljanje in regulacija sistema zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta. 4-10.
 47. Tajnikar, M., Došenovič, P. & Uršič Huč, J. (2005). *Pregled stanja na trgu prostovoljnih dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Mednarodni inštitut za potrošniške raziskave. 101-103.
 48. Tajnikar M., Došenovič P. (2005, 26. maj). Po Kebru Bručan... ali še vedno Keber? *Finance*. Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://www.finance.si/121435>.
 49. Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije.

50. Upravičeni do mostička in črpalke. (2005, 30. marec). *24 ur.* Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://24ur.com/novice/slovenija/upraviceni-do-mosticka-in-crpalke.html>.
51. Urnič, J. (2006). *Privatizacija zdravstvene dejavnosti v Sloveniji* [diplomsko delo]. Ljubljana: Ekonomska fakulteta. 7-12.
52. Uršič, V. (2003, 2. junij). Kaj naj prinese zdravstvena reforma. *Finance.* Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://www.finance.si/49312>.
53. V nekaj letih temeljite spremembe sistem zdravstvenega zavarovanja. (2002, 23. september). *Finance.* Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://www.finance.si/31695>.
54. Varčevalni načrt ZZZS. (2003, 10. junij). *24 ur.* Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://24ur.com/novice/slovenija/varcevalni-nacrt-zzs.html>.
55. Vencelj, N. (2004). *Sistem zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji – analiza ukrepov za zmanjševanje izdatkov za zdravila* [diplomsko delo]. Univerza v Ljubljani: Fakulteta za družbene vede.
56. Zagorac, Ž. (2002, 13. junij). Več za zdravstvo. *Finance.* Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://www.finance.si/26000>.
57. Za neplačnike le nujno zdravljenje. (2002, 18. junij). *24 ur.* Najdeno 31. julija 2008 na spletnem naslovu <http://24ur.com/novice/slovenija/za-neplacnike-le-nujno-zdravljenje.html>.
58. Zategovanje pasu zaradi zdravniških plač. (2008, 10. maj). *Dnevnik.* Najdeno 31. julija na spletnem naslovu http://www.dnevnik.si/tiskane_izdaje/dnevnik/318373.
59. Zavod za zdravstveno zavarovanje. (2007). *Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji: danes za jutri.* 11-51.
60. Zdravstveni predvolilni poligon. 2008. *INERHC.* Najdeno 31. julija na spletnem naslovu <http://sl.inerhc.si/publikacije>.
61. Zupanič, M. (2005, 9. maj). *Novela zakona o zdravstvenem varstvu: Zmanjševanje pravic pri bolniških dopustih.* Delo. Ljubljana.
62. Pogovor z Ivano Štirn Bončina, vodjo Indok službe na Zavodu za zdravstveno zavarovanje. (2008, avgust).

PRILOGE

Priloga 1: Ocene finančnih učinkov sprejetih zakonskih predpisov in drugih določitev v zunanjem okolju, 2002-2007

Leto	Predpis	Vsebina spremembe	Učinek
2002	1. spremembe in dopolnitve ZZVZZ (UL št. 99/2001)	Spremembe pravic do: <ul style="list-style-type: none"> - potnih stroškov - pogrebne - posmrtnine 	<ul style="list-style-type: none"> - spremembe dajatev so bile po 6 mesecih zaradi nezadovoljstva javnosti z novelo zakona odpravljene - novela vzbudila vprašanja enakosti/solidarnosti - nedosežen predviden prihranek v višini 2,2 mio € na letni ravni
2003	1. spremembe ZZVZZ (UL št. 99/2001) – z začetkom veljavnosti 1.1.2003 2. spremembe Zakona o delovnih razmerjih (UL št: 15/2002) – z začetkom veljavnosti 1.1.2003 3. spremembe Zakona o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti (UL št: 67/2002) 4. spremembe Pravilnika o opravljanju nalog UJP na področjih plačevanja in razporejanja obveznih dajatev	<ul style="list-style-type: none"> - nova ureditev izkazovanja zavarovanja za neredne plačnike (78. a čl.) - uveljavitev imenovanih zdravnikov in zdravstvenih komisij - širitve pravice do nadomestila (recidiv, odsotnosti po 120 dneh, krvodajalski dan, druga odločanja IZ in ZK - uveljavlja nadomestilo za brezposelne v času bolezni - znižanje prispevka za 70% 	<ul style="list-style-type: none"> - relativno majhen fin. učinek (835 000 € na letni ravni) - novela vzbudila vprašanja enakosti/solidarnosti - stroški reorganizacije službe ZZS - novi stroški v višini 2,9 mio € na letni ravni - novi stroški - prihranek stroškov ZZS za 1,7 mio € na letni ravni

