

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
EKONOMSKA FAKULTETA**

**DIPLOMSKO DELO**

**ANALIZA IZDATKOV ZA ZDRAVSTVO V  
GOSPODINJSTVIH SLOVENIJE IN EVROPSKE UNIJE**

Ljubljana, junij 2008

**KARMEN KERŠMANC**

## **IZJAVA**

Študentka Karmen Keršmanc izjavljam, da sem avtorica tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom prof. dr. Maksa Tajnikarja, in dovolim njegovo objavo na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne 03.06.2008

Podpis: \_\_\_\_\_

# KAZALO

UVOD.....	1
1 SISTEMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA .....	2
1.1 BISMARCKOV MODEL ALI MODEL SOCIALNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA .....	5
1.2 BEVERIDGEOV MODEL ALI MODEL NACIONALNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	5
1.3 MODEL NACIONALNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA ALI KANADSKI MODEL.....	6
1.4 SEMAŠKOV MODEL ALI MODEL SOCIALISTIČNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA .....	6
1.5 MEŠANI SISTEM .....	6
1.6 TRŽNI SISTEM .....	7
2 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI.....	7
2.1 UDELEŽENCI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	8
2.2 FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	9
2.2.1 Javni izdatki.....	10
2.2.2 Zasebni izdatki .....	13
3 STATISTIČNO SPREMLJANJE IZDATKOV GOSPODINJSTEV .....	15
3.1 IZDATKI GOSPODINJSTEV PO NAMENU PORABE IN DRUGI IZDATKI.....	15
3.2 IZDATKI ZA ZDRAVSTVO (KODE ICHA) .....	17
4 ANALIZA IZDATKOV GOSPODINJSTEV V SLOVENIJI .....	19
4.1 ANALIZA CELOTNIH IZDATKOV GOSPODINJSTEV V SLOVENIJI V OBDOBJU 1997–2005 .....	19
4.2 ANALIZA IZDATKOV ZA ZDRAVSTVO .....	22
4.2.1 Analiza celotnih izdatkov obdobju 2000–2007.....	22
4.2.2 Analiza javnih izdatkov v obdobju 2000–2007.....	23
4.2.3 Analiza zasebnih izdatkov v obdobju 2000–2007.....	24
5 ANALIZA IZDATKOV ZA ZDRAVSTVO V DRŽAVAH EU.....	27
5.1 ANALIZA CELOTNIH IZDATKOV ZA ZDRAVSTVO V DRŽAVAH EU .....	27
5.1.1 Analiza javnih izdatkov za zdravstvo v državah EU.....	28
5.1.2 Analiza zasebnih izdatkov za zdravstvo v državah EU.....	30
5.2 PRIMERJAVA IZDATKOV ZA ZDRAVSTVO V SLOVENIJI IN DRŽAVAH EU.....	33

SKLEP .....	35
LITERATURA .....	38
VIRI .....	39

## PRILOGE

### KAZALO TABEL

<b>Tabela 1:</b> Obračunane premije PZZ in tržni deleži zavarovalnic v letu 2005.....	13
<b>Tabela 2:</b> Obračunane premije PZZ in tržni deleži zavarovalnic v letu 2006.....	14
<b>Tabela 3:</b> Delež javnih in celotnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v BDP v obdobju 2000–2007.....	23
<b>Tabela 4:</b> Delež zasebnih in celotnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v BDP v obdobju 2000–2007.....	25
<b>Tabela 5:</b> Delež PZZ in neposrednih plačil znotraj zasebnih izdatkov za zdravstvo v obdobju 2000–2007.....	26
<b>Tabela 6:</b> Delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP v državah EU v letu 2000 in 2005...	28
<b>Tabela 7:</b> Delež neposrednih plačil in PZZ znotraj zasebnih izdatkov za zdravstvo v letu 2005 v tistih državah EU, kjer so bila neposredna plačila manjša od 85 % zasebnih izdatkov .....	33
<b>Tabela 8:</b> Delež neposrednih plačil in PZZ znotraj zasebnih izdatkov za zdravstvo v letu 2005 v tistih državah EU, kjer so bila neposredna plačila večja od 85 % zasebnih izdatkov .....	33

### KAZALO SLIK

<b>Slika 1:</b> Gibanje zbirne prispevne stopnje za OZZ v obdobju 1992–2007.....	11
<b>Slika 2:</b> Delež javnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo v obdobju 2000–2007.....	24
<b>Slika 3:</b> Delež zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo v obdobju 2000–2007.....	26
<b>Slika 4:</b> Delež javnih izdatkov za zdravstvo v BDP v državah EU v letu 2000 in 2005.....	29
<b>Slika 5:</b> Delež javnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo v državah EU v letu 2005..	30
<b>Slika 6:</b> Delež zasebnih izdatkov za zdravstvo v BDP v državah EU v letu 2000 in 2005.....	31
<b>Slika 7:</b> Delež zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo v državah EU v letu 2005	32



## UVOD

Po definiciji ustanovne listine Svetovne zdravstvene organizacije je zdravje stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne le odsotnost bolezni in onemoglosti. Predstavlja eno najvišjih vrednot v sodobnih družbah, saj je vir razvoja vsake družbe in je temeljna zasebna dobrina; nima cene, poznamo le stroške bolezni. Vrednosti zdravja se človek zave takrat, ko zboli ali se poškoduje. Zdravo prebivalstvo je predpogoj za uspešno gospodarsko produktivnost in je pomembno za blaginjo posameznikov in družbe. Posameznik je odgovoren za svoje zdravje, medtem ko je država odgovorna za ustvarjanje pogojev, kjer posamezniki lahko uresničujejo skrb za zdravje.

Države po svetu se soočajo s problemom naraščajočih zdravstvenih izdatkov in omejenimi viri financiranja. Pojavljajo se vedno večji izzivi v zvezi z zdravjem prebivalstva. Razlogi za naraščanje zdravstvenih izdatkov so demografske spremembe, napredek medicinske tehnologije, hitro uvajanje novih zdravil in večja osveščenost prebivalstva. Demografske spremembe, predvsem staranje prebivalstva, povzročajo spremembe bolezenskih vzorcev in pritiske na vzdržnost zdravstvenih sistemov. Podpora zdravemu staranju pomeni spodbujanje zdravja skozi celotno življenjsko obdobje, zdravstveni problemi in nezmožnosti se morajo preprečevati že ob prvih znakih bolezni. Povečuje se zahteva po zdravstvenem varstvu, hkrati pa se zmanjšuje delovno aktivno prebivalstvo. Razvoj novih in inovativnih tehnologij spreminja način spodbujanja zdravja, napovedovanja, preprečevanja in zdravljenja bolezni.

Namen diplomskega dela je predstavitev zdravstvenega sistema, modelov zdravstvenega varstva, udeležencev in financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji, značilnosti obnašanja povprečnega gospodinjstva v celotni potrošnji v Sloveniji in značilnosti celotnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji in državah Evropske unije (v nadaljevanju EU).

Cilj diplomskega dela je analiziranje celotnih izdatkov v gospodinjstvu (12 skupin po klasifikaciji individualne potrošnje po namenu in drugih izdatkov, ki niso del potrošnih izdatkov) in celotnih izdatkov za zdravstvo, ugotavljanje vzrokov za njihovo naraščanje oziroma padanje, hkrati pa tudi predpostavljam njihovo gibanje v prihodnosti.

Diplomsko delo je sestavljeno iz treh teoretičnih in dveh empiričnih poglavij. V prvem poglavju natančno opisujem sistem zdravstvenega varstva, glavne modele sistemov zdravstvenega varstva po svetu in vanje vključujem Slovenijo ter druge države. V drugem poglavju opisujem sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji, udeležence v sistemu in financiranje zdravstvenega varstva. V tretjem poglavju bolj podrobno opisujem statistično spremljanje podatkov, in sicer celotne izdatke gospodinjstev po namenu porabe (12 skupin po klasifikaciji individualne potrošnje po namenu) in celotne izdatke za zdravstvo (kode ICHA). V prvem delu četrtega poglavja podrobno analiziram izdatke za življenjske potrebščine v povprečnem gospodinjstvu Slovenije s poudarkom na izdatkih za zdravje (12 skupin po

klasifikaciji individualne potrošnje po namenu porabe) in druge izdatke, ki niso del potrošnih izdatkov. Skozi opazovano obdobje devetih let (1997–2005) poskušam ugotoviti trend slovenskega gospodinjstva in ugotoviti vzroke za tovrstno obnašanje. V drugem delu četrtega poglavja analiziram celotne izdatke za zdravstvo (javne in zasebne) v Sloveniji. V tem delu poglavja opisujem padanje oziroma naraščanje posameznih izdatkov v obdobju osmih let (2000–2007) in predpostavljam njihovo gibanje v prihodnosti. V zadnjem poglavju primerjam celotne izdatke za zdravstvo v državah EU in poskušam pojasniti, zakaj v nekaterih državah EU prihaja do tako visokega deleža izdatkov za zdravje v primerjavi z drugimi. V sklepu navajam ključne ugotovitve.

## 1 SISTEMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Sistem zdravstvenega varstva je močno razvejan, odprt in dinamičen družbeni sistem, ki se skozi čas spreminja. Razvojne spremembe se kažejo v notranjih spremembah (zgradba sistema) in v zunanjih spremembah (delovanje sistema). S spreminjanjem se sistem zdravstvenega varstva prilagaja tako spremembam širšega družbenega in političnega okolja kot zdravstvenim potrebam in zahtevam ljudi (Česen, 1998, str. 20). Vsako izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva prispeva k boljši in posledično večji rasti v gospodarstvu (World Development Report 1993, 1993, str. 17).

Država mora poskrbeti za »dobro zdravstveno varstvo«, ki je odvisno od gospodarstva in drugih elementov razvite države, pomemben je vpliv okolja, politike in drugih dejavnikov (kulturnih, socialnih in ekonomskih). Skandinavske države (Finska, Norveška in Švedska) imajo najboljše in najbogatejše socialno in zdravstveno varstvo (Ziherl, 2008, str. 28).

Skupne vrednote, ki so značilne za Evropo, so vrednote »univerzalnosti, dostopa do kakovostnega varstva, enakosti in solidarnosti«. Univerzalnost omogoča posameznikom dostop do zdravstvenega varstva; solidarnost je močno povezana s finančno ureditvijo nacionalnih zdravstvenih sistemov; enakost pa pomeni, da ima vsak posameznik enako možnost za čim boljše zdravje in predstavlja enak dostop vsem, ne glede na starost, spol, status v družbi ali etnično pripadnost (Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva, 2007, str. 6).

Hitro rastoči izdatki za zdravstvo predstavljajo grožnjo financiranju zdravstvenega varstva in posledično njegovi finančni stabilnosti, saj se delež bruto domačega proizvoda (v nadaljevanju BDP) za zdravstvo hitro povečuje. Praviloma izdatki za zdravstvo v sistemu zdravstvenega varstva naraščajo hitreje od rasti BDP. Glavni dejavniki, ki vplivajo na hitro povečanje zdravstvenih izdatkov, so demografske spremembe (staranje prebivalstva in hkrati zmanjševanje deleža aktivnega prebivalstva), hiter razvoj novih tehnologij in novih zdravil (razvoj medicine je korenito spremenil način spodbujanja zdravja, napredovanja,

preprečevanja in zdravljenja bolezni), večja zahtevnost zavarovancev in s tem naraščajoča zdravstvena pričakovanja (Košir, 2005, str. 460). Demografski trend vpliva na gospodarske in družbene razmere posameznih držav, saj prihaja do spremembe med aktivnim in vzdrževanim prebivalstvom (Toth, 2004, str. 731). Poudariti moram, da bo v prihodnosti močan pritisk na financiranje zdravstvenega varstva tudi zaradi stresa in izgorevanja zaposlenih, saj študije v Evropi kažejo, da od 50 do 60 % odsotnosti z dela izhaja ravno iz stresa zaposlenih pri delu. V državah EU so v letu 2002 ocenili, da zdravljenje nastalih posledic stresa zaposlenih na delovnem mestu stane letno okoli 20 milijard EUR (Kalčič, 2008, str. 24).

Posamezniki moramo skrbeti za zdravje skozi celotno življenjsko obdobje in preprečevati zdravstvene probleme. Neenakosti v zdravju je potrebno odpravljati tudi zaradi različnih dejavnikov (gospodarskih, socialnih in okoljskih) (Skupaj za zdravje, 2007, str. 2).

Države imajo različne sisteme zdravstvene oskrbe in zagotavljanja oskrbe bolnikov. V nekaterih državah sistem javnega zdravja pokriva izdatke za zdravstveno varstvo vseh državljanov, v drugih se mora del prebivalstva zanesti na prostovoljno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju PZZ). V državah EU je privatno zdravstveno zavarovanje oziroma PZZ tisto zavarovanje, za katero se odloči posameznik sam ali njegov delodajalec v korist zavarovanca. Zavarovanje lahko izvajajo javne ustanove in neprofitne ali profitne zasebne ustanove. Zavarovanec izbira vsebino PZZ sam in ga plačuje z lastnimi sredstvi (Keber et al., 2003, str. 58).

Za države EU so značilni štiri tipi PZZ. Zavarovanja se med seboj razlikujejo glede na vsebino zavarovanja oziroma področje, ki ga zajemajo (Mossialos et al., 2002, str. 129; Toth, 2003, str. 301–302):

- nadomestno ali substitutivno PZZ ponuja celovito zavarovanje tistim prebivalcem, ki nimajo možnosti vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju OZZ) ali v sistem nacionalnega zdravstvenega varstva,
- dopolnilno ali komplementarno PZZ vključuje storitve, ki jih OZZ ne pokriva v celoti (zavarovanje za doplačila) ali niso vštete v OZZ,
- dodatno ali suplementarno PZZ je namenjeno hitrejšemu dostopu do zdravstvenih storitev in večji izbiri in
- vzporedno ali paralelno PZZ vključuje zavarovanja za storitve, ki so pravica iz javnega zdravstvenega zavarovanja.

Nadomestno PZZ se pojavlja v Belgiji, Franciji, Nemčiji, Španiji, na Irskem in Nizozemskem. Na Nizozemskem je premožnejši del državljanov zakonsko izločen iz javnega zavarovanja in se mora obvezno nadomestno zavarovati, medtem ko imajo premožnejše osebe v Nemčiji možnost izbire skleniti to vrsto zavarovanja pri zasebni zavarovalnici ali pa se javno zavarovati (Keber et al., 2003, str. 58–59; Mossialos et al., 2002, str. 129).



Dopolnilno PZZ je namenjeno kritju doplačil, ki jih predvideva OZZ, vendar v večini držav ne vseh, pojavljajo se v različnih oblikah, na primer v Belgiji in Italiji vsa doplačila pokrivajo dopolnilna PZZ, medtem ko so v Franciji in Sloveniji državljani praktično prisiljeni v PZZ, saj so v nasprotnem primeru doplačila lahko izredno visoka (Keber et al., 2003, str. 58; Mossialos et al., 2002, str. 129).

Dodatno PZZ povečuje možnosti izbire in dostopa do različnih zdravstvenih storitev na višjem nivoju. Ključna ponudba je hitrejša dostopnost do storitev, za katere obstajajo v OZZ dolge čakalne vrste. Dodatno PZZ je značilno za Avstrijo (Keber et al., 2003, str. 58; Toth, 2003, str. 303).

Z vzporednim PZZ si zavarovanci lahko skrajšajo čakalno dobo, ali pridobijo kritje stroškov za »posebno strežbo« zdravljenja v bolnišnici. Vzporedno PZZ je uveljavljeno v Veliki Britaniji in Avstraliji, saj so čakalne dobe v nacionalni zdravstveni službi precej dolge (Toth, 2003, str. 303).

Cilj reform na področju zdravstvenega varstva poudarja ohranjanje dostopa do kakovostnega zdravstvenega varstva. Dostopnost je omogočena le v okviru zanesljivih in stabilnih finančno-ekonomskih zmožnosti države. Določen obseg zdravstvenih pravic se državljanom zagotavlja iz javnih virov financiranja (prek proračuna ali prek socialnih zdravstvenih zavarovanj). Razlogi za čedalje večjo vlogo PZZ so večji poudarek na odgovornosti posameznika in izvajalcev zdravstvenih storitev in težave pri pridobivanju virov financiranja v obdobjih gospodarskih padcev. Pomemben razlog za večjo vlogo PZZ je tudi neugodno višanje davkov (Mossialos et al., 2002, str. 181).

Sistemi zdravstvenega varstva so razvrščeni na podlagi njihovih najpomembnejših elementov in različnih ureditev, po katerih se države med seboj razlikujejo. Določeni sistemi zdravstvenega varstva imajo v nekaterih elementih tudi določene podobnosti, katerih poznavanje omogoča odkriti najpomembnejše značilnosti sistema. Proučevanje sistemov najpogosteje vključuje vlogo in prisotnost države pri upravljanju zdravstva (vpliv države, pristojnosti glede ustanovitve in državne lastnine v zdravstvenih zavodih), način in vir financiranja (javna in zasebna sredstva) in vlogo oziroma položaj izvajalcev v sistemu (Toth, 2003, str. 141). Cilj zdravstvenih sistemov v državah EU je omogočanje storitev, ki so osredotočene na posameznika in njegove potrebe (Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva, 2007, str. 3).

Vsaka država je razvila svoj sistem financiranja zdravstvenega varstva, vendar so si sistemi zaradi sledenja podobnim ciljem in zaradi podobnega zgodovinskega ozadja med seboj precej podobni. V državah EU sistemi temeljijo na konceptu, ki izhaja iz zavarovalniških načel (Bismarckov model) ali na konceptu nacionalnega zdravstvenega varstva, kjer financiranje poteka preko davkov (Beveridgeov model) (Roemer, 1993, str. 91). Model, ki se še pojavlja v Evropi, je model nacionalnega zdravstvenega zavarovanja, medtem ko so poznani sistemi še

Semaškov model ali model socialističnega zdravstvenega varstva, mešani sistem in tržni sistem. Merila za razvrščanje sistemov v posameznih modelih so podrobneje prikazana v Prilogi 1, v nadaljevanju pa modele bolj podrobno opisujem.

### 1.1 BISMARCKOV MODEL ALI MODEL SOCIALNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Bismarckov model ali model socialnega zdravstvenega varstva temelji na solidarnosti oziroma vzajemnosti in gre za sistem OZZ. Model je v 19. stoletju razvil nemški kancler Otto von Bismarck v Nemčiji in predstavlja prvi organiziran zdravstveno-zavarovalni sistem (Toth, 2003, str. 146). Država sprejema zgolj zakone in predpise, s katerimi postavi ovire in pravila urejanja področja zdravstvenega varstva. Izvajanje in urejanje je prepuščeno nosilcem posameznih skupinskih interesov (Normand, Weber, 1994, str. 55). Država je občutno posegla v »trg« zdravstvenih storitev s prevzemom financiranja dejavnosti in z zakonom uvedla OZZ (Toth, 2003, str. 144).

Prispevki se plačujejo »bolniškim blagajnam«, ki predstavljajo »nevladne in neprofitne organizacije«. Imajo veliko javnih pooblastil, saj določajo prispevne stopnje za zdravstveno zavarovanje, obolelim in poškodovanim osebam zagotavljajo kritje stroškov zdravljenja, nadomestilo plače v času bolezni in vstopajo v partnerske odnose z združenji zdravstvenih delavcev. Pokrivanje stroškov temelji na z zakonom predpisanih prispevkih delodajalcev in delojemalcev (zaposleni sami plačujejo iz svoje bruto plače) (Toth, 2003, str. 146).

Posebnost modela sta ločenost zdravstvene blagajne od državnega proračuna in tako imenovana »tripartitnost« (interesi države, uporabnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev). Pogajanja potekajo med predstavniki države, uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev, ki imajo različne in nasprotujoče si interese. V okviru sistema sta določena obseg programa in cene zdravstvenih storitev (Normand, Weber, 1994, str. 55).

OZZ je prisotno v Avstriji, Belgiji, Franciji, Luksemburgu, Nemčiji, Sloveniji in na Nizozemskem. Če imajo posamezniki v Nemčiji in na Nizozemskem letne prihodke nad zakonsko mejo, se niso dolžni obvezno zavarovati. V Belgiji je samozaposlenim osebam zagotovljeno le kritje najdražjih zdravstvenih tveganj (bolnišnično zdravljenje). Zdravstveni sistemi omenjenih držav se poleg prevladujočega OZZ dodatno financirajo z neposrednimi plačili in PZZ (Toth, 2003, str. 146).

