

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

DIPLOMSKO DELO

**RAZVOJ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA
V SLOVENIJI**

Ljubljana, maj 2006

NINA JANŠA

IZJAVA

Študentka **NINA JANŠA** izjavljam, da sem avtorica tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom **MAG. PETRE DOŠENOVIC BONČA** in dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne 23.5.2006

Podpis: _____

KAZALO

UVOD	1
1. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE IN SISTEMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	2
1.1. BISMARCKOV MODEL ALI PARTNERSKI MODEL ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	2
1.2. BEVERIDGEOV MODEL ALI DRŽAVNO VODENI SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	4
1.3. SEMAŠKOV MODEL ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	4
1.4. TRŽNI SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	5
1.5. PRIMERJAVA MODELOV SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA NEKATERIH DRŽAV	5
2. RAZVOJ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI	8
2.1. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE DO LETA 1945	9
2.2. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE MED LETOMA 1945 IN 1992.....	10
2.3. REFORMA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA LETA 1992.....	11
2.3.1. <i>Obvezno zdravstveno zavarovanje</i>	12
2.3.2. <i>Prostovoljno zdravstveno zavarovanje</i>	17
2.4. NOVELA ZAKONA O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU LETA 1998	20
2.5. PREDLOG REFORME ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA LETA 2003	21
2.6. REFORMA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA LETA 2005	25
2.6.1. <i>Cilji reforme zdravstvenega zavarovanja leta 2005</i>	26
3. ODPRTA VPRAŠANJA IN PRIHODNJI RAZVOJ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI	31
3.1. OBLIKOVANJE PREMIJ ZA ZDRAVSTVENA ZAVAROVANJA	31
3.2. FINANCIRANJE ZDRAVSTVENIH IZDATKOV	33
3.3. OBVEZNO IN PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE DANES IN V PRIHODNOSTI	36
3.3.1. <i>Obvezno zdravstveno zavarovanje</i>	36
3.3.2. <i>Prostovoljno zdravstveno zavarovanje</i>	38
SKLEP	41
LITERATURA	44
VIRI	47
SLOVAR TUJIH IZRAZOV	

UVOD

O zdravstvenem zavarovanju lahko govorimo, ko na področju zdravstva obstajata potencialno tveganje in zavarovanec, ki je pripravljen pred tveganjem zavarovati sebe ali koga drugega in za to plačati določeno ceno oziroma premijo. Obstajati pa mora še nekdo, ki je pripravljen ta tveganja zavarovati in v primeru odškodninskega zahtevka zavarovancu poravnati škodo.

Osnovni cilj zdravstvenega zavarovanja je zagotoviti dostop do storitev zdravstvenega varstva ob hkratnem ohranjanju stroškov zdravstvenega varstva na določeni ravni. Dostopnost zdravstvenega varstva mora biti pravična, kar pomeni, da morata biti za ljudi z enakimi zdravstvenimi potrebami zagotovljena enaka kakovost in enak obseg zdravstvenih storitev ne glede na njihov materialni položaj. Država ponavadi to regulira z uvajanjem obveznega zdravstvenega zavarovanja in tako z zakonom zaveže vse osebe, da se obvezno zdravstveno zavarujejo. Najbolj osnovna delitev zdravstvenega zavarovanja, ki je bila uvedena z zdravstveno reformo leta 1992 tudi v Sloveniji, je na obvezno (socialno, univerzalno) zdravstveno zavarovanje in na prostovoljna (zasebna, komercialna) zdravstvena zavarovanja. Sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja ponavadi ni sposoben kriti vseh interesov, zahtev in potreb zavarovancev po zdravstvenih storitvah oziroma tveganjih, ki izhajajo iz bolezni ali poškodb in njihovih posledic, saj izdatki za zdravstvo vse bolj naraščajo. S prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji si tako ljudje zagotovijo možnost izkoriščanja pravic do zdravstvenih storitev, ki niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje. Razlika med obveznim in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem je, da si s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji ljudje zagotovijo določene zdravstvene storitve iz zasebnih in ne iz skupnih sredstev plačnikov prispevkov. Med obema vrstama zdravstvenega zavarovanja pa obstaja tudi določena odvisnost, saj je obseg prostovoljnih zavarovanj večji, čim večje so omejitve v obveznem zdravstvenem zavarovanju. V Sloveniji med prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji prevladuje dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki predstavlja zdravstveno zavarovanje za doplačila. Ker se pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja zmanjšujejo, dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje po vsebini in pravicah postaja vedno bolj »obvezno« (»obvezno« v smislu, da morajo zavarovanci plačevati doplačila za tiste storitve, ki naj bi pomenile osnovno zdravstveno varnost).

Namen diplomske naloge je predstaviti celoten razvoj zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji do danes ter poskušati ugotoviti, kaj se bo z zdravstvenim zavarovanjem v Sloveniji dogajalo v prihodnje.

V prvem poglavju sem predvsem z vidika značilnosti zdravstvenega zavarovanja opisala glavne modele sistemov zdravstvenega varstva v svetu ter vključila Slovenijo in druge države v te modele zlasti glede na njihove značilnosti zdravstvenega zavarovanja. Drugi, najobsežnejši del diplomske naloge govori o razvoju zdravstvenega zavarovanja v

Sloveniji od leta 1945 do zadnje reforme zdravstvenega zavarovanja leta 2005. V tem delu so opisana posamezna obdobja razvoja zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene reforme v Sloveniji. Osredotočila sem se predvsem na tisti del zdravstvenih reform v Sloveniji, ki se nanašajo na zdravstveno zavarovanje. V tretjem, zadnjem poglavju diplomske naloge govorim o dilemah in odprtih vprašanjih slovenskega zdravstvenega zavarovanja, ki ostajajo nerešena tudi po zadnji reformi zdravstvenega zavarovanja leta 2005, ter o možnih rešitvah za prihodnji razvoj zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Na koncu sledi sklep, kjer sem na kratko sklenila glavne ugotovitve diplomske naloge.

1. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE IN SISTEMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Značilnosti zdravstvenega zavarovanja so odvisne od značilnosti modela zdravstvenega varstva. Sisteme zdravstvenega varstva posameznih držav razvrščamo na podlagi njihovih najpomembnejših elementov. Ob tem upoštevamo način upravljanja in financiranja področja zdravstvenega varstva, določanje pravic in obveznosti prebivalstva v zvezi z zdravstvenim varstvom, lastništvo in organizacijo zdravstvenih zmogljivosti ter možnosti soodločanja prebivalstva o vprašanih razvoja področja zdravstvenega varstva. Sisteme zdravstvenega varstva lahko razdelimo glede na (Klun, 2000, str. 5):

- vlogo in prisotnost države pri upravljanju področja, njen vpliv in pristojnost glede ustanovitve in lastnine zdravstvenih zavodov ter socialne varnosti ljudi,
- način in vire financiranja, na primer v obliki davkov, vplačanih v proračun države ali lokalnih skupnosti, ali v obliki prispevkov za zdravstveno zavarovanje, premij in članarin,
- vlogo in položaj izvajalcev v sistemu.

Sisteme zdravstvenega varstva držav posamezni avtorji razvrščajo, razčlenjujejo in poimenujejo na različne načine. V literaturi se najpogosteje navaja delitev na Bismarckov ali partnerski model zdravstvenega varstva, Beveridgeov ali državno vodeni sistem zdravstvenega varstva, Semaškov model zdravstvenega varstva in tržni sistem zdravstvenega varstva (Toth, 2003, str. 145; Normand, Weber, 1994, str. 55).

1.1. Bismarckov model ali partnerski model zdravstvenega varstva

Bismarckov model ali partnerski model zdravstvenega varstva, kot ga imenujeta Normand in Weber (1994, str. 55), je model, v katerem država sicer postavi okvire in pravila urejanja področja zdravstvenega varstva v zakonih, vendar urejanje in izvajanje prepušča nosilcem posameznih skupinskih interesov (partnerjem), ki imajo pri tem določeno avtonomnost. Država arbitrira v primeru večjih nesporazumov, ki bi lahko ogrozili uresničevanje javnih

funkcij na tem področju. Država predpiše obveznost vseh državljanov, da se zdravstveno zavarujejo za tveganja, ki jih predstavljajo različne bolezni in poškodbe. Vloga države pri financiranju je majhna, razen v primeru, ko gre za brezposelne, socialno ogrožene itd. Vsi, ki imajo kakršnekoli dohodke, so dolžni plačevati prispevke. Prispevki se plačujejo »bolniškim blagajnam«, ki imajo vrsto javnih pooblastil. Te blagajne določajo prispevne stopnje za zdravstveno zavarovanje, opredeljujejo pravice zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev in denarnih prejemkov ter vstopajo v partnerske odnose z združenji zdravstvenih delavcev (Toth, 2003, str. 145; Normand, Weber, 1994, str. 55).

Najbolj znan je »tripartitni partnerski model«, kjer se kot nosilci nalog pojavljajo ministrstvo za zdravje, združenja zdravstvenih delavcev ter združenja zavarovancev in plačnikov prispevkov za zdravstveno varstvo in zavarovanje. V tem konceptu gre za nenehna pogajanja med predstavniki, ki imajo različne in nasprotno interese. Za obravnavani model zdravstvenega varstva velja partnersko upravljanje sistema zdravstvenega zavarovanja, v okviru katerega se določata tudi obseg programa in cena zdravstvenih storitev. Prevladuje način, po katerem se izvajalce plačuje do obsega, ki je opredeljen v pogodbi med izvajalcem in nosilcem zdravstvenega zavarovanja (Toth, 2003, str. 145; Normand, Weber, 1994, str. 55).

Pri temu modelu sistema zdravstvenega varstva gre torej za financiranje s prispevki delodajalcev in delojemalcev, a za nekatere pravice lahko v teh sistemih prispeva določena sredstva tudi država. Delež prispevkov, ki jih plačujejo delodajalci in delojemalci, je po državah različen in sčasoma spreminja. V večini držav s tem modelom sistema zdravstvenega varstva danes obstaja kombinacija med obveznim in prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji (Toth, 2003, str. 145).

Bismarckov model ali partnerski model zdravstvenega varstva poznajo v Nemčiji, Avstriji, Franciji, Belgiji, Luksemburgu, na Nizozemskem, Japonskem, poskušajo pa ga uvesti tudi države v tranziciji (Toth, 2003, str. 145; Normand, Weber, 1994, str. 55). Tudi za Slovenijo je značilen Bismarckov model zdravstvenega varstva, v katerem je zdravstveno zavarovanje del socialne varnosti. Osnovna načela socialne varnosti temeljijo na solidarnosti, demokratičnosti, socialni pravičnosti, enakosti ter pravnem oziroma sodnem varstvu pravic vseh, ki so do pravic iz tega področja upravičeni. Velja torej načelo, da imajo v solidarnostnih odnosih vsi zagotovljene in z zakonom predpisane pravice, da jih glede tega ni mogoče razlikovati po njihovem socialnem, narodnostnem, stanovskem, verskem ali drugem statusu in da morajo za uresničevanje teh pravic vsi prispevati sredstva v skladu s svojo ekonomsko zmožnostjo (Toth, 2003, str. 227–228).

1.2. Beveridgeov model ali državno vodeni sistem zdravstvenega varstva

Beveridgeov model ali državno vodeni sistem zdravstvenega varstva po Normandu in Webu (1994, str. 55) je sistem, v katerem država prevzame vlogo vodenja in upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Odloča prek parlamenta, vlade, ministrstva ali drugih upravnih organov, pristojnih za zdravstvo in finance. Navedeni organi odločajo o pravicah ljudi do zdravstvenih storitev, o delovanju in upravljanju zavodov, njihovi lastnini itd. (Toth, 2003, str. 147; Normand, Weber, 1994, str. 55).

Država financira sistem zdravstvenega varstva iz proračunskih sredstev oziroma prek davkov in ne s prispevki delodajalcev in delojemalcev. Ta sistem zdravstvenega varstva izhaja iz načela, da je z zagotavljanjem dostopnosti do storitev zdravstvenega varstva vsem prebivalcem mogoče izboljšati stanje celotnega prebivalstva. Obseg pravic prebivalstva do storitev zdravstvenega varstva je omejen, pravice pa se pridobijo iz naslova državljanstva (Toth, 2003, str. 147; Normand, Weber, 1994, str. 55).

Pri državno vodenem sistemu zdravstvenega varstva gre za kombinacijo med proračunskim financiranjem zdravstvenega varstva in prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji. Beveridgeov model ali državno vodeni sistem zdravstvenega varstva poleg Velike Britanije uporabljajo tudi Irska, Islandija, Švedska, Finska, Danska, Španija, Portugalska, Italija, Grčija, po svetu pa še Kostarika in Nikaragva (Toth, 2003, str. 147; Normand, Weber, 1994, str. 55).

1.3. Semaškov model zdravstvenega varstva

Semaškov model zdravstvenega varstva se je razvil v prvi polovici 20. stoletja v nekdanji Sovjetski zvezi. V tem modelu zdravstvenega varstva oblast skrbi in je odgovorna za zagotavljanje finančnih in drugih virov za financiranje sistema zdravstvenega varstva. Administracija je decentralizirana, vendar nižje ravni samo izpolnjujejo navodila iz najvišje ravni, niso pa pristojne odločati. Sistem temelji na predpostavki uveljavljanja pravic vseh prebivalcev do zdravstvenih storitev, brez razlikovanja in doplačil. Vse stroške zdravstvenega sistema krije državni proračun. Zdravstvena služba je v celoti podržavljena. Zasebne dejavnosti v takšnem sistemu zdravstvenega varstva ni, vsi zasebni zdravniki pa so vključeni v državno službo (Toth, 2003, str. 147).

Pri tem modelu zdravstvenega varstva gre za izključno proračunsko financiran sistem zdravstvenega varstva, brez prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Semaškov model zdravstvenega varstva so imele vse bivše socialistične države v Evropi, po svetu pa Kuba, Vietnam in Severna Koreja. Tudi za Slovenijo velja, da je v preteklosti prevzela določene značilnosti tega modela (Toth, 2003, str.147).

1.4. Tržni sistem zdravstvenega varstva

V tržnem sistemu zdravstvenega varstva vladajo načela ponudbe in povpraševanja po zavarovanju pred posameznimi zdravstvenimi in z njimi povezanimi tveganji. V teh sistemih je vloga države oziroma njene pravne regulative ohlapna. Država s svojimi predpisi ljudem ne zagotavlja skoraj nobene zdravstvene in socialne varnosti ali le minimalno. Država ne zagotavlja in ne predpisuje načina in oblik financiranja zdravstvenih storitev. To pomeni, da si povpraševalci po zdravstvenih storitvah te zagotavljajo z lastnimi sredstvi in ne predstavljajo sestavnega dela javnih financ države. Zavarovanci plačujejo premije in izbirajo po lastni presoji med različnimi programi, zavarovalnicami in tveganji, ki jih posamezna zavarovanja pokrivajo. Z zavarovanji pred posameznimi zdravstvenimi in zgoraj omenjenimi tveganji se ukvarjajo predvsem zasebne zavarovalnice (Toth, 2003, str. 145; Normand, Weber, 1994, str. 55).

Pri tržnem sistemu zdravstvenega varstva gre za financiranje zdravstvenega varstva predvsem s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji. Združene države Amerike so najbolj značilen predstavnik tega sistema zdravstvenega varstva (Toth, 2003, str. 145; Normand, Weber, 1994, str. 55).

Ta kratek pregled modelov sistemov zdravstvenega varstva kaže, da so glavne značilnosti zdravstvenega zavarovanja posamezne države zelo odvisne od sistema zdravstvenega varstva, ki ga posamezna država privzame. V nadaljevanju bom na kratko predstavila zdravstveno zavarovanje nekaterih držav v različnih sistemih zdravstvenega varstva ter glavne reforme, ki so vplivale na razvoj zdravstvenega zavarovanja v teh državah. Nato pa sledi obsežnejši pregled razvoja zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji.

1.5. Primerjava modelov sistemov zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja nekaterih držav

Čistih modelov sistemov zdravstvenega varstva, ki so prikazani v prejšnjih točkah, v resnici ni. Skoraj nobena država ne financira socialne varnosti izključno le s prispevki ali le s proračunskimi sredstvi. V praksi prevladujejo mešani sistemi, v katerih je eden izmed načinov financiranja prevladujoč, drugi pa ga dopolnjuje. V zadnjih letih so se v večini evropskih držav ter tudi v Sloveniji izvajale številne in obsežne zdravstvene reforme, ki so spreminjale razmerja med različnimi načini financiranja zdravstvenega varstva. Razmerja med financiranjem s prispevki ali državnim proračunom in prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji se torej nenehno spreminjajo.

V večini evropskih držav je bil temeljni cilj zdravstvenih reform, ki so se izvajale predvsem na področju organizacije in financiranja zdravstvenega varstva, vzpostavitev ustreznih mehanizmov za večjo ekonomsko in finančno učinkovitost, s tem pa tudi za

večjo dolgoročno stabilnost zdravstvenih sistemov. Kljub zahtevnim finančnim razmeram so se doslej države članice Evropske unije vselej dogovorile, da je treba socialne vrednote sistemov zdravstvenega varstva, kot so solidarnost, socialna pravičnost in univerzalna dostopnost do pravic, utrditi in razvijati, ne pa zmanjševati ali krčiti njihovega pomena. Temeljni cilj reform na področju zdravstvenega varstva tako poudarja ohranjanje dostopa do kakovostnega zdravstvenega varstva vendar v okviru zanesljivih in stabilnih finančno ekonomskih zmožnosti posamezne države (Mossialos, Dixon, 2002, str. 18).

