

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO

**REFORME SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA
VARSTVA V EVROPI**

Ljubljana, september 2002

GORAN JAKOVAC

IZJAVA

Študent/ka _____ izjavljam, da sem avtor/ica tega diplomskega dela, ki sem ga napisal/a pod mentorstvom _____ in dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne _____

Podpis: _____

KAZALO

1. UVOD	1
2. POJMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	2
3. VZROKI IN ZAHTEVE (KONTEKST REFORM)	3
3.1 VZROKI	3
3.1.1 ŠIRŠI VZROKI (ZUNAJ ZDRAVSTVA)	3
3.1.2 NOTRANJI PRITISKI	7
3.2 CILJI (ZAHTEVE) REFORME ZDRAVSTVA	10
4. REFORME V ORGANIZIRANJU, FINANCIRANJU IN IZVAJANJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	14
4.1 TRENDI V FINANCIRANJU ZDRAVSTVA	14
4.1.1 ZBIRANJE SREDSTEV (VIRI SREDSTEV)	14
4.1.2 PORABA SREDSTEV	22
4.2 REFORMNI TRENDI V ORGANIZIRANJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	27
4.2.1 VLOGA TRGA IN DRŽAVE V ORGANIZIRANJU ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	28
4.2.2 PRESTRUKTURIRANJE SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	28
4.2.3 POGODBENIŠTVO	30
4.2.4 PRESTRUKTURIRANJE BOLNIŠNIC TER PRIVATNA IN JAVNA ZDRAVSTVENA OSKRBA	33
4.3 REFORMNI TRENDI V IZVAJANJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	36
4.3.1 RAVNANJE S ČLOVEŠKIMI VIRI	37
5. SKLEP	40
LITERATURA	42
VIRI	43
PRILOGE	

1. UVOD

Zdravje kot temelj tako posameznikovega kot tudi družbenega razvoja je skozi zgodovino narekovalo razvoj zdravstvenega varstva in zavarovanja, katerih cilj je prebivalstvu neke države zagotoviti dostop do čim boljših zdravstvenih storitev ter tem boljšo zdravstveno zaščito. Predmet pričujočega diplomskega dela je reforma zdravstvenega varstva oziroma zdravstvenega zavarovanja v celotni Evropski regiji.

Z razvojem zdravstvene oskrbe na področju izvajanja zdravniških praks in uvajanja sodobne in drage tehnologije ter v državah Srednje in Vzhodne Evrope prehod v tržni sistem gospodarjenja so se začeli večati tudi stroški zagotavljanja zdravstvene oskrbe, kar je primarni razlog, da so se države odločile reformirati lastne sisteme zdravstvenega zavarovanja. Kratki predstavitvi osnovnih pojmov, kot so reforma zdravstvenega varstva, zdravstveno zavarovanje in zdravstveno varstvo, posvečam prvo poglavje diplomskega dela.

Danes ljudje živijo bolj zdravo in dlje kot kadarkoli poprej, kar nedvomno potrjujejo tudi različni kazalci kot npr. trajanje življenja, umrljivosti dojenčkov ipd. Vzporedno s temi procesi in z naraščanjem stroškov v zdravstvu so v Evropi prisotni še drugi trendi, kot npr. višji nivo kroničnih obolenj ter naraščajoče javno pričakovanje o zdravstvenih storitvah. To vse skupaj še dodatno sili države k reformi zdravstvenega varstva. Vzrokom za reformo in ciljem reform, kot npr. enakomerno financiranje sistemov ali učinkovitejša izraba sredstev, namenjam drugo poglavje diplomskega dela.

Za učinkovito in uspešno izvajanje reforme zdravstvenega varstva morajo akterji v zdravstveni reformi poleg vzrokov in ciljev reforme vedeti tudi, kako zadane cilje doseči, torej kakšne strategije na vseh ravneh zdravstvenega zavarovanja ubrati. V tretjem poglavju diplomskega dela predstavljam reformne trende in prizadevanja subjektov, povezanih z zdravstvom na posameznih ravneh zdravstvenega varstva, torej financiranja, organiziranja in izvajanja zdravstvenega varstva. V grobem so strategije naštetje že v drugem delu diplomskega dela.

2. POJMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Čeprav se pojem zdravstvena reforma precej uporablja tako v stroki, kot tudi zunaj nje, pa še vedno ni konsistentne in univerzalne sprejete definicije, kaj pravzaprav reforma zdravstvenega sektorja zajema in kaj pomeni. V zdravstvu se danes vsakodnevno srečujemo s spremembami, ki so ponavadi omejene na ozko specializirano področje in predstavljajo samo majhen korak v procesu reformiranja zdravstva in **zdravstvene reforme**. V grobem bi reformo definirali kot proces, ki vključuje globoke in specifične institucionalne, strukturne in druge spremembe, vodene s strani vlade in drugih institucij, katerih namen je dosežati specifične cilje, norme in družbene vrednote (Saltman, Figueras, 1997, str. 3), kar pomeni, da je reforma v zdravstvu globok in dolgotrajen proces približevanja nekim idealom.

Pojem zdravstveno varstvo je težko opredeliti, še težje pa ga je definirati v povezavi s pojmom zdravstveno zavarovanje. Pričujoče diplomsko delo obsega poleg področja zavarovanja tudi ostala področja zdravstvenega varstva. Zato skušam na kratko nakazati samo razlike med njima. Po zakonu o zdravstvenem varstvu in zavarovanju, je **zdravstveno varstvo** sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo obolelih in poškodovanih. To je najširša definicija zdravstvenega varstva in onemogoča jasno razmejevanje in določitev odgovornosti ter nosilcev zdravstvenega varstva. Poleg širše opredelitve zdravstvenega varstva se med zdravniki in ekonomisti uporablja pojem zdravstveno varstvo tudi v ožji obliki, t.j. ožje zdravstveno varstvo. **Ožje zdravstveno varstvo** pomeni vse družbene, skupinske in individualne ukrepe ter dejavnosti, ki prispevajo h krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja posameznikov, skupine ali družbe. Vključuje poleg čistih zdravstvenih storitev tudi področje upravljanja in financiranja področij, ki pomenijo socialno varnost pacientov. Če sedaj poskušamo definirati še področje **zdravstvenega zavarovanja**, potem po teoriji zavarovalništva mora področje zdravstva izpolnjevati nekatere zavarovalne pogoje, in sicer: obstoj potencialnega tveganja, obstoj "stranke" tj. zavarovalca, ki se je pred tveganjem pripravljen zavarovati, oseba, ki je pripravljena prevzeti tveganje ter nekdo, ki je pripravljen zavarovati to tveganje, torej zavarovalnica. Vse navedene pogoje področje ožjega zdravstvenega zavarovanja tudi izpolnjuje, s čimer smo pojem zdravstvenega zavarovanja pojasnili (Svenšek, 1997, str. 10-12).

3. VZROKI IN ZAHTEVE (KONTEKST REFORM)

Vzrokov in ciljev za reformo zdravstvenega varstva je zelo veliko, vendar je praktično nemogoče s procesom reform zagotoviti izpolnitev vseh zahtev hkrati. Glede na različne vzroke in cilje, ki se med posameznimi državami pojavljajo, je vsaka država ubrala lastno strategijo za doseg zadanih ciljev. Od tod tudi razlike v reformah po posameznih državah.

3.1 Vzroki

V grobem prepoznavamo dve skupini vzrokov, ki silijo v reformo zdravstva. Prvo skupino predstavljajo dejavniki zunaj zdravstvenega sektorja, ki vplivajo na splošen okvir, v katerem se zdravstvena politika izvaja. Gre za politične, ideološke, sociološke, zgodovinske, kulturne in ekonomske faktorje, ki so ponavadi del širših družbenih sprememb, kar pomeni, da so vpete v širša reformna prizadevanja državno podprtih programov za zagotavljanje splošne blaginje prebivalstva. Drugi sklop faktorjev pa neposredno odraža probleme zdravja in zdravstvenega sektorja. V to skupino uvrščamo specifične cilje populacije, skupaj z naraščajočimi pritiski na zdravstveno porabo ter strukturnimi in organizacijskimi cilji.

3.1.1 Širši vzroki (zunaj zdravstva)

Med vzroki zunaj zdravstva je potrebno omeniti vlogo prevladujočih norm, principov, načel, makroekonomske realnosti ter demografske in socialne faktorje v družbi.

Če se najprej dotaknem samih norm, potem se tu odpirajo tri bistvena vprašanja:

- Ali je zdravstvo tržna ali socialna kategorija? To sta dve skrajnosti, ki sta bili operacionalizirani v dveh modelih. Prvo skrajnost ponazarja tržni Ameriški model, drugo skrajnost pa predstavlja Semaškov model, nekoč prisoten v državah Centralne in Vzhodne Evrope. V državah, kjer je vloga trga manjša oz. je pomen socialne varnosti nekoliko večji, se ena od temeljnih socialnih zahtev, to je specifični egalitarizem, uresničuje v večji meri, kot pa v državah z večjo vlogo trga, tako da breme zdravstvene oskrbe starejših, revnih in bolnih nosijo mladi, bogati in zdravi prebivalci. Specifični egalitarizem pomeni, da bi morali biti vsi državljani deležni neke zadovoljive minimalne zdravstvene oskrbe, ne glede na dohodek in druge ekonomske značilnosti (Stanovnik, 1998, str. 150).
- Drugo vprašanje se dotika vloge države v zdravstvenem sektorju, oz. koliko pristojnosti naj država vrši nad zdravstvenim zavarovanjem in vzporedno s tem tudi vlogo neprofitnih organizacij in javnosti. Za države Zahodne Evrope v primerjavi z državami Vzhodne in Srednje Evrope v splošnem velja, da je država vršila manjši neposredni nadzor nad organizacijo in izvajanjem zdravstvenega zavarovanja, sicer pa je v teh državah bila bolj okrepljena njena regulatorna funkcija. Med državami Zahodne Evrope obstajajo tudi izjeme,

kot je npr. Anglija, v kateri je država celo bolj aktivna v neposrednem nadzoru kot pa nekatere Vzhodno Evropske države.

- Tretje vprašanje se nanaša na odgovornost zdravstvenega sistema splošnim političnim, socialnim in ekonomskim prepričanjem in načelom, ki obstajajo v neki družbi.

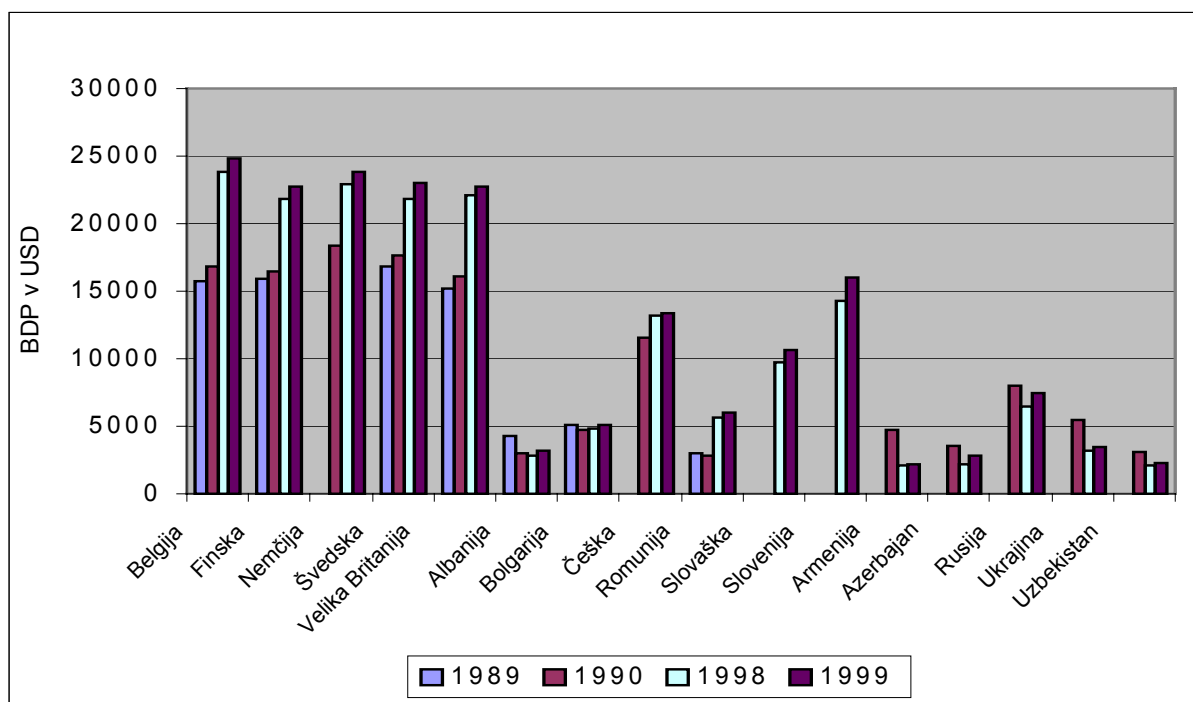
Makroekonomski vzroki

Makroekonomska realnost se odraža večplastno. Na eni strani morajo države članice Evropske Unije in tudi pridružene članice voditi zelo omejevalno fiskalno politiko. To pa pomeni zmanjšanje deleža javnega sektorja v zdravstvu. Poleg tega naraščajoča brezposelnost in s tem naraščajoči socialni stroški pomenijo dodatno obremenitev državnega proračuna, kar postavlja pod vprašaj kolikšen delež BDP naj se za zdravstvo nameni. V Srednjih in Vzhodno Evropskih državah, še posebej pa v državah bivše Sovjetske zveze, so se soočali še z enim podobnim problemom, in sicer problemom negativne gospodarske rasti, oz. upadanja bruto družbenega proizvoda. V sliki 1. (glej str. 5) prikazujem gibanje BDP v evropskih državah v obdobju 1989 – 1999. Zaradi različne metodologije zbiranja podatkov, različnega gibanja zdravstvene porabe med posameznimi območji, ekonomskih ter zgodovinskih razlik med državami, so za splošne ugotovitve in nadaljnje raziskave Evropske države razčlenjene po skupinah, in sicer:

- skupina držav Zahodne Evrope,
- skupina držav Srednje in Vzhodne Evrope ter
- skupnost neodvisnih držav nekdanje Sovjetske Zveze.

Na sliki sicer niso eksplicitno navedene skupine držav, se pa že na prvi pogled lahko razberejo skupine držav, saj so razlike v višini BDP po posameznih skupinah držav opazne. Na levi strani slike je skupina držav Zahodne Evrope, pri katerih BDP v opazovanem obdobju konstantno narašča. Nato z Albanijo sledi skupina držav Srednje in Vzhodne Evrope, pri katerih nekega enotnega trenda ni možno določiti zaradi razlik v višini BDP med njimi ter zaradi dejstva, da je pri nekaterih državah opazen upad BDP in poznejše naraščanje. Tretja skupina držav se začneja z Armenijo, iz slike pa je razvidno, da je BDP te skupine držav neprimerno manjši od ostalih dveh skupin ter da je po letu 1990 prišlo do močnega padca BDP. Večina teh držav se do leta 1999 ni uspela povrniti na raven izpred devetdesetih let. S tem je seveda močno omejena poraba v zdravstvu pri teh državah, saj sta delež in višina sredstev namenjenih za zdravstvo močno skrčena.

