

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO

**PRIMERJAVA SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA
SLOVENIJE, ANGLIJE IN NEMČIJE**

Ljubljana, junij 2005

NUŠA LANGERHOLC

IZJAVA

Študentka NUŠA LANGERHOLC izjavljam, da sem avtorica tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom DR. RASTO HARTMANA in dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne _____

Podpis: _____

KAZALO

UVOD	1
1. ZGODOVINSKI PREGLED IN POMEN ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	2
1.1. OPREDELITEV POJMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	2
1.2. RAZVOJ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	3
1.3. TRG V ZDRAVSTVU	3
2. NAJZNAČILNEJŠI SISTEMI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V EVROPI	6
2.1. BEVERIDGE-OV (LIBERALNI) SISTEM NACIONALNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	6
2.2. BISMARCKOV (KORPORATIVISTIČNI) MODEL ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	6
2.3. SEMAŠKOV MODEL (SISTEM SOCIALISTIČNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA)	7
3. IZVAJANJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V IZBRANIH DRŽAVAH	7
3.1. SLOVENIJA	8
3.2. ANGLIJA	10
3.3. NEMČIJA	13
4. SISTEMI FINACIRANJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V IZBRANIH DRŽAVAH	15
4.1. FAZE V PROCESU FINACIRANJA	15
4.1.1. Viri sredstev za zdravstveno dejavnost v izbranih državah	15
4.1.2. Prenos sredstev za zdravstveno varstvo	19
4.1.3. Poraba sredstev	24
4.2. OBLIKE PLAČEVANJA ZDRAVNIKOV	25
4.3. PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	25
4.4. NAMEN IN ZNAČILNOSTI PROSTOVOLJNEGA OZIROMA PRIVATNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA ..	28
4.4.1. Prednosti in slabosti privatnega zdravstvenega zavarovanja	29
4.4.2. Privatno zdravstveno zavarovanje v izbranih državah	29
5. IZDATKI ZA ZDRAVSTVENO DEJAVNOST	31
5.1. IZDATKI ZA ZDRAVSTVO KOT DELEŽ BRUTO DOMAČEGA PROIZVODA (BDP)	31
5.2. IZDATKI ZA ZDRAVILA	32
5.3. DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA POVEČANJE IZDATKOV ZA ZDRAVSTVENO DEJAVNOST	33
6. PROBLEMI SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA IN MOŽNE IZBOLJŠAVE	34
6.1. ZAGOTAVLJANJE PRAVIČNOSTI	34
6.2. DOSEGANJE UČINKOVITOSTI V JAVNIH ZAVODIH	35
6.2.1. Stroški in gospodarjenje s sredstvi	35
6.2.2. Napotitve bolnikov iz primarne na sekundarno raven zdravstvene dejavnosti	36
6.2.3. Čakalne dobe	37
6.3. ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI	38
7. REFORME SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	39
7.1. RAZVOJNE REFORME	39
7.2. PREMIK V SMERI SPODBUJANJA KONKURENCE	42
SKLEP	42
LITERATURA	45
VIRI	46

UVOD

Vsi ljudje želimo biti zdravi. Za tiste, ki si tega ne želijo, pa to postane njihova največja želja v trenutku, ko zbolijo. Skozi čas je medicina dosegla že veliko uspehov tako pri odkrivanju zdravil kot pri zdravljenju najrazličnejših bolezni. To pa vseeno še ni dovolj, saj je kljub temu število bolnih ljudi danes večje kot nekoč. Vsi sistemi zdravstvenega varstva in sistemi zdravstvenega zavarovanja po svetu, ki so se oblikovali pod vplivom različnih kultur, tradicij, vrednot in političnih posebnosti, imajo skupen cilj; ohranjanje, povrnitev ter izboljševanje zdravja ljudi. Zaradi nenehnih zahtev po izboljšavi zdravstvenih storitev ter rasti cen zdravil in tehničnih pripomočkov se je zdravstvo znašlo v zapletenem in težavnem položaju. Problem pa ni le v naraščajočih stroških za zdravstvo, temveč v odgovoru na vprašanje, ali vlaganja v to področje resnično prinašajo boljše zdravstveno stanje posameznih narodov. Interesi na tem področju so zelo različni. Na eni strani so prizadeti zavarovanci, ki si želijo boljših zdravstvenih storitev in več pravic, na drugi strani pa želijo izvajalci zdravstvene nege več sredstev. Idealne rešitve za vse udeležence ni, kot tudi ni najprimernejšega zdravstvenega sistema za določeno državo. Vsaka država si prizadeva izboljšati svoj zdravstveni sistem in dosegati zastavljene cilje ter s tem omogočati ljudem kakovostno zdravstveno nego.

