

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

DIPLOMSKO DELO

URŠKA FENDE

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

DIPLOMSKO DELO

ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI

Ljubljana, januar 2007

URŠKA FENDE

IZJAVA

Študentka Urška Fende izjavljam, da sem avtorica tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom doc. dr. Mitje Čoka in dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne 17.01.2007

Podpis: _____

KAZALO

1. UVOD	1
2. SISTEMI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA PO SVETU	1
2.1. Bismarckov model zdravstvenega varstva (partnerski model):	2
2.2. Beveridgeov model zdravstvenega varstva (državno vodeni model, imenovan tudi NHS – National Health Service):	3
2.3. Semaškov model (sistem socialističnega zdravstvenega varstva):	3
2.4. Tržne oblike zdravstvenega zavarovanja	3
3. ZDRAVSTVENO VARSTVO V SLOVENIJI	4
3.1. Zgodovinski opis zdravstvenega sistema pred letom 1992	4
3.2. Stanje zdravstvenega sistema po letu 1992	5
3.3. Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji	7
3.4. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji	9
4. RAZMERJE MED JAVNIMI IN ZASEBNIMI SREDSTVI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	17
4.1. Javna sredstva	17
4.2. Zasebna sredstva	17
4.3. Zasebna sredstva za samozdravljenje	18
4.4. Koncesije	18
5. KAKŠNO JE RAZMERJE MED JAVNIM IN ZASEBNIM V EVROPI	18
5.1. Razvoj zdravstvenega varstva in zavarovanja z vidika vključevanja v Evropsko Unijo	20
6. ZDRAVSTVENO VARSTVO V VELIKI BRITANiji	20
6.1. Financiranje zdravstvenega zavarovanja v Veliki Britaniji	23
6.2. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Veliki Britaniji	24
7. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE NA ŠVEDSKEM	24
8. FINANČNO POSLOVANJE ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE V LETU 2005	26
8.1. Odhodki Zavoda v letu 2005	26
8.2. Prihodki Zavoda v letu 2005	27
9. STRATEŠKI RAZVOJNI PROGRAM ZAVODA ZA LETO 2006 IN 2007	28
10. SKLEP	31
LITERATURA	32
VIRI	33

1. UVOD

Pri pisanju diplomske naloge sem ugotovila, da se prav vsaka država spopada s problemom zdravstvene varnosti prebivalstva. Zdravje oz. bolezen je nepredvidljiva stvar na katero ne moremo vplivati, zato se problema zdravstva zavemo šele, ko potrebuje zdravniško pomoč. Svojih pravic se začnemo zavarovanci zavedati šele, ko jih potrebujemo. Sistem zdravstvenega varstva je zelo zapleten organizacijski sistem, ki povezuje politične, administrativne, družbene in zasebne dejavnosti. V Sloveniji je za področje zdravstvenega varstva, v okviru Vlade RS, pristojno Ministrstvo za zdravje.

V Sloveniji obvezno zdravstveno zavarovanje izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Občine določajo in zagotavljajo mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni, ter sodelujejo pri načrtovanju mreže na sekundarni ravni.

Sama sem se seznanila s sistemom zdravstva in z ureditvijo, ko sem kot študentka začela delati v Vzajemni, zdravstveni zavarovalnici, ki je specializirana za trženje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Na tem področju se je v letu 2006 marsikaj spremenilo in prav to me je privedlo do tega, da sem si za diplomsko nalogo izbrala temo s področja zdravstvenega zavarovanja. Namen moje diplomske naloge je seznaniti bralca z zdravstvenim sistemom, ki ga imamo v Sloveniji ter prikazati sistem, ki prevladuje na Švedskem in v Veliki Britaniji.

Sistemi zdravstvenega zavarovanja se tudi drugod v svetu vseskozi izpopolnjujejo, saj je zdravstvo velik pomen za celotno gospodarstvo. Septembra 2005 je v Sloveniji začel veljati nov Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, zato sem se odločila, da v diplomski nalogi podrobneje opišem spremembe, ki jih ta zakon prinaša.

Ker je Slovenija članica Evropske unije, sem naredila tudi kratko primerjavo z ostalimi državami Evropske unije, bolj podrobno pa sem opisala še sistem v Veliki Britaniji in na Švedskem. Pri prevzemanju evropske zakonodaje se je pojavilo vprašanje o poenotenju ali izvedbi »enotnega evropskega sistema« zdravstvenega varstva.

Področje zdravstvenega varstva je zelo obširno, saj gre za udeležbo javnih in zasebnih sredstev, tako da je zelo zanimivo tudi s strani financ.

2. SISTEMI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA PO SVETU

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ) (ZZVZZ, 2004) opredeljuje zdravstveno varstvo v 1. členu: »Zdravstveno varstvo po tem zakonu obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Poleg tega zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz

zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti».

Ker so definicije zdravstvenega varstva zelo široke je posebna strokovna skupina Svetovne zdravstvene organizacije predlagala ožjo definicijo, ki pravi, da je zdravstveno varstvo v ožjem pomenu besede praksa preprečevanja in zdravljenja bolezni, ki temeljijo na različnih teoretičnih, verskih, filozofskih in empiričnih doktrinah. Gre za področje, ki bi ga pri nas, ob nekaterih dopolnitvah, lahko enačili z nalogami zdravstvene dejavnosti pri nudenju zdravstvenih storitev.

M. Toth je opredelil zdravstveno varstvo kot organizirano ter usklajeno delovanje in prizadevanje posamezne države za doseganje ciljev boljšega zdravstvenega stanja in kakovosti življenja ljudi. Sistem socialne varnosti, kakršnega poznamo danes je nastajal kot odziv delavstva na čedalje težje delovne in življenjske pogoje v drugi polovici 19. stoletja. Sistem socialne varnosti pomeni prerazporeditev ustvarjenega dohodka od skupin z večjimi dohodki in boljšim materialnim položajem, k socialno šibkejšim skupinam, ki so v ekonomsko slabšem ali nezavidljivem položaju zaradi bolezni, onemoglosti ali pa iz drugih razlogov ne morejo poskrbeti za svoj obstoj oziroma olajševanje dostopa do socialnih in zdravstvenih storitev (Toth, 2003, str. 226, 227). Sisteme zdravstvenega varstva lahko razdelimo glede na vlogo in prisotnost države pri upravljanju področja, vpliv države in pristojnost glede ustanovitve in lastnine zdravstvenih zavodov.

Na podlagi teh kriterijev poznamo tri temeljne modele sistemov in sicer državno vodeni, partnerski model in tržno naravnani model. Za Evropo bi lahko rekli, da prevladujejo državno vodeni in partnerski modeli, medtem, ko je predstavnica tržno naravnane modela, ZDA (Toth, 2003, str. 145).

2.1. Bismarckov model zdravstvenega varstva (partnerski model):

Ta model je najstarejši, začetki pa prihajajo iz Nemčije. Poleg Nemčije srečamo tak model še v Avstriji, Belgiji, Franciji, Luksemburgu in na Nizozemskem, imamo ga tudi v Sloveniji. Bistvena značilnost je, da država postavi določene okvire in pravila, ki so zapisana v zakonih, nato pa samo izvajanje in urejanje prepušča nosilcem posameznih skupinskih interesov. Država predpiše, da so vsi državljani, ki imajo kakršnekoli dohodke dolžni plačevati prispevke, ter da morajo biti vključeni v zdravstveno zavarovanje za rizike, ki jih prinašajo bolezni in poškodbe. Prispevke so dolžni plačevati delojemalci in delodajalci. Država določa prispevne stopnje za zdravstveno zavarovanje, ravno tako opredeljuje pravice zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev. Po drugi strani pa država vstopa v pogajalske odnose z združenji pogodbenih zdravnikov, ki lahko opravljajo dejavnost za zavarovane osebe. Opravljanje dejavnosti v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja je kljub zasebnosti neprofitno. Zasebna zavarovanja in zasebna sredstva so dovoljena, vendar ne dosegajo pomembnejšega deleža. Večinoma so storitve pokrite s sredstvi javnih financ, s katerimi razpolagajo bolniške blagajne ali druge neprofitne agencije.

2.2. Beveridgeov model zdravstvenega varstva (državno vodeni model, imenovan tudi NHS – National Health Service):

Beveridgeov sistem povezujemo z Anglijo, kjer je tudi nastal po 2. svetovni vojni. Gre za izrazito državno vodeni in upravljan model. Temelji na predpostavki, da edino država lahko zagotovi vsem prebivalcem primerno dostopnost do zdravstvenih storitev. Sredstva se zbirajo z davki v proračunu. Razporejanje sredstev poteka po državnih poteh in posebnih upravnih institucijah. O deležu proračuna za zdravstveno varstvo odloča država, ki tudi predpisuje naloge in delovanje zdravstvene službe. Zdravniki osnovne zdravstvene dejavnosti so v pogodbenem odnosu z uradom National Health Service (NHS), ki jim določa način plačevanja in cene storitev. O programu storitev na področju zdravstvenega varstva, o delokrogu osebnega zdravnika in o vseh drugih vprašanih odločajo v celoti za to posebej ustanovljeni organi. Na primarni ravni funkcioniranje zdravstvene službe temelji na funkciji in pooblastilih osebnega oziroma družinskega zdravnika, ki je plačan na podlagi »glavarine« in v določenem delu glede na količino opravljenih storitev. Ti zdravniki so zasebniki, ki pa so v skladu s pogodbo NHS javni uslužbenci. Poleg Anglije imajo tak zdravstveni sistem še Danska, Švedska, Irska, Italija, Španija, Portugalska, Grčija, Kanada, Avstralija in Nova Zelandija.

2.3. Semaškov model (sistem socialističnega zdravstvenega varstva):

Semaškov model je na prvi pogled podoben Beveridgeovemu modelu. Kot že ime pove, je ta model nastal v času socialistične ureditve v Sovjetski zvezi in je izhajal iz državne lastnine. Zasebna lastnina je bila celo prepovedana. Država je zdravstvene storitve zagotavljala vsem prebivalcem v enaki količini. Vse odločitve so se sprejemale v pristojnosti države. Semaškov model ne pozna prispevkov za zdravstveno zavarovanje, saj stroške zdravstvenih storitev in druge pravice krije proračun. Ta sistem dolgo ni mogel delovati, saj so ga uporabljale države, ki so bile gospodarsko zelo šibke. Ponekod je sistem še v veljavi, saj reforme zdravstvenega varstva v deželah v tranziciji še niso zaključene. Počasi se je ta model začel nagibati k Bismarckovemu modelu.

2.4. Tržne oblike zdravstvenega zavarovanja

Pri teh sistemih gre za obstoj organizacij, v katere se prostovoljno vključujejo zavarovane osebe, zavarovatelji in izvajalci storitev. Izvajalci prevzemajo obveznost, da bodo nudili določen paket zdravstvenih storitev zavarovancem, ki so se vključili v organizacijo. Posebnost je tudi ta, da določene rizike za tveganja prevzemajo zdravniki oziroma bolnišnice, ki se vključujejo v organizacijo. Tržni model temelji na načelih ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah.

Država ima le ohlapno vlogo pri določanju predpisov o zdravstvenem varstvu in tako ne zagotavlja načinov in oblike financiranja zdravstvenih storitev. Država zagotavlja le minimalno zdravstveno oziroma socialno varnost, saj poskrbi le za majhno število ljudi z

določenimi socialnimi programi. V tem sistemu zdravstvena dejavnost predstavlja profitno dejavnost, tipičen predstavnik takšnega sistema pa so ZDA.

To je bila kratka predstavitev sistemov, ki jih poznamo na področju zdravstvenega varstva po svetu, vendar se moramo zavedati, da popolnoma čistih modelov ni. Vsaka država je vnašala nove rešitve ali pa jih je povzela od drugih sistemov. V kateri sistem lahko uvrstimo posamezno državo lahko ugotovimo le po glavnih značilnostih, ki prevladujejo v sistemu.

3. ZDRAVSTVENO VARSTVO V SLOVENIJI

V Sloveniji poznamo obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Obseg obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: obvezno zavarovanje) določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Nosilec obveznega zavarovanja po tem zakonu je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zavod). Prostovoljno zdravstveno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: prostovoljno zavarovanje) izvajajo zavarovalnice.

Krovna zakona, ki opredeljujeta sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji sta, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ter Zakon o zdravstveni dejavnosti. Ostali zakoni, ki prispevajo k zagotavljanju pogojev za kakovostno delo so še Zakon o lekarniški dejavnosti, Zakon o zdravniški službi, Zakon o zdravstveni inšpekciji ter nekateri drugi zakoni in predpisi iz mejnih področij, kot je Zakon o vojnih invalidih, Zakon o žrtvah vojnega nasilja.

Ministrstvo za zdravje je odgovorno za kakovost zdravstvenega varstva in pripravlja nacionalni program zdravstvenega varstva, sodeluje z mednarodnimi organizacijami in ustanovami in skrbi za vključevanje Slovenije v ustrezne mednarodne institucije. Ministrstvo za zdravje določa mrežo izvajalcev zdravstvene dejavnosti tako na primarni kot na sekundarni ravni, tako da je zagotovljena pravična dosegljivost in dostopnost zdravstvene oskrbe za vse prebivalce Slovenije. Obenem Ministrstvo določa tudi način in pogoje za vključevanje v obvezno zdravstveno zavarovanje.

Občine so lastnice zavodov na primarni ravni, imajo pa tudi nalogo plačevanja prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za državljane RS, s stalnim prebivališčem v RS, ki niso zavarovanci iz drugega naslova. Država je lastnica zavodov na sekundarni ravni. Skrbi za regionalni razvoj dejavnosti in izvaja potrebne investicije (Toth, 2003, str. 431-474).