Slika 1: Gibanje bruto domačega proizvoda per capita v Evropi v razdobju od leta 1989 do 1999 (BDP izražen v USD, po pariteti kupne moči)



Vir: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, Januar 2002.

Demografski in socialni elementi:

Med demografske in socialne dejavnike vključujem:

- **Staranje prebivalstva**

Proces staranja prebivalstva pomeni naraščanje deleža prebivalcev starejših od 65 let, kar nedvomno pomeni povečevanje stroškov zdravstvene oskrbe, predvsem pa posledično večjo obremenitev delovno aktivnega prebivalstva, še posebej ob dejstvu, da se v populaciji delež mladih in s tem za delo sposobnih vztrajno zmanjšuje. Trend večanja deleža starejših in zmanjševanja deleža mlajšega prebivalstva prikazujem s številčnimi podatki v tabelah 1 in 2. Iz obeh tabel je razvidno, da so države Zahodne Evrope v primerjavi z državami Srednje in Vzhodne Evrope ter državami bivše Sovjetske zveze v letu 1998 imele večji delež starejšega prebivalstva nad 65 let in manjši delež prebivalstva mlajšega od 15 let. Po napovedih Združenih Narodov se v prihodnosti pričakuje nadaljevanje teh trendov v vseh delih Evrope, čeprav naj bi bil porast deleža starejših bolj prisoten v državah Zahodne in Južne Evrope.

Tabela 1: Delež prebivalcev starejših nad 65 let v Evropi v obdobju 1970 – 1998
(kot odstotek od celotnega prebivalstva)

Skupina držav/Leto	1970	1980	1990	1995	1998
Zahodna Evropa	12,2 %	13,97 %	14,64 %	15,57 %	15,97 %
Srednja in Vzhodna Evropa	/	10,61 %	10,65 %	11,73 %	12,30 %
Države bivše Sovjetske Zveze	7,81 %	10,04 %	9,31 %	10,77 %	11,14 %

Vir: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, Januar 2002.

Tabela 2: Delež prebivalcev mlajših od 15 let v Evropi v obdobju 1970 – 1998
(kot odstotek od celotnega prebivalstva)

Skupina držav/Leto	1970	1980	1990	1995	1998
Zahodna Evropa	24,51 %	21,48 %	18,1%	17,4 %	17,06 %
Srednja in Vzhodna Evropa	/	24,63 %	23,54 %	21,29 %	19,91 %
Države bivše Sovjetske Zveze	28,65 %	24,35 %	25,69 %	24,58 %	23,09 %

Vir: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, Januar 2002.

- **Tehnološki napredek**

Tehnološki napredek na zdravstvenem področju, zaradi izboljšanja zdravstvenega stanja prebivalcev je zelo dobrodošel. Z razvojem računalniške tehnologije, pojavom kliničnih inovacij in novih metod zdravljenja so zahteve prebivalcev po boljši zdravstveni oskrbi vedno večje. Čeravno znajo biti novi zdravstveni postopki cenejši, pa pogosto zahtevajo znatna vlaganja v sodobno opremo, osebje in ostalo zdravstveno infrastrukturo. V takih razmerah smotrnost naložb hitro postane vprašljiva.

- **Politične potrebe**

Zaradi kratkoročnih ciljev političnih oblasti, da si pridobijo volilno telo, se v času pred in po volitvami spreminjajo tudi politične odločitve v zvezi z reformo zdravstva.

- **Pričakovanja pacientov in državljanov**

Pričakovanja pacientov in državljanov so povezana z zahtevami državljanov k bolj pacientu orientiranemu pristopu zdravnikov, kar pomeni zmanjšanje čakalnih vrst ter zagotavljanje visoke ravni zdravstvene oskrbe.

3.1.2 Notranji pritiski

Med notranje pritiske sodijo naslednji vzroki:

- **Zdravstveni izzivi:**

Zdravstveni izzivi se nanašajo na strukturo zdravstvenih storitev na mikro in makro ravni, bolj abstraktno pa to pomeni organizacijo zdravstva preko državnih, regijskih in lokalnih zdravstvenih organizacij glede na pojav novih in spremenjenih oblik bolezni. Vzroki za spremembe na področju organiziranosti so povezani s spremembami oz. spremenjenimi vzorci zdravja, ki zahtevajo nove prijeme in nove oblike organiziranosti. Primer takega izziva je npr. organiziranje zdravstvene oskrbe za okužene z virusom HIV. Da bi se izvajalci zdravstvenih reform lažje odločali, kateri izziv predstavlja prioriteto (zaradi načela maksimizacije koristi glede na vložek), morajo razpolagati s konkretnimi podatki o porajajočih se zdravstvenih trendih. Ti trendi so npr.: trend daljšanja povprečne življenjske dobe moških in žensk po rojstvu, trend porabe alkohola ali tobaka, trend širjenja aidsa med adolescenti in odraslimi osebami, trend naraščanja srčnih bolnikov, trend naraščanja bolnikov obolenih za rakom, pojav in širjenje kriminala, ipd. Iz tabele 3, kjer prikazujem pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu v Evropi, je opazno večinoma podaljševanje pričakovane življenjske dobe v Evropi.

Tabela 3: Trend pričakovane življenjske dobe ob rojstvu v Evropi v obdobju 1975-1998 v letih

Države/leto	1975	1990	1998
Zahodna Evropa	72,68	76,48	78,2
Srednja Evropa	70,49	70,97	72,28
Države bivše Sovjetske Zveze	68,32	69,32	67,99

Vir: WHO, Health for all database, Copenhagen, Januar 2002.

- **Spremenjeni vzorci zdravja: posledice na izvajanje zdravstvene oskrbe.**

Vpliv spremenjenih vzorcev zdravja, in sicer izginotje starih bolezni in pojav novih, za zdravstveni sektor ni zanemarljiv. Vzorci zdravja se skozi čas spreminjajo. Tako so se prebivalci prvih mest Sumerja in Indije soočali z infekcijami, ki so nastale zaradi stika z domačimi živalmi. V današnjem času se v Evropi soočamo z novimi boleznimi in problemi, kot so staranje prebivalstva, spremembe v delu in življenjskemu stilu, pojav novih in ponoven pojav nekaterih starih infekcijskih bolezni. V državah Srednje in Vzhodne Evrope se soočajo s posledicami, ki jih ekonomska stagnacija in večanje dohodkovnih razlik povzroča na zdravstveno stanje prebivalstva. Kot smo že ugotovili, se zaradi staranja prebivalstva povečujejo stroški zdravstvene oskrbe prebivalstva, poleg tega pa takšen trend narekuje prehod iz samostojnega dela zdravnikov na delo

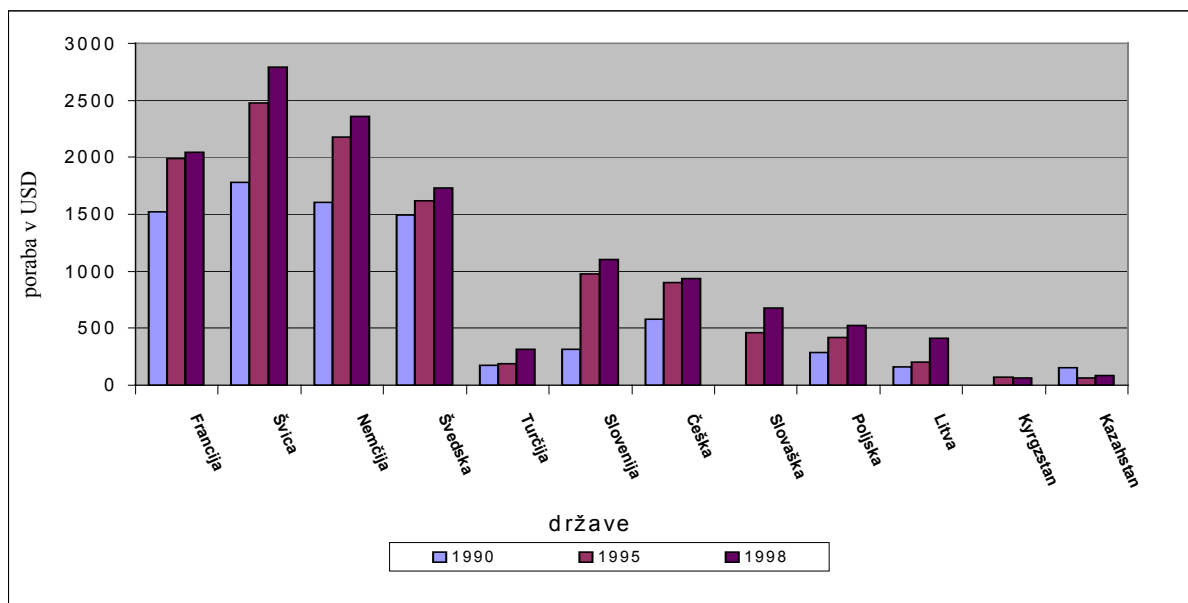
v timih, saj se vse več starejših sooča z več boleznimi hkrati. Vzorci zdravja se bodo v prihodnosti še naprej spreminjali, napoveduje se porast števila srčnih bolnikov, bolnikov obolelih za rakom, demenco, med ženskami pa še posebej zlomi kosti. Ostali primeri spremenjenih vzorcev zdravja so spremembe v načinu življenja oz. življenjskega stila, razširjanje diet, hitro prehranjevanje, pojav vse bolj odpornih bakterij v bolnišnicah, porast infekcijskih bolezni itd. Način podajanja zdravstvenih storitev se bo moral spremeniti, kot npr. ustanavljanje regionalnih zdravstvenih centrov za obolele za rakom, večdisciplinarne zdravstvene enote namenjene srčnim bolnikom, itd. Spremembe v prehranjevanju (manj svežega sadja, več hitre hrane) pomenijo naraščanje števila srčnih bolnikov in podobnih bolezni. Poseben problem predstavljajo rast porabe tobaka, kar se posledično odraža v naraščanju bolnikov obolelih za rakom na pljučih. Vse to in še mnoge druge spremembe bodo vplivale na način podajanja zdravstvenih storitev, na način plačevanja zdravnikov in na organizacijo zdravstvenega sektorja nasploh (Saltman, Figueras, 1997, str. 24 - 28).

Zdravje pa ni odvisno samo od kvalitete ponujene zdravniške pomoči in oskrbe, ampak tudi od širših dejavnikov, predvsem od življenjskega stila, širših družbenih naporov in osveščenosti prebivalstva. Pravzaprav je zdravje posameznika ali naroda v manjši meri odvisno od dela zdravstvene službe in v večji meri od drugih dejavnikov. Po Denverjevem modelu zdravstva je zdravje ljudi odvisno od naslednjih dejavnikov: 27 odstotkov je dedno določeno z genetskimi dejavniki, okoli 19 odstotkov prispevajo naravne in družbene razmere, okoli 43 odstotkov je odvisno od načina ali sloga življenja in le okoli 11 odstotkov od kakovosti zdravstvenega varstva (Klemenčič, Saražin, 1999, str. 152).

- **Tendencia večanja stroškov zdravstvene oskrbe**

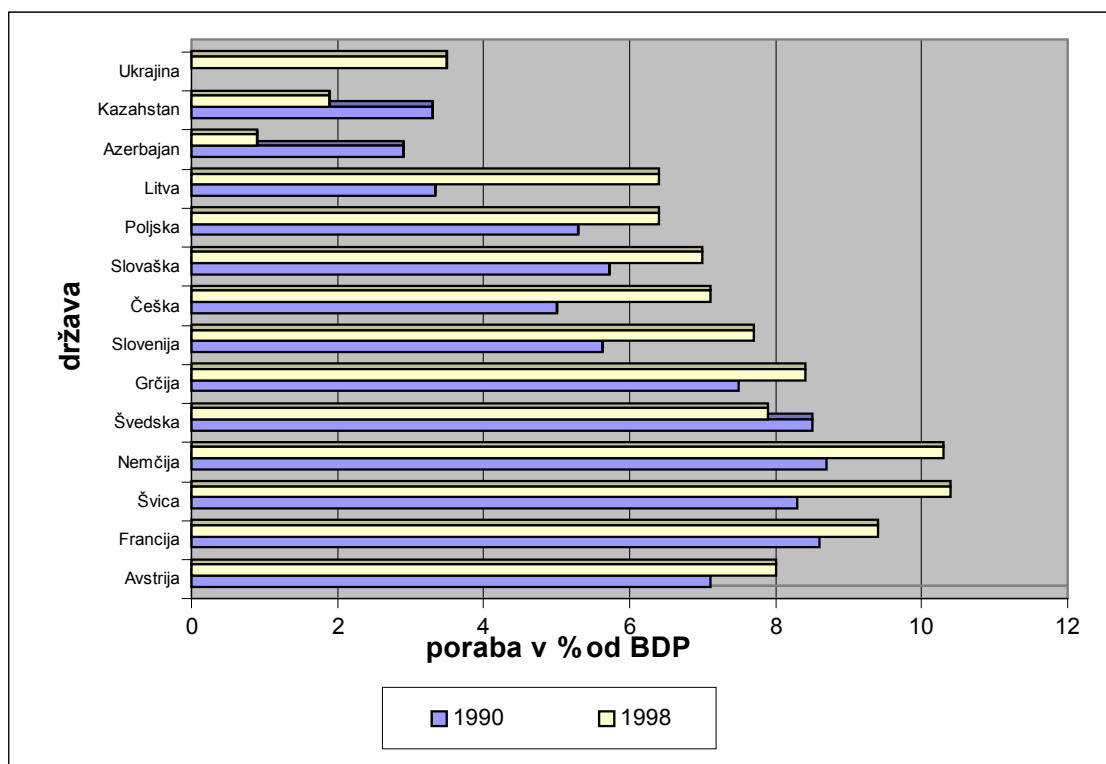
Tudi pritiski na porabo v zdravstvu dejavno vzpodbujajo zdravstveno reformo in določajo, v kateri smeri naj se reforma izvaja. Zaradi omejenih zdravstvenih virov in nezmožnosti povečevanja javnih sredstev, se je kot alternativna oblika financiranja pojavila privatna udeležba pacientov v stroških, kar pa negativno vpliva na načelo solidarnosti in univerzalnosti, ker omejuje dostop do osnovnih zdravstvenih storitev. Tendenca večanja stroškov zdravstvene oskrbe je poseben problem zdravstvenega sektorja, zato se pojavljajo tudi pritiski po zmanjševanju zdravstvene porabe oz. po bolj racionalnem trošenju javno finančnih virov namenjenih za zdravstveno oskrbo. Celotno zdravstveno porabo je možno prikazati relativno kot delež BDP ali absolutno v USD na prebivalca. Trend zdravstvene porabe v Evropi v razdobju 1990 -1998 prikazujem v sliki 2 in 3, tako absolutno kot tudi relativno.

Slika 2: Celotna zdravstvena poraba v izbranih evropskih državah (po pariteti kupne moči) v obdobju 1990 –1998 v USD



Vir: Priloga 2, European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, Januar 2002.