Namen diplomske naloge je predstaviti sisteme zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, Angliji in Nemčiji ter opozoriti na podobnosti in razlike med njimi.

Prvo poglavje je namenjeno zgodovinskemu razvoju zdravstvenega zavarovanja in opisu specifičnosti trga v zdravstvu. V drugem poglavju so opisani najznačilnejši sistemi zdravstvenega zavarovanja, ki so se razvili po Evropi. Tretje poglavje je namenjeno organizacijski strukturi posameznih sistemov zdravstvenega zavarovanja. Opisala bom najpomembnejše izvajalce zdravstvene dejavnosti v obravnavanih državah in njihove naloge. V četrtem poglavju je predstavljeno financiranje zdravstvene dejavnosti v obravnavanih sistemih po posameznih fazah. Prva je faza zbiranja sredstev, sledi ji faza prenosa sredstev na izvajalce zdravstvene dejavnosti, zadnja pa je faza porabe sredstev. Opisani so načini plačevanja zdravnikov, pravice zavarovancev v posameznem sistemu ter namen in značilnosti prostovoljnega oziroma privatnega zdravstvenega zavarovanja. V petem poglavju je predstavljena analiza izdatkov za zdravstveno dejavnost kot delež bruto družbenega proizvoda posamezne države in vzroki za njihovo stalno rast. Šesto poglavje je namenjeno problemom, s katerimi se danes soočajo sistemi zdravstvenega zavarovanja po vsem svetu. V zadnjem poglavju so opisane reforme v zdravstvu, ki so jih obravnavane države že izvedle ali pa jih nameravajo izvesti v prihodnosti.

1. ZGODOVINSKI PREGLED IN POMEN ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

1.1. Opredelitev pojma zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja

Osnovni cilj vseh sistemov **zdravstvenega varstva** je zagotoviti univerzalen dostop do zdravstvenih pravic ob hkratnem ohranjanju stroškov na določeni ravni. Dostop do zdravstvenega varstva mora biti pravičen, zagotovljena mora biti enaka kakovost zdravstvenih storitev za ljudi, ki imajo enake zdravstvene potrebe (Keber, 2003, str. 20).

Sistem zdravstvenega varstva obsega temeljne elemente zdravstvenega varstva in njihovo medsebojno urejenost. Med omenjene elemente spadajo:

- uporabniki zdravstvenega varstva, ki v tem sistemu nastopajo bodisi sami kot plačniki zdravstvenih storitev in izdelkov bodisi posredno kot zavarovanci organizacij obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja,
- dobrine zdravstvenega varstva, ki jih sestavljajo storitve in izdelki, s katerimi lahko posamezniki zadovoljujemo svoje potrebe glede zdravstvenega varstva,
- organizacije zdravstvenega varstva, ki nudijo dobrine zdravstvenega varstva,
- država, ki v sistemu zdravstvenega varstva izoblikuje družbeni interes ter ga v njem tudi uresničuje, in sicer tako, da bodisi neposredno posega v upravljanje organizacij zdravstvenega varstva in organizacije obveznega zdravstvenega zavarovanja, bodisi da z ustreznimi ukrepi regulira delovanje in učinke delovanja zdravstvenih organizacij (Keber, 2003, str. 181).

