

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
EKONOMSKA FAKULTETA**

**DIPLOMSKO DELO**

**PRIMERJAVA SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA  
ZAVAROVANJA V SLOVENIJI IN ZDA**

**Ljubljana, januar 2004**

**BARBIKA KOSTAJNŠEK**

## **IZJAVA**

Študent/ka \_\_\_\_\_ izjavljam, da sem avtor/ica  
tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom

\_\_\_\_\_ in dovolim objavo diplomskega  
dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne \_\_\_\_\_ .

Podpis:

\_\_\_\_\_

# KAZALO

<b>UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>1. ZGODOVINSKI PREGLED IN POMEN ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1. Socialna politika.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2. Zgodovinski razvoj zdravstvenega zavarovanja.....</b>	<b>2</b>
<b>1.3. Modeli zdravstvenega zavarovanja.....</b>	<b>3</b>
1.3.1. Model nacionalnega zdravstvenega varstva.....	4
1.3.2. Komerzialno oziroma profitno naravnani sistem .....	4
1.3.3. Modeli socialne varnosti, ki temeljijo na načelih obveznega zdravstvenega zavarovanja ali partnerski koncepti.....	4
<b>1.4. Pomen zdravstvenega zavarovanja .....</b>	<b>5</b>
<b>2. SISTEM ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SOVENIJI.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1. Sistem slovenskega zdravstvenega varstva v preteklosti .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2. Reforma zdravstva v Sloveniji v letu 1992 .....</b>	<b>7</b>
2.2.1. Razlogi za reformo .....	7
2.2.2. Sprememba zdravstvene zakonodaje leta 1992.....	8
2.2.3. Novosti, ki jih je prinesla zdravstvena reforma leta 1992.....	8
<b>2.3. Obvezno zdravstveno zavarovanje.....</b>	<b>9</b>
2.3.1. Zavarovane osebe .....	10
2.3.2. Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.....	11
<b>2.4. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje.....</b>	<b>13</b>
2.4.1. Oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja .....	14
2.4.1.1. Zavarovanje za doplačilo do polne vrednosti storitev .....	15
2.4.1.2. Zavarovanje za večji obseg pravic ter za višji standard storitev.....	15
2.4.1.3. Zavarovanje za dodatne pravice, ki niso predmet obveznega zavarovanja ...	15
2.4.1.4. Zavarovanje za osebe, ki po zakonu ne morejo pridobiti lastnosti zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju .....	15
2.4.2. Način uveljavljanja pravice prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.....	16
2.4.3. Ponudniki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja .....	16
2.4.3.1. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica .....	17
2.4.3.2. Zavarovalnica ADRIATIC.....	18
2.4.3.3. TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. ....	19
<b>2.5. Financiranje zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji.....</b>	<b>20</b>
<b>2.6. Razvoj zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji v prihodnosti.....</b>	<b>21</b>
2.6.1. Pravičnost pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo .....	22
2.6.2. Razporejanje sredstev po potrebah državljanov .....	22
2.6.3. Dostopnost.....	23
2.6.4. Razvoj sistema celovite kakovosti .....	23

2.6.5. Večja učinkovitost regulacije in upravljanje sistema zdravstvenega varstva .....	24
2.6.6. Krepitev področja javnega zdravja.....	24
<b>3. SISTEM ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V ZDA .....</b>	<b>24</b>
3.1. Razvoj zdravstvenega zavarovanja v ZDA v preteklosti.....	24
3.2. Profitno usmerjen sistem zdravstvenega zavarovanja.....	25
3.3. Vloga države pri financiranju zdravstvenih programov in zdravstvenega zavarovanja .....	26
3.3.1. Neposredno financiranje različnih zdravstvenih programov .....	28
3.3.1.1. Medicare .....	28
3.3.1.2. Medicaid .....	28
3.3.1.3. Programi Managed Care .....	29
3.3.2. Državne subvencije privatnemu zdravstvenemu zavarovanju .....	30
3.4. Prispevki delodajalcev za privatno zdravstveno zavarovanje.....	31
3.5. Clintonova reforma sistema zdravstvenega zavarovanja .....	31
3.6. Problemi obstoječega sistema zdravstvenega zavarovanja v ZDA .....	32
<b>4. PRIMERJAVA RAZLIČNIH SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA .....</b>	<b>33</b>
4.1. Podobnosti in razlike med sistemoma zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in ZDA.....	33
4.1.1. Delež izdatkov za zdravstvo v BDP in poraba sredstev za zdravstveno varstvo na prebivalca.....	33
4.1.2. Kazalniki za ugotavljanje zdravstvenega stanja.....	34
4.1.3. Financiranje in evidentiranje zdravstvenih storitev .....	35
4.1.4. Prenos in poraba sredstev .....	35
4.2. Primerjava slovenske ureditve zdravstvenega zavarovanja z ureditvijo v državah EU.....	36
4.3. Približevanje zavarovalnih sistemov.....	39
<b>5. SKLEP .....</b>	<b>40</b>
<b>LITERATURA .....</b>	<b>42</b>
<b>VIRI.....</b>	<b>42</b>

## UVOD

Zdravje in zdravstvene storitve so dobrine posebnega družbenega pomena, zdravstveno varstvo pa je eden izmed najbolj občutljivih družbenih sistemov. Človek mora skrbeti za svoje zdravje in kvaliteto življenja, dolžnost države pa je, da zagotovi svojim prebivalcem določeno socialno in zdravstveno varnost. Zdravstveni sistemi so zaznamovani s tradicijo, kulturo, vrednotami in političnimi posebnostmi posameznih držav, zato se med seboj bistveno razlikujejo. Ne glede na velike razlike pa je vsem državam skupno prizadevanje po izboljševanju zdravja, vsem pa so skupni tudi problemi, s katerimi se morajo ukvarjati. Zahteve prebivalstva po visoki stopnji zdravstvene zaščite vodijo v stalno naraščanje stroškov za zdravstvo, problematični pa so tudi viri financiranja.

Namen diplomske naloge je predstaviti sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in ZDA ter opozoriti na razlike in podobnosti med obema sistemoma.

Prvo poglavje je namenjeno predstaviti socialne politike in zdravstvenega zavarovanja na splošno. Najprej bom predstavila zgodovinski razvoj zdravstvenega zavarovanja, nato pa bom opozorila še na različne modele zavarovanja, ki so se razvili po svetu.

Drugo poglavje je namenjeno predstavitvi sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, ki ima več kot stoletno tradicijo. Mnogo let je v Sloveniji veljal sistem nacionalnega zdravstvenega varstva, z zdravstveno reformo leta 1992 pa smo prešli na sistem socialne varnosti, ki temelji na načelih obveznega zdravstvenega zavarovanja in na partnerskih konceptih. Opozorila bom na probleme obstoječega sistema in predstavila glavne značilnosti reforme, ki se nam kaže v prihodnosti.

Sistemu zdravstvenega zavarovanja v ZDA je namenjeno tretje poglavje. Gre za profitno naravnani sistem, ki se popolnoma razlikuje od evropskih modelov. Tudi v ZDA se v zvezi z zdravstvenim zavarovanjem pojavljajo številni problemi. Pobud za spremembe je bilo v zadnjih letih mnogo, vendar ni videti političnega soglasja o tem, kaj bi bilo potrebno storiti v prihodnosti.

V četrtem poglavju bom primerjala različne sisteme zdravstvenega zavarovanja z ureditvijo v Sloveniji. Uporabila bom splošne finančne kazalce in demografske podatke, ki se uporabljajo za primerjavo različnih zdravstvenih sistemov. Kratek povzetek in ugotovitve diplomske naloge sledijo v sklepu.

# 1. ZGODOVINSKI PREGLED IN POMEN ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

## 1.1. Socialna politika

Socialna politika predstavlja sklop vseh ciljev, ukrepov, postopkov in sredstev, ki jih družba uporablja z namenom, da bi vsi njeni pripadniki lahko zadovoljevali svoje osebne in skupne potrebe in interese in da bi tako lahko funkcionirali kot polnopravni in enakopravni člani družbe. Pomembna naloga socialne politike je zagotavljanje socialne varnosti.

Bolezen in posledice različnih poškodb so socialni primeri, pri katerih zavarovanec potrebuje pravico do zdravstvenega varstva in pravico do različnih denarnih terjatev, zato pravimo, da je zdravstveno zavarovanje del socialne varnosti.

**Socialna varnost** je dokaj širok pojem, ki vsebuje pojem socialnega zavarovanja in pojem socialnega varstva. Pri **socialnem zavarovanju** gre za sklop ukrepov, ki dajejo socialno varnost v najširšem pomenu besede pri začasni zadržanosti od dela, pri starosti, smrti ali invalidnosti (zdravstveno, pokojninsko in invalidsko zavarovanje). **Socialno varstvo** pa sestavljajo ukrepi, s katerimi pomagamo ljudem, ki brez pomoči širše družbene skupnosti ne morejo zadovoljevati svojih življenjskih potreb. To so na primer duševno in telesno prizadeti, otroci, stari in onemogli ter nesposobni za delo (Cvetko, 1992, str. 7).

## 1.2. Zgodovinski razvoj zdravstvenega zavarovanja

Razvoj socialne varnosti se je začel v začetku 19. stoletja, ko se je zaradi razvoja industrije začelo hitro večati število delavcev, ki pa so bili materialno odvisni samo od svoje plače. Vsaka prekinitev dela (zaradi bolezni, odpusta ali zmanjšane delovne zmožnosti), je lahko povzročila socialno bedo delavca in njegove družine, saj je v takratnem razvijajočem se sistemu kapitalizma ostal brez sredstev za preživetje. Začeli so iskati rešitve, ki bi prizadetim omogočile preživetje in kot prva oblika se je pojavilo individualno varčevanje z javnimi hranilnimi blagajnami. Šlo je za sistem, ki naj bi delavcu pomagal pokriti izpad plače, vendar pa se zaradi svojih pomanjkljivosti ni obnesel kot oblika socialne varnosti. Kmalu je delodajalec postal odgovoren za vzdrževanje delavca med boleznijo, kasneje pa še za nesrečo pri delu in za poklicno obolenje. Delodajalci so svojo odgovornost ustrezno zavarovali in tako so se v sistem vključile tudi zavarovalnice. Ker sta individualno zavarovanje in odgovornost delodajalca pokrivala le del rizikov, je proti koncu 19. stoletja v Nemčiji prišlo do zametkov socialnega zavarovanja, ki ga poznamo danes.

Nezadovoljstvo delavcev je bilo vedno večje in je povzročalo nemire, zato so se tudi do tedaj nezainteresirane države začele bolj zanimati za probleme delavstva. Povečan interes države za socialno zavarovanje je tesno povezan z nemškim kanclerjem Bismarckom, ki je v svoji

deklaraciji Magna charta socialne politike nemškega cesarstva zahteval sprejetje prvega modernega splošnega obveznega delavskega zavarovanja in je s tem skušal zagotoviti notranji mir v Nemčiji. Tako je bil leta 1883 v Nemčiji sprejet prvi zakon o bolniškem zavarovanju, leta 1884 so sprejeli zakon o zavarovanju za primer nesreče pri delu, leta 1889 pa še zakon o zavarovanju za primer invalidnosti in starosti. Vsi trije zakoni so bili leta 1911 združeni v enoten kodeks socialnega zavarovanja (Cvetko, 1992, str. 9).

Nemčiji so pri graditvi socialnega zavarovalnega sistema kmalu začele slediti tudi ostale države. Najprej so uvedle bolniško zavarovanje, ki naj bi delno nadomestilo izgubljeni zaslužek, za primer bolezni pa so se, odvisno od države, zavarovali bodisi le delavci v obrtnih podjetjih, bodisi vsi delavci ne glede na njihovo zaposlenost v posameznih obratnih skupinah, ali pa vsi gospodarsko nesamostojno ali samostojno zaposleni (Likar, 1928, str. 5).

Slovenija na področju razvoja socialne varnosti ni zaostajala za drugimi državami, saj je bila v okviru avstrijske monarhije in je tudi zanjo veljal leta 1887 sprejeti zakon o obveznem zavarovanju za nesrečo pri delu in leta 1888 sprejeti zakon o bolniškem zavarovanju delavcev. Sicer pa se je zdravstveno zavarovanje v Sloveniji pojavilo že prej, in sicer z ustanovitvijo podpornih društev ali društev za vzajemno pomoč. Društvena bolniška in podporna blagajna trgovskih in zdravstvenih uslužbencev je v Ljubljani obstajala že leta 1835.

ZDA so bile pri sprejemanju zakonodaje socialnega in zdravstvenega zavarovanja v primerjavi z evropskimi državami relativno počasne. Njihov najpomembnejši zakon, ki ureja socialno področje, je zakon socialne varnosti (Social Security Act), ki je bil sprejet leta 1935 in je pomemben še danes.

Za izboljšanje življenjskih in delovnih pogojev delavcev skrbi Mednarodna organizacija dela (ILO), ki je bila ustanovljena leta 1919. Njene konvencije in priporočila za njihovo izvajanje dajejo izhodišča za ureditev različnih dajatev, med njimi urejajo tudi dajatve za primer nesreče pri delu ali poklicne bolezni. Ugotovimo lahko, da države omenjene mednarodne konvencije bolj ali manj upoštevajo, obseg socialne varnosti posamezne države pa je vendarle odvisen predvsem od njenih zakonov, ki urejajo to področje. Modeli zdravstvenega zavarovanja se torej po posameznih državah razlikujejo.

### **1.3. Modeli zdravstvenega zavarovanja**

Pri razvrščanju sistemov zdravstvenega zavarovanja nas zanimajo različni elementi. Najprej nas zanima vloga in prisotnost države pri upravljanju področja, njen vpliv in pristožnost glede ustanovitve in lastnine zdravstvenih zavodov ter socialne varnosti ljudi. Pomembni so tudi način in viri financiranja zdravstvenega varstva. Financiranje lahko poteka v obliki davkov, vplačanih v proračun države ali lokalnih skupnosti, ali pa v obliki prispevkov za zdravstveno

zavarovanje, premij ali članarin. Nenazadnje ne smemo pozabiti še na vlogo in položaj izvajalcev v sistemu.

Glede na našete značilnosti lahko razdelimo sisteme zdravstvenega zavarovanja v tri osnovne skupine (Klun, 2000, str. 5):

- model nacionalnega zdravstvenega varstva,
- komercialno oziroma profitno naravnani sistem in
- modeli socialne varnosti, ki temeljijo na načelih obveznega zdravstvenega zavarovanja ali partnerski koncepti.

### **1.3.1. Model nacionalnega zdravstvenega varstva**

Za model nacionalnega zdravstvenega varstva velja, da o vseh najpomembnejših vprašanjih odloča država. Upravni organi, ki so pristojni za zdravstvo in finance, imajo pooblastila in pristojnosti za odločanje o tem, kakšne so pravice ljudi do zdravstvenih storitev, kako naj delujejo zdravstveni zavodi, odločajo pa tudi o njihovem upravljanju in lastnini. Država zagotavlja sredstva za delovanje celotnega sistema, največkrat pa jih pridobiva s pomočjo davkov oziroma s proračunskimi sredstvi. Zdravstveno varstvo se šteje za javno službo. Uveljavljanje zdravstvenih storitev je praviloma zagotovljeno celotnemu prebivalstvu, izvajalci pa so ponavadi državni uslužbenci ali pa so kot zasebniki v pogodbenem odnosu z nosilci javnih pooblastil v zdravstvenem varstvu. Model nacionalnega zdravstvenega varstva imajo Anglija, Italija, Kanada, Danska in Švedska, v preteklosti pa ga je imela tudi Slovenija.

### **1.3.2. Komercialno oziroma profitno naravnani sistem**

Gre za sistem, v katerem je vloga države bolj ohlapna. Sistem namreč temelji na načelih ponudbe in povpraševanja zdravstvenih storitev, država pa pri tem s svojimi predpisi ne zagotavlja ljudem skoraj nobene ali le minimalno zdravstveno oziroma socialno varnost. Država tudi ne predpisuje oblik upravljanja ter lastnine zdravstvenih zmogljivosti in ne določa oblik financiranja zdravstvenih storitev. Celotno dogajanje je prepuščeno tržnim zakonitostim, povpraševalci pa si zdravstvene storitve zagotavljajo z lastnimi sredstvi. Tržni koncept zavarovanja je danes v veljavi v ZDA.

### **1.3.3. Modeli socialne varnosti, ki temeljijo na načelih obveznega zdravstvenega zavarovanja ali partnerski koncepti**

Modeli socialne varnosti, ki temeljijo na načelih obveznega zdravstvenega zavarovanja ali partnerski koncepti so značilni za Nemčijo, Avstrijo, Grčijo, dežele Beneluksa, Španijo, Švico, deloma tudi za Francijo ter za večino novih, mladih držav, kot je na primer tudi



Slovenija. Država v takšnih sistemih postavi okvire in pravila urejanja področja v zakonih, urejanje in izvajanje pa prepušča nosilcem posameznih skupinskih interesov in le-ti imajo pri tem določeno avtonomnost. Modeli socialne varnosti se po posameznih državah razlikujejo, njihove skupne značilnosti pa so naslednje: obvezno zavarovanje, neprofitnost, prispevki delodajalcev in delavcev, financiranje po principu solidarnosti, določena vloga države in izvajanje zavarovanja preko relativno avtonomne institucije.