Slika 3: Zdravstvena poraba po izbranih državah Evrope v letih 1990 in 1998 izražena v odstotkih od BDP



Vir: Priloga 2, European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, Januar 2002.

Za države Zahodne Evrope je od leta 1991 značilen majhen porast skupnih izdatkov za zdravstvo. V nekaterih državah je zdravstvena poraba precej padla, kot npr v Švedski. V državah Srednje Evrope je poraba merjena kot odstotek od BDP na nižji ravni kot v Zahodni Evropi, čeprav je v obdobju prehoda prišlo do porasta teh stroškov. V državah Srednje in Vzhodne Evrope, ki so doživele precejšnji ekonomski upad, je bil opazen trend zmanjšanja realne javne porabe za zdravstvo. Ob ustalitvi ekonomskega položaja v teh državah se je poraba v zdravstvu (kot odstotek od BDP) povrnila nazaj na isto raven kot prej, čeprav si države še vedno niso ekonomsko popolnoma opomogle. Za države bivše Sovjetske Zveze težko ugotovimo nek splošen trend v zdravstveni porabi. Edina skupna ugotovitev je lahko, da je odstotek BDP namenjenega za zdravstvo neprimerno manjši kot v drugih državah Evrope, ponekod se je delež skozi proučevano obdobje celo zmanjševal. Skupna ugotovitev je tudi, da so razmere v zdravstvu in splošne ekonomske razmere v državah bivše Sovjetske Zveze neprimerno slabše kot drugod v Evropi.

3.2 Cilji (zahteve) reforme zdravstva

V splošnem velja, da je cilj zdravstvene reforme poleg znane krilatice Svetovne Zdravstvene Organizacije "Zdravje za Vse", kar pomeni dostopnost zdravstva vsaj v osnovni obliki vsem in splošno izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva (Stepan, 1999, str. 7), tudi kontrolirana rast porabe sredstev namenjenih za zdravstvene storitve ter zdravila. Cilje zdravstvene reforme bom predstavil na kratko, in sicer tako, da bom najprej podal glavne probleme, nato pa nakazal možne rešitve. Katero rešitev bo, oz. je posamezna država izbrala, je odvisno od prioritete, ki jih določi država, predlagane rešitve pa pomenijo cilje, ki jih morajo države doseči.

1. problem: pomanjkanje sredstev

Zaradi pritiskov na zdravstveno porabo in zaradi pomanjkanja sredstev morajo politične oblasti in upravljavci zdravstva razviti strategije, s katerimi bi obstoječe probleme pomanjkanja sredstev odpravili. Možni sta dve strategiji:

- Države lahko povečajo razpoložljiva sredstva bodisi s povečanjem davčnih prihodkov ali povečanjem prispevkov za socialno zavarovanje bodisi s prerazporeditvijo sredstev iz drugih skladov v okviru sredstev namenjenih za porabo javnega sektorja bodisi iz drugih finančnih virov.
- V drugo skupino strategij uvrščamo ukrepe na strani ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah, katerih cilj je omejitev zdravstvene porabe.

Na strani povpraševanja po zdravstvenih storitvah so to naslednje strategije:

- Delitev stroškov (co – payment),

- Postavljanje prioritet v zdravstvu z namenom racioniranja dostopa do storitev,
- Uvajanje vzpodbud za privatno porabo oz. udeležbo pacientov v porabi z lastnimi denarnimi sredstvi,
- Možnost izbire »strank« za vključitve v sistem zdravstvenega zavarovanja.

Ukrepi na strani ponudbe zdravstvenih storitev imajo za cilj učinkovitejšo rabo sredstev. Med pomembnejše ukrepe sodijo:

- Konkurenca med javnimi ponudniki zdravstvenih storitev,
- Postavljanje zgornjih meja oz. proračunskih sredstev za ponudnike zdravstvenih storitev,
- Izvajanje kontrole nad številom zdravstvenega osebja in zdravstvenih kapacitet,
- Kontrola porabe sredstev oz. ponudbe zdravil,
- Kontrola nad plačami v javnem sektorju.

2. problem: enakomerno in uravnoteženo financiranje sistemov

Ta problem je posebej pereč zaradi makroekonomskih omejitev, s katerimi se soočajo države Srednje in Vzhodne Evrope, ob hkratni želji po zagotovitvi univerzalnega dostopa do zdravstvenih storitev. Enakomerno financiranje sistemov se nanaša na geografsko ustrezno razporejanje sredstev v posamezni državi, predvsem pa čimbolj enakomerna izraba vseh razpoložljivih sredstev, iz katerih se zdravstvena oskrba financira. Kot odgovor na te probleme so države razvile sledeče strategije:

- V državah z davčnim financiranjem so začeli uvajati sistem financiranja preko prispevkov, kot npr: Irska, Skandinavske države, Velika Britanija itd.,
- V državah prispevnim financiranjem se niso odpovedali obveznemu zavarovanju, ampak so v mnogih državah povečali državno kontrolo in regulacijo na področju zdravstva,
- Države Srednje in Vzhodne Evrope se osredotočajo na financiranje preko prispevkov,
- Povečevanje deleža privatnega financiranja zdravstvene oskrbe skupaj s prosto izbiro zavarovanja in konkurence med zavarovalnicami.

Prosta izbira zavarovanja pomeni možnost izbire vključitve pacienta v dodatno zavarovanje ter možnost izbiranja med zavarovalnicami, kar prinaša med zavarovalnicami določeno konkurenco. Na žalost pa privatno zdravstveno zavarovanje povzroča negativne učinke, ker negativno vpliva na učinkovitost zdravstvenega sistema ter enakost oz. dostopnost do zdravstvenih storitev. Glavni negativni učinek je rast premij za bolj rizično populacijo, torej ljudi, ki so k boleznim bolj nagnjeni. Iz sistema zdravstvenega zavarovanja največkrat tako izstopajo zdravi, zaradi česar je

osnova za kritje zdravstvenih stroškov in tveganje ostalih zavarovancev manjša. Za njihovo tveganje je potrebno zavarovalnicam ustrezno prilagoditi tveganje, torej dvigniti zavarovalne premije. Temu procesu pravimo negativna selekcija. Za zmanjšanje tovrstnih negativnih učinkov "negativne izbire", lahko država uvede omejitve v zvezi z razporejanjem oz. izborom rizikov posamezne zavarovalnice in predpiše npr. obveznost obračuna enake premije za vse zavarovane ne glede na tveganje. Regulacija in nadzor na tem področju je izjemno pomembna za omejevanje negativnih učinkov privatnega zavarovalništva (Saltman, Figueras, Sakellarides, 1999, str. 60).

Takšne strategije naj bi vodile do večje kvalitete zdravstvenih storitev ter do stroškovno primernejših in učinkovitih zdravstvenih storitev.

3. problem: učinkovita razporeditev sredstev.

Učinkovita razporeditev sredstev je pravzaprav cilj, izhaja pa iz dejstva, da prihaja do ločitve nekdanj javnega sektorja od izvajalcev zdravstvenih storitev. Ker se upravljalke vezi med temi udeleženci krhajo in javni sektor (tu mislimo na zavarovalnice in državo kot del javnega sektorja) izgublja svoj vpliv nad izvajalci zdravstvenih storitev, so možne strategije za ohranitev upravljalških vezi, nadzor nad stroški in povečanje učinkovitosti sledeče:

- pogodbeništvo oz. koncesionarstvo,
- alokacija kapitala,
- plačilni sistemi in
- prirejeni mehanizmi nakupov zdravil.

4.problem: neučinkovito oz. nezadostno izvajanje zdravstvenih storitev in posledično nezadostna zdravstvena zaščita prebivalstva

Tu gre za slabo koordinacijo med izvajalci zdravstvenih storitev, pomanjkanje spodbud za učinkovito zagotavljanje zdravstvenih storitev, pomanjkanje ustreznih informacij o stroških in kvaliteti servisov, neustrezen management (upravljanje) z resursi ter neustrezen management na institucionalni ravni. Cilji so zato sledeči:

- izboljšanje učinkovitosti menedžerjev in zdravstvenih rezultatov,
- razvoj kvalitetnejših zdravstvenih programov,
- reorganizacija notranje in zunanje organizacije bolnišnic,
- prehod na ustrežnejše oblike zdravniške oskrbe,
- izboljšanje kapacitet primarne zdravstvene oskrbe.

5. problem: Uvajanje sprememb – izvedba reform

Zdi se, da je to eden večjih problemov, s katerimi se soočajo zdravstveni udeleženci. Reformna prizadevanja so večinoma preveč usmerjena na samo vsebino reforme, namesto da bi se bolj usmerila na proces uvedbe, izvedbe in upravljanja sprememb. Glavni razlog, da reforma ni izpeljana do konca, je predvsem nerazumevanje ali neustrezna interpretacija procesa reform (Saltman, Figueras, Sakellarides, 1999, str. 13).

Reforma zdravstvenega zavarovanja in varstva je nenehen proces v katerem države na nastale spremembe v zdravstvu, družbi in okolju nasploh, odgovarjajo s spremembami zakonodaje in prilagajanjem reformnih ciljev obstoječim spremembam. To velja še toliko bolj za države Vzhodne in Srednje Evrope, ki želijo postati članice EU, saj morajo izpolnjevati pogoje in merila za vstop. V prihodnosti morajo v državah Srednje in Vzhodne Evrope zdravstvene reforme poleg zgoraj navedenih ciljev zagotoviti tudi sledeče cilje: prostost dela in zdravstvenih storitev, kar pomeni odprava cenovne diskriminacije pacientov za zdravstvene storitve v tujini; uskladitev zdravstvenih standardov s standardi držav Evropske Unije; glede na makroekonomske omejitve EU ustrezno financiranje zdravstvene varnosti ter doseganje načela po katerem je dostop do zdravstvenih storitev dosegljiv in ponujen v skladu z prioritami v zdravstvu (Consensus Phare International, 1998, str. 14).

4.REFORME V ORGANIZIRANJU, FINANCIRANJU IN IZVAJANJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

V uvodnem delu diplomske naloge sem opredelil reformo kot proces globokih in specifičnih institucionalnih sprememb z namenom doseganja konkretnih ciljev, norm in vrednot. Proces reforme sistemov zdravstvenega varstva pomeni konkretne spremembe na področjih organiziranja, financiranja in izvajanja zdravstvenega varstva. Področja se med seboj prepletajo, tako da bralec v literaturi o zdravstveni varnosti lahko kaj hitro opazi nedoslednost, metodološko zmedo in nejasnost pri navajanju izrazov organiziranje, financiranje in izvajanje zdravstvenega varstva. Vseeno bom poskušal proces reform prikazati po omenjenih področjih v državah EU, Srednje in Vzhodne Evrope ter skupnosti držav nekdanje Sovjetske zveze.

4.1 Trendi v financiranju zdravstva

Proces financiranja v zdravstvu poteka skozi tri ključne faze. Te faze so: zbiranje sredstev, prenos sredstev in poraba sredstev na vse ravni zdravstvene dejavnosti: primarno, sekundarno in terciarno (Stepan, 1999, str. 145). Primarna dejavnost se zagotavlja kot zasebna dejavnost ali v zdravstvenih domovih. Sekundarna dejavnost obsega specialistično dejavnost ambulant in bolnic, terciarna pa dejavnost klinik in inštitutov (Stepan, 1999, str. 13). Zbiranje sredstev je prva faza procesa financiranja v zdravstvu. Mnogokrat se strategije, ki vplivajo na prenos ali porabo sredstev znova in znova vračajo na zbiranje sredstev, zato je včasih jasno razmejevanje med tremi procesi nemogoče. Omejil se bom samo na zbiranje ter porabo sredstev.

4.1.1 Zbiranje sredstev (viri sredstev)

Začetki zdravstvenega zavarovanja v Evropi segajo v zgodnje 19. stoletje, v čas, ko je bilo potrebno razrešiti vse bolj pereča socialna vprašanja delavskega razreda. Zaradi bolezni, poškodb pri delu, dolgoročne nezmožnosti za delo ter nezaposlenosti delavcev, se je pojavila potreba po zaščiti delavcev, s čimer se je počasi, a vztrajno razvijal sistem socialne varnosti, z njim pa tudi sistem zdravstvenega zavarovanja.

Vprašanje plačnika zdravstvenih storitev je pri zbiranju sredstev zelo pomembno, tudi zaradi zahteve po egalitarnem pristopu. Viri financiranja osnovne zdravstvene oskrbe v Evropi so državni proračuni (po vzoru Velike Britanije), socialna zavarovanja skupaj s proračunom

(Nemčija) ali več neodvisnih zavarovalnic s prosto izbiro zavarovalnice in prispevki območnih oz. lokalnih oblasti. Osnovno zavarovanje dopolnjujejo pogosto zasebna zavarovanja za posebne storitve, ki jih osnovno zavarovanje ne krije (Stepan, 1999, str. 19).

Danes poznamo sledeče načine (vire) financiranja zdravstvene oskrbe:

- davki,
- prispevki v sheme socialnega zavarovanja,
- prostovoljni prispevki v sheme privatnega zavarovanja,
- neposredno plačilo "iz žepa" (out – of pocket payment)

Glede na te štiri vire sredstev v Evropi ločimo pet različnih skupin držav, ki zgoraj omenjene vire sredstev kombinirajo na različne načine. Sicer pa sistemi zdravstvenega zavarovanja v vseh Evropskih državah večinoma temeljijo na obveznem zdravstvenem zavarovanju z različno udeležbo privatnega zdravstvenega zavarovanja. Skupine držav in glavni predstavniki so:

1. Države z zdravstvenimi sistemi, ki temeljijo na tako imenovanem Bismarckovem modelu pri katerih so glavni finančni vir socialnega in s tem zdravstvenega zavarovanja prispevki delodajalcev in delojemalcev ob udeležbi države. Prispevki se plačujejo v odvisnosti od plač, lahko tudi v znesku pavšala za vsakega zavarovanca. Razmejitev med prispevki delodajalcev in delojemalcev je ponavadi v razvitih državah razdeljena na način, da vsaj polovico prispevkov plača delodajalec.
2. Države, katerih zdravstveni sistemi so v stanju tranzicije in, ki želijo svoj sistem približati Bismarckovemu modelu prve skupine držav,
3. Države, katerih sistem zdravstva temelji na Beveridgeovem modelu in katerih glavni finančni vir so splošni davčni prihodki. Delež davčnih prihodkov države namenjenih zdravstvenemu varstvu je predmet pogajanj med ministrstvom za zdravje in vlado kot zbirateljem sredstev.
4. Države, v katerih je sistem zdravstva večinoma temeljil na zavarovalniškem načinu zbiranja sredstev in so oz. se preusmerjajo na sistem, ki bi temeljil na davčnem zbiranju sredstev, kar pomeni eno vrsto prehoda iz Bismarckovega na Beveridgev model,
5. Države, ki so se odločile za prehod iz Semaškovega modela na zavarovalniški (Bismarckov) model.