O **zdravstvenem zavarovanju** pa govorimo v primeru, ko na področju zdravstva obstajata potencialno tveganje in zavarovalec, ki je pripravljen pred tem tveganjem zavarovati sebe, koga drugega ali določen predmet in za to plačati določeno ceno (premijo). Nujen sestavni del je tudi nekdo, ki je pripravljen ta tveganja zavarovati in v primeru odškodninskega zahtevka zavarovalcu oz. zavarovancu poravnati škodo (Klun, 2000, str. 5).

Na področju zdravstva so prisotni vsi elementi, ki so potrebni za nastanek zavarovanja. Ljudje so izpostavljeni tveganju, da bodo zboleli, se poškodovali ali imeli neugodne zdravstvene in materialne posledice. Nosilec zavarovanja je lahko zasebna zavarovalnica ali od države pooblaščen neprofitna agencija ali bolniška blagajna, ki določa premijo ali prispevke (če gre za solidarnostni sistem zavarovanja). V primeru bolezni oziroma poškodbe zavarovanca je ugotovljiv tudi odškodninski primer in zahtevak, ki se izraža v stroških zdravljenja. Uresničljiva je tudi zahteva zavarovalničarjev, da je v zavarovanju potrebno zavarovancu zagotoviti plačilo zavarovalnine. Ta se v zdravstvenem zavarovanju povrne s plačilom računov izvajalcu ali s povračilom stroškov, ki jih je imel zaradi zdravljenja zavarovanec sam.

1.2. Razvoj zdravstvenega zavarovanja

Prvi zametki zdravstvenega zavarovanja segajo v drugo polovico devetnajstega stoletja, ko je težak položaj delavcev, ki so se pri delu poškodovali, sprožil zahtevo po njihovi boljši socialni zaščiti, saj v času odsotnosti z dela niso prejeli mezd in so bili materialno ogroženi. Ljudje so začeli iskati rešitve, ki bi prizadetim omogočile preživetje. Tako se je najprej pojavilo individualno varčevanje z javnimi hranilnimi blagajnami, vendar se ta sistem kot oblika socialne varnosti zaradi mnogih pomanjkljivosti ni obnesel. Kasneje, ko je delodajalec postal odgovoren za vzdrževanje delavca v času njegove odsotnosti z dela zaradi bolezni ali poškodbe, je svojo odgovornost zavaroval pri zavarovalnicah. S takšnim zavarovanjem pa so bile krite le nekatere vrste tveganja. To je privedlo do prvega zakona o zdravstvenem zavarovanju delavcev za primer bolezni, ki je bil izdan v Nemčiji leta 1883. Ta zakon je pomenil začetek zdravstvenega zavarovanja, kot ga poznamo še danes (Šincek, 1997, str. 3).

1.3. Trg v zdravstvu

Zdravstveni trg je zelo specifičen. Razlogi za to so številni, med njimi zlasti naslednji (Keber, 2003, str. 59-60):

- informacijska asimetrija (ponudba in povpraševanje sta v rokah izvajalcev; uporabniki nimajo dovolj znanj in informacij za odločanje),
- moralni hazard (stanje, ko bogatejši državljani zaradi dodatnih in dopolnilnih zavarovanj pogosteje in v večjem obsegu uporabljajo tudi javni zdravstveni sistem),
- »pobiranje smetane« (privatne zavarovalnice izbirajo bogate in zdrave zavarovance, v javnem sistemu pa ostanejo revnejši in bolni),
- nezadostni kazalci učinkovitosti v zdravstvu.

Zaradi zgoraj naštetih razlogov zdravstvene dejavnosti ni mogoče v celoti prepustiti delovanju trga, kajti zdravlje ljudi ne sme biti odvisno od njihovega ekonomskega in socialnega položaja. Zato mora v tržni odnos med kupcem in prodajalcem zdravstvenih storitev poseči plačnik le-teh (zavarovalnica in država). Temu pravimo prisotnost tretje strani (third-party-payer).