V realnosti čistih modelov zdravstvenega zavarovanja ni, ponavadi gre za kombinacijo elementov različnih teoretično zastavljenih modelov. Dejstvo je, da pri vodenju zdravstvenega zavarovanja ni možno racionalno gospodariti brez upoštevanja ekonomike, konkurence in trga, je pa zdravje ljudi tako pomembno področje, da ga nikakor ne moremo prepustiti samo načelom trga, zato je vpliv države upravičen.

#### **1.4. Pomen zdravstvenega zavarovanja**

Zdravje in zdravstvene storitve so dobrine posebnega družbenega pomena. Pomen zdravstvene varnosti posameznika in družbe se kaže tudi v tem, da se zdravstveni zaščiti posveča pozornost v mednarodnem obsegu. Zdravstveno varstvo je sestavni del družbene reprodukcije in eden od osnovnih pogojev za rast produktivnosti dela, saj vpliva na življenjsko raven delavcev in družbe nasploh. Država kot družbeni sistem je tako do določene mere dolžna skrbeti za zagotavljanje socialne in zdravstvene varnosti prebivalstva. Omenjene zahteve so že v prejšnjem stoletju prisilile države, da so finančno in zakonsko posegale na ta področja.

Zdravje in zdravstvene dobrine se nahajajo nekje vmes med čistimi tržnimi in čistimi splošnimi javnimi dobrinami, saj pri njih najdemo mešanico suverenosti posameznika in državne prisile pri izbiri. Poleg javnega sektorja lahko omenjene dobrine ponuja tudi zasebni sektor, kar pomeni, da ne gre za tipične javne dobrine, do katerih bi imel vsak popoln dostop. Tudi financiranje lahko poteka mešano, torej javno in zasebno.

Družba danes vpliva na oblikovanje in zadovoljevanje zdravstvenih potreb preko politike zdravstvenega zavarovanja. Pomen zdravstvenega zavarovanja se kaže v nevtraliziranju razlik pri koriščenju zdravstvene zaščite prebivalcev z različno dohodkovno močjo, hkrati pa zdravstveno zavarovanje tudi spodbuja koriščenje zdravstvenih storitev.

## **2. SISTEM ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI**

### **2.1. Sistem slovenskega zdravstvenega varstva v preteklosti**

Slovenski sistem zdravstvenega varstva (glejte str. 4, točko 1) ima več kot stoletno tradicijo in pri razvoju socialne varnosti Slovenija ni zaostajala za drugimi evropskimi državami. Zdravstveno zavarovanje se je pri nas začelo razvijati z ustanavljanjem podpornih društev in društev za vzajemno pomoč. V Ljubljani tako že leta 1835 zasledimo društveno bolniško in podporno blagajno trgovskih in zdravstvenih uslužbencev. Razvoj se je nadaljeval v okviru avstroogrške monarhije, in sicer s sprejetjem Zakona o obveznem zavarovanju delavcev za nesrečo pri delu (1887) in z Zakonom o bolniškem zavarovanju delavcev (1888).

V času združitve Slovenije v državo SHS je Slovenija imela dober sistem socialnega zavarovanja, vendar se je nadaljnji razvoj zaradi zaostajanja drugih delov tedanje države zaustavil. Leta 1922 je bilo v državi SHS zavarovanje razbito na več kot sto različnih blagajn in tako je bilo vse do konca druge svetovne vojne. Novi zakoni v povojni Jugoslaviji so tako poskušali predvsem poenotiti sistem socialnega zavarovanja in z njim zajeti čim večji krog upravičencev. Socialno zavarovanje je zajemalo zavarovanje za primer bolezni, onemoglosti, starosti, smrti, nesreče in brezposelnosti. Leta 1954 je prišlo do razdružitve panog socialnega zavarovanja s sprejetjem zakona o zdravstvenem zavarovanju, leta 1957 pa je bil sprejet še zakon o pokojninskem zavarovanju ter leta 1958 zakon o invalidskem zavarovanju. Financiranje zdravstvenega varstva je prešlo iz državnega proračuna na nižje upravne enote. Plačevanje zdravstvenih programov zdravstvenim organizacijam s strani Zavodov za socialno zavarovanje je potekalo v pavšalnih zneskih. Na ta način je bilo vzpostavljeno ravnotežje med potrebami in možnostmi družbenega sistema. Zavarovanci so začeli upravljati zdravstveno varstvo s sodelovanjem v upravnih odborih zdravstvenih zavodov, svetih zavodov ter v občinskih okrajnih in v republiškem svetu za zdravstvo. Če je bila država do leta 1963 zelo aktivna in je do podrobnosti urejala področje socialnega zavarovanja, je sedaj to področje začelo postajati vedno bolj avtonomno, urejati so ga začeli neposredno zavarovanci. Zakonsko so se urejala le še sistemska vprašanja, med tem ko je odločanje o pravicah in obveznostih prehajalo v samoupravno ureditev. Razvoj socialnega zavarovanja je bil usmerjen k ureditvi, ki bi vsem ljudem zagotavljala vse pravice na podlagi najširše solidarnosti.

Zakon o zdravstvenem varstvu, ki je bil sprejet leta 1979, je urejal uresničevanje svobodne menjave dela med uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev, samoupravno organiziranje v zdravstvu, organizacijo zdravstva, zagotavljanje pravic v zdravstvenem varstvu, organizacijo zdravstvenih organizacij in odločanje v njih ter druga pomembna vprašanja. Zdravstveno varstvo je bilo opredeljeno kot del družbene reprodukcije in eden od pogojev za rast produktivnosti ter obrambne sposobnosti.

Organizirane so bile občinske in medobčinske zdravstvene skupnosti in Zdravstvena skupnost Slovenije. Občinske zdravstvene skupnosti so morale med seboj sodelovati, predvsem zaradi

solidarnosti pri zagotavljanju pravic. Osnovna organizacija zdravstva je bil zdravstveni dom z zdravstveno postajo v organizaciji združenega dela ali krajevne skupnosti, ob njem pa so bile splošne ali specialne bolnišnice, poliklinike, zavod za socialno medicino in higieno, lekarna, zdravstveni center, univerzitetna klinika ali inštitut, Univerzitetni klinični center ter naravna zdravilišča (Cvetko, 1992, str. 11).

V Sloveniji smo torej imeli sistem, ki je temeljil na ideji nacionalnega zdravstvenega varstva. Vsi državljani so imeli zagotovljeno zdravstveno varstvo glede na potrebe in neodvisno od lastnega prispevka – s pomočjo najširše solidarnosti vseh drugih državljanov. Razkorak med neomejenimi pravicami delavcev in dejanskimi ekonomskimi zmožnostmi je povzročal težave v poslovanju zdravstvenih zavodov. Čeprav so uvedli doplačilo uporabnikov k ceni zdravstvenih storitev (participacijo) in s tem skušali doseči odgovornejši odnos ljudi do lastnega zdravja, večjih pozitivnih premikov ni bilo. Participacije so bile namreč določene v fiksnih zneskih in so bile kljub občasnim valorizacijam nizke. Poleg tega, da niso predstavljale pomembnejšega finančnega vira, so povzročale precej drugih problemov. Zahtevale so precej administrativnega dela v zdravstvenih zavodih (pobiranje denarja, izstavljanje potrdil o vplačilih) in nešteto krat je to delo privedlo do resnih nesporazumov med zavarovanci in izvajalci storitev v ambulantah in lekarnah. S participacijo so bili najbolj prizadeti tisti, ki so bili pogosto bolni in so potrebovali veliko zdravstvenih storitev. Starejše in kronično bolne osebe ter invalidi velikokrat niso zmogli plačevati niti teh minimalnih zneskov, zato je država oprostila obveznosti plačil participacije vse, ki niso ustvarjali ali razpolagali z dohodkom, nato pa tudi nosečnice, starostnike, itd. Participacija je s širitvijo kroga oprostitev raznih kategorij prebivalstva izgubila ves svoj pomen (Toth, 1998, str. 50-61).

Velika razdrobljenost zdravstvenih organizacij, slabi rezultati, ki jih je pokazalo obdobje z doplačili in ugotovitev, da ni mogoče ohraniti dosežene ravni pravic in standarda zdravstvenih storitev brez zagotovitve dodatnih virov, so navedla na razmišljanje o sprejemu nove zdravstvene zakonodaje in o uvedbi zdravstvenega zavarovanja tudi pri nas.

## **2.2. Reforma zdravstva v Sloveniji v letu 1992**

### **2.2.1. Razlogi za reformo**

Prejšnji sistem financiranja zdravstvenega varstva je povzročal precejšnje težave v delovanju in poslovanju zdravstvenih zavodov. Zdravstveno varstvo je bilo teoretično zagotovljeno vsakomur, ekonomske zmožnosti družbe pa so bile omejene, saj je bil celoten sistem zdravstvenega varstva financiran le s sredstvi prispevkov, torej z javnimi financami, ostali viri so bili zanemarljivi.

Uporabniki v takšnem sistemu niso imeli možnosti izbire osebnega zdravnika, preskrba z opremo in materiali je bila slaba, veliko denarja je požirala vsa potrebna birokracija. Razvoj zasebnega sektorja na področju zdravstvenih dejavnosti praktično ni bil mogoč, vlaganja v potrebni razvoj in obnovo zdravstvene infrastrukture, tehnologijo in znanstveno raziskovanje pa so bila premajhna. Staranje prebivalstva in rast brezposelnosti sta povzročala dodatno naraščanje zdravstvenih izdatkov. Glede na opravljene študije v tujini naj bi namreč starejši od 65 let za zdravstvene storitve porabili za približno 3,5-krat več sredstev kot povprečni zavarovanec.

Ekonomske in finančne zmožnosti družbe, ki niso uspele zadovoljiti vseh potreb zdravstva, razdrobljenost zdravstvenega varstva, pomanjkanje ukrepov, ki bi zagotovili večjo osebno in kolektivno odgovornost za zdravje ter vedno večji odmiki od svetovnih dognanj pri razvoju zdravstvenega varstva so bili glavni razlogi za sprejetje nove zdravstvene zakonodaje (Absec, 1999, str. 6).

### **2.2.2. Sprememba zdravstvene zakonodaje leta 1992**

Slovenija je želela zagotoviti visoko raven zdravstvene varnosti in dostopnost zdravstvenih storitev vsem svojim prebivalcem, neodvisno od tega, če nekdo prispeva in koliko prispeva za kritje njihovih stroškov. V takratnem času tranzicije se je pojavljalo vprašanje, ali je prebivalstvo sposobno ohraniti doseženo raven zdravstvene varnosti in standarda s povečanjem virov za njihovo pokrivanje tudi iz zasebnih sredstev. Vlada se je bala, da prebivalci ne bodo pripravljene dajati zasebnih sredstev za zdravstvo in da se bodo preprosto sprijaznili z zmanjšanjem pravic in z zmanjšanjem možnosti uveljavljanja svojih zahtev. Kljub temu se je Slovenija odločila za uvedbo obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v sistem zdravstvenega varstva.

Z uvedbo sistema prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja so želeli predvsem povečati skrb in odgovornost posameznika za lastno zdravje in zdravljenje. Z uvedbo doplačil so želeli opomniti zavarovane osebe, da ima vsaka zdravstvena storitev svojo ceno in da je ni mogoče zagotoviti zastonj. Na ta način so želeli še naprej zagotoviti visok standard obsega zdravstvenih storitev, vendar zmanjšati pritisk na javna sredstva. Država si je prizadevala postopoma zniževati izdatke za zdravstveno varstvo, prebivalci pa bi si želeli porabiti vse več sredstev za vse bolj kompleksne zdravstvene storitve. Med državo in posameznikom je bilo potrebno skleniti kompromis (Absec, 1999, str. 8).

### **2.2.3. Novosti, ki jih je prinesla zdravstvena reforma leta 1992**

Sedanji zakon o zdravstvenem zavarovanju je začel veljati prvega marca 1992 in vsebuje dolgoročne usmeritve in priporočila Svetovne zdravstvene organizacije. Z njim so želeli predvsem povečati družbeno odgovornost za zdravje ter opustiti sistem nacionalnega

zdravstvenega varstva s preходом na sistem zdravstvenega zavarovanja, ki je obvezno in prostovoljno. Ustanovili so Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) kot javni zavod, ki je izvajal obvezno zdravstveno zavarovanje, imel pa je tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje kot ostale zavarovalnice. Naslednja novost se nanaša na uvedbo zasebne zdravstvene dejavnosti, uvedli pa so tudi partnerstvo kot način urejanja odnosov med izvajalci, državo in zavarovanimi osebami (Cvetko, 1992, str. 16).

Uvedba obveznega zdravstvenega zavarovanja pomeni dolžnost vseh prebivalcev Republike Slovenije, da se zavarujejo za uveljavljanje zdravstvenih storitev v obsegu, ki je določen z zakonom. Plačilo prispevkov je vezano na dohodke zavarovancev, če pa oseba nima dohodka, zanjo plačuje prispevek država.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je bilo uvedeno za doplačila do polne cene zdravstvenih storitev, kar je nadomestilo plačevanje participacije v prejšnjem sistemu. Uvedli so tudi več oblik profitnih zavarovanj za kritje določenih specifičnih interesov posameznikov ter storitev v višjem razredu, kot je določeno v obveznem zdravstvenem zavarovanju.

Uvedba partnerskega modela v sistem zdravstvenega zavarovanja pomeni sodelovanje in dogovarjanje med predstavniki različnih področij oziroma interesov. Partnerji skupaj oblikujejo dogovore o programu zdravstvenih storitev in izhodiščih za njihovo uresničevanje, kar omogoča demokratični dialog med nosilci različnih interesov in zagotavlja večjo koordinacijo pri upravljanju programa zdravstvenih storitev.

Uvedba zasebne zdravstvene dejavnosti in vključitev zasebnih zdravstvenih delavcev v mrežo javne zdravstvene službe pomeni nastanek konkurence med javnim in zasebnim zdravstvom, kar lahko v veliki meri prispeva k izboljšanju kakovosti zdravstvenih storitev.

Pri uvajanju novega sistema zdravstvenega zavarovanja so upoštevali načelo, da je potrebno ohraniti dosedanje raven zdravstvenega varstva in visoko raven zdravstvene varnosti prebivalstva in da mora nova ureditev ohraniti vse najpomembnejše pridobitve prejšnjih sistemov. Sicer pa so od novega sistema pričakovali predvsem finančno disciplino vseh, ki plačujejo prispevek, izboljšanje učinkovitosti (ta naj bi se odražala v zdravstvenem stanju, kakovosti storitev in zaslužku zdravstvenega osebja) in odpravo črnega trga v zdravstvu. Slovenski model zdravstvenega zavarovanja lahko uvrstimo med socialna zdravstvena zavarovanja oziroma med Bismarckove modele.

### **2.3. Obvezno zdravstveno zavarovanje**

Z zdravstveno zakonodajo, sprejeto leta 1992, je Slovenija uvedla zdravstveno zavarovanje, ki je obvezno za vse državljane Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji.

**Tabela 1:** Ocena vseh javnih in zasebnih izdatkov za zdravstveno varstvo v Sloveniji v letu 2002

<b>Financiranje zdravstvenih programov</b>	<b>Izdatki (v mrd SIT)</b>	<b>Delež (v%)</b>
država za investicije v zdravstvo	4,66	1,03
javno zdravstveno zavarovanje	349,2	76,98
zasebno zavarovanje	58,86	12,97
neposredna plačila	40,93	9,02
skupaj	453,65	100

Vir: Poročilo ZZZS za leto 2002, str. 12.

**Tabela 2:** Povprečne prispevne stopnje zdravstvenega zavarovanja

<b>povprečne prispevne stopnje zdravstvenega zavarovanja</b>	<b>Prispevna stopnja (% od bruto plače)</b>
prispevna stopnja	13,45
delodajalec	7,09
zaposleni	6,36

Vir: Poročilo ZZZS za leto 2002, str. 12.

Nosilec in izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, katerega osnovna funkcija na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja je zagotoviti učinkovito zbiranje in razdeljevanje javnih sredstev za kakovostno uresničevanje pravic zavarovancev. Zavarovanci, delodajalci in drugi, z zakonom določeni zavezanec, morajo vsak mesec plačevati Zavodu prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje, kot vir sredstev za financiranje zdravstvenega varstva. Prispevki se plačujejo od osnov, določenih z zakonom, po predpisanih proporcionalnih stopnjah in v pavšalnih zneskih. Izdatki za zdravstveno varstvo v Sloveniji in prispevne stopnje so predstavljene v tabelah 1 in 2. Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so vezane na prispevke, ki jih plačujejo zavezanec v skladu z določili zakona. Zavod upravlja skupščina, ki jo sestavljajo tako predstavniki delodajalcev kot tudi zavarovancev.

### **2.3.1. Zavarovane osebe**

Zavarovane osebe so zavarovanci (zavezanec za prispevke) in njihovi družinski člani.