Zdravstvene pravice naj bi se torej v določenem obsegu državljanom zagotavljale iz javnih virov financiranja, torej prek proračuna ali prek socialnih zdravstvenih zavarovanj. Pogosti razlogi za vse večjo vlogo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pa so večji poudarek na odgovornosti uporabnika in izvajalcev zdravstvenih storitev, težave pri pridobivanju virov financiranja predvsem v obdobjih gospodarskih padcev, eden izmed razlogov pa je tudi nepriljubljeno višanje davkov, ko se zdravstveno zavarovanje financira prek proračuna ali ukrepov povečanja prispevkov, ko se zdravstveno zavarovanje financira prek socialnih sistemov zdravstvenih zavarovanj (Robinson, 2002, str.181). V Evropski uniji je tako vloga prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja odvisna predvsem od družbenih in političnih stališč o zdravstvenem varstvu, zdravstvenih pravicah in primernem načinu vključevanja zasebnih virov financiranja v zdravstveni sistem (prostovoljno zdravstveno zavarovanje in neposredna plačila).

V Nemčiji, ki spada v Bismarckov model zdravstvenega varstva, je značilno, da v obvezno zdravstveno zavarovanje niso vključene osebe z najvišjimi dohodki, zato lahko te osebe sklenejo nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Zanj se odločajo predvsem mladi, ker je premija za starejše bistveno višja kot v zakonskem obveznem zdravstvenem zavarovanju. Nemško nadomestno zdravstveno zavarovanje nudi osebam praktično enake pravice kot javno zdravstveno zavarovanje. Zavarovanci imajo na podlagi sklenjene pogodbe pravice do zdravstvenih storitev ter do denarnih dajatev v času začasne zadržanosti z dela zaradi bolezni. Lahko pa se zavarujejo tudi za širši obseg pravic oziroma višji standard storitev. V Nemčiji je prostovoljno zdravstveno zavarovanih okrog 9 % prebivalstva. Ta odstotek pa upada, odkar lahko posameznik izbira, ali bo vključen v javno ali zasebno zdravstveno zavarovanje. Predvsem starejši del prebivalstva se odloča za javno zdravstveno zavarovanje, saj so prispevki za javno zdravstveno zavarovanje cenejši od premij prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Busse, Riesberg, 2004, str. 124–129). Tudi v Nemčiji so se v zadnjih desetletjih dogajale spremembe na področju zdravstvenega zavarovanja. Obdobje med letoma 1994 in 1995 je bilo za nemško zdravstveno zavarovanje zelo pomembno, saj so takrat uvedli izravnalne sheme pri obveznem zdravstvenem zavarovanju. Zakon je tako zavarovancem omogočil prosto izbiro zavarovalnice, ki je možna vsako leto, po drugi strani pa je bolniškim blagajnam zagotovil enake in pravične pogoje za poslovanje. Posledično so se zmanjšale tudi razlike prispevnih stopenj. Pomembna je bila tudi nemška zdravstvena reforma leta 2000 (Gesundheits Reform 2000), katere cilj je bil predvsem znižanje visokih premij za zdravstveno

zavarovanje in izboljšanje ponudbe zdravstvenih storitev. Pomemben del te reforme je tudi vzpostavitev novega načina plačevanja bolnišničnih storitev, kar naj bi pripeljalo do racionalnejšega gospodarjenja bolnišnic in bi posledično povečalo konkurenco na strani ponudbe zdravstvenih storitev (Health Care System in Transition. Germany, 2000, str. 40).

V Avstriji, ki prav tako spada v Bismarckov model zdravstvenega varstva, so vsi prebivalci vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje, a pri različnih nosilcih zdravstvenih zavarovanj. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Avstriji pomeni zavarovanje za posebni razred in ga štejemo med dodatna zdravstvena zavarovanja. Ta razred ne pomeni širših pravic, ampak možnost, da zavarovanec uveljavlja boljši standard v primeru bolnišničnega zdravljenja, in prosto izbiro specialista v bolnišnici, kjer se zdravi. Zavarovanje za posebni razred krije razliko med ceno osnovnega in posebnega razreda ter strošek dodatnega honorarja za izbranega zdravnika specialista. To je edino prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Avstriji in zato je število oseb s tem zdravstvenim zavarovanjem precejšnje (Hofmarcher, Rack, 2001, str. 18).

Irska, ki spada v Beveridgeov model zdravstvenega varstva, ima posebno ureditev zdravstvenega varstva. Socialno najšibkejši uveljavljajo svoje potrebe v javnih zdravstvenih službah z minimalnimi doplačili ali celo brez njih. Ostali prebivalci imajo možnost izbire med javnim sistemom zdravstvenega zavarovanja in zasebnim zdravstvenim zavarovanjem. Ob uveljavljanju pravic v javnem zdravstvenem zavarovanju so zavarovanci dolžni plačati določen znesek doplačil (za zdravila, bolnišnično zdravljenje, zobozdravstvene storitve), pravice pa lahko uveljavljajo le v javnih (državnih) ustanovah. Ta del se financira iz proračuna, v katerega vplačujejo vsi davčni zavezanci. Pri zasebnem zdravstvenem zavarovanju lahko osebe uveljavljajo svoje potrebe in zahteve po zdravstvenih storitvah v enakem obsegu, kot to zagotavlja javni sistem zdravstvenega zavarovanja, vendar v zasebnih ustanovah. Zasebno zdravstveno zavarovanje ima na Irskem že okoli 45 % prebivalcev (Toth, 2003, str. 156–157).

Velika Britanija ima prav tako kot Irska Beveridgeov modela zdravstvenega varstva. V Veliki Britaniji je bila v preteklosti vzpostavljena nacionalna zdravstvena služba NHS (National Health Service). Sistem zdravstvenega varstva Velike Britanije se financira iz proračuna oziroma iz davkov. Odločitve o deležu sredstev za zdravstveno varstvo sprejema parlament na vsakoletni razpravi o proračunu. NHS s sredstvi za zdravstveno varstvo financira investicije v javne zmogljivosti in stroške za zdravstvene storitve. Na primarni ravni zdravstvenega varstva delujejo zasebni splošni zdravniki, ki so v pogodbenem odnosu z NHS. Plačani so po številu opredeljenih oseb, za katere skrbijo. Bolnišnice so večinoma javne, dovoljene pa so tudi zasebne (Toth, 2003, str. 152; Normand, Weber, 1994, str. 55). Tudi v Veliki Britaniji je bilo v zadnjem desetletju nekaj pomembnih zdravstvenih reform, ena pomembnejših je bila leta 1988. Po tej zdravstveni reformi so zmanjšali administrativni aparat NHS v regionalnih in lokalnih zdravstvenih oblasteh ter prenesli več odgovornosti za izvajanje programov zdravstvenih storitev na izvajalce

(splošne zdravnike in bolnišnice). Uvedli so t. i. notranji trg NHS-a, kar je povzročilo delitev nalog provizij in kupovanja bolnišničnih storitev z ustvarjanjem ene skupine agentov, odgovornih za provizije, ter druge skupine, odgovorne za nakup. Notranji trg je uvedel tudi povečanje avtonomnosti bolnišnicam in povečanje konkurence na strani ponudbe. Uporabniki so tako dobili možnost proste izbire ponudnika storitev, na drugi strani pa naj bi ponudniki med seboj tekmovali za pogodbe, ki bi jim podeljevale pravico do zagotavljanja storitev, kar naj bi spodbujalo učinkovitost (NHS, 2005). Kljub zdravstvenim reformam je v Veliki Britaniji v zadnjih letih prišlo do problema financiranja zdravstvenega varstva (pomanjkanje sredstev NHS-a), kar je zahtevalo širjenje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Veliki Britaniji krije iste storitve kot NHS, vendar brez čakalne dobe. Za razliko od Irske so v Veliki Britaniji prostovoljno zdravstveno zavarovane osebe še zmeraj dolžne plačevati davke, iz katerih proračun financira NHS, zavarovane osebe pa ohranijo tudi vse ugodnosti, ki jih zagotavlja država. Število prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Veliki Britaniji je nizko, saj je prostovoljno zdravstveno zavarovanih le nekaj več kot 10 odstotkov prebivalstva (Toth, 2003, str. 153).

Zgornja primerjava modelov sistemov zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v nekaterih državah kaže, da se posamezne države s težavami hitre rasti izdatkov zdravstvenega varstva, ki so predvsem posledica staranja prebivalstva in razvoja v zdravstvu, soočajo na različne načine in z uvedbo različnih ukrepov. Tudi v Sloveniji so se v zadnjih letih izvajale številne in obsežne zdravstvene reforme. V teh procesih smo v Sloveniji črpali iz izkušenj drugih držav, sedanje značilnosti zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ter možnosti za prihodnje reforme tega področja pa ostajajo v marsičem opredeljene tudi z zgodovinskim razvojem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, ki je prikazano v nadaljevanju.

2. RAZVOJ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI

Zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje sta se v Sloveniji razvijala skladno z razvojem na gospodarskopoličnem področju, ki mu je Slovenija pripadala. Do leta 1945 je za zdravstveno varstvo na področju Slovenije značilen Bismarckov model zdravstvenega varstva, med letoma 1945 in 1992 je imela v določenem obdobju v zdravstvenemu varstvu zelo močno vlogo država, po letu 1992 pa je za Slovenijo zopet značilen Bismarckov model zdravstvenega varstva. Reforma slovenskega zdravstva leta 1992 je na področje zdravstvenega zavarovanja prinesla veliko sprememb in novosti. Po letu 1992 se je zdravstveno zavarovanje po posameznih obdobjih še spreminjalo, vendar splošne značilnosti zdravstvenega zavarovanja iz leta 1992 ostajajo nespremenjene vse do danes.

V nadaljevanju te točke bom opisala razvoj zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji po posameznih obdobjih od leta 1945 do reforme zdravstvenega zavarovanja leta 2005.

2.1. Zdravstveno zavarovanje do leta 1945

Podobno kot drugje po Evropi so bili delavci na Slovenskem socialno ogroženi, če so zboleli, ostali brez dela ali ko so ostareli in zaradi tega prenehali delati, saj so s tem izgubili tudi dohodek. Zato so se po vzoru drugih zahodnoevropskih držav začeli delavci sami organizirati v društva in druge organizacije z namenom, da si v takih primerih medsebojno pomagajo. Iz tega so se razvile »bratovske skladnice«, ki so skrbele za stare, onemogle in bolne člane ter za njihove vdove in sirote. Na osnovi zahtev delavstva je bilo zato leta 1854 z zakonom uvedeno obvezno zdravstveno zavarovanje rudarjev, njihove bratovske skladnice pa je združevala Glavna bratovska skladnica v Ljubljani. Kasneje je bilo obvezno zdravstveno zavarovanje uzakonjeno tudi za topilniške delavce in železničarje. Tako so na področju Slovenije nastajala različna društva, vsa pa so imela isto nalogo in namen, in sicer pomagati delavcem pri premagovanju socialnih stisk (Toth, 2003, str. 431).

Prvi zakon na območju tedanje Avstro-ogrške monarhije o obveznem bolniškem zavarovanju je bil sprejet marca 1888. Zapisan je bil v takratnem »Državnem zakoniku«, podpisal pa ga je cesar Franc Jožef. V začetku je imel zakon resne nasprotnike, saj se je nanašal samo na zavarovanje delavcev. Postopoma so se ustanovile »bolniške blagajne«. Vsaka bolniška blagajna je morala imeti svoj statut, ki je moral določati obseg pravic članov, višino prispevkov, višino rezervnega sklada, sestavo nadzornega sveta ter glavnega zbora in njihovih pooblastil. Za zavarovanje je bilo obvezno plačevati prispevke, s katerimi so bolniške blagajne pomagale delavcem, ki so postali začasno ali trajno nesposobni za delo in za ustvarjanje dohodkov. Enako so prispevke plačevali tudi delodajalci, ker je zavarovanje temeljilo na delovnem razmerju. Leta 1889 je začela delovati Okrajna bolniška blagajna v Ljubljani kot prva bolniška blagajna na Slovenskem. Še isto leto je bilo na Slovenskem ustanovljeno veliko bolniških blagajn, v katerih je bilo zavarovanih približno 20.000 zavarovancev. Zdravstvena služba je bila do prve svetovne vojne zasebna. Zdravniki so opravljali zasebno prakso, od občin pa so prejeli minimalno odškodnino za zdravljenje oseb brez dohodkov in premoženja ter za javno-zdravstvene naloge, kot so bila na primer cepljenja. Bolniške blagajne so s posameznimi zdravniki sklepale pogodbe, na osnovi katerih so le-ti prevzeli zdravljenje njihovih zavarovancev (Toth, 2003, str. 432-434).

V letu 1918 je narodna vlada za Slovenijo dotedanje bolniške blagajne nadomestila z Okrajno bolniško blagajno v Ljubljani, ki se je čez štiri leta v skladu z jugoslovanskim zakonom o zavarovanju delavcev preimenovala v Okrožni urad za zavarovanje delavcev na področju Dravske banovine. V tem času je bila država glavni nosilec in izvajalec socialnega zdravstvenega zavarovanja (Košir, 1992, str. 6).

2.2. Zdravstveno zavarovanje med letoma 1945 in 1992

Po letu 1945 je bila pozornost namenjena izgradnji socialne blaginje. Programi zdravstvenega varstva, mreže zdravstvenih zmogljivosti in obseg sredstev, namenjenih za zdravstveni sistem, so se določali iz enega središča. Leta 1952 so bili ustanovljeni okrajni zavodi za socialno zavarovanje, ki so med drugim izvajali tudi program zdravstvenega zavarovanja. Kmetje, samozaposleni, obrtniki in druge poklicne skupine niso bili zavarovani. To se je delno spremenilo z reformo zdravstva leta 1954 in 1955, ko so kmetje le pridobili minimalno zdravstveno zavarovanje (zavarovanje za nujno zdravljenje v bolnišnici, zdravljenje nalezljivih bolezni in preventivne dejavnosti). Pomembno pri tej zdravstveni reformi je bilo tudi to, da se je zdravstveno zavarovanje ločilo od socialnega zavarovanja. Vzpostavila so se ločena zavarovanja za delavce, javne uslužbence in samozaposlene. Zdravstveno zavarovanje so upravljali občinski zavodi za zdravstveno zavarovanje, ki so jih vodili predstavniki zavarovancev in delodajalcev. Kot posledica socialističnega političnega sistema so zdravstveni zavodi postali last države. Vsi zdravniki so postali državni uslužbenci, saj je bila zasebna praksa prepovedana (Albrecht et al., 2002, str. 9).

Leto 1972 predstavlja začetek uvajanja nacionalnega sistema zdravstvenega varstva oziroma Beveridgeovega modela zdravstvenega varstva, saj so se izenačile pravice do zdravstvenega zavarovanja za vse prebivalstvo Slovenije, vključno s kmeti. Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva je ne samo pri nas, ampak tudi drugod po svetu, kjer je veljal, povzročil nezadržno širjenje uveljavljanja pravic. To je povzročilo neskladje med ekonomskimi zmožnostmi financiranja čedalje večjega obsega pravic. Za potrebe takšnega sistema so bila na voljo le sredstva iz prispevkov, torej javnih financ, drugi viri so bili zanemarljivi (Toth, 1998, str. 54–55).

Zaradi razbremenjevanja naraščajočih javnih izdatkov za zdravstvo so bile uvedene participacije, kar je zopet značilnost Bismarckovega sistema zdravstvenega varstva (Toth, 1998, str. 54–55). Participacija je pomenila določeno, ne prav visoko plačilo zdravniku za prvi obisk v obračunskem obdobju. Pri naslednjem obisku pri zdravniku v istem obračunskem obdobju participacija ni bila potrebna. Namen participacij je bil preprečitev obiska zdravnika v primerih, ko to ni bilo nujno potrebno (Strban, 2005, str. 209). Večjih pozitivnih učinkov uvedbe participacij ni bilo, saj so bile participacije sorazmerno nizke. Participacije k ceni storitev, ki so jo morali poravnati neposredno v zdravstvenih organizacijah, so dosegale le do 1,5 % vseh potrebnih sredstev za uresničevanje programa zdravstvenega varstva. Poleg tega, da participacije niso predstavljale pomembnejšega finančnega vira, so povzročale veliko administrativnih težav v zdravstvenih zavodih, kar je privedlo do nesporazumov med zavarovanci in izvajalci storitev v ambulantah in lekarnah. S participacijo so bili najbolj prizadeti tisti, ki so bili pogosto bolni in so potrebovali veliko zdravstvenih storitev. Obveznosti plačil participacije so bili oproščeni vsi, ki so bili brez dohodka, kasneje tudi nosečnice in starejši ljudje. Ker se je krog ljudi, ki so bili oproščeni

plačevanja participacij širil, je participacija izgubila svoj prvotni namen (Toth, 1998, str. 54–55).

Velika razdrobljenost zdravstvenega varstva, ekonomska neskladja, slabi rezultati, ki jih je pokazalo obdobje participacij in ugotovitev, da ni mogoče ohraniti dosežene ravni pravic zdravstvenega varstva brez zagotovitve dodatnih finančnih virov, so glavni razlogi, da je leta 1990 naloge financiranja prevzela Republiška uprava za zdravstveno varstvo kot državni organ v sestavi Ministrstva za zdravje. Republiška uprava za zdravstveno varstvo je delovala le do začetka leta 1992, saj je takrat zaradi splošnih sprememb v družbi, razpada nekdanje Jugoslavije in osamosvojitve Slovenije moralo priti do sprememb tudi na področju zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene zakonodaje (Toth, 1998, str. 55).