Pod izrazom moralni hazard razumemo tudi primere, ko se posameznik socialno zavaruje, s tem pa se spremeni predvsem njegovo obnašanje (nezdrava prehrana, manjše varčevanje za starost, tvegan način življenja, kajenje, itd.). Ni več neposredni plačnik in zato pričakuje največjo količino in kakovost zdravstvenih storitev ne glede na ceno (S. Rosen, 1999, str. 206).

Popolni trg lahko deluje le, če so izpolnjene naslednje predpostavke (Klun, 2000, str. 56):

- na trgu je mnogo kupcev in prodajalcev,
- produkt je homogen,

- mejni stroški produkcije naraščajo,
- ni zunanjih učinkov,
- ponudniki in povpraševalci imajo popolne informacije o produktu in stanju na trgu in se obnašajo racionalno.

Trg zdravstvenih storitev pa ne izpolnjuje zgoraj naštetega in je zato nepopolni trg - socialni trg. Vzroki za obstoj tovrstnega trga so sledeči (Klun, 2000, str. 56):

- javne dobrine, do katerih imajo pravico vsi državljani;
- zunanji učinki (eksternalije) – država rešuje problem zunanjih učinkov z obdavčenjem proizvodnje ali potrošnje ali pa z mehanizmi regulacije zmanjša učinke. V primeru zdravstva (pozitivne eksternalije) država neposredno posega v oskrbo;
- nepopolna konkurenca – z državnim upravljanjem postanejo javne dobrine pravni monopol, za katerega je značilno, da je količina proizvoda ali storitev, pri kateri monopolist maksimizira svoj dobiček ($MR=MC$), nižja od količine proizvoda ali storitev pri pogojih popolne konkurence ($P=MC$). To pomeni, da monopolist proizvaja manj, kot je družbeno zaželeno, to pa povzroči izgubo družbene blaginje;
- nepopolnost informacij – ko kupujemo vsakdanja hranila (npr. jabolko), vemo, kakšnega okusa je in kakšno zadovoljstvo nudi. Ko pa človek zboli, ne ve, kateri medicinski postopki so primerni, zato se o tem posvetuje s svojim zdravnikom, ki je ponudnik zdravstvenih storitev. Zato mora država prevzeti obveščanje kupcev, ker trg zagotavlja učinkovito alokacijo le v primeru popolnih informacij (S. Rosen, 1999, str. 208);
- negotovost – država prevzame kritje za nedoločeno tveganje (socialno zavarovanje je ena od takih institucij, za katero stoji država).

Dejavniki, ki vplivajo na povpraševanje po zdravstvenem varstvu, se delijo v sledeče skupine (Česen, 1988, str. 11):

- Pojav bolezni in potreba po zdravljenju: V primeru resnega obolenja bo vsak posameznik poiskal zdravnika.
- Demografske spremembe, ki pomembno vplivajo na rast zdravstvenih potreb: Med prebivalci narašča delež starejših, ki so z zdravstvenega vidika še posebno zahtevni. Kmetov, ki so sicer slabši uporabniki zdravstvenih storitev, je vedno manj, zato pa je več delavskega prebivalstva.
- Kulturni dejavniki: Ker kulturna in izobrazbena raven prebivalstva raste, naraščajo tudi želje po večjem obsegu in boljši kakovosti zdravstvenih storitev.
- Spremenjeni socialni položaj bolnika: Razvite države ne nudijo bolnemu človeku le zdravljenja, temveč celotno socialno varnost, torej tudi nadomestila za čas odsotnosti in povračila stroškov v zvezi z zdravljenjem.
- Ekonomski dejavniki: Eden izmed ekonomskih dejavnikov je vpliv lastne udeležbe v stroških zdravstvenih storitev (participacija). Lastna udeležba vpliva na spreminjanje potreb v povpraševanju po zdravstvenih storitvah. Njen vpliv je večji pri skupinah z nižjimi dohodki, vendar bo v primeru resnega obolenja vsakdo poiskal zdravniško pomoč. Drugi ekonomski dejavnik je dohodek posameznika. Zaradi spremenjenega načina

financiranja zdravstvene dejavnosti, ko posameznik ni več neposredni plačnik zdravstvenih storitev, se tudi dohodkovna elastičnost povpraševanja po zdravstvenih storitvah zmanjšuje.