3.1. Zgodovinski opis zdravstvenega sistema pred letom 1992

S področjem zdravstva in socialne varnosti smo se na Slovenskem srečali že v prvi polovici 19. stoletja, še preden je bilo socialno zavarovanje sploh zakonsko uvedeno. Podobno kot

drugje v Evropi so bili delavci socialno ogroženi, če so zboleli, če so ostali brez dela ali ko so ostareli. Do 19. stoletja so se zdravstvene storitve plačevale večinoma neposredno iz žepa. Leta 1854 se je z rudarskim zakonom v Avstro-Ogrski prvič uveljavil princip solidarnosti. Ustanovljene so bile bratovske skladnice, ki so pomenile začetek obveznega zdravstvenega zavarovanja za rudarje in topilniške delavce ter s tem začetek delavske in socialne zaščite. To zavarovanje je bilo leta 1887 v avstrijskem delu habsburške monarhije uzakonjeno in je temeljilo na Bismarckovem modelu zavarovanja. Dve tretjini zdravstvenega zavarovanja so prispevali delavci sami, eno tretjino pa njihovi delodajalci. Leta 1888 je bil sprejet zakon o bolniškem zavarovanju delavcev, leto za tem pa je bila, po Bismarckovem vzorcu, ustanovljena prva Okrajna bolniška blagajna v Ljubljani. Leta 1918 je dotedanje bolniške blagajne nadomestila Okrajna bolniška blagajna v Ljubljani, ki se je leta 1922 preimenovala v Okrožni urad za zavarovanje delavcev na področju Dravske banovine.

Od leta 1918 do leta 1945, v času SHS Kraljevine Jugoslavije, se je sistem solidarnosti še okrepil, saj je bilo za vso državo uvedeno bolniško in nezgodno zavarovanje delavcev zoper bolezni in nezgode, ki pa ni vključevalo zavarovanja v primeru brezposelnosti. Zakon o zavarovanju delavcev iz leta 1922 je že določal minimalne pogoje zavarovanja, ki je vključevalo zavarovanje za bolezen, nezgode, onemoglost, starost in smrt. Za izvajanje zakona je skrbel Osrednji urad za zavarovanje s sedežem v Zagrebu. Članstvo v zavarovanju je bilo obvezno in enotno.

Po drugi svetovni vojni se je na področju zdravstvenega zavarovanja zgodilo veliko sprememb. Zdravstveno varstvo se je financiralo iz enotnega socialnega zavarovanja, ki je vključevalo pokojninsko zavarovanje, invalidsko zavarovanje, zdravstveno zavarovanje in zavarovanje za porodniški dopust. Izvajali so ga regionalni zavodi za socialno zavarovanje, v katerih so se zbirali prispevki delavcev in delodajalcev. Državni proračun je pokrival stroške za vojake in vojne veterane. Leta 1952 so bili ustanovljeni okrajni zavodi za socialno zavarovanje, ki so izvajali pokojninsko, invalidsko in zdravstveno zavarovanje. Po letu 1971 so bile ustanovljene komunalne skupnosti in zavodi. Leta 1972 je zakonodajalec izenačil pravice do zdravstvenega zavarovanja za vse prebivalstvo Slovenije, vključno s kmeti. To je bil začetek uvajanja sistema nacionalnega zdravstvenega varstva (Beveridgeov model). Nekaj let kasneje so bile ustanovljene samoupravne interesne skupnosti (SIS-i) za zdravstveno varstvo, ki naj bi prevzele vse naloge zdravstvenega varstva.

Politično ekonomsko nestabilno obdobje pred osamosvojitvijo Slovenije je še povečalo težave s financiranjem zdravstva. Skrb za zdravstveno varstvo je leta 1990 prevzela Republiška uprava za zdravstveno varstvo kot državni upravni organ v sestavi Ministrstva za zdravstvo, dokler ni bila leta 1992 sprejeta nova zakonodaja.

3.2. Stanje zdravstvenega sistema po letu 1992

Do leta 1992 so vsi zdravstveni delavci delali v javnih zavodih, ki so bili v državni oziroma občinski lasti. Po letu 1992 je prišlo do sprememb v organizaciji in statusu zdravstvenih

organizacij. Nekdanji zdravstveni domovi, bolnišnice in lekarne so dobile status javnih zavodov, država je postala ustanovitelj in lastnik obstoječih bolnišnic, občine pa ustanovitelji in lastniki obstoječih zdravstvenih domov. Vsi obstoječi zdravstveni zavodi so z zakonom dobili koncesijo za opravljanje javne zdravstvene službe, s čimer so pridobili pravico in možnost opravljati zdravstveno dejavnost na račun javnih sredstev. Tako lahko nove zdravstvene zavode od takrat ustanovijo tudi domače ali tuje fizične ter pravne osebe. Če se želijo vključiti v mrežo javne zdravstvene službe, morajo pridobiti koncesijo Ministrstva za zdravstvo. Tak postopek velja tudi za zdravnike in zobozdravnike, ki se odločijo za zasebno dejavnost.

Zdravniki zasebniki ali zasebni zdravstveni zavodi lahko opravljajo zdravstveno dejavnost tudi brez koncesij, vendar ne na račun javnih sredstev. Le lekarniška dejavnost mora biti vsa vključena v mrežo javne zdravstvene službe.

Koncept »nacionalnega zdravstvenega varstva« je bil opuščen, tako da imamo v Sloveniji sedaj Bismarckov sistem socialnega zavarovanja. Uvedeno je obvezno zdravstveno zavarovanje za vse prebivalce v Sloveniji, ki temelji na načelih solidarnosti vseh zavarovanih oseb. Tako se finančna bremena za zdravljenje in druga tveganja, povezana z boleznimi in poškodbami, solidarno porazdeljujejo med vse aktivno prebivalstvo, ne glede na spol, starost, zdravstveno stanje, ekonomski status ipd.

Zakon določa enaindvajset kategorij zavarovancev, pri čemer so družinski člani teh zavarovancev lahko le njihovi otroci ter tisti zakonci, ki sami ne morejo biti zavarovanci. Takšna razmejitev je pomembna, ker so vsi zavarovanci dolžni plačevati prispevke za zdravstveno zavarovanje. Tako je za vsakim zavarovancem tudi plačnik prispevkov. To je lahko zavarovanec sam, njegov delodajalec, osebe ki opravljajo pridobitno, gospodarsko, kmetijsko, športno ali drugo dejavnost, občina ali država. Občine in država plačujejo prispevke za osebe, ki se ne ukvarjajo s pridobitno dejavnostjo in nimajo lastnih dohodkov, kot na primer nezaposlene osebe, prejemniki socialnih pomoči. Med zavarovanci so tudi upokojenci, zanje prispevke plačuje Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Za nezaposlene osebe, ki prejemajo v času brezposelnosti ustrezno nadomestilo, plačuje prispevke Zavod za zaposlovanje. V Sloveniji bi morali biti po zakonu v zdravstveno zavarovanje zajeti vsi, ki imajo državljanstvo Republike Slovenije in stalno prebivališče na njenem območju ter osebe, ki v Sloveniji opravljajo kakršno koli pridobitno dejavnost in niso zavarovane po predpisih drugih držav.

Po letu 1992 so se delno prenesli stroški za zdravstveno varstvo na zasebne vire, vendar pa je bil ta ukrep zelo grobo izpeljan. Namreč v letu 1992 smo uvedli doplačila, ki so se kasneje po obsegu še povečevala. Izjeme, katerim krijejo vse pravice zdravljenja iz obveznega zavarovanja so otroci, šolajoča mladina, ter vse storitve v zvezi z nosečnostjo, porodom in nekaterimi kroničnimi boleznimi, ter preventivne storitve.

Pomembno je tudi, da se je v letu 1992 vzpostavil inštitut izbranega osrednjega zdravnika, ki naj bi imel vlogo skrbnika zdravstvene oskrbe posameznega državljana. Izbrani zdravnik namreč bolj pozna populacijo opredeljenih oseb, zato lažje analizira in načrtuje svoje delo.

Ker so se v Zavodu vse bolj soočali s problemi zagotavljanja finančnih sredstev so leta 1993 uvedli participacije zavarovancev ob uveljavljanju zahtev po zdravstvenih storitvah, ki so jih morali poravnati neposredno v zdravstvenih organizacijah. Participacije so poleg tega, da so dosegale le okrog 1,2 do 1,5 % vseh potrebnih sredstev za uresničevanje programa zdravstvenega varstva, prinesle precej drugih problemov, kot je neposredno pobiranje denarja. Najbolj so bili prizadeti ljudje, ki so bili pogosto bolni, s širitvijo oprostitev za različne kategorije prebivalstva pa je participacija izgubila svoj pomen.

3.3. Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji

Z obveznim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavlja v obsegu, ki ga določa ta zakon (ZZVZZ, 2004, 13. člen):

- plačilo zdravstvenih storitev
- nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela, nadomestila plače za čas začasne zadržanosti iz dela zaradi bolezenskih razlogov, povračila potnih stroškov, pogrebne in posmrtnine. Do nadomestila plače so po zakonu upravičeni le zaposleni in kmetje, ki plačujejo posebne prispevke, do ostalih denarnih prejemkov pa tudi druge skupine zavarovanih oseb. V primeru poškodb na delu in poklicnih bolezni gre za kombinacijo naturalnih in denarnih dajatev, ki so zagotovljena delavcem, ki se poškodujejo na delu ali zbolijo za poklicno boleznijo. V teh primerih imajo ti v celoti pokrite stroške zdravljenja in rehabilitacije, nadomestila plač v času začasne nezmožnosti za delo, nadomestilo v času trajne popolne ali delne izgube delovne sposobnosti. Za zmanjšanje poškodb na delu in poklicnih bolezni se uveljavljajo ekonomske vzpodbude delodajalcem z nižjimi izdatki za te pravice
- pogrebna in posmrtnina
- povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev

Zavarovane osebe so zavarovanci in njihovi družinski člani. Kot družinski člani zavarovanca so ob pogojih, ki jih določa ta zakon, zavarovani družinski člani (zakonec, otroci, vnuki, bratje, sestre in drugi otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja, ob pogojih, ki jih določa ta zakon za otroke, pastorki, ki jih zavarovanec preživlja, starši, ki živijo z zavarovancem v skupnem gospodinjstvu in jih zavarovanec preživlja). Družinski člani so zavarovani, če imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji, razen če ni za ožje

družinske člane z mednarodno pogodbo drugače določeno. Otrok je zdravstveno zavarovan kot družinski član do dopolnjenega 15. leta starosti oziroma do dopolnjenega 18. leta starosti če ni sam zavarovanec. Po 18. letu je lahko zavarovan kot družinski član, le če se šola, in sicer do konca rednega šolanja (ZZVZZ, 2004, 14. člen).

ZZVZZ zavezuje vse osebe s stalnim prebivališčem na območju države ali osebe, ki na njenem ozemlju opravljajo kakršnokoli pridobitno dejavnost, da se pri Zavodu obvezno zavarujejo za tveganja, ki jih prinašajo bolezni in poškodbe. To zavarovanje ne zagotavlja kritja vseh finančnih stroškov, ki nastajajo ob zdravljenju ampak krije le določen odstotni delež cene zdravstvene storitve. V celoti krije obvezno zavarovanje le preventivne storitve in ukrepe iz posebnega nacionalnega programa, storitve zdravljenja poškodb na delu in poklicnih bolezni, storitve namenjene otrokom, šolarjem in mladini, storitve svetovanja za načrtovanje rojstev otrok in materinstva, nujno zdravljenje in zdravljenje na domu ter zdravljenje nekaterih bolezni in stanj, kot so rak, diabetes, multipla skleroza, epilepsija, hemofilija, paraplegija in še nekatere.

Zakon določa najnižji odstotek, ki ga mora zagotoviti obvezno zavarovanje pri posameznih skupinah storitev. Razliko do polne cene storitve mora plačati zavarovana oseba neposredno zdravstveni službi ob uveljavljanju svojih zahtev ali pa se za ta doplačila prostovoljno zavaruje.

Zavod ima status javnega in neprofitnega zavoda. Z njim upravlja skupščina, ki sprejema najpomembnejše akte, kot so statut, predpisi o pravicah in postopkih uresničevanja pravic, listo zdravil, predlog prispevnih stopenj, finančni načrt, poslovno poročilo, zaključni račun in podobno. Pravice do zdravstvenih storitev in denarnih prejemkov opredeljuje zakon le okvirno. Za podrobnejšo opredelitev je pooblaščen Zavod, ki je poleg sistema pravic v posebnem podzakonskem aktu »Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja« podrobneje opredelil tudi obveznosti zavarovancev, pogoje in postopke za uresničevanje pravic, standarde zdravstvenih storitev, varstvo pravic itd. Zavod z listami tudi določi, katera izmed registriranih zdravil, predpisanih na recept, krije obvezno zavarovanje v celoti oziroma z doplačilom in za katera to zavarovanje ne prevzema kritja.

Razporejanje sredstev za zdravstvene programe v Sloveniji izvaja in nadzira Zavod. Finančni načrt Zavoda se usklajuje z Ministrstvom za finance. Vsako leto se Zavod, pristojne zbornice, združenje zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter Ministrstvo, pristojno za zdravstvo, dogovarjajo o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tako letno opredelijo zmogljivosti in določijo obseg sredstev. Zavod sklepa pogodbe z zdravstvenimi zavodi in drugimi zavodi ter organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, in z zasebnimi zdravstvenimi delavci na podlagi njihovih ponudb za uresničevanje programov in storitev, ki jih zbere na podlagi razpisa.

Pogodbe med Zavodom in zdravstvenimi zavodi obsegajo vrste, obseg, kakovost, cene programov oziroma storitev, način obračunavanja in plačevanja ter določene roke za uresničitev programa. Pri določanju roka plačil zdravstvenim zavodom in zasebnim zdravstvenim delavcem ter višine zamudnih obresti se uporabljajo določbe Zakona o obligacijskih razmerjih. Pogodbe se sklepajo najkasneje do 31. marca za tekoče leto (ZZVZZ, 2004, 63. – 74. člen).