2.3. Reforma zdravstvenega zavarovanja leta 1992

Eden izmed razlogov za reformo zdravstvenega zavarovanja leta 1992 je bila analiza razmer na področju zdravstvenega varstva, ki je bila pripravljena že nekaj let pred osamosvojitvijo Slovenije. Pokazala je vrsto pomanjkljivosti sistema zdravstvenega varstva, ki je opisan v prejšnji točki ter je temeljil na jugoslovanskem modelu socialističnega samoupravljanja in idealiziranju vloge delavstva v postopkih odločanja. Analiza je pokazala predvsem največje pomanjkljivosti sistema. Te so bile (Strateški razvojni program zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji, 1998, str. 21; Sistemi financiranja v zdravstvu – Mednarodna primerjava, 1999, str. 146):

- pravice prebivalstva do zdravstvenih storitev in nekaterih drugih denarnih pravic so bile obsežne in celo neomejene ter niso bile odvisne od plačevanja denarnih prispevkov in od gospodarskih možnosti države, staranje prebivalstva in rast brezposelnosti pa sta še dodatno povzročala naraščanje zdravstvenih izdatkov,
- prevladovalo je pomanjkanje osebne, kolektivne in družbene odgovornosti ter skrbi za zdravje in zdravstveno varstvo, saj ni bilo opredeljeno v zakonu ali strategiji razvoja področja,
- obstoječi sistem ni imel ekonomskih ali drugih spodbud za varčno ter preudarno obnašanje izvajalcev in uporabnikov zdravstvenih storitev,
- zasebna pobuda in sredstva na področju zdravstvenega varstva so bila prepovedana, saj je bilo delovanje sistema vezano le na javna sredstva,
- upravljanje sistema je bilo sicer decentralizirano, vendar preveč razdrobljeno,
- razmejitve pristojnosti, odgovornosti in pravic posameznika, delodajalcev, lokalne skupnosti, države in zdravstvenih delavcev so bile nejasne.

Omenjena analiza je potrdila tudi nekatere pridobitve in dobre strani razvoja v preteklosti, ki bi morale biti ohranjene v največji meri tudi v prihodnosti. To pa je bila predvsem

visoka stopnja zdravstvene varnosti in solidarnosti, ki je vsemu prebivalstvu omogočala dostopnost do sorazmerno visokega standarda zdravstvenih storitev (Sistemi financiranja v zdravstvu – Mednarodna primerjava, 1999, str. 146).

S proučevanjem dobrih in slabih strani dotedanje ureditve, nakazanih usmeritev, ki so se nanašale na nadaljnji razvoj slovenske države in njene družbe, ter z upoštevanjem priporočil Svetovne zdravstvene organizacije so bila izoblikovana izhodišča in načela novega sistema zdravstvenega varstva. Ta naj bi predstavljala temelje nove zakonodaje. Marca 1992 je bila tako sprejeta nova zakonodaja na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki je prinesla več novosti. Najpomembnejše novosti na področju zdravstvenega zavarovanja so bile (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992):

- prekinitev izvajanja sistema nacionalnega zdravstvenega varstva in uvedba sistema zdravstvenega zavarovanja, ki je obvezno in prostovoljno,
- uvedba več vrst prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, prevladuje prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila do polne lastne cene zdravstvenih storitev, kar je nadomestilo plačevanje participacije v prejšnjem sistemu zdravstvenega varstva,
- postavitve Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) kot javnega zavoda, ki izvaja obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje,
- prostovoljna zdravstvena zavarovanja so lahko začele izvajati tudi zasebne zavarovalnice (od januarja 1993, ko je bilo uvedeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje sta ga izvajali dve zavarovalnici – ZZZS in komercialna zavarovalnica Adriatic d. d.),
- uvedba zasebne zdravstvene prakse, ki je lahko financirana iz zasebnih sredstev ali pa je prek koncesij financirana iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, kar pomeni nastanek konkurence med javnim in zasebnim zdravstvom, to pa lahko v veliki meri prispeva k izboljšanju kakovosti zdravstvenih storitev.

V Sloveniji je bil tako vzpostavljen nov, takratnim slovenskim razmeram prilagojen sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Ta prenovljen model zdravstvenega varstva, ki ga uvrščamo v Bismarckov model zdravstvenega varstva, je prinesel veliko sprememb predvsem na področje financiranja zdravstvenega zavarovanja. V naslednjih dveh točkah bom predstavila obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki je bilo uvedeno z zdravstveno reformo leta 1992.

2.3.1. Obvezno zdravstveno zavarovanje

Kot sem že omenila, je leta 1992 nova zakonodaja na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji uvedla obvezno zdravstveno zavarovanje, katerega glavne lastnosti so se v večini ohranile vse do danes.

Obvezno zdravstveno zavarovanje izvaja ZZZS, ki je bil na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ustanovljen 1. marca 1992. Obvezno zdravstveno zavarovanje se izvaja po načelih socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, bogatimi in revnimi ter starimi in mladimi (Cvetko, 1992, str. 18).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju zavezuje vse osebe s stalnim prebivališčem na območju države ali osebe, ki na njenem ozemlju opravljajo kakršnokoli pridobitno dejavnost, da se pri ZZZS obvezno zavarujejo za tveganja, ki jih prinašajo bolezni in poškodbe. Plačilo predpisanega prispevka pa je vezano na vir, ki zavarovancu zagotavlja osnovno socialno varnost, kot so zaposlitev, invalidnina, pokojnina, samostojna dejavnost, lastna sredstva, družbene pomoči. Če slovenski državljan nima nobene podlage za zavarovanje, nikogar, ki bi ga bil dolžan preživljati, niti nobenih lastnih sredstev, ga mora zavarovati občina, kjer stalno prebiva (Cvetko, 1992, str. 18).

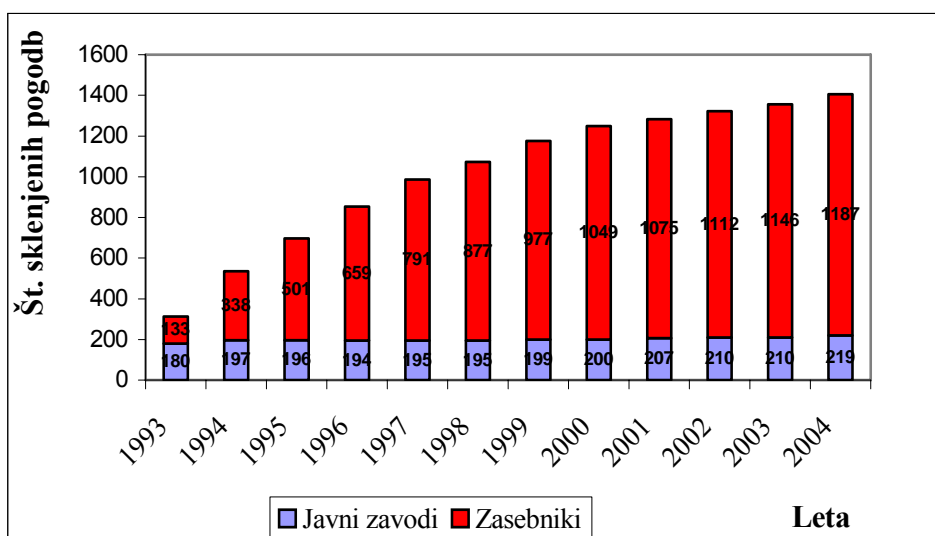
Obseg pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju določajo Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Obseg pravic do zdravstvenih storitev je določen v odstotku od vrednosti storitev, kar pomeni, da obvezno zdravstveno zavarovanje sicer pokriva večino zdravstvenih tveganj, vendar pa ne pokriva vseh v celoti. Razliko do polne vrednosti morajo plačati zavarovane osebe iz lastnih sredstev, lahko pa se za doplačilo zavarujejo s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem za doplačila. Celotno kritje stroškov je zagotovljeno le otrokom, šolarjem ter pri nekaterih boleznih in stanjih. Odstotki vrednosti storitev, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, se spreminjajo na podlagi zakonskih usmeritev. Določa jih skupščina ZZZS v soglasju z Vlado Republike Slovenije, zakon pa določa najnižji odstotek, ki ga mora zagotoviti obvezno zdravstveno zavarovanje pri posameznih skupinah storitev (Cijan, 1999, str. 30–34). Kot primer lahko navedem, da je bilo leta 1992 z zakonom določeno, da se v celoti krijejo sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, šolske mladine, rednih študentov, žensk v zvezi z nosečnostjo itd. Najmanj 95 % vrednosti zdravstvenih storitev je krilo obvezno zdravstveno zavarovanje pri zdravljenju v tujini, pri storitvah v zvezi z intenzivno nego itd. (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992).

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavljajo pravice do zdravstvenih storitev in pravice do denarnih prejemkov. Med zdravstvene storitve med drugim spadajo preventivni pregledi in storitve, storitve za zdravljenje na primarni, sekundarni in terciarni ravni, zdravljenje in nega na domu, v domovih za starejše ter posebnih socialnih zavodih, prevozi z reševalnimi vozili, medicinski pripomočki, zdravila, uvrščena na listo zdravil, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Druga skupina pravic so pravice do nekaterih denarnih prejemkov. To so nadomestila plače za čas zadržanosti od dela zaradi bolezenskih razlogov, povračila potnih stroškov, pogrebne (pripada ob smrti zavarovane osebe tistemu, ki je poskrbel za pogreb) in posmrtnine (je enkratna denarna pomoč ob smrti zavarovanca, do katere so upravičeni družinski člani, ki

jih je zavarovanec preživel do svoje smrti). Do nadomestila plače so po zakonu upravičeni le zaposleni in kmetje, ki plačujejo poseben prispevek, do ostalih denarnih prejemkov pa tudi druge skupine zavarovanih oseb (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992).

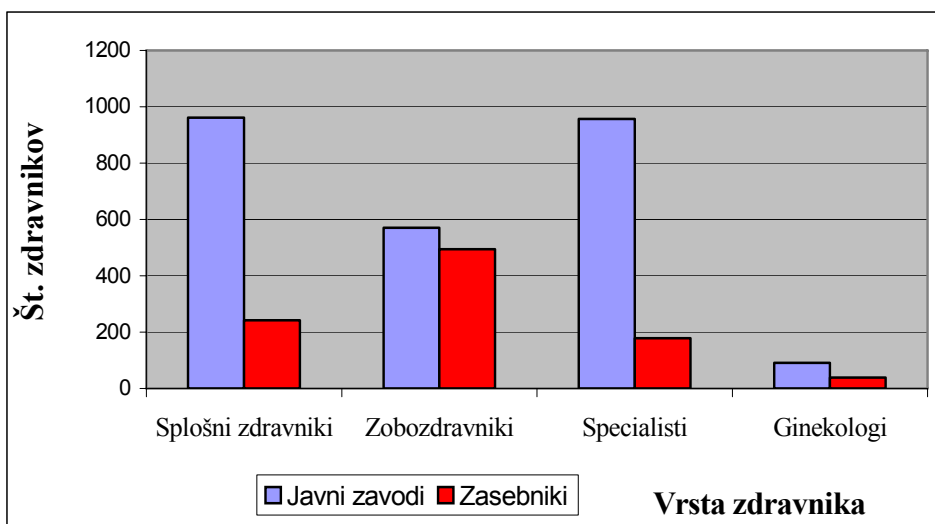
Zavarovane osebe lahko uveljavljajo pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pri vseh izvajalcih zdravstvene varnosti oziroma pri vseh zdravnikih, ki delujejo v okviru mreže javne zdravstvene službe. Na osnovi koncesij so v mrežo javne zdravstvene službe enakopravno vključeni javni zdravstveni in drugi zavodi, zasebni zdravniki in drugi zasebniki, ki zagotavljajo zdravstvene storitve, financirane iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ta značilnost je bila uvedena s spremembo zakonodaje leta 1992 in ostaja nespremenjena do danes. Na naslednjih dveh slikah (Slika 1, Slika 2 na strani 15) je prikazano število zdravnikov v javnih zavodih in zdravnikov zasebnikov (torej samo tistih zdravnikov, ki delujejo v javni mreži) ter število sklenjenih pogodb z javnimi zavodi in zasebniki po letih. ZZZS je v pogodbenem letu 1993 sklenil pogodbe s 313 izvajalci, in sicer 180 z javnimi zavodi in 133 z zasebniki. Leta 1994 se je število pogodbenih partnerjev v primerjavi z letom 1993 povečalo za 222 pogodbenih partnerjev, leta 1995 pa še za 162 pogodbenih partnerjev. Število pogodbenih partnerjev se je vsako leto zviševalo, leta 2004 je ZZZS sklenil pogodbe s 1.406 izvajalci, in sicer z 219 javnimi zavodi in 1.187 z zasebniki, kar je 50 pogodbenih partnerjev več kot leta 2003 (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2004, 2005, str. 12, 25, 26).

Slika 1: Število sklenjenih pogodb z javnimi zavodi in zasebniki, ki zagotavljajo zdravstvene storitve financirane iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, od leta 1993 do 2004



Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2004, 2005, str. 12.

Slika 2: Število zdravnikov v javnih zavodih v primerjavi s številom zdravnikov zasebnikov, ki zagotavljajo zdravstvene storitve, financirane iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, v letu 2004



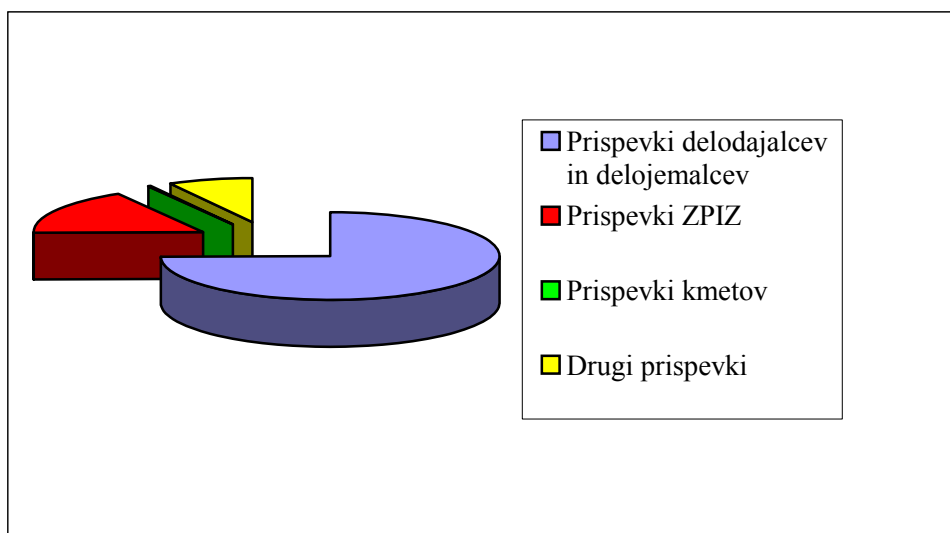
Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2004, 2005, str. 26.

Sredstva za obvezno zdravstveno zavarovanje se zagotavljajo s prispevki, ki jih plačujejo ZZZS zavarovanci, delodajalci in drugi zavezanci, ki so določeni v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje se plačujejo od osnov, določenih s tem zakonom, po proporcionalnih stopnjah, razen za primere, za katere se po tem zakonu plačujejo prispevki v pavšalnih zneskih, ki jih

določi ZZZS. Na primer, osebe, zaposlene v Republiki Sloveniji, in osebe, zaposlene v tujini, plačujejo prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje iz bruto plač in bruto nadomestil za čas odsotnosti z dela v skladu s predpisi o delovnih razmerjih, delodajalci pa plačujejo prispevke od osnov njihovih zaposlenih, kmetje plačujejo prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje od katastrskega dohodka kmetijskih in gozdnih zemljišč, brezposelne osebe pa plačujejo prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje od osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje od nadomestil oziroma denarnih pomoči itd. (Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2003).

Na naslednji sliki (Slika 3 na str. 16) je prikazana struktura prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje glede na kategorijo zavezancev v letu 2005. Iz slike je razvidno, da so v obvezno zdravstveno zavarovanje največ prispevali delodajalci in sicer 39,4 % in delojemalci 35,3 %, skupaj 74,7 %, sledijo prispevki Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje – v nadaljevanju ZPIZ 16,9 %, prispevki kmetov so 0,3 % ter drugi prispevki, ki skupaj znašajo 8,1 % - prispevki samozaposlenih: 3,5%, prispevki od nadomestil plač: 2,8 %, zamudne obresti in kasneje plačani prispevki: 0,3 %, ostali prispevki: 1,5 % (Prispevki po kategorijah zavezancev, 2006).

Slika 3: Struktura prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanja glede na kategorijo zavarovancev v letu 2005 (v %)



Vir: Prispevki po kategorijah zavezancev, 2006

Skupna prispevna stopnja za zdravstveno zavarovanje za delodajalce in delojemalce je bila v letu 1992 dokaj visoka (znašala je 18,5 %), saj je bilo treba odpraviti posledice večletnega neustreznega financiranja področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Do leta 1995 se je skupna prispevna stopnja postopoma zniževala, od leta 1997 do konca leta 2001 je bila stabilna in je znašala za aktivno prebivalstvo 13,25 %. Leta

2002 se je povečala za 0,2 % v breme delodajalcev in znašala 13,45 % (Keber et al., 2003, str. 244).