- Vpliv zdravnika in ostalih zdravstvenih delavcev kot ponudnikov zdravstvenih storitev na povpraševanje: Gre za inducirano povpraševanje, to je povpraševanje, ki je povzročeno s ponudbo. Uporabnikovo povpraševanje je omejeno le na odločitev, da poišče zdravstveno pomoč, vse dodatne obiske ter storitve pa nadzoruje zdravnik.

Ponudbo zdravstvenih storitev pa predstavlja celotna aktivnost izvajalcev zdravstvenih storitev.

Elastičnost ponudbe je majhna na kratek rok, saj je ponudba zdravstvenih storitev odvisna od prostih zmogljivosti. Na dolgi rok pa je veliko bolj elastična. Pri analizi ponudbe zdravstvenih storitev so bistvena tri vprašanja (Česen, 1988, str. 86):

- Kdo odloča o ponudbi zdravstvenih storitev,
- odnos zdravnikov do obsega in kakovosti ponudbe in
- način izražanja tržnih odnosov v ponudbi.

Na ponudbo zdravstvenih storitev vplivajo zdravstveni delavci, plačniki zdravstvenih storitev in država, saj mora biti minimalno zdravstveno varstvo zagotovljeno ne glede na obstoj povpraševanja. Naslednje vprašanje zahteva odločitev o kakovosti in količini zdravstvenih storitev. Zdravnik je dolžan nuditi najboljše zdravljenje, hkrati pa mora oskrbeti čim večje število bolnikov. Ponudniki poskušajo izboljšati kakovost storitev s posodobitvijo opreme in vključevanjem drage tehnologije. Za tržne odnose je značilno tekmovanje ponudnikov za čim večje povpraševanje po njihovih storitvah. V zdravstvu pa v večini držav zaradi monopola, ki ga imajo ponudniki, tekmovanje ni veliko; izjema so le zasebne zdravstvene dejavnosti (Miklavčič, 1997, str. 6).

Dejavniki, ki vplivajo na ponudbo zdravstvenih storitev, so (Miklavčič, 1997, str. 6):

- Zdravstvene zmogljivosti: V danem trenutku predstavljajo določene možnosti ponudbe zdravstvenih storitev. Povečanje zmogljivosti dolgoročno povečuje ponudbo, zmanjšanje zmogljivosti pa deluje obratno.
- Tehnologija: Nova tehnologija vpliva na stroške, investicijsko politiko, izobraževanje, specializacijo, organizacijo dela, na večjo ali manjšo učinkovitost dela izvajalcev in na bolnike, ki so s pomočjo nove tehnologije zdravljeni po sodobnih načelih. Tehnologija je glavni dejavnik rasti ponudbe, ki se lahko uveljavlja tudi v primeru, ko ne prispeva sorazmernega deleža k izboljšanju zdravstvenega stanja prebivalstva v primerjavi z novimi stroški. Tako lahko sodobna tehnologija zaradi uvajanja novih zdravstvenih storitev zdravstvene dejavnosti ne poceni, temveč jo še bolj podraži.
- Zdravniki: Zdravniki sprejmejo bolnika na zdravljenje, predlagajo obliko zdravljenja, izvajajo kirurške posege, naročajo drage preiskave ter predpisujejo zdravila. Izvajalci so tisti, ki konkretno vplivajo na izbiro med obsegom in kakovostjo storitev. Nagnjenost

zdravnikov h kakovosti draži ponudbo in s tem vpliva na celotne stroške zdravljenja. K povečanju ponudbe pripomore tudi sistem plačevanja zdravnikov po opravljenih storitvah.