### 1.2 BEVERIDGEOV MODEL ALI MODEL NACIONALNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Beveridgeov model ali model nacionalnega zdravstvenega varstva je razvil angleški ekonomist William Henry Beveridge po drugi svetovni vojni. Posebnost tega sistema je, da je zdravstveno varstvo v celoti podržavljeno. Država zagotavlja celotno socialno in zdravstveno varnost in je nosilka organiziranja, delovanja in izvajanja sistema zdravstvenega varstva (Toth, 2003, str. 147). Financiranje stroškov je zagotovljeno iz državnega proračuna in se

napaja iz davkov davčnih zavezancev (Albrecht, 2005, str. 464). Sistem se ne financira s prispevki delodajalcev in delojemalcev. Nacionalna zdravstvena služba (v nadaljevanju NHS<sup>1</sup>) predstavlja specifično organizacijo zdravstvenih dejavnosti na vseh ravneh (Normand, Weber, 1994, str. 55). Zdravniki osnovne dejavnosti so v pogodbenem razmerju z NHS, ki jim določa način plačevanja in cene storitev. Bolnišnice so večinoma javne, čeprav so dovoljene tudi zasebne (Toth, 2003, str. 147). Po Normandu in Webru (1994, str. 55) je to državno voden sistem zdravstvenega varstva, saj je kombinacija proračunskega financiranja zdravstvenega varstva in PZZ (Normand, Weber, 1994, str. 55).

Predstavnice tega modela so Danska, Grčija, Irska, Italija, Portugalska, Španija, Švedska in Velika Britanija. Zdravstveni sistemi omenjenih držav se financirajo tudi preko neposrednih plačil prebivalcev in PZZ (Toth, 2003, str. 147).

### 1.3 MODEL NACIONALNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA ALI KANADSKI MODEL

Model nacionalnega zdravstvenega varstva zagotavlja dostopnost do standardnih zdravstvenih storitev celotnemu prebivalstvu (brez neposrednega plačila stroškov). Enak in splošen dostop do zdravstvenih storitev ločuje kupce in dobavitelje. Sistem ima dobro razvito upravljavsko strukturo, močna vladna regulacija kontrolira cene. K opisanemu modelu spadajo Finska, Norveška, Španija in Švedska (Kornai, Eggleston, 2001, str. 109).

### 1.4 SEMAŠKOV MODEL ALI MODEL SOCIALISTIČNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Semaškov model ali model socialističnega zdravstvenega varstva je nastal v času socialistične ureditve v Sovjetski zvezi v prvi polovici 20. stoletja. Model izhaja iz državne lastnine ter politične in ideološke naravnosti. Zdravstvena služba je v celoti poddržavljena in opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti v sistemu ni dovoljeno. Poudarja državno lastnino in dostopnost do zdravstvenih storitev za vse prebivalstvo. Model ne pozna prispevkov za zdravstveno zavarovanje, saj stroške zdravstvenih storitev in druge pravice krije državni proračun. Iz sistema so izključene tržne zakonitosti (Toth, 2003, str. 144–149). Model so v preteklosti uporabljale vse bivše socialistične države v Evropi. Po letu 1990 so se bivše socialistične države začele nagibati k Bismarckovemu modelu (Kornai, Eggleston, 2001, str. 145).

### 1.5 MEŠANI SISTEM

Mešani sistem je v praksi najpogostejši. V državah prevladuje en način financiranja, medtem ko ga drugi le dopolnjuje. Sistem temelji tudi na različnih oblikah PZZ, ki pokrivajo področje zdravstvenega varstva, pokojninskega zavarovanja in pravice do nadomestil plač v času odsotnosti dela zaradi bolezni (Toth, 2003, str. 229–230).

---

<sup>1</sup> Angl. National Health Service.

## 1.6 TRŽNI SISTEM

Tržni sistem zdravstvenega varstva temelji na tržnem načelu ponudbe<sup>2</sup> in povpraševanja<sup>3</sup>. V ospredju so izvajalci (zdravniki), ki poslujejo kot podjetniki, zaradi česar so cene zdravstvenih storitev primerno visoke. Vloga države je neznatna, saj s predpisi le minimalno zagotavlja zdravstveno in socialno varnost. Regulacijo kadrov in zmogljivosti opravljajo zavarovalnice za PZZ, posamezna podjetja in agencije (Toth, 2003, str. 143). Zdravstveno varstvo se financira predvsem iz PZZ (Normand, Weber, 1994, str. 55). Tržni sistemi so označeni kot sistemi brez sistema (*non-system system*), saj so v smislu systemske analize zdravstvenega varstva slabo razviti. Tipični predstavniki tržnega sistema so Združene države Amerike, Južna Koreja in Južna Afrika (Toth, 2003, str. 143).

V praksi čistih sistemov zdravstvenega varstva ne poznamo. V vsakem realnem sistemu zdravstvenega varstva se prepletajo značilnosti vsaj dveh modelov.

## 2 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI

Drugo poglavje je opis sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji, v katerega vključujem udeležence in financiranje zdravstvenega varstva (iz javnih in zasebnih sredstev).

Zdravstveno varstvo je v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ) opredeljeno kot skupek »družbenih, skupinskih in individualnih« dejavnosti, ki se po eni strani nanašajo na krepitev, ohranjanje, vračanje in varovanje zdravja, medtem ko se po drugi strani nanašajo na preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni, »pravočasno zdravljenje, nego ter rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih«. Zdravstveno varstvo »obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti« (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2006).

Posameznik lahko s spremenjenim življenjskim slogom poveča kakovost življenja, pričakovano zdravo življenjsko dobo in tudi zmanjševanje stroškov zdravstvenega varstva. Ključni dejavniki bolezni so nezdravo delovno (izpostavljenost škodljivim snovem in azbestu) in življenjsko okolje (alkohol, droge, tobak in neaktivni življenjski slog) (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013, 2008, str. 3). V Sloveniji je prisotno četrto obdobje demografskega prehoda, po eni strani je značilen znižan delež otrok in mladine, medtem ko se na drugi strani povečuje delež starejših ljudi (Albreht, 2005a, str. 79). Podaljševanje življenjske dobe prebivalcev Slovenije kaže na nenehno izboljševanje zdravja posameznikov. Tako kot za ostale države EU je tudi za Slovenijo značilna nizka rodnost in

---

<sup>2</sup> S (angl. supply).

<sup>3</sup> D (angl. demand).

negativni naravni prirastek (staranje prebivalstva in s tem tesno povezani zdravstveni problemi) (Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva, 2007, str. 3). V zadnjih letih raziskave kažejo na povečano depresijo in izgorevanje zaposlenih. Raziskava Inštituta za človeške vire v Sloveniji je pokazala, da ima več kot 50 % zaposlenih znake izgorevanja, 10 % zaposlenih pa je že izgorelih (Kalčič, 2008, str. 24).

Zdravstvo v Sloveniji se spopada s problemom pomanjkanja zdravnikov in zdravstvenega osebja, hkrati je prisotno pomanjkljivo znanje vodenja in upravljanja na področju zdravstva (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013, 2008, str. 2).

## 2.1 UDELEŽENCI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Številni udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva prispevajo h kompleksnosti zdravstvenega sistema, saj v njem nastopajo z različnimi interesi in medsebojnimi nasprotji. Gre za »tripartitni sistem« upravljanja, ki vključuje tri skupine, to so nosilci različnih interesov sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. Prva skupina je država, ki zastopa družbene interese, druga skupina so uporabniki zdravstvenih storitev in tretja skupina so izvajalci zdravstvenih storitev. Tako so partnerji organizacijsko povsem ločeni in svoje interese usklajujejo z dogovarjanji oziroma pogajanja (Keber, 2003, str. 178; Toth, 2003, str. 477).

Med vsemi tremi partnerji ima najpomembnejšo vlogo država oziroma Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju MZ), saj ima glavno odgovornost za skrbništvo v celotnem sistemu. Ima nadrejen položaj in vodi tako imenovano »tretjo pot« med direktnim nadzorom države in sistemom tržne tekmovalnosti, izoblikuje družbeni interes in ga v njem tudi uresničuje z neposrednim poseganjem v upravljanje organizacij zdravstvenega sistema in v organizacije OZZ. Organizacije države so še Svet za zdravje, Zdravstveni svet in Inštitut za varovanje zdravja (v nadaljevanju IVZ), ki so neprofitne organizacije in se financirajo iz proračuna (Keber et al., 2003, str. 179; Toth, 2003, str. 477). IVZ opravlja dejavnost preskrbe z zdravili za izvajanje programa obveznega cepljenja in deluje na področju javnega zdravja na terciarni ravni (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013, 2008, str. 31).

Država mora v mešanem zdravstvenem sistemu pravilno regulirati celovitost sistema zdravstvenega varstva, izvajati nadzor in zagotavljati enakost vseh izvajalcev (pri programih v zdravstvenih zavodih in koncesionarjih). Na ta način se povečuje preglednost, izboljšuje se regulacija in večja učinkovitost sistema zdravstvenega varstva. Država mora zaščititi javni interes (Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva, 2007, str. 20).

Uporabniki zdravstvenih storitev oziroma zavarovane osebe imajo interes ostati zdravi in si v primeru bolezni želijo zagotoviti ustrezno medicinsko pomoč. Interese zavarovancev oziroma uporabnikov zdravstvenih storitev zastopa Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS). Pridobivanje dobrin zdravstvenega varstva je možno na dva načina. Pri

prvem načinu lahko uporabniki zdravstvenih storitev zahtevajo določene zdravstvene storitve in izdelke iz sredstev OZZ oziroma PZZ, medtem ko pri drugem načinu nastopajo na trgu zdravstvenih storitev in izdelkov kot kupci s svojimi finančnimi sredstvi (Keber et al., 2003, str. 181; Toth, 2003, str. 477).

Med izvajalci zdravstvenega varstva prevladujejo javne organizacije (organizirane kot javni zavodi in javna podjetja) in zasebniki, ki ponujajo dobrine zdravstvenega varstva (Keber et al., 2003, str. 182). Predstavniki izvajalcev zdravstvenih programov so Zdravniška in Lekarniška zbornica, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč in Skupnost socialnih zavodov (Korošec, 2003, str. 24).

V zdravstvu mora biti vzpostavljen celovit sistem izboljševanja kakovosti storitev in varnosti pacientov, potrebno pa je tudi vzpodbujati kulturo varnosti in kakovosti. Hkrati mora biti vzpostavljen dober partnerski odnos med pacienti in drugimi uporabniki. Zdravstvo mora biti osredotočeno na pacienta (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013, 2008, str. 59).

## 2.2 FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Razvite države iščejo rešitve, kako s kombinacijami javnih in zasebnih virov zagotoviti financiranje organiziranega javno-zasebnega zdravstva in zadostiti potrebi po povečanju izdatkov za zdravstvo (Košir, 2005, str. 460). Sistem financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji temelji na mešanem javno-zasebnem modelu financiranja zdravstvenega varstva. Javna sredstva sestavljajo prispevki OZZ (sredstva ZZZS) in proračunska sredstva (proračun države in občin). Med zasebna sredstva spadajo prispevki PZZ (sredstva zavarovalnic) in neposredna plačila prebivalcev »iz žepa« (Toth, 2003, str. 475).

Z nenehnimi prilagoditvami je potrebno v Sloveniji zagotavljati ekonomsko vzdržnost zdravstvenega sistema. Vzdržnost zdravstvenega sistema sestavljajo tri dimenzije (Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva, 2007, str. 10):

- obseg storitev,
- učinek sistema pri zadovoljevanju potreb prebivalcev in
- razpoložljivost zadostnih virov za sistem zdravstvenega varstva.

Vzdržnost zdravstvenega sistema temelji na doseganju ravnotežja med potrebami prebivalstva in finančnimi viri, ki jih je prebivalstvo pripravljeno zagotoviti sistemu zdravstvenega varstva (Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva, 2007, str. 10).

Javni sistem zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji (v nadaljevanju RS) temelji na tradiciji OZZ, ki predstavlja vrednoto večini prebivalstva. Pri načrtovanju izdatkov za zdravstvo je potrebno upoštevati dejavnike, ki vplivajo na sistem zdravstvenega varstva,

gospodarsko rast in demografske trende. Razmerje med aktivnim prebivalstvom (omogočajo prispevke za zdravstvo) in vzdrževanim delom prebivalstva je izredno povezano s številom rojstev, brezposelnostjo, zbolelim prebivalstvom in deležem starejšega prebivalstva (Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva, 2007, str. 11). Leta 1990 je vsak aktiven prebivalec vzdrževal približno 0,9 neaktivnega prebivalca, leta 2003 pa 1,3 osebe (Toth, 2004, str. 732). V letu 2005 je vsak aktiven zavarovanec vzdrževal že 1,5 neaktivnih prebivalcev, kar pomeni veliko obremenitev aktivnega prebivalstva pri vzdrževanju zdravstvene varnosti (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2005, 2006, str. 21).

Na področju financiranja zdravstvenega varstva bodo potrebne spremembe. Ključni ukrepi za umiritev rasti javnih izdatkov za zdravstvo so obvladovanje izdatkov sistema zdravstvenega varstva, širitev ponudbe PZZ ter ureditev razmerja med javnimi in zasebnimi sredstvi. Povprečno letno realno rast celotnih izdatkov za zdravstvo je potrebno ohraniti na ravni povprečne letne realne rasti BDP (Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva, 2007, str. 17).

### 2.2.1 Javni izdatki

Največji del zdravstvenih izdatkov, ki jih Slovenija porabi za zdravstveno varstvo, so javna sredstva. Največji delež javnih izdatkov predstavljajo sredstva OZZ, ki se zbirajo s prispevki zavezancev za OZZ (delodajalcev in delojemalcev). Poleg OZZ sestavljajo javne izdatke še proračunska sredstva države in občin.

Največji vir javnih izdatkov zagotavljajo sredstva OZZ in so največji del zagotavljanja zdravstvenega zavarovanja. Nosilec OZZ je ZZZS, ki je na podlagi ZZVZZ začel z delom 1. 3. 1992. Za izvajanje OZZ skrbi ZZZS z območnimi enotami in izpostavami po vsej Sloveniji (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2006).

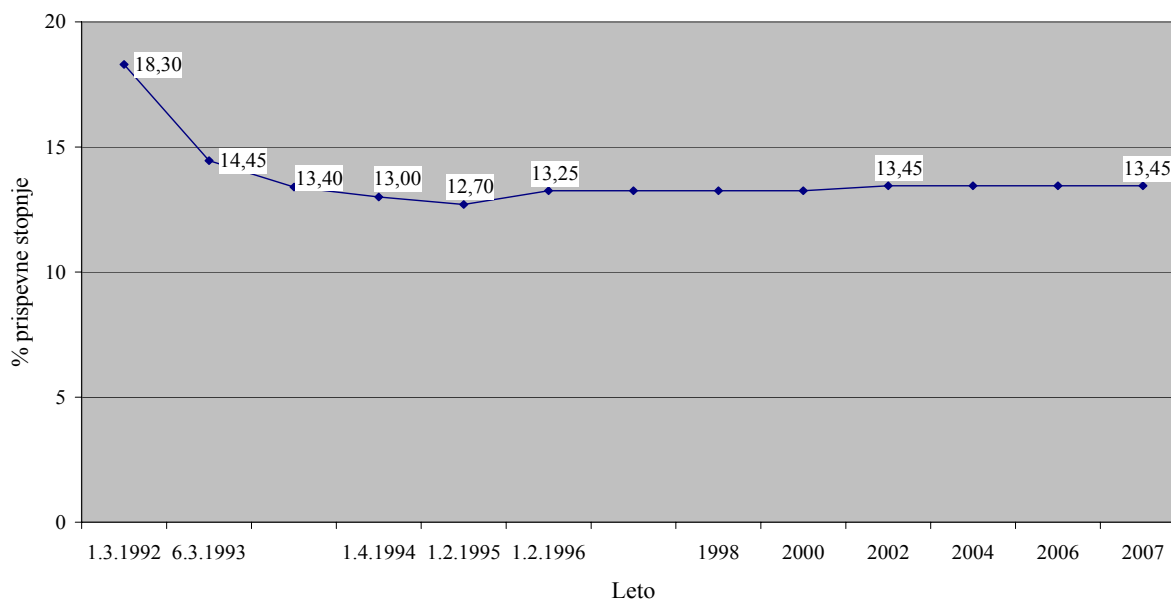
Kot je razvidno iz Slike 1 na str. 11, je bila zbirna prispevna stopnja za OZZ uveljavljena 1. 3. 1992 (18,3 %) in je padala vse do 1. 2. 1996 (13,25 %). Zadnja sprememba zbirne stopnje za OZZ je bila 1. 1. 2002, ko je bila določena na 13,45 % in je ostala enaka vse do leta 2007.

OZZ se izvaja po načelih socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, starimi in mladimi ter bogatimi in revnimi. OZZ je obvezno za vse državljane RS s stalnim prebivališčem v državi. Plačilo predpisanega prispevka je vezano na vir, ki zavarovancu zagotavlja osnovno socialno varnost (zaposlitev, pokojnina, samostojna dejavnost, invalidnine, lastna sredstva in družbene pomoči). V primeru, da državljan RS nima nobene podlage za zavarovanje, ga mora zavarovati občina, kjer ima stalno prebivališče (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 25).

OZZ vsem zavarovancem nudi enakopraven dostop do zdravstvene preskrbljenosti, ki jo določata zakon in vsakoletni dogovor med partnerji. Pravice iz OZZ pomenijo najvišji

dosegljivi standard, ki ga zagotavlja država (Česen, 1998, str. 64). Temeljno načelo OZZ je uresničevanje solidarnosti, s katerim so zavarovanim osebam omogočene pravice do zdravstvenih storitev in denarnih povračil (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 25). Pokriva večino zdravstvenih storitev, vendar ne vseh v celoti (le določen odstotek cene storitev), razliko do polne zdravstvene cene si posameznik lahko prostovoljno zavaruje ali plača sam z lastnimi sredstvi (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2006).

**Slika 1:** Gibanje zbirne prispevne stopnje za OZZ v obdobju 1992–2007



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

Zavarovanim osebam OZZ zagotavlja pravice do zdravstvenih storitev in pravice do denarnih nadomestil v obsegu, ki ga določa ZZVZZ, in sicer (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2006):

- plačila zdravstvenih storitev,
- nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela in nadomestila plače za časčasne zadržanosti z dela zaradi bolezenskih razlogov,
- pogrebne in posmrtnine in
- povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Plačila zdravstvenih storitev obsegajo storitve osnovne zdravstvene dejavnosti, storitve zobozdravstvene dejavnosti, zdravstvene storitve v določenih socialnih zavodih, specialistične storitve, ambulantne storitve, bolnišnične in terciarne dejavnosti. Med pravice se uvrščajo tudi pravice do zdraviliškega zdravljenja, obnovitvene rehabilitacije, prevoza z reševalnimi in drugimi vozili, zdravljenja v tujini, pravica do zdravil na recept in medicinsko-tehničnih pripomočkov (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2006).



Zavarovane osebe imajo na podlagi ZZVZZ v primeru odsotnosti zaradi bolezni in poškodb pravico do nadomestila plače iz sredstev OZZ od 31. dne zadržanosti od dela naprej. V primeru nege ožjega družinskega člana, presaditve organov ipd. je pravica do denarnega nadomestila krita od prvega dne zadržanosti od dela (Poslovno poročilo ZZS za leto 2007, 2008, str. 53).

Pogrebna pripada osebi, ki je poskrbela za pogreb zavarovanca. Višina pogrebne je v letu 2007 znašala »80 % povprečne cene nujnih stroškov pogreba v RS«, vendar ni smela preseči dejanskih stroškov pogreba. Do posmrtnine (enkratne denarne pomoči) imajo pravico družinski člani zavarovanca, ki jih je pokojni preživljal do svoje smrti in »znaša 100 % zjamčene plače« (Poslovno poročilo ZZS za leto 2007, 2008, str. 55).

Pravico do povračila potnih stroškov ima zavarovanec, če mora iti k zdravniku v drug kraj oziroma, če ga osebni zdravnik ali zdravstvena komisija napoti v kraj zunaj prebivališča ali kraja zaposlitve (Poslovno poročilo ZZS za leto 2007, 2008, str. 55).