**Zavarovanci** so vse osebe, ki so zaposlene v Republiki Sloveniji in opravljajo svoje delo v tujini, osebe, ki v Sloveniji opravljajo samostojno ali poklicno dejavnost, lastniki zasebnih podjetij, kmetje, vrhunski športniki, brezposelne osebe in upokojenci, tuji študentje, invalidne

osebe in drugi, ki stalno prebivajo v Republiki Sloveniji in niso zavarovani iz drugega naslova.

**Družinski člani** se po zakonu delijo na ožje in širše družinske člane. Ožji družinski člani so zakonec, zakonski in izvenzakonski otroci in posvojenci. Širši družinski člani so, pod pogojem preživljanja, pastorki, vnuki, bratje, sestre in drugi otroci brez staršev, ki živijo z zavarovancem. Med širše družinske člane uvrščamo tudi starše, ki živijo z zavarovancem v skupnem gospodinjstvu, vendar nimajo dovolj sredstev za preživljanje in so trajno popolnoma nezmožni za delo, za otroka brez staršev pa se šteje tudi tisti, ki sicer ima starše, a so ti trajno nezmožni za delo in ga ne morejo preživljati.

### **2.3.2. Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja**

Obvezno zdravstveno zavarovanje obsega zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela in zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Obseg pravic do zdravstvenih storitev je določen v odstotku od vrednosti storitev, kar pomeni, da obvezno zdravstveno zavarovanje sicer pokriva večino zdravstvenih tveganj, vendar pa ne pokriva vseh tudi v celoti. Zavarovane osebe morajo razliko do polne cene plačati iz lastnih sredstev, lahko pa se za doplačilo tudi dodatno zavarujejo. Zakon v celoti zagotavlja zavarovanim osebam plačilo naslednjih zdravstvenih storitev:

- zagotovljeno zdravstveno varstvo otrok in mladine do 18. leta starosti in rednih študentov,
- zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom,
- preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV in drugih nalezljivih bolezni,
- zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno mišičnih bolezni ter raznih oblik sladkorne bolezni,
- zdravljenje in rehabilitacija zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu,
- zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam,
- nujna medicinska pomoč in nujni reševalni prevozi,
- zdravljenje in nega na domu, patronažni obiski,
- zdravila na recept v skladu z razvrstitvijo zdravil in določeni ortopedski in drugi pripomočki.

Odstotki vrednosti storitev, ki štejejo v obvezno zdravstveno zavarovanje, se spreminjajo na podlagi zakonskih usmeritev. Določa jih skupščina Zavoda v soglasju z Vlado Republike Slovenije, zakon pa določa njihovo spodnjo mejo, torej najnižji odstotek, ki ga mora zagotoviti obvezno zavarovanje pri posameznih skupinah storitev.

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavljata predvsem dve vrsti pravic, in sicer v obsegu, ki ga določa zakon:

- pravice do zdravstvenih storitev in
- pravice do denarnih nadomestil.

Pravice do zdravstvenih storitev obsegajo storitve osnovne zdravstvene dejavnosti, vključujejo pa tudi zobozdravstvo, zdravstvene storitve v določenih socialnih zavodih, bolnišnične in terciarne dejavnosti ter specialistično-ambulantne storitve. Med pravice do zdravstvenih storitev štejemo še pravice do zdraviliškega zdravljenja, obnovitvene rehabilitacije, prevozov z reševalnimi in drugimi vozili, tehničnih pripomočkov, zdravil in še nekatere druge.

Med pravice do denarnih nadomestil, ki jih imajo zavarovane osebe iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa uvrščamo nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela, pogrebne in posmrtnine ter povračila potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

**Nadomestilo plače** je denarna dajatev, ki jo prejme zavarovanec v času zadržanosti od dela zaradi bolezni, poškodbe, ali nege družinskega člana. Od 1. do 30. dne zadržanosti od dela plačuje nadomestilo delodajalec, razen v nekaterih izjemnih primerih (presaditev živega tkiva ali organa v korist druge osebe, dajanja krvi, nege družinskega člana), ko plačuje nadomestilo Zavod. Zavod sicer plačuje nadomestilo od 31. dne zadržanosti od dela dalje. Višina nadomestila je odvisna od vzroka zadržanosti od dela oziroma od statusa zavarovane osebe. Nadomestilo v nobenem primeru ne more biti manjše od zajamčene plače in ne more biti večje od plače, ki bi jo zavarovanec dobil, če bi delal, oziroma osnove, po kateri je zavarovanec pokojninsko in invalidsko zavarovan.

**Pogrebna** je dajatev iz zdravstvenega zavarovanja, ki ob smrti zavarovane osebe pripada tistemu, ki je poskrbel za pogreb. **Posmrtnina** je enkratna denarna pomoč, ki jo prejmejo zavarovančevi vzdrževani družinski člani ob smrti zavarovanca.

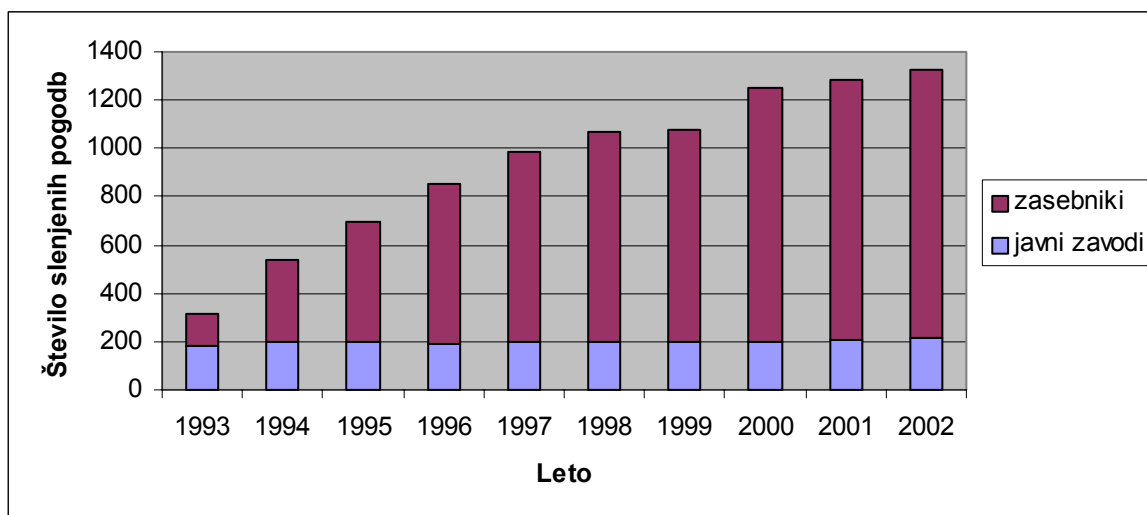
Zavarovane osebe imajo pravico do **povračila potnih stroškov**, ki vključujejo povračilo prevoznih stroškov, stroškov prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v tujem kraju. Pravica do povračila potnih stroškov se lahko uveljavi, če mora zavarovanec potovati k zdravniku v drug kraj ali v zdravstveni zavod v drug kraj, ker v kraju zaposlitve oziroma stalnega prebivališča ni zdravnika ali ustreznega zdravstvenega zavoda. Pravica se lahko uveljavlja tudi tedaj, če zdravnik, zdravniška komisija ali zdravstveni zavod napotijo zavarovanca v drug kraj, oziroma, če ga pokličejo v kraj zunaj stalnega prebivališča ali kraja zaposlitve. Povračilo stroškov prehrane se prizna le v primeru, če je bil zavarovanec zaradi zdravstvenih storitev odsoten od doma več kot 12 ur, in sicer v višini, ki jo določi Zavod. Potni stroški se povrnejo za najkrajšo možno razdaljo in po ceni javnega prevoza.



Zavarovane osebe lahko uveljavljajo pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v vseh zavodih oziroma pri vseh zdravnikih, ki delujejo v okviru mreže javne zdravstvene službe. Na osnovi koncesij so v mrežo javne zdravstvene službe enakopravno vključeni javni zdravstveni in drugi zavodi ter zasebni zdravniki in drugi zasebniki.

Leta 2001 je bilo v javno mrežo na podlagi pogodb z Zavodom vključenih 206 javnih zavodov in 1081 zasebnih zdravnikov in drugih zasebnikov. Kot je razvidno iz slike 1, se število zasebnikov iz leta v leto zvišuje (od 133 v letu 1993 na 1112 v letu 2002), medtem ko število javnih zavodov ostaja približno enako. V letu 2002 je programe zdravstvenih storitev v Sloveniji nudilo 64 zdravstvenih domov, 26 bolnišnic, 24 lekarn, 15 zdravilišč in 77 socialno-varstvenih zavodov. V javnih zavodih je bilo v istem letu zaposlenih okoli 4400 zdravnikov, pri zasebnikih pa okoli 900.

**Slika 1:** Število sklenjenih pogodb z javnimi zavodi in zasebniki od leta 1993 do 2002



Vir: Poročilo ZZZS za leto 2002, str. 9.

Zasebno zdravstveno storitev poleg zasebnikov v zdravstveni mreži, ki imajo sklenjeno pogodbo z Zavodom, opravljajo tudi tako imenovani čisti zasebniki, ki pa niso vključeni v javno zdravstveno mrežo. Vse njihove storitve, razen za nujno bolniško pomoč, morajo bolniki plačati sami.

## 2.4. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je bilo dejansko uvedeno s 1.1.1993 kot dopolnitev k obveznemu zdravstvenemu zavarovanju. Takrat je bila dokončno odpravljena participacija kot oblika neposrednega doplačila zavarovancev ob uveljavljanju zahtev po zdravstvenih storitvah.

Z uvedbo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je Slovenija želela predvsem razbremeniti javno finančni sektor pri zagotavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in ponuditi ljudem možnost izbire pri skrbi za lastno zdravje. Zasebna sredstva državljanov, pridobljena pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju, naj bi zmanjšala delež javnih sredstev v vsej zdravstveni porabi, prebivalstvo pa naj bi se ob tem začelo zavedati, da zdravstvene storitve niso zastonj, ampak imajo svojo ceno in jih zato tudi ni mogoče zagotoviti brezplačno. Država in posameznik sta si namreč v stalnem nasprotju: medtem ko želi država tendenčno zniževati izdatke za zdravstveno varstvo in kljub temu zagotoviti nadaljnji visok standard zdravstvenih storitev, želijo posamezniki porabiti vse več sredstev za vse bolj kompleksne zdravstvene storitve.

Osnovi namen prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je, da zavarovalnica prevzame riziko plačila dela določenih zdravstvenih stroškov v dogovorjenem znesku, in sicer na podlagi sklenjene zavarovalne pogodbe in proti plačilu premije. Gre za posebno obliko zavarovanja, pri katerem se zavarovalec obvezuje, da bo po načelih vzajemnosti in solidarnosti plačeval zavarovalnici določen znesek, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo v primeru nastanka zavarovalnega primera zanj plačala dogovorjeni del cene zdravstvene storitve (Cvetko, 1992, str. 28).

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja so z vidika zavarovalnice največkrat poslovna: zavarovateljev cilj je doseči visok dobiček, in sicer z obvladovanjem odnosov med privlačnostjo zavarovanja, številom zavarovancev, zavarovalno premijo ter stroški izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Za razliko od obveznega zdravstvenega zavarovanja zavarovanec pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju plačuje določen znesek oziroma premijo, ki ni vezana na določen odstotek od plače. Velikost premij tako sorazmerno bolj prizadene zavarovane osebe z nižjimi dohodki. Posebnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je v možnosti družinskega in skupinskega zavarovanja, saj lahko sklenitelj sklene zavarovanje tudi za druge osebe. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje lahko sklenejo tudi delodajalci za svoje delavce, vendar se s tem povečajo stroški dela, kar se lahko prenese v ceno izdelkov in s tem se lahko posledično zmanjša tudi konkurenčnost podjetja.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje se lahko uvede za celo vrsto pravic, kakšne možnosti zavarovanja pa bodo zavarovancem ponudile zavarovalnice, pa je v celoti odvisno od njih. Zavarovalnice lahko same določajo svojo ponudbo, zakon jim naroča le to, da morajo zavarovati vse osebe, ki se želijo zavarovati pri njih in da morajo glede pravic in obveznosti vse zavarovane osebe obravnavati enako.

#### **2.4.1. Oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja**

V Sloveniji so z zakonom uvedli naslednje oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Splošni in posebni pogoji za prostovoljna zdravstvena zavarovanja, 1995, str. 1-26):

- zavarovanje za doplačilo do polne vrednosti storitev,
- zavarovanje za večji obseg pravic ter za višji standard storitev,
- zavarovanje za dodatne pravice, ki niso predmet obveznega zavarovanja in
- zavarovanje za osebe, ki po zakonu ne morejo pridobiti lastnosti zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju.

#### **2.4.1.1. Zavarovanje za doplačilo do polne vrednosti storitev**

Gre za zavarovanje, ki je vezano na obvezno zdravstveno zavarovanje in tudi vsebinsko sodi vanj. Zavarovanec se zavaruje za plačilo razlike med vrednostjo zdravstvenih storitev, zdravil in pripomočkov, ki jih zavarovancu pokriva obvezno zavarovanje in polno vrednostjo teh zdravstvenih storitev, zdravil in pripomočkov, ki je določena s pogodbo med izvajalcem in Zavodom. Ta oblika zavarovanja zavarovancem torej ne prinaša novih oziroma dodatnih pravic, gre le za to, da mora del vrednosti cene ali storitev, ki jih ne krije obvezno zavarovanje, plačati koristnik sam, če v ta namen ni prostovoljno zavarovan za razliko do polne vrednosti storitev.

#### **2.4.1.2. Zavarovanje za večji obseg pravic ter za višji standard storitev**

Za izvajanje zavarovanja za večji obseg pravic ter za višji standard storitev morata biti jasno opredeljena obseg in standard zdravstvenega varstva iz obveznega dela. Kot primer takšnega zavarovanja lahko navedem »Nadstandard A« in »Nadstandard B«, ki zavarovanim osebam na primer omogočata bivanje v enoposteljnih sobah, dodatno in boljšo postrežbo v času zdravljenja, dobijo pa lahko tudi zdravila z negativne liste predpisana na recept ter tudi zahtevnejše pripomočke, ki niso pravica obveznega zavarovanja.

#### **2.4.1.3. Zavarovanje za dodatne pravice, ki niso predmet obveznega zavarovanja**

Omenjena oblika zavarovanja za ljudi ni najbolj privlačna, predvsem zaradi zelo širokega dela obveznega zavarovanja. Zavarovanja za dodatne pravice se vežejo predvsem na zdraviliška zdravljenja, zavarovanje v tujini ter pomoč na domu, kot najprivlačnejši pa se je izkazal program "Dnevna odškodnina", kjer se zavaruje izguba dela plače zavarovanca v času prejemanja nadomestila iz obveznega zavarovanja.

#### **2.4.1.4. Zavarovanje za osebe, ki po zakonu ne morejo pridobiti lastnosti zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju**

Sklenitelji takšnega zavarovanja se lahko vključijo v obvezno zavarovanje (VOZ A, VOZ B, VOZ S), ali pa se lahko vključijo v obvezno zavarovanje za zobozdravstvo (VOZ C), ki

omogoča pridobitev pravic do zdravstvenih storitev iz obveznega dela z izjemo pravic do zdravil, pripomočkov in denarnih nadomestil. Zavarovanje omogoča tudi možnost izbire ožjega obsega pravic v okviru dodatnih programov.

Zavarovanja za večji obseg pravic ali višji standard storitev ter za dodatne pravice so namenjena predvsem določenim ciljnim skupinam, ljudem z določenimi interesi, predvsem pa z nadpovprečnimi finančnimi zmožnostmi.

#### **2.4.2. Način uveljavljanja pravice prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja**

Edini veljavni dokument za uveljavljanje pravic iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je kartica zdravstvenega zavarovanja. Kartica je bila uvedena leta 1999 in je močno poenostavila in posodobila vrsto zamudnih in obsežnih administrativnih postopkov, ki so se izvajali v prvih letih uvedbe prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. V preteklosti so se morale osebe, ki so bile prostovoljno zavarovane, izkazovati z izkaznico o prostovoljnem zavarovanju. Na nekaterih izkaznicah je bilo poleg trajanja kritja zapisano tudi, za katero obdobje oziroma do katerega datuma je plačana premija oziroma obrok. Pri teh osebah je bilo po izteku te dobe potrebno preveriti, ali je plačan naslednji obrok, sicer zavarovana oseba ni imela kritja.

Kartica zdravstvenega zavarovanja predstavlja elektronski osebni dokument, ki so ga prejeli vsi, ki imajo urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji, to je nekaj manj kot 2 milijona ljudi. Oseba predloži svojo kartico ob obisku pri zdravniku oziroma takrat, ko želi uveljavljati pravice iz zdravstvenega zavarovanja. Veljavnost zdravstvenega zavarovanja potrjuje vsak sam, in sicer na samopostrežnih terminalih, preko katerih se iz centralnih baz na kartico zapišejo najnovejši podatki. Kartica tako omogoča preprosto in neposredno prenašanje podatkov med zavarovanci, zavarovalnico in zdravstvenimi ustanovami. Postopki s kartico so hitri in zagotavljajo visoko kakovost in varnost elektronsko zapisanih podatkov, saj jih lahko berejo samo pooblaščenim imetniki profesionalnih kartic. Kartični sistem je prilagojen slovenskemu zdravstvu in zdravstvenemu zavarovanju ter slovenski zakonodaji, upošteva pa tudi mednarodna priporočila in standarde. Podobno kartično infrastrukturo uvajajo tudi druge evropske države in si pri tem prizadevajo, da bi tovrstne elektronske dokumente lahko uporabljali tudi zunaj nacionalnih meja.