2. NAJZNAČILNEJŠI SISTEMI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V EVROPI

Evropski sistemi zdravstvenega varstva temeljijo na konceptu nacionalnega zdravstvenega varstva ali na konceptu, ki izhaja iz zavarovalniških načel. Tržnega sistema zdravstvenega zavarovanja v Evropi ni moč zaslediti, čeprav imajo mnoge države vgrajene določene tržne elemente. Znotraj navedenih konceptov v Evropi ločimo naslednje najbolj značilne skupine zdravstvenih sistemov.

2.1. Beveridge-ov (liberalni) sistem nacionalnega zdravstvenega zavarovanja

Beveridge-ov sistem nacionalnega zdravstvenega zavarovanja se je najprej razvil v Veliki Britaniji po drugi svetovni vojni. Njegov pobudnik je bil ekonomist Beveridge. Za ta sistem je značilno, da država prevzame vlogo vodenja in upravljanja. Pri tem se drži pravila, da je vsem prebivalcem potrebno zagotoviti primerno dostopnost do zdravstvenih storitev. Obseg pravic je dobro zamejen, pridobijo pa se že z državljanstvom. Poleg tega skrbi država za ustrezno mrežo zdravstvenih zmogljivosti. Kot vir financiranja uporabljajo davke, zbrane v državnem proračunu, kar pomeni, da sistem zdravstvenega varstva ne razpolaga z lastnimi sredstvi.

O deležu proračuna za zdravstveno varstvo odloča država, razporejanje proračunskih sredstev pa izvajajo upravne institucije. Država predpisuje tudi delovanje in naloge zdravstvene službe. Zdravniki osnovne dejavnosti so v pogodbenem odnosu s pristojnim državnim uradom (v Veliki Britaniji NHS-National Health Service), ki jim določa način plačevanja in cene storitev. Naloga urada je organiziranje, delovanje in financiranje zdravstvene službe, medtem ko za ohranitev in povrnitev zdravja državljanov skrbi država. Celotno delovanje zdravstvene dejavnosti temelji na osebnem zdravniku, ki ima posebej določeno funkcijo in pooblastila. Zdravnik je plačan glede na število njemu določenih oseb (glavarina) in delno glede na količino opravljenih storitev. Države z Beveridge-ovim modelom financiranja zdravstvenega varstva so: Finska, Grčija, Irska, Italija, Švedska, Španija, Velika Britanija, Danska in Portugalska (Korošec, 2003, str. 8).

2.2. Bismarckov (korporativistični) model zdravstvenega zavarovanja

To je najstarejši sistem zdravstvenega zavarovanja, ki je nastal v Nemčiji leta 1883, v času vladavine kanclerja Otta von Bismarcka. Njegova značilnost je s strani države predpisana obveznost za državljanke, da se zdravstveno zavarujejo. Pravice s področja zdravstvenega

zavarovanja so zagotovljene skoraj vsem prebivalcem države. Vloga države je majhna, razen v primeru, ko gre za brezposelne, socialno ogrožene, begunce itd. Sistem se financira pretežno s prispevki, plačilo katerih pogojuje širok obseg socialnih pravic. Delodajalci in delojemalci plačujejo prispevke »bolniškim blagajnam«, praviloma v enakem znesku, ki imajo vrsto javnih pooblastil. Same določajo prispevne stopnje za zdravstveno zavarovanje, opredeljujejo pravice zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev in denarnih prejemkov ter vstopajo v partnerske odnose z združenji zdravstvenih delavcev. Najpogostejši način plačevanja izvajalce plačuje do obsega, opredeljenega v pogodbah med izvajalci in nosilci zavarovanja. Privatna zavarovanja in zasebna sredstva v celotnem sistemu ne dosegajo pomembnega deleža, so pa dovoljena in možna za posameznike, katerih osebni dohodki presegajo določeno mejo. Bismarckov model financiranja zdravstva imajo Slovenija, Avstrija, Belgija, Francija, Nemčija in Luksemburg (Korošec, 2003, str. 8).