Konec leta 2005 je bilo v Sloveniji evidentiranih 1.983.109 zavarovanih oseb (Letno poročilo ZZZS, 2006, str. 16). Statistike kažejo, da je bilo v letu 2005 9.134 oseb, ki niso imele urejenega obveznega zavarovanja, kar pa je 1.300 oseb manj kot v enakem obdobju v letu 2004.

Tabela 1: Zavarovane osebe po kategorijah v Sloveniji (stanje na dan 31. 12. 2005)

ZZZS skupaj	Zavarovanci	Družinski člani	Skupaj	Struktura
Delavci	729.210	402.090	1.131.300	57,0
Osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost	63.431	29.687	93.118	4,7
Kmetje	16.139	10.541	26.680	1,3
Upokojenci	503.224	34.252	537.476	27,1
Upravičenci iz proračuna	14.140	3.914	18.054	0,9
Brezposelni	20.574	5.889	26.463	1,3
Občani brez prihodkov	73.238	16.305	89.543	4,5
Ostali	48.136	12.339	60.475	3,0
SKUPAJ	1.468.092	515.017	1.983.109	100,0

Opomba: Tabele prikazujejo vključitve oseb v vsa njihova zavarovanja. To pomeni, da je posamezna oseba šteta v toliko zavarovalnih skupin, kolikor ima hkrati urejenih zavarovanj.

Vir: Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju, 2006, str. 3

Tisti, ki so aktivni morajo plačevati 13,45 odstotka od bruto plače, od tega 6,36 % plača delojemalec in 6,56 % delodajalec, od tega 0,53% prispevka za poklicne bolezni in poškodbe pri delu (Letno poročilo ZZZS, 2001, str. 40).

3.4. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji

Ker obvezno zavarovanje ni krilo vseh storitev v njihovi polni ceni ter zaradi rastočih stroškov zdravstvenega varstva uvajajo v precejšnjem številu držav določena doplačila (participacije), ki jih morajo ob uveljavljanju zahtev po storitvah plačati posamezniki iz lastnih sredstev ali jih plača zavarovalnica, ki je nosilka prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Tako se je kot dopolnitev obveznemu zavarovanju, leta 1993, uvedlo prostovoljno zdravstveno zavarovanje. V grobem lahko rečemo, da prostovoljno zavarovanje

krije doplačila do polne cene zdravstvenih storitev, ki so sestavni del obveznega zavarovanja. Poleg tega krije tudi višji standard zdravstvenih storitev iz obveznega zavarovanja ter storitve in pravice osebam, ki se ne morejo vključiti v obvezno zavarovanje (npr. tujci).

S 1. januarjem 1993, ko je bilo uvedeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, sta ga izvajali le dve zavarovalnici in sicer Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in komercialna zavarovalnica Adriatic d.d. Med obema zavarovalnicama je glede prostovoljnih zavarovanj prihajalo do razlik, saj je poslovanje Zavoda temeljilo na načelih neprofitnosti in vzajemnosti med zavarovanci. Tako so bile premije enake za vse zavarovance, ne glede na starost, spol in bolezensko stanje. Medtem ko je Adriatic d.d. imel interes ustvarjanja dobička. Tako so se cene zdravstvenih storitev urejale v partnerskih pogajanjih in ne na trgu. Glavna razlika med obveznim in dodatnim zavarovanjem je bila v financiranju. Pravice iz obveznega zavarovanja so bile krite iz javnih sredstev, s prispevki, pravice iz prostovoljnega zavarovanja pa so bile krite iz zasebnih sredstev zavarovalnice. Leta 1998 je prišlo do sprememb, saj je oblast ocenila, da Zavod ne more sočasno izvajati obveznega in dodatnega zavarovanja. Tako bi se lahko prelivala zasebna in javna sredstva za zdravstveno zavarovanje. Tako je moral Zavod izločiti iz svoje dejavnosti izvajanje prostovoljnega zavarovanja. S 1. novembrom 1999 je nastala Vzajemna d.v.z. Šlo je za vzajemno družbo, ki je delovala na načelih vzajemnosti, po katerih vsi prispevajo enaka sredstva za premijo. Ob koncu devetdesetih let je bilo prostovoljno zavarovanih že približno 1.400.000 ljudi (ZZVZZ, 1998, 1-62. člen).

S sklenitvijo dopolnilnega zavarovanja se zavarujemo za stroške doplačil (ZZVZZ, 2004, 23. člen):

- zdravstvenih storitev na področju vseh zdravstvenih dejavnosti, vključno s storitvami nastanitve in prehrane v bolnišnici ali zdravilišču,
- vseh zdravil s pozitivne in vmesne liste (do priznane vrednosti za to zdravilo), predpisanih na recept,
- nenujnih reševalnih prevozov, saj so nujni reševalni prevozi pokriti že iz obveznega zavarovanja
- zdravstvenih pripomočkov,
- ortopedskih, slušnih, očesnih, ortodontskih in drugih tehničnih pripomočkov ter zobnoprostetičnih nadomestkov.

Omenimo le nekatere odstotne deleže, ki jih krije dopolnilno zavarovanje: pri zobni protetiki je delež doplačil 75 odstotkov, pri očesnih pripomočkih (očala) prav tako 75 odstotkov, pri nenujnih reševalnih prevozih 70 odstotkov, pri zdravilih z vmesne liste 75 odstotkov, ipd.

Za tiste zavarovance, kateri želijo imeti bolj kakovostne tehnične pripomočke ali materiale in bolj »luksuzno« bivanje v bolnišnici (npr. v enoposteljni sobi), zdravstvene zavarovalnice ponujajo nadstandardne pakete, ki se med zavarovalnicami malce razlikujejo. Seveda pa se nadstandardno ne more zavarovati vsak, saj so lahko bolezni, ki jih je že imel, izključene iz zavarovanja. Primer, če ima zavarovanec astmatične napade, so le ti izključeni iz

nadstandardnega zavarovanja, kar pomeni, da pri zdravljenju le teh težav ne more uveljavljati nadstandardnih storitev.

Brez dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja bi morali v takih primerih odstotek vrednosti zdravstvene storitve plačati sami. Tudi pri storitvah osnovne zdravstvene dejavnosti znaša doplačilo 15 odstotkov, pri storitvah bolnišnične dejavnosti od 5 do 15 odstotkov, vendar je v nekaterih primerih (npr. zahtevnejši operativni posegi) lahko celotni znesek opravljene storitve visok, zaradi česar lahko teh 5 odstotkov doplačil pomeni velik izdatek za bolnika.

Do sedaj sem opisovala le prostovoljno zavarovanje za doplačila. V mednarodni praksi poznamo več vrst prostovoljnih zavarovanj, ki jih teoretično lahko razvrstimo v štiri tipe: nadomestno, dodatno, zavarovanje za doplačila in vzporedno ali alternativno zavarovanje (Toth, 2003, str. 301, 302).

- Nadomestno zavarovanje – gre za zavarovanje oseb, ki je izvzeta iz nacionalne sheme obveznega zavarovanja npr. zaradi preseganja določene višine dohodka. Primer nadomestnih zavarovanj najdemo v Nemčiji in na Nizozemskem, kjer tiste osebe, ki letno dosežejo določeno višino dohodka, niso vključene v obvezno zavarovanje, zato se za plačilo zdravstvenih storitev zavarujejo pri privatnih ali vzajemnih zavarovalnicah.
- Dodatno zavarovanje – gre za zavarovanje za določene storitve, ki so izključene iz kritja obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- Zavarovanje za doplačila – zavarovanci se zavarujejo proti doplačilom za storitve, ki jih obvezno zavarovanje ne krije v celoti. Doplačila so pri zdravilih poznana v vseh državah EU, lahko pa se za ta doplačila tudi zavarujemo. Možnost je s pavšalnim doplačilom, z doplačilom glede na vrednost recepta ali plačilo razlike nad ceno referenčnega zdravila. Doplačilo je smiselno pri pravicah, ki obstajajo v različnih izvedbah in jih obvezno zavarovanje zagotavlja le v najcenejših ali standardiziranih različicah.
- Vzporedna oziroma alternativna prostovoljna zdravstvena zavarovanja – to so zavarovanja proti npr. čakalnim dobam za specialistične preglede in z nizkimi standardi kakovosti nastanitve v bolnišnicah. To zavarovanje krije tudi stroške storitev zasebnih zdravnikov, zasebnih bolnišnic itd. Vzporedno zavarovanje daje ljudem možnost priti do storitev, ki so redna sestavina javne zdravstvene varnosti. Najbolj poznana z vzporedna zavarovanja srečamo v Veliki Britaniji.

Večinoma gre v državah EU, ravno tako tudi v Sloveniji pri zavarovanjih za doplačila za višji standard storitev, možnost izbire specialista ter skrajšanje čakalne dobe.

Katere storitve konkretno ponujajo zavarovalnice Vzajemna d.v.z., AdriaticSlovenica in Triglav d.d., zdravstvena zavarovalnica:

- Prostovoljna zavarovanja z doplačilom, kjer gre za kritje doplačil za razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev, zdravil, pripomočkov, katere plačilo zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje in polno vrednostjo teh zdravil, zdravstvenih storitev in pripomočkov.
- Nadstandardna zavarovanja, ki se razlikujejo med posameznimi ponudniki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.
- Zavarovanje za tujce. Ta vrsta zavarovanja je namenjena tistim osebam, ki niso vključene v obvezno zavarovanje. To so predvsem tujci.
- Zdravstvena zavarovanja v tujini z medicinsko asistenco ponujajo vsi trije ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

3.4.1 Ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.

Vzajemna je kot samostojna zavarovalnica začela delovati 1. novembra 1999, ko se je odcepila od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Samo ime, Vzajemna, nam pove, da deluje na načelu neprofitnosti in vzajemnosti. Njen cilj je izključno zadovoljevanje interesov zavarovancev in ne doseganje dobička. Vse možne presežke družbe, naj bi družba usmerila v povečanje pravic zavarovancev. Načelo vzajemnosti pomeni, da vsi zavarovanci, ki so obenem tudi člani družbe, prispevajo približno enak znesek za kritje zdravstvenih storitev.

Vzajemna je specializirana zavarovalnica za trženje dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, saj je s tem namenom tudi nastala. Poleg dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila, ponuja tudi prostovoljna zdravstvena zavarovanja za večji obseg pravic, to sta nadstandardno zavarovanje A in B, poleg tega pa še zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini (TAS) in vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje za tujce.

Zavarovanec lahko sklene dodatno zavarovanje samo v primeru, da je obvezno zavarovan, saj mu le tako lahko dopolnilno zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev do polne cene. Dopolnilno zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev, nastanitvev in prehrano v bolnišnici ali zdravilišču, vsa zdravila s pozitivne in vmesne liste ki so predpisana na recept, reševalne prevoze, zdravstvene pripomočke, ortopedske, slušne, očesne in druge tehnične pripomočke ter zobnoprotonične nadomestke.

Vzajemna d.v.z. je v letu 2005 pokrivala 80,4% trga (0,6 odstotnih točk manj kot v letu 2004) (Letno poročilo Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2005, str.9).

AdriaticSlovenica d.d.

Zavarovalnica Adriatic je bila ustanovljena konec leta 1990. Poleg vseh ostalih zavarovanj, ki jih ta zavarovalnica ponuja, ponujajo tudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje. V letu 2005 je družba Adriatic pripojila zavarovalnico Slovenica in se tako preimenovala v zavarovalnico AdriaticSlovenica.

AdriaticSlovenica poleg dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ponuja tudi nadstandardna zavarovanja, za večji obseg pravic oziroma za višji standard storitev. Ravno tako kot Vzajemna, tudi AdriaticSlovenica ponuja zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini (Coris). AdriaticSlovenica pokriva 19,3% tržni delež na področju zdravstvenih zavarovanj.

Zavarovalnica Triglav d.d.-Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d.d.

Poleg AdriaticSlovenice in Vzajemne, ponuja dopolnilna zdravstvena zavarovanja tudi Triglav zdravstvena zavarovalnica, in sicer od druge polovice leta 2004. Poleg dodatnega zdravstvenega zavarovanja ponuja tudi zavarovanje z asistenco v tujini (Mercur Assistance). Triglav zdravstvena zavarovalnica pokriva 0,3% tržni delež na področju zdravstvenih zavarovanj.

Tabela 2: Primerjava med zavarovalnicami po številu zavarovancev in po višini premije

ZAVAROVALNICA	ŠTEVILO ZAVAROVALNICEV (I.2005)	% ZAVAROVANCEV	ŠTEVILO ZAVAROVALNICEV (I.2006)	% ZAVAROVANCEV	PREMIJA (2006)
VZAJEMNA	1.135.000	80,40%	887.000	63%	4.737,00 SIT
ADRIATICSLOVENICA	272.456	19,30%	320.000	23%	4.754,00 SIT
TRIGLAV, zdrav.zav.	4.235	0,30%	193.000	14%	4.939,00 SIT
SKUPAJ	1.411.691	100%	1.400.000	100%	

Vir: Tržni deleži zdravstvenih zavarovalnic, 2006

Vzajemna d.v.z., 2006

3.4.2 Novosti na trgu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj

S 1. septembrom 2005 je pričela veljati novela ZZVZZ, ki naj bi uredila razmere na trgu zdravstvenih zavarovanj. Kot najpomembnejšo spremembo naj omenim uvedbo sistema izravnalnih shem na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Z izravnavo se bodo med zavarovalnicami izravnale razlike v stroških zdravstvenih storitev, ki so posledica različnih struktur zavarovancev glede na starost in spol. S 1.12.2005 so morale vse

zavarovalnice, ki ponujajo dodatno zdravstveno zavarovanje, obvestiti svoje zavarovance o novostih na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Novosti, ki jih je prinesel novi Zakon:

▪ Preoblikovanje obstoječih pogodb

Obstoječe pogodbe je bilo potrebno preoblikovati v skladu z Zakonom, tako so nove pogodbe začele veljati od 01.03.2006 naprej.