2.3.2. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je zavarovalniška dejavnost ter obsega zavarovanja za zdravstvene storitve in druge pravice, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne zagotavlja oziroma jih ne krije v celoti. Za prostovoljno zdravstveno zavarovanje se zavarovanec odloči sam. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja krijejo plačilo razlike med celotnimi stroški zdravstvenih storitev in stroških teh storitev, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje krije med drugim stroške doplačil k zdravstvenim storitvam v osnovni zdravstveni dejavnosti, zdravljenja zobnih in ustnih bolezni, bolnišničnega zdravljenja, zdravljenja v tujini, zdraviliškega zdravljenja in stroške doplačil za zdravila na recepte skladno z veljavno listo zdravil in za reševanje v nenujnih primerih (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992).

Namen uvedbe prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je bil predvsem razbremeniti javno finančni sektor pri zagotavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in ponuditi ljudem možnost izbire pri skrbi za lastno zdravje. Država in posameznik sta si namreč v stalnem nasprotju, saj država postopoma znižuje izdatke za zdravstveno varstvo, kljub temu pa vseeno želi zagotoviti nadaljnji visok standard zdravstvenih storitev, na drugi strani pa želijo posamezniki porabiti vse več sredstev za vse bolj kompleksne zdravstvene storitve. Zasebna sredstva državljanov, pridobljena pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju, naj bi tako zmanjšala delež javnih sredstev v vsej zdravstveni porabi, ljudje pa naj bi se začeli zavedati, da zdravstvenih storitev ni mogoče zagotoviti brezplačno (Cvetko, 1992, str. 28).

Leta 1992 je zakonodaja na področju zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji določila štiri vrste prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992):

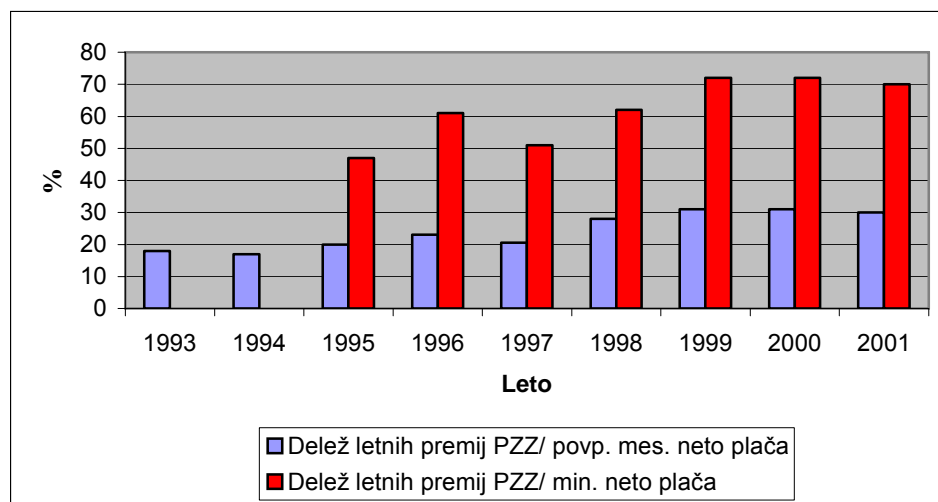
- zavarovanje za doplačila do polne cene zdravstvenih storitev, ki so sestavni del obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ta oblika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ne prinaša dodatnih pravic, gre le za to, da mora del vrednosti cene ali storitev, ki jih ne krije obvezno zdravstveno zavarovanje plačati zavarovanec sam, če v ta namen ni prostovoljno zavarovan za razliko do polne vrednosti. Zavarovanec se zavaruje za plačilo razlike med vrednostjo zdravstvenih storitev, zdravil in pripomočkov, ki jih zavarovancu pokriva obvezno zavarovanje, in polno vrednostjo teh zdravstvenih storitev, zdravil in pripomočkov, ki je določena s pogodbo med izvajalcem in ZZS;

- zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard storitev, kjer morata biti jasno opredeljena obseg in standard zdravstvenega varstva, ki je financiran iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ta vrsta prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja zavarovanim osebam omogoča več vrst dodatnih pravic (bivanje v enoposteljnih sobah, dodatna in boljša postrežba v času zdravljenja, zdravila iz negativne liste predpisana na recept in ostale zdravstvene storitve, ki niso pravice obveznega zdravstvenega zavarovanja);
- zavarovanje za dodatne pravice, ki niso predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja in se vežejo predvsem na zdraviliška zdravljenja, zavarovanja v tujini ter pomoč na domu;
- zavarovanje za osebe, ki po zakonu ne morejo pridobiti lastnosti zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju – na primer, zavarovanje za tujce.

Uvedba prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja leta 1992 je na začetku dosegla enega izmed glavnih ciljev zdravstvene reforme leta 1992, in sicer razbremenitev financiranja javnega zdravstvena sistema. Od leta 1992 do leta 2002 je bila zaznana nagla rast izdatkov za zdravstvo, izdatkov prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila in neposrednih vplačil v primerjavi z rastjo BDP. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila je postalo zelo pomemben vir sredstev za zdravstveno varstvo, saj je znašal delež izdatkov iz naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj za doplačila leta 1993 7,1 %, v letu 2002 pa se je povzpел na 13,6 % vseh izdatkov za zdravstvo (Keber et al., 2003, str. 249).

Spodnja slika (Slika 4 na str. 19) prikazuje povečanje deleža prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila v celotnih izdatkih za zdravstvo v opazovanem obdobju, ki je najbolj prizadelo revnejši sloj prebivalstva. V letu 1993 je bila premija, ki je bila enaka za vse ne glede na starost, spol ali zdravstveno stanje zavarovanca, še morda sprejemljiva za to skupino državljanov, vendar pa je zaradi večkratnega povišanja premij v osmih letih močno obremenila državljane s podpovprečnimi prejemki. Na primer, zavarovanec s povprečno plačo je moral plačati za letno premijo v letu 1993 17,7 % svoje neto mesečne plače, v letu 2001 pa že dobrih 30 % svoje neto mesečne plače. Zavarovanec, ki prejema minimalno plačo, je v letu 2001 za letno premijo plačal 70 % svoje mesečne neto plače (Keber et al., 2003, str. 250).

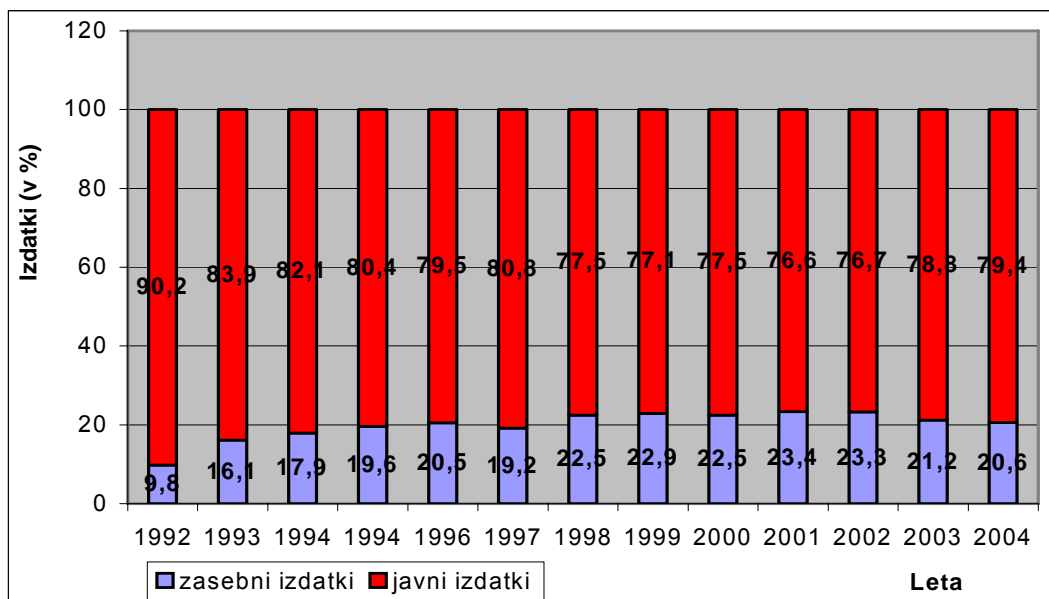
Slika 4: Letna premija prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila, izražena kot delež povprečne in minimalne neto plače zavarovanca v letih od 1993 do 2001 (v %)



Vir: Keber et al., 2003, str. 250

Delež javnih izdatkov za zdravstveno varstvo v BDP je od leta 1992 po uvedbi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila padal, medtem ko so zasebni izdatki v obdobju od leta 1992 do leta 2002 pospešeno rasli, kar je razvidno tudi iz spodnje slike (Slika 5 na str. 20). Breme dodatnega financiranja zdravstva se je torej v prikazanem obdobju prevladalo predvsem na zasebna sredstva prebivalcev v obliki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj za doplačila in neposrednih plačil, ki so jih prebivalci plačali, kadar so zboleli. Če so javni izdatki zdravstva v letu 1992 predstavljali 90,2 % vseh izdatkov zdravstva, je v letu 2002 delež javnih izdatkov znašal samo še 76,7 % vseh izdatkov zdravstva. Delež zasebnih izdatkov za zdravstvo v vseh izdatkih za zdravstvo se je od 9,8 % v letu 1992 povečal na 23,3 % v letu 2002 (Keber et al., 2003, str. 242). Podatki za leto 2003 in 2004 pa kažejo, da se v zadnjih letih zasebni izdatki za zdravstvo zmanjšujejo. V letu 2003 je bil delež zasebnih izdatkov za zdravstvo 21,2 %, leto kasneje pa 20,6 %. V letu 2003 so javni izdatki znašali 78,8 %, leto kasneje pa 79,4 % (Bručan, 2006).

Slika 5: Gibanje javnih in zasebnih izdatkov za zdravstveno varstvo v letih 1992–2004 (v %)



Vir: Keber et al., 2003, str. 242; Bručan, 2006

V kasnejših zdravstvenih reformah po letu 1992 je v Sloveniji prišlo do določenih sprememb v zdravstvenem zavarovanju, ki jih predstavljam v nadaljevanju. Kljub temu osnovna delitev zdravstvenega zavarovanja na obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje (predvsem prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila), ki je bila uvedena z zdravstveno reformo leta 1992, ostaja nespremenjene do danes.

2.4. Novela Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju leta 1998

Naslednja večja prelomnica v razvoju zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji se je zgodila leta 1998 z Novelo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ), ki je posegla predvsem na področje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Novela ZZVZZ iz leta 1998 je prinesla na področje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj veliko sprememb. Na novo je bila ustanovljena Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d. v. z., ZZVS pa je 1. januarja 1999 prenehal izvajati prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Novela ZZVZZ iz leta 1998 je ZZVS vzela pooblastila za izvajanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj ter mu naložila, da ustanovi posebno specializirano družbo za prostovoljna zdravstvena zavarovanja, na katero naj prenese vsa prostovoljna zdravstvena zavarovanja. V zakonu je bilo tudi zapisano, da mora ZZVS tej novi družbi zagotoviti vso strokovno, informativno, administrativno in tehnično pomoč ter z njo urediti vsa razmerja po posebni pogodbi (Toth, 2003, str. 473). Na to spremembo zdravstvenega zavarovanja leta 1998 je delno vplival tudi Zakon o zavarovalnicah, ki je bil

sprejet leta 1994. S tem zakonom se je na področju zavarovalništva začel proces prilagajanja zakonodaji Evropske unije. Zakon je uredil ustanovitev, organizacijo in poslovanje zdravstvenih zavarovalnic. Po novem je zakon določil tudi, da se z dejavnostjo zavarovanja lahko ukvarjajo zavarovalna podjetja, organizirana kot delniške družbe ali družbe za vzajemna zavarovanja (Tomažič, 2002, str. 30).

Spremembe in dopolnitve ZZVZZ iz leta 1998 so na področje dopolnilnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj vnesle še nekatere druge novosti, ki pa so bile kasneje deležne veliko kritik. Skope ali neustrezne zakonske opredelitve so povzročile relativno veliko zmede predvsem pri razumevanju dopolnilnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, v njihovem izvajanju in v njihovem nadzoru. V Noveli ZZVZZ iz leta 1998 sta bili namreč zapisani dve določbi, ki sta si nasprotovali in dovoljevali različna ravnanja v posameznih zavarovalnicah, ki so izvajale dopolnilna prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Kot prvo je bilo v Noveli določeno, da morajo zavarovalnice vse zavarovance glede pravic in obveznosti obravnavati enako, s čimer bi med drugimi tudi izenačili vsebino in obseg zavarovalnega kritja ter tudi premije za vse zavarovance pri isti zavarovalnici. Po drugi strani pa je bilo v Noveli v istem členu tudi določilo, da morajo zavarovalnice oblikovati premije glede na tveganja, ki so jim izpostavljeni zavarovanci ob upoštevanju starosti, spola, tablic smrtnosti in bolezenskih tablic, trajanja sklenjenega zavarovanja in glede na višino oblikovanih rezervacij za starost. To vsekakor pomeni različne premije, katerih razpon bi bil lahko po skupinah glede na spol, starost ali zdravstveno stanje izredno velik. Poleg tega je Novela ZZVZZ leta 1998 določila, da morajo zavarovalnice takšno zavarovanje ponuditi zavarovancem kot dolgoročna zavarovanja in da morajo oblikovati rezervacije za starost. Kaj naj bi pomenila dolgoročnost dopolnilnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj Novela ZZVZZ leta 1998 ni opredelila in tako dopustila možnost različnega razumevanja in izvajanja (Novela ZZVZZ, 2005, str. 5–6).

Po Noveli ZZVZZ iz leta 1998 predstavlja pomembno obdobje v razvoju slovenskega zdravstvenega zavarovanja t.i. Bela knjiga (predlog zdravstvene reforme leta 2003) Ministrstva za zdravje pod vodstvom takratnega ministra Dušana Kebra. V Beli knjigi se je prvič po zdravstveni reformi leta 1992 razpravljalo o resnejših spremembah zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji.

2.5. Predlog reforme zdravstvenega zavarovanja leta 2003

Analiza zdravstvene reforme iz leta 1992 in Novele ZZVZZ iz leta 1998 ter ugotovitve o dobrih straneh in pomanjkljivostih prejšnjih sistemov zdravstvenega varstva so bile osnova za Belo knjigo, za predlog dograditve sistema zdravstvenega varstva in prilagoditev nekaterim novim zahtevam pri vključitvi Slovenije v Evropsko unijo.

Najpomembnejši pozitivni rezultati zdravstvenega sistema, ki je veljal od leta 1992 so bili (Toth, 2003, str. 483; Keber et al., 2003, str. 262):

- finančna stabilnost zdravstvenega sistema do leta 2000, saj je ZZZS vse do leta 2000 posloval likvidno in je lahko zagotavljal nemoteno financiranje zdravstvenih programov,
- demokratičnost v upravljanju s sistemom zdravstvenega zavarovanja (o pravicah in obveznostih v okviru zakonskih pooblastil so odločali predstavniki zavarovancev in delodajalcev),
- sposobnost sistema obvladovati stroške za programe zdravstvenih storitev v okviru razpoložljivih sredstev (to ni uspelo le na področju predpisovanja in porabe zdravil, kar je bilo po zakonu v pristojnosti države),
- zdravstvene zmogljivosti, ki jih financira obvezno zdravstveno zavarovanje, se kljub znižanju prispevnih stopenj niso bistveno zmanjšale,
- obseg pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju je bil širok in primerljiv z večino evropskih držav ali pa jih je na nekaterih področjih celo presegal.

Pojavile so se tudi določene pomanjkljivosti zdravstvenega sistema iz leta 1992 (Toth, 2003, str. 484):

- neustrezno obvladovanje razvoja zdravstvene dejavnosti, saj država ni imela strategije razvoja tega področja (takšno strategijo je sprejel za področje zdravstvenega zavarovanja le ZZZS),
- v sistemu je bilo premalo ekonomskih vzpodbud za izvajalce, da bi bili ti bolj produktivni in varčnejši, tudi poraba sredstev, ki so jih prejeli za opravljanje storitev na račun zdravstvenega zavarovanja, je bila premalo transparentna,
- neustrezen državni nadzor nad cenami zdravil,
- pomanjkanje nekaterih zdravstvenih zmogljivosti, kar je vodilo v dolge čakalne dobe,
- poskusi prenašanja določenih socialnih dobrin na področje zdravstvenega zavarovanja, čeprav niso sodila vanj, in poskusi zmanjšanja avtonomije ZZZS in prenašanje njegovih pooblastil na državo.

Finančni pogoji na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja so se po letu 2000 zelo poslabšali. Izgube obveznega zdravstvenega zavarovanja so bile vse višje. V letu 2001 se je ZZZS moral prvič zadolževati, vendar je izgubo še pokrival iz splošnega sklada ZZZS. V letu 2002 ZZZS svoje izgube ni mogel več pokriti iz lastnih sredstev. Konec leta 2000 je imel ZZZS primanjkljaj v višini 3 milijarde tolarjev, v letu 2002 pa je imel ZZZS že 8,8 milijarde tolarjev primanjkljaja (Keber et al., 2003, str. 262).