#### **2.4.3. Ponudniki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja**

Glavna ponudnika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji sta Vzajemna zdravstvena zavarovalnica in Zavarovalnica Adriatic, v prihodnosti pa se nam obeta, skupaj s spremembo zdravstvene zakonodaje, tudi nastanek kakšne nove zdravstvene zavarovalnice. V nadaljevanju bom na kratko predstavila ponudbo obeh že obstoječih zdravstvenih zavarovalnic in vizijo Zdravstvene zavarovalnice Tiglav, ki naj bi začela delovati leta 2004.

### 2.4.3.1. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica

Vzajemna je največja specializirana zavarovalnica za prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Sloveniji. Ustanovljena je bila 1. novembra 1999, ko je s prenosom prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja z Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije postala samostojni pravni subjekt. Njena osnovna dejavnost je zagotavljanje dopolnitve in nadgradnje obveznega zdravstvenega zavarovanja republike Slovenije. Vzajemna ima danes več kot milijon sto dvajset tisoč zavarovancev.

Vzajemna ponuja zavarovancem naslednje oblike zavarovanj:

- Prostovoljna zdravstvena zavarovanja za doplačila
- Prostovoljna zdravstvena zavarovanja za višji obseg pravic:
  - Nadstandardno zavarovanje A (NSA)
  - Nadstandardno zavarovanje B (NSB)
- Zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini (TAS)
- Vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje pod različnimi pogoji (VOZ).

**Dopolnilna zdravstvena zavarovanja** so najpogostejša oblika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in tako je pri Vzajemni zavarovanih več kot milijon sto tisoč zavarovancev. S sklenitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja se zavarovanci zavarujejo za stroške doplačil zdravstvenih storitev na področju vseh zdravstvenih dejavnosti (vključno s storitvami nastanitve in prehrane v bolnišnici ali zdravilišču), za stroške vseh zdravil s pozitivne in vmesne liste, predpisanih na recept, nenujnih reševalnih prevozov, zdravstvenih in tehničnih pripomočkov ter zobnoprortetičnih nadomestkov.

**Zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini** omogoča zavarovanje za primer nesreče ali bolezni v tujini. Vzajemna v sodelovanju s pogodbenim partnerjem ELVIA zagotavlja storitve zdravstvenega zavarovanja z medicinsko asistenco po vsem svetu.

**Nadstandard A** zavarovancem omogoča uveljavljanje pravic, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar na višji kakovostni ravni in v večjem obsegu. Nadstandard A omogoča plačilo stroškov kakovostnejšega bivanja in oskrbe med zdravljenjem v bolnišnici ali zdravilišču, zavarovanec pa pridobi tudi pravico do povračila stroškov zahtevnejših zdravstvenih (medicinsko tehničnih) pripomočkov, materialov (zobnoprortetičnih nadomestkov) in zdravil, ki niso razvrščena na pozitivno ali vmesno listo in bi jih morala oseba, ki nima sklenjenega NSA, v celoti plačati sama. Zavarovanec lahko uveljavlja pravice iz NSA, če je v skladu s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja napoten na zdravljenje v bolnišnico ali zdravilišče, ali pa mora biti v skladu z omenjenimi pravili upravičen do medicinsko - tehničnega pripomočka ali zobnoprortetičnega nadomestka. Zdravila morajo biti predpisana na recept (beli receptni obrazec).

**Nadstandard B** zavarovancem omogoča, da lahko uveljavljajo zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti pri zdravniku, ki ni njihov osebni zdravnik, zobozdravnik ali ginekolog. Brez napotnice osebnega zdravnika je možno tudi uveljavljanje ambulantno-specialističnih storitev v samoplačniških ambulantah ali v zdravstvenih ustanovah, ki niso v javni mreži, vključno z vsemi registriranimi zdravili, ne glede na njihovo razporeditev na listo. Zavarovalna vsota je določena za obdobje enega leta in je enotna za vse navedene storitve, razlikuje se le glede na višino izbrane premije.

**Vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje** je namenjena tistim osebam (predvsem tujcem), ki si po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ne morejo urediti statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Na voljo je več različic VOZ, za vse pa velja, da izključujejo zdravila, pripomočke, potne stroške, nadomestila v času zadržanosti z dela, pogrebnine in posmrtnine ter storitve, ki so opravljene v zvezi z nosečnostjo ali porodom. Vsak, ki želi skleniti zavarovanje VOZ, mora zavarovalnici predložiti potrdilo o svojem zdravstvenem stanju. Ob sklenitvi zavarovanja je potrebno tudi plačati premijo v celoti.

**VOZ A** se sklepa za dobo trajanja enega leta in krije pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, kot jih opredeljuje zakon. Z omenjenim zavarovanjem si zavarovanci zagotavljajo pravico do zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti, v zobozdravstveni dejavnosti, v specialističnih ambulantah, v bolnišnicah in na klinikah ter zdraviliško zdravljenje v naravnih zdraviliščih.

**VOZ B** se sklepa za dobo trajanja treh let, obsega pa pravico do nujne medicinske pomoči in vključuje tudi nujne reševalne prevoze, zdravljenje in medicinsko nego na domu ter storitve osnovne dejavnosti brez zobozdravstva. Zavarovanje vključuje tudi specialistično-ambulantne, bolnišnične in terciarne zdravstvene dejavnosti v vrednosti storitev, obsegu, standardu in postopku, kot določajo predpisi iz obveznega zavarovanja.

**VOZ C** je zavarovanje, ki se sklepa za dobo treh let, z njim pa si zavarovanci zagotavljajo le pravice do zobozdravstvenih storitev, ki vključujejo zdravljenje zob in ustne votline ter zobnoprótetične storitve in nadomestke.

**VOZ S** se sklepa za obdobje najmanj 10 dni in za največ 6 mesecev. Vsebuje pravice v istem obsegu kot VOZ B, razen pravice do zdravljenja in medicinske nege na domu.

**VOZD** zavarovanje pomeni zavarovanje doplačil, krije pa znesek razlike med delom vrednosti zdravstvene storitve, ki je zagotovljen z obveznim zavarovanjem in celotno vrednostjo zdravstvene storitve, ki izhaja iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v istem obdobju in za iste storitve kot jih krije zavarovanje VOZ. Pogoj za sklenitev zavarovanja doplačil VOZD je sklenjeno zavarovanje VOZ.

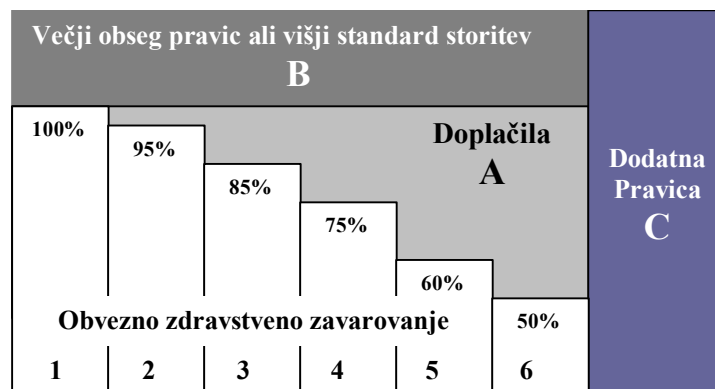
#### **2.4.3.2. Zavarovalnica ADRIATIC**

Adriatic je bil kot prva slovenska zavarovalna delniška družba ustanovljen konec leta 1990. Ponujajo nam pestro ponudbo različnih zavarovanj, leta 1992 pa so ponudili tudi prostovoljno

zdravstveno zavarovanje. V nadaljevanju bom na kratko predstavila ponudbo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja Zavarovalnice Adriatic.

Adriatic ponuja prostovoljna zdravstvena zavarovanja v treh različnih skupinah: A, B in C, v okviru katerih so zajeta zavarovanja za doplačila, zavarovanja za večji obseg ali višji standard storitev in zavarovanja za dodatne pravice. Poleg tega nudi tudi zavarovanje zdravstvene asistencije v tujini.

**Slika 2:** Razporeditev pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja in prikaz pravic, ki jih prinašajo posamezne oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja



Vir: [http://adriatic.si/nov\\_splet/strani/zavarovanja/zdravstveno\\_slo.html](http://adriatic.si/nov_splet/strani/zavarovanja/zdravstveno_slo.html), 2003.

Zavarovanja iz skupin A, B in C je mogoče sklepati posamično, možno pa jih je tudi združevati v pakete, ki jih lahko zavarovanec oblikuje sam. Za vsak paket dobi zavarovanec določen odstotek popusta. Zavarovalnica je tudi sama pripravila nekaj vzorčnih paketov, namenjenih za določene skupine ljudi.

#### 2.4.3.3. TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.

Zdravstvena zavarovalnica Triglav načrtuje aktiven nastop na trgu zdravstvenih zavarovanj v letu 2004. Specializirana zdravstvena zavarovalnica, katere lastnik je Zavarovalnica Triglav, d.d. (95,2%), vidi svojo poslovno priložnost predvsem v novostih, ki naj bi jih v sistem zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji prinesla nova oziroma spremenjena zakonodaja s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja (glejte str. 21, točko 2.6.). Zavarovancem nameravajo ponuditi široko paleto zdravstvenih zavarovanj v skladu z veljavno slovensko zakonodajo, pripravljajo pa tudi ponudbo zavarovalniških produktov, ki bodo zanimivi ob normativnih spremembah na področju zdravstvenega zavarovanja. Tukaj velja omeniti vrste privatnih zdravstvenih zavarovanj, ki so se oblikovale drugod po Evropi in postajajo vedno bolj zanimiva tudi za Slovenijo: dopolnilna zavarovanja, vzporedna zavarovanja, dodatna zavarovanja, nadomestna zavarovanja in asistenčna zdravstvena zavarovanja.

## 2.5. Financiranje zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji

Celotna sredstva, ki jih ima na voljo področje zdravstvenega varstva, lahko razdelimo na javna in zasebna. Med javna sredstva štejemo sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja in proračunska sredstva za zdravstvo. Sredstva za obvezno zdravstveno zavarovanje se zbirajo na podlagi prispevkov delodajalcev in delojemalcev ter drugih zavezancev, ki jih določa zakon. Aktivni zavarovanci morajo plačati 6,36% od bruto plače, delodajalci pa morajo plačati enak znesek in dodati še 0,73% za poklicne bolezni in poškodbe pri delu. Osnova za določitev prispevkov za kmete je njihov katastrski dohodek, upokojenci pa plačujejo le prispevek, ki ustreza prispevku delojemalca. Ostale kategorije zavarovancev plačujejo pavšalne prispevke, ki so približno v višini prispevne stopnje delojemalcev, če bi ta imel minimalno plačo (Toth, Petrič, Kramberger, 1999, str.150).

V primeru, da državljan Republike Slovenije nima nobene osnove za zavarovanje, nobenih sredstev in nikogar, ki bi ga bil dolžan preživljati, ga mora zavarovati občina, v kateri ima stalno prebivališče.

Vsako leto se predstavniki Ministrstva za zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije pogajajo in dogovorijo za skupen obseg programov zdravstvenih storitev in potrebnih sredstev za plačilo programa na državni ravni. Smisel pogajanj je v pisnem Dogovoru, ki predstavlja odgovorno določanje zgornjih mej javnih sredstev za zdravstvo in tudi odgovorno porabljanje sredstev, ki so solidarno zbrana na osnovi obveznih prispevkov vseh zavarovancev v Sloveniji. Zgornja meja naj bi v Sloveniji znašala okoli 6,9% BDP. Ocene izdatkov za zdravstvo od leta 1998 do leta 2002 so prikazane v tabeli 3.

**Tabela 3:** Ocena izdatkov za zdravstvo v Sloveniji od leta 1998 do leta 2002 v tekočih cenah in v odstotku od BDP

VIR IN VRSTA SREDSTEV	1998		1999		2000		2001		2002	
	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP	mrd SIT	% BDP
<b>1. Javni izdatki</b>										
OBVEZNO ZDR. ZAVAROVANJE	216,26	6,65	237,82	6,52	270,4	6,7	313,42	6,86	349,2	6,83
PRORAČ. SRED. DRŽAVE										
za investicije v zdravstvo	1,98	0,06	2,16	0,06	2,52	0,06	3,64	0,08	4,66	0,09
za zdrav. programe in ostale izdatke	3,73	0,11	4,12	0,11	4,21	0,1	5,28	0,12	7,02	0,14
PRORAČUN OBČIN	2,54	0,08	3,05	0,08	3,33	0,08	3,35	0,07	3,35	0,07
<b>Javni izdatki skupaj</b>	<b>224,51</b>	<b>6,9</b>	<b>247,15</b>	<b>6,77</b>	<b>280,46</b>	<b>6,95</b>	<b>325,69</b>	<b>7,13</b>	<b>364,23</b>	<b>7,12</b>
<b>2. Zasebna sredstva</b>										
PROSTOVOLNO ZDR. ZAVAROVANJE	32,49	1	37,51	1,03	46,43	1,15	54,37	1,19	58,86	1,15
Vzajemna	29,47	0,91	33,75	0,93	41,66	1,03	48	1,05	52	1,02
Adriatic	3,02	0,09	3,76	0,1	4,77	0,12	6,37	0,14	6,86	0,13
DRUGA ZASEBNA SREDSTVA	26	0,8			32,28	0,8	36,53	0,8	40,93	0,8
<b>Vsa zasebna sredstva skupaj</b>	<b>58,49</b>	<b>1,8</b>	<b>37,51</b>	<b>1,03</b>	<b>78,71</b>	<b>1,95</b>	<b>90,9</b>	<b>1,99</b>	<b>99,79</b>	<b>1,95</b>
<b>3. SKUPAJ</b>	<b>283</b>	<b>8,7</b>	<b>284,66</b>	<b>7,8</b>	<b>359,17</b>	<b>8,9</b>	<b>416,59</b>	<b>9,12</b>	<b>464,02</b>	<b>9,07</b>
4. BDP	3.253,80		3.648,40		4.035,50		4.566,20		5.116,00	

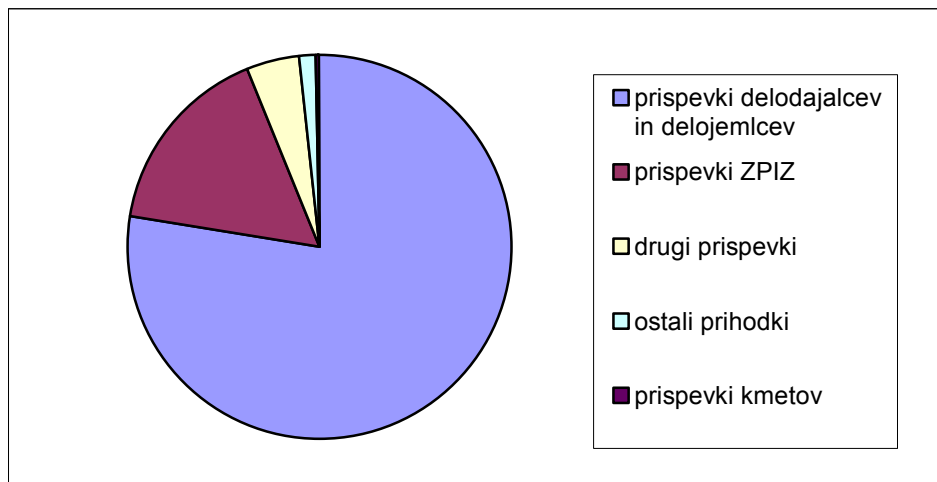
Vir: Poročilo ZZZS za leto 2002, str. 12.

Če analiziramo prispevke obveznega zdravstvenega zavarovanja kot prihodke Zavoda za leto 2002, ugotovimo, da so znašali celotni realizirani dohodki 340.413 milijonov tolarjev. Večji del prihodkov (98,5%) je bil pridobljen od prispevkov za socialno varnost, od tega je 80,9%



prispevkov ali 271.262 milijonov tolarjev od neposrednih vplačanih prispevkov za zdravstveno zavarovanje in 19,1% ali 64.026 milijonov tolarjev transfernih prihodkov (vplačila prispevkov za upokoјence, brezposelne in druge zavarovane osebe, ki so jih plačali Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, občine, Zavod za zaposlovanje in proračun). Vplačani prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje so tako skupaj znašali 335.288 milijonov tolarjev in so bili za 12,7% višji kot v letu 2001. Prispevki so bili usklajeni z letnim finančnim načrtom oziroma za 0,1% manjši od načrtovanih.

**Slika 3:** Struktura prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja glede na kategorijo zavarovancev



Vir: <http://www.zzzs.si/Prispevki>, 2003.

V strukturi prispevkov glede na kategorijo zavarovancev predstavljajo največji del prispevki delodajalcev in delojemalcev (78,6% oziroma 263.242 milijonov tolarjev), sledijo prispevki ZPIZ za upokoјence (16,8% oziroma 56.253 milijonov tolarjev) in drugi prispevki (4,6% oziroma 15.493 milijonov tolarjev) ter prispevki kmetov.