▪ Sprejem v zavarovanje

Zavarovalnica je dolžna sprejeti v zavarovanje vse osebe, ki so obvezno zavarovane in se želijo zavarovati pri tej zavarovalnici. Ravno tako mora zavarovalnica vse zavarovance obravnavati enako.

▪ Trajanje pogodbe

Pogodbe je potrebno sklepati najmanj za eno leto, razen v primerih, kjer je status zavarovane osebe v obveznem zavarovanju časovno omejen.

▪ Odpoved pogodbe s strani zavarovalca oz. zavarovanca

Zavarovalec / zavarovanec lahko odpove pogodbo po poteku enega leta od začetka veljavnosti zavarovanja, pred tem rokom pa v primerih prenehanja statusa zavarovane osebe v obveznem zavarovanju. Odpovedni rok je tri mesece.

▪ Odpoved pogodbe s strani zavarovalnice

Zavarovalnica lahko po novem odpove pogodbo o prostovoljnem zavarovanju samo v primeru, če zavarovanec ne plača premije.

▪ Premija in popusti

Od 1. marca 2006 je višina premije v okviru ene zavarovalnice enotna, in to ne glede na spol, starost in zdravstveno stanje osebe. Dovoljeno odstopanje od enotne premije je 3-odstotni popust v primerih, ko bo imela zavarovalnica ob sklenitvi ali izvajanju zavarovanja nižje administrativne stroške (npr. skupinska zavarovanja).

▪ Pribitek na premijo

Pribitek na premijo je posledica pozne vključitve v zavarovanje. Premija se bo posamezniku, ki se ne bo vključil v zavarovanje v roku enega leta od dne, ko bo postal zavezan plačevati razliko med polno ceno zdravstvenih storitev in delom, ki se krije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, povišala za 3% z vsakim polnim nezavarovanim letom. Za izračun števila polnih let se bodo upoštevali vsi dnevi po 1. januarju 2006. Skupno povišanje premije zaradi ne vključitve v dopolnilno zdravstveno zavarovanje lahko znaša največ 80%.

- Čakalna doba

Zakon uveljavlja trimesečno čakalno dobo, kar pomeni, da bo zavarovanec tri mesece od prve sklenitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ob obisku pri zdravniku sam kril vse dodatne stroške zdravstvenih storitev. Čakalna doba ne velja za osebe, ki postanejo "zvezane" k plačilu razlike med vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje in je od začetka te obveznosti potekel največ en mesec ter za tiste osebe ob vnovični sklenitvi, ko je od predhodnega zavarovanja potekel največ en mesec. Čakalna doba je čas, v katerem zavarovanec plačuje premijo, vendar zavarovalnica v tem obdobju ne krije razlike med celotno dogovorjeno ceno storitve in deležem te cene.

- Izravnalne sheme

Zavarovalnice z ugodnejšo strukturo zavarovancev po starosti in spolu bodo prenesle sredstva na zavarovalnice, ki imajo to strukturo manj ugodno in zato višje stroške pri plačevanju zdravstvenih storitev. Dopolnilno zavarovanje se izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med spoloma med vsemi zavarovanci dopolnilnega zavarovanja. Zavarovalnice so se dolžne vključiti v izravnalno shemo dopolnilnega zavarovanja. Zavarovalnice morajo voditi prihodke in odhodke dopolnilnega zavarovanja ločeno od drugih tipov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ter morajo izdelati ločen izkaz poslovnega izida. V primeru pozitivnega izida iz dopolnilnega zavarovanja morajo polovico tega izida nameniti za izvajanje dopolnilnega zavarovanja.

- Vrnitev neizkoriščenega dela vplačanih premij

Zavarovalnice morajo zavarovancem oziroma zavarovalcem najkasneje do 31.3.2006 povrniti neizkoriščeni del vplačanih premij po stanju na dan prenehanja stare zavarovalne pogodbe. Primer: tistemu, ki je vnaprej vplačal letno premijo, mora zavarovalnica povrniti neizkoriščen del oziroma sorazmerni delež od 01.03.2006 do konca zavarovalnega obdobja po stari pogodi.

- Rezervacije

V preteklosti so bile za nekatere zavarovalne pogodbe oblikovane matematične rezervacije (PZD-T) in rezervacije za starost (PZD). Mladi zavarovanci so plačevali višjo premijo kot bi jo morali glede na rizičnost, da bi, ko bodo starejši plačevali nižjo premijo glede na njihovo rizičnost. Preveč plačana premija se je za namen »varčevanja za starost« zbirala v rezervacijah. Po novem se rezervacije za starost oziroma matematične rezervacije ne oblikujejo več. Nov zakon določa, da morajo zavarovalnice vrniti rezervacije tistim zavarovancem, za katere so jih oblikovale (PZD, PZD-T). Izplačilo teh zneskov v celoti ali deloma lahko zavarovalnice v celoti ali deloma izvršijo v obliki pobota z zavarovalno premijo.

- Odpoved s strani zavarovalnice

Če zavarovanec do zapadlosti ne plača premije po pogodbi o dopolnilnem zavarovanju, preneha obveznost zavarovalnice po 60 dneh od dneva, ko je bilo zavarovancu oz. zavarovalcu vročeno priporočeno pismo z obvestilom o zapadlosti premije.

Strnjene novosti novega Zakona:

- ukinja se davek od prometa zavarovalnih poslov za zavarovanja nad 10 let,
- zavarovalnice so morale s 1.3.2006 preoblikovati obstoječa dopolnilna zdravstvena zavarovanja skladno z novelo zakona,
- zavarovalnice bodo morajo zavarovancem vrniti oblikovane rezervacije, v kolikor so se pogodbe oblikovale, v roku 2 let,
- vse zavarovalnice so obvezno vključene v izravnalne sheme za izravnavo razlik v stroških zdravstvenih storitev med zavarovalnicami, ki izhajajo iz razlik v starostni strukturi in strukturi po spolu portfelja posameznih zavarovalnic,

Zavarovanci so upravičeni do izplačila sredstev:

- matematičnih rezervacij
- ter rezervacij za starost

v skupni višini, ugotovljeni na zadnji dan šestega meseca po uveljavitvi tega zakona. Skupna višina matematičnih rezervacij oziroma rezervacij za starost pri posamezni zavarovalnici, do katerih so upravičeni zavarovanci, za katere je zavarovalnica oblikovala te rezervacije, se izračuna kot vsota matematičnih oziroma starostnih rezervacij, izračunanih za vsakega zavarovanca posebej. Zavarovancem, ki so imeli enako premijo dopolnilnega zavarovanja, ne glede na trajanje zavarovanja, spol in starost zavarovanca, in so zavarovalnice za njih oblikovale matematične oziroma starostne rezervacije, so dolžne zavarovalnice vsakemu posamezno izplačati sorazmeren delež teh rezervacij na ravni zavarovalnice. Do sorazmernega deleža rezervacij so upravičeni zavarovanci, za katere je zavarovalnica oblikovala matematične oziroma starostne rezervacije in so imeli na dan uveljavitve tega zakona sklenjeno veljavno dopolnilno zavarovanje.

Za zavarovance, ki so imeli različne premije dopolnilnega zavarovanja, za katere je oblikovala zavarovalnica matematične oziroma starostne rezervacije in so bile premije določene z upoštevanjem medgeneracijske vzajemnosti, zavarovalnice ugotovijo delež rezervacij, do katerega so upravičeni zavarovanci, ki so imeli na zadnji dan pred uveljavitvijo tega zakona veljavno polico dopolnilnega zavarovanja.

4. RAZMERJE MED JAVNIMI IN ZASEBNIMI SREDSTVI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Stroške financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji ocenjujemo iz treh vidikov: javnih sredstev, zasebnih sredstev iz prostovoljnih zavarovanj in zasebnih sredstev za samozdravljenje.

Delež javnih izdatkov za zdravstvo v BDP od leta 1992 pada, saj je bilo v tem letu uvedeno dopolnilno zavarovanje, torej uvedba doplačil. Breme dodatnega financiranja se je predvsem prevalilo na zasebna sredstva prebivalcev v obliki premij dopolnilnih zavarovanj in neposrednih plačil prebivalcev. Tako se je skupni delež izdatkov za zdravstvo v BDP, ki je v letu 1992 znašal 8,00% BDP, v letu 2005 povečal na 8,38% BDP (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2005, 2006, str. 14).

4.1. Javna sredstva

Gre za prihodke, ki jih Zavod pridobi s prispevki za obvezno zavarovanje (OZZ). Največji del javnih sredstev predstavljajo sredstva obveznega zavarovanja (prispevki za obvezno zavarovanje). Glavni vir predstavljajo prispevki zavarovancev (tako delodajalcev in delojemalcev). Prispevki za obvezno zavarovanje se obračunavajo po proporcionalnih stopnjah glede na dohodke oziroma druge določene osnove zavezancev. O stopnji prispevkov odloča Državni zbor.

Poleg sredstev obveznega zavarovanja, poznamo tudi proračunska sredstva. To so sredstva proračuna države in sredstva proračunov občin. Več kot polovica vseh proračunskih sredstev države se namenja za investicijska vlaganja v bolnišnice. Z ostalimi sredstvi se financira razvojne programe.

Sredstva države so v letu 1992 znašala 5,17 milijard tolarjev, kar je predstavljalo 0,51% BDP. V letu 2005 so sredstva države znašala 21,65 milijard sit, kar je 0,33% BDP. Proračunska sredstva občin pa so v letu 2005 znašala 3,7 milijard sit oziroma 0,06% BDP. Sredstva občin so namenjena predvsem za zdravstvene programe in storitve, ki so posebej pomembna za lokalna območja (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2005, 2006, str. 14).

4.2. Zasebna sredstva

Ta sredstva se v zdravstvo stekajo kot izdatki za škodne primere v obliki prostovoljnih zavarovanj (PZZ). Kratica PZZ pomeni zavarovanje za doplačilo do polne vrednosti zdravstvenih storitev oziroma zdravil. Tisti, ki za doplačila niso zavarovani morajo doplačilo plačati sami. Gre za sredstva zavarovalnic, ki izvajajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja in nezgodna zavarovanja. Dopolnilno zavarovanje je postalo pomemben vir sredstev za zdravstveno varstvo, saj je bila višina izdatkov dopolnilnega zavarovanja leta 2001, 88,5 mrd SIT in leta 2005, 113,02 mrd SIT (Poslovno poročilo ZZZS 2005, 2006, str. 14).

4.3. Zasebna sredstva za samozdravljenje

To so sredstva, ki jih ljudje porabijo za različne zdravstvene storitve in jih plačujejo posamezniki neposredno iz svojega žepa. Vsebinsko so v teh sredstvih zajeti izdatki gospodinjstev za samoplačniške zdravstvene storitve, nakup zdravil brez recepta, laboratorijske storitve, rentgen, fizioterapija, medicinski pripomočki itd.

4.4. Koncesije

Znotraj zdravstvenih domov ponekod delujejo samoplačniške ambulante. Namen teh je bil ponuditi zdravstvene storitve ljudem, ki so pripravljeni za te storitve plačati iz svojih sredstev. Tako naj bi se skrajšale čakalne vrste. Poznamo tudi zasebne izvajalce, ki imajo koncesijo. To pomeni, da je zdravnik vključen v mrežo javne zdravstvene dejavnosti, stroške izvajanja storitev pa mu povrne Zavod. Tako bolnikom ni potrebno plačati za zdravstvene storitve. Koncesionarji morajo vsako leto skleniti pogodbo z Zavodom za storitve, ki sodijo v obvezno zavarovanje (Mazgon, 2000, str. 17). Na primarni ravni izdaja koncesije občina, na sekundarni ravni (bolnišnična dejavnost in specialistična ambulanta) in terciarni ravni (klinike in inštituti) pa Ministrstvo za zdravje. Ocena izdatkov za zdravstvo v Sloveniji 2001-2005 je prikazana v Prilogi 1, na str. 2.

5. KAKŠNO JE RAZMERJE MED JAVNIM IN ZASEBNIM V EVROPI

Financiranje z davki in prispevki socialnega zavarovanja srečamo v Veliki Britaniji, na Irskem, Danskem, Švedskem in Finskem, medtem ko se na Portugalskem sistem zdravstva financira v glavnem z davki. Ambulantne službe v Veliki Britaniji, na Irskem, Danskem, Švedskem, Finskem, v Španiji, na Portugalskem, v Italiji in v Grčiji so večinoma v sklopu državnih zdravstvenih služb. V teh državah so dodatno zdravniki zasebniki, ki omogočajo ambulantne storitve izven državnih zdravstvenih služb, na zasebni osnovi (v skandinavskih državah jih je razmeroma malo, v sredozemskih pa precej veliko). Na Danskem, v Veliki Britaniji in na Irskem najdemo ambulantne službe na področju splošne medicine pri zasebnih zdravnikih, ki imajo pogodbo z državnim zdravstvom. V Veliki Britaniji in na Irskem odbori, sestavljeni iz predstavnikov državnega zdravstva in zdravnikov, določijo omejitve za priznanje za tista področja, kjer je zdravstvene oskrbe dovolj.

V Veliki Britaniji, na Irskem in na Nizozemskem o tarifah za priznane zdravnike v resnici odločajo strokovne komisije, ki jih imenujejo državne oblasti, da se po eni strani priznanim zdravnikom zagotovi zadostno povračilo, po drugi strani pa upošteva finančna sredstva, ki so na voljo.