Prva in tretja skupina držav so države, pri katerih je vir financiranja in finančna struktura že kar nekaj časa stabilna. V naslednji tabeli (tabela 4), kjer prikazujem glavne skupine držav in njihove predstavnike, omenjam te države kot države z ustaljenim virom financiranja, države pod številko dve in štiri pa kot države na prehodu. Peta skupina držav so države, ki so pred kratkim spremenile

ali pa so še v postopku spreminjanja državno vodenega sistema v zdravstvu v zavarovalniški sistem. Glavni predstavniki omenjenih skupin so podani v tabeli 4.

Tabela 4: Dejanski oz. predvideni sistem financiranja zdravstvenega varstva v državah Evrope

<u>SISTEMI TEMELJEČI NA ZAVAROVAL NIŠKEM NAČINU ZBIRANJA SREDSTEV</u>	<u>SISTEMI FINANCIRA NJA Z DAVKI</u>	PREHOD IZ CENTRALNE KONTROLE NA ZAVAROVALNIŠKI NAČIN ZBIRANJA SREDSTEV (5)	
		<u>SREDNJE IN VZHODNE EVROPSKE DRŽAVE</u>	<u>SKUPNOST NEODVISNI H DRŽAV BIVŠE SOVJETSKE ZVEZE</u>
Ustaljeni vir financiranja (1) Avstrija, Belgija, Francija, Nemčija, Luksemburg, Nizozemska, Švica, Slovenija	Ustaljeni vir financiranja (3) Danska, Finska, Islandija, Irska, Norveška, Švedska, Velika Britanija	Albanija, BIH, Bolgarija, , Češka, Estonija, Madžarska, Latvija, Litva, Poljska, Romunija, Slovaška.	Armenija, Belorusija, Kazahstan, Moldavija, Ruska Federacija, Tadžikistan, Turkmenistan, Ukrajina, Uzbekistan.
V stanju tranzicije (2) Nekdanja Nemška demokratska Republika, Izrael, Turčija.	V stanju tranzicije (4) Grčija, Italija, Portugalska, Španija.		

Vir: European Health Care Reform, str. 116.

Iz tabele 4 je razvidno, da so pravzaprav prisotni trije sistemi (modeli) zdravstvenega varstva:

- Bismarckov model (1+2),
- Beveridgev model (3+4),
- Semaškov model (5 nekoč).

V ZDA pa se je razvil še četrti sistem – tržni oz. komercialni sistem. Na osnovi tabele 4 lahko vidimo, katere države sodijo v posamezne skupine, razvidno pa je tudi iz katerega vira se pretežno financirajo sistemi zdravstvenega zavarovanja po posameznih državah. Stanje na področju virov financiranja zdravstvene dejavnosti po posameznih izbranih evropskih državah je prikazano v tabeli 5, iz katere je razviden delež posameznih finančnih virov. Viri financiranja so razdeljeni najprej na delež javnih in zasebnih virov, nato pa med javnimi viri delež davčnih virov, delež virov iz sredstev socialnega zavarovanja ter delež ostalih virov v okviru javnih sredstev. Zasebni viri se naprej delijo na delež sredstev iz zasebnega zavarovanja, delež neposrednega plačila ter ostali viri.

Tabela 5: Razmerja med posameznimi viri financiranja zdravstvene porabe v letu 1998 v izbranih državah Evrope

DRŽAVE	DELEŽ JAVNE ZDRAVSTVENE PORABE	DELEŽ PRIVATNE ZDRAVSTVENE PORABE	JAVNI DEL			ZASEBNI DEL		
			Socialno zavarovanje	Davki	Ostalo	Privatno zavarovanje	Plačilo iz žepa	Ostalo
Belgija	71,2	28,8	88	12	0	7	48	48
Nemčija	75,8	24,2	91,6	8,3	0	29,5	52,8	17,7
Francija	76,1	23,9	96,8	3,2	0	52,7	43	4,3
Turčija	71,9	28,1	43,8	56,2	0	0,2	99,6	0,2
Danska	81,9	19,1	0	100	0	8,2	91,8	0
Švedska	83,6	16,2	0	100	0	0	100	0
Velika Britanija	83,3	16,7	11,8	88,2	0	20,8	66,8	12,4
Grčija	56,3	43,7	39	61	0	5,2	87,8	7
Italija	71,9	28,1	0,1	99,9	0	4,7	87,2	8,1
Španija	76,8	23,2	11,7	88,3	0	23,6	76,4	0
Slovenija	78,8	21,3	98,6	1,4	0	49,1	50,9	0
Slovaška	90,7	9,3	73,4	26,6	0	0	85,2	14,8
Poljska	65,4	34,6	0	100	0	0	100	0
Armenija	42,9	57,1	0	88,8	12,2	0	100	0
Belorusija	86,1	13,9	0	99,1	0,9	0	100	0
ZDA	44,8	52,2	33,2	66,8	0	60,7	28,3	11

Vir: WHO, National Health data Account, 2001

Čeprav se tu skušamo osredotočiti na reformo zdravstvenega zavarovanja in bi zaradi tega kazalo obravnavati države v skupini dve in štiri, pa je zaradi pojasnitve lastnosti glavnih sistemov zdravstvenega zavarovanja v Evropi smiselno obravnavati države pod številko 1 in 3. V nadaljevanju torej podajam lastnosti Bismarckovega in Beveridgeovega modela ter Semaškovega modela zdravstvenega zavarovanja.

1. Bismarckov sistem zdravstvenega zavarovanja, ali tudi sistem, pri katerem zbiranje sredstev temelji na zavarovalniškem načinu.

Bismarckov sistem zdravstvenega zavarovanja je najstarejši, svoje korenine pa ima v Nemčiji. Prva zakonodaja s področja zdravstva in zdravstvenega zavarovanja je bila sprejeta v Nemčiji leta 1883, s čimer je članstvo (predvsem delavcev) v prej prostovoljnih organizacijah, ki so zagotavljale neke vrste socialno zaščito, postalo obvezno. Sčasoma je zakonodaja napredovala tudi na druga področja, prenesla pa se je tudi v druge države. Glavni vir sredstev za zdravstveno oskrbo v tej skupini držav predstavljajo sredstva iz socialnega zavarovanja. Za kritje rizikov plačujejo vsi, ki imajo kakršenkoli dohodek. Prispevki se stekajo v bolniške blagajne ali zavarovalnice. Financiranje v teh sistemih še vključuje določanje davkov na plačilne liste oz. prispevne stopnje, plačevanje prispevkov s strani delavcev ter transferi iz drugih blagajn, t.j. javni finančni sistem (npr. pokojninska blagajna ali blagajna za nezaposlenost).

Zdravstveno zavarovanje v večini teh držav vodijo povsem neodvisne organizacije, ki pa so (v različni meri) podvržene nadzoru države. To pomeni, da same določajo prispevne stopnje za zdravstveno zavarovanje, opredelijo pravice zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev in denarnih prejemkov ter vstopajo v pogajalske odnose z združenji pogodbenih zdravnikov, zobozdravnikov, farmacevtov in bolnišnic. Večina storitev je pokrita s strani javnih financ (Svenšek, 1997, str. 16). Tak način vodenja zagotavlja njihovo neodvisnost nasproti državi in državnemu proračunu. Ne glede na njihovo neodvisnost pa so podvržene strogi (državni) regulaciji.

Načeloma je članstvo v teh sistemih obvezno za vse državljane neke države, čeprav v praksi nobena država ne zagotavlja univerzalen dostop do zdravstvenih storitev celotnemu prebivalstvu. Večina pa le pokriva 99 procentov populacije, vendar se poleg obveznega zavarovanja vse bolj uveljavljajo tudi prostovoljno zavarovanje, tako da sedaj v Evropi obstajajo štiri različne kombinacije zavarovanj populacije, to je kombinacije privatnega in javnega zavarovanja. Trendi v večini teh držav so povečana državna kontrola in regulacija financiranja zdravstvenega zavarovanja (Saltman, Figueras, Sakellarides, 1999, str. 58). Tako država vrši posredni nadzor in regulacijo s ciljem zmanjševanja stroškov ter zagotavljanja solidarnosti in enakosti. Opravljanje zdravstvene dejavnosti v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja je neprofitno. Privatna sredstva ne dosegajo pomembnega deleža v celotnem sistemu. Sicer pa obstajajo tudi t.i. transferi oz. zdravstvene subvencije za skupine prebivalcev, ki so ekonomsko šibkejši, kar blaži negativne učinke privatnih zdravstvenih zavarovalnic.

2. Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva ali Beveridgev model

Začetki tega modela segajo v 20. stoletje v Angliji, formalno pa ga je postavil Beveridge leta 1942. Tudi pri tem sistemu se je na začetku razvilo veliko število neodvisnih zdravstvenih fondov, ki so pokrivali manjše dele prebivalstva. Sčasoma se je tudi tu število udeležencev oz. članov povečevalo, vendar se je za razliko od prejšnjega sistema ta razvil na poseben način v naslednji smeri:

- Z naraščanjem števila članov je država čutila dolžnost, da se financiranje izvaja preko splošnih davčnih prihodkov,
- Pokritje prebivalstva je postalo univerzalno,
- Zdravstveni skladi so izgubili svojo neodvisnost in so postali del javnega sektorja.

Z razvojem je torej davčni način zbiranja sredstev v tem sistemu postal prevladujoč. Poleg razlike v načinu zbiranja sredstev, se ta sistem od Bismarckovega razlikuje tudi v tem, da imajo v tem sistemu vsi prebivalci države zagotovljen dostop do zdravstvenih storitev pod enakimi pogoji. V takem sistemu naj bi se načelo solidarnosti bolj zagotavljalo.

3. Semaškov model

Naslednja skupina držav so države Srednje in Vzhodne Evrope ter skupnost neodvisnih držav bivše Sovjetske Zveze. V teh državah je bil prisoten Sistem socialističnega zdravstvenega varstva ali tudi Semaškov model zdravstvenega varstva. Bil je etatistično upravljan, torej iz strani države. Nastal je v času socialistične družbene ureditve v Sovjetski Zvezi, kjer je bila zasebna zdravstvena dejavnost v celoti prepovedana (Svenšek, 1997, str. 17). Sistem je bil uspešno uveden po drugi svetovni vojni. Države Srednje in Vzhodne Evrope ter države nekdanje Sovjetske Zveze, ki so uvedle Semaškov model, so v večini zdravstvene potrebe uradno popolnoma financirali iz državnih proračunov. Zdravstvena infrastruktura je bila v javni lasti, ravno tako so bile zdravstvene storitve javno dostopne.

Odgovornost za planiranje, razporejanje finančnih sredstev in upravljanje z investicijskimi izdatki je nosila državna administracija, sicer organizirana na več ravneh, centralni, regionalni in lokalni. Ta Sovjetski model¹ zdravstvenega varstva se je soočal z večjim številom pomanjkljivosti, kot npr: neprilagodljivosti zdravnikov in zdravstvenih storitev na bolnikove potrebe, relativna podcenjenost in nezadostno financiranje zdravstvenih storitev po mednarodnih standardih, zaradi česar je tudi dostopnost do moderne tehnologije bila omejena, bolj poudarjena vloga bolniške oskrbe in zdravnikov specialistov namesto zunaj bolniških storitev in primarne zdravstvene oskrbe, nezadostnost zdravstvenih storitev; veliko število zdravnikov v primerjavi s številom

¹ Izraz sovjetski model enačim z Semaškovim modelom, uporabljam pa ga, ker želim pokazati na njegovo povezanost z idejami in načinom upravljanja s sredstvi v omenjenih državah, na čelu katerih je bila Sovjetska Zveza.

prebivalcev ter boljša dostopnost do zdravstvenih storitev nekaterim »posebnim – pomembnim« skupinam, kot so politiki in pojav sive ekonomije. Na drugi strani pa je sistem imel določene prednosti oz. dobre strani, kot npr. visoka dostopnost do zdravstvenih storitev, dobra strukturiranost zdravstvenih storitev, torej dobro geografsko pokritje prebivalstva ter dobro izvajanje javnih programov zdravstvene zaščite, kot npr; imunizacija – cepljenje (Saltman, Figueras, Sakellarides, 1999, str. 299).

Razlogi držav Srednje in Vzhodne Evrope ter držav nekdanje Sovjetske Zveze za prehod na zavarovalniški sistem ter bolj poudarjeno tržno vlogo, so večja izbira pacientov, drugačne možnosti zaslužka za zdravnike ter večja lastna uveljavitev, povečane možnosti financiranja itd. Veliko držav v tej skupini razloge za prehod na nov sistem organiziranja in financiranja zdravstvene oskrbe vidi prav v pomanjkljivostih in vsem slabem v bivšem sistemu.

Glavne značilnosti novo nastalih sistemov v državah Srednje in Vzhodne Evrope so:

- Nadaljevanje prispevnega financiranja

Še vedno se del sredstev dodatnega proračunskega financiranja za dele populacije, ki za zdravstveno zavarovanje ne plačujejo ali za financiranje večjih zdravstvenih projektov, kot so npr. javne zdravstvene akcije, zdravstveno izobraževanje in izgradnja raziskovalnih inštitutov, financira s prispevki, ki smo jih včasih poimenovali samoprispevki.

- Neodvisnost posameznih zdravstvenih zavodov

- Državna kontrola

Zavarovalnice in bolniški skladi so podvrženi neki obliki državne kontrole z različnimi stopnjami neodvisnosti.

- Pluralnost zavarovalniških skladov

Za razliko od nekaterih držav, v katerih imamo veliko neodvisnih zavarovalnih skladov in kjer ni nobene krovne organizacije, ki bi jih nadzirala, pa so nekatere države ustanovile centralno zdravstveno zavarovalnico (kot npr.: Češka, Estonija) z lokalnimi podružnicami oz. specializiranimi bolniškimi skladi.

Na tem mestu bi rad namenil še nekaj besed temu, kako se v prej omenjenih sistemih zdravstvenega zavarovanja uresničujeta dva temeljna pojma: konkurenčnost nasproti solidarnosti, oz. kateri bolj prevladuje. Pojem solidarnosti je zelo nedoločen termin. V ospredju prihaja namreč vprašanje, ali lahko države hkrati ob vse večjem financiranju zdravstva iz "lastnega žepa" zadržujejo oz. ohranjajo razmeroma visoko stopnjo solidarnosti.

V sistemih privatnega financiranja privatno zdravstveno zavarovanje počasi izpodriva socialno solidarnost. V takem sistemu morajo zaradi riziku prilagojenih premij kronično bolni plačevati več kot zdravi ljudje, s čimer je kršeno načelo solidarnosti. Skozi proces, znan pod imenom negativna selekcija, premije za zavarovance (predvsem bolne, saj zdravi izstopajo iz obveznih zavarovanj) naraščajo. Tipičen primer privatnega financiranja so bile ZDA.