Izgube obveznega zdravstvenega zavarovanja in povečevanje zasebnih izdatkov za zdravstvo so kazali na to, da je osnovni problem financiranja zdravstvenega varstva

predvsem zdravstvenega zavarovanja ostal nerešen tudi po zdravstveni reformi leta 1992. Zaradi razhajanj med vse večjimi potrebami po zdravstvenih storitvah in omejenimi sredstvi za njihovo zadovoljevanje je bilo potrebno iskati nove vire financiranja zdravstvenega varstva, kar pa je bil tudi eden izmed ciljev predlagane zdravstvene reforme leta 2003.

Predlagana zdravstvena reforma leta 2003 je bila razdeljena na tri ključne dele. Za področje zdravstvenega zavarovanja je bil pomemben prvi del, ki je zajemal predvsem področje financiranja sistema zdravstvenega varstva. Cilji predlagane zdravstvene reforme so temeljili na štirih sklopih vrednot – pravičnost, dostopnost, kakovost in učinkovitost. Iz njih je izviralo šest glavnih ciljev reforme. Za področje zdravstvenega zavarovanja so bili pomembni predvsem prvi trije cilji Bele knjige (Keber et al., 2003, str. 20).

Prvi cilj Bele knjige je bil pravičnost pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varnost, ki bi ga dosegli z ukinitvijo doplačil v obveznem zdravstvenem zavarovanju. V Sloveniji je bilo do tedaj zdravstveno zavarovanje še vedno razdeljeno na obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila. ZZZS je kot nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja začel izkazovati izgube, na drugi strani pa so zdravstvene zavarovalnice, ki so ponujale prostovoljna zdravstvena zavarovanja za doplačila, izkazovale dobičke. Z Belo knjigo naj bi bila opuščena doplačila za večino pravic, ki naj bi bile vključene v obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. To naj bi na eni strani odpravilo podlago za dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, po drugi strani pa bi zahtevalo uvedbo novega zdravstvenega prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje, ki bi nadomestil tedanja sredstva premij za prostovoljno zavarovanje doplačil. Ker so bili večinoma vsi odrasli državljani dopolnilno prostovoljno zavarovani, ta dajatev oziroma novi zdravstveni prispevek ne bi pomenil nove obremenitve za posameznika, temveč nadomestilo tedanje enotne premije s prispevkom na solidarnostni osnovi. Novi zdravstveni prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje bi se enako kot tedanje dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje zajemal iz sredstev državljanov, vendar bi ga zaradi njegove vključitve v javni sistem zdravstvenega zavarovanja izvajal javni zavod. Po besedah avtorjev predloga zdravstvene reforme naj bi se zgodil pomemben premik pri zagotavljanju sredstev zdravstvenega zavarovanja med premožnejšimi in revnejšimi državljani v korist slednjih, kar bi povečalo solidarnost pri zbiranju sredstev za zdravstvo. Za razliko od dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja naj bi novi zdravstveni prispevek plačevali tisti zavarovanci, ki plačujejo obvezno zdravstveno zavarovanje, prek njih pa naj bi bili zavarovani vsi družinski člani. To bi razbremenilo družine, v katerih je zaposlen samo en član, premijo dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pa je bilo treba prej plačevati za vse odrasle člane družine (Keber et al., 2003, str. 49–86).

Drugi cilj Bele knjige je bil razporejanje sredstev po potrebi državljanov. Celovit model razporejanja sredstev v sistemu zdravstvenega varstva naj bi pripomogel k temu, da bi

izvajalci prejeli plačilo v odvisnosti od obsega in načina izpolnjevanja potreb uporabnikov. Pravičnejši način razporejanja sredstev naj bi izenačil dostopnost do zdravstvenih obravnav za vse državljane ter povečal učinkovitost in kakovost zdravljenja. Plačilo naj bi bilo odvisno tudi od kakovosti storitve, zadovoljstva bolnika in izida zdravljenja. Vzpodbujena bi bila konkurenca med izvajalci. Z načrtovanjem obsega obravnav naj bi uravnali čakalne dobe, kar pa bi zagotovilo boljšo in pravičnejšo dostopnost do zdravstvenih obravnav (Keber et al., 2003, str. 89–120).

Tretji cilj Bele knjige je bil boljša dostopnost do zdravstvenega varstva, kar naj bi dosegli z zagotavljanjem osnovnega obsega zdravstvenih pravic brez dodatnih zasebnih sredstev. Zakon naj bi določil obseg pravic obveznega zavarovanja, ki naj bi zajemal praktično vse dotedanje pravice in naj bi zato večini zadoščal za njihovo zdravstveno varnost. S tem pa so želeli odpraviti neenako dostopnost, ki izvira iz dejstva, da si v tistem času po njihovih raziskavah zasebnega zavarovanja ni moglo privoščiti približno sto tisoč ljudi (Keber et al., 2003, str. 133–157).

Bela knjiga je bila deležna veliko kritik predvsem s strani stroke ter tudi s strani zdravstvenega osebja. V nadaljevanju je zbranih nekaj kritik o predlagani zdravstveni reformi leta 2003, predvsem tiste, ki so se nanašale na predlagane spremembe financiranja zdravstvenega zavarovanja.

V Gospodarski zbornici Slovenije in v sindikatih se niso strinjali s prenosom denarja iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v javno zdravstveno blagajno, saj so menili, da to ne bi pripomoglo k izboljšavi zdravstvenega zavarovanja, ampak bi le obremenilo in destimuliralo zaposlene, ki naj bi imeli že tako preobremenjene plače s prispevki (Lampret, 2003).

Tudi na Ministrstvu za finance niso podprli nekaterih ključnih predlogov iz osnutka Bele knjige, ki so se nanašali na spremembo takratnega sistema financiranja oziroma zdravstvenega zavarovanja. Tako je finančno ministrstvo med drugim nasprotovalo prenosu sredstev iz sedanjega dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v obvezni prispevek, kar je bila ena najpomembnejših sprememb, ki naj bi jih prinesla nova zdravstvena reforma. Na Ministrstvu za finance so predlagano zdravstveno reformo ocenjevali z vidika njenih posledic na javne finance in na makroekonomsko stabilnost. Na finančnem ministrstvu so menili, da bi uvedba obveznega prispevka pripeljala do tega, da bi posledično delodajalci zaradi pritiska delojemalcev in sindikatov morali povečati plače. Takšni pritiski na povečanje plač pa vplivajo na cene in s tem na cenovno konkurenčnost, kar pa bi pomenilo zmanjšanje izvozne konkurenčnosti in s tem gospodarsko oslabitev države (Lampret, 2003a).

Učinek novega zdravstvenega prispevka naj bi bil izračunan subjektivno, saj naj bi bili izračuni podani le za zaposlene in za upokoјence, izračunov za samozaposlene pa naj ne bi bilo (Stanovnik, 2003, str. 38).

Pred uvedbo predlaganega zdravstvenega prispevka bi bilo treba najprej rešiti vsebinska vprašanja, ki se nanašajo na učinkovitost našega zdravstva in zdravnikov, njegove regulative in upravljanja. Brez predhodne rešitve teh vprašanj bi lahko obstajala nevarnost, da bi se po uvedbi obveznega prispevka vsi problemi čez čas zopet ponovili (Kranjec, 2003, str. 41–51).

Predlagana zdravstvena reforma leta 2003 tako na področju zdravstvenega zavarovanja kot tudi na preostalih področjih zdravstvene varnosti ni bila sprejeta. Problem financiranja zdravstvenega zavarovanja in ostale pomanjkljivosti zdravstvenega sistema v Sloveniji še vedno niso bile rešene. Naslednje pomembno obdobje za področje zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je leto 2005, ko je Ministrstvo za zdravje pod vodstvom novega ministra Andreja Bručana začelo pripravljati nov Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

2.6. Reforma zdravstvenega zavarovanja leta 2005

Razlogov za zdravstveno reformo leta 2005 je bilo veliko. Kot sem že omenila, je bil od leta 1992 proces razbremenjevanja obveznega zdravstvenega zavarovanja nekaj časa uspešen, postopoma pa so se začele pojavljati težave pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju. Hitra rast izdatkov za zdravstvo, kar je bilo posledica staranja prebivalstva in razvoja v zdravstvu, ter povečanje deleža kritja javnih izdatkov s strani prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja sta bila le dva izmed pomembnejših vzrokov za težave pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju. Zavarovalnica Vzajemna, ki ponuja prostovoljna zdravstvena zavarovanja za doplačila in ima največji tržni delež zavarovancev s tovrstnim zavarovanjem, je začela izkazovati izgube. Vzajemna ima neugodno starostno strukturo zavarovancev, saj je tretjina zavarovancev starejša od 60 let, konkurenčni zavarovalnici Adriatic in Triglav pa imata večinoma mlajše zavarovance. Vzajemna od leta 2004 izkazuje izgube, konec leta 2004 je izguba znašala 2,8 milijarde tolarjev (Lampret, 2005). Vzajemna je zaradi izgub že sredi leta 2004 napovedala povišanje premij dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za starejše zavarovance nad 60 let (Lampret, 2004). Tudi razprave o Beli knjigi so kazale na to, da je bil eden izmed pomembnejših razlogov za novo zdravstveno reformo tako kot pri vseh prejšnjih zdravstvenih reformah v Sloveniji še vedno problem financiranja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Po mnenju mnogih so bila strukturna nesorazmerja med prihodki in odhodki ZZZS na eni strani rezultat razvojnih trendov v preteklosti, ko se je takratni zakonodajalec ni odločil za krčenje pravic pri obveznem zdravstvenem zavarovanju, temveč za izdatno uvajanje novih zasebnih virov v zdravstvo, ki je temeljilo

na uvedbi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Dodaten razlog za neskladje med prihodki in odhodki pa so bile tudi določene zakonske regulative, ki so v preteklih letih vplivale na bistveno povišanje odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja, ne da bi se zagotovili novi ali dodatni viri – uvedba davka na dodano vrednost v zdravstvu, rast plač v zdravstvu, nove obveznosti pri plačevanju nadomestil in drugo (Bručan: Stanje na ministrstvu za zdravje ob primopredaji prej slabo kot dobro, 2005; LDS nezadovoljna s predlogom Novele Zakona o zdravstvenem zavarovanju, 2005).

Rešitev problema financiranja obveznega kot tudi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila je bila tako zopet eden izmed glavnih razlogov za zdravstveno reformo leta 2005. V nadaljevanju bom predstavila glavne cilje in spremembe na področju zdravstvenega zavarovanja, ki so bile uvedene z zdravstveno reformo leta 2005.

2.6.1. Cilji reforme zdravstvenega zavarovanja leta 2005

Spremembe na področju zdravstvenega zavarovanja naj bi bile nujne zato, da bi se v kratkem času vzpostavili pogoji za izboljšanje finančnih virov in boljše obvladovanje izdatkov za zdravstveno varstvo, ter s tem izpolnile zahteve konvergenčnega programa Vlade Republike Slovenije po izravnanim poslovanju zdravstvene zavarovalnice na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja. K spremembam naj bi pristopili postopno, kot je to praksa pri izvajanju zdravstvenih reform številnih držav Evropske unije (Ministrstvo za zdravje, 2005).

V prvi fazi je Ministrstvo za zdravje najprej pristopilo h kratkoročnim spremembam za stabilizacijo sistema zdravstvenega varstva, kar je pomenilo dva pomembna sklopa sprememb na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja (Ministrstvo za zdravje, 2005):

- najnujnejše dopolnitve in spremembe sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja (znižanje nadomestil za bolniške odsotnosti iz dela, določanje novih osnov za plačevanje prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja za določene kategorije zaposlenih, vključitev določenih socialnih kategorij v polno (100%) kritje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja itd.),
- najnujnejše dopolnitve in spremembe, ki uvajajo izravnalne sheme na področje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj za doplačila.

Za uvajanje celovitejših sprememb pa naj bi bilo potrebno nekaj več časa. To pomeni, da naj bi bil za celovitejšo obvladovanje strukturnih neskladij v drugi fazi (do konca leta 2006) pripravljen za obravnavo predlog celovite zdravstvene reforme, ki naj bi zajemal predvsem spremembe v poslovanju javnih zdravstvenih zavodov, spremenjeni vlogi

menadžmenta, reorganizacijo javne zdravstvene službe, delno privatizacijo kapacitet, svobodno sklepanje delovnih pogodb zdravnikov, ter več zasebne iniciative s pridobitvijo koncesij za delo v javni zdravstveni službi (Ministrstvo za zdravje, 2005).

Dve pomembni spremembi na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja v Noveli Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 2005 sta (Zupanič, 2005, str. 2):

- znižanje nadomestil za bolniške odsotnosti iz dela (pravica do sto odstotnega nadomestila ob poškodbah pri delu, poklicnih boleznih in krvodajalstvu ostaja nespremenjena, zmanjšala pa naj bi se ostala nadomestila v primeru poškodbe v prometni nesreči, planinarjenju, gorskem kolesarjenju, ter drugih tveganih dejavnostih, prav tako pa naj bi bilo tudi manjše nadomestilo v primeru, ko je bolnik v bolnišnici ali zdravilišču. Čas trajanja bolniškega dopusta naj bi bil omejen, in sicer na dvanajst, s prekinitvami pa na petnajst mesecev). Cilja naštetih ukrepov Ministrstva za zdravje sta bila predvsem zmanjševanje absentizma oziroma odsotnosti iz dela, zaradi katerega izgubimo vsako leto šest odstotkov BDP, in zmanjševanje preširokih sedanjih pravice v evropsko primerljive (Zupanič, 2005, str. 2). Ena izmed rešitev zmanjševanja odsotnosti iz dela je tudi uvedba čakalne dobe. Čakalna doba pomeni število dni, ko se nadomestila ne prejema (ponavadi od enega do devet dni). Tudi večina držav Evropske unije ima čakalne dobe, saj se s tem precej zmanjša odsotnost iz dela, ki je v Sloveniji precej razširjena (Polanec, 2005). Temeljno načelo držav Evropske unije pri obvladovanju pojava absentizma je, da mora višina nadomestila vzpodbujati plačnike in izvajalce zdravstvenih storitev, še posebej pa delavce, k čimprejšnji ozdravitvi in vrnitvi na delovno mesto (Normand, Busse, 2002, str. 84–86).
- Na novo naj bi bila določena tudi osnova za plačevanje prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje. Tako naj bi samostojni podjetniki, samozaposleni, ljudje v svobodnih poklicih in kmetje plačevali prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje obračunane od dohodninske osnove po stopnji določeni za delodajalce, kar pomeni, da bodo plačevali več.

Leta 1992 je zakonodaja na področju zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji določila štiri vrste prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Z reformo zdravstvenega zavarovanja leta 2005 so prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Sloveniji po vsebini ostala enaka, le poimenovana so tako kot v večini držav Evropske unije, ter tudi vsebinsko delno primerljiva z ostalimi državami Evropske unije. Tako imamo v Sloveniji štiri vrste prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2005):

- dopolnilno zdravstveno zavarovanje (prvotno je bilo to zavarovanje za doplačila do polne cene zdravstvenih storitev, ki so sestavni del obveznega zdravstvenega zavarovanja),
- dodatno zdravstveno zavarovanje (prvotno je bilo to zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard storitev),
- vzporedno zdravstveno zavarovanje (prvotno je bilo to zavarovanje za dodatne pravice, ki niso predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja),
- nadomestno zdravstveno zavarovanje (prvotno je bilo to zavarovanje za osebe, ki po zakonu ne morejo pridobiti lastnosti zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju – zavarovanje za tujce).

Posebno poglavje v Noveli o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 2005 je namenjeno dopolnilnemu prostovoljnemu zdravstvenemu zavarovanju. Državni zbor je konec julija 2005 na izrednem zasedanju po nujnem postopku sprejel Novelo zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki ureja področje dopolnilnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj kot bistveno novost pa uvaja izravnalne sheme. Zakon je začel veljati s septembrom 2005, vendar je bilo za uvedbo izravnalnih shem predvideno prehodno obdobje, v veljavo so stopile marca 2006. To pomeni, da je za vse zavarovalnice obvezna vključitev v izravnalno shemo dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (DZ brez glasu nasprotovanja za uvedbo izravnalnih shem, 2005).