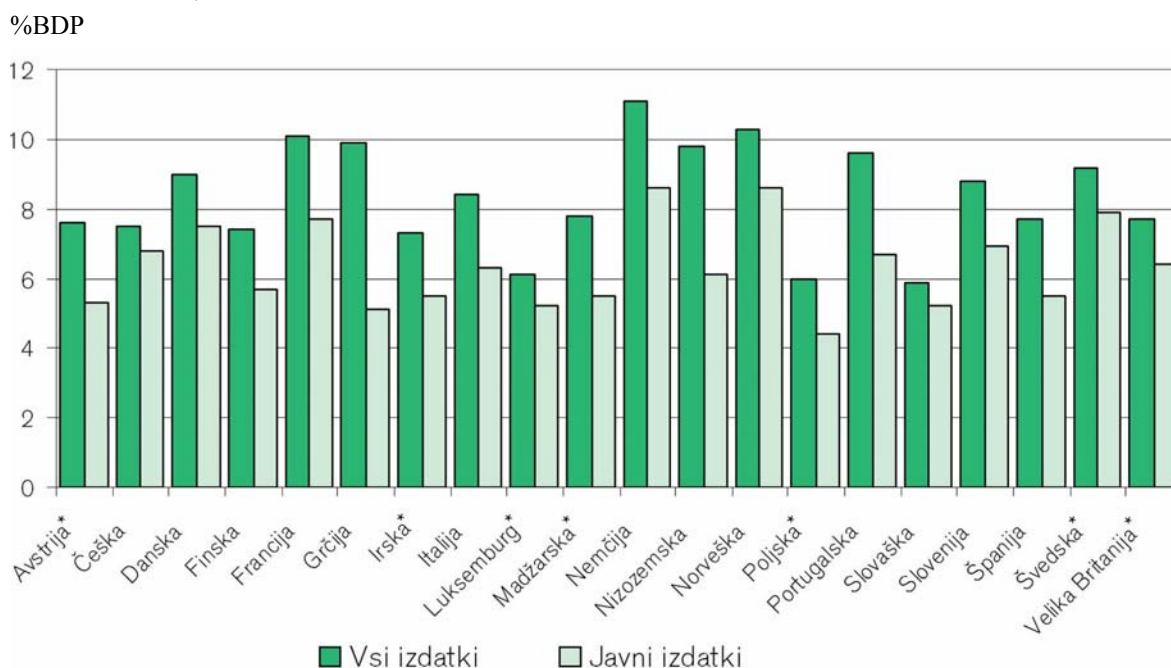
V državah, kjer se pogodbe sklenejo med državnim zdravstvom in zasebnimi priznanimi zdravniki, so pacienti na seznamu, ki ga vodi splošni zdravnik. V takšnem sistemu zdravnik glede na število pacientov dobi za vsakega pacienta nek pavšal, ki ga dopolnjujejo plačila za

posebne storitve (tako je v Veliki Britaniji, na Irskem in na Danskem). V Veliki Britaniji in na Irskem se zdravnikom dodatno plača pavšal za stroške, ki jih ima za vodenje poklica.

V večini držav članic so zdravniki specialisti v glavnem v ambulantnih oddelkih v bolnišnicah (Velika Britanija, Irsko, Nizozemska, Portugalska, Švedska, Danska, Finska). V Veliki Britaniji in na Irskem specialisti lahko ponujajo svoje storitve zasebnim pacientom (vendar je ta dodatni zaslužek omejen na 10 % njihovega dohodka, glede na položaj zdravnika). Na Finskem so mnogi bolnišnični zdravniki hkrati zasebniki, na Švedskem pa jih je le malo. V Nemčiji, Belgiji, Franciji, Luksemburgu, Veliki Britaniji, na Irskem, v Španiji, na Portugalskem, v Italiji, Grčiji in Avstriji imajo zdravniške poklicne organizacije ("Kammern"-zdravniške zbornice), v katere morajo biti zdravniki včlanjeni, če želijo imeti dovoljenje za opravljanje medicinskega poklica (obvezno članstvo). V Nemčiji (za bolnišnične zdravnike), Franciji, Belgiji, Luksemburgu, Veliki Britaniji, na Irskem in v Italiji imajo poleg teh poklicnih zdravniških organizacij, ki so odgovorne za seznam zdravnikov in upoštevanje poklicne discipline, poklicna združenja, ki zastopajo in branijo interese poklica in za katere je članstvo prostovoljno. Na Švedskem ni poklicnih organizacij z obveznim članstvom, imajo le zdravniška združenja, v katerih je članstvo prostovoljno (Bela knjiga, 2003, dodatek 1, str.15-20).

V Prilogi 2, na str. 3, sem naredila primerjavo izdatkov za zdravstvo med državami na prebivalca, v letu 2003, v ameriških dolarjih. V Prilogi 3, na str. 4, pa sem primerjala kazalce o zmogljivostih zdravstvene službe v Sloveniji v primerjavi z evropskimi državami.

Slika 1: Delež sredstev (javnih in zasebnih) za zdravstveno varstvo v odstotku BDP v letu 2003, v različnih državah



Opombe: Med izdatke za zdravstvo so vključene tudi investicije. Zadnji podatki, ki so na voljo, so za leto 2002; za države Evropske unije kot so Litva, Latvija, Estonija, Malta in Ciper, ni podatkov.

Vir: OECD Health Data 2005, 2005.

5.1. Razvoj zdravstvenega varstva in zavarovanja z vidika vključevanja v Evropsko Unijo

Temeljni namen povezovanja držav v Evropsko unijo naj bi bil prost pretok ljudi, blaga, storitev in kapitala na območju držav članic, pri čemer naj bi vsaka od njih ohranila svojo suverenost tam, kjer to ne bi nasprotovalo integracijskim procesom. Povezovanje naj bi bilo predvsem usmerjeno na gospodarska vprašanja. Tudi Maastrichstska pogodba kot eden izmed dokumentov za delovanje EU ne predvideva poenotenja zdravstvenih sistemov med članicami EU, vendar je v tej isti pogodbi določeno, da morajo vse države, članice EU, zagotoviti v predpisih in z ustreznimi ukrepi visoko raven skrbi za zdravje.

Iz primerjave sistemov zdravstvenega varstva v državah članicah Evropske unije lahko ugotovimo, da so razlike med njimi tako velike, da je razmišljanje o poenotnju ali morebitni izvedbi »enotnega evropskega sistema« nerealno. Tako bo vsaka država poskušala obdržati svoj model zdravstvenega zavarovanja. Če bi se namreč poenotil sistem zdravstvenega varstva v vseh državah članicah, bi to pomenilo:

- zagotavljanje vsem zavarovanim osebam enake pravice in kakovost storitev
- zagotavljanje vsem enako oskrbo z zdravili in tehničnimi pripomočki
- vsem dostopnost do enotne kakovosti.

Nekatere šibkejše države EU tega ne bi zmogle, ekonomsko močnejše države pa bi jih morale solidarno pokrivati. Slovenija se je odločila za Bismarckov model zdravstvenega zavarovanja, ki se je pokazal kot primeren in ga zato želi še vnaprej dograjevati in izpopolnjevati. Dobra se je pokazala tudi rešitev le enega nosilca obveznega zavarovanja, saj je za tako majhno državo to najracionalnejša možnost.

Razmah prostovoljnih zavarovanj v državah Evropske unije bo močno odvisen od obsega pravic, ki jih bo zagotavljalo obvezno zavarovanje, in od dostopnosti storitev, ki bodo predmet solidarnosti v tem okviru.

6. ZDRAVSTVENO VARSTVO V VELIKI BRITANIJ

Za Veliko Britanijo lahko rečemo, da je zibelka Beveridgeovega modela zdravstvenega varstva (Toth, 2003, str. 150-155). Beveridgeov sistem se financira iz sredstev proračuna oziroma iz davkov. Začelo se je z zavarovanjem delavcev, ki so se včlanili v tako imenovane »friendly societies«, to so bile nekakšne vrste vzajemnih blagajn za pomoč delavcem, ki so zboleli ali se poškodovali. Prispevke so plačevali delavci in delodajalci. Ker število zavarovanih delavcev ni bilo tako visoko kot so pričakovali, so leta 1911 z zakonom uvedli splošno obvezno zdravstveno zavarovanje. Obseg pravic je bil skromen, saj je vseboval le izplačilo nadomestil v času bolezenske odsotnosti z dela, stroške zdravljenja pri splošnih

zdravnikov, ter stroške za zdravila. Obvezno zdravstveno zavarovanje pa ni krilo bolnišničnega zdravljenja. Na voljo so bile javne splošne bolnišnice, v katerih so bolnike zdravili s proračunskimi sredstvi. Šlo je za bolnike v akutnih stanjih ali za obolele za kakšno od nalezljivih ali psihiatričnih bolezni. Socialno je bila zavarovana le tretjina prebivalstva, del prebivalstva si je kritje stroškov za zdravstvene storitve zagotovila pri zasebnih zavarovalnicah. Obseg pravic je bil skromen in ponudbe zavarovalnic niso imele kritja za bolnišnično zdravljenje. Kot posledica takega stanja varstva je bil v Veliki Britaniji leta 1948 vzpostavljen Beveridgeov model. Prišlo je do temeljite spremembe v sistemu.

Beveridge je namesto zavarovanja v vzajemnih družbah predlagal, da bi za zdravstveno stanje skrbela zdravstvena služba, ki naj bi jo ustanovila, upravljala in financirala država. Država je sprva ustanovila zdravstveno službo, potem pa je Beveridge predlagal uvedbo Nacionalne zdravstvene službe (National Health Service – NHS).

Tako je NHS zagotavljala kritje stroškov za prav vse zdravstvene storitve za državljane Velike Britanije. Sistem je naravnano tako, da o vsem odloča država. NHS je državna ustanova pod neposrednim nadzorom in odgovornostjo vlade, ki preda operativno odgovornost izvršilnemu organu NHS (upravnemu odboru), ta pa prenese upravljalne naloge in odgovornost naprej na 14 regionalnih zdravstvenih oblasti (Regional Health Authorities) in dalje na lokalne zdravstvene oblasti (District Health Authorities). Te so odgovorne za geografska področja s povprečno 450.000 prebivalci.

Leta 1988 so se lotili reforme sistema. Zmanjšali so administrativni aparat NHS v regionalnih in lokalnih zdravstvenih oblasteh in prenesli več odgovornosti za izvajanje programov na izvajalce (splošne zdravnike in bolnišnice). Uvedli so »notranji trg« NHS-ja, s tem da so ločili funkcije izvajalcev storitev in kupcev storitev. Bolnišnice so dobile večjo poslovno samostojnost in so lahko svoje presežne zmogljivosti »prodajale« zasebnim bolnišnicam ali drugim interesentom. Notranji trg je uvedel tudi tekmovalnost med bolnišnicami na področju cen, kakovosti in skrajševanja čakalnih dob.

NHS je uvedla nov pojem zdravnikov splošne medicine (GP, general practitioner-fundholding), preko katerih je razdeljevala sredstva za bolnišnično zdravljenje. Uvedba »funholderjev« je omogočala splošnim zdravnikom, da z določenim delom sredstev, ki jih prejmejo, na osnovi pogodbe, sami gospodarijo. S tem so pridobili možnost opraviti sami čim več storitev in sredstva bi ostala njim. Tako so zdravniki postali odgovorni za porabo sredstev. Zdravnik mora s svojim letnim proračunom ravnati racionalno in ekonomično ter poleg medicinskega dela poskrbeti tudi za finančno - organizacijsko plat svoje prakse. Privarčevana sredstva so lahko porabijo za investiranje v svoje ordinacije, v opremo ali za druge potrebe. Uvedba funholderjev je lahko pomenila lahko tudi zavestno zadrževanje svojih varovancev pri sebi, namesto da bi jih napotili k specialistom in druga nevarnost selekcioniranja bolnikov, saj bi lahko prišlo do odklanjanja starejših.

Taka oblika organiziranja je skrivala skrivala pasti. Tako je lahko neki tržno naravnani izvajalec izbral cenejše bolnišnice, saj je račune bolnišnic NHS plačeval iz svojega proračuna. Z bolnišnicami oziroma s skladom NHS Trust je skušal doseči ugodne dogovore za tiste bolnike, ki jih sam ni mogel zdraviti in jih je moral zaradi tega napotiti v bolnišnico. Zato je splošni zdravnik zelo racionalno pošiljal v bolnišnice svojih enajst tisoč pacientov, kolikor mu jih je dovoljevala država v okviru ene prakse. Prihranjena sredstva je namreč lahko investiral v svojo ordinacijo. NHS Trust (to so zdravstvene oblasti in zdravniki) s proračunom spremlja in nadzoruje delo in rezultate pogodbene stranke (bolnišnice), ki jih je dosegla na področju zdravstvene oskrbe prebivalstva. Druga nevarnost je bila v selekcioniranju bolnikov. Zdravniki so imeli v takem režimu namreč interes, da bi imeli registriranih čim več mladih in zdravih oseb. Posledično bi to lahko pomenilo tudi odklanjanje starejših in kronično bolnih oseb. Zaradi tega je bilo leta 1999 »fundholderstvo« za splošne zdravnike odpravljeno.

Namesto tega so uvedli »Primary Care Group« (PCG), ki predstavlja združenje splošnih zdravnikov določenega območja. Po tej najnovejši ureditvi prejmejo splošni zdravniki vsa sredstva za svoje delo in za storitve drugih profilov na primarni ravni ter za storitve specialistične ambulantne dejavnosti. S temi sredstvi morajo kriti tudi račune za zdravila in za storitve, ki jih za njihove bolnike opravijo v specialističnih ambulantah. Razen v nujnih primerih bolnik ne more neposredno v bolnišnico NHS, temveč ga tja napoti zdravnik splošne medicine. Splošni zdravniki morajo za sekundarno raven opravljati funkcijo vratarja (gatekeeper) in s tem vplivajo na povpraševanje po bolnišničnih storitvah.