OZZ ne zagotavlja kritja vseh finančnih stroškov, ki nastajajo ob zdravljenju, ampak krije le določen odstotni delež cene zdravstvene storitve. V celoti OZZ krije le preventivne storitve in ukrepe iz posebnega nacionalnega programa, storitve zdravljenja poškodb na delu in poklicnih bolezni, storitve namenjene otrokom, šolarjem in mladini, storitve svetovanja za načrtovanje rojstev otrok in materinstva, nujno zdravljenje in zdravljenje na domu ter zdravljenje nekaterih bolezenskih stanj kot so rak, multipla skleroza in epilepsija (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2006).

Pomembni ukrepi na področju OZZ so določitev pravic iz OZZ na osnovi potreb prebivalstva in v okviru razpoložljivih finančnih virov. Potrebno bo uravnotežiti plačevanje prispevkov v OZZ med različnimi skupinami zavarovancev OZZ ter učinkovito obveščati in spoštovati osebne odločitve zavarovancev v javnem sistemu zdravstvenega varstva (Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva, 2007, str. 18).

Prilagoditev sistema OZZ bo zagotavljala dolgoročno finančno in socialno vzdržnost zdravstvenega sistema. Pravice iz OZZ se bodo hitro prilagodile potrebam prebivalstva v skladu z razpoložljivimi sredstvi in evropskimi standardi (Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva, 2007, str. 18).

Drugi pomemben vir javnih sredstev so proračunska sredstva. Proračunska sredstva sestavljajo proračunska sredstva države in občin. Država več kot polovico proračunskih sredstev namenja za investicije v bolnišnice, z ostalimi sredstvi MZ financira razvojne programe, s katerimi nadzoruje sistem zdravstva, bolnišnično zdravstvo, nadomestila, povračila in odškodnine ter preventivne programe zdravstvenega varstva. Občine namenjajo sredstva v skladu z zakonskimi pristojnostmi za zdravstvene programe in storitve (Keber et al., 2003, str. 244–245). Na področju proračunskega financiranja je potrebno uvesti načrt

»ocenjevanja novih medicinskih tehnologij, metod zdravljenja in zdravil« (potreben je tudi načrt virov financiranja), izdelati načrt investicij v zdravstvu in načrt razvoja prioritarnih programov javnega zdravja z vidika proračunskega financiranja (Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva, 2007, str. 18–19).

Zaradi primerljivosti s podatki drugih držav EU (po metodologiji Organizacije za ekonomsko sodelovanje in razvoj, v nadaljevanju OECD<sup>4</sup>) morajo biti pri javnih izdatkih za zdravstvo v Sloveniji izpuščena denarna nadomestila (boleznine, pogrebne, posmrtnine in povračila potnih stroškov), saj po mednarodnih standardih ne sodijo med izdatke za zdravstvo. V Sloveniji bi morali v javne izdatke za zdravstvo vključiti dodatek za pomoč in postrežbo (zaradi primerljivosti z državami EU), saj ga metodologija OECD uvršča med izdatke za dolgotrajno oskrbo (Poslovno poročilo ZZS za leto 2007, 2008, str. 15).

### 2.2.2 Zasebni izdatki

Zasebna sredstva v Sloveniji predstavljajo tudi pomemben vir zdravstvenega varstva. Pomembna vira zasebnih izdatkov sta PZZ in plačana sredstva gospodinjstev neposredno iz lastnega žepa.

Največji vir zasebnih izdatkov so vplačane premije v okviru PZZ. Leta 1993 je bilo uvedeno PZZ, saj OZZ ni moglo kriti vseh storitev v polni ceni in stroški zdravstvenega varstva so začeli naraščati. PZZ je zavarovalniška dejavnost in jo izvajajo izključno zavarovalnice. Namen PZZ je kritje tveganj pri pravicah do zdravstvenih storitev, ki jih OZZ ne krije v celoti (Keber et al., 2003, str. 246). PZZ v Sloveniji izvajajo na podlagi ZZVZZ tri zavarovalnice, in sicer Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z., Adriatic Slovenica d.d. in od leta 2003 tudi Triglav zdravstvena zavarovalnica d.d..

Kot je razvidno iz Tabele 1, sta si v letu 2005 največji tržni delež PZZ delila Vzajemna zdravstvena zavarovalnica (80,4 % trga PZZ) in Adriatic Slovenica (19,3 % trga PZZ), medtem ko je zdravstvena zavarovalnica Triglav pokrivala le 0,3 % trga PZZ.

**Tabela 1:** Obračunane premije PZZ in tržni deleži zavarovalnic v letu 2005

Naziv	PZZ (v mrd SIT)	Tržni delež (v %)
1. Adriatic Slovenica, zavarovalna družba, d.d.	13,2	19,3
2. Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d.d.	0,2	0,3
3. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.	55,2	80,4
<b>Skupaj</b>	<b>68,6</b>	<b>100,0</b>

Vir: Letno poročilo AZN za leto 2005, 2006, str. 9.

Najvišji tržni delež je imela v letu 2006 še vedno Vzajemna zdravstvena zavarovalnica (65,0 % trga PZZ), vendar se ji je v primerjavi s predhodnim letom tržni delež zmanjšal kar za 15,4

<sup>4</sup> Angl. Organisation for Economic Cooperation and Development.

odstotnih točk. Največjo pridobitev zavarovancev PZZ je imela v letu 2006 zdravstvena zavarovalnica Triglav, saj je v primerjavi z letom 2006 povečala tržni delež za 11,5 odstotnih točk (iz 0,3 % tržnega deleža na 11,8 %). Zavarovalna družba Adriatic Slovenica je v letu 2006 pokrivala 23,2 % trga PZZ, kar je bilo za 3,9 odstotne točke več kot predhodno leto (glej Tabela 1 na str. 13 in Tabela 2).

**Tabela 2:** Obračunane premije PZZ in tržni deleži zavarovalnic v letu 2006

Naziv	PZZ (v mrd SIT)	Tržni delež (v %)
1. Adriatic Slovenica, zavarovalna družba, d.d.	18,8	23,2
2. Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d.d.	9,5	11,8
3. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.	52,4	65,0
<b>Skupaj</b>	<b>80,7</b>	<b>100,0</b>

Vir: Letno poročilo AZN na leto 2006, 2007, str.12.

PZZ v Sloveniji obsegajo dopolnilna PZZ, ki pokrivajo razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev, katerih OZZ ne krije v celoti (dopolnilna zdravstvena zavarovanja) in dodatna PZZ, ki pokrivajo večji obseg pravic ali višji standard storitev in jih OZZ ne pokriva oziroma jih OZZ ne zajema (dodatna oziroma nadstandardna zdravstvena zavarovanja) (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2006). S pomočjo zasebnih sredstev (»dodatnih zavarovanj«) bi moralo biti v Sloveniji zagotovljeno financiranje javnega zdravstva, saj bi to zagotavljalo dolgoletno in ustrezno delovanje zdravstvenega sistema (Ziherl, 2008, str. 28).

Na področju PZZ so potrebni ukrepi pri določitvi zakonske podlage za nadaljnji razvoj ponudbe PZZ, priprave ponudbe PZZ (dopolnitev obsega pravic iz OZZ), uvedbe PZZ za dolgotrajno oskrbo in nenazadnje je potrebno vzpodbuditi PZZ z davčnimi ter drugimi ukrepi države (Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva, 2007, str. 19).

Drugi zasebni vir so sredstva, ki jih gospodinjstva porabijo za različne zdravstvene storitve in blago. Posamezniki za zdravstvene storitve in blago plačujejo neposredno iz lastnega žepa. V neposrednih plačilih so zajeti izdatki gospodinjstev (samoplačniški zdravstveni pregledi pri specialistih in bolnišnicah, zobozdravstvene storitve, laboratorijske storitve, rentgen, ultrazvok, zdravila, ki niso predpisana na recept in nekateri terapevtski pripomočki). O porabi neposrednih izdatkov vsako leto poroča Statistični letopis RS (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2006, 2007, str. 13–14). Pri neposrednih plačilih iz žepa gospodinjstev praviloma ni čakalnih dob in termin se določi individualno. Zdravnik ali zobozdravnik samoplačniku zagotavlja najvišji standard zdravstvenih storitev, saj samoplačnik lahko izbira vrsto kakovosti.

### 3 STATISTIČNO SPREMLJANJE IZDATKOV GOSPODINJSTEV

V prvem delu tretjega poglavja opisujem statistično spremljanje izdatkov gospodinjstev po namenu porabe (12 skupin po klasifikaciji individualne potrošnje po namenu) in drugih izdatkov, ki niso del potrošnje. V drugem delu tretjega poglavja opisujem statistično spremljanje izdatkov za zdravstvo (kode ICHA).

Gospodinjstva so osnovne celice vsakega gospodarstva. Razumevanje njihovega obnašanja je pomembno tako na mikroravni kot makroravni. V krožnem toku igrajo osrednjo vlogo pri prejemanju dohodka, ki ga dobijo v zameno za opravljeno delo. Pri njegovi porabi ga lahko namenijo v potrošne ali varčevalne namene (Economic accounts of European Union 1998, 1999, str. 117). Nekatere potrebe gospodinjstev so življenjsko pomembne za njihov obstoj in preživetje (hrana, obleka in stanovanje), medtem ko so druge odvisne od kulture in tradicije. Individualne potrebe se razlikujejo glede na specifičen okus posameznika in prioritete posameznega gospodinjstva (Magrabi et al., 1991, str. 9).

Gospodinjstva so enote opazovanja skupnosti oseb, ki skupaj stanujejo in skupaj porabljajo svoje prejemke za osnovne življenjske potrebe (hrano, stanovanje in drugo). Posamezniki, ki živijo v domovih upokojencev, internatih, zaporih in drugih institucijah, niso vključeni v anketo. Kot gospodinjstvo lahko štejemo tudi osebo, ki živi sama in drugje nima svojega gospodinjstva (Statistični letopis Republike Slovenije 2007, 2007, str. 251).

#### 3.1 IZDATKI GOSPODINJSTEV PO NAMENU PORABE IN DRUGI IZDATKI

Izdatki za življenjsko raven gospodinjstev temeljijo na podatkih Ankete o porabi v gospodinjstev (APG), in sicer že od leta 1983. Gre za vzorčno anketo, v letu 1997 so jo vsebinsko in po načinu izvedbe prilagodili priporočilom Statističnega urada Evropskih skupnosti (EUROSTAT) ter uvedli kontinuirano zbiranje podatkov (Statistični letopis Republike Slovenije 2007, 2007, str. 251).

Izdatke gospodinjstev v grobem ločimo na izdatke za življenjske potrebščine (12 skupin po klasifikaciji individualne potrošnje po namenu, klasifikacija COICOP) ter na druge izdatke, ki niso del potrošnih izdatkov. Med izdatke za življenjske potrebščine uvrščamo izdatke za hrano in brezalkoholne pijače, alkoholne pijače in tobačne izdelke, obleko in obutev, stanovanje, elektriko, vodo, plin in druga goriva, pohištvo, gospodinjsko opremo in storitve, zdravje, transport, komunikacije, rekreacijo in kulturo, izobraževanje, hotele, kavarne in restavracije ter različne dobrine in storitve. Med druge izdatke, ki niso del potrošnih izdatkov, spadajo izdatki za stanovanje in hišo ter drugi izdatki. Izdatki za stanovanje in hišo vključujejo nakup stanovanja, obnovo strehe, fasade, zgraditev dodatnih prostorov, toplotno izolacijo, napeljavo centralnega gretja, elektrike, vode in druge izdatke. Med druge izdatke so uvrščeni davki in samoprispevki, varčevanje, denarni prenosi in darila, članarine, izdatki v

zvezi s pravnimi spori, življenjsko zavarovanje, prostovoljno pokojninsko in invalidsko zavarovanje, denarne kazni za prekrške in nadomestila škode (Statistični letopis Republike Slovenije 2007, 2007, str. 251–255).

Izdatki za stanovanje, vodo, plin in druga goriva vključujejo dejanske stanovanjske najemnine, pripisane stanovanjske najemnine, vzdrževanje in popravila stanovanj, druge storitve v zvezi s stanovanjem ter elektriko, plin in druga goriva (Statistični letopis Republike Slovenije 2007, 2007, str. 254). Izdatki za stanovanje spadajo med najosnovnejše in najnujnejše potrošne dobrine.

Med izdatke za pohištvo, gospodinjsko opremo in storitve spadajo pohištvo in druga stanovanjska oprema, preproge in druge talne obloge, tekstil za gospodinjstvo, gospodinjski aparati, steklenina, namizni pribor, gospodinjska posoda, orodje in oprema za hišo in vrt ter blago in storitve za tekoče vzdrževanje stanovanj. Med transportne izdatke je vključen nakup vozil, blago in storitve za vozila ter transportne storitve. Izdatki za komunikacijo vključujejo poštno storitve, telefonsko in telefaks opremo ter telefonske in telefaks storitve. Izdatki za rekreacijo in kulturo vključujejo avdio-video opremo, fotografsko in računalniško opremo, trajno blago za rekreacijo in kulturo, rekreacijske predmete in opremo, vrtnarjenje, rekreacijske in kulturne storitve, časopise, knjige in pisalne potrebščine ter počitniške pakete (Statistični letopis Republike Slovenije 2007, 2007, str. 254–255). Izdatki za rekreacijo in kulturo spadajo med prestižnejše dobrine in linearno naraščajo z dohodkom gospodinjstva.

Izdatki za zdravje gospodinjstev so sestavljeni iz zdravstvenih izdelkov, naprav in opreme (kamor spadajo vsa zdravila in drugi farmacevtski pripravki), zunajbolnišničnih storitev (kamor spadajo zdravstvene in zobozdravstvene storitve, laboratorijske analize in rentgen, storitve drugih zdravstvenih delavcev ter druge zunajbolnišnične storitve) in bolnišničnih storitev. Celotni izdatki za zdravje predstavljajo majhen delež v strukturi potrošnje povprečnega slovenskega gospodinjstva (Statistični letopis Republike Slovenije 2007, 2007, str. 255).

Izdatki za izobraževanje so namenjeni različnim vrstam izobraževanja, in sicer predšolskemu, osnovnošolskemu, srednješolskemu in fakultetnemu izobraževanju ter izobraževanju, ki ni opredeljeno po stopnjah (Tršelič, 2001, str. 33). Izdatki za hotele, kavarne in restavracije vključujejo gostinske in nastanitvene storitve. Med izdatke za raznovrstne dobrine in storitve sodijo izdatki za osebno nego in osebne predmete kot tudi izdatki za socialno varstvo, zavarovanje in finančne ter druge storitve (Statistični letopis Republike Slovenije 2007, 2007, str. 255).

### 3.2 IZDATKI ZA ZDRAVSTVO (KODE ICHA)

V skladu s priporočili OECD je Slovenija v letu 2005 uvedla Sistem zdravstvenih računov<sup>5</sup> (v nadaljevanju SHA). Statistični urad Republike Slovenije (SURS) kot koordinator zbira podatke o izdatkih za zdravstvo in virih financiranja zdravstva (Marn, 2007, str. 1). Mednarodna klasifikacija za zdravstvene račune<sup>6</sup> pokriva tri dimenzije celotnih izdatkov za zdravstvo (Orosz, 2005, str. 7):

- vrste zdravstvenih obravnav (funkcionalna klasifikacija) (ICHA-HC),
- dejavnosti izvajalcev zdravstvenih storitev (ICHA-HP) in
- vire financiranja zdravstvenega varstva (ICHA-HF).

ICHA v izdatkih za zdravstvo po vrstah zdravstvenih obravnav razlikuje med tekočimi izdatki za zdravstvo (od HC.1 do vključno HC.7) in izdatki za dejavnosti povezane z zdravstvom (od HC.R.1 do vključno HC.R.7). Pri izračunu celotnih izdatkov za zdravstvo se upoštevajo vsi tekoči izdatki (od HC.1 do vključno HC.7) in investicije (HC.R.1) (Orosz, 2005, str. 27).

Prva dimenzija celotnih izdatkov za zdravstvo so vrste zdravstvenih obravnav (ICHA-HC), ki zajemajo storitve kurativnega zdravljenja (HC.1), storitve rehabilitacije (HC.2), storitve dolgotrajne zdravstvene oskrbe (HC.3), panožne zdravstvene storitve (HC.4), zdravila in medicinsko-tehnični pripomočki (HC.5), preventivo in javne zdravstvene storitve (HC.6) ter upravljanje v zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (HC.7) (Marn, 2007, str. 1).

Med storitve kurativnega zdravljenja spadajo medicinske in paramedicinske storitve, ki se izvajajo izključno na ravni kurativnega zdravljenja. Zajemajo lajšanje simptomov bolezni in zmanjšanje resnosti bolezni oziroma poškodb, prav tako zagotavljajo tudi zaščito pred poslabšanjem in bolezenskimi komplikacijami, ki bi lahko ogrozili življenje. Zdravljenje se lahko izvaja v bolnišnicah, ambulantah ali na domu (Marn, 2007, str. 1).

Storitve rehabilitacije vključujejo storitve, ki so usmerjene na izboljšanje funkcionalnih sposobnosti bolnikov. Funkcionalne omejitve so posledica bolezni ali poškodbe in se lahko tudi ponavljajo (»regresija ali progresija«). Izvajajo se v bolnišnicah, rehabilitacijskih centrih, ambulantah ali na domu. Storitve dolgotrajne zdravstvene oskrbe zajemajo daljšo zdravstveno oskrbo in nego bolnikov. Zaradi kronične poškodbe ali bolezni ter posledično zmanjšane stopnje neodvisnosti (nezmožnosti samostojnega življenja) bolniki potrebujejo stalno pomoč. Dolgotrajno zdravstveno nego nudijo ustanove, domovi v skupnosti in gospodinjstva (Marn, 2007, str. 1).

Med panožne zdravstvene storitve spadajo storitve, ki jih večinoma izvajajo paramedicinski ali medicinski tehniki z neposrednim ali posrednim nadzorom zdravnika. Sem spadajo storitve

---

<sup>5</sup> Angl. System of Health Accounts.

<sup>6</sup> Angl. International Classification of Health Accounts (ICHA).

laboratorija, slikovna diagnostika in prevoz bolnikov. Med zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke so uvrščeni medicinski izdelki za ambulantne bolnike in storitve povezane z razdeljevanjem (na primer maloprodaja, nameščanje, vzdrževanje in oddajanje medicinskih izdelkov v najem). V preventivo in med javne zdravstvene storitve so vključene tiste storitve, ki so namenjene izboljšanju zdravstvenega stanja prebivalstva. V tem se razlikujejo od kurativnih storitev, ki so namenjene »popravljanju zdravstvenih disfunkcij«. Med upravljanje v zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju spadajo dejavnosti zasebnih zavarovalnic, organov državne in lokalne uprave ter socialno varstvo. V okviru sistema obravnave zajemajo načrtovanje, upravljanje, zakonsko urejanje, zbiranje sredstev in obravnavanje zahtevkov (Marn, 2007, str. 1–2).

Druga dimenzija celotnih izdatkov za zdravstvo so dejavnosti izvajalcev zdravstvenih storitev (ICHA-HP), ki se delijo na bolnišnice (HP.1), ustanove za zdravstveno nego in domove (HP.2), zunajbolnišnične ambulante (HP.3), prodajo zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov (HP.4), javne zdravstvene storitve (HP.5), splošno zdravstveno administracijo in zavarovanje (HP.6), druge dejavnosti (HP.7) in preostale države oziroma tujino (HP.8) (Orosz, 2005, str. 20).

Med bolnišnice spadajo ustanove z licenco, ki se primarno ukvarjajo z izvajanjem medicinskih storitev, z diagnostiko in zdravljenjem. Storitve vključujejo storitve zdravnika, zdravstveno nego in druge zdravstvene storitve za bolnišnične bolnike. Bolnišnice lahko kot sekundarno dejavnost opravljajo tudi ambulantne storitve. Med ustanove za zdravstveno nego in domove so vključene ustanove, ki se primarno ukvarjajo z oskrbo v domovih, vendar hkrati zagotavljajo zdravstveno nego in druge oblike oskrbe, ki jo posamezniki potrebujejo. Med zunajbolnišnične ambulante so vključene ustanove, ki se primarno ukvarjajo z zdravstvenimi storitvami za ambulantne bolnike (bolniki ne potrebujejo bolnišničnih storitev) (Marn, 2007, str. 3).