Glavne spremembe, ki so začele veljati 1. 9. 2005 na področju dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, so (Dopolnilno zdravstveno zavarovanje, 2005, str. 12):

- zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, so vključene v izravnalno shemo, s katero se med njimi izravnajo razlike v stroških zdravstvenih storitev, ki izhajajo iz različnih struktur zavarovancev (glede na starost in spol zavarovancev) posameznih zavarovalnic. Z izravnalnimi shemami se bo tako v prihodnje del denarja iz zavarovalnic, ki imajo pretežno mlajše in cenejše zavarovance (Adriatic, Triglav), prelil k zavarovalnicam, ki imajo več starejših in dražjih zavarovancev (Vzajemna). Z uvedbo izravnalnih shem naj bi se preprečilo selektivno dvigovanje premij zgolj za starejše zavarovance, sredstva iz zavarovanja mladih in zdravih pa naj bi se solidarnostno prelivala v podporo zavarovanja starih in bolnih (Lampret, 2005a);
- premija za dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje je enaka za vse zavarovance v posamezni zavarovalnici, ne glede na starost ali spol (tako je med zavarovanci uresničeno načelo medgeneracijske solidarnosti);
- popust pri skupinskem zavarovanju ali v drugih primerih je lahko največ 3 % (prej največ 10 %);

- po novem bodo morale zavarovalnice skleniti pogodbe z najmanj enoletnim trajanjem, saj bo zavarovanje mogoče po novem odpovedati po letu dni od začetka veljavnosti zavarovanja;
- država je postrila nadzor nad dopolnilnim prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem, kar pomeni, da bodo morale zavarovalnice pred spremembo zavarovalnih pogojev dobiti soglasje države;
- novost je čakalna doba oziroma čas, ko zavarovanec plačuje premijo, vendar pa v tem obdobju nima kritja (zavarovalnica v tem času ne krije razlike med celotno ceno storitve ter delom te cene, ki se plača iz obveznega zdravstvenega zavarovanja). Obvezna čakalna doba treh mesecev ne bo veljala za tiste, ki že imajo sklenjeno zdravstveno zavarovanje in bodo novega sklenili najkasneje v mesecu dni, ne glede na to, pri kateri zavarovalnici bodo sklenili zdravstveno zavarovanje;
- novost je tudi pribitek na pozno vključitev v zdravstveno zavarovanje, saj je po novem premija za posameznika, ki se ne bo vključil v zavarovanje v letu dni od dne, ko bo postal zavezan do plačila razlike med polno ceno zdravstvenih storitev in delom, ki se krije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, povišala za 3 % z vsakim polnim nezavarovanim letom, vendar največ za 80 %;
- zavarovalnice so morale zavarovancem najkasneje do 1. 4. 2006 povrniti neizkoriščen del vplačanih premij po stanju na dan pred nehanjem stare zavarovalne pogodbe, pri čemer si zavarovalnice ne smejo obračunati nikakršnih stroškov izplačila;
- po novem se rezervacije za starost ne bodo več oblikovale, zato zakon določa, da morajo zavarovalnice vrniti rezervacije tistim zavarovancem, za katere so jih oblikovale;
- povečana varnost socialno najšibkejših državljanov Republike Slovenije (približno sto tisoč oseb naj bi bilo oproščenih doplačil za zdravstvene storitve, zaradi česar se jim ne bo treba dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovati).

Kot sem že omenila, je Novela Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 2005 kot pomembno novost uvedla premijo za dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki je enaka znotraj ene zavarovalnice, med posameznimi zavarovalnicami pa se lahko razlikuje. Zaradi tega so bile uvedene tudi izravnalne sheme, ki naj bi preprečile, da bi posamezna zavarovalnica v svoje zavarovanje sprejemala le mlade in bolj zdrave zavarovance in tako dosegla visoke dobičke, ker ji ne bi bilo treba financirati visokih stroškov pri starejših zavarovancih. Seveda pa pri tem obstajajo določene nevarnosti, ko bi zavarovalnica, ki bi bila plačnik v okviru izravnalnih shem, poskušala odhodke v izravnalne sheme nadomestiti z višjimi premijami, ob tem pa bi zavarovalnica, ki bi bila prejemnica sredstev iz izravnalnih shem, lahko zniževala premije za svoje zavarovance. Cenovna konkurenca bi vodila do tega, da bi izginjale tiste zavarovalnice, ki bi bile plačnice v sklad izravnalnih shem, na trgu pa bi se povečal tržni delež tistih zavarovalnic, ki bi bile prejemnice iz skladov zavarovalnih shem (Tajnikar, Došenovič, 2005, str. 8).

Cilj uvedbe enotnih premij znotraj ene zavarovalnice (med posameznimi zavarovalnicami se lahko razlikujejo) in izravnalnih shem je bil tudi povečevanje konkurence med zavarovalnicami. Novela Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 2005 je tako med zavarovalnicami, ki v Sloveniji ponujajo predvsem dopolnilna prostovoljna zdravstvena zavarovanja, povzročila konkurenčni boj za zavarovance, saj le-ti lahko po novem zamenjajo zavarovalnico, pri kateri imajo sklenjeno dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

V Sloveniji so trenutno tri zavarovalnice, ki ponujajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja (predvsem dopolnilna prostovoljna zdravstvena zavarovanja), in sicer Adriatic zavarovalna družba d. d. (po združitvi z zavarovalnico Slovenica konec leta 2005 se je preoblikovala v Zavarovalnico Adriatic Slovenica), Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d. v. z. in Triglav, Zdravstvena zavarovalnica d. d., ki je prostovoljno zdravstveno zavarovanje začela ponujati leta 2004 (Triglav zdravstvena zavarovalnica, 2006; Zavarovalnica Adriatic, 2006; Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, 2006). Trenutno ima na trgu dopolnilnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj še vedno največji 67-odstotni tržni delež Vzajemna, Adriatic Slovenica ima 23-odstotni tržni delež, Triglav pa 10-odstotni tržni delež na trgu dopolnilnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (Lampret, 2006). Čeprav sta bila na področju zavarovalništva v preteklosti sprejeta dva zakona (Zakona o zavarovalništvu leta 2000 in nato še Zakon o zavarovalništvu leta 2004), se konkurenca ob vstopu Slovenije v Evropsko unijo med zavarovalnicami, ki ponujajo predvsem dopolnilna prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ni bistveno spremenila. Zgoraj omenjena zakona sta namreč omogočila, da se je slovenski zavarovalni trg odprl evropski konkurenci, slovenska zakonodaja se je uskladila z evropsko in odprl se je nov sistem nadzora, ki ga opravlja Agencija za zavarovalni nadzor (Zakon o zavarovalništvu, 2000; Državni zbor noveliral zakon o zavarovalništvu, 2005; Praprotnik, Vuković, 2005).

Na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja reforme niso nikoli končane, saj gre za zelo dinamičen družbeni sistem, pred katerim so vedno novi izzivi in zahteve po prilagajanju družbenim in gospodarskim spremembam. To nam kaže tudi lastna zgodovina zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ko se je vsakih deset let zgodila pomembnejša sprememba v zdravstvenem sistemu, saj se običajno v tem obdobju pokažejo vse dobre in slabe strani veljavne zdravstvene ureditve. Zdravstvena reforma v Sloveniji, ki se je začela leta 2005, še poteka. Do konca leta 2006 naj bi bil za obravnavo pripravljen tudi predlog celovite zdravstvene reforme. Za novosti na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki so bile in bodo še sprejete v prihodnosti v okviru zdravstvene reforme iz leta 2005, bo čas pokazal, ali rešujejo probleme zdravstvenega varstva, predvsem pa problem financiranja zdravstvenega zavarovanja. Številne dileme, odprta vprašanja in razne razprave v zvezi z zdravstveno reformo iz leta 2005 pa že kažejo na to, da nekateri problemi slovenskega zdravstvenega zavarovanja tudi v tej zdravstveni reformi ne bodo rešeni.

3. ODPRTA VPRAŠANJA IN PRIHODNJI RAZVOJ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI

Po vsaki zdravstveni reformi, tako pri nas kot tudi v tujini, se pojavljajo različne dileme o pravičnosti, kakovosti, učinkovitosti zdravstvene reforme, ostaja pa tudi veliko drugih vprašanj, na katere lahko odgovorimo šele po določenem času po zdravstveni reformi. V nadaljevanju bom predstavila nekaj dilem o reformah zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, med njimi predvsem dileme, ki jih je sprožila sprememba zakonodaje zdravstvenega zavarovanja leta 2005, ter jih primerjala z državami Evropske unije. Te se nanašajo zlasti na vprašanja o ustreznem oblikovanju premij za zdravstvena zavarovanja, o primernem načinu financiranja zdravstvenih izdatkov, ter o razmerju med obveznim in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem.

3.1. Oblikovanje premij za zdravstvena zavarovanja

Premije za zdravstvena zavarovanja se lahko oblikujejo na različne načine, in sicer na podlagi rizičnosti zavarovanca glede na spol, starost ali zdravstveno tveganje zavarovanca (risk rated premiums), lahko so enake ne glede na spol, starost ali zdravstveno tveganje zavarovanca (community rated premiums), oblikovane so lahko glede na dohodek zavarovanca (income related premiums), ter premije, ki vključujejo rezervacije za starost (capital funded premiums) (Tajnikar, Došenovič Bonča, 2005a, str. 5).

Pri oblikovanju premij glede na starost, spol ali zdravstveno tveganje zavarovanca zavarovalnice, ki ponujajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja premije, oblikujejo glede na posamezno skupino zavarovancev, in sicer glede na stroške zdravstvenih storitev, ki za to skupino zavarovancev nastanejo. Tako zavarovalnice na eni strani dosegajo alokacijsko učinkovitost, vendar ne medgeneracijske solidarnosti, kjer mladi in zdravi zavarovanci plačujejo za stare in bolne zavarovance. Pri tako oblikovani premiji za zdravstveno zavarovanje je seveda problem, kako določiti kriterije za rizičnost posameznih zavarovancev, saj se tukaj ponavadi pojavi problem nepopolnih informacij in neustrezne selekcije, ki lahko posledično ogrozi stabilnost sistema zdravstvenega zavarovanja (Tajnikar, Došenovič Bonča, 2005a, str. 6).

Pri oblikovanju enotnih premij ne glede na starost, spol ali zdravstveno tveganje zavarovanca je dosežen cilj medgeneracijske solidarnosti in pravičnosti, vendar je kršeno načelo alokacijske učinkovitosti, saj mladi in zdravi ne morejo dosežati svoje maksimalne koristnosti, ker plačujejo več, kot potrebujejo za svoje zdravstvene storitve, stari in bolni pa plačujejo manj glede na to, da uporabljajo več zdravstvenih storitev (Tajnikar, Došenovič Bonča, 2005a, str. 5).

Premije, oblikovane glede na dohodek zavarovancev, so značilne predvsem za obvezna zdravstvena zavarovanja, kjer v zdravstveno blagajno prispevajo več tisti, ki imajo višje dohodke, in manj tisti, ki imajo nižje dohodke. S tem se krši načelo alokacijske učinkovitosti v potrošnji zdravstvenega varstva. Zavarovanci, ki plačujejo prispevke za zdravstveno zavarovanje glede na svoje dohodke, so soočeni z različnimi cenami storitev, ki so vključene v zdravstveno zavarovanje. Kar pomeni, da za enako storitev plačujejo različne cene (glede na svoj dohodek). Ta solidarnostni princip, ko je premija zdravstvenega zavarovanja vezana na višino dohodka zavarovanca, ne vodi do maksimizacije družbene koristi, pa tudi vsi posamezniki, ki so vključeni v sistem zdravstvenega zavarovanja, ne morejo doseči svojega ravnotežja kot porabniki, saj je zdravstvenih dobrin za to premalo. Drugi razlog, da višina premije ne sme biti vezana na višino dohodka zavarovanca, je tudi v tem, da v primeru, ko imamo več zdravstvenih zavarovalnic, kjer so premije oblikovane glede na dohodek zavarovancev, je prihodek posamezne zavarovalnice odvisen od deleža tistih zavarovancev, ki imajo višje dohodke. Zavarovalnice so torej spodbujene, da pridobivajo tiste sloje v družbi, ki imajo višje dohodke, in da se izogibajo zavarovanju tistih, ki imajo nižje dohodke (Tajnikar, Došenovič, Uršič, 2005, str. 77–79).

Pri premijah, ki vključujejo rezervacije za starost, mladi zavarovanci plačujejo višjo premijo, kot bi jo morali glede na njihovo rizičnost, kasneje, ko bodo starejši pa bodo plačevali nižjo premijo glede na njihovo rizičnost. Preveč plačana premija se za namen varčevanja za starost zbira v rezervacijah. To pomeni, da zavarovanci ustvarjajo v mlajših letih rezerve za kritje višjih bodočih stroškov, kar pomeni, da je vsaka generacija odgovorna za financiranje lastne prihodnosti, kar je torej drugače kot zagotavljanje medgeneracijske solidarnosti z enotno premijo za vse zavarovance (Tajnikar, Došenovič Bonča, 2005a, str. 5).

Tukaj se pojavlja vprašanje, na kakšen način oblikovana premija je primerna za posamezne vrste zdravstvenih zavarovanj, predvsem za dopolnilna prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Premije za obvezno zdravstveno zavarovanje so v Sloveniji oblikovane glede na dohodek zavarovanca. Tudi v večini ostalih držav Evropske unije, ki imajo to obliko zdravstvenega zavarovanja, obvezno zdravstveno zavarovanje temelji na načelu solidarnosti, kjer se predpostavlja, da vsak državljan po svojih ekonomskih zmožnostih (glede na svoj dohodek) prispeva k pokrivanju stroškov zdravljenja vsem državljanom (Novela ZZVZZ, 2005, str. 19). Ker je oblikovanje premij za obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji podobno kot v večini ostalih držav Evropske unije, se o spremembah na tem področju trenutno ne razpravlja.

Obstaja pa kar nekaj dilem in odprtih vprašanj glede oblikovanja premij pri dopolnilnem prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju. Z Novelo ZZVZZ iz leta 1998 so bile v premijah za dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje vključene tudi rezervacije za starost, ki pa so se z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta

2005 ukinile (Novela ZZVZZ, 2005, str. 19). V Beli knjigi se je na primer razpravljalo o tem, da bi ukinili dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, uvedli naj bi novo premijo oziroma novi zdravstveni prispevek, ki bi bil vezan na dohodek državljanov. Tako naj bi po mnenju predlagateljev zdravstvene reforme povečali solidarnost med državljani, saj bi novi zdravstveni prispevek plačevali tisti zavarovanci, ki plačujejo obvezno zdravstveno zavarovanje, prek njih pa naj bi bili zavarovani vsi družinski člani (Keber et al., 2003, str. 49–86). Z novim zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 2005 pa so se v Sloveniji uvedle enotne premije pri dopolnilnem prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju znotraj posamezne zavarovalnice (medgeneracijska solidarnost), lahko pa so premije različne med posameznimi zavarovalnicami, ki ponujajo tovrstna zdravstvena zavarovanja. Z zgoraj omenjenim ukrepom so na Ministrstvu za zdravje med drugim želeli preprečiti dvig premij za starejše zavarovance (DZ brez glasu nasprotovanja za uvedbo izravnalnih shem, 2005). Mnenja glede enotnih premij znotraj posameznih zavarovalnic, ki ponujajo dopolnilna prostovoljna zdravstvena zavarovanja, so različna. Enotna premija za dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje bi lahko po mnenju nekaterih spodbudila mlade, da se sploh ne bi zavarovali. Koristi od zavarovanja naj bi bile zanje precej nižje od višine zavarovalne premije. Če bi se mladi odločili prekiniti zdravstveno zavarovanje, bi bilo zaradi odliva neto plačnikov dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje v izgubah. Posledica tega je zopet dvig zavarovalne premije pri tej vrsti zdravstvenega zavarovanja (Polanec, 2005).

Če primerjamo Slovenijo z ostalimi državami Evropske unije, lahko vidimo, da so v teh državah načini oblikovanja premij za dopolnilna prostovoljna zdravstvena zavarovanja odvisni od družbenih, političnih in drugih okoliščin posamezne države. Najpogosteje je v državah Evropske unije premija za dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje oblikovana glede na rizičnost zavarovanca (glede na spol in starost zavarovanca), bolj redko so premije za ta zdravstvena zavarovanja vezane na dohodek zavarovanca (Mossialos, Thomson, 2002, str. 40). Slovenski način oblikovanja premij pri dopolnilnem prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju je najbolj primerljiv z Irsko, ki je med prvimi z zakonodajo uredila področje izravnalnih shem (Novela ZZVZZ, 2005, str. 31).

Načini oblikovanja premij kažejo, da se lahko zdravstveni izdatki posameznika skozi celotno življenjsko dobo financirajo na dva načina, in sicer z oblikovanjem starostnih rezervacij ali po metodi sprotnega prispevnega kritja, kar bom podrobneje prikazala v nadaljevanju.

3.2. Financiranje zdravstvenih izdatkov

Financiranje zdravstvenih izdatkov je lahko organizirano na dva načina, in sicer z oblikovanjem starostnih rezervacij (capital funded insurance –zavarovanje CF) ali po metodi sprotnega kritja (pay as you go insurance –zavarovanje PAYG). Z oblikovanjem

starostnih rezervacij si zavarovanci v mlajših letih ustvarjajo rezerve za kritje višjih stroškov zdravstvenih storitev v starejših letih. Za metodo sprotnega prispevnega kritja pa je značilno, da so izdatki tekoče financirani iz prispevkov ali davkov, ki so bili zbrani v tekočem obdobju (Tajnikar, Došenovič, Uršič, 2005, str. 83-84).

Prvi trije, v prejšnji točki (Točka 3.1. na str.31) opisani načini oblikovanja premij za zdravstvena zavarovanja, imajo lastnosti zdravstvenega zavarovanja PAYG, zadnji način oblikovanja premij, ki vključuje rezervacije za starost pa ima lastnosti zdravstvenega zavarovanja CF. V zvezi s tem se pojavi vprašanje, kateri način financiranja zdravstvenih izdatkov je bolj primeren za posamezne sisteme zdravstvenega varstva in oblike zdravstvenega zavarovanja, saj imata PAYG in tudi CF svoje prednosti in slabosti.