Zdravstvena služba NHS vključuje različne zdravstvene zmogljivosti. Splošni zdravniki so v pogodbenem odnosu z NHS. Ljudje si splošne zdravnike lahko prosto izbirajo, vendar le znotraj regije v kateri živijo. Zdravniki so plačani glede na število opredeljnih oseb (capitation fee), poleg tega pa prejmejo še dodatna sredstva za zdravljenje na domu, za nekatera cepljenja in preventivne storitve. Ti zdravniki imajo vlogo, da usmerjajo bolnike na sekundarno raven, bodisi na specialistično-ambulantno ali bolnišnično dejavnost. Brez zdravnikove napotitve ne more priti nihče k specialistu, razen če gre za nujno medicinsko pomoč.

Tudi v Veliki Britaniji poznajo čakalno dobo. Zdravnik specialist napoteno osebo pregleda in določi nujnost zdravljenja. Če ne gre za nujen poseg, bolnika uvrsti na čakalno listo (Toth, 2003, str. 150-153).

Ministrstvo za zdravstvo sprejema predpise in razna navodila za delovanje zdravstvene službe, za planiranje na nižjih ravneh, smernice za spoštovanje pravic bolnikov ter razdeljuje proračunska sredstva lokalnim oblastem, pogaja se o plačah medicinskih sester. O plačah zdravnikov in zobozdravnikov je pred kratkim odločala vlada. Po reformi leta 1997 pa se zdravniki pogajajo o plačah s svojimi delodajalci. Okoli dve tretjini specialistov prejema plačo od NHS, del specialistov pa dela občasno še v zasebni službi.

V Veliki Britaniji naletimo na posebnost, in sicer je NHS obenem ponudnik in plačnik zdravstvenih storitev. Velika Britanija namenja področju zdravstvenega varstva sorazmerno nizek delež bruto domačega proizvoda.

Zelo poznano je v Veliki Britaniji vzporedno zavarovanje. Ker je zakonodaja na tem področju še zelo nedoročena, se zavarovalnice pri vzporednih zavarovanjih obnašajo zelo različno. Skoraj vse imajo starostno omejitev med 60. in 70. letom. To pomeni, da človeku, ki je dosegel to starost zavračajo sklenitev zavarovalne pogodbe, razen če je bil že pred tem zavarovan. Ravno tako, če zavarovalnice ocenijo, da je tveganje zanje previsoko, potem zavarovanje zavrnejo. Premije pri tem zavarovanju so različne in odvisne od starosti ob vključitvi v zavarovanje. Najkrajša doba trajanja zavarovanja je 3 do 10 let. Zavarovalnice ne oblikujejo matematičnih rezervacij za starost. Zelo pomembno je, da se vzporedna zavarovanja lahko izvajajo v državah, kjer imajo dovolj zdravstvenih zmogljivosti (Toth, 2003, str. 305).

6.1. *Financiranje zdravstvenega zavarovanja v Veliki Britaniji*

Glavni vir financiranja so sredstva proračuna, ki jih določi parlament in se zberejo iz splošnih prihodkov in davkov. Ko so sredstva za financiranje določena, jih Ministrstvo razdeli regionalnim zdravstvenim oblastem. Pri delitvi sredstev uporabljajo merila kot so: število prebivalstva območja, razmerje med moškimi in ženskami, relativna umrljivost in povprečni stroški storitev na območju. S prispevki zdravstvenega zavarovanja upravlja NHS. Sistem zdravstvenega varstva v Veliki Britaniji omogoča bolnikom, da ne plačujejo obiskov pri zdravniku splošne medicine, niti specialističnih pregledov po napotitvi v bolnišnico. Tudi bolnišnična oskrba je brezplačna. Recepti so zastoj, za vsako zdravilo je v lekarni potrebno plačati 3,20 funtov. Ker obstajajo številne izjeme, se participacija plača le za okoli 17 % predpisanih zdravil. Bolniki morajo plačati le okulistične preglede, večji del stroškov za očala in zobozdravstvene storitve.

Ponudniki zdravstvenega zavarovanja so bolnišnice, katere zastopajo skladi NHS Trust. Povpraševalci in ponudniki sklepajo proračunske pogodbe običajno za dobo enega leta, vendar pa se pogosteje pogajajo za daljše obdobje, kar je ekonomsko utemeljeno s porazdelitvijo stalnih transakcijskih stroškov na daljšo dobo, po drugi strani pa gre za željo po dolgoročno stabilnih in predvidljivih razmerjih, ko je mogoče uresničiti tudi dolgoročnejshe projekte. Med bolnišnicami se odvija tekmovanje za programe, ki jih financira NHS, da bi si pridobile čim večji del programa posamezne regionalne ali lokalne zdravstvene oblasti.

Zdravstvene oblasti in zdravniki s proračunom natančno spremljajo in nadzorujejo delo ter rezultate pogodbene stranke (bolnišnice), ki jih je dosegla na področju zdravstvene oskrbe prebivalstva. NHS Hospital Trust so neprofitne organizacije, ki financirajo približno 95 % storitev na sekundarni ravni.

Večji del višjih zdravnikov in specialistov je zaposlenih pri NHS Hospital Trustu. Prizadevajo si, da bi bili pri njem samo delno zaposleni, tako da bi preostali čas zdravili zasebne bolnike,

kar jim prinaša dodatni zaslužek. V primeru dolgih čakalnih dob specialist svetuje zdravljenje v zasebnem sektorju, kjer čakalnih dob ni oziroma so kratke. Splošni zdravniki na primarni ravni dobivajo polovico dohodka v obliki redne plače, ostalo pa je odvisno od števila bolnikov, ki so registrirani pri njih (glavarina), in od drugih plačil za opravljene medicinske storitve. Splošni zdravnik lahko zaračuna tudi delo, ki ga opravi zunaj pogodbe z NHS-om, npr. izdajanje posebnih spričeval ali zdravniški pregledi za zavarovalnico.

6.2. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Veliki Britaniji

Zaradi pomanjkanja sredstev NHS je prišlo do uvedbe prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Le to ponuja zavarovancem kritje stroškov za storitve, za katere bi posameznik moral čakati več mesecev. Gre za komercialno zavarovanje in krije iste storitve kot NHS, vendar brez čakalne dobe. Zavarovalnice imajo možnost odkloniti zavarovanje, če bi bilo preveč tvegano. Premijo pogosto plačajo delodajalci. Prostovoljno zavarovane osebe morajo plačati davke iz katerih se financira NHS. Torej s prostovoljnim zavarovanjem zavarovanci ne pridobijo možnosti večjih pravic ali boljšega standarda, temveč le možnost, da bodo deležni določenih preiskav in posegov mnogo prej, kot bi jih glede na čakalne liste. Število prostovoljno zavarovanih oseb je zelo majhno, saj se ljudje zavarujejo šele ko se srečajo s čakalno dobo.

V nasprotju z mnogimi evropskimi državami pozna Velika Britanija majhna doplačila k ceni zdravstvenih storitev. Uvedena so npr. pri zdravilih, kjer je določena višina doplačila za vsak recept, vendar največ do določenega letnega zneska. Doplačil so oproščeni otroci in šolarji do 16. leta starosti, slepe in slabovidne osebe, starejše osebe (moški na 65 let in ženske nad 60 let), upokojenci, vojni veterani, ženske v času nosečnosti in materinstva, socialno šibke osebe in osebe z nekaterimi kroničnimi boleznimi. Vsakdo si lahko omisli letno ali štirimesečno doplačilno karto, s katero se ob vnaprej plačanem znesku doplačila za zdravila za to dobo izogne obveznosti sprotnega plačevanja participacije ob dvigu zdravila v lekarni. Doplačila so tudi za zobozdravstvene storitve (80% stroškov zdravljenja), kjer je ravno tako določena zgornja meja letnega doplačila.

V Veliki Britaniji gre za povsem državno voden in upravljan sistem, v katerem ima osrednjo vlogo Ministrstvo za zdravstvo in njegov razvejan aparat NHS, na katerega je država prenesla naloge plačevanja in izvajanja zdravstvenega varstva v državi.

Glavne značilnosti Britanskega zdravstvenega sistema so, da o vseh vprašanih zdravstvenega varstva odloča država (parlament, vlada, ministrstvo, lokalne oblasti), da je celoten sistem financiran iz proračunskih sredstev, zbranih z davki (Toth, 2003, str. 305).

7. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE NA ŠVEDSKEM

Sistem zdravstvenega zavarovanja na Švedskem je zelo urejen in pomemben del javnega sistema. Vsak državljan ima vpogled v celoten zdravstveni sistem, ki je financiran predvsem s prispevki zaposlenih.

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

Švedska je nad Evropskim povprečjem v mnogih zdravstvenih pokazateljih. Zdravstveni sistem deluje v treh velikih mestnih svetih (Göteborg, Malmö, Gotland). Okrožni (sveti) so neodvisni, demokratično izvoljeni organi oziroma telesa. Glavna naloga osrednje vlade je izbira vodstva zdravstvenega sistema. Svet okrožja (The Association of County Councils) deluje kot institucija med osrednjo vlado in okrožnimi sveti. Osrednja vladna administracija je razdeljena na dva dela, in sicer Ministrstvo za zdravje in socialne zadeve in vrsto neodvisnih administrativnih agencij, glavno od njih je Nacionalno ministrstvo za zdravstvo in socialno blaginjo. Njegova glavna naloga je nadzor sveta okrožij, ter nadzor in razvoj vseh področij socialne in zdravstvene politike.

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

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

Veliko zdravnikov je zaposlenih v svetu okrožij in na primarnem zdravstvenem področju. Zdravniki dobivajo plačo za delo v zasebnih ordinacijah in so plačani od učinkovitosti oz. od količine bolnikov. Plača je sestavljena na podlagi usposobljenosti in delovne uspešnosti.

Bolniki lahko dobijo predpisana zdravila oz. dobijo povračilo za zdravila na pozitivni listi. Doplačila so določena v stalnem znesku za posamezno zdravilo. Majhna doplačila mora bolnik plačati v primeru, da obišče zasebno zdravstveno ordinacijo. Doplačila za zobozdravstvene storitve tudi na Švedskem postopno naraščajo.

Glavna naloga zdravstva v preteklih letih je bila učvrstiti primarno nego na Švedskem. Primarna nega je organizirana kot primarno okrožje in zagotavlja 1000 primarnih zdravstvenih centrov (Primary Health Care Centres –PHC), upravljanih s strani sveta okrožij. Posamezno okrožje ima vsaj en zdravstveni dom za daljšo nego bolnikov.

Švedsko zdravstveno združenje (Swedish Medial Association-SMA) je bilo osnovano v letu 1903 in predstavlja celotno zdravstveno oskrbo na Švedskem. Ima približno 38000 članov, od tega 28 lokalnih zdravstvenih združenj, 7 profesionalnih združenj, zdravstveno študentsko organizacijo, 50 specialističnih združenj in 12 posebnih interesnih skupin. Člani SMA so prijavljeni v lokalni podružnici na območju kjer delajo. Vsak član pripada vsaj enemu profesionalnemu združenju (Health Care System in the EU, 1998, str. 117).

8. FINANČNO POSLOVANJE ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE V LETU 2005

Število zavarovanih oseb na dan 31.12.2005 je znašalo 1.983.109 in se je v primerjavi z letom 2004 povečalo za 0,4%. Največji delež predstavljajo zaposleni z družinskimi člani, sledijo jim upokojene osebe in njihovi družinski člani, nizek delež pa predstavljajo kmetje.

Sredstva za obvezno zavarovanje se zbirajo v obliki prispevkov delodajalcev in delojemalcev, ter vseh ostalih zavezancev ki jih določa Zakon. Prispevki se plačujejo po proporcionalni stopnji ali v obliki pavšalnih prispevkov.

Aktivni zavarovanci za zavarovanje v primeru bolezni in poškodb plačujejo 3,36% od bruto plače, delodajalci pa poleg 6,56% še prispevek za poškodbe pri delu, ki znaša 0,53% bruto plače. Za upokojence prispevke plačuje ZPIZ in sicer v višini 5,96%. Za začasno nezaposlene plačuje Zavod za zaposlovanje in sicer prispevke v višini 12,92%. Za osebe, ki nimajo nobenih sredstev prispevke plačuje država oziroma občina.

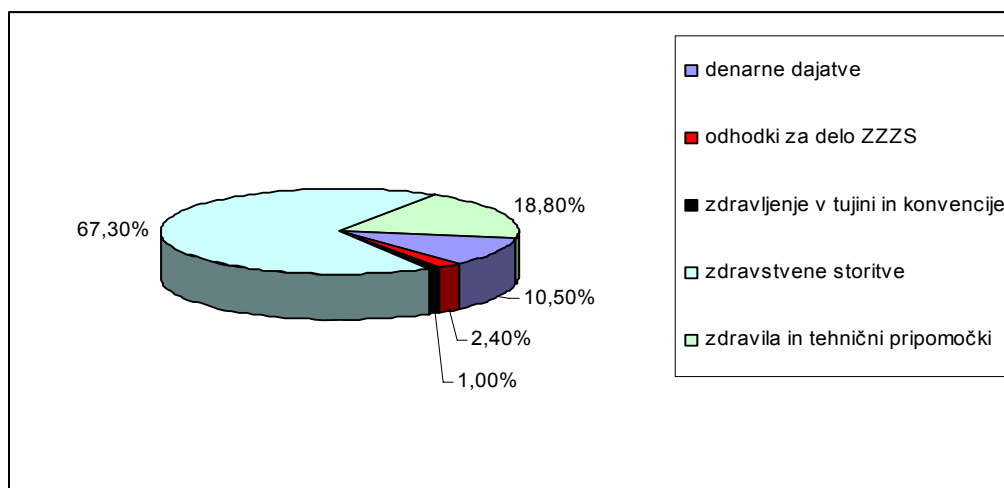
Zavod je poslovno leto 2005 zaključil uspešno, saj je na dan 31.12.2005 izkazoval skupni presežek v višini 6.331 milijonov tolarjev. Zavod ima za 76,6% ali 4.581 milijonov tolarjev presežka namenjenega za aktivnosti, ki jih je poravnal v letu 2006. Tako so znašala razpoložljiva sredstva Zavoda za leto 2005, 1.480 milijonov tolarjev (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2005, april 2006, str. 15-20).