K prodaji zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov sodijo ustanove, katerih glavna dejavnost je javna maloprodaja medicinskih izdelkov za osebno rabo oziroma za potrošnjo v gospodinjstvih. Sem spadajo tudi ustanove, katerih glavna dejavnost je izdelava medicinskih izdelkov za osebno uporabo oziroma za potrošnjo v gospodinjstvih. Med javne zdravstvene storitve spada državno in zasebno upravljanje ter izvajanje javnih zdravstvenih programov (programi za spodbujanje in varovanje zdravja). Splošna zdravstvena administracija in zavarovanje vključujeta ustanove, ki se primarno ukvarjajo z zakonskim urejanjem dejavnosti agencij in izvajajo zdravstveno varstvo s splošno administracijo zdravstvene politike in z zdravstvenim zavarovanjem. V druge dejavnosti so vključeni izvajalci, ki niso uvrščeni pod nobeno drugo postavko in izvajajo zdravstveno varstvo kot sekundarni ali drugi izvajalci. Sem so uvrščeni izvajalci storitev medicine dela in zasebna gospodinjstva kot izvajalci nege na domu. Pod izrazom tujina razumemo nerezidenčne enote, ki izvajajo zdravstveno varstvo za rezidenčne enote oziroma njihovo končno porabo (Marn, 2007, str. 3).

Tretja dimenzija celotnih izdatkov za zdravstvo so viri financiranja zdravstvenega varstva (ICHA-HF), ki se delijo na javne izdatke (HF.1) in zasebne izdatke (HF.2) (Orosz, 2005, str. 18).

Z zdravstvom povezane storitve in investicije vključujejo bruto investicije (HC.R.1), izobraževanje in usposabljanje zdravstvenega osebja (HC.R.2), raziskave in razvoj v zdravstvu (HC.R.3), kontrolo živil, higijene in pitne vode (HC.R.4), medicinsko ekologijo (HC.R.5), dolgotrajno oskrbo (HC.R.6) in upravljanje ter zagotavljanje denarnih nadomestil (HC.R.7) (Marn, 2007, str. 2).

V bruto investicije so vključene investicije domačih izvajalcev zdravstvenih storitev razen tistih izvajalcev zdravstvenih storitev, ki prodajajo zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke. V izobraževanje in usposabljanje zdravstvenega osebja je vključeno javno in zasebno izobraževanje. Raziskave in razvoj v zdravstvu vključujejo dejavnosti na področju higijene živil, prehrane in rentgena za medicinske namene. Vključene so tudi raziskave, ki so povezane z epidemiologijo, preprečevanjem odvisnosti od drog in industrijskih bolezni. Med kontrolo živil, higijene in pitne vode spadajo s skrbjo za javno zdravje povezane storitve, ki so del drugih javnih dejavnosti (na primer nadzorovanje in pravno urejanje različnih industrijskih dejavnosti vključno z oskrbo z vodo). Medicinska ekologija vključuje dejavnosti v zvezi s spremljanjem okolja in okoljskega nadzora s poudarkom na skrbi za javno zdravje. Med dolgotrajno oskrbo spadata daljša socialna oskrba in nega oseb. Zaradi kronične poškodbe ali bolezni ljudje potrebujejo nenehno pomoč, saj se jim posledično zmanjša stopnja neodvisnosti in zmožnosti samostojnega življenja. Dolgotrajno oskrbo jim nudijo ustanove ali domovi v skupnosti ter gospodinjstva. Med upravljanje in zagotavljanje denarnih nadomestil spadajo denarna nadomestila povezana z zdravstveno oskrbo (Marn, 2007, str. 2–3).

## 4 ANALIZA IZDATKOV GOSPODINJSTEV V SLOVENIJI

Četrto poglavje je razdeljeno na dva dela. V prvem delu analiziram celotne izdatke gospodinjstev v Sloveniji v obdobju devetih let (1997–2005) s poudarkom na izdatkih za zdravje, medtem ko v drugem delu podrobno analiziram celotne izdatke za zdravstvo v obdobju osmih let (2000–2007) in v okviru teh opisujem javne in zasebne izdatke.

### 4.1 ANALIZA CELOTNIH IZDATKOV GOSPODINJSTEV V SLOVENIJI V OBDOBJU 1997–2005

Analiza celotnih izdatkov gospodinjstev temelji na analizi izdatkov za življenjske potrebščine (12 skupin po klasifikaciji individualne potrošnje po namenu) in drugih izdatkov, ki niso del potrošnih izdatkov. V tretjem poglavju so omenjeni izdatki podrobneje opisani in v nadaljevanju opisujem njihovo padanje oziroma naraščanje v obdobju devetih let. Analiza prikazuje povprečno porabo sredstev na gospodinjstvo v obdobju 1997–2005. Podatki so



prikazani v Prilogi 2 za obdobje 1997–2001 in v Prilogi 3 za obdobje 2002–2005, medtem ko je struktura izdatkov za leto 2005 in 1997 prikazana v Prilogi 4. Analiza izdatkov za zdravje v gospodinjstvu temelji na osnovi podatkov iz Priloge 5, ki prikazuje izdatke za zdravje v gospodinjstvu v obdobju 2001–2005.

Delež izdatkov za življenjske potrebščine v Sloveniji je v obdobju 1997–2005 padal. V letu 1997 je za izdatke za življenjske potrebščine povprečno gospodinjstvo namenilo 91,7 % celotnih porabljenih sredstev, v letu 2005 le 87,2 % (padec za 4,5 odstotne točke). Gospodinjstva so v letu 1997 povprečno potrošila nekoliko manj kot tretjino dohodka (29,4 % celotnih porabljenih sredstev) za nakup osnovnih življenjskih dobrin (hrano in brezalkoholne pijače, obleke in obutve), medtem ko so gospodinjstva v letu 2005 potrošila le dobro petino svojega dohodka (22,7 % celotnih porabljenih sredstev).

Delež drugih izdatkov, ki niso del potrošnih izdatkov, je skozi opazovano obdobje hitro naraščal (indeks 153). V opazovanem obdobju se je delež drugih izdatkov, ki niso del potrošnih izdatkov, povečal za 4,4 odstotne točke (iz 8,3 % celotnih porabljenih sredstev na 12,7 %). Znotraj drugih izdatkov, ki niso del potrošnih izdatkov, predstavljajo največji strukturni delež izdatki za stanovanje in hišo. V opazovanem obdobju so narasli za 3,1 odstotno točko, in sicer iz 6,1 % celotnih porabljenih sredstev na 9,2 %.

Največji delež izdatkov za življenjske potrebščine so do vključno leta 2003 predstavljali izdatki za hrano in brezalkoholne pijače. V letu 1997 so izdatki za hrano in brezalkoholne pijače predstavljali nekoliko več kot petino celotnih porabljenih sredstev (21,2 %), medtem ko v letu 2005 le 15,9 % celotnih porabljenih sredstev (indeks 75). Skozi opazovano obdobje je razviden vsakoletni padec strukturnega deleža. Slovenija se je iz tranzicijske države razvila v pravo evropsko državo. V letu 2004 so izdatki za transport (16,2 % celotnih porabljenih sredstev) prvič presegli strukturni delež izdatkov za hrano in brezalkoholne pijače (15,2 % celotnih porabljenih sredstev) za 1 odstotno točko.

Strukturni delež alkoholnih pijačah in tobačnih izdelkov je bil skozi vsa leta dokaj enakomeren in se je gibal okoli 2 % celotnih porabljenih sredstev. Delež se je v letu 2005 povečal na 2,4 % celotnih porabljenih sredstev. Za vzdrževanje stanovanj ter pokritje stroškov elektrike, plina, vode in drugih goriv so gospodinjstva porabila v povprečju okrog 10 % celotnih porabljenih sredstev. Skozi opazovano obdobje je vidno naraščanje. Izdatki za pohištvo, gospodinjsko opremo in storitve se niso bistveno spreminjali in so se v obdobju devetih let gibal okoli 6,5 % celotnih porabljenih sredstev, vendar je v zadnjih letih značilen trend padanja, saj so v letu 2005 predstavljali 6,1 % celotnih porabljenih sredstev.

Strukturni delež izdatkov za transport se je v obdobju devetih let gibal med 14,2 % in 17,6 % celotnih porabljenih sredstev. Glede na analizo podatkov lahko sklepam, da bodo izdatki za transport v gospodinjstvu v prihodnjih letih obdržali največji strukturni delež pri izdatkih za življenjske potrebščine. V naslednjih letih je pričakovati naraščanje izdatkov za transport, saj

se je, kot piše Mekina (Mekina, 2008, str. 22), v letu 2007 prodaja najdražjih (luksuznih vozil) povečala za 40 %, medtem ko se je prodaja vozil višjega srednjega razreda povišala za 10 %. Za lažjo predstavbo, prodaja luksuznega vozila BMW X5 je znašala v letu 2007 toliko kot v »letih 2004 (75), 2005 (94) in 2006 (49) skupaj« (Mekina, 2008, str. 22).

Izdatki za komunikacije so zabeležili največji porast med izdatki za življenjske potrebščine (indeks 233), saj se je strukturni delež v devetih letih povečal za 2,4 odstotne točke (iz 1,8 % celotnih porabljenih sredstev na 4,2 %). Hiter vsakoletni porast izdatkov gospodinjstev za komunikacije je predvsem posledica večjega števila uporabe mobilnih telefonov v gospodinjstvih.

Pomemben delež potrošnje gospodinjstev predstavljajo tudi izdatki za rekreacijo in kulturo ter izdatki za obleko in obutev – oboji so v letu 1997 predstavljali nekaj več kot 8 % celotnih porabljenih sredstev. Pri izdatkih za oblačila in obutev je prisoten trend padanja strukturnega deleža (indeks 83), medtem ko je pri izdatkih za rekreacijo in kulturo prisotno rahlo naraščanje strukturnega deleža (indeks 107). Obleka je ena tistih dobrin, ki jo lahko po eni strani uvrstimo med najnujnejše, hkrati pa smo pripravljeni zanjo zapraviti mnogo več, kot je nujno potrebno. Po mojem mnenju se bo strukturni delež izdatkov za rekreacijo in kulturo še povečeval, saj bodo gospodinjstva namenjala večji del sredstev za rekreacijske in kulturne storitve, računalniško opremo in tudi za počitnice, potovanja ter izlete.

Gospodinjstva so najmanj sredstev namenila za izobraževanje (nekoliko manj kot 1 % celotnih porabljenih sredstev), kar je posledica dejstva, da je šolanje financirano iz proračunskih sredstev. Iz podatkov je viden velik padec izdatkov za hotele, kavarne in restavracije iz 5,8 % celotnih porabljenih sredstev na 3,9 % (indeks 67) oziroma za 1,9 odstotne točke, medtem ko se izdatki za različne dobrine in storitve niso bistveno spreminjali in so se gibali okoli 9 % celotnih porabljenih sredstev.

Na področju izdatkov za zdravje in izdatkov za izobraževanje je primerljivost anketnih podatkov gospodinjstev najslabša. Celotna struktura izdatkov gospodinjstev je okrnjena, posledično pa tudi njena primerljivost na mednarodni ravni. Primerljivost anketnih podatkov s področja zdravja je neustrezna tudi zaradi tega, ker so izdatki gospodinjstev za zdravje v veliki meri odvisni predvsem od obstoječega sistema zdravstvenega varstva v državi.

Pri izdatkih za življenjske potrebščine predstavljajo drugi najmanjši delež celotnih porabljenih sredstev izdatki za zdravje. Gospodinjstva so za izdatke za zdravje porabila malo sredstev, saj se je poraba skozi opazovano obdobje gibala med 1,4 % in 1,8 % celotnih porabljenih sredstev.

Pri izdatkih za zdravje ni bilo opaziti velikih sprememb in so v povprečju znašali 1,6 % celotnih porabljenih sredstev gospodinjstev. V letu 2005 je bil največji delež izdatkov za zdravje v celotnih izdatkih za zdravje namenjen za zdravstvene izdelke, naprave in opremo (58,3 %), nekoliko manjši delež so predstavljale zunajbolnišnične storitve (40,9 %) in

gospodinjstva so najmanj namenila za bolnišnične storitve (0,8 %). Gospodinjstva so znotraj zdravstvenih izdelkov, naprav in opreme največji delež namenila zdravilom in drugim farmacevtskim pripravkom (v letu 2001 31,6 % celotnih izdatkov za zdravje in v letu 2005 33,1 %), nekoliko manj za terapevtske naprave in opremo (v letu 2001 25,1 % celotnih izdatkov za zdravje in v letu 2005 23,4 %) in najmanj za druge zdravstvene izdelke. V tej skupini je po eni strani viden porast izdatkov za zdravila in druge farmacevtske pripravke, medtem ko je po drugi strani prisoten padec izdatkov za terapevtske naprave in opremo ter druge zdravstvene izdelke. Največji delež zunajbolnišničnih zdravstvenih storitev so predstavljale zobozdravstvene storitve (v letu 2001 24,3 % celotnih izdatkov za zdravje in v letu 2005 24,9 %), sledile so jim druge zunajbolnišnične storitve (v letu 2001 10,9 % celotnih izdatkov za zdravje in v letu 2005 9,2 %), najmanjši delež pa so predstavljale zdravstvene storitve. Bolnišnične storitve predstavljajo izredno majhen delež znotraj izdatkov za zdravje, saj je velik delež bolnišničnih storitev pokrit iz sredstev OZZ in gospodinjstva redko plačajo za bolnišnične storitve. Iz podatkov je razvidna hitra rast bolnišničnih storitev, saj se je delež v obravnavanem obdobju podvojil, v letu 2001 so znašale 0,4 % celotnih izdatkov za zdravje, medtem ko so v letu 2005 predstavljale 0,8 %.

V opazovanem obdobju devetih let sem zaznala več naraščajočih kot padajočih deležev. Največjo rast v porabljenih sredstvih gospodinjstev so v devetih letih zabeležili drugi izdatki, ki niso del potrošnih sredstev (za 4,4 odstotne točke oziroma indeks 153) in med izdatki za življenjske potrebščine, izdatki za komuniciranje (za 2,4 odstotne točke oziroma indeks 233), medtem ko so največji padec zabeležili izdatki za hrano in brezalkoholne pijače (5,3 odstotne točke oziroma indeks 75). V letu 2004 so prvič največji delež predstavljali izdatki za transport (do leta 2004 so bili na prvem mestu izdatki za hrano in brezalkoholne pijače) in bodo po mojem mnenju v prihodnosti ohranili prvo mesto ter le še povečevali delež.

## 4.2 ANALIZA IZDATKOV ZA ZDRAVSTVO

Kot sem omenila že v drugem poglavju, celotni izdatki za zdravstvo v Sloveniji zajemajo javne izdatke (OZZ, proračunska sredstva države in občin) in zasebne izdatke (PZZ in neposredna plačila iz žepa gospodinjstev). V nadaljevanju opisujem analizo celotnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v obdobju osmih let (2000–2007).

### 4.2.1 Analiza celotnih izdatkov v obdobju 2000–2007

Analiza celotnih izdatkov za zdravstvo temelji na osnovi podatkov iz Priloge 6 in Priloge 7, kjer se vidijo tekoče cene za posamezne postavke in tudi njihovi deleži v BDP. V Prilogi 6 so prikazani podatki za obdobje 2000–2005 v milijardah tolarjev, medtem ko so v Prilogi 7 prikazani podatki za leti 2006 in 2007 v milijonih EUR.

Slovenija je za celotne izdatke za zdravstvo v obdobju 2000–2007 porabila povprečno 8,66 % BDP. Delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP se je do leta 2001 povečeval (9,07 %), v

letu 2002 se je začel zmanjševati in je v letu 2006 znašal 8,55 %. V letu 2007 so bili celotni izdatki za zdravstvo ocenjeni na 2.711,88 milijonov EUR ali 8,17 % BDP. Na osnovi ocene za leto 2007 ne morem sklepati, ali se bo delež celotnih izdatkov za zdravstvo res zmanjševal. Predvidevam, da se bo delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP, v naslednjih letih približeval 8,5 % BDP in se bo kasneje verjetno realno povečal.

#### 4.2.2 Analiza javnih izdatkov v obdobju 2000–2007

Pri analizi javnih izdatkov za zdravstvo so uporabljeni podatki iz Priloge 6, kjer so prikazani podatki za obdobje 2000–2005 v milijardah tolarjev in Priloge 7, ker so prikazani podatki za leto 2006 in 2007 v milijardah EUR. V letu 2007 so javni izdatki za zdravstvo pokrivali 2.050,98 milijonov EUR izdatkov za zdravstvo, kar je po oceni znašalo 6,18 % BDP. Znotraj javnih sredstev je bilo s sredstvi OZZ zbranih 1.942,22 milijonov EUR (po oceni 5,85 % BDP) in s proračunom države ter občin 108,76 milijonov EUR (po oceni 0,33 % BDP). Delež v BDP se je po oceni pri izdatkih za OZZ, glede na predhodno leto, znižal za 0,2 odstotni točki. Delež proračuna države v BDP, je bil po oceni v letu 2007 za 0,06 odstotne točke manjši kot predhodno leto. Največji delež izdatkov za zdravstvo so v letu 2007 predstavljala sredstva OZZ (94,7 % javnih izdatkov za zdravstvo), sledila so proračunska sredstva države (3,9 % javnih izdatkov za zdravstvo), najmanjši delež pa so imeli proračuni občin.

Iz Tabele 3 je razvidno naraščanje deleža javnih izdatkov za zdravstvo v BDP (tako kot celotni izdatki za zdravstvo) do leta 2001, po letu 2001 je vidno padanje.

**Tabela 3:** Delež javnih in celotnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v BDP v obdobju 2000–2007

Leto	Javni delež izdatkov v BDP (%)	Celotni delež izdatkov v BDP (%)
2000	6,95	8,90
2001	7,13	9,07
2002	6,96	8,82
2003	6,94	8,77
2004	6,76	8,52
2005	6,72	8,48
2006	6,46	8,55
2007	6,18	8,17

Opomba:

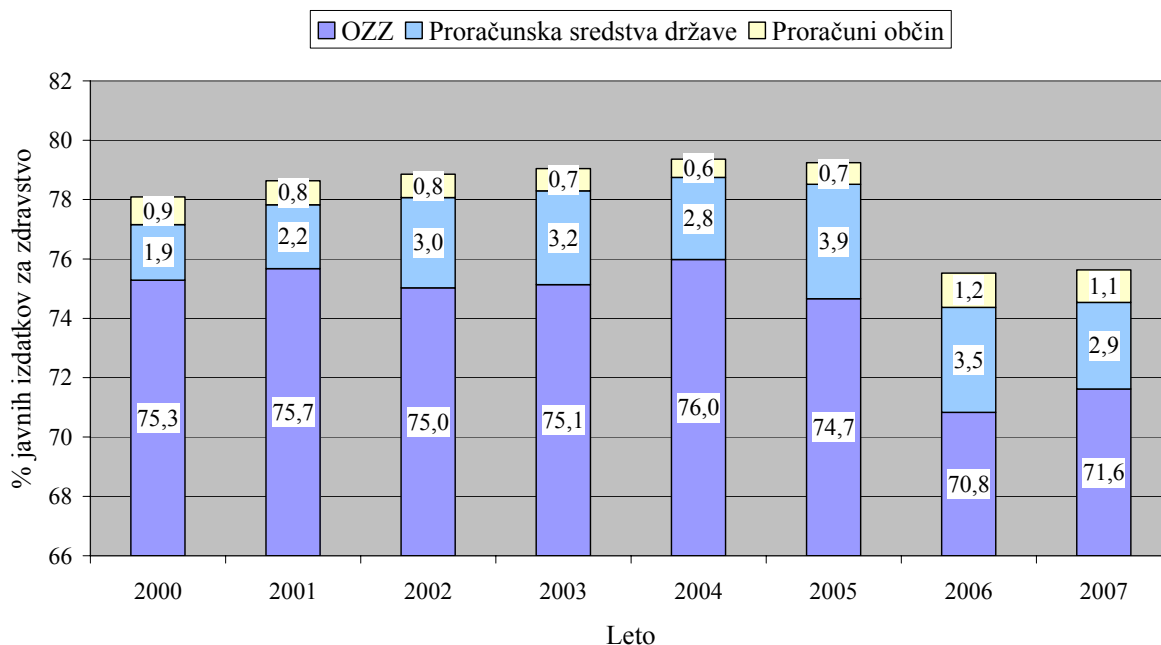
Podatka za leto 2007 sta oceni.

Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2004, 2005, str. 14; Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 15.