se nadaljuje

nadaljevanje

Leto	Predpis	Vsebina spremembe	Učinek
2004	1. spremembe Pravilnika o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil ter sklepa o določitvi seznama medsebojno zamenljivih zdravil (UL št: 97/2003 - oktober 2003)	<ul style="list-style-type: none"> - uveljavitev slovenskega sistema referenčnih cen zdravil: veljaven do novembra 2003 - spremembe glede pogojev povračil škode - spremembe v zavarovanju kmetov - opredelitev zbirk podatkov v zdravstvenem zavarovanju 	<ul style="list-style-type: none"> - enkratni letni prihranek na ravni okoli 18,8 mio € (všet tudi učinek iz naslova pogajanj za cene zdravil z dobavitelji) - učinkovitejše uveljavljanje regresnih zahtevkov skupaj z novim sporazumom z zavarovalnicami; finančni učinek večjih prihodkov na letni ravni okoli 17 mio € - povečevanje prihodkov za okoli 420 000 € letno - brez fin. učinkov
2005	<p>1. sprememba ZZVZZ</p> <p>2. uredba o določitvi višine deleža, ki pripada državnemu proračunu za pokrivanje stroškov DURS v letu 2005</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ureditev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja kot javni interes - oprostitev plačila 	<ul style="list-style-type: none"> - brez finančnih učinkov za ZZVZZ - letni prihranek stroškov ZZVZZ v višini 4,6 mio €
2006	<p>1. sprememba ZZVZZ</p> <p>2. spremembe in dopolnitve zakona o obveznih zavarovanjih v prometu (Ur. List RS št. 110/2006)</p> <p>3. spremembe zakona o davku na izplačane plače (Ur. list RS št. 21/2006)</p> <p>4. zakon o izvrševanju proračunov 2007 in 2008</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ureditev vprašanj statusnega preoblikovanja vzajemnih dopolnilnih zavarovanj - uvedba pavšalnega povračila regresnih zahtevkov iz premij obveznega zdravstvenega zavarovanja - postopna ukinitvev davka do leta 2009 - prenos obveznosti plačila za pripravištvo in sekundariat na ZZVZZ 	<ul style="list-style-type: none"> - brez finančnih učinkov za ZZVZZ - povečanje prihodkov za 21,3 mio € - zmanjšanje odhodkov vsako leto za dodatnih 21,3 mio € do 2009 - s finančnimi učinki na poslovanje ZZVZZ v letih 2007 (okoli 11,3 mio € na letni ravni)