S 1.1.2005 je prišlo do spremembe zakona o davčnem postopku, ki je določil, da se prispevki za socialno varnost plačujejo na isti dan kot osnova za plačilo prispevkov in ne več šest dni kasneje. Iz tega naslova je Zavod v letu 2005 realiziral dodatne prihodke iz prispevkov, ki imajo samo enkratni učinek zaradi prehodnega obdobja.

8.1. Odhodki Zavoda v letu 2005

Celotni odhodki v letu 2005 so znašali 419.180 milijonov tolarjev, kar je bilo kar 3,3% nominalno več kot v letu 2004, kar pomeni 0,8% realno rast.

Slika 2: Razmerje med posameznimi vrstami odhodkov zavoda v letu 2005

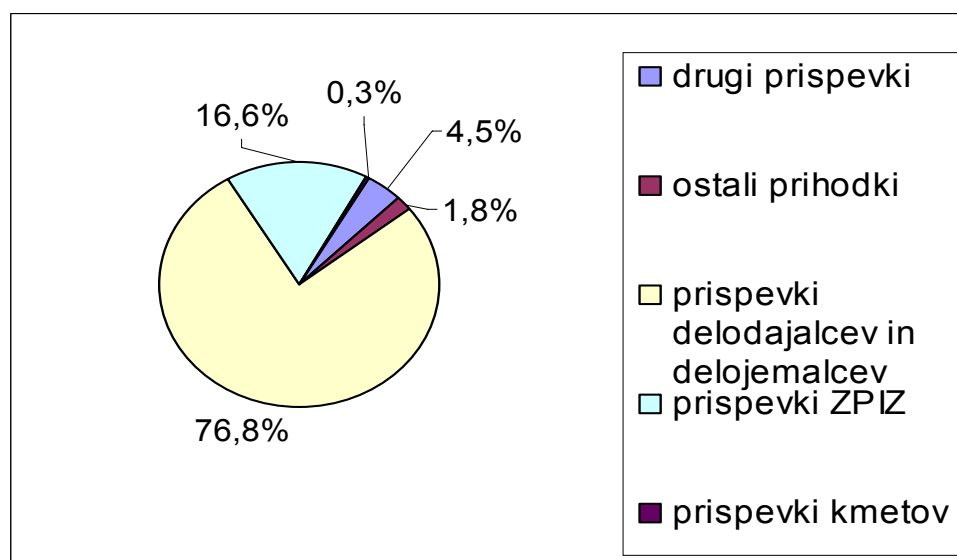


Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2005, 2006, str. 13.

8.2. Prihodki Zavoda v letu 2005

Celotni prihodki Zavoda so bili v obdobju od januarja do decembra 2005 realizirani v višini 425.506 milijonov tolarjev in so bili za 7,4% večji kot leta 2004. To je posledica rasti prihodkov od prispevkov, ki so temeljili na rasti povprečne bruto plače v RS, ki je v letu 2005 znašala 4,8%.

Slika 3: Prihodki po kategorijah zavezancev za plačilo prispevkov OZZ in drugih prihodkov Zavoda v letu 2005



Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2005, 2006, str. 5.

Zaključne ugotovitve poslovanja Zavoda v letu 2005

V letu 2005 je Zavod zagotavljal redno financiranje izvajalcev zdravstvenih storitev in je tekoče zagotavljal pokrivanje socialnih transferov iz pravic za obvezno zavarovanje s svojimi tekočimi prihodki.

V obdobju od leta 2002 do 2004 je Zavod zagotavljal financiranje zdravstvenega varstva s pomočjo zadolževanja, kar se je kazalo v najetih posojilih. V letu 2005 pa je Republika Slovenija prevzela kumulativni dolg Zavoda v višini 28.650 milijonov tolarjev, poleg tega pa je Zavod na dan 31.12.2005 izkazoval presežek nad odhodki, zato ni bilo nikakršnih obveznosti iz naslova najetih posojil.

9. STRATEŠKI RAZVOJNI PROGRAM ZAVODA ZA LETO 2006 IN 2007

Zaradi zastarele ureditve obveznega zavarovanja iz leta 1992 in potrebnih dopolnitev ter sprememb, je bilo potrebno sprejeti strateške cilje.

Cilji so naslednji (Dopolnitve strateškega razvojnega programa ZZZS za leti 2006 in 2007, 2006, str. 6-15): kakovost zdravstvenega zavarovanja, uvedba posebnega zavarovanja za poškodbe pri delu in poklicne bolezni, uvedba posebnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, uvedba pogajanj o zdravilih in medicinsko tehničnih pripomočkih, uvedba spremenjenih prispevnih osnov za zavezance in drugi.

Na področju urejanja odnosov z izvajalci je bila poleg izboljšanja dostopnosti in skrajšanja čakalnih dob, v ospredje postavljena racionalna poraba sredstev za programe zdravstvenih storitev, kar bi bilo mogoče doseči z večjo učinkovitostjo ter tekmovalnostjo.

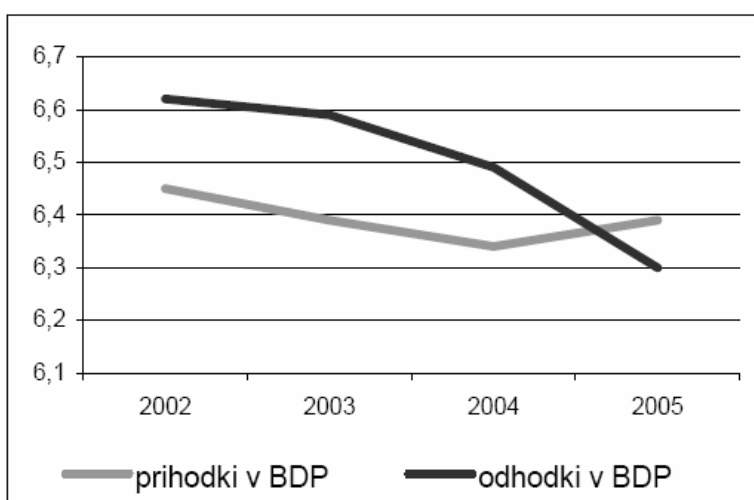
Izboljšati se mora učinkovitost zbiranja in izterjave prispevkov (sodelovanje z DURS, sprememba zakonodaje in izkazovanje plačila prispevkov). Učinkoviteje se mora obvladovati izdatke zdravstvenega zavarovanja, preglednejša mora biti poraba sredstev, obvladovanje zdravil, širitev nadzornih dejavnosti, obvladovanje absentizma in obvladovanje stroškov službe Zavoda.

Velik problem v zdravstvu so čakalne dobe. Zavod je posodobil navodilo za vodenje čakalnih knjig. Od leta 2004 so na spletni strani objavljene dogovorjene čakalne dobe s posameznimi izvajalci in njihovi ordinacijski časi. Za povečanje preglednosti podatkov je potrebno uvesti elektronske čakalne knjige v celoti za vse izvajalce, na podlagi identifikacije zavarovanih oseb, torej številke ZZZS.

Zavod je sodeloval z izvajalci zavarovanja v državi, saj so v sistem KZZ (kartice zdravstvenega zavarovanja) vključene vse zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilna zavarovanja, torej Vzajemna, Adriatic Slovenica in Triglav.

Naslednji cilj je stabilizirati ali povečati delež javnih sredstev v prihodkih BDP za obvezno zavarovanje do 6,9% BDP. Ta cilj pa ni bil dosežen, kar lahko vidimo iz spodnje slike. Deleži prihodkov in odhodkov iz obveznega zavarovanja v BDP so se od leta 2002-2005 stalno zmanjševali, v letu 2005 so deleži prihodkov nižji od deležev odhodkov. Do zmanjšanja razlike med prihodki in odhodki je prišlo le v letu 2002 po dvigu prispevne stopnje in v letu 2005 zaradi učinkov sprememb zakona o davčnem postopku (rok plačila prispevkov). Za doseg tega cilja bi morali prihodki naraščati v teh letih hitreje od rasti BDP.

Slika 4: Gibanje deleža prihodkov in odhodkov OZZ v %BDP



Vir: Dopolnitve strateškega razvojnega programa ZZZS za leti 2006 in 2007, 2006, str. 19.

Višina dolga Zavoda bi bila višja, če ne bi realizirali sanacijskega programa, ki je predvidel ukrepe na prihodkovni in odhodkovni strani. Na prihodkovni strani je bila novost pridobivanja dodatnih prihodkov iz naslova regresnih zahtevkov.

Za odhodkovno stran so bili izvedeni številni ukrepi, ki so zajeli racionalno trošenje na vseh področjih poslovanja in izbrane ukrepe na področju zdravil in medicinsko tehničnih pripomočkov, ter bolniških nadomestil. Kljub dolgu in zadolževanju je Zavod povečal učinkovitost poslovanja. Velik dosežek je bila vpeljava sodobnega računalniškega sistema za področje financ in računovodstva, ki omogoča dostop do informacij o poslovanju. Ukrepi glede zdravil, so poleg razvrščanja zdravil v liste (določanje najvišjih priznanih vrednosti in sistema zamenljivih zdravil), pogajanja o cenah zdravil, še informiranje zdravnikov za racionalno predpisovanje, ter informiranje javnosti za pravilno in varno uporabo zdravil.

Najpomembnejše novosti oz. zahteve za uresničitev strateškega razvojnega programa:

- zahteva iz dopolnjenega konvergenčnega programa za vstop RS v evropski menjalni mehanizem (ERM II) in prevzem evra. Tako mora Zavod ob nespremenjeni prispevni stopnji v letih 2005-2007 poslovati brez primanjkljaja in se ne sme zadolževati. Med drugim program določa, da se v prihodnjih letih ne predvideva sprememb v višini prispevnih stopenj za socialno varnost, osnova za prispevke pa se bo za določene skupine zavezancev razširila. Program določa tudi prevzem skupnega dolga Zavoda v višini 29 milijard tolarjev¹ nastalega na koncu leta 2004. Zavod mora po letu 2004 v prihodnjih treh letih poslovati brez primanjkljajev.
- reforme na področju davčne, gospodarske in socialne politike naj bi izboljšale konkurenčnost gospodarstva, povečale naj bi gospodarsko rast in učinkovitost, omogočile učinkovito in cenejšo državo, izboljšanje delovanja trga dela in modernizacijo sistemov socialne zaščite.

Vpliv na prihodke in odhodke Zavoda bodo imeli:

- Postopno ukinjanje davka na izplačane plače, saj naj bi vlada RS ukinila davek v petih letih, in sicer vsako leto naj bi se sredstva znižala za 20% in bi tako prinesla razbremenitev odhodkov Zavoda. V letu 2006 se bodo tako odhodki zmanjšali za 1.856 milijonov tolarjev, v letu 2007 pa za 1.900 milijonov tolarjev.
- Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010 predvideva povečanje odhodkov Zavoda za povečan obseg izvajanja zdravstvene nege v socialnih zavodih do leta 2010, v skupni višini 10,808 milijarde tolarjev.
- Predlog sprememb ZZVZZ predvideva rešitve, ki bodo imele finančne posledice za Zavod. Če bi bili sprejeti sedanji predlogi glede 100% kritja pravic iz obveznega zavarovanja za socialne upravičence, bi to pomenilo povečanje odhodkov Zavoda na letni ravni približno 4,9 milijarde tolarjev. Socialni upravičenci bi bili prejemniki varstvenega dodatka, brezposelni bi bili upravičeni do denarne pomoči, prizadete osebe, ki prejema nadomestilo, bi bile prejemnice stalne denarne pomoči in socialne pomoči po zakonu o socialnem varstvu. Po ocenah Zavoda (Dopolnitve strateškega razvojnega programa ZZS za leti 2006 in 2007, 2006, str. 29) naj bi bilo socialnih upravičencev približno 145.000. Spremembe na področju obračuna prispevkov naj bi prinesle okoli 4 milijarde večje prihodke na letni ravni. Na področju urejanja nadomestil bi bili odhodki ZZS manjši za 3,4 milijarde na letni ravni.

¹ Kumulativni dolg Zavoda je konec leta 2004 znašal 28,65 milijard tolarjev. Na osnovi zakona o prevzemu dolga je Republika Slovenija prevzela celoten dolg Zavoda s 1.7.2005.

10. SKLEP

Sistem zdravstvenega varstva predstavlja enega ključnih stebrov moderne socialne države in odraža zrelost države. Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji dosega visoko raven kakovosti zaradi solidne zakonodaje, ki posredno opredeljuje tudi vprašanja kakovosti, urejenega nadzora nad prometom z zdravili, bogate tradicije stalnega strokovnega izobraževanja, vpeljanega sistema presoje posameznikov, strokovnega nadzora in drugih programov izboljševanja kakovosti.

Države so razvile različne sisteme zdravstvenega varstva, ki so odgovarjali njihovim kulturnim, zgodovinskim, demografskim značilnostim, na podlagi svoje gospodarske in politične usmeritve. V vseh državah se srečujejo s klasičnimi problemi, ki terjajo reformo sistema zdravstvenega varstva. Tendencia v svetu in tudi pri nas je povečati delež zasebnih sredstev zavarovancev in tako prevzeti finančno breme javnih financ.