2.3. Semaškov model (sistem socialističnega zdravstvenega zavarovanja)

Semaškov model temelji na predpostavki, da morajo biti vse zdravstvene storitve dostopne vsem ljudem, brez razlikovanja in brez doplačil. Za ta sistem je značilno, da se zdravstvene storitve financirajo iz proračuna, ki se polni z davki. Sistem je nastal v času socialistične družbene ureditve v nekdanji Sovjetski zvezi in je zato izhajal iz družbene lastnine. Vlogo družbene lastnine so prenesli tudi na področje zdravstvenega varstva, kjer so zasebno lastnino in pobudo v obliki zasebnih dejavnosti ali privatnih zavarovanj celo prepovedali. Za vsa vprašanja, povezana z zdravstvenim varstvom, je odgovorna država. Pogajanj med interesno organiziranimi skupinami ni, saj višino sredstev za financiranje izvajalcev določa vlada. Opisani model so imele vse bivše socialistične države v Evropi, ponekod pa je slednji še vedno v veljavi. Tudi za Slovenijo velja, da je v preteklosti prevzela določene značilnosti tega modela (Korošec, 2003, str. 9).

V vsakdanjem življenju ne zasledimo čistih modelov zdravstvenega zavarovanja. Ponavadi gre za kombinacijo določenih značilnosti posameznega teoretičnega modela.

3. IZVAJANJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V IZBRANIH DRŽAVAH

Organizacije zdravstvenega varstva sestavljajo izvajalci zdravstvenega varstva in organizacije zdravstvenega zavarovanja. Slednje so lahko organizacije obveznega in organizacije prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Keber, 2003, str. 181).

V nadaljevanju sledi opis organizacijske strukture sistemov zdravstvenega varstva v izbranih državah, ki je nujno potreben za nadaljnje razumevanje hierarhije in odnosov med

posameznimi udeleženci v zdravstvenem zavarovanju in s tem delovanje posameznih sistemov.

3.1. Slovenija

Za razumevanje načina financiranja zdravstvene dejavnosti je potrebno spoznati tudi njeno organizacijo in organizacije v sistemu zdravstvenega varstva sploh. Organizacije zdravstvenega varstva v Sloveniji delimo v tri skupine (Miklavčič, 1997, str. 26):

- Organizacije države so poleg Ministrstva za zdravstvo še Svet za zdravje, Zdravstveni svet in Inštitut za varovanje zdravja. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Zakon o dejavnosti jim natančno opredeljujejo naloge. Vse tri organizacije so neprofitne in se financirajo iz proračuna.
- Zdravstvene organizacije se pri nas imenujejo javni zdravstveni zavodi. V mreži javne zdravstvene službe sodelujejo vsi javni zdravstveni zavodi, lahko pa tudi zasebniki, ki imajo sklenjeno koncesijo.
- Nosilec zdravstvenega zavarovanja je Zavod za zdravstveno zavarovanje, poleg njega pa se v prostovoljno zdravstveno zavarovanje lahko vključijo vse zavarovalnice.

V nadaljevanju bodo podrobneje opisane naloge posameznih organizacij. Kot prvo velja omeniti **Svet za zdravje**, ki se pri vladi Republike Slovenije ukvarja z vprašanji, povezanimi z zdravstvenim varstvom v širšem pomenu besede. Leta 2000 sprejeti Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – zdravje za vse do leta 2004 (NPZV) je naloge Sveta določil bolj natančno. Svet za zdravje bo tako usklajeval aktivnosti vladnih resorjev ob sprejemanju projektov, ki lahko kakorkoli vplivajo na zdravje ljudi. Usklajevanje bo potrebno zlasti pri določanju davčne politike, obrambe, prehranske politike, pri določanju športnih in kulturnih programov, vpeljavi novih tehnologij in opuščanju starih, varstvu udeležencev v cestnem prometu, varovanju zdravja pri delu in drugo. Čeprav so v posameznih sektorjih že prisotna vlaganja v zdravje, je očitno, da je potrebno vzpostaviti učinkovito medsektorsko sodelovanje z jasnimi razmerji in odgovornostmi (Gorenšek, 2000, str. 6).