Novejši trendi v ZDA se gibljejo v obratni smeri. Zaradi privatnega financiranja je relativno veliko število Američanov, ki nimajo niti osnovnega zavarovalnega kritja za primer bolezni. V letu 1990 je bilo nezavarovanih 13 % prebivalcev, leta 1992 pa že 17 %. Glavni problem ZDA pa ni v tem, da so ljudje manj zdravi, ampak v visokih stroških zdravstva, ki pripeljejo celotni zdravstveni sistem v izgubo zaupanja. V ZDA so obvezno zavarovani samo določeni deli prebivalstva, in sicer osebe, starejše od 65 let (Stepan, 1999, str. 119), po t.i. programu Medicare. Za odpravo negativnih posledic in omilitev problema dostopnosti do zdravstvenih storitev, je ZDA uvedla program Medicaid. S tem programom naj bi nudili najosnovnejšo zdravstveno oskrbo najrevnejšim, torej tistim, ki so na robu preživetja in prejemnikom državne denarne pomoči (invalidi, zapuščeni otroci, itn). Ker pa tak program dosega visoke stroške je bila na tem področju ponovno izvedena reforma v smeri zmanjšanja obsega pravic, kar je zmanjšalo nadomestila in število zdravnikov v tem programu, s čimer je zdravniško pomoč v tem programu vse težje dobiti. V času Clintonove administracije je bila sprožena cela vrsta polemik in predlogov za izboljšavo zdravstvenega varstva najšibkejšim članom družbe. Zadnji predlog Clintonove administracije je bil predlog Medicare, s katerim bi starejšim Američanom nudili zvezno pomoč pri nakupu zdravil na recept ter konkurenco med posameznimi zdravstvenimi skladi za starejše prebivalce. (Goldstein, 1999). Cilj vseh teh prizadevanj naj bi bila dostopnost osnovnega zdravstvenega zavarovanja vsem prebivalcem. Uvedli naj bi obvezno zavarovanje, ki bi bilo bližje socialnemu zavarovanju v državah Evrope, vendar kot kaže je to politično neizvedljivo. Očitno bo za "popravilo" prevladujočega stanja v ZDA potrebno še veliko časa oz. je sploh vprašanje ali lahko pričakujemo kakšno bistveno izboljšanje v prihodnosti.

V sistemih, ki se financirajo z davki je načelo solidarnosti lažje dosegljivo in je odvisno od progresivnosti davčnega sistema, ki neposredno vpliva na prerazporejanje finančnih sredstev.

V sistemih socialnega zavarovanja, kjer imamo eno ali več neodvisnih zdravstvenih zavarovalnic, solidarnost ni samoumevna in je brez državne regulacije sploh ne bi bilo. V takem sistemu je prispevna stopnja za zdravstveno zavarovanje, ki jo plačujejo zaposleni, delodajalci in druge skupine z dohodki določena fiksno, vendar do določene višine dohodka. Tako tisti, ki zaslužijo več, torej nad »cenzusom«, plačujejo za zdravstveno zavarovanje relativno manj od ostalih zavarovancev. Solidarnost je prizadeta tudi z možnostjo izbire potencialnih zavarovancev o

vstopu oz. izstopu iz sistema. Če iz sistema izstopajo premožnejši oz. vanj niso vključeni, potem sistem postaja še bolj regresiven (Saltman, Figueras, 1997, str. 135). V državah z več neodvisnimi zdravstvenimi zavarovalnicami, ki medsebojno tekmujejo za privabljanje "čim boljših" zavarovancev s čim manjšim rizikom, prihaja do naravnega konflikta med solidarnostjo in konkurenčnostjo. V kolikšni meri bo posamezen koncept prevladal, je močno odvisno od državnega poseganja na to področje z omejevanjem oz. dopuščanjem konkurence, množičnih medijev in samostojne regulacije.

Vseeno pa je v primerjavi z ZDA oz. sistemi, ki se v večji meri financirajo iz privatnih virov, v državah s socialnim zavarovanjem solidarnost na visoki ravni.

Plačilo iz žepa predstavlja najbolj regresivno obliko plačila za zdravstveno zavarovanje in močno krši načelo solidarnosti.

4.1.2 Poraba sredstev

Kot smo že na začetku ugotovili, je cilj države omejiti zdravstveno porabo z izvajanjem reformnih strategij na strani ponudbe in/ali povpraševanja, predvsem pa je to očitno v državah z javnim financiranjem zdravstva. V tem delu diplomske naloge skušam prikazati reformne procese na strani porabe sredstev za zdravstveno zavarovanje. Za dosego omenjenih ciljev na strani porabe sredstev izstopata strategiji soudeležbe oz. participacije in postavljanje prioritete.

4.1.2.1 Soudeležba pacientov v stroških

Soudeležba pacientov v stroških pomeni vsakršno obliko direktnega plačila uporabnika zdravstvenih storitev izvajalcu zdravstvenih storitev, torej ponudniku. Glede na to, da takšna plačila neposredno vplivajo na ekonomsko stanje prebivalstva in dostopnost zdravstvenih storitev, je v javnosti ta tema pogosto predmet političnih razprav.

Glavne tri oblike delitve stroškov so:

1. Udeležba v plačilu zdravstvenih storitev v obliki doplačila: (co-payment)

Pri tej obliki delitve stroškov mora pacient plačati za vsako zdravstveno storitev nek določen fiksni znesek (npr. 5 USD za predpisano zdravilo).

2. Udeležba v plačilu izražena relativno (co-insurance)

V tem primeru je udeležba pacienta pri plačilu zdravstvenih storitev izražena kot odstotek od celotnega zaračunanega zneska.

3.Udeležba v obliki odbitka (deductible)

Je znesek, ki ga mora zavarovanec plačati iz žepa, preden koristi zavarovalnega primera začnejo veljati, kar pomeni, da npr. pacient za bivanje v bolnišnici plača prvih 100 USD stroškov bivanja, ostali del stroškov bivanja pa krije zavarovalnica. Za razliko od držav Zahodne Evrope, kjer je glavni razlog uporabe te strategije omejitev zdravstvene porabe, pa je v državah Vzhodne Evrope glavni razlog zbrati dodatna finančna sredstva z namenom ohraniti obstoječo raven zdravstvenega varstva in oskrbe.

V državah Zahodne Evrope je navedena strategija soudeležbe usmerjena predvsem na področje zdravlil, pri čemer je cilj delni prenos teh stroškov na privatne osebe. Okoli polovica držav Zahodne Evrope uporablja neko obliko "soudeležbe v stroških", tako ob prvem stiku z zdravniki, kot tudi pozneje pri bolnišničnem in zunaj bolnišničnem zdravljenju. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje zmanjšuje vpliv in uspešnost strategije soudeležbe v stroških, saj prostovoljno zdravstveno zavarovanje zmanjšuje tovrstni obseg zbranih sredstev. Zato v večini držav Zahodne Evrope prostovoljno zdravstveno zavarovanje ali ni dovoljeno (Belgija in Norveška) ali pa je dovoljeno samo za nakup določenih storitev, ki niso vključene v standardni paket ugodnosti nacionalnega zdravstvenega zavarovanja. Ker delitev stroškov povzroča negativne učinke pri prebivalstvu z nizkimi dohodki, kot je npr: zmanjšan dostop do zdravstvenih storitev, večina Zahodno Evropskih držav pomaga tudi pri povračilih stroškov za zdravstvene storitve revnim in kronično bolnim. Primere delitve stroškov v državah Zahodne Evrope podajam v tabeli 6 (glej str. 24).

Tabela 6: Soudeležba pacientov v stroških v izbranih državah EU

Država (vir)	Vrsta ponudnika zdravstvenih storitev		
	Primarna –prvi kontakt	Ostalo	Zdravila
Nemčija	Ni soudeležbe	Do 14 dni bivanja v bolnišnicah na leto je znesek delitve stroškov fiksno določen, za daljše bivanje krije vse zavarovalnica.	Spremenljiva doplačila, Referenčno določanje cen, nobenega kritja s strani zavarovalnice za zdravila na t.i. negativni listi
Danska	Ni soudeležbe	Ni delitve stroškov	Od 0 do 50 % spremenljivo dodatno zavarovanje, ki se nanaša na referenčno določene cene ²
Italija	Ni soudeležbe	Ni delitve za znotraj – bolnišnično zdravljenje. Uvedeno v 90 letih v javnih bolnišnicah za razne diagnostične postopke, obiske specialistom ipd.	Za nujna zdravila udeležba v obliki odbitka. Za večino ostalih zdravil poleg udeležbe v odbitku še udeležba v zavarovanju, kar dejansko pomeni da se sredstva za plačilo črpajo iz dodatnega zavarovanja. Nekatera zdravila so izključena iz kritja (samoplačništvo.)
Portugalska	Je soudeležba	Je soudeležba	Glede na vrsto zdravila obstajata dve fiksni stopnji udeležbe pacienta pri plačevanju stroškov zdravil. Nekatera zdravila so brezplačna, nekatera pa so izzvzeta iz sistema kritja zavarovalnice.

Vir: European Health Care Reform, 1997, str. 91-93.

² Referenčno določanje cen je ena od dodatnih oblik soudeležbe v stroških, pri kateri ponavadi zavarovalnica določi dve ali več list zdravil, od katerih so na eni listi zdravil tudi zdravila, ki jih zdravnik predpiše brez doplačil pacienta, za ostala zdravila pa pacient doplača razlike v ceni med kupljenim zdravilom in terapevtsko enakemu zdravilu na prvi listi.

V državah Srednje in Vzhodne Evrope ter državah bivše Sovjetske Zveze je poleg formalne delitve stroškov vse bolj prisoten trend zanašanja ponudnikov zdravstvenih storitev na neformalno obliko plačil s strani pacientov. Hitro uvajanje tržnega mehanizma v zdravstveni sistem v omenjenih državah povzroča nove skrbi glede zmožnosti dostopa revnejšega prebivalstva do zdravstvenih storitev in izpolnjevanja vse več formalnih in neformalnih pogojev za vključitev v zdravstveni sistem in dostop do zdravstvene oskrbe. Primer delitve stroškov v teh državah je podan v tabeli 7.

Tabela 7: Soudeležba pacientov v stroških v izbranih državah Srednje in Vzhodne Evrope ter državah bivše Sovjetske Zveze.

Država (vir)	Vrsta ponudnika zdravstvenih storitev			Neformalna plačila
	Primarna –prvi kontakt	Ostalo	Zdravila	
Bolgarija	Je ni v javnem sektorju, v zasebnem sektorju pa je plačevanje stroškov popolnoma preneseno na pacienta.	Delitve stroškov financiranja ni, so pa običajna neformalna plačila pacientov.	Za zdravila, ki naj bi bila uradno brezplačna pacienti vseeno plačujejo.	Uporabljanost zelo na široko
Češka	Skromna delitev stroškov za specifične storitve zasebnikov z določenim maksimumom plačevanja iz žepa.	Planirajo uvesti delitev stroškov do določene meje iz lastnega žepa.	Je	Da
Slovaška	Ni soudeležbe v stroških	Ni soudeležbe v stroških	Stopnje relativne udeležbe varirajo glede na vrsto zdravila	Da
Slovenija	Ni soudeležbe v stroških	Ni soudeležbe v stroških	Da	

Vir: European Health Care Reform, 1997, str. 96-97.

V nasprotju z doslej napisanim o soudeležbi pacientov v stroških zdravstvenih storitev praksa kaže, da ta "soudeležba" ne zmanjšuje zdravstvene porabe, ampak povzroča zmanjšano uporabo zdravniških storitev. Celotni stroški v zdravstvu niso manjši, ker ti nastajajo zaradi dejavnikov na ponudbeni strani zdravstva, delitev stroškov pa je strategija na strani povpraševanja (Saltman, Figueras, 1997, str. 98). Meddržavna primerjava celo pokaže, da imajo ZDA kot država z najnižjim deležem javnega financiranja zdravstvenega sistema najvišje relativne in absolutne

stroške oskrbe glede na BDP. Zato se za doseg cilja nižje zdravstvene porabe vse bolj priporočajo strategije na ponudbeni strani zdravstvene oskrbe.

4.1.2.2 Postavljanje priorit

Ugotovili smo, da stroški v zdravstvu naraščajo zaradi staranja prebivalstva, napredka v zdravstveni tehnologiji in novih področjih zdravstvene oskrbe. V tem okviru je postavljanje priorit et tudi eden od načinov čim bolj smotrne alokacije resursov. Postavljanje priorit et pomeni strategijo bolj racionalnega odločanja med več možnimi alternativami bodisi pri obliki zdravljenja bodisi pri vrsti zdravil in z namenom racionalnejše rabe omejenih sredstev v zdravstvu.

Splošno ozračje v celotni Evropski regiji, tako v Zahodni Evropi, kot tudi v Srednji in Vzhodni Evropi je naklonjeno postavljanju priorit et. V Zahodni Evropi sicer na bolj sistematični in odprti osnovi, v drugih delih Evrope pa je postavljanje priorit et nujen korak k zagotavljanju učinkovite porabe javnih sredstev. Včasih zna biti postavljanje priorit et problematično, predvsem z vidika uporabnika oz. pacientovih pravic, kajti s postavljanjem priorit et lahko zelo hitro in nevede onemogočimo pacientu dostop do osnovnih zdravstvenih storitev. Rezultati postavljanja priorit et v Zahodni Evropi so spodbudni in niso zmanjšali obsega razpoložljivih storitev v osnovnem paketu obveznega zavarovanja.

Prioritete lahko postavljamo na različnih ravneh zdravstvenega varstva. Na makro-ravni je postavljanje priorit et vezano na odnos zdravstveno varstvo – konkurenčne ponudbe v povezavi s sredstvi. V tem primeru predstavniki povpraševanja po zdravstvenih storitvah na osnovi konkurenčnih ponudb izvajalcev zdravstvenih storitev izberejo najcenejšo oziroma najoptimalnejšo ponudbo v nameri zmanjševanja stroškov zdravstvene oskrbe. Na nižji ravni to pomeni odločitve o razporejanju sredstev za zdravstveno zavarovanje po različnih geografskih lokacijah oz. storitvah. Na še nižji ravni se sprejemajo odločitve o razporejanju sredstev za posamezne oblike zdravljenja, npr. med srčno transplantacijo ali operacijo na odprtem srcu. Ravno tako postavljanje priorit et pomeni sprejemanje odločitev o nujnosti zdravljenja, kateri pacient ima pri zdravljenju prednost, kakšen način zdravljenja ubrati ter uporabo zdravstvene tehnologije.

Primer postavljanja priorit et so tudi različni poskusi vključevanja javnosti v proces odločanja v zdravstvu. Javno udeležbo v postavljanju priorit et so izvedle: Nizozemska, Švedska, Velika Britanija ter ameriška zvezna država Oregon.

Na Švedskem je npr. parlamentarna komisija leta 1994 opravila večje število javnih raziskav o prioritetah v zdravstvu. Rezultati raziskave na vzorcu 1500 ljudi so bili sledeči:

- večina ljudi meni, da mora zdravstveno varstvo biti namenjeno večinoma bolnikom s težjimi boleznimi,
- stalni negi je potrebno posvečati enako pozornost kot nujni zdravstveni pomoči,
- storitve, ki naj bi bile omejenega značaja so kozmetične operacije, odstranjevanje neškodljivih rojstnih znamenj ter programi prenehanja kajenja.