## 2.6. Razvoj zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji v prihodnosti

Hiter napredek medicinske znanosti in medicinske tehnologije ter vedno večja zdravstvena osveščenost ljudi glede ohranjanja in krepitve zdravja so glavni razlogi, da se danes zdravstveni sistemi po vsem svetu soočajo s povečanim povpraševanjem državljanov po novih zdravstvenih pravicah ter po njihovi univerzalni dostopnosti in kakovosti. Število starejših prebivalcev, ki uporabljajo zdravstveno varstvo precej več kot mladi, narašča, prav tako pa narašča tudi število kroničnih bolnikov. Vse to povečuje pritiske na povečevanje sredstev za zdravstveno varstvo. Pričakovanja slovenskih državljanov so primerljiva z zahtevami prebivalcev najrazvitejših držav. Pričakujejo ohranjanje solidarnosti, boljšo dostopnost, nove programe, večjo možnost izbire, boljšo odzivnost izvajalcev, večjo kakovost

in večjo soudeležbo pri odločanju. Zaplete se pri omejenih možnostih javnega financiranja, saj se Slovenija ukvarja z vedno večjimi težavami pri zagotavljanju sredstev za izvedbo zdravstvenih programov. Obstoječi sistem zdravstvenega varstva nas vodi v vedno večje izgube javnih zdravstvenih financ, ki naj bi do leta 2007 dosegle že četrtno letnega proračuna. Postavlja se torej vprašanje, kako ohraniti stabilnost zdravstvenega sistema v prihodnosti? Ministrstvo za zdravje je prepričano, da lahko vse nakopičene probleme v prihodnosti reši le temeljita **zdravstvena reforma**. Reforma naj bi v slovenski zdravstveni sistem prinesla precejšnje spremembe, zato bom v nadaljevanju na kratko predstavila njene glavne predloge.

Cilji zdravstvene reforme v Sloveniji temeljijo na štirih sklopih vrednot, to so: pravičnost, dostopnost, kakovost in učinkovitost. Iz njih izvira šest glavnih ciljev reforme (Keber, 2003, str. 20):

1. pravičnost pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo,
2. razporejanje sredstev po potrebah državljanov,
3. boljša dostopnost do zdravstvenega varstva,
4. razvoj sistema celovite kakovosti,
5. večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva in
6. krepitev področja javnega zdravja.

### **2.6.1. Pravičnost pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo**

Nova zdravstvena reforma naj bi prinesla **ukinitev doplačil v obveznem zavarovanju**, kar naj bi odpravilo podlago za prostovoljno dopolnilno zavarovanje, kot ga poznamo sedaj. Uvedli naj bi nov zdravstveni prispevek, ki bo nadomestil izpad premij dopolnilnega zavarovanja. Ta naj bi za zaposlene znašal 1,95% bruto plače, kar pomeni, da bi 60% delojemalcev plačevalo manj, 40% delojemalcev pa več kot za premije sedanjega dopolnilnega zavarovanja. Prispevek delodajalcev naj bi ostal nespremenjen, novi prispevek za upokojence pa naj bi znašal 4,06% neto pokojnine, kar pomeni, da bi 70% upokojencev plačevalo manj, 30% pa več kot sedaj. Tudi prispevek ZPIZ-a naj bi ostal nespremenjen. S **prostovoljnim dodatnim zavarovanjem** naj bi se vzpostavil pravi trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, potrebna pa bo tudi **vsebinska opredelitev svežnja pravic**, tako da bo obvezno zdravstveno zavarovanje brez doplačil zagotavljalo večino pravic, ki so dokazano koristne.

### **2.6.2. Razporejanje sredstev po potrebah državljanov**

V dobrem zdravstvenem sistemu mora biti razporejanje sredstev usmerjeno k potrebam državljanov in h kakovostni zdravstveni oskrbi. V Sloveniji je bil sistem vsa leta usmerjen k

izvajalcem in ne k državljanom, bil je premalo učinkovit in je povsem zanemaril pomen dobre klinične prakse. Z zdravstveno reformo želijo ustvariti **celovit model razporejanja sredstev v sistemu zdravstvenega varstva**, ki bo temeljil na potrebah državljanov. Uvesti želijo **glavarino** kot temeljni način razporejanja sredstev v obveznem zdravstvenem zavarovanju, pri financiranju bolnišnic pa so že začeli s **plačevanjem po zahtevnosti obravnave**, ki jo potrebuje določen bolnik. Pri obravnavi bolnika, ki potrebuje pomoč pri različnih zdravstvenih delavcih od primarne do terciarne ravni zdravstvenega varstva, naj bi financiranje podpiralo **strokovno povezovanje** med njimi.

### 2.6.3. Dostopnost

Zdravstveno varstvo mora biti dostopno vsem (univerzalna dostopnost), upoštevati pa mora tudi potrebe ljudi, kar pomeni, da morajo tisti z večjimi potrebami dobiti več kot tisti, ki potrebujejo manj, ljudje z enakimi potrebami pa morajo dobiti enako (pravična dostopnost). V Sloveniji boljšo in pravičnejšo dostopnost ovirajo visoke premije prostovoljnega zavarovanja, ki ga nima okoli sto tisoč ljudi, ekonomske, kulturne in socialne razlike med regijami ter omejeni človeški in materialni viri, ki ne omogočajo zadostne preskrbljenosti in ustvarjajo čakalne dobe. Z novo zdravstveno reformo naj bi se vsem državljanom **zagotovil osnovni sveženj zdravstvenih pravic brez dodatnih zasebnih sredstev, skrajšale naj bi se čakalne dobe za zahtevne oblike zdravljenja**, in sicer naj bi prednostno obravnavali čakalne dobe pri boleznih, pri katerih lahko čakanje na zdravljenje bistveno poslabša prognozo. Za operacije in druge obravnave, pri katerih lahko čakanje ogrozi življenje (rak, bolezni srca in ožilja) bo zdravstveni sistem jamčil **najdaljšo dopustno čakalno dobo**, skrajšale pa naj bi se tudi čakalne dobe na prvi specialistični pregled in povečale naložbe v zahtevno diagnostično opremo. Reforma naj bi prinesla tudi **povečanje obsega zdravljenja in nege na domu**, kar naj bi svojem in drugim negovalcem omogočilo, da bodo dobili ustrezno podporo pri negi bolnika na domu.

### 2.6.4. Razvoj sistema celovite kakovosti

Za uvajanje kakovosti v zdravstveni sistem je pomembno sistematično zbiranje podatkov o izvajanju zdravstvene oskrbe, uvajanje standardov in z dokazi podprtih kliničnih smernic za kakovostno in stroškovno učinkovito zdravstveno oskrbo. V Sloveniji smo z uvajanjem kakovosti zdravstvene oskrbe šele na začetku poti, zato bo potrebno sprejeti številne nove ukrepe. Vzpostaviti nameravajo **neodvisne institucije za kakovost zdravstvene oskrbe in sistem upravljanja celovite kakovosti**. Pripravili bodo **klinične smernice in klinične poti**, ki bodo zdravniku, drugim zdravstvenim delavcem in tudi bolniku pomagale pri odločitvah glede primerne zdravstvenega varstva, **izboljšala naj bi se varnost za bolnike in upravljanje s tveganji, neprekinjeno pa naj bi tudi spremljali izide zdravljenja in kazalnike kakovosti**.

### **2.6.5. Večja učinkovitost regulacije in upravljanje sistema zdravstvenega varstva**

Regulacija in upravljanje zdravstvenega varstva v Sloveniji sta nedorečena in neučinkovita, prav tako pa je neučinkovit tudi management v zdravstvu. V prihodnosti tako želijo jasneje opredeliti **regulacijsko vlogo države in Zdravstvenega sveta**. Vzpostavljeni bodo standardi zdravstvene obravnave, opremljenosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti in informatike v obliki **agencije za kakovost**. Sledijo še  **uvedba elektronskega zdravstvenega kartona, preoblikovanje javnih zdravstvenih zavodov, podiplomski program izobraževanja za management v zdravstvu, centralna nabava in regulacija cen zdravil ter vzpodbujanje konkurence med izvajalci**.

### **2.6.6. Krepitev področja javnega zdravja**

Cilj je v izboljšanju zdravja prebivalcev in s tem v boljši kakovosti življenja. Reforma predvideva oblikovanje zdravih javnih politik, okrepitev vloge lokalnih skupnosti in nevladnih organizacij pri varovanju in krepitvi zdravja ter zagotavljanje pogojev za ustrezno izobraževanje in usposabljanje kadrov na področju javnega zdravja.

Opisana zdravstvena reforma je precej razburila zavarovalnici Vzajemno in Adriatic, ki tržita dodatno zavarovanje, saj ga večina državljanov po reformi ne bi več potrebovala. Z različnimi izračuni skušajo dokazovati, da bodo po reformi več za zdravstvo morali plačevati tudi manj premožni. Dvomijo tudi glede skrajševanja čakalnih dob, saj bi se po njihovem mnenju te lahko skrajšale le, če bi zdravstvo dobilo več denarja, le tega pa iz zasebnih žepov ne bo. Pri Adriaticu so prepričani, da bo delež tistih, ki bodo po novem plačevali več, višji kot je zapisano v beli knjigi. Bolj optimistična glede reforme je Zdravstvena zavarovalnica Triglav, ki bo začela delovati v letu 2004 in vidi svojo priložnost ravno v spremenjeni zdravstveni zakonodaji. Prepričani so, da bi se moralo v naslednjih petih letih financiranje iz zasebnih sredstev povzpeti na 5 do 10 odstotkov, kar bi za sredstva v sistemu zdravstvenega zavarovanja pomenilo med 40 in 50 milijard tolarjev. Optimističen je tudi minister za zdravje, ki pričakuje, da se bo poleg obstoječega zavarovanja za dopolnilno zavarovanje odločilo med 5 in 40 odstotki Slovencev. Prostovoljno zavarovanje bo na prostem trgu, prišle bodo tudi tuje zavarovalnice in tako bo možno dobiti čisto vse, kar ne bo v javnem sistemu (Bilten, julij 2003).

## **3. SISTEM ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V ZDA**

### **3.1. Razvoj zdravstvenega zavarovanja v ZDA v preteklosti**

V ZDA je država posegla v sistem zdravstvenega zavarovanja šele v obdobju gospodarske krize, ko je bil na pobudo vlade v 30-tih letih ustanovljen program Blue Cross, kjer so združenja bolnišnic ponujala neprofitna bolnišnična zavarovanja in program Blue Shiled, ko

so s podobno ponudbo začeli tudi ambulantni zdravniki. Izhodišče v ZDA ni bila ideja o socialnem zavarovanju, kot ga poznajo v Evropi, temveč neprofitni model vnaprejšnjega plačevanja storitev Blue Cross, ki so ga razvila državna bolnišnična združenja v času velike gospodarske depresije. K razvoju zdravstvenega zavarovanja v ZDA so med drugo svetovno vojno pripomogli sindikati, ki so kot kompenzacijo za stagnacijo plač dosegli, da so delodajalci za svoje delavce zagotovili razne oblike skupinskih zavarovanj. Povečevalo se število kritij takšnih zavarovanj, kar je povzročilo večji interes in večji tržni delež komercialnih zavarovalnic, ki so začele ponujati posameznim podjetjem prilagojene programe kolektivnih zavarovanj. Blue Cross se je zelo razvil v obdobju od leta 1935 do 1955. Celo program Medicare, ki je nastal leta 1965 za zavarovanje vseh upokojencev oziroma oseb, starejših od 65 let (danes je to največji zavarovalni sklad ZDA), je bil bližje ideji Blue Cross, kot pa ideji socialnega zavarovanja ali določene državne zdravstvene službe. Vsi ti sistemi, ki izhajajo iz preteklosti in temeljijo na prostovoljnem predplačilu, so bili 50 let zelo priljubljeni, sedaj pa vedno slabše obvladujejo postavljene zahteve in propadajo zaradi proračunske stiske in vedno večjega pritiska konkurence (Gretzen, 1999, str. 108).

Danes je zdravstveno zavarovanje v ZDA v veliki meri prepuščeno posamezniku, ki si sam izbere način in obseg svojega zavarovanja. Sedanji sistem financiranja zdravstva je nepopoln, zapleten in vsebuje veliko elementov, za katere strokovnjaki domnevajo, da bodo v naslednjih desetletjih počasi izginili. Razvili so se številni podsistemi zdravstvenega varstva, ki na različne načine zavarujejo posamezne skupine prebivalstva, več o tem pa sledi v nadaljevanju.

### **3.2. Profitno usmerjen sistem zdravstvenega zavarovanja**

Profitno usmerjen sistem zdravstvenega zavarovanja, ki se je razvil v ZDA, se bistveno razlikuje od sistema zdravstvenega zavarovanja, ki ga poznamo v Evropi. Gre za tržno obliko zavarovanja, ki nima posebnih zakonskih omejitev, državno poseganje pa je minimalno in je usmerjeno predvsem na kontrolo izdatkov v zdravstvu. V ZDA obstaja mnogo različnih zavarovalnic, standardizacija zavarovalnih polic pa je le zelo približna. Vsaka zavarovalnica sama izoblikuje svoja pravila o tem, katere stroške bo krila in katerih ne bo, glavni cilj vsake zavarovalnice pa je poslovati tako, da bo na koncu poslovnega leta izkazala dobiček. V želji po doseganju dobička zavarovalnice finančno spodbujajo zdravnike in lekarne, da jim prihranijo denar, posledično pa se lahko zgodi, da zavarovanci pri zdravljenju niso deležni vseh najboljših možnosti, saj jih zdravniki skušajo usmeriti k cenejšim in ne najbolj učinkovitim programom. Na drugi strani lahko zavarovanci prosto izbirajo zavarovalnice, programe in obsege rizikov, ki jih bo pokrilo zavarovanje. Premije, ki jih zavarovanci plačujejo za zdravstveno zavarovanje, spadajo med davčne olajšave, kar je predvsem v prid prebivalcem z visokimi dohodki. Revnejšim prebivalcem predstavlja precejšnjo razbremenitev, če jim delodajalci plačajo vsaj del premije. Obseg zdravstvenega zavarovanja in dostop do zdravstvenega varstva v ZDA sta odvisna predvsem od sposobnosti in pripravljenosti plačila. Če je v Evropi praviloma zdravstveno zavarovanje privilegij vsakega zaposlenega, delodajalci v ZDA niso prisiljeni zagotavljati delavcem zdravstvenega varstva.

Lahko se zgodi, da oseba kljub temu, da ima zdravstveno zavarovanje, v primeru bolezni ali poškodbe zaide v finančne težave.

### **3.3. Vloga države pri financiranju zdravstvenih programov in zdravstvenega zavarovanja**

Financiranje ameriškega zdravstva temelji večinoma na načelu »tretje strani«, ki jo predstavljajo vlada oziroma država, združenja delodajalcev in zavarovalnice. Tretja stran je tista, ki zbira sredstva za plačevanje zdravljenj, ne pa bolniki in ponudniki (bolniki in bolnišnice), ki ju izvajanje zdravstvenih storitev neposredno zadeva. Neposredne transakcije med bolniki in ponudniki zdravstvenih storitev, ki jih poznamo skoraj na vseh drugih trgih, so redke in se pojavljajo le na trgu zdravil in pri določenih oblikah domače nege bolnika ter pri storitvah plastične kirurgije in pri psihiatričnih zdravljenjih. Ameriški sistem je poznan kot sistem osebne oskrbe, vendar pa prevladujoče financiranje, ki prihaja od tretje strani, dokazuje, da gre za izrazito kolektivno organiziran in financiran sistem z zelo zapletenim prekrivanjem javnih in zasebnih zavodov (Gretzen, 1999, str.107).

Največji delež izdatkov za zdravstveno varstvo v ZDA predstavljajo bolnišnice, in sicer okoli 36%. Večinoma gre za splošne bolnišnice določenega območja pod lokalno upravo, katerih zdravniki so zunanji bolnišnični zdravniki. To pomeni, da zdravnikov ne zaposluje bolnišnica ampak imajo le-ti "privilegije" oziroma pravico, da napotijo bolnike v to bolnišnico in ga tam tudi zdravijo. Zdravnik ima lahko opisano pravico v dveh ali več bolnišnicah, vendar praviloma skuša usmerjati bolnike v eno samo bolnišnico. V ZDA je običajno, da vsi zdravniki splošne medicine in specialisti delajo tudi v bolnišnicah. Tipična ameriška bolnišnica tako deluje kot institucija, kjer neodvisni zdravniki opravljajo zdravstvene storitve na podlagi plačila oziroma honorarja. Zasebne bolnišnice, ki poslujejo z namenom ustvarjanja dobička, predstavljajo približno 10% vseh posteljnih zmogljivosti. Od neprofitnih bolnišnic se razlikujejo le v tem, da obstaja manjša verjetnost, da bodo sprejele ljudi, ki nimajo sredstev za preživljanje in da ne izvajajo staža za pripravnike ter strokovnega izobraževanja. Obstajajo pa tudi bolnišnice z brezplačnim zdravljenjem in zaposlenimi zdravniki, ki jih upravljajo velike veteranske organizacije ameriške vojske, nekateri državni zavodi za duševno prizadete, nekatere občine in večja mesta. Zaposlene zdravnike imajo tudi običajne občinske in območne bolnišnice, vendar predvsem za sprejem nujnih primerov (Gretzen, 1999, str.106).