Pri zdravstvenem zavarovanju PAYG se prihodki in odhodki za zdravstveno varstvo izenačujejo znotraj posamezne zavarovalnice. Gre za uresničitev solidarnosti, saj mlajši delovno aktivni zavarovanci plačujejo za starejše in bolne zavarovance. Pri zdravstvenem zavarovanju PAYG morajo biti prihodki in odhodki zdravstvenega varstva vnaprej opredeljeni in na koncu usklajeni, drugače pride do finančnega primanjkljaja znotraj posamezne zavarovalnice. V sodobnem času, za katerega so značilni staranje prebivalstva, težave z brezposelnostjo in gospodarsko stagnacijo, zdravstveno zavarovanje PAYG včasih ni primerno. Že podaljšana doba staranja prebivalstva kaže potrebo, da mora manjše število mlajših zavarovancev financirati večje število starejših zavarovancev. Zdravstveno zavarovanje PAYG je primerno predvsem za velika gospodarstva, kjer prevladuje mlado in aktivno prebivalstvo (Tajnikar, Došenovič, Uršič, 2005, str. 82-83).

Pri zdravstvenem zavarovanju CF zavarovanec sam poskrbi za pokrivanje večjih odhodkov, ki bodo nastali v starejših letih. V mlajših letih zavarovanec plačuje ceno, ki presega stroške njegovega zdravstvenega varstva, da bi lahko v starejših letih koristil zdravstvene storitve, kjer stroški presegajo ceno, ki jo takrat plačuje zavarovanec za zdravstveno varstvo. Pri zdravstvenem zavarovanju CF zavarovanci ustvarjajo rezervacije za starost. Premija za zdravstveno zavarovanje mora biti na tako visoki ravni, da pokrije stroške zdravstvenega varstva v celotnem življenjskem obdobju. Zavarovalnice presežke prihodkov nad odhodki dolgoročno investirajo na način, ki bo prinesel čim višji donos za pokrivanje stroškov zdravstvenih storitev v starejših letih. Problem takšnih naložb je negotovost, saj je uspešnost naložb odvisna tako od gospodarjenja posamezne zavarovalnice kot tudi od makroekonomskih razmer (Tajnikar, Došenovič, Uršič, 2005, str. 73).

V Sloveniji obvezno zdravstveno zavarovanje deluje po načelih zdravstvenega zavarovanja PAYG, saj se tekoči prihodki in odhodki za zdravstveno varstvo izenačujejo znotraj ZZS. Problem nastane takrat, ko so odhodki za zdravstveno varstvo večji od prihodkov. V tem primeru se primanjkljaj pokriva s prihodnjimi presežki prihodkov nad odhodki, če pa ima ZZS primanjkljaj tudi v prihodnjih letih, se dolg pokriva iz državnega proračuna. Razlika

med financiranjem obveznega zdravstvenega zavarovanja s prispevki zavarovancev in proračunskim financiranjem zdravstvenega zavarovanja je tako zelo majhna. V večini evropskih držav, ki tako kot Slovenija temeljijo na socialnem zdravstvenem zavarovanju (Nemčija, Avstrija, Nizozemska, Francija, Luksemburg, Madžarska, Slovaška, Češka, Latvija, Estonija, Hrvaška), obvezno zdravstveno zavarovanje deluje po načelu zdravstvenega zavarovanja PAYG (Tajnikar, Došenovič, Uršič, 2005, str. 82).

Dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje je v Sloveniji do leta 1998 delovalo po načelu zdravstvenega zavarovanja PAYG, leta 1998 pa je Novela ZZVZZ uvedla rezervacije za starost. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 2005 je ponovno ukinil rezervacije za starost pri dopolnilnem prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju, kar je pomenilo preoblikovanje dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja iz zdravstvenega zavarovanja CF v zdravstveno zavarovanje PAYG. S tem se načelo, da posameznik na področju dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja sam poskrbi za financiranje večjih stroškov zdravstvenega zavarovanja v prihodnosti, nadomesti z načelom medgeneracijske solidarnosti. Tudi na področju dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja se tako tekoči prihodki usklajujejo s tekočimi odhodki zdravstvenega zavarovanja. Glede rezervacij za starost pri drugih evropskih državah lahko omenim primer Nemčije, kjer v obvezno zdravstveno zavarovanje niso vključene osebe z najvišjimi dohodki. Te osebe lahko sklenejo nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Zaradi doživljenjskega nadomestnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je pri tej obliki zdravstvenega zavarovanja obvezno oblikovanje rezervacij za starost, kar seveda vpliva tudi na višino premij. Sredstva teh rezervacij uporabljajo za kritje stroškov zavarovanim osebam, ko te postanejo starejše od 65 let (Busse, Riesberg, 2004, str. 124–129).

Načini financiranja zdravstvenih izdatkov so torej različni. Na primer, pri dopolnilnem prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju lahko financiramo tovrstno zdravstveno zavarovanje z enotno premijo med zavarovanci, kar pomeni, da gre za medgeneracijsko solidarnost med zavarovanci in deluje po metodi sprotnega prispevnega kritja. Hkrati je tu potrebna uvedba izravnalnih shem med posameznimi zavarovalnicami, saj se tako med drugim zagotovijo enakopravni pogoji za konkurenčnost med zavarovalnicami, ki ponujajo dopolnilna prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Na drugi strani pa je možno financiranje dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja z oblikovanjem starostnih rezervacij, pri katerih zavarovanec sam poskrbi za pokrivanje večjih odhodkov, ki bodo nastali v njegovih starejših letih. Uvedba enotne premije in izravnalnih shem na eni strani ter starostne rezervacije na drugi strani se torej izključujejo.

3.3. Obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje danes in v prihodnosti

Zahteve slovenskih državljanov glede zdravja in zdravstvenega varstva so primerljive z zahtevami prebivalcev drugih držav Evropske unije. Ljudje namreč pričakujejo ohranjanje solidarnosti, boljšo dostopnost do zdravstvenih storitev, nove programe, večjo možnost izbire zdravstvenih storitev, boljšo odzivnost izvajalcev, večjo kakovost in večjo soudeležbo pri odločanju. Ljudje so vse bolj zdravstveno osveščeni, aktivno iščejo informacije, kako bi ohranjali in krepili zdravje, kakšne možnosti jim v primeru bolezni nudijo medicina in spremljajoče znanosti. Vse to povečuje pritiske na povečanje sredstev za zdravstveno varstvo. Vedno večji razkorak med razpoložljivimi viri, pričakovanji ter potrebami prebivalstva odpira vprašanja, koliko pravic iz zdravstvenega zavarovanja naj krije obvezno in koliko prostovoljno zdravstveno zavarovanje ter kako naj bosta le-ti povezani, da bosta gospodarsko učinkoviti in tudi socialno pravični.

3.3.1. Obvezno zdravstveno zavarovanje

Če primerjamo Slovenijo z nekaterimi državami Evropske unije lahko vidimo, da sta v državah Evropske unije, ki imajo socialno (obvezno, univerzalno) zdravstveno zavarovanje, obseg pravic do zdravstvenih storitev in raven njihovega kritja različna od države do države. V Franciji na primer, kjer so v obvezno zdravstveno zavarovanje vključeni vsi prebivalci, je obseg pravic, ki jih zagotavlja država, manjši kot na primer na Nizozemskem ali v Nemčiji, kjer v obvezno zdravstveno zavarovanje niso vključene osebe z najvišjimi dohodki. V Franciji za razliko od obeh držav deluje razvejan sistem dodatnih zdravstvenih zavarovanj, ki pokrivajo pravice, ki niso krite z obveznim zdravstvenim zavarovanjem (Normand, Busse, 2002, str. 93-94). Kot sem že na začetku diplomske naloge omenila, se države Evropske unije večinoma držijo načela, da je treba socialne vrednote sistemov zdravstvenega varstva, kot so solidarnost, socialna pravičnost in univerzalna dostopnost do zdravstvenih pravic, utrditi in razvijati, ne pa zmanjševati ali krčiti njihovega pomena. Na splošno bi lahko rekli, da za države Evropske unije velja, da obvezno zdravstveno zavarovanje še vedno zagotavlja velik obseg zdravstvenih pravic, seveda pa pri tem nastaja problem, da je te sisteme zdravstvenega zavarovanja vedno težje financirati.

Če želimo ohraniti izdatke obveznega zdravstvenega zavarovanja v okviru razumnih meja, je potrebno zmanjševanje pravic iz košarice obveznega zdravstvenega zavarovanja. Izločanje določenih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja omogoča preusmerjanje sredstev obveznega in dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v tiste namene, ki so pomembnejši za splošno zdravstveno stanje posameznika in celotnega prebivalstva. Po drugi strani pa takšno omejevanje določi nekatere storitve zdravstvenega zavarovanja, ki jih lahko zavarujejo prostovoljne zdravstvene zavarovalnice.

Tako se razvija na osnovi teh storitev ustrezno dodatno zdravstveno zavarovanje, ki je pravi smisel prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (Tajnikar, Došenovič, Uršič, 2005, str. 96).

Tudi v Noveli Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 2005 so predlagane zmanjšane pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Med drugim gre za izločitev odhodkov ZZZS, ki nastanejo zaradi nadomestil v času bolniške, nadomestila za poškodbe izven dela in poškodbe zaradi rizičnih aktivnosti. Mnenja o danem predlogu so različna. Po mnenju nekaterih naj bi Novela Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 2005 med drugim na različne načine omejila pravice do bolniške in znižala pravice do denarnega nadomestila v času bolniške, kar pa bi lahko posledično ogrozilo socialno varnost ne le bolnikov samih, ampak tudi njihovih družin, saj je kar 99 odstotkov ljudi, ki so v daljšem bolniškem staležu, resnično bolnih (Lampret, 2005, str. 4). Predlagane spremembe o nižjih nadomestilih in omejenih pravicah do bolniške naj bi po mnenju nekaterih v nasprotju z napovedmi Ministrstva za zdravje povečale stroške dela in s tem destabilizirale sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja (ESS najprej o noveli zakona o zdravstvenem varstvu, 2005).

Evropske države imajo v sistemu zagotavljanja socialne varnosti različno urejena področja pravic do denarnih nadomestil ali prejemkov, ki so povezana z izgubo zdravja oziroma zdravljenjem zavarovanih oseb. Sestavni deli pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so najbolj pogosto nadomestila plač v času začasne zadržanosti od dela iz bolezenskih razlogov in povračila potnih stroškov. Najpomembnejše pravice do nadomestila plač v času od začasne zadržanosti od dela, ki so aktualne tudi pri trenutni reformi zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, so (Normand, Busse, 2002, str. 84-85):

- višina nadomestila plače za čas odsotnosti od dela je v Franciji 50 %, pri čemer je pogoj, da so zavarovanci pred začetkom bolniške opravili z zakonom predpisan obseg delovnih ur na delovnem mestu ali pa so vplačali določen znesek prispevkov, in v Nemčiji 80 % od osnove (plača ob nastanku vzroka za odsotnost z dela) z omejitvijo, da ne sme preseči zadnje plače delavca. Povprečna raven, ki jo zagotavlja nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja, je nadomestilo v višini med 50 % in 80 % plače,
- večina držav v Evropski uniji s socialnimi zdravstvenimi zavarovanji pozna t.i. čakalne dneve (število čakalnih dni je za različne razloge zadržanosti od dela različno in znaša od 1 do 9),
- možnost izostanka delavca z dela zaradi nege družinskega člana je v mnogih državah v pristojnosti delodajalca in ne spada med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- zelo strogi so pogoji in zahteve glede ravnanja zavarovancev med trajanjem začasne nezmožnosti za delo. Nespoštovanje navodil zdravnikov o ravnanju med bolezensko

odsotnostjo z dela lahko pomeni izgubo pravice do nadomestila plače, lahko pa pomeni tudi izgubo delovnega mesta,

- strožji in zahtevnejši so tudi predpisi, ki delodajalcem nalagajo obveznosti in skrb za varstvo pri delu in posebej poudarjajo njihovo odgovornost za varno in zdravju neškodljivo delovno okolje.

Če torej želimo ohraniti izdatke obveznega zdravstvenega zavarovanja v okviru razumnih meja, je treba zmanjšati pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, kar pa je pogosto problematično. Ponavadi gre sprva za krčenje pravic, ki ne predstavljajo izločitve določenih zdravstvenih storitev (znižanje nadomestil za bolniške odsotnosti iz dela, uvedba čakalne dobe itd.), kasneje pa pride do krčenja nekaterih pravic, ki predstavljajo izločitev določenih zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zmanjševanje pravic pri obveznem zdravstvenem zavarovanju ni enostavno, tudi zaradi velikega pritiska sindikatov, zavarovancev, stroke in ostale javnosti. Hkrati pa so študije, s katerimi se analizirajo in določajo zdravstvene storitve, ki naj bi bile izključene iz košarice pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja, zelo problematične, saj med drugim zahtevajo ustrezno zbiranje podatkov o učinkih in uspešnostih posameznega zdravljenja (Tajnikar, Došenovič, Uršič, 2005, str. 96).

3.3.2. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Posebnost slovenskega zdravstvenega sistema je zagotovo to, da ima več kot 98 % prebivalcev Slovenije poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja sklenjeno tudi dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje (Keber et al., 2003, str. 246). V Sloveniji so doplačila za zdravstvene storitve, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne pokriva, vedno višja, zato je dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje postalo za posameznika nujno.

Glavni mehanizmi za povečanje deleža dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja od leta 1993 do leta 2005 s 3 % na 15 % vseh sredstev za zdravstveno varstvo so (Predlog strateškega razvojnega programa – Tradicija solidarnosti po meri zavarovancev, 2005):

- sprememba odstotkov doplačil za posamezne storitve in doplačila,
- spreminjanje liste zdravil (pozitivne, vmesne, negativne liste),
- spremembe vsebine storitev, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje,
- delno tudi spremembe financiranja zdravstvenega sistema.

Ti mehanizmi so omogočali prilagajanje celotnega sistema financiranja potrebam naraščajočih stroškov v zdravstvenem sistemu brez spreminjanja prispevne stopnje in s tem obremenjevanja gospodarstva (Predlog strateškega razvojnega programa – Tradicija solidarnosti po meri zavarovancev, 2005).

V Sloveniji je trenutno še vedno najpomembnejše dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačilo razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije. Za dodatna prostovoljna zdravstvena zavarovanja se v Sloveniji praviloma odloči le manjše število premožnejših prebivalcev, hkrati pa se tu pojavlja vprašanje, ali imamo v Sloveniji sploh dovolj kapacitet, ki omogočajo večji obseg te vrste prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Kot primer lahko navedem, da je bilo leta 2001 dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanih 1.372.933 oseb, leta 2002 pa 1.371.278 oseb, leta 2001 se je dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovalo 48.280 oseb, leto kasneje pa le 7.576 oseb. To pomeni, da je bil v letu 2002 delež dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja med vsemi prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji 88,1 %, delež dodatnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v istem letu pa le 0,49 % med vsemi prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji (Agencija za zavarovalni nadzor, 2005).

Če primerjamo Slovenijo z državami Evropske unije, lahko vidimo, da v večini držav Evropske unije vloga prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ni usmerjena v pokrivanje doplačil za zdravstvene storitve, temveč je predvsem usmerjena v dodatna prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Ostale oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja se pojavljajo v vseh državah Evropske unije, vendar v različnih oblikah. Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje poznajo v Nemčiji, na Nizozemskem, v Belgiji, Franciji, na Irskem in v Španiji. Malo manj se pojavlja vzporedno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki pa je najbolj razvito v Angliji in na Irskem, v manjši meri pa tudi v Španiji, Grčiji, Italiji, na Danskem, Finskem in Švedskem (Mossialos, Thomson, 2002, str. 129).

V naslednji tabeli (Tabela 1 na str. 40) so prikazani izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v letu 2000 (izraženi v % bruto domačega proizvoda – BDP) v nekaterih državah Evropske unije. Iz table je razvidno, da Slovenija spada med države z največjim deležem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v BDP. Približno enak odstotek BDP izdatkov zdravstva iz naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, kot ga ima Slovenija, je v Franciji, nekoliko višji odstotek BDP od slovenskega pa je le v Nemčiji in na Nizozemskem. Iz tabele je razvidno, da imata Češka in Poljska bistveno nižji odstotek BDP izdatkov za zdravstvo iz naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj kot Slovenija oziroma da ima večina držav nizek delež izdatkov za zdravstveno zavarovanje iz naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Primerjava deleža sredstev iz naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v vseh izdatkih pokaže, da imajo med obravnavanimi državami samo štiri države ta delež višji od 10 %, in sicer Nizozemska, Nemčija, Francija in Slovenija. Pri Nizozemski in Nemčiji je ta delež visok zato, ker so državljani z visokimi prihodki izločeni iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, tako da je s Slovenijo najbolj primerljiva Francija. V Sloveniji in Franciji je delež visok zato, ker so v prostovoljno zdravstveno zavarovanje vključeni skoraj vsi državljani zaradi obsežnih doplačil pri pravicah iz obveznega zdravstvenega.