Na Nizozemskem je Dunningov komite leta 1990 imel nalogo raziskati, kako postaviti meje pri uporabi novih tehnologij v zdravstvu in kako se spopadati s problemi pomanjkanja sredstev, racioniranja zdravstvene oskrbe, itn. Sklep komiteja je bil, da je pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe potrebno sprejeti konkretne odločitve o izvzetju nekaterih oblik zdravljenja iz javnega financiranja. Konkretno naj bi ukinili zobozdravstvene storitve za odrasle ter homeopatsko zdravljenje.³

Zaradi ekonomske kontrakcije in naraščanja stroškov zdravljenja je Makedonija ponovno definirala, kaj sodi v osnovni paket zdravstvenih storitev glede na razpoložljiva sredstva. Hrvaška, Češka in Slovaška so iz standardnega paketa zdravstvenih storitev izključile kozmetične operacije, nekatere zobozdravstvene pripomočke, itn. V splošnem obstaja volja za postavljanje prioritet, vendar ostaja tudi problem konkretnega udejanjanja postavljenih prioritet zaradi spornosti posameznih ukrepov.

4.2 Reformni trendi v organiziranju zdravstvenega varstva

Uresničevanje ciljev zdravstvene reforme s pomočjo novih in izboljšanih možnosti financiranja ter racionalizacijo sredstev ni možno doseči brez ustreznih sprememb v organiziranju zdravstvenega varstva. Čeprav se zdravstveni subjekti zavedajo tega dejstva, pa je proces reformiranja organiziranja zdravstvenega varstva pravzaprav naraven in komplementaren proces zdravstvenemu financiranju in izvajanju zdravstvenega varstva. **Organiziranje zdravstva** je širok in v praksi težko določljiv pojem. Če ga vseeno poskušam definirati, zajema naslednja področja:

- Spremenjeno vlogo trga in države,
- Reorganizacija sistema,
- Spremenjeno vlogo bolnišnic ter privatnih zdravstvenih ustanov in

³ Homeopatsko zdravljenje pomeni zdravljenje bolezni z majhnimi odmerki zdravil, ki v velikih količinah povzročajo pri zdravih podobna bolezenska znamenja. Temelji na opazovanju, da majhni odmerki nekaterih zdravil delujejo prav nasprotno kakor veliki (Cankarjeva Založba, 2002, str. 376).

- Pogodbeništvo med zdravstvenimi izvajalci in uporabniki zdravstva.

Oglejmo si posamezna področja nekoliko podrobneje.

4.2.1 Vloga trga in države v organiziranju zdravstvenega zavarovanja

V organiziranju zdravstvenega zavarovanja in varstva imamo dve skrajnosti. Na eni strani si vse pristojnosti organiziranja v zdravstvu lasti država, na drugi strani pa imamo popolno dominacijo trga. V praksi so sistemi zdravstvenega zavarovanja postavljeni nekje vmes med tema dvema skrajnima oblikama.

V sistemih z bolj poudarjeno vlogo države je zaznaven trend k večanju vloge trga s prenosom državnih funkcij na regionalno oz. krajevno raven. Nekatere funkcije javnega sektorja pa se prenašajo na privatni sektor, izvajajo pa jih zdravniki ali privatne zdravstvene ustanove, ki so si pridobile ustrezne koncesije za opravljanje tovrstne dejavnosti.

V sistemih, ki so manj centralizirani, pa je opazen povečan državni nadzor oz. ustanavljanje ustreznih nadzornih institucij.

Najbolj opazen pritisk k spremembi je v državah, ki so po 1990 letu opravile politični preobrat iz centralno-planskega k tržnemu gospodarstvu. Tu je prisotna težnja k privatizaciji javnega zdravstvenega sektorja, tako pri izvajanju, kot tudi financiranju zdravstvenega zavarovanja.

4.2.2 Prestrukturiranje sistemov zdravstvenega zavarovanja

Reorganizacijo zdravstva bolj nazorno prikazujejo naslednji trije pojmi: decentralizacija, recentralizacija in privatizacija.

Decentralizacija zdravstva pomeni prenos pooblastil v javnem planiranju, upravljanju in odločitvah z nacionalne ravni na nižje ravni, torej na raven pokrajin ali lokalnih skupnosti. Glavne oblike decentralizacije so:

- Dekoncentracija, ki pomeni prenos administrativnih nalog in opravil v okviru organizacije na lokalna predstavništva vladnih ministrstev. Prenos izvedemo lahko na dva načina:

- Vertikalni prenos, kjer je vsako lokalno predstavništvo odgovorno le zase in je v administrativnem smislu samostojna enota,
 - Horizontalni prenos, pri katerem je vodja predstavništva neposredno odgovoren nadzornemu organu na višji ravni.
- Devolucija, za razliko od dekoncentracije pomeni politično decentralizacijo. Gre za ustanavljanje regionalnih in lokalnih organov oblasti, ki samostojno sprejemajo politične odločitve,
 - Delegacija, pri kateri prihaja do prenosa sposobnosti planiranja in sprejemanja odločitev brez neposrednega nadzora višjih institucij. Nanaša se na prenos le določenih opravil, omogoča pa večjo fleksibilnost managementa.
 - Privatizacija, ki pomeni prenos upravljalških funkcij nevladnim ustanovam bodisi profitnim ali neprofitnim organizacijam.

Primeri decentralizacije:

a) dekoncentracija

Primer dekoncentracije je na Poljskem, kjer so krajevni odbori pridobili precej moči v planiranju, tako, da so lahko odločali o strukturi zdravstvenih institucij in razporejanju proračunskih sredstev. V praksi je to pomenilo izgubo določenih pristojnosti Ministrstva za zdravje.

b) devolucija

Kot najbolj ekstremen primer devolucije je v Publikaciji Svetovne Zdravstvene Organizacije pod naslovom "European Health Care Reform" navedena Finska. Finska je država, kjer večina zdravstvenih storitev zagotavlja javni sektor. Vlada ima kontrolo nad planiranjem, nadziranjem in financiranjem več kot 50 odstotkov storitev, za dostop do zdravstvenih storitev pa skrbi več kot 460 lokalnih oblasti. Lokalne oblasti imajo izvoljenega predstavnika, splošna politična tendenca v sistemu pa je prenos čimveč moči na lokalna predstavništva. Z reformo v osemdesetih in devetdesetih letih pa se je svoboda in odgovornost lokalnih predstavnikov zdravstvenega organiziranja še dodatno povečala. Javne zdravstvene ustanove so postale bolj izpostavljene konkurenci, inovacijam in zniževanju stroškov oziroma omejevanju porabe.

c) delegacija

Kot primer delegacije navajam Italijo, ki je leta 1992 izvedla reformo, tako da je transformirala administrativne strukture lokalnih zdravstvenih enot. Lokalne zdravstvene enote so postale javna podjetja z organizacijsko avtonomijo. Večje bolnišnice se sedaj lahko ustanavljajo kot neodvisne "javne zdravstvene agencije" z avtonomijo v organizaciji in administraciji. Razpolagajo z vnaprej

določenim proračunom, presežke lahko investirajo, ob morebitnih neupravičljivih izgubah pa lahko izgubijo svojo avtonomijo.

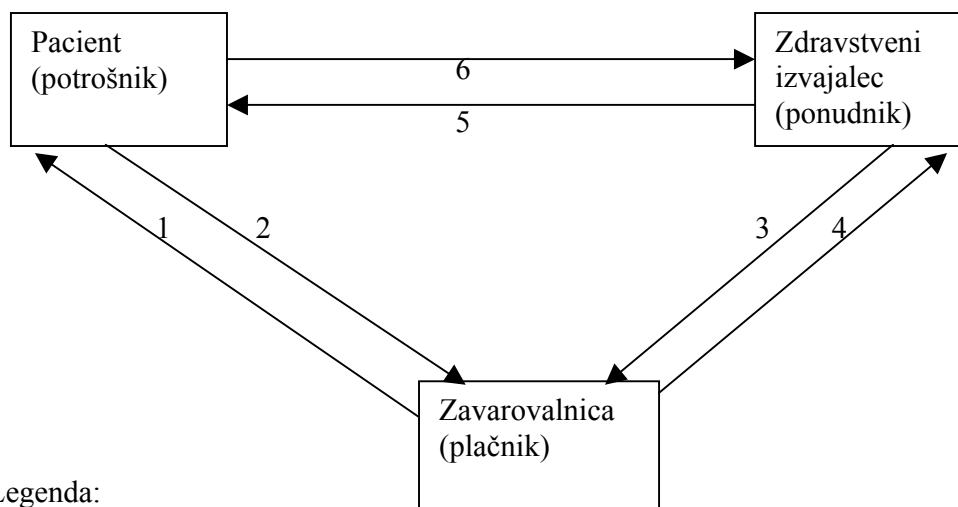
d) privatizacija

Drastična oblika privatizacije je zajela Češko republiko, vsaj na področju zdravil. Tu je bilo vsakomur dovoljeno ustanoviti in voditi lastno lekarniško dejavnost na podlagi pridobljene lekarniške licence, ki jo je podeljevala zdravstvena komisija. Cilj omenjenega ukrepa je bil izboljšati kvaliteto oskrbe z zdravili. Reforme na tem področju so povzročile močno povečanje števila lekarn, večji izbor zdravil ter podvojitev porabe zdravil med letoma 1991 in 1993.

4.2.3 Pogodbništvo

Eden od učinkovitih načinov za doseganje specifičnih ciljev "reforme zdravstvenega varstva", torej učinkovite razporeditve sredstev, je tudi pogodbništvo. Pogodbništvo je koordinacijski mehanizem, ki predstavlja alternativo klasičnemu modelu nadzora in kontrole nad zdravstvenim upravljanjem (Saltman, Figueras, 1997, str. 141). Pogodbništvo povezuje zavarovalnice kot tretjo stran v zavarovalni shemi z izvajalci (ponudniki) zdravstvenih storitev. Zagovorniki pogodbništva navajajo štiri razloge, zakaj je pogodbništvo dobro in ga je potrebno uvesti. Le ti so: decentralizacija upravljanja, izboljševanje izvajanja zdravniških opravil, izboljšanje pri planiranju zdravstvenega razvoja ter izboljšanje managementa oskrbe. (Saltman, Figueras, 1997, str. 142). Cilj pogodbništva je tudi zmanjšanje bolnišničnega zdravljenja na račun zunajbolnišničnega zdravljenja. To je potrebno zaradi vse strožjih finančnih omejitev in organizacijskih problemov, povezanih z vse večjo uporabo zdravstvenih storitev v bolnišnicah. Obstajajo tri vrste pogodb, v splošnem pa so predmet pogodb denarna sredstva namenjena za določen obseg storitev. Kupec zdravstvenih storitev (zavarovalnica) pristaja na plačilo določenega zneska v zameno za vnaprej določen izbor zdravstvenih storitev. Razlike med posameznimi vrstami pogodb pa so v razdelanosti nabora in stroškov zdravstvenih storitev, ki jih pogodba zajema. V državah z davčnim zbiranjem sredstev je pogodbništvo postalo predvsem vzvod za pogajanja o ceni, kvaliteti in primernosti posameznih zdravstvenih storitev. V zdravstvenih sistemih, temelječih na socialnem zavarovanju, pogodbništvo obstaja že vrsto let, vendar je bil glavni razlog za uporabljanje pogodbništva stabiliziranje odnosa med zavarovalnico in ponudnikom zdravstvenih storitev. Pri pogodbništvu gre za uvajanje tridelnega sistema zdravstvenega zavarovanja. V osnovi so pogodbene stranke : a) pacient (potrošnik ali porabnik), b) država in zdravstvena zavarovalnica ter c) ponudnik zdravstvenih storitev. Odnos med pogodbenimi strankami je razložen s pomočjo slike 4 in pripadajočega teksta.

Slika 4: Tridelni sistem zdravstvenega zavarovanja



Legenda:

- 1 : zavarovalno kritje
- 2 : davki in premije
- 3: izstavljeni računi
- 4: plačila (davki, proračun)
- 5: storitve
- 6: plačilo

V odnos pacient – ponudnik vstopa tudi zavarovalnica, ki v tem primeru opravlja neke vrste posredniško funkcijo. Za prejete premije zavarovanca (pacienta) nudi zdravstveno zavarovanje, na drugi strani pa iz vseh zbranih sredstev plačuje zdravstvenega izvajalca za opravljene zdravstvene storitve. Zdravstveni izvajalec torej račun zdravstvenih storitev izstavlja zavarovalnici.

Financiranje na podlagi tretje stranke, to je zavarovalnice, obstaja v vseh zdravstvenih sistemih, ne glede na dejstvo ali je financiranje privatno ali zasebno. Tržni model, kjer potrošnik za opravljene storitve zdravnika plača celotne stroške zdravstvene oskrbe ni zaželen in se le redko pojavlja. Vzrok posrednega plačevanja zdravstvenih stroškov oziroma zavarovanja potrošnikov leži v dejstvu, da posameznik ne ve, kdaj se bo bolezen pojavila, ko pa se pojavi, ima lahko hude ekonomske posledice – stroške (Three models of H.C.R in Sweden, 1994, str. 25).

V takem odnosu pa pogosto niti potrošnik niti zdravstveni izvajalec nimata posebnega interesa za omejevanje stroškov zdravstvene oskrbe, kar pomeni, da je naloga zadrževanja stroškov na strani zavarovalnice. Gre za vrsto tveganja, ki mu v ekonomski terminologiji rečemo moralni hazard, ki je sestavljen iz dveh vrst tveganja:

- a) zaradi zavarovanja se poveča verjetnost, da se bo dogodek zgodil in

- b) ko se dogodek zgodi, torej ko zavarovanec zboli, prihaja do čezmerne rabe zdravstvenih storitev.

Zdravstvena zavarovalnica ima probleme predvsem z drugo obliko tveganja. S strategijami naperjenimi proti potrošnikom in zdravstvenim ponudnikom, lahko zavarovalnica zmanjša tveganje prekomerne rabe zdravstvenih storitev ter poveča učinkovitost zdravstvenega sistema.

Med posameznimi sistemi obstajajo razlike, oz. pogodbene stranke se v posameznih sistemih razlikujejo. V državah, kjer večino sredstev zberejo z davki, stran povpraševanja predstavljajo t.i. "predstavniki" javnega sektorja, na ponudbeni strani pa so izvajalci zdravstvenih storitev. V teh državah so predmeti pogodb zunaj in znotraj bolnišnično zdravljenje, javno zdravstvo ter programi specifičnega zdravljenja.

V državah z Bismarckovim sistemom se zavarovanci pogajajo z delodajalci ter individualnimi naročniki. V teh državah je odnos med pogodbenimi partnerji pogosto urejen na kolektivni ravni, torej med raznimi združenji zdravnikov, zavarovancev in države.

Uvajanje pogodb oz. reforma le – teh v praksi

Glede na oblike in načine izvajanja pogodbeništva, ločimo Evropske države v štiri skupine držav: države, ki sledijo Beveridgevem modelu, države, ki sledijo Bismarckovem modelu, Južno Evropske države ter države Srednje in Vzhodne Evrope.