Velik problem v ZDA predstavlja okoli 41 milijonov državljanov, za katere ni izrecnega financiranja oskrbe. Gre za mladoletne brezposelne, osebe oziroma družine z zelo nizkim dohodkom (working poor), brezdomce, skratka za osebe, ki sploh niso zavarovane, pa jih vendarle morajo nekako zdravstveno oskrbeti. Če prištejemo še vse tiste državljane, ki so bili brez zavarovanja samo začasno, pridemo do mnogo večje številke. V zadnjih dveh letih (2001-2002) je bilo brez zdravstvenega zavarovanja 74,7 milijona Američanov, mlajših od 65 let. Od tega je bilo 30,1% ljudi brez zavarovanja samo kratek čas, 65% Američanov je bilo v tem obdobju brez zdravstvenega zavarovanja več kot šest mesecev, 24% pa jih nima

zavarovanja v celotnem dvoletnem obdobju (Families USA Foundation, 2003, str. 3). Podatki za ZDA niso spodbudni in ameriška vlada se dobro zaveda, da bo morala razmisliti, kako bi čimprej razširili sistem zdravstvenega zavarovanja in omogočili vsaj minimalno zavarovanje vsem ljudem. Število nezavarovanih prebivalcev prikazuje tudi tabela 4.

**Tabela 4:** Število prebivalcev ZDA brez zdravstvenega zavarovanja v obdobju 2001-2002

<b>Število mesecev Brez zavarovanja</b>	<b>Število nezavarovanih</b>	<b>% od vseh nezavarovanih</b>
1 do 2 meseca	7,502,000	10,00%
3 do 5 mesecev	18,634,000	24,90%
6 do 8 mesecev	9,374,000	12,50%
9 do 12 mesecev	7,314,000	9,80%
13 do 23 mesecev	13,959,000	18,70%
24 mesecev	17,924,000	24,00%
<b>SKUPAJ</b>	<b>74,706,00</b>	<b>100,00%</b>

Vir: Families USA Foundation, 2003, str. 3.

Zanimiv je podatek, da v ZDA med nezavarovanimi osebami prevladujejo zaposlene osebe (tabela 5). Takšnih je kar 70,7% vseh prebivalcev, ki nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja. Glavne vzroke za takšno stanje lahko iščemo v majhnih delodajalcih, ki nimajo velikih prihodkov in zato nimajo interesa zavarovati svojih delavcev. Delodajalci še posebej neradi zdravstveno zavarujejo starejše zaposlene. Drugi razlog je ta, da delodajalci delavcu sicer ponudijo možnost zavarovanja, vendar ga delavci odklonijo, ker nimajo dovolj denarja, da bi plačevali svoj del premije. Do začasnega nezavarovanja pa pride tudi ob menjavi službe, pri odpuščanju delavcev in podobno.

**Tabela 5:** Število prebivalcev ZDA brez zdravstvenega zavarovanja glede na njihov status (zaposlen / nezaposlen)

<b>Status</b>	<b>Število nezavarovanih</b>	<b>% od vseh nezavarovanih</b>
Zaposleni	52,837,000	70,70%
Nezaposleni (iščejo zaposlitev)	5,371,000	7,20%
Nezmožni za delo, kronično bolni	16,498,000	22,10%

Vir: Families USA Foundation, 2003, str. 5.

Zdravstveno oskrbo za te skupine so praviloma prevzele bolnišnice, ki dejansko potrošijo v povprečju 6% svojih izdatkov za opravljene zdravstvene storitve, ki jim jih ne povrnejo. Sredstva za to se stekajo iz presežkov pri povračilih zavarovanih bolnikov, vendar so zavarovalnice, ki sklepajo zdravstveno zavarovanje z uradniki in podjetji, vedno manj pripravljene kriti te stroške, saj bi lahko s tem denarjem financirale tudi raziskovalne, izobraževalne ali druge dejavnosti, ki so v korist javnosti.

### **3.3.1. Neposredno financiranje različnih zdravstvenih programov**

Ameriška vlada podpira zdravstveno varstvo z neposrednim financiranjem zdravstvenih programov, medicinskih in zdravstvenih raziskav, pa tudi z izgradnjo zdravstvenih ustanov. Z državnimi plačili so subvencionirane aktivnosti državno in lokalno vodenih bolnišnic, na področju zdravstvenega zavarovanja pa država največ sredstev za plačilo zdravstvenih storitev nameni vojnim veteranom, vojaškim uslužbencem, invalidom, starejšim osebam in upravičencem do socialne pomoči.

#### **3.3.1.1. Medicare**

Medicare je zdravstveni program, ki ga zagotavlja zvezna vlada za zavarovanje upokojencev oziroma vseh oseb, ki so starejše od 65 let. Nastal je leta 1965 in je nekaj posebnega, saj obveznega zdravstvenega zavarovanja za starejše ljudi ne pozna nobena druga država. Gre za največji zavarovalni sklad v ZDA, saj njegova plačila predstavljajo okoli 20% vseh osebnih stroškov za zdravstveno varstvo. Program Medicare se deli na del A, ki je obvezen in pokriva stroške zdravljenja v bolnišnicah in del B, ki je prostovoljen in krije stroške obiskov pri zdravniku. Delitev je nastala zato, ker sta bila v 60-ih letih tako organizirana programa Blue Cross in Blue Shield. Zdravniki danes svoje storitve zaračunavajo tako v delu A kot tudi v delu B, večina bolnišnic ustvari večji promet v delu B kot A, tako da delitev ni več upravičena niti z organizacijskega vidika, niti z vidika financiranja. Sredstva za del A se skoraj v celoti zbirajo z 2,9% davkom od plač, ki ga prispevajo delojemalci in delodajalci, in sicer vsak po 1,45%. Zavarovanci za ta program ne plačajo nobenih prispevkov. Sredstva za financiranje dela B se stekajo iz premij, ki jo morajo kriti koristniki sami ter iz splošnih prihodkov iz davkov.

#### **3.3.1.2. Medicaid**

Medicaid je državni program za pomoč osebam z nizkimi dohodki. Ustanovljen je bil leta 1965, financirajo pa ga tako zvezna vlada kot tudi vlade posameznih držav. Gre za program zavarovanja v skrajni sili, saj vključuje osebe, ki se ne morejo zavarovati po nobenem drugem zavarovalnem programu. Vsaka država upravlja svoj program Medicaid v skladu z zveznimi navodili in določa svoje zahteve za vključitev v program, obseg kritja ter višine odobrenih stroškov. Zdravstvene storitve za posameznika obravnavajo krajevne javne uprave, storitve pa ponavadi nudijo v mestnih bolnišnicah. Bolniki lahko te storitve uporabljajo le kot nujne medicinske storitve, nimajo pa kontinuiranega zdravstvenega varstva. Stroški programa Medicaid so zelo visoki, saj ameriška vlada zanj porabi vsako leto okoli četrtno proračunskih sredstev namenjenih za zdravstveno varstvo. Sistem je precej neučinkovit tudi zaradi odpora zdravnikov, ki imajo zasebne ordinacije in bolnišnice in le-ti zaradi nizkih honorarjev, administrativnega dela in zamude pri povračilih stroškov neradi sprejmejo takšne bolnike.



Opisani programi uveljavljanja in financiranja zdravstvenih storitev v ZDA so precej staromodni in nelogični, zato upajo, da bodo preglednejša in bolj logična pravila po programih Managed Care (več o tem glejte v naslednji točki) prinesla ugodnejše rezultate. Tudi Medicare vedno pogosteje uporablja različne programe Managed Care, vendar pa je treba opozoriti, da razvoj Managed Care še ni zaključen in da vlada pri izvajanju teh programov močno zaostaja za zasebnim gospodarstvom.

**Tabela 6:** Delež plačil za bolnišnično zdravljenje in za zdravniško oskrbo

	(v %)	
	bolnišnično zdravljenje	zdravniška oskrba
Medicare (zvezni program za starejše)	30	20,1
Medicaid (zvezni/državni program za revne)	14,6	7,1
Drugi vladni in zasebni viri	18,3	6,6
Zasebna zavarovanja (običajno ga plača delodajalec)	34,2	47,3
Uporabniki	2,9	18,9
Skupaj	100	100

Vir: Gretzen, 1999, str. 106, 112.

### 3.3.1.3. Programi Managed Care

S programom Managed Care so v ZDA želeli povečati storilnost in omejiti stroške v zdravstvu, predvsem pa so želeli spremeniti organizacijo, vodenje izvajanja storitev in financiranje. Organizacije Managed Care (MCO) nastopajo kot posredniki v zdravstvu, saj na eni strani sklepajo pogodbe z zavarovanci in njihovimi delodajalci, na drugi strani pa sklepajo pogodbe tudi z ustreznimi ponudniki zdravstvenih storitev. Poglavitna razlika med tradicionalnim potekom zdravljenja in Managed Care sistemom je, da med bolnikom in zdravnikom nastopa menedžer, ki organizira zdravljenje, ga spremlja, vodi in nadzoruje. Organizacija Managed Care je tudi finančno odgovorna za zdravljenje in če želi preživeti, mora biti konkurenčna tako pri stroških kot tudi pri kakovosti.

Zavarovanci imajo v pogodbi določene omejitve in dolžnosti, ki jih mora pacient izpolnjevati. Posvetuje se lahko le z določenimi zdravniki, obiskuje lahko le določene bolnišnice, zdravila sme kupovati le iz določenih virov, izpolnjevati mora tudi vprašalnike in obrazce ter pridobivati soglasja po telefonu, skratka na različne načine mora sodelovati s sistemom, da bi imel dostop do zdravstvenih storitev. Zavarovanci na ta način sami opravijo del birokracije in jim po obisku pri zdravniku ali bivanju v bolnišnici ni treba plačevati računov in voditi papirnate vojne po končanem zdravljenju. Tradicionalne zavarovalnice so dražje, imajo visoke upravne stroške, ponavadi pa preteče tudi veliko časa, preden opravijo vsa plačila in obračune.

Na strani ponudbe mora imeti Managed Care sklenjene pogodbe z zadostnim številom izvajalcev zdravstvenih storitev. Posamezen zdravnik je v tem sistemu odgovoren za dostop

do bolnišnic in za načrt zdravljenja, včasih prevzame nase celo določen del finančnega tveganja. Rezultat pogajanj s ponudniki so popusti, določena so jamstva za izdatke, zagotovijo se statistični podatki o uporabi in izkoriščenosti zmogljivosti ter poročila o kakovosti. Takšnega upravljanja s storitvami tradicionalna zavarovanja za nadomestilo stroškov ne poznajo: zavarovanec le plača predloženi račun, ima komajda stik z zdravnikom, nima pa pravice zahtevati poročil, pridobitve soglasja ali kakršnegakoli nadzora.

Managed Care danes sestavljajo organizacije za ohranjanje zdravja (Health Maintenance Organizations – HMO), prednostne izvajalske organizacije (Preferred Provider Organizations – PPO) in pogodbe »storitveno mesto« (Point of Services – POS) (Gretzen, 1999, str. 114).

HMO imajo do podrobnosti izdelano organizacijsko strukturo, zato lahko najboljše usmerjajo dostopnost, uveljavljanje storitev in izkoriščenost zmogljivosti. Njihovi bolniki lahko obiščejo le tiste zdravnike in bolnišnice, ki imajo sklenjene pogodbe s HMO. O nujnosti zdravljenja odloča en sam splošni zdravnik, ki lahko izdaja napotnice, tudi za sprejem v bolnišnico si mora bolnik vnaprej pridobiti njegovo dovoljenje. Medtem ko se lahko v HMO odprtega tipa vključi vsak zdravnik ali bolnišnica, ki sprejme njihov pravilnik, se lahko v HMO zaprtega tipa vključijo le zdravniki, ki delajo izključno zanje, v glavnem gre za uslužbenke ali zaposlene lastnike.

Pri PPO si bolniki izberejo zdravnika ali bolnišnico z določenega seznama, vendar za napotitev v bolnišnico ne potrebujejo soglasja, tudi večina kirurških posegov se odredi brez posvetovanj. PPO prevzamejo kritje celotnih stroškov za vse storitve, ki so opravljene v omrežju pogodbenih strank, nekatere prevzamejo tudi delne stroške zdravljenja pri zdravnikih ali bolnišnicah, ki niso del njihove mreže.

POS je program, ki jamči za kritje celotnih stroškov znotraj določene HMO (ali PPO), ki tvori jedro, pa tudi za kritje delnih stroškov (običajno od 60% do 80%), ki so nastali pri zdravljenju zunaj lastnih ustanov. Ta oblika daje zavarovancem možnost svobodne izbire zdravljenja, vendar pa ni popolna in ima tudi višje premije.

Managed Care predstavlja danes prevladujočo obliko zavarovanja in stopnjevanje tega gibanja se pričakuje tudi v prihodnosti, ko naj bi pri tradicionalnih zavarovalnicah ostalo zelo malo ljudi. V prihodnosti naj bi se Managed Care razširil predvsem na trg, ki ga predstavljajo osebe, starejše od 65 let in jih sedaj oskrbuje državni zdravstveni sklad Medicare, saj naj bi bil le majhen odstotek zavarovancev Medicare zdravstveno oskrbovan preko programov Managed Care.

### **3.3.2. Državne subvencije privatnemu zdravstvenemu zavarovanju**

V ZDA poznajo, poleg neposrednega državnega financiranja različnih zdravstvenih programov, tudi posredno državno financiranje privatnih zavarovanj. Država namreč plačila

premijs za zdravstveno zavarovanje oprosti plačila davka. Znesek, ki ga plačajo delodajalci za zdravstveno zavarovanje delavcev, ni predmet obdavčitve kot dohodek podjetja, pa tudi ni obravnavan kot del obdavčljivega dohodka delavcev. V primeru, da delavci sami plačujejo zavarovalne premije, se znesek plačil šteje kot odbitek od davčne osnove. Država se na opisan način odreče davku iz plačila premij, kar privatnemu zdravstvenemu zavarovanju predstavlja subvencijo. Subvencije spodbujajo tako delodajalce, kot tudi delavce. Delodajalci nudijo delavcem nadomestila v obliki zdravstvenega zavarovanja in se na ta način izognejo plačilu davka, delavci pa se tudi lahko zavarujejo po nižji ceni, kot bi se, če bi premije plačevali z obdavčljivim dohodkom, ki ga izplačujejo delodajalci. Davčni zavezanci smejo od dohodka odšteti tudi zdravstvene stroške, ki so jih plačali neposredno z gotovino in presegajo 7,5% njihovega bruto dohodka.

### **3.4. Prispevki delodajalcev za privatno zdravstveno zavarovanje**

Delodajalci v ZDA niso prisiljeni zagotavljati svojim delavcem zdravstvenega varstva, odločitev o tem je prepuščena njihovi presoji. Kljub vsemu pa prispevki delodajalcev za privatno zdravstveno zavarovanje vključujejo približno 60% prebivalcev. Veliko število delodajalcev plačuje svojim delavcem polne premije, kar je v času zaposlitve za delavce ugodno, saj jim ni treba plačevati prostovoljnih dodatnih doplačil za zavarovanje. Manj ugodna je omenjena oblika zavarovanja za delavce v primeru izgube zaposlitve ali v primeru stečaja podjetja, saj delavec v tem primeru izgubi tudi zdravstveno zavarovanje.

Leta 1985 so v ZDA sprejeli zakon COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act), ki zahteva od delodajalcev, ki redno zaposlujejo več kot 20 delavcev in jim nudijo zdravstveno zavarovanje s skupinsko zavarovalno polico, da omogočijo zaposlenim nadaljevanje zdravstvenega zavarovanja pod isto skupinsko polico tudi po prenehanju delovnega razmerja, če so zavarovalno premijo zanj pripravljene plačevati zaposleni sami. Seveda je ta oblika zavarovanja omejena na določeno dobo.

### **3.5. Clintonova reforma sistema zdravstvenega zavarovanja**

Clintonova zdravstvena reforma naj bi zagotovila zdravstveno varstvo vsem Američanom, tako zdravim kot tudi bolnim in ne glede na to, ali so zaposleni ali ne. Zdravstveno varstvo naj bi postala pravica vsakega državljana. Zavarovanci naj bi si prosto zbirali zdravnike, premije dotedanjih zavarovancev pa naj se ne bi povišale. Celoten načrt je bil zasnovan na osnovi šestih načel: **varnost, enostavnost, prihranki, kakovost, možnost izbire in odgovornost.**

Eden izmed ključnih delov reforme je bila omejitev naraščanja izdatkov za zdravstveno varstvo s pomočjo regionalnih zdravstvenih zvez, ki naj bi se pogajale z izvajalci glede načinov zagotavljanja in cene storitev. Spremenil naj bi se celoten sistem zdravstvenega

zavarovanja, s tem pa naj bi se spremenilo tudi poslovanje zdravstvenih zavarovalnic. Zavarovalnice, ki bi želele biti konkurenčne, bi morale uvesti nove zavarovalne načrte, s katerimi pa bi prevzele bistveno večje odgovornosti kot poprej. Novi zdravstveni sistem naj bi temeljil predvsem na premijah delodajalcev in zaposlenih, država pa naj bi oblikovala tudi dopolnilno privatno zdravstveno zavarovanje. Z oblikovanjem zavarovalnega sklada bi država lahko uvedla sistem enega plačnika.