Delež javnih izdatkov za zdravstvo v celotnih izdatkih za zdravstvo se znižuje, saj so v letu 2000 javni izdatki za zdravstvo predstavljali 78,1 % celotnih izdatkov za zdravstvo, medtem

ko v letu 2006 le 75,5 %. V letu 2007 so po oceni javni izdatki za zdravstvo predstavljali 75,6 % celotnih izdatkov za zdravstvo (2,5 odstotne točke manj kot v letu 2000). Sredstva OZZ so tudi v letu 2007 predstavljala največji delež javnih izdatkov za zdravstvo (71,6 % celotnih izdatkov za zdravstvo) in njihov delež se je po oceni v osmih letih zmanjšal za 3,7 odstotne točke (glej Sliko 2). Razlog za zmanjševanje deleža sredstev OZZ v BDP (in posledično tudi zmanjševanje deleža javnih izdatkov v BDP) je zaostajanje rasti plač za rastjo BDP. Po eni strani se je realna rast bruto plače na zaposlenega zmanjšala iz 3,2 % v letu 2001 na 2,5 % v letu 2007, medtem ko se je po drugi strani realna rast BDP povečala iz 2,7 % v letu 2001 na 5,8 % v letu 2007 (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 17). Kot je razvidno iz Slike 2, so v letu 2007 proračunska sredstva države in občin predstavljala 4 % celotnih izdatkov za zdravstvo, medtem ko so v letu 2000 znašala le 2,8 % celotnih izdatkov za zdravstvo (povečanje za 1,2 odstotne točke).

**Slika 2:** Delež javnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo v obdobju 2000–2007



Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2004, 2005, str. 14; Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 15; Lastni izračuni.

#### 4.2.3 Analiza zasebnih izdatkov v obdobju 2000–2007

Pri analizi zasebnih izdatkov za zdravstvo so uporabljeni podatki iz Priloge 6, kjer so prikazani podatki za obdobje 2000–2005 v milijardah tolarjev in Priloge 7, ker so prikazani podatki za leto 2006 in 2007 v milijardah EUR. Pomemben delež izdatkov za zdravstvo poleg javnih izdatkov predstavljajo tudi zasebni izdatki. Z zasebnimi izdatki za zdravstvo je bilo po oceni v letu 2007 zbranih 660,9 milijonov EUR, kar je po oceni znašalo 1,99 % BDP. Sredstva zavarovalnic PZZ so v letu 2007 znašala 346,33 milijonov EUR, kar je po oceni znašalo 1,04 % BDP, medtem ko so bila neposredna plačila gospodinjstev ocenjena na 314,57 milijonov EUR ali 0,95 % BDP. Znotraj zasebnih izdatkov za zdravstvo se je delež PZZ v

BDP zniževal iz 1,15 % BDP v letu 2000 na 1,04 % BDP v letu 2004. V letu 2006 se je delež PZZ v BDP povečal na 1,08 % BDP. PZZ so v letu 2007 znašala 346,33 milijona EUR, kar je po oceni znašalo 1,04 % BDP. Po mojem mnenju je delež PZZ v BDP za leto 2007 prenizek in bo prišlo do povečanja, predvsem v smeri povečanja dodatnega PZZ za višji obseg pravic oziroma višjega standarda storitev. Delež neposrednih plačil gospodinjstev v BDP se je do leta 2005 zmanjševal in je v letu 2005 znašal 0,69 % BDP. V letu 2006 so neposredna plačila gospodinjstev v primerjavi s predhodnim letom narasla za 0,32 odstotnih točk (v letu 2006 so znašala 1,01 % BDP). V letu 2007 so bila neposredna plačila gospodinjstev ocenjena na 1,99 % BDP, kar je po mojem mnenju prenizko in bodo dejanska neposredna plačila v letu 2007 znašala več kot 2 % BDP.

Kot je razvidno iz Tabele 4, je bil v letu 2000 delež zasebnih izdatkov za zdravstvo v BDP 1,95 % BDP in se je do leta 2005 postopoma zmanjševal do 1,76 % BDP. V letu 2006 je delež zasebnih izdatkov za zdravstvo v BDP dosegel najvišjo vrednost (2,09 % BDP). Iz ocene za leto 2007 (1,99 % BDP) ne morem z gotovostjo trditi, kako se bo delež zasebnih izdatkov v BDP gibal v prihodnje, vendar se bo po mojem mnenju gibal nad 2 % BDP in se bo le še zviševal. Višji delež zasebnih izdatkov za zdravstvo bo v prihodnje predstavljalo večje breme za gospodinjstva, saj bodo morala zaradi višjih premij PZZ in višjih neposrednih plačil plačati več denarja za zdravstvene storitve.

**Tabela 4:** Delež zasebnih in celotnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v BDP v obdobju 2000–2007

Leto	Zasebni delež izdatkov v BDP (%)	Celotni delež izdatkov v BDP (%)
2000	1,95	8,90
2001	1,94	9,07
2002	1,87	8,82
2003	1,84	8,77
2004	1,76	8,52
2005	1,76	8,48
2006	2,09	8,55
2007	1,99	8,17

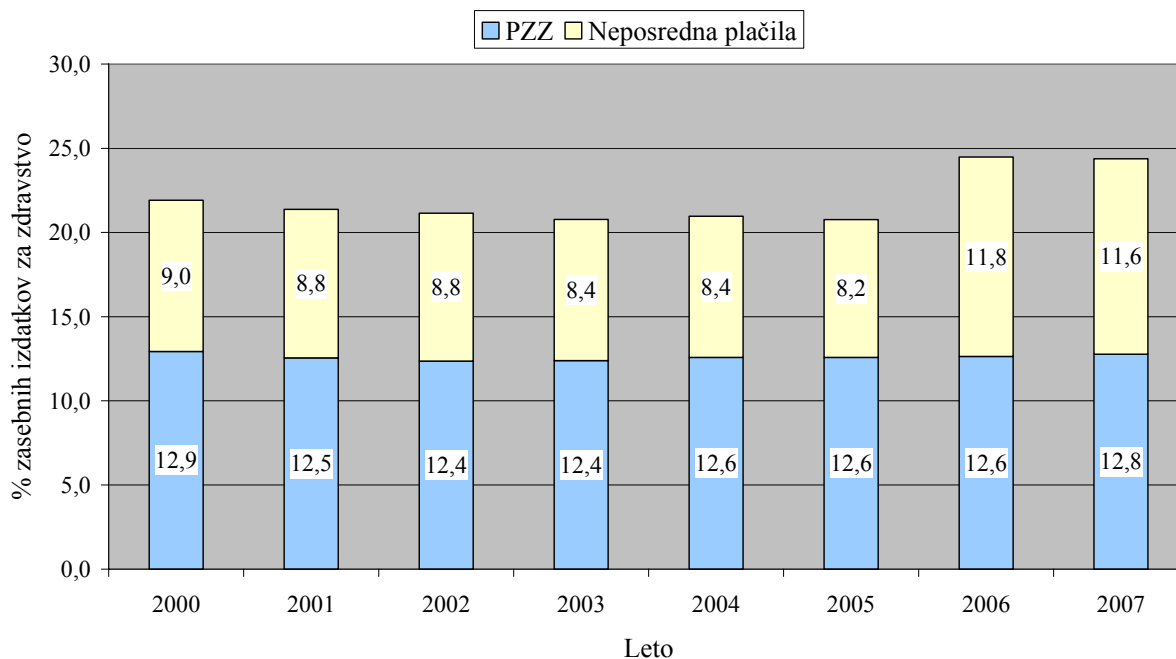
Opomba:

Podatka za leto 2007 sta oceni.

Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2006, 2007, str.13; Lastni izračuni.

Iz Slike 3 na str. 26 je razvidno, da je bil v strukturi celotnih izdatkov za zdravstvo, delež zasebnih izdatkov za zdravstvo v letu 2007 ocenjen na 24,4 % celotnih izdatkov za zdravstvo. V letu 2007 so večji del zasebnih izdatkov za zdravstvo v celotnih izdatkih za zdravstvo prispevala sredstva PZZ (12,8 %) in ocenjena neposredna plačila, ki jih gospodinjstva plačujejo iz lastnega žepa (11,6 %). Znotraj zasebnih izdatkov za zdravstvo je razvidno večanje deleža neposrednih plačil.

**Slika 3:** Delež zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo v obdobju 2000–2007



Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2004, 2005, str. 14; Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 15; Lastni izračuni.

Tabela 5 prikazuje delež PZZ in neposrednih plačil znotraj zasebnih izdatkov za zdravstvo v obdobju 2000–2007. Znotraj zasebnih izdatkov so v letu 2007 po oceni največji delež (dobro polovico) predstavljali izdatki iz PZZ (52,4 % zasebnih izdatkov za zdravstvo), medtem ko so neposredna plačila sestavljala ostali delež (47,6 %). V opazovanem obdobju je opaziti, da so sredstva PZZ do vključno leta 2005 predstavljala ogromen delež (60,6 % zasebnih izdatkov za zdravstvo). Po letu 2005 je opaziti, da se je delež PZZ v letu 2006 zmanjšal za 9 odstotnih točk in je znašal 51,6 % zasebnih izdatkov za zdravstvo. Velik del zasebnih izdatkov se je prevalil na neposredna plačila, ki so v letu 2006 znašala nekaj manj kot polovico zasebnih izdatkov (48,4 %). V letu 2007 so bila neposredna plačila ocenjena na 47,6 % zasebnih izdatkov za zdravstvo, vendar se bo po mojem mnenju delež neposrednih plačil v prihodnosti približeval polovici zasebnih izdatkov.

**Tabela 5:** Delež PZZ in neposrednih plačil znotraj zasebnih izdatkov za zdravstvo v obdobju 2000–2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PZZ	59,0	58,7	58,4	59,1	59,4	60,6	51,6	52,4
Neposredna plačila	41,0	41,3	41,6	40,9	40,6	39,4	48,4	47,6
<b>Skupaj</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2004, 2005, str. 14; Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 15; Lastni izračuni.

Moje mnenje je, bodo v prihodnosti celotni izdatki za zdravstvo naraščali, kar bo posledično vplivalo na povečanje zasebnih izdatkov. Skrajšanje dolgih čakalnih vrst in dobra kakovost

zdravstva bodo možni z višjimi cenami, kar pomeni, da bodo zavarovanci to občutili z višanjem premij PZZ, gospodinjstva pa z višanjem neposrednih plačil.

V Sloveniji bodo v prihodnje potrebne spremembe na področju financiranja zdravstvenega varstva. Potrebno bo doseči ravnovesje med razpoložljivimi finančnimi viri na eni strani in zdravstvenimi storitvami na drugi strani. Javno finančno vzdržnost sistema zdravstvenega varstva bo potrebno zagotoviti z relativno stabilno in umirjeno rastjo celotnih javnih izdatkov za zdravstvo. Javni izdatki za zdravstvo letno ne bodo smeli rasti hitreje kot letna rast BDP. Za obvladovanje izdatkov sistema zdravstvenega varstva bodo potrebni ukrepi, širša ponudba PZZ in ureditev razmerja med javnimi in zasebnimi izdatki (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013, 2008, str. 83).

Slovenija mora zagotoviti finančno vzdržnost zdravstvenega varstva, kar lahko naredi s povečanjem razmerja med javnimi in zasebnimi izdatki za zdravstvo (72,4 : 27,6)<sup>7</sup> v korist zasebnih izdatkov za 1,2 odstotni točki, celotne izdatke za zdravstvo (po metodologiji SHA) je potrebno ohraniti na ravni 8,5 % BDP, javni izdatki za zdravstvo morajo ostati na ravni 6,3 % BDP<sup>8</sup> in realna rast odhodkov OZZ mora biti okoli 4 % letno (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013, 2008, str. 85).

## 5 ANALIZA IZDATKOV ZA ZDRAVSTVO V DRŽAVAH EU

Peto poglavje je razdeljeno na dva dela. V prvem delu opisujem celotne izdatke za zdravstvo v državah EU in znotraj njih tudi javne in zasebne izdatke za zdravstvo. V drugem delu primerjam izdatke za zdravstvo v Sloveniji in državah EU.

### 5.1 ANALIZA CELOTNIH IZDATKOV ZA ZDRAVSTVO V DRŽAVAH EU

Sistem financiranja zdravstva (prek proračuna ali socialnih sistemov zdravstvenih zavarovanj) ne vpliva na delež izdatkov za zdravstvo v BDP. V Tabeli 6 na str. 28 so prikazani deleži celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP v državah EU v letu 2000 in 2005. V letu 2000 sta imeli celotne izdatke za zdravstvo v BDP nad 10 % BDP le Nemčija 10,3 % BDP in Avstrija 10 % BDP. Velik delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP v letu 2005 so imele Francija (11,1 %), Nemčija (10,7 %), Avstrija (10,2 %), Belgija (10,2 %), Nemčija (10,2 %), Portugalska (10,2 %) in Grčija (10,1 %). Najnižji delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP so imele v letu 2005 Poljska (6,2 %), Slovaška (7,1 %) in Češka republika (7,2 %).

Dejstvo, ki kaže na obremenitev zdravstvenega sistema, je, da je delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP v obdobju petih let (2000–2005) v državah EU v povprečju narasel za 1

<sup>7</sup> Po podatkih ZZZS je bilo v letu 2007 razmerje med javnimi in zasebnimi izdatki ocenjeno na 75,6 : 24,4.

<sup>8</sup> Po podatkih ZZZS so bili v letu 2007 ocenjeni na 6,18 % BDP, medtem ko so bili v letu 2006 6,46 % BDP.



odstotno točko, kar je tudi razvidno iz Tabele 6. Celotni izdatki za zdravstvo bodo v prihodnosti še naraščali. V naslednjih letih je pričakovati še povečevanje deleža celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP, kar bo predstavljalo večjo obremenitev za prebivalstvo oziroma gospodinjstva (pritisk na zasebne izdatke za zdravstvo) in manjšo obremenitev na javne izdatke za zdravstvo.

**Tabela 6:** Delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP v državah EU v letu 2000 in 2005

	2000	2005
Avstrija	10,00	10,20
Belgija	8,70	10,20
Češka republika	6,50	7,20
Danska	8,30	9,10
Finska	6,50	7,60
Francija	9,60	11,10
Grčija	9,30	10,10
Islandija	9,30	9,60
Irski	6,30	7,50
Italija	8,00	8,90
Luksemburg <sup>1</sup>	5,80	8,30
Nemčija	10,30	10,70
Nizozemska <sup>2</sup>	7,90	8,80
Norveška	8,40	9,10
Madžarska <sup>1</sup>	6,90	8,10
Poljska	5,60	6,20
Portugalska	8,80	10,20
Slovaška	5,50	7,10
Španija	7,20	8,30
Švedska	8,40	9,10
Velika Britanija	7,30	8,30

Opombi:

<sup>1</sup> Podatka za leto 2005 sta oceni iz leta 2004.

<sup>2</sup> Podatek za leto 2005 je podatek iz leta 2002.

Vir: OECD Health Data 2007, 2008.

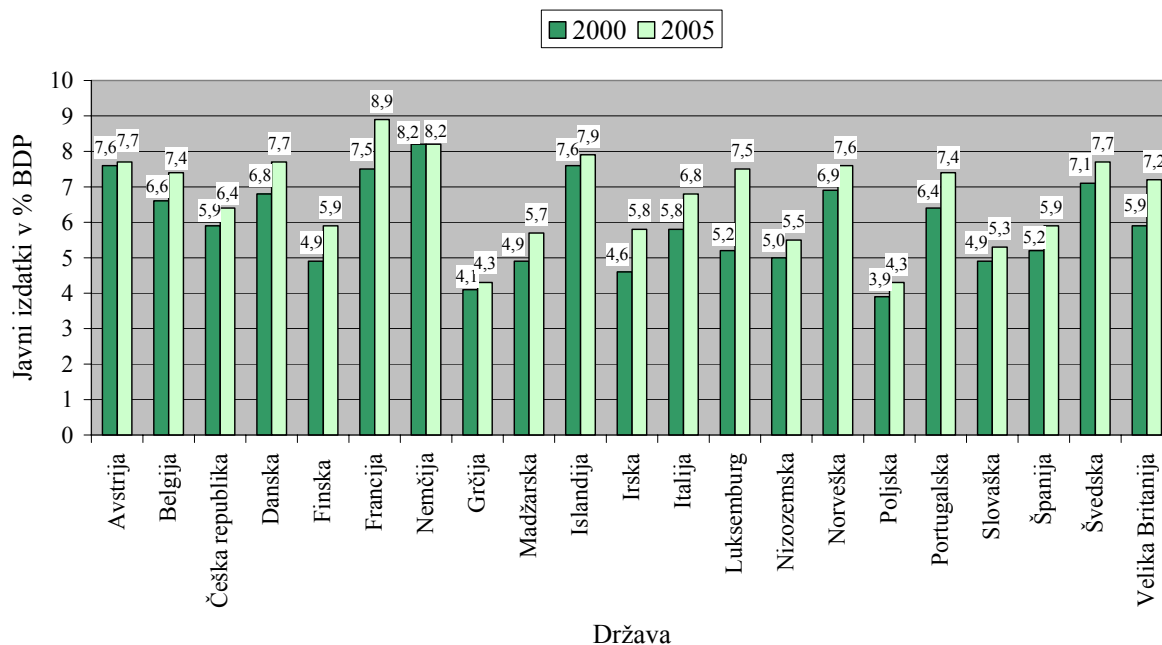
### 5.1.1 Analiza javnih izdatkov za zdravstvo v državah EU

Financiranje javnih sistemov zdravstvenega varstva je v državah EU različno. V grobem prevladujeta dva tipa, prvi je skoraj v celoti financiran preko davkov (iz proračunskih sredstev države), medtem ko je drugi financiran prek socialnih premij (iz socialnih zavarovanj).

Na Sliki 4 na str. 29 so v dveh stolpcih prikazani deleži javnih izdatkov za zdravstvo v državah EU v letu 2000 in 2005. Pri večini držav EU je v šestih letih razvidno povečanje deleža javnih izdatkov v BDP. Do povečanja deleža javnih izdatkov za zdravstvo v BDP ni prišlo v Nemčiji, saj je delež ostal na isti ravni (8,2 %). Najvišji delež javnih izdatkov za

zdravstvo v BDP je imela v letu 2005 Francija (8,9 %), sledili sta ji Nemčija (8,2 %) in Islandija (7,9 %). Najnižji delež javnih izdatkov v BDP v letu 2005 sta imeli Grčija (4,3 %) in Poljska (4,3 %).

**Slika 4:** Delež javnih izdatkov za zdravstvo v BDP v državah EU v letu 2000 in 2005



Opomba:

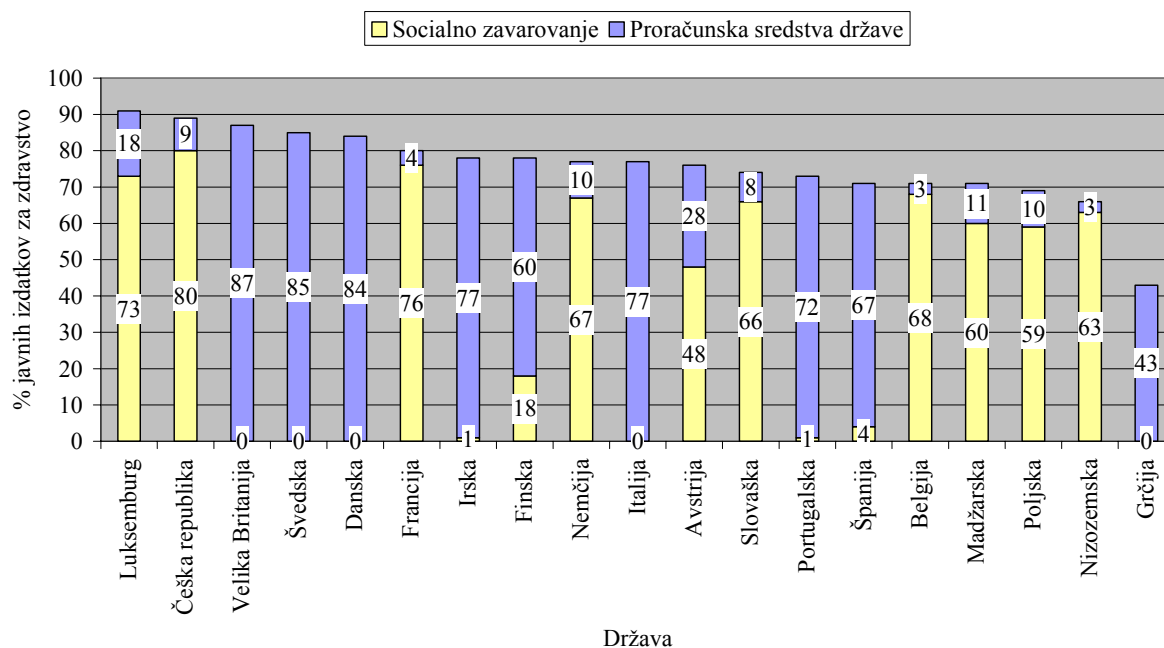
Podatka za leto 2005 sta za Luksemburg in Madžarsko ocenili iz leta 2004, medtem ko je za Nizozemsko podatek za leto 2005 iz leta 2002.