Pri prvi skupini držav, t.j. državam, ki sledijo Beveridgeovemu modelu, je cilj pogodbeništva omehčati kontrolne in komandne elemente tega modela ter ločiti plačnike in izvajalce zdravstvenih storitev v okviru javnega sektorja. Najbolj radikalne v tem so bile Finska, Švedska in Velika Britanija. Finska je z reformo leta 1993 odgovornost financiranja in zagotavljanja oskrbe prenesla v domeno občin. Rezultat reforme je, da je bolnišnično financiranje odvisno od »občinskih« potreb po bolniških storitvah in ni več v domeni neke centralne institucije.

Države, ki sodijo v drugo skupino, t.j. države, ki sledijo Bismarckovemu modelu so že prej uporabljale pogodbeništvo kot način formaliziranja dolgoročnih plačilnih načrtov in shem, niso pa pogodb uporabljale za doseganje večje učinkovitosti. Primera, ki sodita v to skupino držav sta Nemčija in Nizozemska, ki poskušata vpeljati cenovno bolj občutljivo obliko pogodbeništva s premijskimi vplačili posameznikov in zdravstvenih skladov. V Nemčiji je, na primer za povečanje učinkovitosti bolnišnic, bila sprejeta nova zakonodaja zdravstva, ki naj bi povečala moč združenj zavarovancev nad ponudniki zdravstvenih storitev. V okviru tega zakona je bilo zdravstvenim

skladom omogočeno, da odpovejo vse pogodbe z neučinkovitimi bolnišnicami ter tako prisilijo bolnišnice k večji učinkovitosti.

Večina Južno Evropskih držav še ni uvedla pogodbeništv med plačniki in izvajalci zdravstvenih storitev, čeprav se v Italiji, Španiji in Turčiji že pojavljajo prvi znaki in želje za pogodbeništvom. V državah Srednje in Vzhodne Evrope se pogodbeništv uvaja vzporedno s spremembami zdravstvenega sistema. Države, ki poskušajo uvesti pogodbeništv so: Bolgarija, Češka, Estonija, Madžarska, Romunija in Rusija.

Prehod iz direktnega razporejanja sredstev na pogodbeništv ni lahek proces, saj v praksi obstajajo problemi, kot npr. nejasno določene pristojnosti zavarovalnih skladov in zdravstvenih izvajalcev pri razporeditvi finančnih sredstev, pomanjkanje veččin upravljanja, razdelitev pristojnosti med posameznimi ravnmi izvajalcev, itd. Problem pristojnosti zavarovalnih skladov in zdravstvenih izvajalcev je, kako razporediti sredstva med izvajalce zdravstvenih storitev, ki so pogodbene stranke in tiste izvajalce, ki so iz pogodbeništv izvzete. Odgovornost za reševanje omenjenega problema prevzemajo zdravstvene oblasti, ki odločajo o razporejanju sredstev tudi med izvajalce, ki v pogodbeništvu ne sodelujejo.

4.2.4 Prestrukturiranje bolnišnic ter privatna in javna zdravstvena oskrba

S pojavom novih problemov, pa tudi rešitev v zdravstvu, postaja čedalje bolj vprašljiva vloga bolnišnic, predvsem pa velikost in finančna sredstva bolnišnic pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe. V prihodnosti se pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe pričakuje zmanjšana vloga bolnišnic, tudi zaradi pojava novih diagnoz in zdravljenj, ki jih je možno opraviti zunaj bolnišnic. Dva ključna področja, na katera se bom osredotočil, sta prestrukturiranje bolnišnic ter vse bolj okrepljena vloga zasebne dejavnosti, ravno na račun zmanjšane vloge bolnišnic.

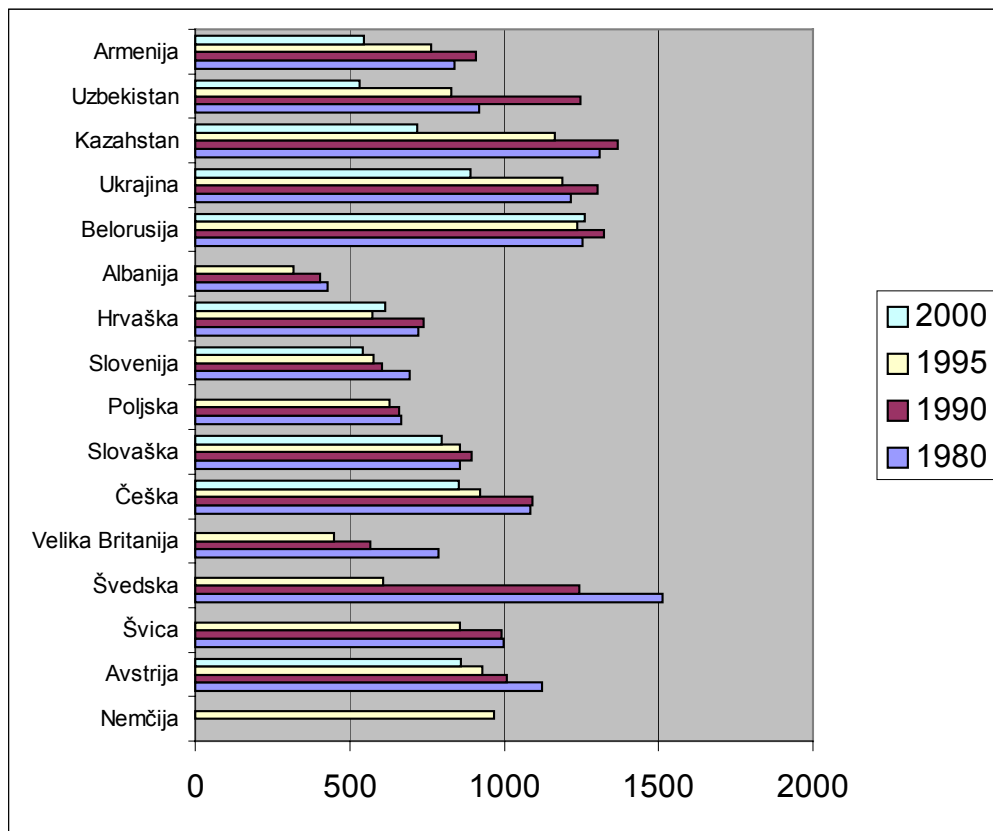
Vsesplošni trend je torej premik zdravstvene oskrbe iz bolnišničnega zdravljenja v zunaj - bolnišnično zdravljenje. Primeri prehoda zdravljenja pacientov iz bolnišnic na dom so:

- ✓ Obiski zdravnikov na domu,
- ✓ Bolniškimi programi, ki so dosegljivi zunaj bolnišnic ter
- ✓ Krvne transfuzije.

4.2.4.1 Prestrukturiranje bolnišnic

Stroški bolniškega zdravljenja v evropskih državah predstavljajo od 45 do 75 odstotkov vseh stroškov namenjenih za zdravstvo. To nas napeljuje na ugotovitev, da je na tem področju možno še veliko postoriti za dodatne zdravstvene prihranke in da obstajajo druge, ustrežnejše oblike zagotavljanja zdravstvene oskrbe, kot npr. povečana vloga zasebnikov ter negovalnih domov. Spremembe na tem področju se dogajajo tudi zaradi želja in prepričanj ljudi, da so raje oskrbovani na domu ali vsaj blizu doma. Vzroki za spremembe so tudi izboljšana tehnologija in potrebe po dražji tehnologiji, večji stroški ter zahteve po izkoriščanju ekonomije obsega (Saltman, Figueras, 1997, str. 218). Vse to narekuje prestrukturiranje bolnišnic v večje bolnišnice, ki zagotavljajo visoko tehnološko podprto oskrbo z ustrežnejšo podporo primerne zdravstvene zaščite ter pomožnih bolnišnic podobnim negovalnim domom. Na že prisoten trend potrjuje tudi podatek o številu bolniških postelj v državah Evrope, pri katerem je razvidno, da se število bolniških postelj počasi, a vztrajno zmanjšuje. Zmanjšanje gre predvsem na račun postelj za akutne primere, hkrati pa narašča število sprejemov v bolnišnice, vendar se povprečna doba bolnikovega bivanja v bolnišnicah skrajšuje. Trend zmanjševanja števila bolniških postelj v Evropi je prikazan na sliki 5.

Slika 5: Gibanje števila bolniških postelj na 100.000 prebivalcev v izbranih državah Evrope v letih 1980, 1990, 1995 in 2000



Vir: WHO, Health for all database, Copenhagen, Januar 2002.

Iz slike 5 lahko razberemo sledeče ugotovitve:

- Število bolniških postelj je v državah bivše Sovjetske Zveze ter Srednje in Vzhodne Evrope višje kot v državah Zahodne Evrope. Ob tem velja dodati, da je število bolnišnic v omenjenih državah večje kot v državah Zahodne Evrope, vendar so manjše. Eden od razlogov za tako stanje je slaba prometna infrastruktura Vzhodnih in Srednjih Evropskih držav (Saltman, Figuearas, 1997, str. 119).
- Število bolniških postelj v celotni Evropi trendno upada.

Poleg procesa zmanjševanja števila bolniških postelj so v procesu reorganiziranja bolnišnic prisotni tudi drugi trendi in ukrepi. Tako si predvsem države Srednje in Vzhodne Evrope prizadevajo zapreti manjše bolnišnice. Nekatere države skušajo izboljšati razmerje odpustkov iz bolnišnic, s čimer bi se dolžina pacientovega bivanja v bolnišnici skrajšala in s tem zmanjšala obremenjenost bolniškega proračuna, naročajo se razne študije, s katerimi poskušajo dobiti dodatne podatke o primernosti in pravilnosti uporabe bolniškega zdravljenja itd. Kar nekaj držav se je resno začelo ukvarjati s problemom števila bolniških dni in z izboljšanjem razmer odpustkov iz bolnišnic. Danska, Irska, Španija in Velika Britanija so uvedle nego ter bolniške sheme na domu, Belgija pa je spremenila nekatere majhne bolnišnice v negovalne oz. oskrbovalne domove.

Sprememba bolniškega sistema ne zadeva samo bolniške strukture, temveč tudi učinkovitost zdravstvene oskrbe. Le to lahko izboljšamo s postavljanjem finančnih omejitev za bolniški proračun ter izboljšanim upravljanjem bolnišnic ter sprejetjem ukrepov za izboljšano izvajanje zdravstvene oskrbe, kot npr. omejitev največjega dnevnega dostopa do zdravstvenih storitev.

Prihodnost bolnišnic v Evropi je v manjšem številu večjih in tehnološko izpopolnjenih bolnišnic, ki naj bi bile podprte z regionalnimi bolnišnicami, ambulantnimi centri, oskrbo na domu in primarno oskrbo.

4.2.4.2 Okrepljena vloga zasebnikov

Kot smo ugotovili, obstaja vsesplošen konsenz, da je potrebno povečati vlogo zasebnikov na račun bolnišnic. Elementi, na podlagi katerih je zasebna zdravstvena praksa organizirana in o katerih poteka v evropskih državah živahna razprava, so:

- Oblika izvajanja zasebne zdravstvene dejavnosti (samostojna zdravstvena praksa, skupinska praksa ali multidisciplinarni zdravstveni centri),

- Način uvrščanja pacientov na pacientne liste,
- Vloga in dostopnost do specialistov.

Primer, ki ga navajam so liste pacientov. Načeloma sta dve možnosti razdelitve pacientov med zasebnimi zdravniki in zdravstvenimi centri:

- ✓ razdelitev pacientov na podlagi stalnega prebivališča zdravnika, pri čemer je referenčnemu zdravniku dodeljeno lokalno prebivalstvo. Pri tem načinu se liste pacientov oblikujejo na podlagi geografskega načela in po posameznih zdravnikih dobimo geografsko ločene populacije ter
- ✓ razdelitev prebivalstva na podlagi pacientove lastne izbire zdravnika, pri čemer so liste pacientov na posameznega zdravnika družinske ali osebne liste. Tak način oblikovanja pacientnih list naj bi okrepil osebni odnos med pacientom in zdravnikom, s čimer naj bi se kontinuiteta in kvaliteta zdravniške oskrbe precej povečala.

Države, pri katerih zdravniki zasebniki oskrbujejo prebivalce po geografskem načelu, torej skrbijo za prebivalce na področju na katerem živijo so: Bolgarija, Hrvaška, Estonija, Finska, Grčija, Madžarska, Islandija, Izrael, Litva, Norveška, Poljska, Portugalska, Romunija, Slovaška, Švedska, Turčija. Države, v katerih so liste pacientov pravzaprav osebne zdravniške liste oz. družinske liste so: Danska, Irska, Italija, Nizozemska in Velika Britanija.

V obeh primerih je referenčni zdravnik "vratar" morebitnemu nadaljnjemu specialističnemu ali bolniškemu zdravljenju, kar pomeni, da on samostojno odloča o nadaljnjem zdravljenju pacienta in o dostopu pacientov do zdravnikov – specialistov ali ustreznih bolnišnic.

V nekaterih državah pa list pacientov sploh ni, saj se deprivilegiranim prebivalcem ni obvezno uvrstiti na nobeno listo in imajo pravico direktno dostopati do specialistov. To npr. velja na področjih Avstrije, Belgije, Češke, Francije ter Nemčije..

4.3 Reformni trendi v izvajanju zdravstvenega varstva

V ospredju zdravstvene politike in zdravstvene reforme je večinoma bilo samo financiranje in temu prilagojeno organiziranje zdravstvenega varstva, medtem ko je vprašanje kvalitete izvajanja zdravstvenih storitev bilo postavljeno v ozadje. S slabšanjem nekaterih zdravstvenih kazalnikov in dejstvom, da nekatere metode zdravstvene prakse ne dosegajo več svojega namena, pa se je hitro pokazalo, kako pomembno je področje izvajanja zdravniške oskrbe. Zato je tudi danes deležno

večje pozornosti in vloge. Namen reformnih trendov v izvajanju zdravstva je torej izboljšanje kvalitete zdravstvenega varstva.

Pod pojmom **izvajanje zdravstvenega varstva** (oskrbe) razumemo nek proces aktivnosti za izboljšanje zdravstvenih praks. Vključuje predvsem ravnanje s človeškimi viri (zaposlenimi), njihov razvoj, vlogo in management. V nekaterih raziskavah so v to vključene tudi organizacijske spremembe, predvsem prestrukturiranje bolnišnic, torej zunaj in znotraj bolnišnično zdravljenje ter plačevanje zdravnikov. Sam se bom omejil na ravnanje s človeškimi viri.

4.3.1 Ravnanje s človeškimi viri

Eden glavnih pogojev učinkovitega izvajanja zdravstvenega varstva so dobro usposobljeni in motivirani izvajalci zdravstvenih storitev. Učinkovitost izvajalcev zdravstvenih storitev je potrebna tudi z vidika stroškov zdravstva, saj največji delež stroškov v zdravstvenih sistemih predstavljajo ravno stroški zaposlenega osebja. Zato je v vsaki reformi kritičnega pomena ravnanje z zaposlenimi (Saltman, Figueras, 1997, str. 233).

Za zdravstveni sektor v državah Srednje in Vzhodne Evrope ter državah bivše Sovjetske Zveze je značilno zelo visoko število zdravstvenega osebja, to je zdravnikov in bolniških sester. Število zdravnikov in bolniških sester v letu 1999 v izbranih evropskih državah prikazujem v tabeli 7 (glej str. 38).