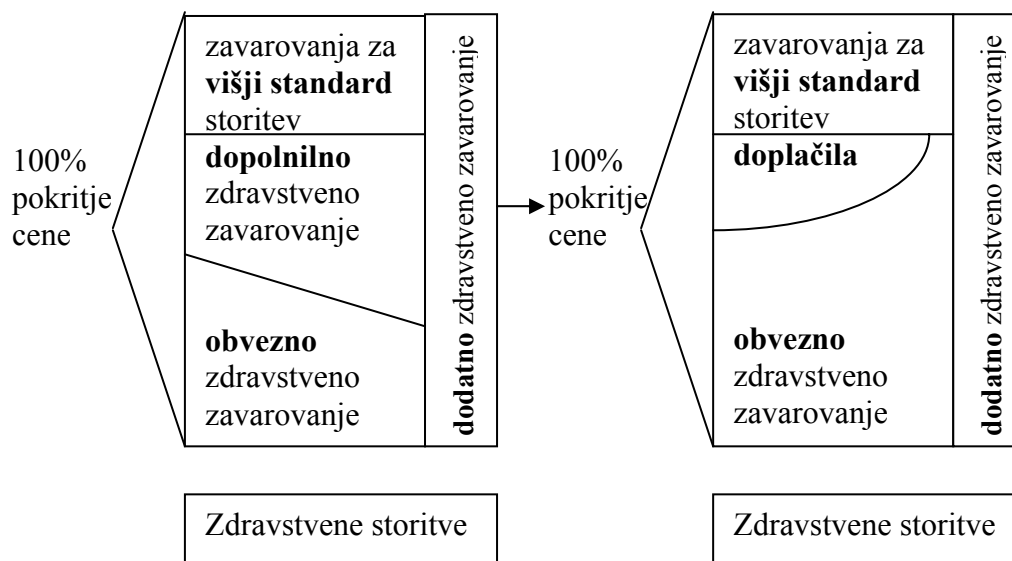
Tabela 1: Zasebni izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v izbranih državah v letu 2000, izraženi v % BDP

	Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	Neposredna plačila	Skupaj
Avstrija	0,56	1,49	2,05
Češka	0	0,62	0,62
Francija	1,21	0,97	2,18
Nemčija	1,33	1,12	2,45
Poljska	0	1,55	1,55
Irska	0,39	0,74	1,12
Italija	0,07	1,85	1,93
Nizozemska	2,02	0,70	2,72
Slovenija	1,18	0,74	1,92
Španija	0,27	2,05	2,32
V. Britanija	0,23	0,77	1,01

Vir: The World Health Report 2002, 2006, str. 206.

Kot sem že omenila, je posebnost Slovenije v primerjavi z ostalimi državami Evropske unije to, da ima skoraj celotno prebivalstvo Slovenije poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja sklenjeno tudi dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, kar je v primerjavi z večino ostalih držav Evropske unije nenavadno. V Sloveniji je torej med prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji prevladujoče dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Na spodnji sliki (Slika 6 na strani 41) je prikazan obstoječi sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in možen predlog prihodnje zdravstvene reforme.

Slika 6: Obstoječi sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in predlog prihodnje zdravstvene reforme



Vir: Tajnikar, Došenovič Bonča, 2005, str. 27.

Sedanja reforma zdravstvenega zavarovanja, ki se je začela leta 2005, ali prihodnja reforma zdravstvenega zavarovanja bo morala zagotoviti, da bo obvezno zdravstveno zavarovanje krilo še ožje definirano košarico zdravstvenih storitev in ustvarilo prostor za dodatna prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Posledično tako ZZZS ne bo več posloval z izgubami, nezavarovana doplačila pa bodo imela pravo vlogo racionalizatorja povpraševanja pri enem delu zdravstvenih storitev in proizvodov (doplačila imajo v Evropi običajno nalogo, da porabnike zdravstvenega varstva prisilijo k racionalni uporabi zdravstvenih storitev, vendar pa morajo biti takrat doplačila plačana neposredno iz »žepa« bolnikov). Prostovoljno zdravstveno zavarovanje naj bi tako pridobilo ustrezno mesto in vlogo tudi na ostalih področjih prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, predvsem na področjih dodatnih zdravstvenih zavarovanj (Tajnikar, Došenovič Bonča, 2005, str. 27).

SKLEP

Slovenski sistem zdravstvenega varstva že od nekdanj spada v Bismarckov model zdravstvenega varstva, le v kratkem obdobju med letoma 1945 in 1992 so bile zanj značilne lastnosti, ki veljajo za Beveridgeov model zdravstvenega varstva.

Eno pomembnejših obdobji na področju zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je bila zdravstvena reforma leta 1992, ki je na področje zdravstvenega zavarovanja prinesla veliko sprememb in novosti. V Sloveniji je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju leta 1992 med drugim zavezal vse osebe s stalnim prebivališčem na območju države ali osebe, ki na njenem ozemlju opravljajo kakršnokoli pridobitno dejavnost, da se

obvezno zavarujejo za tveganja, ki jih prinašajo bolezni in poškodbe. Ker sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja ni bil sposoben kriti vseh stroškov zdravstvenega zavarovanja, je tudi v Sloveniji po zgledu mnogih evropskih držav prišlo do uvedbe prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, saj so bile izgube obveznega zdravstvenega zavarovanja vse večje. Kot pomembna novost zdravstvene reforme leta 1992 je bila tudi postavitve ZZS kot javnega zavoda, ki izvaja obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje, prostovoljno zdravstveno zavarovanje pa so lahko začele izvajati tudi zasebne zavarovalnice. Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji se je skozi posamezna obdobja še spreminjalo, kljub temu pa osnovna delitev zdravstvenega zavarovanja na obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje (predvsem prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila), ki je bila uvedena z zdravstveno reformo leta 1992, ostaja nespremenjene do danes.

Razbremenitev javnih virov financiranja zdravstva je bil tudi cilj večine kasnejših zdravstvenih reform v Sloveniji. Hitra rast izdatkov za zdravstvo je namreč posledica staranja prebivalstva in razvoja v zdravstvu, ki ga narekujejo nove medicinske, farmacevtske in informacijske tehnologije. Na drugi strani pa je tu še demografski problem zmanjševanja števila rojstev in vse manjši delež aktivnega prebivalstva, na katerem temelji financiranje javnih sistemov zdravstvenega varstva. Kljub različnim možnostim razbremenjevanja javnih virov financiranja zdravstva je zadnja zdravstvena reforma v Sloveniji, ki se trenutno še izvaja, ohranila delitev zdravstvenega zavarovanja na obvezno in dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Seveda pa se pojavljajo vprašanja in dileme, ali je tovrstna delitev zdravstvenega zavarovanja še ustrezna ter ali bo delovanje obveznega in prostovoljnega zavarovanja učinkovito tudi v prihodnosti. Imamo namreč dva sistema zdravstvenega zavarovanja, ki se dopolnjujeta in sta na nek način že obvezna za zavarovance, saj se deleži storitev, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, znižujejo. Hkrati se kažejo tudi izgube pri zavarovalnicah, ki ponujajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja in katerih prvotni namen je bil razbremeniti sistem financiranja obveznega zdravstvenega zavarovanja. Na podlagi tega lahko sklepamo, da bodo tudi v prihodnosti potrebne nekatere nove rešitve in spremembe na področju zdravstvenega zavarovanja, da bo le to lahko delovalo bolj učinkovito, hkrati pa zavarovancem zagotavljalo primerno raven zdravstvenega varstva.

V prihodnosti lahko pričakujemo, da se bodo potrebe po zdravstvenih storitvah povečale, kot posledica staranja prebivalstva, zaradi nizke rodnosti in postopnega podaljševanja življenjske dobe pa se bo delež starejših ljudi samo še povečeval. Projekcije prebivalstva v Sloveniji namreč kažejo, da bo v Sloveniji že leta 2018 okrog 18 % ljudi starejših od 65 let (Toth, 2003, str. 484). Takšna struktura prebivalstva bo vodila k povečanju potreb in zahtev ljudi po zdravstvenih storitvah, kar pa bo posledično zahtevalo več sredstev za zdravstveno varstvo in povečanje deleža BDP zanj.

Problem financiranja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki je bil eden izmed glavnih razlogov preteklih zdravstvenih reform v Sloveniji, tako ostaja še naprej. Nova zdravstvena reforma bo morala med drugim poiskati tudi nove načine financiranja zdravstvenega zavarovanja, da bo državljanom tudi v prihodnosti zagotovljena ustrezna stopnja zdravstvenega varstva. Razvoj zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji bodo tako tudi v prihodnjih letih spremljale razne razprave o ustreznosti našega zdravstvenega sistema ter aktivnosti za spodbujanje ljudi, da bi več storili za svoje zdravje in tako tudi sami poskušali prispevati k boljši kakovosti zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja.

LITERATURA

1. Albreht Tit et al.: Health Care Systems in Transition-Slovenia. Copenhagen : European Observatory on Health Care Systems, 2002. 85 str.
2. Bručan: Stanje na ministrstvu za zdravje ob primopredaji prej slabo kot dobro. [URL: <http://www.dnevnik.si/clanekb.asp?id=117789>], 21.3.2005.
3. Bručan Andrej: Ureditev razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu. [URL: <http://www.vestnik.szd.si/st5-7-8/st5-7-8-455-475.htm>], 10.4.2006.
4. Busse Reinhard, Riesberg Annette: Health Care Systems in Transition: Germany. Copenhagen : European Observatory on Health Care Systems, 2004. 242 str.
5. Cvetko Aleksej: Zdravstveno zavarovanje po novem. Ljubljana : ČZP Enotnost, 1992. 101 str.
6. Cijan Rafael: Osnove zdravstvene zakonodaje. Maribor : Studio Linea, 1999.122 str.
7. DZ brez glasu nasprotovanja za uvedbo izravnalnih shem. [URL: <http://www.dnevnik.si/clanekb.asp?id=134658>], 28.7.2005.
8. ESS najprej o noveli zakona o zdravstvenem varstvu. [URL: <http://www.dnevnik.si/clanekb.asp?id=126999>], 27.5.2005.
9. Health Care Systems in Transition. Germany: European Observatory on Health Care Systems. 128 str. [URL: <http://www.euro.who.int/document/e68952.pdf>], 2000.
10. Hofmarcher M. Maria, Rack Herta: Health Care Systems In Transition: Austria. Copenhagen : European Observatory on Health Care Systems, 2001. 128 str.
11. Keber Dušan et al.: Zdravstvena reforma (osnutek). Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2003. 348 str.
12. Klun Barbara: Mednarodna primerjava zdravstvenega varstva in zavarovanja za dolgotrajno nego. Magistersko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2000.112 str.
13. Košir Tone et al.: Zdravstveni zakon po novem. Ljubljana : Center marketing, 1992. 284 str.
14. Kranjec Marko: Sprememba sistema financiranja ni reforma zdravstva. Bela knjiga: reforma slovenskega zdravstva. Portorož : Društvo ekonomistov Ljubljana, 2003. 72 str.

15. Lampret Tadeja: Bela knjiga pritiska na plače.
[URL: <http://www.dnevnik.si/clanekb.asp?id=64930>], 6.11.2003.
16. Lampret Tadeja: Težave Kebrove reforme?. Dnevnik, Ljubljana, 20.12.2003a.
17. Lampret Tadeja: Za starejše višje premije, za mlade pa ugodnosti. Dnevnik, Ljubljana, 1.7.2004.
18. Lampret Tadeja: Sindikati: Proti Bručanovemu predlogu z vsemi sredstvi. Dnevnik, Ljubljana, 26.5.2005, str. 4.
19. Lampret Tadeja: Zavarovanci ne podpirajo odločitve Vzajemne.
[URL: <http://www.dnevnik.si/clanekb.asp?id=129964>], 2.7.2005a.
20. Lampret Tadeja: Novi zakon je najbolj koristil Triglavu. Dnevnik, Ljubljana, 11.1.2006.
21. LDS nezadovoljna s predlogom Novele Zakona o zdravstvenem zavarovanju.
[URL: <http://www.dnevnik.si/clanekb.asp?id=126481>], 24.5.2005.
22. Mossialos Elias, Dixon Anna: Funding Health Care: An itroduction. Mossialos Elias et al., Funding Health Care: Options for Europe. Buckingham : Open University Press, 2002, str. 18-47.
23. Mossialos Elias, Thomson Sarah: Voluntary Health Insurance in the European Union. Mossialos Elias et al., Funding Health Care: Options for Europe. Buckingham : Open University Press, 2002, str. 128-160.
24. Normand Charles, Weber Axel: Social Health Insurance, A Guidebook for Planning. Geneva : World Health Organization, 1994. 136 str.
25. Normand Charles, Busse Reinhard: Social Health Insurance financing. Mossialos Elias et al., Funding Health Care: Options for Europe. Buckingham : Open University Press, 2002, str. 76-96.
26. Polanec Sašo: Strah pred neznanim. Finance, Ljubljana, 3.5.2005, str. 10.
27. Praprotnik Tanja, Vuković Vesna: Vzajemna, Adriatic in Triglav dobivajo tekmece.
[URL: <http://poslovni.dnevnik.si/clanekb.asp?id=108679>], 15.1.2005.
28. Robinson Ray: User Charges for Health Care. Mossialos Elias et al., Funding Health Care: Options for Europe. Buckingham : Open University Press, 2002, str. 161-183.
29. Stanovnik Tine: Bela knjiga o zdravstveni reformi. Bela knjiga: reforma slovenskega zdravstva. Portorož : Društvo ekonomistov Ljubljana, 2003. 72.str.

30. Strban Grega: Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ljubljana : Cankarjeva založba, 2005. 328 str.
31. Tajnikar Maks, Došenovič Petra: Po Kebru Bručan... ali še vedno Keber?. Finance, Ljubljana, 26.5.2005, str. 8.
32. Tajnikar Maks, Došenovič Bonča Petra: Nastopajoči so že tu-odra pa še nismo postavili. Dnevnik, Ljubljana, 30.6.2005, str. 27.
33. Tajnikar Maks, Došenovič Bonča Petra: The development of voluntary health insurance in Slovenia and its role in funding health care, 17 str.
[URL: http://www.ef.uni-lj.si/konferenca/gradiva/Dosenovic_Tajnikar.pdf], 4.4.2005a.
34. Tajnikar Maks, Došenovič Petra, Uršič Huč Jana: Pregled stanja na trgu prostovoljnih dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj v republiki Sloveniji. Ljubljana : Mednarodni inštitut za potrošniške raziskave, 2005. 101 str.
35. Tomažič Anja: Razvoj zavarovalništva v Sloveniji. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2002. 42 str.
36. Toth Martin: Prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Evropi. 5. Dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož: Slovensko zavarovalno združenje, 1998, str. 49-62.
37. Toth Martin: Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje. Ljubljana : ZZZS, 2003. 489 str.
38. Zupanič Milena: Novela zakona o zdravstvenem varstvu: Zmanjšanje pravic pri bolniških dopustih. Delo, Ljubljana, 9.5.2005, str. 2.

VIRI

1. Agencija za zavarovalni nadzor (AZN).
[URL: <http://www.a-zn.si/slo/client/default.asp?r=-1&n=333&p=content>], 15.12.2005.
2. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Nakup (Priloga Dela in Slovenskih novic). Ljubljana : Zveza potrošnikov Slovenije, 2005, 10, str. 12.
3. Državni zbor noveliral zakon o zavarovalništvu.
[URL: <http://www.zav-mb.si/index.php?id=611&mesec=2004-04>], 20.6.2005.
4. Ministrstvo za zdravje.
[URL: <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>], 20.6.2005.
5. National Health Service (NHS).
[URL: <http://www.nhs.uk/England/AboutTheNhs/History/1978To1987.cmsx>], 20.10.2005.
6. Novela zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)-delovno gradivo. 82 str.
[URL: http://www.soncek.org/Novela_ZZVZZ-delovno_gradivo.pdf], 20.6.2005.
7. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2004. 108 str.
[URL: <http://www.zzss.si/ZZSS/info/egradiva.nsf/o/493E69F7BCE83917C1256FD500355055?OpenDocument>], 22.9.2005.
8. Predlog strateškega razvojnega programa - Tradicija solidarnosti in spremembe po meri zavarovancev. 93 str.
[URL: <https://www.zzss.si/zzss/info/egradiva.nsf/0/a2bcb51cd3e790f5c1256e9b002e0669?OpenDocument&ExpandSection=-1>], 10.12.2005.
9. Prispevki po kategorijah zavezancev.
[URL: <http://www.zzss.si/zzss/internet/zzss.nsf>], 9.4.2006.
10. Strateški razvojni program zdravstvenega zavarovanja v republiki Sloveniji. Ljubljana : ZZZS, 1998. 153 str.
11. Sistemi financiranja v zdravstvu - Mednarodna primerjava. Ljubljana : ZZZS, 1999. 170 str.
12. The World Health Report 2002.
[URL: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf], 3.1.2006
13. Triglav zdravstvena zavarovalnica.
[URL: <http://www2.zav-triglav.si/stran.asp?id=252>], 10.1.2006.

14. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica.
[URL: <http://www.vzajemna.si/default.asp>], 10.1.2006.
15. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/1992).
16. Zakon o zavarovalništvu (Uradni list RS, št. 13/2000).
17. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 126/2003).
18. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 100/2005).
19. Zavarovalnica Adriatic.
[URL: <http://www.adriatic.si/zdravje.html?uid=88&menuid=2>], 10.1.2006.

SLOVAR TUJIH IZRAZOV

capital funded insurance (CF zavarovanje) – zavarovanje, kjer se oblikujejo rezervacije za starost

capital funded premiums – premije, ki vključujejo rezervacije za starost

community rated premiums – enake premije ne glede na spol, starost ali zdravstveno tveganje zavarovanca

Gesundheits Reform – zdravstvena reforma

income related premiums – premije oblikovane glede na dohodek zavarovanca

National Health Service (NHS) - nacionalna zdravstvena služba v Veliki Britaniji

pay-as-you-go insurance (PAYG zavarovanje) – načelo tekočega usklajevanja prihodkov in odhodkov iz zdravstvene blagajne

risk rated premiums – premije oblikovane glede na rizičnost zavarovanca