Vir: OECD Health Data 2007, 2008.

V večini držav EU se je delež javnih izdatkov za zdravstvo v letu 2005 gibal med 70 % in 90 % celotnih izdatkov za zdravstvo. Podatki iz Slike 5 na str. 30 prikazujejo, da sta imela najvišji delež javnih izdatkov za zdravstvo v celotnih izdatkih za zdravstvo v letu 2005 Luksemburg 91 % in Češka republika 89 %. Znotraj javnih izdatkov sta imeli obe državi večji delež iz socialnega zavarovanja (Luksemburg 73 % celotnih izdatkov za zdravstvo in Češka republika 80 %) in le manjši del iz proračunskih sredstev države. Velik delež socialnega zavarovanja v celotnih izdatkih za zdravstvo so imele še Francija (76 %), Belgija (68 %), Nemčija (67 %), Slovaška (66 %) in Nizozemska (63 %). Najmanjši delež javnih izdatkov v celotnih izdatkih so imele v letu 2005 Poljska (69 %), Nizozemska (66 %) in Grčija (43 %).

V visoko reguliranih zdravstvenih sistemih so imele v letu 2005 države EU velik delež javnih izdatkov za zdravstvo (od 80 do 90 % celotnih izdatkov za zdravstvo) (Knavs, 2008, str. 2) in socialno zavarovanje v teh državah ni prisotno oziroma predstavlja izredno majhen delež v javnih izdatkih za zdravstvo. Tako so nekatere države EU v letu 2005 vse javne izdatke za zdravstvo financirale iz državnega proračuna. Kot je razvidno iz Slike 5 na str. 30, so javni izdatki za zdravstvo predstavljali v Veliki Britaniji 87 % celotnih izdatkov za zdravstvo, na Švedskem 85 %, na Danskem 84 %, v Italiji in na Irskem 77 % ter na Portugalskem 72 %.

**Slika 5:** Delež javnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo v državah EU v letu 2005



Vir: OECD Health Data 2007, 2008.

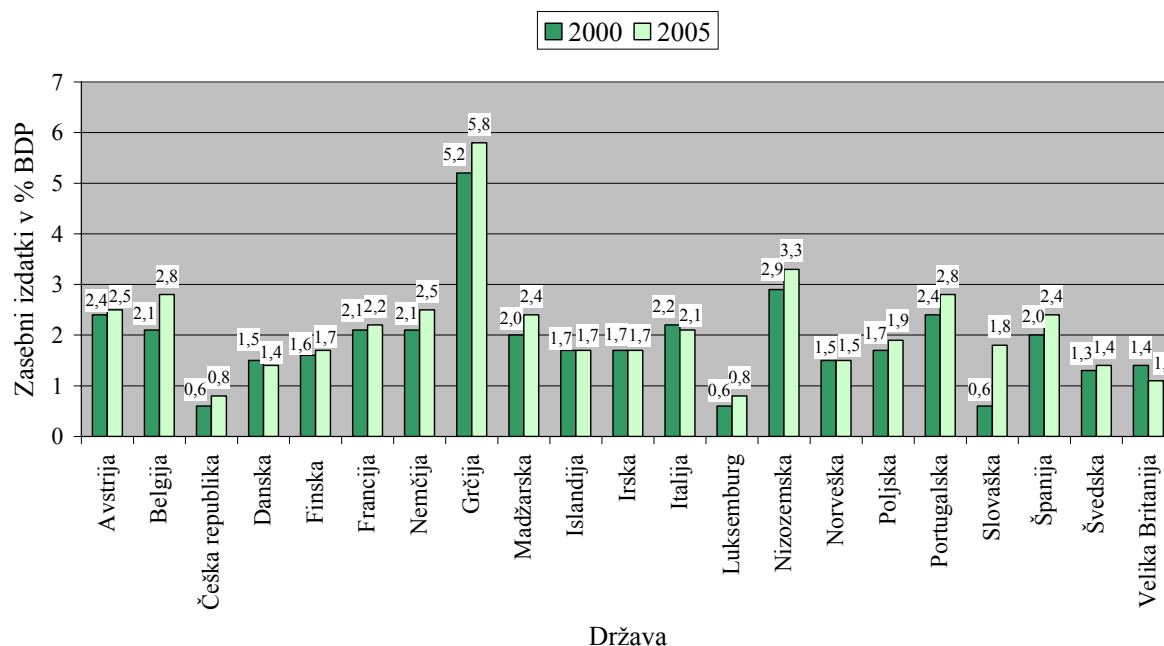
Države EU so se iz javnih izdatkov za zdravstvo v letu 2005 financirale različno. V grobem prevladujejo trije tipi financiranja, prvi je financiran iz socialnega zavarovanja, drugi iz proračunskih sredstev države in tretji je kombinacija socialnega zavarovanja ter proračunskih sredstev države.

### 5.1.2 Analiza zasebnih izdatkov za zdravstvo v državah EU

Slika 6 na str. 31 prikazuje deleže zasebnih izdatkov za zdravstvo v BDP v državah EU v letih 2000 in 2005. Iz Slike 6 na str. 31 je razvidno, da se je delež zasebnih izdatkov za zdravstvo v večini držav EU povečeval in je v letu 2005 v povprečju znašal 2,1 % BDP. Na isti ravni kot leta 2000 je delež zasebnih izdatkov za zdravstvo v BDP ostal v Islandiji, na Irskem in na Norveškem, medtem ko je v Italiji in Veliki Britaniji nekoliko padel. Delež zasebnih izdatkov za zdravstvo v BDP se je v državah EU v letu 2005 gibal med 0,6 % (v Češki republiki in na Slovaškem) in 5,8 % BDP (v Grčiji).

Iz Slike 6 na str. 31 je razvidno, da je najnižji delež zasebnih izdatkov za zdravstvo imela v letu 2000 Slovaška (0,6 % BDP), vendar se je v letu 2005 delež povečal na 1,8 % BDP, kar je predstavljalo največje povečanje deleža vseh držav EU.

**Slika 6:** Delež zasebnih izdatkov za zdravstvo v BDP v državah EU v letu 2000 in 2005



Opomba:

Podatka za leto 2005 sta za Luksemburg in Madžarsko oceni iz leta 2004, medtem ko je za Nizozemsko podatek za leto 2005 iz leta 2002.

Vir: OECD Health Data 2007, 2008.

Deleži zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo so se v večini držav EU v letu 2005 gibali med 10 in 30 % celotnih izdatkov za zdravstvo. Iz Slike 7 na str. 32 je razvidno, da je daleč največji delež zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo v letu 2005 zabeležila Grčija (57 %). Nad 25 % zasebnih izdatkov za zdravstvo so imele Nizozemska, Belgija in Španija (vse tri države po 28 %), Poljska (27 %) in Portugalska (26 %). Najmanjši delež zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo so imeli Luksemburg (8 %), Češka republika (11 %), Velika Britanija (13 %), Švedska (16 %) in Danska (16 %).

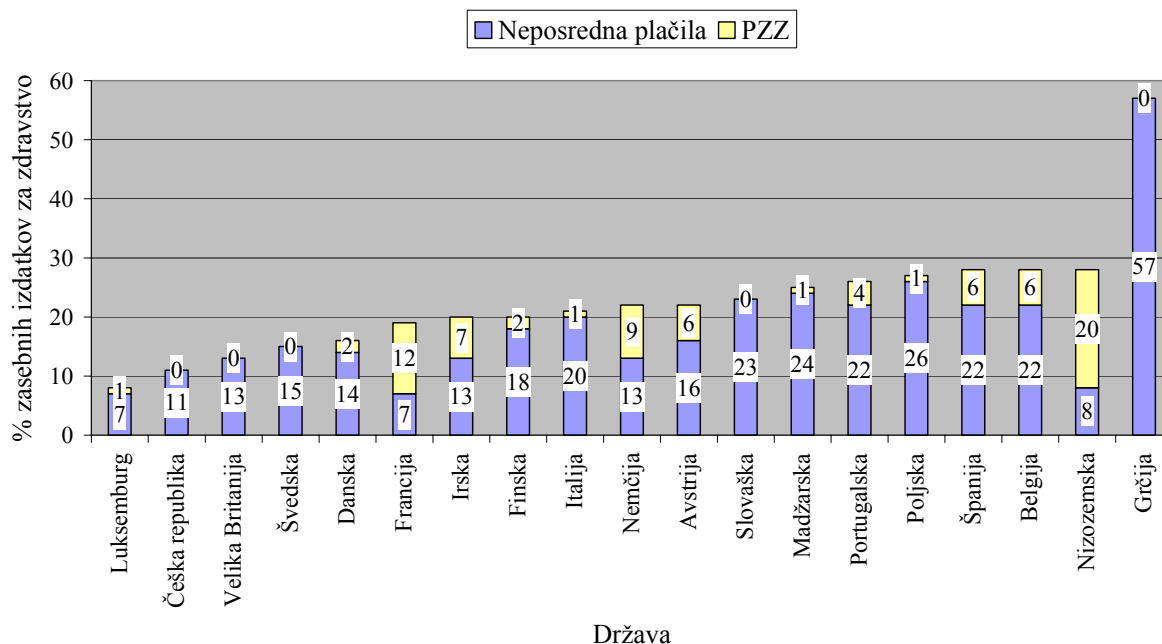
Delež PZZ v celotnih izdatkih za zdravstvo je v državah EU različen, saj pri financiranju zdravstvenega varstva v državah EU ne igra dominantne vloge. Razlog je zgolj zgodovinski, saj so bile vlade evropskih držav osredotočene na zagotavljanje osnovnih pravic državljanom, ki so bile zagotovljene s socialnim zdravstvenim zavarovanjem (Mossialos et al., 2002, str. 128). Slika 7 na str. 32 prikazuje, da se je delež PZZ v letu 2005 v povprečju gibal pod 10 % celotnih izdatkov za zdravstvo. Večji delež PZZ v celotnih izdatkih za zdravstvo je bil v letu 2005 zabeležen le na Nizozemskem (20 %) in v Franciji (12 %).

Visok delež PZZ je prisoten v državah EU z razvitim nadomestnim zavarovanjem (Nemčija in Nizozemska) in v državah, kjer je bilo uvedeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje (Šik, 2003, str. 112). Delež PZZ v celotnih izdatkih za zdravstvo ostaja v večini držav EU zelo majhen in tudi znakov, da bi ga države EU želele povečevati, ni. Majhen delež PZZ lahko pojasnim z obsežnejšimi javnimi zdravstvenimi pravicami. Oblike PZZ ne poznajo v Grčiji,

Češki republiki, Veliki Britaniji, na Slovaškem in Švedskem, kjer celotne zasebne izdatke za zdravstvo pridobijo z neposrednimi plačili.

Iz Slike 7 je razvidno, da je največji delež neposrednih plačil v celotnih izdatkih za zdravstvo v letu 2005 zabeležila Grčija (57 %), sledile so ji Poljska (26 %), Madžarska (24 %) in Slovaška (23 %).

**Slika 7:** Delež zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo v državah EU v letu 2005



Vir: OECD Health Data 2007, 2008.

Tabela 7 na str. 33 in Tabela 8 na str. 33 prikazujeta deleže neposrednih plačil in PZZ znotraj zasebnih izdatkov za zdravstvo v letu 2005 v državah EU. Znotraj zasebnih izdatkov za zdravstvo neposredna plačila v večini držav EU predstavljajo več kot polovico zasebnih izdatkov za zdravstvo. Izjemi v letu 2005 sta bili Nizozemska (neposredna plačila so pokrivala 28,6 % zasebnih izdatkov za zdravstvo in PZZ 71,4 %) in Francija (neposredna plačila so pokrivala 36,8 % zasebnih izdatkov za zdravstvo in PZZ 63,2 %). Nad 95 % neposrednih plačil znotraj zasebnih izdatkov za zdravstvo so imele v letu 2005 Italija, Madžarska, Poljska, Češka republika, Grčija, Slovaška, Švedska in Velika Britanija.

Plačila gospodinjstev neposredno iz žepa ljudi zmanjšujejo pravičnost pri pridobivanju in razporejanju sredstev za zdravstvo, kar prizadene predvsem ljudi z nizkimi dohodki. Neposredna plačila ostajajo zelo razširjen instrument zdravstvene politike in bodo po mojem mnenju v prihodnje imela izredno pomembno vlogo, saj bo pritisk na celoten zdravstveni sistem najbolj vplival na zasebne izdatke za zdravstvo in posledično na neposredna plačila.

**Tabela 7:** Delež neposrednih plačil in PZZ znotraj zasebnih izdatkov za zdravstvo v letu 2005 v tistih državah EU, kjer so bila neposredna plačila manjša od 85 % zasebnih izdatkov

	Nizozemska	Francija	Nemčija	Irska	Avstrija	Belgija	Španija	Portugalska
Neposredna plačila	28,6	36,8	59,1	65,0	72,7	78,6	78,6	84,6
PZZ	71,4	63,2	40,9	35,0	27,3	21,4	21,4	15,4
<b>Skupaj</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Vir: OECD Health Data 2007, 2008; Lastni izračuni.

**Tabela 8:** Delež neposrednih plačil in PZZ znotraj zasebnih izdatkov za zdravstvo v letu 2005 v tistih državah EU, kjer so bila neposredna plačila večja od 85 % zasebnih izdatkov

	Danska	Luksemburg	Finska	Italija	Madžarska	Poljska	Češka republika	Grčija	Slovaška	Švedska	Velika Britanija
Neposredna plačila	87,5	87,5	90,0	95,2	96,0	96,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
PZZ	12,5	12,5	10,0	4,8	4,0	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Skupaj</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Vir: OECD Health Data 2007, 2008; Lastni izračuni.

Kljub nenehnemu povečevanju zasebnih izdatkov v financiranju zdravstva v državah EU še vedno prevladujejo javni izdatki za zdravstvo, saj je delež zasebnih izdatkov za zdravstvo bistveno manjši. Po mojem mnenju bodo zasebni izdatki za zdravstvo v prihodnje še naraščali in posebej se bo povečal pritisk na gospodinjstva, saj se bodo višala neposredna plačila in v državah, kjer je prisotno PZZ, bodo zavarovalne premije višje.

## 5.2 PRIMERJAVA IZDATKOV ZA ZDRAVSTVO V SLOVENIJI IN DRŽAVAH EU

V nadaljevanju primerjam izdatke za zdravstvo v Sloveniji in državah EU.

Slovenija je imela v letu 2004 delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP nad evropskim povprečjem (EU 27 8,2 % BDP, Slovenija 8,48 % BDP<sup>9</sup>), vendar je bila ena redkih držav EU, ki se ji je delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP zniževal (Knavs, 2008, str. 2), saj se je delež v državah EU v BDP povečeval. V letu 2005 se je delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP v državah EU gibal med 6,2 % BDP (Poljska) do dobrih 11 % BDP (Francija) in s

<sup>9</sup> Po podatkih ZZZS so v letu 2004 celotni izdatki za zdravstvo v % BDP znašali 8,52 %.

temi razmerji se je Slovenija uvrstila v sredino lestvice držav EU, saj so celotni izdatki za zdravstvo znašali 8,5 % BDP.

Iz Slike 2 na str. 24 je razvidno, da je velik delež celotnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v letu 2005 (podobno kot v državah EU) črpal iz javnih sredstev (79,3 %). Znotraj javnih sredstev so največji delež predstavljala sredstva OZZ (74,7 % celotnih izdatkov za zdravstvo), medtem ko so državni in občinski proračun prispevali le 4,6 % celotnih izdatkov za zdravstvo. V državah EU je bila struktura javnih izdatkov različna. Iz Slike 5 na str. 30 je razvidno, da je bilo socialno zavarovanje v letu 2005 nad 70 % celotnih izdatkov za zdravstvo prisotno v Češki republiki, Franciji in Luksemburgu, medtem ko so proračunska sredstva države predstavljala velik delež celotnih izdatkov za zdravstvo v Veliki Britaniji, na Švedskem, Danskem, Irskem in v Italiji. Pri strukturi javnih izdatkov za zdravstvo se Slovenija lahko primerja s Francijo, ki je v letu 2005 pokrila iz socialnega zavarovanja 76 % celotnih izdatkov za zdravstvo in 4 % iz proračunskih sredstev države, kar je tudi razvidno iz Slike 5 na str. 30.

Kot prikazujejo podatki iz Slike 3 na str. 26 so zasebni izdatki za zdravstvo v letu 2005 v Sloveniji predstavljali 20,8 % celotnih izdatkov za zdravstvo (od tega PZZ 12,6 % in neposredna plačila gospodinjstev 8,2 %). Slika 7 na str. 32 prikazuje deleže zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo v državah EU v letu 2005, ki je bil v večini držav EU nad 20 % celotnih izdatkov za zdravstvo, pri čemer so bile izjeme Luksemburg, Češka republika, Velika Britanija, Švedska, Danska in Francija. Izmed vseh držav EU je pri zasebnih izdatkih za zdravstvo v letu 2005 izstopala Grčija, saj so 57 % celotnih izdatkov za zdravstvo predstavljala neposredna plačila gospodinjstev.

Ko primerjamo Slovenijo z državami EU, ugotovimo, da so neposredni izdatki gospodinjstev nizki. Kot je razvidno iz Slike 3 na str. 26, je delež neposrednih plačil v letu 2005 znašal 8,2 % celotnih izdatkov za zdravstvo, kar je posledica sistema dopolnilnega PZZ v Sloveniji, saj je vanj vključena večina zavarovancev (delež PZZ je znašal 12,6 % celotnih izdatkov za zdravstvo). Pri primerjavi deleža zasebnih izdatkov za zdravstvo v celotnih izdatkih za zdravstvo je bila Slovenija v letu 2005 najbližje Franciji, saj je bila razporeditev sredstev znotraj zasebnih izdatkov za zdravstvo podobna v Sloveniji, in sicer so v Franciji za PZZ namenili 12 % celotnih sredstev za zdravstvo in za neposredna plačila 7 %, kar je razvidno iz Slike 7 na str. 32.

Delež neposrednih plačil gospodinjstev v strukturi zasebnih izdatkov za zdravstvo je bil v Sloveniji v letu 2005, v primerjavi z državami EU, nizek, saj je, kot je razvidno iz Tabele 5 na str. 26, v strukturi zasebnih izdatkov predstavljal 39,4 % zasebnih izdatkov za zdravstvo. V državah EU so v letu 2005 neposredna plačila predstavljala več kot 70 % zasebnih izdatkov za zdravstvo, kar prikazujejo podatki iz Tabele 7 na str. 33 in Tabele 8 na str. 33. Tudi v Sloveniji je v prihodnjih letih pričakovati naraščanje deleža neposrednih plačil gospodinjstev, ki bo po mojem mnenju kmalu predstavljal več kot polovico zasebnih izdatkov.

Pri primerjanju izdatkov za zdravstvo v državah EU je potrebno poznati razlike med sistemi posameznih držav in izhajati iz mednarodno primerljive metodologije, ki je otežena zaradi številnih metodoloških problemov. Na osnovi mednarodno primerljive metodologije je mogoče oceniti vse izdatke za posamezne namene porabe v zdravstvu, kar že uporablja večina članic EU. Pri primerjavi je potrebno upoštevati, da je del izdatkov v strukturi trošenja neodvisen od razvitosti gospodarstva.

V Prilogi 8 so za Slovenijo zaradi boljše primerljivosti podatkov upoštevani podatki v skladu z metodologijo SHA, ki ne upošteva izdatkov za denarna nadomestila, vendar vključuje dodatek za pomoč in postrežbo (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 15). Slovenija je v letu 2005 za zdravstveno varstvo na prebivalca namenila 1.201 EUR v tekočih cenah, od tega iz javnih sredstev 870 EUR in iz zasebnih sredstev 331 EUR, kar je več kot so imele Češka republika, Madžarska, Slovaška in Poljska in manj od ostalih držav EU. Preračun porabe po metodi paritete kupne moči (v nadaljevanju PPP<sup>10</sup>) na prebivalca je v letu 2005 v Sloveniji prikazal višjo vrednost sredstev za zdravstvo 1.659 EUR, od tega so javna sredstva znašala 1.202 EUR in zasebna 457 EUR. Po porabi celotnih izdatkov za zdravstvo na prebivalca (preračun porabe po metodi PPP) Slovenijo lahko v letu 2005 primerjam s Portugalsko (1.643 EUR), Španijo (1.821 EUR) in Finsko (1.882 EUR). Pri primerjavi sredstev za zdravstvo je potrebno upoštevati temeljne značilnosti posameznih zdravstvenih sistemov in obseg pravic, ki jih ti zagotavljajo upravičencem.