Reforma je že na samem začetku naletela na precejšnje težave. Ne samo, da so več kot desetkrat presegli odobreni proračun za pripravo osnutka reforme, imeli so tudi veliko nasprotnikov, ki so reformo odločno odbili. Argumenti so bili naslednji:

- Reforma naj bi prinesla povišanje davkov na plače ter uvedbo 17 novih davkov;
- Povečala naj bi se birokracija, saj bi reforma ustvarila veliko novih služb na regionalni in zvezni ravni, kar bi spravilo eno sedmino ameriške ekonomije pod vladno nadzorstvo;
- Na drugi strani naj bi okoli milijon zaposlenih kot posledica reforme izgubilo delovno mesto (sistem zdravstvenega zavarovanja naj bi temeljil na prispevkih v obliki premij delodajalcev in zaposlenih, kar bi za nekatera podjetja, ki zaposlujejo nekvalificirano delavno silo, ki ima nizke dohodke, predstavljalo preveliko obremenitev in bi delavce začeli odpuščati);
- Reforma naj bi prispevala k povečanju primanjkljaja;
- Reforma naj bi povzročila odpravo svobodnega trga s ponudbo in povpraševanjem po zdravnikih;
- Nasprotniki reforme so obsojali tudi predvidene nove kazni za zavarovance, ki ne bi vplačali v nov sistem in za zdravnike, ki bi bolnim zavarovancem delali usluge in za to dobili kaj vrednega.

Clintonov načrt za zdravstveno reformo bi omogočil polno zavarovanje skoraj za vse državljane, vendar so ga tako ostro odbili, da je bilo od takrat predlaganih le nekaj manjših pobud za spremembe (Kennedy-Kassenbaumov zakon o zdravstvenem varstvu iz leta 1996 in nekateri poskusi posameznih držav).

### **3.6. Problemi obstoječega sistema zdravstvenega zavarovanja v ZDA**

Sistem zdravstvenega zavarovanja v ZDA ima številne pomanjkljivosti. Celoten sistem se je v zadnjih letih močno spremenil. Še leta 1990 je imelo 90% Američanov določeno obliko klasičnega tradicionalnega zavarovanja, po ocenah pa je imelo klasično tradicionalno zavarovanje leta 2001 le še okoli 3% Američanov. Problem predstavljajo predvsem:

- Staromodni in nelogični načini financiranja;

- Zastareli programi, kot na primer Medicare, ki prinaša desetkrat višje stroške, kot je bilo načrtovano ob njegovi ustanovitvi. Strokovnjaki napovedujejo, da bodo Medicare in podobni programi v prihodnosti počasi izginili;
- Okoli 41 milijonov Američanov nima nikakršnega zdravstvenega varstva;
- Delodajalci niso prisiljeni zagotavljati delavcem zdravstvenega varstva in tako so brez zdravstvenega varstva številni delavci, ki delajo za določen čas. Dogaja se tudi, da se morajo delavci zaradi neurejenega zdravstvenega varstva novi službi odpovedati;
- Izdatki države za zdravstveno varstvo naraščajo po progresivni stopnji, čeprav so le ti še vedno nizki v primerjavi z ostalimi industrializiranimi državami;
- Sistem zdravstvenega varstva temelji na zasebnih sredstvih, zato je naraščujoče stroške težko kontrolirati in obvladovati.

Dejstvo je, da se v prihodnosti pričakuje nadaljnja rast stroškov zdravstvenega varstva (zaradi rasti plač v zdravstvenem sektorju, zaradi stalnega naraščanja stroškov v programu Medicare, zaradi uvajanja novih tehnologij ipd.), v skladu s tem pa naj bi se povečevale tudi premije zdravstvenega zavarovanja, kar pomeni dodaten pritisk na prebivalce. Po napovedih naj bi se izdatki za zdravstveno varstvo v naslednjih desetih letih povečali iz 14 na 17% BDP, ob tej visoki rasti stroškov pa je vedno več ljudi nezavarovanih. Pobud za spremembe je bilo v zadnjih leti mnogo, vendar glede tega, kaj bi bilo potrebno storiti v prihodnosti, ni videti političnega soglasja (The US Health System).

## **4. PRIMERJAVA RAZLIČNIH SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA**

### **4.1. Podobnosti in razlike med sistemoma zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in ZDA**

#### **4.1.1. Delež izdatkov za zdravstvo v BDP in poraba sredstev za zdravstveno varstvo na prebivalca**

Pretežni del sredstev, ki jih v Sloveniji namenjamo za zdravstveno varstvo, so javna sredstva (7,12% BDP), drug pomemben vir pa predstavljajo zasebna sredstva v obliki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (1,95% BDP). Vsak prebivalec Republike Slovenije je vključen v obvezno zdravstveno zavarovanje, ne glede na njegovo dohodkovno sposobnost. Obvezno zavarovanje pri nas pokriva skoraj 90% pravic, zato sodi Slovenija med zelo socialne države. V ZDA poznajo obvezno zavarovanje samo za določene dele prebivalstva, in sicer za osebe, starejše od 65 let. Kljub temu so ZDA v letu 2001 namenile za zdravstveno varstvo 13,9% BDP. Večkrat so že želeli razširiti obvezno zavarovanje po vzoru evropskega socialnega zavarovanja, vendar je bilo to politično neizvedljivo. V ZDA tako prevladuje več neodvisnih zavarovalnic z različnimi ponudbami, zavarovanec pa med njimi prosto izbira.

Za primerjavo zdravstvenih sistemov posameznih držav se med finančnimi kazalci v svetu danes najbolj uporabljata delež sredstev za zdravstvo v bruto domačem proizvodu in poraba sredstev za zdravstveno varstvo na prebivalca. Pri primerjavi je seveda potrebno upoštevati, da med posameznimi sistemi obstajajo razlike različno opredeljenih pravic, organiziranosti in virov financiranja. Tabela 7 predstavlja primerjavo izdatkov za zdravstvo v Sloveniji in ZDA.

**Tabela 7:** Delež izdatkov za zdravstvo v Sloveniji in ZDA v letu 2001

<b>DRŽAVA</b>	<b>Delež izdatkov za zdravstvo v BDP (%)</b>	<b>Delež javnih sredstev za zdravstvo v BDP (%)</b>	<b>Izdatki na prebivalca po metodi PPP (v USD)</b>
Slovenija	9,12	7,13	1462
ZDA	13,9	6,2	4887

Vir: Poročilo ZZZS za leto 2002, str. 12.

OECD Health Data 2003.

Ugotovimo lahko, da je delež izdatkov za zdravstveno varstvo v % BDP v ZDA višji kot v Sloveniji, vendar pa ZDA močno zaostajajo za Slovenijo, pa tudi za drugimi evropskimi državami, po deležu javnih sredstev v zdravstvu (manj kot polovica). Prisotnost vlade na trgu zdravstvenih storitev v ZDA sicer stalno narašča, kljub temu pa so izdatki države nizki v primerjavi z ostalimi industrializiranimi državami. Izdatki na prebivalca za zdravstvo so v ZDA precej višji kot v Sloveniji in drugih evropskih državah, kar je predvsem posledica zdravstvenega sistema v ZDA, kjer morajo veliko storitev financirati prebivalci sami, pa tudi zdravstvene storitve v ZDA so precej dražje kot v Evropi.

#### 4.1.2. Kazalniki za ugotavljanje zdravstvenega stanja

Kot kazalnik za ugotavljanje zdravstvenega stanja in za primerjavo posameznih držav lahko uporabljamo tudi demografske podatke o splošni umrljivosti, umrljivosti dojenčkov, pričakovani življenjski dobi, zdravstvenih zmogljivostih ipd. Tabela 8 prikazuje pregled nekaterih splošnih kazalcev zdravstvenega stanja v Sloveniji in ZDA.

**Tabela 8:** Pregled splošnih kazalcev zdravstvenega stanja v Sloveniji in ZDA za leto 2001

<b>DRŽAVA</b>	<b>Pričakovana življ. Doba</b>		<b>Splošna umrljivost</b> (št. umrlih na 1000 prebivalcev)	<b>Umrljivost dojenčkov</b> (št. umrlih na 1000 živorojenih)
	<b>Ženske</b>	<b>Moški</b>		
ZDA	79,5	74,1	6,9	7,2
Slovenija	79,57	72,13	9,3	4,2

Vir: Poročilo ZZZS za leto 2002, str. 15.

OECD Health Data 2003.

V Sloveniji se delež prebivalstva, mlajšega od 14 let, iz leta v leto znižuje, povečuje pa se delež ljudi, ki so starejši od 65 let. Pri načrtovanju programov zdravstvenega varstva je starostna struktura prebivalstva zelo pomembna, saj so potrebe po zdravstvenih storitvah pri starejših od 65 let v povprečju bistveno večje, kot pri ostalih starostnih skupinah, s tem pa so povezani tudi bistveno višji stroški zdravstvenih storitev. Trend staranja slovenskega prebivalstva naj bi se nadaljeval tudi v prihodnosti, in sicer naj bi po statističnih napovedih leta 2020 delež prebivalstva, starejšega od 65 let, znašal že 18,9% vsega prebivalstva (danes 14,2%). Delež prebivalstva, starejšega od 65 let v ZDA je bil v letu 2002 12%. Splošni kazalci zdravstvenega stanja v Sloveniji kažejo na dokaj dobro stanje, če ga primerjamo z ZDA. Umrljivost dojenčkov je v Sloveniji relativno nizka, nižja kot v ZDA, je pa precej nizka pričakovana življenjska doba za moške, ki tudi precej zaostaja za pričakovano življenjsko dobo žensk (več kot 7 let). To razmerje je v ZDA bistveno boljše.

#### **4.1.3. Financiranje in evidentiranje zdravstvenih storitev**

Na področju financiranja in evidentiranja zdravstvenih storitev, ki so sestavni del zdravstvenega zavarovanja, imamo v Sloveniji različne pristope po posameznih dejavnostih. V osnovni zdravstveni dejavnosti, ki jo opravljajo izbrani osebni zdravniki, velja pri nas kombiniran sistem financiranja storitev. Polovica vrednosti programa je plačana glede na število opredeljenih oseb pri izvajalcu (glavarina), polovica pa glede na količino opravljenih storitev pri posameznem izvajalcu. Število opredeljenih oseb za posameznega zdravnika oziroma zdravstveni zavod Zavod spremlja računalniško, ta baza podatkov pa je tudi podlaga za izračun zneska, ki ga prejme posamezni zdravnik oziroma zdravstveni zavod na račun glavarine. Tudi število storitev, ki jih je Zavod dolžan plačati posameznemu izvajalcu, je omejeno in je vezano na število opredeljenih oseb. V specialistični ambulantni dejavnosti so pri nas podlaga za evidentiranje in obračunavanje dela storitve, ki so opredeljene v Zeleni knjigi, kjer so tudi točkovno ovrednotene. V bolnišnični zdravstveni dejavnosti je enota za obračunavanje bolniško–oskrbni dan.

V ZDA imajo popolnoma drugačen sistem. Managed Care deluje kot ustanova, ki je podobna zavarovalnici in je posrednik med bolnikom, ki je pri njej zavarovan in zdravnikom, ki ga ustanova plačuje. Povpraševanja tukaj ne oblikuje več samo ponudnik, ampak pri oblikovanju programa storitev za posamezen primer sodeluje pooblaščen zastopnik posrednika (menedžer), ki tudi nadzoruje izvajanje storitev. Zdravniki splošne medicine zelo skrbno preverjajo predvsem sprejem bolnika v drago bolnišnično zdravljenje.

#### **4.1.4. Prenos in poraba sredstev**

Za porabo sredstev se v Sloveniji za večino programov uporablja prospektivne (vnaprej znane, limitirane oziroma proračunske) metode plačevanja izvajalcev. Ti sistemi imajo velik pomen pri obvladovanju izdatkov za zdravstvene storitve, po drugi strani pa lahko povzročijo

tudi določene nezaželene premike pri izvajanju zdravstvenih programov ali obnašanju menedžmenta v zdravstvenih zavodih in zdravnikov.

V ZDA bolj ali manj prevladujejo stroški osebja, ki so odvisni od tega, ali zdravnike plačuje bolnišnica, ali gre za sistem zunanjih bolnišničnih zdravnikov. Kratkoročno so ti stroški stalni, dolgoročno so odvisni od števila bolnikov, srednjeročno pa od izbire postopkov zdravljenja. Stroški zdravil in drugih medicinskih uporabnih in potrošnih dobrin so odvisni od števila bolnikov, amortizacija stavb, medicinskih naprav in aparatov pa je na kratek rok stalna, dolgoročno pa je odvisna od števila bolnikov in od nalog, ki jih mora bolnišnica opraviti.

Na splošno lahko rečemo, da so med zdravstvenim sistemom v ZDA in v Sloveniji velike razlike. V Sloveniji imajo obvezno zavarovanje vsi, ki imajo državljanstvo Slovenije in stalno prebivališče na tem področju. V ZDA poznajo obvezno zavarovanje samo za osebe, starejše od 65 let. Vsak zaposlen v Sloveniji ima zdravstveno zavarovanje, v ZDA delodajalci niso prisiljeni zagotavljati delavcem zdravstvenega varstva in velikokrat je tam lahko prav ponudba zdravstvenega varstva za zaposlene prepričljiv razlog za zamenjavo službe. V ZDA poznajo na tisoče zdravstvenih zavarovalnic, ki se obnašajo kot podjetja, med seboj tekmujejo in morajo ustvarjati dobiček, če želijo obstajati. Že težja bolezen ali poškodba, ki povzroči daljše bivanje v bolnišnici, lahko povzroči finančni propad posameznika. Število nezavarovanih Američanov je okoli 41 milijonov. Ameriška vlada se zaveda, do so potrebne korenite spremembe njihovega zdravstvenega sistema, precejšnje spremembe pa se obetajo tudi v Sloveniji.

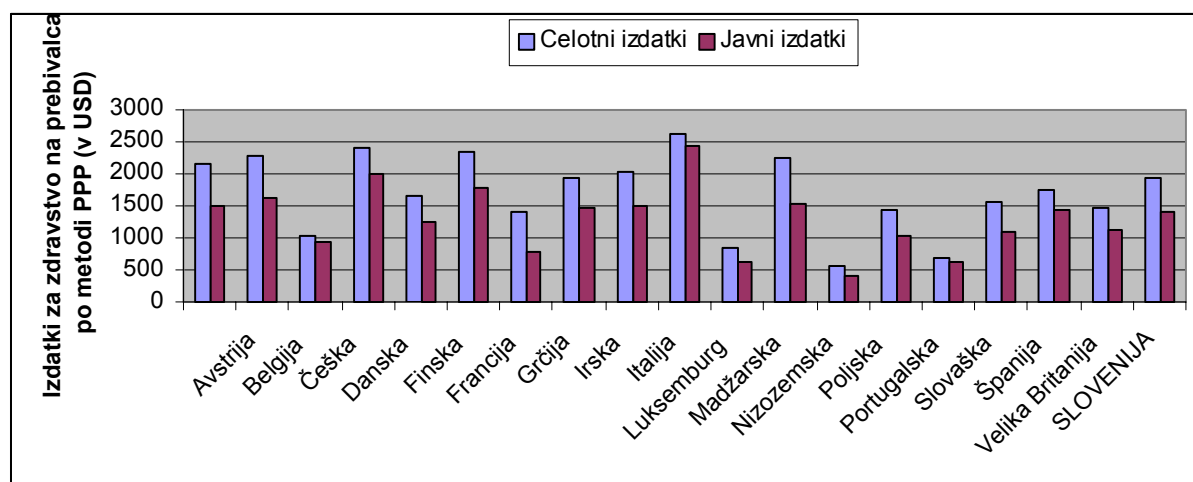
## **4.2. Primerjava slovenske ureditve zdravstvenega zavarovanja z ureditvijo v državah EU**

Zaradi vključevanja Slovenije v EU je zanimiva tudi primerjava slovenske ureditve zdravstvenega zavarovanja z ureditvijo v državah EU.

Celotni ocenjeni izdatki za zdravstveno varstvo v Sloveniji so v letu 2002 znašali 453,65 milijarde tolarjev, kar predstavlja 9,07% BDP. Od tega so javni viri predstavljali 7,12% BDP, zasebni pa 1,95% BDP. Za primerjavo naj povem, da je znašalo v letu 2002 povprečje vseh izdatkov za zdravstvo v EU 8,1% BDP, povprečje javnih izdatkov pa 6,0% BDP. Delež sredstev za zdravstvo v odstotku bruto domačega proizvoda je torej v Sloveniji višji kot znaša povprečje v državah EU. Slika 4 prikazuje razmerje med javnimi in zasebnimi sredstvi v državah EU v primerjavi s Slovenijo.