Pri primerjavi posameznih sistemov (tudi zaradi različnosti okolja, v katerem delujejo) nisem ugotavljala, kateri sistem je dober ali najboljši, ampak poskušala prikazati ureditve in razmere na posameznih področjih ter probleme, s katerimi se ti sistemi srečujejo. Pri primerjavi med državami sem ugotovila, da je gospodarska moč države eden najpomembnejših dejavnikov za doseganje in ohranjanje zdravja. Bogatejše države so sposobne vlagati več v razvoj, organizacijo in delovanje zdravstvenega sektorja, po drugi strani pa tudi v ostala področja, ki posredno ugodno vplivajo na zdravstveno stanje. Posameznik lahko vpliva na lastno zdravje predvsem s svojim načinom življenja in navadami, temu pravimo lahko tudi življenjski stil.

Slovenija se je odločila za Bismarckov model zdravstvenega zavarovanja, ki se je pokazal kot primeren in ga je zato smiselno še naprej dograjevati in razvijati. V tem trenutku so najbolj aktualna prizadevanja za nadaljevanje procesa privatizacije v zdravstvu, kjer je treba upoštevati vse ugotovitve in slabosti iz dosedanje prakse zasebnitva tako v Sloveniji kot v tujini.

Glede prilagoditve zdravstvenega sistema z Evropsko unijo, pa Slovenija verjetno ne bo imela težav, saj Evropska unija ne zahteva obligatornega sistema zdravstvenega varstva in zavarovanja, ampak to prepušča državam članicam in se bo vsaka država odločala za svoj model.

LITERATURA

1. Albreht Tit: Zasebništvo v različnih zdravstvenih sistemih. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 2005, 7/8, str. 463-464.
2. Česen Marjan: Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1998. 90 str.
3. Česen Marjan: Management javne zdravstvene službe. Ljubljana : Center za tehnološko usposabljanje, 2003. 254 str.
4. Čok Mitja: Javne finance v Sloveniji. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2005. 84 str.
5. Dobnikar Brane: koncesijsko opravljanje zdravstvene dejavnosti: uspehi, težave in izzivi. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 2005, 7/8, str.464-471.
6. Keber Dušan et al.: Bela knjiga, zdravstvena reforma. Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2003. 348 str.
7. Korošec Romana: Izzivi obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 1999. 46 str.
8. Košir Franc: Primerjava zasebnega in javnega zdravstva v razvitih državah in državah tranzicije. Zdravstveni vestnik, Ljubljana, 1999, 11, str. 681-684.
9. Maganja Katarina: Ponudba prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2005. 46 str.
10. Marcon Petra: Oženje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in vloga zavarovalnic v Sloveniji. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 1999. 54 str.
11. Marmot Michael G., Wilkinson Richard G.: Social determinants of health. Oxford, New York : Oxford University Press, 2001. 291 str.
12. Mazgon Vesna, Organiziranost zasebnega zdravstva. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2000. 41 str.
13. Robida Andrej et al.: Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana : Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2006. 70 str.

14. Saltman Richard B., Figueras Josep: European health care reform: Analysis of current strategies. Copenhagen : World health organization, regional office for Europe, 1999. 308 str.
15. Stanovnik Tine: Javne finance. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2004. 203 str.
16. Stepan Adolf et al.: Sistemi financiranja v zdravstvu, mednarodna primerjava. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1999. 170 str.
17. Townsend Peter, Davidson Nick: Inequalities in health. The black report. The health divide. 2nd ed. London, New York : Penguin Books, 1992. 450 str.
18. Toth Martin: Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003. 524 str.
19. Toth Martin et al.: Prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Evropi. 5. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 1998, str. 49-62.

VIRI

1. Adriatic Slovenica d.d.
[URL: <http://www.adriatic-slovenica.si/>], 05.08.2006.
2. British Medical Association –BMA.
[URL: <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/content/splashpage>], 05.08.2006.
3. Dopolnitve strateškega razvojnega programa Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leti 2006 in 2007. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2006. 55 str.
4. Health at a glance: OECD indicators. 2 nd ed. Paris : OECD, 2003. 147 str.
5. Health Care Systems in the EU. A comparative study. Luxembourg : European Parliament, 1998. 141 str.
6. Finančni načrt Zavoda za leto 2006. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, februar 2006. 12 str.
7. Kolektivna pogodba za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije (Uradni list RS, št. 15/1994, 18/1994, 57/1995, 19/1996, 40/1997, 56/1998, 76/1998, 39/1999, 102/2000, 62/2001).
8. Letno poročilo za leto 2005. Ljubljana : Agencija za zavarovalni nadzor, 2006. 55 str.

9. Obrazložitev finančnega načrta za leto 2005. Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2006. 84 str.
10. Pomladansko poročilo 2006. Ljubljana : Urad RS Za makroekonomske analize in razvoj, 2006. 125 str.
11. Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2005. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2006. 131 str.
12. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, 79/1994, 73/1995, 39/1996, 70/1996, 47/1997, 3/1998, 90/1998, 6/1999, 61/2000, 64/2000, 91/2000, 59/2002, 18/2003).
13. Slovenija v številkah 2005. Ljubljana : Statistični urad RS, 2005. 79 str.
14. The European Health report 2005.
[URL: <http://www.who.dk/ehr2005>], 08.08.2006.
15. Triglav, zdravstvena zavarovalnica d.d.
[URL: <http://www.zdravstvena.net/>], 05.08.2006.
16. Using Economic evaluation in health care decision making. Evidence from Europe and beyond. Michael Drummond. United Kingdom : University of York, 2002. 50 str.
17. Vzajemna, d.v.z.
[URL: <http://www.vzajemna.si/>], 30.07.2006
18. Vzajemna se predstavi. Brošura spoznajmo Vzajemno. Ljubljana : Vzajemna d.v.z., 2004. 82 str.
19. Zaključni račun ZZZS za leto 2005. Ljubljana : ZZZS, 2006. 11 str.
20. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 106/1999).
21. Zakon o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 97/2001).
22. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 3/1998).
23. Zakon o zavarovalništvu, (Uradni list RS, 13/2000, 31/2000, 91/2000, 12/2001, 21/2002, 52/2002, 91/2002, 100/2005).

24. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, (Uradni list RS, 9/1992, 13/1993, 9/1996, 29/1998, 77/1998, 6/1999, 56/1999, 99/2001, 60/2002, 126/2003).
25. Zdravniški akti : Zdravniška zbornica Slovenije
[URL: <http://www.zzs-mcs.si/akti>], 31.07.2006.
26. Zdravstvena reforma: Stališča in predlogi (2003). Ljubljana : Vzajemna zdravstvena zavarovalnica.
27. Zdravstveno varstvo v Sloveniji ob vstopu v EU. Česen Marjan, predavanje. Ljubljana, 6.6.2003.
28. Zdravstveno varstvo na Švedskem, Švedsko zdravstveno združenje (Swedish Medical Association).
[URL: <http://www.slf.se/templates/ArticleSLF.aspx?id=2033>], 01.08.2006.
29. Zdravstvo v Sloveniji v letu 2005
[URL: http://www.stat.si/letopis/index_vsebina.asp?poglavje=9&leto=2005&jezik=si], 03.08.2006
30. 11. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 2004. 470 str.

PRILOGE

PRILOGA 1 - Ocena izdatkov za zdravstvo v Sloveniji 2001–2005 v tekočih cenah in v odstotku BDP	2
PRILOGA 2 - Izdatki za zdravstvo na prebivalca v letu 2003 v ameriških dolarjih – v tekočih cenah	3
PRILOGA 3 - Primerjava kazalcev o zmogljivostih zdravstvene službe v Sloveniji	4

PRILOGA 1 : Ocena izdatkov za zdravstvo v Sloveniji 2001–2005 v tekočih cenah in v odstotku BDP

VIR IN VRSTA IZDATKOV	2003		2004		2005	
	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP
1. OBVEZNO ZDR. ZAVAROVANJE	378,87	6,59	405,93	6,49	419,18	6,3
Plačila za zdravstvene storitve	259,64	4,52	272,89	4,37	282,23	4,24
Plačila za zdravila in med. pripomočke	64,95	1,13	73,84	1,18	78,63	1,18
delo Zavoda	10,13	0,18	10,87	0,17	10,17	0,15
Denarna nadomestila ¹	40,47	0,7	43,63	0,7	44,08	0,66
ostali izdatki	3,68	0,06	4,7	0,08	4,07	0,06
2. PRORAČUNSKA SREDSTVA DRŽAVE	15,94	0,28	14,77	0,24	21,65	0,33
Za investicije v zdravstvu	8,42	0,15	9,06	0,14	9,85	0,015
Za zdravstvene programe	7,52	0,13	5,71	0,09	11,8	0,18
3. PRORAČUNI OBČIN	3,78	0,07	3,28	0,05	3,7	0,06
4. Javni izdatki skupaj (1+2+3)	398,59	6,94	423,98	6,78	444,53	6,68
5. PROSTOVOLJNO ZDR. ZAVAROVANJE	62,45	1,09	65,48	1,05	67,12	1,01
Vzajemna	54,81	0,95	57,26	0,92	58,69	0,88
Adriatic Slovenica d.d.	7,64	0,13	8,22	0,13	8,43	0,13
6. Zasebna sredstva	43,22	0,75	44,78	0,72	45,9	0,69
7. Vsa zasebna sredstva skupaj (5+6)	105,67	1,84	110,26	1,76	113,02	1,7
8. SKUPAJ (4+7)	504,26	8,77	534,24	8,55	557,55	8,38
BDP	5747,17		6251,24		6651,5¹	

Opombe:

Tabela vsebuje podatke za obvezno zdravstveno zavarovanje po zaključnih računih Zavoda za vsa leta.

¹ Nadomestila odsotnosti, pogrebne, posmrtnine, potni stroški, dnevnice, prevozi.

Vir: Poslovno poročilo ZZZS 2005, 2006, str. 14.

PRILOGA 2 – Primerjava izdatkov za zdravstvo med državami na prebivalca, v letu 2003, v ameriških dolarjih – v tekočih cenah

DRŽAVA	TEKOČE CENE			PPP-purchasing power parities		
	Vrsta izdatkov	CELOTNI	JAVNI	ZASEBNI	CELOTNI	JAVNI
Avstrija*	1961	1370	591	2280	1593	687
Belgija	2796	-	-	2827	-	-
Češka	668	602	66	1298	1170	128
Danska	3534	2932	602	2763	2292	471
Finska	2297	1758	539	2118	1622	496
Francija	2967	2263	704	2903	2214	689
Grčija	1549	794	755	2011	1032	979
Irska*	2255	1695	560	2386	1793	593
Italija	2139	4607	532	2258	1697	561
Luksemburg*	2950	2520	430	3190	2725	465
Madžarska*	496	348	148	1115	783	332
Nemčija	3204	2506	698	2996	2343	653
Nizozemska	3088	1926	1162	2976	1856	1120
Norveška	4976	4167	809	3807	3188	619
Poljska*	303	219	84	677	490	187
Portugalska	1348	940	408	1797	1253	544
Slovaška	360	318	42	777	687	90
Slovenija	1224	964	260	1591	1253	338
Španija	1535	1092	443	1835	1306	529
Švedska*	2494	2128	366	2594	2213	381
Velika Britanija*	2031	1693	338	2231	1860	371
<i>Povprečje EU</i>	<i>2104</i>	<i>1592</i>	<i>477</i>	<i>2211</i>	<i>1669</i>	<i>512</i>

Opomba: Vsi izdatki za zdravstvo, vključno z investicijami v države EU, Litva, Latvija, Estonija, Malta in Ciper ni podatkov.

* – Zadnji podatek, ki je na voljo, je za leto 2002.

PPP- valutni tečaj, ki izenačuje stroške košarice dobrin v posameznih državah

Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2005, 2006, str. 16.

PRILOGA 3 - Primerjava kazalcev o zmogljivostih zdravstvene službe v Sloveniji
z nekaterimi izbranimi evropskimi državami za leti 1993 in 2003

Država	Št. splošnih zdr. na 1000 preb.		Št. zobozdr. na 1000 preb.		Št. farmacevtov** na 1000 preb.	
	1993	2003	1993	2003	1993	2003
Avstrija	1,2	1,4	0,4	0,5	0,5	0,6
Belgija*	2	2,1	0,7	0,8	1,3	1,1
Češka	0,7	0,7	0,6	0,5	0,3	0,5
Danska*	0,6	0,7	0,9	0,9	0,5	0,5
Finska	1,4	0,7	0,9	0,9	1,4	-
Francija	1,7	1,6	0,7	0,7	1	1,2
Nemčija	1,2	1	0,7	0,8	0,5	0,6
Grčija	-	-	1	-	0,8	-
Madžarska	0,7	0,7	0,4	0,5	0,3	0,5
Irska	0,5	0,6	0,4	0,5	0,6	0,8
Italija	0,9	0,9	0,4	0,5	1	1,1
Luksemburg	0,8	0,9	0,5	0,7	0,6	0,8
Nizozemska	0,4	0,5	0,5	0,5	0,2	0,2
Norveška	0,7	0,7	0,8	0,8	-	0,4
Poljska	-	0,1	0,4	0,3	0,5	0,7
Portugalska	0,6	0,5	0,2	0,5	0,6	0,9
Slovaška	-	0,4	-	0,5	-	0,5
Slovenija*	0,6	0,6	0,5	0,6	0,4	0,4
Španija	-	-	0,3	0,5	-	0,9
Švedska	0,5	-	1,1	-	0,6	-
Velika Britanija	0,6	0,7	0,4	0,5	0,6	-

Opombe:

* Podatek za leto 2002; Slovenija: upoštevani so splošni zdravniki v osnovnem zdravstvu (predšolski, šolski, mladinski, splošni, MDPŠ-zdravniki medicine dela, prometa in športa).

** Podatki se nanašajo na farmacevte zaposlene v lekarnah oziroma v zdravstvu. Farmacevti, zaposleni v farmacevtskih podjetjih, administraciji in razvoju niso vključeni.

- Ni podatka.

Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2005, 2006, str. 20; Zdravstveni statistični letopis Slovenije 1993, 2002.