Najvažnejši faktor, ki pojasnjuje razlike med državami, je višina BDP. To pomeni, da lahko vsaka država z razvojem pričakuje povečevanje deleža celotnih izdatkov za zdravstvo, in sicer po višji stopnji kot je rast BDP. Kot posledica naraščajočih zdravstvenih izdatkov se bosta postavili vprašanji nujnosti varčevanja in povečanje deleža neposrednih plačil. Pri višjem BDP prebivalstvo lažje plača nadstandard v zdravstvu, vendar se z višanjem BDP višajo tudi cene zdravstvenih storitev, saj gre za individualne storitve oziroma obravnavo bolnika. Varčevanje bo možno doseči na dva načina, in sicer s povečevanjem učinkovitosti porabe zbranih sredstev in z zmanjševanjem obsega zdravstvenih pravic iz OZZ.

## SKLEP

Vloga PZZ je pomembna zaradi večjega poudarka na odgovornosti posameznika, izvajalcev zdravstvenih storitev in težav pri pridobivanju virov financiranja, ko je gospodarstvo v recesiji. Primerjava PZZ v državah EU s Slovenijo kaže na poglobljene razlike v vsebini zavarovanja. Za države EU sta značilni dve vrsti PZZ. Prvo je dodatno PZZ, ki je namenjeno hitrejšemu dostopu do zdravstvenih storitev in večjo izbiro zdravstvenih storitev, drugo je nadomestno PZZ, ki ponuja celovito zavarovanje. Za Slovenijo je značilno dopolnilno PZZ, v

---

<sup>10</sup> Angl. purchasing power parity.



katero so zavarovanci praktično prisiljeni, saj imajo v nasprotnem primeru lahko visoka doplačila.

Najpomembnejša javna zdravstvena sistema v državah EU sta model socialnega zdravstvenega varstva, ki izhaja iz zavarovalniških načel in model nacionalnega zdravstvenega varstva, kjer financiranje poteka preko davkov. Države EU imajo večinoma mešane zdravstvene sisteme.

Financiranje zdravstvenega varstva v Sloveniji poteka preko javnih sredstev (prispevki OZZ in proračunska sredstva države in občin) in zasebnih sredstev (prispevki PZZ in neposredna plačila prebivalcev iz žepa). Podatek, ki je za Slovenijo zaskrbljujoč, je, da je v letu 1990 vsak aktiven prebivalec vzdrževal približno 0,9 neaktivnega prebivalca, medtem ko je v letu 2005 vsak aktiven prebivalec vzdrževal že 1,5 neaktivnega prebivalca, kar pomeni veliko obremenitev aktivnega prebivalstva pri vzdrževanju zdravstvene varnosti.

Pri celotni potrošnji povprečnega gospodinjstva so največjo rast v porabljenih sredstvih gospodinjstev v devetih letih zabeležili drugi izdatki, ki niso del potrošnih sredstev in izdatki za komuniciranje, medtem ko so največji padec zabeležili izdatki za hrano in brezalkoholne pijače. Prva pomembna sprememba se je pojavila v letu 2004, ko so prvič največji delež predstavljali izdatki za transport (do leta 2004 so bili na prvem mestu izdatki za hrano in brezalkoholne pijače) in bodo po mojem mnenju v prihodnosti ohranili prvo mesto in le še povečevali delež. Pri izdatkih za zdravje v opazovanem obdobju ni bilo opaziti velikih sprememb in tudi v celotni potrošnji gospodinjstev so predstavljali majhen delež v porabljenih sredstvih.

Kljub nenehnemu povečevanju zasebnih izdatkov v financiranju zdravstva v državah EU še vedno prevladuje javno financiranje, saj je delež zasebnih izdatkov za zdravstvo bistveno manjši. Po mojem mnenju bodo zasebni izdatki za zdravstvo v prihodnje naraščali, še posebej se bo večal pritisk na gospodinjstva. Skrajšanje dolgih čakalnih vrst in dobra kakovost zdravstva bodo možni z višjimi cenami, kar se bo pokazalo v pritisku na gospodinjstva z višanjem premij PZZ in v neposrednih plačilih.

Slovenija je imela v letu 2004 delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP nad evropskim povprečjem, vendar je bila ena redkih držav EU, v kateri se je delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP zniževal. V letu 2005 se je delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP v državah EU gibal med 6,2 % BDP (Poljska) do dobrih 11 % BDP (Francija) in s temi razmerji se je Slovenija (8,5 % BDP) uvrstila v sredino lestvice držav EU.

Velik delež celotnih izdatkov za zdravstvo se je v Sloveniji v letu 2005 (podobno kot v državah EU) črpal iz javnih sredstev. Javna sredstva so sestavljala sredstva OZZ in državni ter občinski proračuni. V državah EU je bila struktura javnih izdatkov različna. Pri strukturi javnih izdatkov za zdravstvo se Slovenija lahko primerja s Francijo.

V primerjavi Slovenije z državami EU so neposredni izdatki gospodinjstev nizki, kar je posledica sistema dopolnilnega PZZ v Sloveniji, saj je vanj vključena večina zavarovancev. Pri primerjavi deleža zasebnih izdatkov za zdravstvo v celotnih izdatkih za zdravstvo je bila Slovenija v letu 2005 najbližje Franciji, saj je bila razporeditev sredstev znotraj zasebnih izdatkov za zdravstvo podobna. Delež neposrednih plačil gospodinjstev v strukturi zasebnih izdatkov za zdravstvo je bil v Sloveniji v letu 2005 v primerjavi z državami EU nizek. V državah EU so v letu 2005 neposredna plačila predstavljala več kot 70 % zasebnih izdatkov za zdravstvo, medtem ko v Sloveniji slabih 40 %. Tudi v Sloveniji je v prihodnjih letih pričakovati naraščanje deleža neposrednih plačil gospodinjstev, po mojem mnenju bo kmalu predstavljal več kot polovico zasebnih izdatkov.

Naraščajoči izdatki za zdravstvo predstavljajo grožnjo financiranju zdravstvenega varstva in posledično tudi njegovi finančni stabilnosti, saj se delež BDP za zdravstvo letno hitro povečuje in izdatki v sistemu naraščajo hitreje od rasti BDP. Za svoje zdravje bomo morali posamezniki skrbeti celo življenjsko obdobje, saj bomo s tem vsaj delno preprečili zdravstvene probleme.

## LITERATURA

1. Albreht Tit: Zasebnitvo v različnih zdravstvenih sistemih. Zdravniški vestnik, Ljubljana, (2005), 7/8, str. 464–465.
2. Albreht Tit: Zdravje v Sloveniji 2003: Preskrbljenost z zdravstvenim varstvom na primarni ravni 1993–2002. Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005a. 135 str.
3. Česen Marjan: Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1998. 90 str.
4. Economic Accounts of the European Union 1998. Panorama of the European Union. Luxemburg : Eurostat, 1999. 215 str.
5. Kalčič Vesna: Duševni infarkt na delovnem mestu ali kaj lahko storimo proti izgorevanju. Dnevnik, Ljubljana, 12. 4. 2008, str. 24.
6. Keber Dušan et al.: Zdravstvena reforma. Pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost. Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2003. 348 str.
7. Knavs Nina: »Najbogatejše« zdravstvo ni nujno najučinkovitejše. Dnevnikov objektiv (priloga Dnevnika), Ljubljana, 1. 3. 2008, str. 2.
8. Korošec Romana: Izzivi obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2003. 88 str.
9. Kornai Janos, Eggleston Karen: Welfare, choice and solidarity in transition. Cambridge, New York : Cambridge University Press, 2001. 365 str.
10. Košir Franc: Financiranje zdravstvenega varstva: javno–zasebno. Zdravniški vestnik, Ljubljana, (2005), 7/8, str. 460–461.
11. Magrabi Frances M. et al.: The Economics of Households Consumption. New York : Praeger Publishers, 1991. 278 str.
12. Marn Stane: Izdatki in viri za financiranje zdravstva, Slovenija. Ljubljana : Statistični urad RS, 2007. 3 str.
13. Mekina Borut: Socialna država v pastih. Mladina, Ljubljana, 25. 1. 2008, str. 22.
14. Mossialos Elias et al.: Funding health care: Options for Europe. Buckingham, Philadelphia : Open University Press, 2002. 309 str.
15. Normand Charles, Weber Axel: Social Health Insurance. A Guidebook for Planning. Geneva : World Health Organization, 1994. 136 str.
16. Orosz Eva: The OECD system of health accounts and the US national health account: Improving connections through shared experiences. Baltimore : Centers for Medicare & Medicaid Services, 2005. 32 str.
17. Roemer Milton: National Health Systems of the World. New York : Oxford University Press, 1993. 356 str.
18. Šik Alenka: Značilnosti trga prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU in možni vplivi v Sloveniji. Zbornik 10. dnevv slovenskega zavarovalništva. Ljubljana : Slovensko zavarovalno združenje, 2003, str. 107–127.
19. Toth Martin: Koriščenje zdravstvenih storitev po življenjskih obdobjih, zlasti po 65. letu starosti. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 10(2004), 73, str. 731–733.

20. Toth Martin: Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003. 524 str.
21. Tršelič Ana: Analiza obnašanja gospodinjestev v Sloveniji v obdobju 1997–2002 (na podlagi podatkov APG). Delovni zvezek (8/2001). Ljubljana : Urad RS za makroekonomske analize in razvoj, 2001. 63 str.
22. Ziherl Slavko: Vlada nima strategije razvoja zdravstvenega varstva. Dnevnik, Dnevnikov objektiv (priloga Dnevnika), Ljubljana, 16. 2. 2008, str. 28.

## VIRI

1. Economic Accounts of the European Union 1998. Panorama of the European Union. Luxemburg : Eurostat, 1999. 215 str.
2. Letno poročilo AZN za leto 2005. Ljubljana : AZN, 2006. 47 str.
3. Letno poročilo AZN za leto 2006. Ljubljana : AZN, 2007. 40 str.
4. OECD Health Data 2007. Paris. [URL: <http://www.oecd.org/document/>], 02.02.2008.
5. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2004. Ljubljana : ZZZS, 2005. 108 str.
6. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2005. Ljubljana : ZZZS, 2006. 130 str.
7. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2006. Ljubljana : ZZZS, 2007. 127 str.
8. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007. Ljubljana : ZZZS, 2008. 129 str.
9. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013: »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (NPZV 03–13). Ljubljana : Državni zbor RS, 2008. 98 str.
10. Skupaj za zdravje: Strateški pristop EU za obdobje 2008–2013. Bruselj : Komisija Evropskih skupnosti, 2007. 10 str.
11. Statistični letopis Republike Slovenije 1999. Ljubljana : Statistični urad RS, 1999. 647 str.
12. Statistični letopis Republike Slovenije 2000. Ljubljana : Statistični urad RS, 2000. 680 str.
13. Statistični letopis Republike Slovenije 2001. Ljubljana : Statistični urad RS, 2001. 655 str.
14. Statistični letopis Republike Slovenije 2002. Ljubljana : Statistični urad RS, 2002. 652 str.
15. Statistični letopis Republike Slovenije 2003. Ljubljana : Statistični urad RS, 2003. 660 str.
16. Statistični letopis Republike Slovenije 2004. Ljubljana : Statistični urad RS, 2004. 650 str.
17. Statistični letopis Republike Slovenije 2005. Ljubljana : Statistični urad RS, 2005. 611 str.
18. Statistični letopis Republike Slovenije 2006. Ljubljana : Statistični urad RS, 2006. 594 str.
19. Statistični letopis Republike Slovenije 2007. Ljubljana : Statistični urad RS, 2007. 600 str.
20. Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva. Delovno gradivo (2/2008). Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2007. 45 str.
21. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/2006).
22. World Development Report 1993: Investing in health, World Development Indicators. New York : World Bank, 1993. 329 str.

## KAZALO PRILOG

<b>Priloga 1:</b> Merila za razvrščanje sistemov v modele.....	1
<b>Priloga 2:</b> Povprečno letno porabljena sredstva v tekočih cenah na gospodinjstvo v obdobju 1997–2001 .....	2
<b>Priloga 3:</b> Povprečno letno porabljena sredstva v tekočih cenah na gospodinjstvo v obdobju 2002–2005 .....	3
<b>Priloga 4:</b> Struktura izdatkov za življenjske potrebščine in drugih, ki niso del potrošnih izdatkov za leto 2005 in 1997 .....	4
<b>Priloga 5:</b> Povprečno porabljena sredstva za zdravje na gospodinjstvo v obdobju 2001–2005 v tekočih cenah.....	5
<b>Priloga 6:</b> Izdatki za zdravstvo v Sloveniji 2000–2005 v tekočih cenah in v odstotku BDP....	6
<b>Priloga 7:</b> Ocena izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v obdobju 2006–2007 v tekočih cenah in v odstotku BDP .....	7
<b>Priloga 8:</b> Izdatki za zdravstveno varstvo na prebivalca v letu 2005 v tekočih cenah (EUR) in po metodi PPP (EUR) .....	8
<b>Priloga 9:</b> Kratice .....	9
<b>Priloga 10:</b> Kode ICHA.....	10
<b>Priloga 11:</b> Kratice izdatkov gospodinjstev po namenu porabe (klasifikacija COICOP).....	11
<b>Priloga 12:</b> Države Evropske unije in kode.....	12
<b>Priloga 13:</b> Slovarček .....	13

## PRILOGE

**Priloga 1:** Merila za razvrščanje sistemov v modele

	<b>Bismarckov model</b>	<b>Beveridgeov model</b>	<b>Semaškov model</b>	<b>tržni model</b>
Financiranje	prispevki delodajalcev, delojemalcev in drugih zavezancev	davki, proračuni države, dežel in lokalnih skupnosti	centralni, državni proračun	zasebne zavarovalnice, zasebna sredstva
Upravljanje	samoupravno, v njem sodelujejo predstavniki delodajalcev in zavarovancev	državni organi ali upravni organi na nižjih ravneh	centralna vlada oziroma ministrstvo za zdravstvo	zasebna združenja, agencije
Sprejemanje odločitev o pravicah zavarovancev	organi upravljanja bolniških blagajn v okvirih, ki jih določa zakon	državni organi	državni organi	ni pravic, vse temelji na načelih ponudbe in povpraševanja
Vključenost (obveza) prebivalstva v sistem	vse prebivalstvo, nekje so izločene nekatere skupine	vse prebivalstvo	vse prebivalstvo	obveznosti zavarovanja ni
Solidarnost, vzajemnost	absolutna	absolutna	absolutna	ne obstaja
Planiranje področja	država in nosilci zavarovanj	država	država	namesto plana deluje trg

Vir: Toth, 2003, str. 148.

**Priloga 2: Povprečno letno porabljena sredstva v tekočih cenah na gospodinjstvo v obdobju 1997–2001**

	1997		1998		1999		2000		2001	
	Povprečno na gospodinjstvo v SIT	Strukturni delež (v %)	Povprečno na gospodinjstvo v SIT	Strukturni delež (v %)	Povprečno na gospodinjstvo v SIT	Strukturni delež (v %)	Povprečno na gospodinjstvo v SIT	Strukturni delež (v %)	Povprečno na gospodinjstvo v SIT	Strukturni delež (v %)
Skupaj porabljena sredstva	2.379.077	100,0	2.539.519	100,0	2.882.799	100,0	3.041.862	100,0	3.258.068	100,0
A) Izdatki za življenjske potrebe	2.181.287	91,7	2.340.431	92,2	2.578.006	89,4	2.749.337	90,4	2.930.950	90,0
1. Hrana in brezalkoholne pijače	503.745	21,2	534.551	21,0	535.910	18,6	543.963	17,9	580.515	17,8
2. Alkoholne pijače in tobaki izdelki	53.324	2,2	49.754	2,0	58.945	2,0	56.331	1,9	59.610	1,8
3. Oblačila in obutev	195.625	8,2	225.019	8,9	235.081	8,2	240.034	7,9	260.478	8,0
4. Stanovanje, elektrika, voda, plin in drugo gorivo	233.635	9,8	237.602	9,4	265.336	9,2	316.505	10,4	342.489	10,5
5. Pohoštvo, gospodinjstva oprema in storitve	157.760	6,6	165.662	6,5	194.203	6,7	209.493	6,9	218.765	6,7
6. Zdravje	36.254	1,5	45.770	1,8	45.396	1,6	47.674	1,6	53.862	1,7
6.1. Zdravstveni izdelki, naprave in oprema	21.204	0,9	24.193	1,0	23.680	0,8	28.777	0,9	31.647	1,0
6.2. Zunanjsi zdravstvene storitve	14.696	0,6	21.146	0,8	21.587	0,7	18.598	0,6	21.989	0,7
6.3. Bolnišnične storitve	355	0,0	431	0,0	129	0,0	299	0,0	226	0,0
7. Transport	383.368	16,1	418.344	16,5	476.656	16,5	535.206	17,6	495.676	15,2
8. Komunikacije	43.758	1,8	47.205	1,9	68.637	2,4	79.956	2,6	111.294	3,4
9. Rekreativna in kultura	204.839	8,6	226.646	8,9	237.796	8,2	239.718	7,9	289.697	8,9
10. Storitve za izobraževanje	16.630	0,7	15.563	0,6	20.795	0,7	21.347	0,7	28.293	0,9
11. Hoteli, kavarne in restavracije	138.068	5,8	145.668	5,7	162.445	5,6	164.381	5,4	169.457	5,2
12. Različne dobrine in storitve	214.281	9,0	228.647	9,0	276.806	9,6	294.728	9,7	320.815	9,8
B) Drugi izdatki, ki niso del potrošnih izdatkov	197.790	8,3	199.088	7,8	304.793	10,6	292.525	9,6	327.118	10,0
1. Izdatki za stanovanje, hišo	144.524	6,1	134.949	5,3	229.810	8,0	206.661	6,8	228.396	7,0
2. Drugi izdatki	53.266	2,2	64.139	2,5	74.983	2,6	85.864	2,8	98.721	3,0

Vir: Statistični letopis Republike Slovenije 1999, 1999, str. 253–254; Statistični letopis Republike Slovenije 2000, 2000, str. 262–263; Statistični letopis Republike Slovenije 2001, 2001, str. 268–269; Statistični letopis Republike Slovenije 2002, 2002, str. 264–265.

**Priloga 3: Povprečno letno porabljena sredstva v tekočih cenah na gospodinjstvo v obdobju 2002–2005**

	2002		2003		2004		2005	
	Povprečno na gospodinjstvo v SIT	Strukturni delež (v %)	Povprečno na gospodinjstvo v SIT	Strukturni delež (v %)	Povprečno na gospodinjstvo v SIT	Strukturni delež (v %)	Povprečno na gospodinjstvo v SIT	Strukturni delež (v %)
Skupaj porabljena sredstva	3.492.114	100,0	3.701.628	100,0	3.993.550	100,0	4.243.289	100,0
A) Izdatki za življenjske potrebe	3.125.474	89,5	3.293.815	89,0	3.502.491	87,7	3.701.990	87,2
1. Hrana in brezalkoholne pijače	606.658	17,4	605.064	16,3	605.971	15,2	673.849	15,9
2. Alkoholne pijače in tobaki izdelki	66.775	1,9	74.609	2,0	84.399	2,1	101.688	2,4
3. Oblečila in obutev	276.877	7,9	284.675	7,7	292.195	7,3	287.542	6,8
4. Stanovanje, elektrika, voda, plin in drugo gorivo	364.107	10,4	384.312	10,4	411.934	10,3	460.763	10,9
5. Pohištvo, gospodinjstva oprema in storitve	221.664	6,3	224.673	6,1	241.935	6,1	260.605	6,1
6. Zdravje	57.855	1,7	58.380	1,6	61.975	1,6	61.079	1,4
6.1. Zdravstveni izdelki, naprave in oprema	33.393	1,0	33.762	0,9	34.933	0,9	35.628	0,8
6.2. Zunanbolnišnične zdravstvene storitve	24.263	0,7	24.433	0,7	26.719	0,7	24.851	0,6
6.3. Bolnišnične storitve	199	0,0	185	0,0	323	0,0	499	0,0
7. Transport	495.955	14,2	561.699	15,2	647.406	16,2	686.512	16,2
8. Komunikacije	135.582	3,9	150.976	4,1	165.516	4,1	178.244	4,2
9. Rekreatija in kultura	332.041	9,5	362.559	9,8	389.051	9,7	390.236	9,2
10. Storitve za izobraževanje	31.447	0,9	30.987	0,8	35.162	0,9	37.497	0,9
11. Hoteli, kavame in restavracije	189.482	5,4	193.902	5,2	180.297	4,5	167.384	3,9
12. Različne dobrine in storitve	347.031	9,9	361.980	9,8	386.651	9,7	395.592	9,3
B) Drugi izdatki, ki niso del potrošnih izdatkov	366.641	10,5	407.813	11,0	491.059	12,3	540.900	12,7
1. Izdatki za stanovanje, hišo	255.138	7,3	280.109	7,6	348.566	8,7	391.345	9,2
2. Drugi izdatki	111.502	3,2	127.704	3,4	142.493	3,6	149.555	3,5

Vir: Statistični letopis Republike Slovenije 2004, 2004, str. 271–272; Statistični letopis Republike Slovenije 2005, 2005, str. 254–255; Statistični letopis Republike Slovenije 2006, 2006, str. 257–258; Statistični letopis Republike Slovenije 2007, 2007, str. 254–255.