Slika 4: Razmerje med javnimi in zasebnimi sredstvi v državah EU v primerjavi s Slovenijo



Vir: Poročilo ZZZS za leto 2002, str. 13.

Tabela 9: Izdatki za zdravstvo na prebivalca v letu 2000 v ameriških dolarjih – v tekočih cenah in po metodi PPP

DRŽAVA	tekoče cene			PPP		
	Celotni	javni	Zasebni	celotni	Javni	zasebni
Avstrija	1865	1300	565	2162	1507	655
Belgija	1936	1379	557	2269	1616	653
Češka	358	327	31	1031	942	89
Danska	2504	2055	449	2420	1986	434
Finska	1557	1168	389	1664	1249	415
Francija	2069	1572	497	2349	1785	564
Grčija	889	494	395	1399	777	622
Irska	1700	1288	412	1953	1480	473
Italija	1492	1099	393	2032	1497	535
Luksemburg	2724	2532	192	2613	2428	185
Madžarska	313	237	76	841	637	204
Nizozemska	1892	1278	614	2246	1517	729
Poljska	248	186	62	557	418	139
Portugalska	846	602	944	1441	1025	416
Slovaška	210	188	22	690	618	72
Španija	1085	759	326	1556	1088	468
Velika Britanija	1737	1407	330	1763	1429	334
<b>SLOVENIJA</b>	<b>750</b>	<b>661</b>	<b>89</b>	<b>1462</b>	<b>1137</b>	<b>325</b>
<b>Povprečje EU</b>	<b>1631</b>	<b>1200</b>	<b>431</b>	<b>1938</b>	<b>1413</b>	<b>525</b>

Vir: Poročilo ZZZS za leto 2002, str. 13.

Preračun v tekoče cene v ameriških dolarjih za leto 2001 nam pove, da smo v Sloveniji takrat namenili za zdravstveno varstvo 750 ameriških dolarjev na prebivalca, od tega 661 dolarjev iz javnih financ in 89 dolarjev iz zasebnih sredstev. Preračun v dolarje po metodi primerjave kupnih moči držav (metoda PPP) pa nam pove, da smo v letu 2001 porabili za zdravstvo 1137 dolarjev na prebivalca iz javnih sredstev in 325 dolarjev na prebivalca iz zasebnih sredstev. Po javnih sredstvih za zdravstvo se Slovenija tako lahko primerja s Portugalsko in Španijo (Tabela 9). Pri medsebojni primerjavi sredstev za zdravstveno varstvo moramo poleg prihodkov upoštevati tudi izdatke, prav tako pa so pomembni tudi zdravstveni sistemi posameznih držav in obseg pravic, ki jih imajo upravičenci posameznih držav. Slovenija ima v izdatkih za obvezno zdravstveno zavarovanje vključena denarna nadomestila za plače za časčasne zadržanosti od dela, pogrebnine, posmrtnine in še nekatere druge denarne dajatve, ki so pravica iz obveznega zavarovanja. V Nemčiji so med ta sredstva štejejo tudi otroški dodatki, nekatere države (Anglija, Irska, Danska, Švedska) pa v izdatke za zdravstveno varstvo ne štejejo denarnih prejemkov prebivalstva.

**Tabela 10:** Primerjalni demografski podatki o državah EU in nekaterih srednjeevropskih državah za leto 2000

DRŽAVA	Pričakovana življ. Doba		splošna umrljivost (št. umrlih na 1000 prebivalcev)	Umrljivost dojenčkov (št. umrlih na 1000 živorojenih)	Rodnost (št. Rojstev na 1000 prebivalcev)
	ženske	Moški			
Avstrija	81,2	75,4	9,6	4,8	9,6
Belgija	80,8	74,4	10,3	5,2	11,1
Češka	78,4	71,7	10,6	4,1	8,9
Danska	79	74,2	10,9	5,3	12,6
Finska	81	73,8	9,5	3,8	11
Francija	82,5	75	9,1	4,5	13,2
Grčija			9,8	6,1	9,7
Irska	79,1	73,9	8,2	5,9	14,8
Italija			9,7	5,1	9,4
Luksemburg	81,2	74,7	8,7	5,1	13
Madžarska	75,6	67,1	13,6	9,2	9,8
Nemčija	80,7	74,7	10,2	4,4	9,9
Nizozemska	80,6	75,5	8,9	5,1	13
Poljska	78	69,7	9,5	8,1	9,8
Portugalska	79,1	72		5,5	
Slovaška	77,2	69,1	9,8	8,6	10,2
Španija	82,4	74,9	9,1	4,6	9,8
Švedska	82	77,4	10,5	3,4	10,1
Velika Britanija	79,8	75	10,6	5,6	11,8
ZDA	79,4	73,9		7,2	
<b>SLOVENIJA (2001)</b>	<b>79,57</b>	<b>72,13</b>	<b>9,3</b>	<b>4,2</b>	<b>8,7</b>

Vir: Poročilo ZZZS za leto 2002, str. 16.

Primerjava demografskih podatkov z drugimi evropskimi državami nam pove, da ima Slovenija zelo nizek delež najmlajše starostne skupine (od 0 do 14 let), manjše deleže imajo le Grčija, Nemčija, Italija in Španija, vztrajno pa se povečuje delež prebivalstva, starejšega od 65 let. Največje deleže starejšega prebivalstva v Evropi imajo Italija, Grčija, Španija, Švedska in Belgija. Na splošno lahko rečemo, da je zdravstveno stanje v Sloveniji, če ga primerjamo z državami EU, dobro. Umrljivost dojenčkov je v Sloveniji le rahlo nad ravni, ki jo dosegajo v evropskih državah, problem predstavlja pričakovana življenjska doba za moške, ki je precej krajša kot v večini evropskih držav. Splošna umrljivost se že dalj časa znižuje in je nižja kot v večini držav EU, med najpogostejšimi vzroki smrtnosti pa so, tako kot v večini evropskih držav, rakava obolenja in bolezni obtočil. Demografski podatki so predstavljeni v tabeli 10.

Primerjava Slovenije z državami EU nam pove, da po kazalnikih zdravstvenega varstva Slovenija ne zaostaja za evropskimi državami. Ureditev slovenskega zdravstvenega varstva ima vrsto izvirnih rešitev, po katerih se slovenska ureditev precej razlikuje od drugih evropskih držav. Za Slovenijo je značilno, da je področje zdravstvenega varstva avtonomno in da se financira izključno s prispevki. Dodatne vire za zdravstvene programe se zbira s pomočjo prostovoljnih zavarovanj. Razvit je informacijski sistem, kar se kaže tudi v uvedbi kartice zdravstvenega zavarovanja, poudariti pa je treba tudi načrtno obvladovanje zdravstvenih zmogljivosti, njihove mreže in programov skladno z ekonomskimi možnostmi države. Menim, da pri vključevanju v EU na področju zdravstva Slovenija ne bi smela imeti večjih težav.

### **4.3. Približevanje zavarovalnih sistemov**

Na oblikovanje zdravstva in njegovih ustanov je najbolj vplivala politična volja, pomembne pa so bile tudi ekonomske, zgodovinske in kulturne okoliščine. Države so tako razvile različne sisteme zdravstvenega varstva. Danes se zdravstveni sistemi v razvitih državah po vsem svetu ukvarjajo z določeno stopnjo preoblikovanja, razlogi za to pa so povsod podobni: birokratizacija, nenačrtovano povečanje količine storitev in cen, neugoden demografski razvoj, napačno upravljanje ter vedno težje financiranje zdravstvenega sistema. Države skušajo predvsem vzpostaviti ravnovesje med uveljavljanjem načela socialne enakosti in načela ekonomske učinkovitosti. V Evropi tako prevladujejo državno vodeni in partnerski modeli, medtem ko je za ZDA še vedno značilen bolj tržno naravnani model.

Ureditev zdravstvenega varstva se po posameznih državah EU zelo razlikuje, razmišljanje o poenotenju pa se zdi precej neuresničljivo, saj si države tega ne želijo. Kljub prostemu pretoku kapitala, blaga in ljudi bo verjetno vsaka država skušala obdržati svoj model zdravstvenega zavarovanja. Po drugi strani pa lahko opazujemo, kako najbolj socialno naravnani sistemi prevzemajo vedno več tržnih elementov, v manj socialno naravnanih državah pa se povečujejo zahteve po večji socialni varnosti in solidarnosti med zavarovanimi osebami. ZDA se soočajo z vse večjimi potrebami po socialni varnosti prebivalstva, mnoge evropske države, med njimi tudi Slovenija, ki so poznane kot socialne države, pa v sistem

zdravstvenega varstva vnašajo vedno več tržnih elementov. Na splošno lahko rečem, da se kljub začetnim razlikam zavarovalni sistemi vse bolj približujejo, kar se kaže predvsem v posnemanju ureditev, ki so jih prej uvedli in preverili v kakšni drugi državi.

## 5. SKLEP

V svetu so se razvili zelo različni sistemi zdravstvenega zavarovanja, odvisno od tradicije, kulture, vrednot ter gospodarske in politične usmerjenosti posamezne države. Zdravstveno varstvo je sestavni del družbene reprodukcije in eden od osnovnih pogojev za rast produktivnosti dela, saj vpliva na življenjsko raven delavcev in družbe nasploh. Država je tako do določene mere dolžna skrbeti za zdravstveno varstvo prebivalstva. Povsod po svetu se danes ukvarjajo z naraščajočimi stroški v zdravstvu, kar je posledica staranja prebivalstva, razvoja medicinske znanosti in opreme, vedno večje osveščenosti in vedno večjih zahtev ljudi. Žal pa vedno večji stroški ne prinašajo povsod tudi večje učinkovitosti sistema in boljšega zdravstvenega stanja prebivalstva.

V Sloveniji imamo od leta 1992 dalje razvit sistem socialne varnosti, ki temelji na načelih obveznega zdravstvenega zavarovanja in na partnerskih konceptih. Kot dopolnitev k obveznemu zdravstvenemu zavarovanju so 1.1.1993 z zakonom uvedli tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje, s katerim so želeli razbremeniti javno finančni sektor pri zagotavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in ponuditi ljudem možnost izbire za lastno zdravje. Financiranje zdravstva je javno (sredstva iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in iz proračuna) in zasebno (premije prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja). Prevladujejo sredstva za obvezno zavarovanje, ki se zbirajo na podlagi prispevkov delodajalcev in delojemalcev ter drugih zavezancev, ki jih določa zakon. Edini veljavni dokument za uveljavljanje pravic iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je kartica zdravstvenega zavarovanja. Zavarovane osebe lahko uveljavljajo pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v vseh zavodih oziroma pri vseh zdravnikih, ki delujejo v okviru mreže javne zdravstvene službe, na osnovi koncesij pa so v to mrežo enakopravno vključeni javni zdravstveni in drugi zavodi ter zasebni zdravniki in drugi zasebniki. Slovenija se danes srečuje, tako kot druge države po svetu, z vse večjimi pritiski na povečevanje sredstev za zdravstveno varstvo, izgube javnih zdravstvenih financ se večajo, zato so se tudi pojavile težnje po spremembah zdravstvenega sistema.

Sistem zdravstvenega zavarovanja, ki se je razvil v ZDA, je profitno usmerjen in se bistveno razlikuje od sistema zdravstvenega zavarovanja, ki ga poznamo v Sloveniji in tudi od sistema drugod po Evropi. Gre za tržno obliko zavarovanja, ki nima posebnih zakonskih omejitev, na trgu obstaja mnogo različnih zavarovalnic, vsaka pa sama postavlja pravila o tem, katere stroške bo krila in katerih ne bo. Obvezno zdravstveno zavarovanje je v ZDA organizirano samo za državljane, ki so starejši od 65 let, in sicer v obliki programa Medicare. Financiranje ameriškega zdravstva temelji praviloma na načelu "tretje strani" (vlada, združenja delodajalcev in zavarovalnice), ki zbira sredstva za plačevanje zdravljenj, ne pa bolniki in

ponudniki, ki ju izvajanje zdravstvenih storitev neposredno zadeva. Delež javnih sredstev za zdravstvo je v letu 2002 znašal le okoli 44% vseh izdatkov, kar je bistveno manj kot v Sloveniji (okoli 78%), so pa izdatki na prebivalca za zdravstvo v ZDA (4887 USD na prebivalca v letu 2001) več kot trikrat višji kot v Sloveniji (1462 USD na prebivalca) in tudi drugih evropskih državah. Velik problem v zdravstvenem sistemu v ZDA predstavlja več kot 41 milijonov Američanov, ki nimajo nobenega zdravstvenega varstva in stroški zdravstvenega varstva, ki skokovito naraščajo.

Primerjava slovenskega sistema zdravstvenega zavarovanja z ureditvijo v ZDA in v državah EU nam pokaže, da se po kazalnikih zdravstvenega varstva Slovenija lahko primerja z ZDA in državami EU. Čeprav se sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in ZDA med seboj precej razlikujeta, so problemi, s katerimi se srečujeta, podobni.

## LITERATURA

1. Absec Tomaž: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1999. 46 str.
2. Cvetko Aleksej: Zdravstveno zavarovanje po novem. Ljubljana. Enotnost, 1992. 102 str.
3. Docteur Elizabeth, Suppanz Hannes, Woo Jaejoon: The US Health System: An Assessment and prospective directions for reform. Economic department working papers No.350. (URL: [http://appli1.oecd.org/olis/2003doc.nsf/linkto/eco-wkp\(2003\)4/\\$FILE/JT00140050.pdf](http://appli1.oecd.org/olis/2003doc.nsf/linkto/eco-wkp(2003)4/$FILE/JT00140050.pdf))
4. Folland Sherman: The economics of health and health care. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall, cop. 2001. 667 str.
5. Gretzen E. Thomas: Združene države Amerike. Stepan Adolf, ur., Sistemi financiranja v zdravstvu. Mednarodna primerjava. Ljubljana: ZZZS, 1999. str. 105-117.
6. Hyman David: Public finance: a contemporary application of theory to policy. Forth Worth (Etc.): The Dryden Press, 1996. 623 str.
7. Kalčič Miran: Socialna varnost: Zbirka predpisov z uvodnimi pojasnili. Ljubljana. ZZZS, 1996. 374 str.
8. Keber Dušan et al.: Zdravstvena reforma. Ljubljana, julij 2003.
9. Likar Stanko: Glavni problemi socialnega zavarovanja. Ljubljana. Delavska zbornica za Slovenijo, 1928. 111str.
10. Klun Barbara: Mednarodna primerjava zdravstvenega varstva in zavarovanja za dolgotrajno nego. Magistrsko delo. Ljubljana. Ekonomska fakulteta, 2000. 112 str.
11. Kresal France: Zgodovina socialne in gospodarske politike v Sloveniji od liberalizma do druge svetovne vojne. Ljubljana. Cankarjeva založba, 1998. 333 str.
12. Rupnik Lado, Stanovnik Tine: Javne finance. 1. del: Javne finance v svetu. Ljubljana. Ekonomska fakulteta, 1995. 196 str.
13. Stepan Adolf: Sistemi financiranja v zdravstvu. Mednarodna primerjava. Ljubljana. ZZZS, 1999. 170 str.
14. Toth Martin: Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja s pojasnili in izvedbenimi navodili. Ljubljana: ZZZS, 1995.
15. Toth M., Košir F.: Prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Evropi. 5. dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož: Slovensko zavarovalno združenje, 1998. str. 50-61.
16. Toth Martin, Petrič Drago, Kramberger Boris: Sistem financiranja zdravstvenih programov v Sloveniji. Stepan Adolf, ur., Sistemi financiranja v zdravstvu. Ljubljana. ZZZS, 1999. str. 145-168.
17. Žagar Irena: Zdravstveno zavarovanje. Ljubljana: ZZZS, 1992. 64 str.

## VIRI

1. Bilten. ZIB – Zdravstveno informacijski biro. Ljubljana. 911(2003). 28. julij 2003.

2. Going without Health Insurance: Nearly One in Three Non – Elderly Americans. Families USA Publication No. 03-103. (URL: [http://www.familiesusa.org/site/DocServer/Going\\_without\\_report.pdf?docID=273](http://www.familiesusa.org/site/DocServer/Going_without_report.pdf?docID=273)), 06.09.2003.
3. OECD Health Data 2003. (URL: [http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en\\_2649\\_37407\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_3740700.html](http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2649_37407_2085200_1_1_1_3740700.html)), 06.09.2003.
4. Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2002. Ljubljana: ZZZS, 2002. 98 str.
5. Statistični letopis Republike Slovenije. Ljubljana. Statistični urad Republike Slovenije, 1998. 659 str.
6. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica. (URL: <http://www.zdravstvena.net/o.zavarovalnici.htm>), 25.07.2003.
7. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica. (URL: <http://www.vzajemna.si/contents/top-nonflash.asp?ID=320>), 25.07.2003.
8. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92).
9. Zavarovalnica Adriatic. (URL: [http://www.adriatic.si/nov\\_splet/strani/zavarovanja/zdravstveno\\_slo.html](http://www.adriatic.si/nov_splet/strani/zavarovanja/zdravstveno_slo.html)), 25.07.2003.
10. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (URL: <http://www.zzzs.si/zzzs/INTERNET/urejanj1.nsf/3fdcd914d593e287c125655b002fb3f3/>.) 29.07.2003.