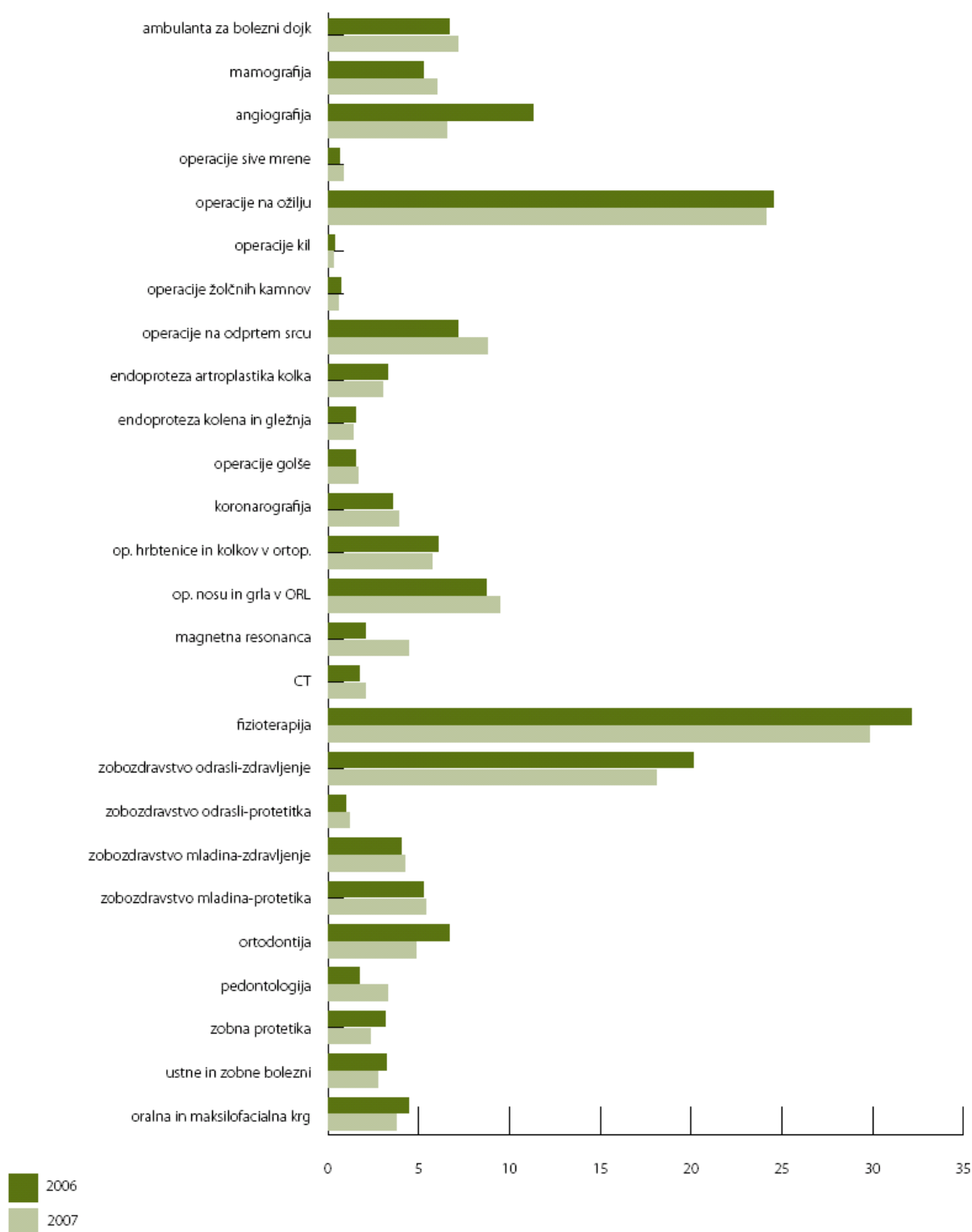
se nadaljuje

nadaljevanje

Leto	Predpis	Vsebina spremembe	Učinek
2006	5. spremembe in dopolnitve Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o obveznih zavarovanjih v prometu	- pavšalna povrnitev škode Zavodu iz naslova regresnih zahtevkov za prometne nesreče z veljavnostjo od 7.4.2006 dalje (v višini 6,5 % od pobranih premij avtomobilskega zavarovanja)	- spremembe naj bi na letni ravni omogočile Zavodu okoli 26,7 mio € prihodkov iz naslova regresnih zahtevkov
2007	1. spremembe in dopolnitve Pravil obveznega Zdravstvenega zavarovanja 2. spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja	- spremembe na področju pravice do medicinsko-tehničnih pripomočkov (MTP) - spremembe na področju pravice do zdravil - spremembe na področju postopkov - spremembe na področju pravice do oploditve z biomedicinsko pomočjo - spremembe na področju pravic do MTP (zdravljenje s tekočim kisikom) - spremembe na področju veljavnosti evropske kartice zdravstvenega zavarovanja	- izboljšanje dostopnosti zavarovanih oseb do najzahtevnejših MTP - razvojno prilagajanje pravic in izboljšanje dostopnosti zavarovanih oseb do pravice - ureditev postopka - razširjena pravica, izboljšanje dostopnosti zavarovanih oseb - razširjena pravica, izboljšanje dostopnosti zavarovanih oseb do najzahtevnejših MTP - ureditev listine OZZ

Vir: Strateški razvojni program Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za obdobje od 2008 do 2013, 2008, str. 30, Tabela 10.

Priloga 2: Realizirane povprečne čakalne dobe v letih 2006 in 2007 v Sloveniji.



Vir: Poslovno poročilo ZZSZ za leto 2007, 2008, str. 25, Slika 1.