**Priloga 4:** Struktura izdatkov za življenjske potrebščine in drugih, ki niso del potrošnih izdatkov za leto 2005 in 1997

	2005	1997	Indeks strukturnega deleža (2005/1997)
A) Izdatki za življenjske potrebščine	87,2	91,7	95
1. Hrana in brezalkoholne pijače	15,9	21,2	75
2. Alkoholne pijače in tobačni izdelki	2,4	2,2	109
3. Oblačila in obutev	6,8	8,2	83
4. Stanovanje, elektrika, voda, plin in drugo gorivo	10,9	9,8	111
5. Pohištvo, gospodinjska oprema in storitve	6,1	6,6	92
6. Zdravje	1,4	1,5	93
6.1. Zdravstveni izdelki, naprave in oprema	0,8	0,9	89
6.2. Zunanbolnišnične zdravstvene storitve	0,6	0,6	100
6.3. Bolnišnične storitve	0,0	0,0	0
7. Transport	16,2	16,1	101
8. Komunikacije	4,2	1,8	233
9. Rekreativna in kultura	9,2	8,6	107
10. Storitve za izobraževanje	0,9	0,7	129
11. Hoteli, kavarne in restavracije	3,9	5,8	67
12. Različne dobrine in storitve	9,3	9,0	103
B) Drugi izdatki, ki niso del potrošnih izdatkov	12,7	8,3	153
1. Izdatki za stanovanje, hišo	9,2	6,1	151
2. Drugi izdatki	3,5	2,2	159
<b>Skupaj</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Vir: Statistični letopis Republike Slovenije 1999, 1999, str. 253–254; Statistični letopis Republike Slovenije 2007, 2007, str. 254–255; Lastni izračuni.

**Priloga 5:** Povprečno porabljena sredstva za zdravje na gospodinjstvo v obdobju 2001–2005 v tekočih cenah

	2001		2002		2003		2004		2005	
	Povpr. na gosp. v SIT <sup>1</sup>	v %	Povpr. na gosp. v SIT <sup>1</sup>	v %	Povpr. na gosp. v SIT <sup>1</sup>	v %	Povpr. na gosp. v SIT <sup>1</sup>	v %	Povpr. na gosp. v SIT <sup>1</sup>	v %
ZDRAVJE	53.862	100,0	57.855	100,0	58.379	100,0	61.976	100,0	61.079	100,0
1. Zdravstveni izdelki, naprave in oprema	31.647	58,8	33.393	57,7	33.762	57,8	34.933	56,4	35.628	58,3
1.1. Zdravila in drugi farmacevtski pripravki	16.998	31,6	17.942	31,0	18.247	31,3	19.833	32,0	20.221	33,1
1.2. Drugi zdravstveni izdelki	1.122	2,1	1.015	1,8	1.121	1,9	1.090	1,8	1.126	1,8
1.3. Terapevtske naprave in oprema	13.528	25,1	14.436	25,0	14.394	24,7	14.009	22,6	14.281	23,4
2. Zunajbolnišnične zdravstvene storitve	21.989	40,8	24.263	41,9	24.432	41,9	26.720	43,1	24.951	40,9
2.1. Zdravstvene storitve	3.034	5,6	3.196	5,5	3.285	5,6	3.709	6,0	4.102	6,7
2.2. Zobozdravstvene storitve	13.070	24,3	14.511	25,1	15.589	26,7	17.139	27,7	15.237	24,9
2.3. Druge zunajbolnišnične storitve	5.885	10,9	6.555	11,3	5.558	9,5	5.872	9,5	5.612	9,2
2.3.1. Laboratorijske analize in rentgen	310	0,6	297	0,5	280	0,5	268	0,4	321	0,5
2.3.2. Storitve drugih zdravstvenih delavcev	4.984	9,3	5.618	9,7	4.577	7,8	4.815	7,8	4.564	7,5
2.3.3. Druge izven-bolnišnične storitve	592	1,1	639	1,1	701	1,2	789	1,3	727	1,2
3. Bolnišnične storitve	226	0,4	199	0,3	185	0,3	323	0,5	499	0,8

Opomba:

<sup>1</sup> Povprečno na gospodinjstvo v SIT

Vir: Statistični letopis Republike Slovenije 2002, 2002, str. 264–265; Statistični letopis Republike Slovenije 2004, 2004, str. 271–272; Statistični letopis Republike Slovenije 2005, 2005, str. 254–255; Statistični letopis Republike Slovenije 2006, 2006, str. 257–258; Statistični letopis Republike Slovenije 2007, 2007, str. 254–255; Lastni izračuni.

**Priloga 6: Izdatki za zdravstvo v Sloveniji 2000–2005 v tekočih cenah in v odstotku BDP**

Vir in vrsta izdatkov / Leto	2000			2001			2002			2003			2004			2005		
	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP		
1. OBVEZNO ZDR. ZAVAROVANJE	270,40	6,70	313,42	6,86	349,20	6,62	378,87	6,59	405,93	6,47	419,18	6,33						
Plačila za zdravstvene storitve	190,37	4,72	217,48	4,76	240,40	4,56	259,64	4,52	272,89	4,35	282,23	4,26						
Plačila za zdravila in med. pripomočke	42,89	1,06	51,42	1,13	57,80	1,10	64,95	1,13	73,84	1,18	78,63	1,19						
Delo ZZS	7,85	0,19	9,48	0,21	10,10	0,19	10,13	0,18	10,87	0,17	10,17	0,15						
Denarna nadomestila <sup>1</sup>	25,19	0,62	31,44	0,69	37,30	0,71	40,47	0,70	43,63	0,70	44,08	0,67						
Ostali izdatki	4,10	0,10	3,60	0,08	3,60	0,07	3,68	0,06	4,70	0,07	4,07	0,06						
2. PRORAČUNSKA SREDSTVA DRŽAVE	6,73	0,17	8,92	0,20	14,15	0,27	15,94	0,28	14,77	0,24	21,65	0,33						
Za investicije v zdravstvo	2,52	0,06	3,64	0,08	7,08	0,13	8,42	0,15	9,06	0,14	9,85	0,15						
Za zdravstvene programe	4,21	0,10	5,28	0,12	7,07	0,13	7,52	0,13	5,71	0,09	11,80	0,18						
3. PRORAČUNI OBČIN	3,33	0,08	3,35	0,07	3,66	0,07	3,78	0,07	3,28	0,05	4,09	0,06						
<b>Javni izdatki skupaj (1+2+3)</b>	280,46	6,95	325,69	7,13	367,01	6,96	398,59	6,94	423,98	6,76	444,92	6,72						
4. PROSTOVOLJNO ZDR. ZAVAROVANJE	46,43	1,15	51,97	1,14	57,48	1,09	62,45	1,09	65,48	1,04	70,63	1,07						
Vzajemna, d.v.z.	41,66	1,03	45,60	1,00	50,46	0,96	54,81	0,95	57,26	0,91	61,07	0,92						
Adriatic Slovenica d.d., Triglav z.z. <sup>2</sup>	4,77	0,12	6,37	0,14	7,02	0,13	7,64	0,13	8,22	0,13	9,56	0,14						
5. NEPOSREDNA PLAČILA <sup>3</sup>	32,28	0,80	36,53	0,80	40,93	0,78	43,22	0,75	44,78	0,71	45,90	0,69						
<b>Zasebna sredstva skupaj (4+5)</b>	78,71	1,95	88,50	1,94	98,41	1,87	105,67	1,84	110,26	1,76	116,53	1,76						
<b>Skupaj javni in zasebni izdatki</b>	359,17	8,90	414,19	9,07	465,42	8,82	504,26	8,77	534,24	8,52	561,45	8,48						
<b>BDP</b>	4.035,50	100,00	4.561,19	100,00	5.275,83	100,00	5.747,17	100,00	6.271,79	100,00	6.620,14	100,00						

Opombe:

<sup>1</sup> Nadomestila odsotnosti, pogrebnine, posmrtnine, potni stroški, dnevnice, prevozi.

<sup>2</sup> Triglav zdravstvena zavarovalnica od leta 2003.

<sup>3</sup> Anketa o porabi gospodinjstev, Statistični letopis RS (»plačila iz žepa«) po priporočilih EUROSTAT.

Vir: Poslovno poročilo ZZS za leto 2004, 2005, str. 14; Poslovno poročilo ZZS za leto 2006, 2007, str. 13.

**Priloga 7: Ocena izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v obdobju 2006–2007 v tekočih cenah in v odstotku BDP**

Vir in vrsta izdatkov / Leto	2006		2007	
	mio EUR	% BDP	mio EUR	% BDP
<b>1. OBVEZNO ZDR. ZAVAROVANJE</b>	1.843,36	6,05	1.942,22	5,85
Plačila za zdravstvene storitve	1.250,13	4,11	1.335,96	4,03
Plačila za zdravila in med. pripomočke	350,36	1,15	334,34	1,01
Delo ZZZS	45,07	0,15	45,25	0,14
Denarna nadomestila <sup>1</sup>	179,69	0,59	194,72	0,59
Ostali izdatki	18,11	0,06	31,95	0,10
<b>2. PRORAČUNSKA SREDSTVA DRŽAVE</b>	92,10	0,30	79,06	0,24
Za investicije v zdravstvo	47,28	0,16	43,48	0,13
Za zdravstvene programe	44,82	0,15	35,58	0,11
<b>3. PRORAČUNI OBČIN</b>	30,05	0,10	29,70	0,09
<b>Javni izdatki skupaj (1+2+3)</b>	1.965,51	6,46	2.050,98	6,18
<b>4. PROSTOVOLJNO ZDR. ZAVAROVANJE<sup>2</sup></b>	328,71	1,08	346,33	1,04
Čisti odhodki za škode	279,60	0,92	294,59	0,89
Obratovalni stroški	49,11	0,16	51,74	0,16
<b>5. NEPOSREDNA PLAČILA<sup>3</sup></b>	308,40	1,01	314,57	0,95
<b>Zasebna sredstva skupaj (4+5)</b>	637,11	2,09	660,90	1,99
<b>Skupaj javni in zasebni izdatki</b>	2.602,62	8,55	2.711,88	8,17
<b>BDP<sup>4</sup></b>	30.448,30	100,00	33.177,00	100,00

Opombe:

Podatki za leto 2006 so preračunani iz slovenskega tolarja (SIT) z uporabo nepreklicnega menjalnega razmerja (1 EUR = 239,64 SIT) v EUR. Prikaz omogoča primerjavo v državi skozi čas in zagotavlja ohranitev kazalcev razvoja (stopnje rasti).

<sup>1</sup> Nadomestila bolniške odsotnosti, pogrebne, posmrtnine, potni stroški, dnevnice in prevozi.

<sup>2</sup> Na podlagi metodologije OECD za izračun Nacionalnih zdravstvenih računov (NHA) od leta 2007 dalje se med izdatke za PZZ prikazujejo odhodki za škode in obratovalni stroški za vse prostovoljne zdravstvene zavarovalnice (Vzajemna, Triglav zdravstvena zavarovalnica in Adriatic Slovenia).

<sup>3</sup> Plačila iz žepa. Objava po COICOP (za leto 2006). Za leto 2007 je podatek ocenjen na podlagi ocene inflacije za leto 2007.

<sup>4</sup> BDP za leto 2007 je ocena UMAR (Ekonomsko ogledalo, december 2007), zato so vsi izračunani deleži v BDP za leto 2007 ocene.

Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 15.

**Priloga 8:** Izdatki za zdravstveno varstvo na prebivalca v letu 2005 v tekočih cenah (EUR) in po metodi PPP (EUR)

Država	Tekoče cene			PPP		
	Celotni	Javni	Zasebni	Celotni	Javni	Zasebni
Avstrija	3.074	2.328	746	2.842	2.152	690
Belgija <sup>1</sup>	2.931	2.135	796	2.717	1.979	738
Češka republika	702	622	80	1.194	1.058	136
Danska	3.515	2.956	559	2.510	2.111	399
Finska	2.281	1.774	507	1.882	1.464	418
Francija	3.069	2.450	619	2.724	2.175	549
Grčija	2.090	896	1.194	2.406	1.031	1.375
Irska	2.954	2.303	651	2.362	1.842	520
Italija	2.202	1.686	516	2.044	1.565	479
Luksemburg	4.902	4.443	459	4.323	3.918	405
Madžarska	661	466	195	1.079	761	318
Nemčija <sup>1</sup>	2.930	2.253	677	2.655	2.041	614
Nizozemska	2.757	1.719	1.038	2.454	1.530	924
Norveška	4.774	3.990	784	3.524	2.945	579
Poljska	398	276	122	699	485	214
Portugalska	1.446	1.051	395	1.643	1.194	449
Slovaška <sup>1</sup>	505	376	129	918	683	235
Slovenija	1.201	870	331	1.659	1.202	457
Španija	1.734	1.237	497	1.821	1.299	522
Švedska	2.905	2.458	447	2.357	1.994	363
Velika Britanija	2.476	2.155	321	2.199	1.915	284
Povprečje EU	2.358	1.831	527	2.191	1.683	508

Opombe:

Vsi podatki za zdravstvo vključno z investicijami. Izračun temelji na metodologiji OECD za pripravo SHA.

<sup>1</sup> Podatek se nanaša na leto 2004.

Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, 2008, str. 17.

## Priloga 9: Kratice

APG	anketa o porabi gospodinjstev
AZN	Agencija za zavarovalni nadzor
BDP	bruto domači proizvod
COICOP	klasifikacija individualne potrošnje po namenu (angl. Classification of Individual Consumption by Purpose)
D	povpraševanje (angl. demand)
ES	Evropska skupnost
EU	Evropska unija (angl. European Union)
EUROSTAT	Statistični urad Evropskih skupnosti (angl. Statistical Office of the European Communities)
HC	zdravstveno varstvo (angl. health care)
HC.R	z zdravstvom povezane storitve in investicije (angl. health-care related)
ICHA	Mednarodna klasifikacija za zdravstvene račune (angl. International Classification of Health Accounts)
ICHA-HC	vrste zdravstvenih obravnav (angl. health care functions)
ICHA-HP	dejavnosti izvajalcev zdravstvenih storitev (angl. health care service provider industries)
ICHA-HF	vir financiranja zdravstvenega varstva (angl. sources of funding health care)
IVZ	Inštitut za varovanje zdravja
MZ	Ministrstvo za zdravje
NHA	Nacionalni zdravstveni računi (angl. National Health Accounts)
NHS	Nacionalna zdravstvena služba (angl. National Health Service)
OECD	Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj (angl. Organisation for Economic Cooperation and Development)
OZZ	obvezno zdravstveno zavarovanje
PZZ	prostovoljno zdravstveno zavarovanje
RS	Republika Slovenija
S	ponudba (angl. supply)
SHA	Sistem zdravstvenih računov (angl. System of Health Accounts)
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

## Priloga 10: Kode ICHA

HC.1	storitve kurativnega zdravljenja
HC.2	storitve rehabilitacije
HC.3	storitve dolgotrajne zdravstvene oskrbe
HC.4	panožne zdravstvene storitve
HC.5	zdravila in medicinsko-tehnični pripomočki
HC.6	preventiva in javne zdravstvene storitve
HC.7	upravljanje v zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
HP.1	bolnišnice
HP.2	ustanove za zdravstveno nego in domove
HP.3	zunajbolnišnične ambulante
HP.4	prodaja zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov
HP.5	javne zdravstvene storitve
HP.6	splošna zdravstvena administracija in zavarovanje
HP.7	druge dejavnosti
HP.8	tujina
HF.1	javni izdatki
HF.2	zasebni izdatki
HC.R.1	bruto investicije
HC.R.2	izobraževanje in usposabljanje zdravstvenega osebja
HC.R.3	raziskave in razvoj v zdravstvu
HC.R.4	kontrola živil, higiene in pitne vode
HC.R.5	medicinska ekologija
HC.R.6	dolgotrajna oskrba (socialne storitve)
HC.R.7	upravljanje in zagotavljanje denarnih nadomestil

**Priloga 11:** Kratice izdatkov gospodinjstev po namenu porabe (klasifikacija COICOP)

cp 01	hrana in brezalkoholne pijače
cp 02	alkoholne pijače in tobak
cp 03	obleka in obutev
cp 04	stanovanje, elektrika, voda, plin in druga goriva
cp 05	pohištvo, gospodinjska oprema in storitve
cp 06	zdravje
cp 07	transport
cp 08	komunikacije
cp 09	rekreacija in kultura
cp 10	izobraževanje
cp 11	hoteli, kavarne in restavracije
cp 12	različne dobrine in storitve



## Priloga 12: Države Evropske unije in kode

AT	Avstrija	Austria
BE	Belgija	Belgium
BG	Bolgarija	Bulgaria
CY	Ciper	Cyprus
CZ	Češka republika	Czech Republic
DE	Nemčija	Germany
DK	Danska	Denmark
EE	Estonija	Estonia
ES	Španija	Spain
FI	Finska	Finland
FR	Francija	France
GR	Grčija	Greece
HU	Madžarska	Hungary
IE	Irska	Ireland
IT	Italija	Italy
LT	Litva	Lithuania
LU	Luksemburg	Luxembourg
LV	Latvija	Latvia
MT	Malta	Malta
NL	Nizozemska	Netherlands
PL	Poljska	Poland
PT	Portugalska	Portugal
RO	Romunija	Romania
SE	Švedska	Sweden
SI	Slovenija	Slovenia
SK	Slovaška	Slovakia
UK	Velika Britanija	United Kingdom

### Priloga 13: Slovarček

alcoholic beverages	alkoholne pijače
allocated assets	porabljena sredstva
ancillary services to health care	panožne zdravstvene storitve
available money assets	razpoložljiva denarna sredstva
clothing	oblačila
communications	komunikacije
complementary voluntary health insurance	dopolnilno PZZ
educational services	storitve za izobraževanje
food	hrana
footwear	obutev
furnishings	pohištvo
health	zdravje
health insurance	zdravstveno zavarovanje
hospital services	bolnišnične storitve
household equipment	gospodinjska oprema
household	gospodinjstvo
housing, water and electricity	stanovanje, voda in elektrika
hotels, cafes and restaurants	hoteli, kavarne in restavracije
level of living	življenjska raven
medical products appliances and equipment	zdravstveni izdelki naprave in oprema
medical goods dispensed to out-patients	zdravila, medicinsko-tehnični pripomočki
miscellaneous goods and services	različne dobrine in storitve
money income	denarni dohodek
National Health Service	Nacionalna zdravstvena služba
non-alcoholic beverages	brezalkoholne pijače
non-system system	sistemi brez sistema
out of pocket	neposredna doplačila
out-patient services	zunajbolnišnične zdravstvene storitve
purchasing power parity	pariteta kupne moči
recreation and culture	rekreacija in kultura
services of curative care	storitve kurativnega zdravljenja
services of long-term nursing care	storitve dolgotrajne zdravstvene oskrbe
services of prevention and public health	preventiva in javne zdravstvene storitve
services of rehabilitative care	storitve rehabilitacije
substitutive voluntary health insurance	nadomestno PZZ
supplementary voluntary health insurance	dodatno PZZ
tobacco	tobačni izdelki
voluntary health insurance	prostovoljno zdravstveno zavarovanje