Tabela 7: Število zdravnikov in bolniških sester v izbranih državah EU, Srednje in Vzhodne Evrope ter državah bivše Sovjetske zveze na 100.000 prebivalcev v letu 1999

Država	Število zdravnikov na 100.000 prebivalcev	Število zdravniških sester na 100.000 prebivalcev
Finska	305,7	2171,8
Norveška	440,8	1906,9
Nizozemska	309,8	1320,9
Nemčija	354,7	951,4
Avstrija	299,3	570,4
Španija	306,3	353,7
Češka	307,8	892,2
Litva	394,0	796,0
Slovaška	322,1	723,3
Slovenija	215,2	693,1
Albanija	133,2	367,6
Moldavija	325,0	806,7
Ukrajina	301,2	795,4
Azerbajdan	356,8	758,6
Armenija	305,1	460,8

Vir: WHO, Health for all database, Copenhagen, Januar 2002.

Podatki kažejo na precejšnje razlike v številu zdravniških sester in zdravnikov na 100.000 prebivalcev po celotni Evropi. V nekaterih državah, kot npr. Češka republika, Albanija, Španija in Portugalska, je razmerje med številom zdravniških sester in številom zdravnikov zelo nizko, kar pomeni, da je število zdravniških sester nesorazmerno nizko v primerjavi s številom zdravnikov.. Vzrok za tako majhno število zdravniških sester oziroma odnos med številom zdravniških sester in številom prebivalcev je povezan z dohodkovnimi kazalci, kot je npr. BDP, kar pomeni, da višina BDP določa število zdravniških sester. Glede na število zdravnikov na 100.000 prebivalcev je torej v teh državah potreba po zdravniških sestrah večja, vendar si več zdravniških sester ne morejo privoščiti zaradi nizkega BDP-ja.

Pomemben del človeških virov so tudi zdravniške sestre. Pomen zdravniških sester narašča, hkrati pa obstaja konsenz, da je potrebno to funkcijo oz. ta del zdravstvenega osebja okrepiti in razviti. Poklic zdravniških sester zajema same zdravniške sestre in babice. Vloga zdravniških sester je še posebej pomembna pri programih javnega zdravja in pri zagotavljanju preprostih zdravniških opravil. V državah Srednje in Vzhodne Evrope je bil zdravstveni sistem usmerjen bolj v usposabljanje zdravnikov specialistov, zaradi česar je bilo vlaganje v izobraževanje bolniških sester močno skrčeno. Problemi, s katerimi se te države danes srečujejo na tem področju so pomanjkanje dobro izobraženih bolniških sester, težave z usposabljanjem le-teh ter migracije

zdravniških sester v države Zahodne Evrope. Na pomanjkanje zdravniških sester, še posebej na podeželju, opozarjajo v Grčiji, Izraelu, Italiji, Malti, Portugalski in Turčiji. Problem usposabljanja je ravno tako bolj pereč na podeželju, saj se zaradi slabega statusa, slabših pogojev dela in slabih plač zdravniki in sestre raje odločajo za delo v mestih. V nekaterih državah, kot npr. Češki republiki, Madžarski ali Slovaški republiki se poklic zdravstvene sestre priznava kot samostojna in neodvisna zdravstvena dejavnost, v nekaterih državah pa še vedno poklic ostaja podrejen splošnim zdravnikom. Na Poljskem vlogo medicinske sestre določi zdravnik, ki lahko napiše pooblastilo in dovoli sestram opravljanje določenih nalog. Po letu 1998 se v Romuniji usposabljanje zdravniških sester za samostojen poklic prepovedali, zaradi česar je vloga medicinskih sester postopoma upadla in prešla na zdravstveno asistenco.

V Zahodni Evropi je delo medicinske sestre priznано kot samostojna zdravstvena disciplina, ki v multidisciplinarnih centrih dopolnjuje ostale poklice. V večini držav je razvoj lokalnih medicinskih centrov definirana kot prednostna naloga na področju izvajanja zdravniških praks. Vloga medicinskih sester v skupinski oskrbi je lahko obiskovanje na domu, planiranje družine, delo v šolah, zdravje zaposlenih, pediatrična pomoč, ipd. Vloga zdravniških sester se spreminja vzporedno s spremembami v demografski strukturi prebivalstva in novimi cilji in potrebami po zdravstvenemu varstvu. Z uvedbo finančnih spodbud in jasno razdelitvijo posameznih zdravstvenih poklicev ter možnostjo napredovanja se status poklica zdravniških sester kot nizko plačanega poklica v slabih delovnih razmerah lahko spremeni na boljše in primernejše mesto, ki si ga zasluži.

5. SKLEP

Reforma zdravstvenega zavarovanja je zelo obsežen, nenehen in zapleten proces, pri katerem je celovite zaključke o uspešnosti reforme nemogoče v celoti izpeljevati. Vseeno pa lahko potegnemo nekaj skupnih zaključkov reforme v Evropi v zadnjih desetih letih.

V celotni Evropi, zdravstveni sistem bolj ali manj omogoča pacientom univerzalen dostop do zdravstvenih storitev. V Vzhodni Evropi je sistem iz zgodovinskih razlogov zaznamovan s pomanjkanjem finančnih sredstev in temu ustrezno slabšo zdravstveno infrastrukturo. Zaradi pomanjkanja finančnih sredstev se je tudi razvil sekundarni trg, kjer mora pacient za sicer predpostavljeno "brezplačno zdravstveno storitev" pogosto plačevati iz lastnega žepa. Zaradi enakomernega financiranja, makroekonomskih vzrokov, večanja stroškov v zdravstvu, neučinkovitosti v razporejanju finančnih sredstev ter pomanjkanja finančnih sredstev, se je pri financiranju veliko držav odločilo za spremembe bodisi z večjim poudarkom davčnemu financiranju bodisi v smeri financiranja na podlagi socialnega zavarovanja ali celo večje privatne udeležbe. Vzrok za slednje je pomanjkanje sredstev in omejevanje zdravstvene porabe. Študije Svetovne Zdravstvene organizacije kažejo, da strategije, ki so jih države ubrale za zmanjševanje porabe, niso vedno prinesle dobrih rezultatov. Strategije prenosa stroškov na pacienta, kot je npr. soudeležba pacientov v stroških zdravstvenih storitev ali krčenje storitev v osnovnem paketu zdravstvenih storitev, so povzročile neenakost v dostopu in negativni odziv ter odpor v javnosti. Vseeno pa je ta oblika "varčevanja" v Srednje in Vzhodno Evropskih državah bila nujno potrebna zaradi pomanjkanja finančnih sredstev. V Zahodni Evropi so takšne ukrepe omilili, tako da so večje uporabnike zdravstvenih storitev in socialno ogrožene obvarovali negativnih učinkov takšnih strategij.

V okviru organiziranja zdravstvenega zavarovanja sem izpostavil trende na strani spremenjene vloge bolnišnic in privatnih zdravstvenih ustanov, vlogo trga in države v organiziranju zdravstva ter uvajanje pogodbeništv med državo, ponudnikom zdravstvenih storitev in pacienti. Uvajanje pogodbeništv z namenom izboljšati učinkovitost izvajalcev zdravstvenih storitev je povzročila kar nekaj negativnih učinkov, povezanih z negativno selekcijo pacientov s strani zdravstvenih zavarovalnic, zaradi česar so države Evrope prisiljene omejiti privatno iniciativo v zdravstvu. Glavne ugotovitve o prevladujočih trendih na tem področju so: deregulacija državnega nadzora v organiziranju v smeri zmanjšane pristojnosti nad organizacijo in povečanje posrednega nadzora v obliki povečane kontrole nad delovanjem zdravstvenih ustanov; pretvorba organizacije bolnišnic iz večjega števila manjših bolnišnic na manjše število večjih in tehnološko bolj podprtih bolnišnic ter povečana vloga zdravnikov zasebnikov na račun manjše vloge bolnišnic.

Na področju izvajanja zdravstvenega varstva se države Evrope srečujejo z velikimi problemi, kot npr. primanjkovanje dobro izobraženih zdravnikov in zdravniških sester ter vlaganje v njihov razvoj. Na tem področju bo potrebno še dosti postoriti in vložiti več finančnih sredstev.

Ne glede na razlike v sistemih zdravstvenega zavarovanja, trendih v zdravstvu in zdravstvenih reformah, pa je skupen cilj vseh nas zemljanov biti in ostati zdrav kolikor dolgo je to le mogoče. Pred akterji v zdravstvu in tudi pred širšo družbeno skupnostjo ostaja še veliko izzivov in dela, da se temu idealu približamo.

LITERATURA

1. CONSENSUS Phare International Conference; Recent Reforms in organisation, financing and delivery of health care in Central and Eastern Europe in light of accession to the European Union. Brussels: Basys, 1998, 125 str.
2. Cenčič Petra: Mednarodna primerjava sistemov zdravstvenega zavarovanja držav članic. Ljubljana: OECD, 1996. 45 str.
3. Goldstein Amy: Clinton Details Overhaul Plan for Medicare; The Washington Post, [URL:<http://www.washingtonpost.com/wpsrv/politics/specila/medicare/stories/medicare063099.htm>], 30.06.1999.
4. Hren Zdenka: Sistemi zdravstvenega zavarovanja. Ljubljana. 1996. 51 str.
5. Klemenčič, Saražin Ksenija: Tranzicija in spremembe v sistemih zdravstvenega varstva v državah Srednje Evrope. Bilten Ekonomika, Organizacija, Informatika v zdravstvu, Ljubljana, 15, 170(1999), 6, str. 150 – 152.
6. Leksikon Cankarjeve Založbe, 3, Ljubljana, Cankarjeva založba, 2002, 1216 str.
7. Saltman B. Richard, Josep Figueras: European Health Care Reform. Copenhagen, 1997. 277 str.
8. Saltman B. Richard, Josep Figueras, Constantino Sakellarides: Critical Challenges for Health Care Reforms in Europe. 2, Buckingham, Open University Press, 1999. 424 str.
9. Stanovnik Tine: Javne finance. 1, Ljubljana: Ekonomska Fakulteta, 1998. 196 str.
10. Štepan Adolf et al.: Sistemi financiranja v zdravstvu – mednarodna primerjava, Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1999. 170 str.
11. Svenšek Rosvita: Analitična primerjava sistemov zdravstvenega varstva v Evropi. Ljubljana, 1997. 27 str.
12. Švab Igor, Markota Mladen, Albreht Tit: Reforme sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. Od kapitalizma do socializma in nazaj. Zdravstveni Vestnik. Ljubljana, 69, 2000, 12, str. 791-799.
13. Three Models for Health Care Reforms in Sweden. Stockholm, Ministry of Health and Social Affairs, 1994, 176 str.

VIRI

1. Health Care Reform in Central and Eastern Europe.
[URL: <http://www.medicover.com/healthcee.htm>], 24.01.2001.
2. Health Care System in Transition, Nemčija, Observatory.
3. Health Care System in Transition, Madžarska, Observatory.
4. Health Care System in Transition, Češka, Observatory.
5. Health Care System in Transition, Romunija, Observatory.
6. Health Care System in Transition, Litva, Observatory.
7. Health Care System in Transition, Švedska, Observatory.
8. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2000, Ljubljana: ZZZS, 2001. 100 str.
9. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2001, Ljubljana: ZZZS, 2002. 100 str.

PRILOGE

Priloga 1:

Gibanje BDP v izbranih državah Evrope v razdobju 1989 – 1999.

Država/leto	1989	1990	1994	1998	1999
Belgija	15710	16773	20664	23805	24837
<i>Finska</i>	15884	16442	16692	21793	22702
<i>Nemčija</i>		18351	20140	22953	23855
<i>Švedska</i>	16793	17616	18363	21855	23027
<i>Velika Britanija</i>	15167	16105	17852	22119	22689
<i>Albanija</i>	4270	3000	2788	2804	3189
<i>Bolgarija</i>	5064	4700	4533	4809	5071
<i>Češka</i>		11533	11014	13164	13342
<i>Romunija</i>	3000	2800	4037	5648	6041
<i>Slovaška</i>			6800	9699	10591
<i>Slovenija</i>			9976	14293	15977
<i>Armenija</i>		4741	1737	2072	2215
<i>Azerbajdan</i>		3529,4	1670	2175	2850
<i>Rusija</i>		7968	4464	6460	7473
<i>Ukrajina</i>		5433	2718	3194	3458
<i>Uzbekistan</i>		3115	2438	2053	2251

Vir: (European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.) Januar 2002.

Priloga 2:

Gibanje celotne Zdravstvene porabe v izbranih državah Evropske Regije v razdobju 19890 – 1998 v USD realno

Država/leto	1990	1995	1996	1997	1998
Francija	1520	1991	1994	1977	2043
Švica	1782	2477	2549	2697	2794
Nemčija	1602	2178	2288	2335	2361
Švedska	1492	1622	1716	1712	1732
Turčija	171	190	234	268	316
Slovenija	311	975	1029,6	1085,7	1100,56
Češka	576	901	918	929	937
Slovaška		458	606,8	658,6	678,93
Poljska	285	420	469	448	524
Litva	162,13	199,84		253,2	411,9
Azerbajdan	102,35	20,48		18,6	19,58
Kyrgyzstan		71,44	54,1	69,44	60,24
Kazahstan	155,63	60,74			83,18

Vir: (European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.) Januar 2002.

Priloga 3: Gibanje zdravstvene porabe relativno v razdobju 1990 – 1998 v izbranih državah

Evropske Regije

Država /Leto	1990	1995	1996	1997	1998
Avstrija	7,1	8,5	8,7	7,9	8
Francija	8,6	9,6	9,6	9,4	9,4
Švica	8,3	9,6	10,1	10,3	10,4
Nemčija	8,7	10,2	10,6	10,5	10,3
Švedska	8,5	8,1	8,4	8,1	7,9
Turčija	3,36	3,4	3,9	4,2	4,76
Grčija	7,5	8,9	8,9	8,7	8,4
Slovenija	5,63	7,8	7,8	7,7	7,7
Češka	5	7,3	7,1	7,1	7,1
Slovaška	5,73	6,2	7,4	7,4	7
Poljska	5,3	6	6,4	6,11	6,4
Litva	3,33	5,2	5,5	6	6,4
Azerbajdan	2,9	1,4	1,5	1,2	0,9
Kazahstan	3,3	2	2,7		1,9
Uzbekistan	/	3,4	3,1	3,04	3,33
Ukrajina	/		3,8	3,5	3,5

Vir: (European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.) Januar 2002.

SLOVARČEK SLOVENSkih PREVODOV TUJIH IZRAZOV:

TUJI IZRAZ

SLOVENSKI IZRAZ

Co-payment

Delitev stroškov, doplačilo

Cost sharing

Udeležba v stroških

Co-insurance

Udeležba v stroških izražena relativno

Deductible

Udeležba v obliki odbitka

(Hospital) Funds

Bolniški skladi

Government control

Državna kontrola

Health Care

Zdravstveno varstvo

Moral hazard

Moralno tveganje, moralni hazard

Patient lists

Liste pacientov

Out of pocket payment

Neposredno plačilo iz žepa

Priority Setting

Postavljanje prioritet