Ministrstvo za zdravje je odgovorno za zagotavljanje zdravstvenega varstva, za zdravstveno zavarovanje in zdravstveno dejavnost na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Poleg tega spremlja ta organizacija zdravstveno stanje prebivalstva in pripravlja ter izvaja programe za krepitev njihovega zdravja. Ministrstvo je za ustanavljanje bolnišnic in javnih zdravstvenih institucij na nacionalni ravni. V tej vlogi potrjuje strategije teh institucij, financira specifične izdatke, na primer za investicije, in ima pomembno vlogo pri imenovanju direktorjev zdravstvenih institucij. V okviru ministrstva delujejo še Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije, Urad Republike Slovenije za sodelovanje s Svetovno zdravstveno organizacijo, Urad za zdravila in Urad za kemikalije (Gorenšek, 2000, str. 6).

Zdravstveni svet je posvetovalni organ ministru, ki skrbi za usklajeno zdravstveno politiko, za sprejemanje novih zdravstvenih programov in sodeluje pri drugih pomembnih odločitvah (Kersnik, str.14).

Ostala ministrstva. Poleg Ministrstva za zdravstvo so za področje zdravstva pristojna še nekatera druga ministrstva. Ministrstvo za finance pregleda in potrdi proračun Ministrstva za zdravstvo, ki ga krije državni proračun. Osnovna načela in deleži državnega proračuna, proračunov lokalnih skupnosti, obveznega zdravstvenega, pokojninskega ter invalidskega zavarovanja se vsako leto usklajujejo preko »Proračunskega memoranduma« Ministrstva za finance in parlamenta. Ministrstvo za šolstvo in šport nadzira aktivnosti, povezane z univerzitetnim medicinskim in zdravstvenim izobraževanjem ter nekatere programe s področja promocije zdravja. Ministrstvo za znanost in tehnologijo je odgovorno za zadeve, povezane z osnovnim raziskovanjem in tehnološkim napredkom ter za dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje mladih raziskovalcev. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve skupaj z Ministrstvom za zdravstvo usklajuje preskrbo domov za ostarele in invalide. Ministrstvo za okolje in prostor sodeluje z Ministrstvom za zdravstvo pri temah okolja in zdravja. Ministrstva za notranje zadeve, obrambo in pravosodje pa financirajo zdravstvene storitve za vojaško in policijsko osebje v službenem času ter za zapornike (Gorenšek, 2000, str. 6).

Inštitut za varovanje zdravja (IVZ) opravlja znanstvenoraziskovalno in vzgojnoizobraževalno delo, pripravlja strokovne podlage za načrtovanje zdravstvenega varstva. Inštitut usklajuje in predlaga ter v sodelovanju z območnimi Zavodi za zdravstveno varstvo izvaja program socialnomedicinske, higienske, epidemiološke in zdravstveno-ekološke dejavnosti za območje Republike Slovenije (Kersnik, str. 18).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) deluje kot javni zavod. Njegova osnovna funkcija je izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, to je zagotavljanje učinkovitega izbiranja in razdeljevanja javnih sredstev za kakovostno uresničevanje pravic iz tega naslova. ZZZS sklepa pogodbe z zdravstvenimi in drugimi zavodi ter organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, oziroma z zasebnimi zdravstvenimi delavci, izvaja pa tudi mednarodne pogodbe o zdravstvenem zavarovanju in daje strokovno pomoč zavarovanim osebam. Poleg tega opravlja tudi mnoge druge strokovne, nadzorne in administrativne naloge (med drugim vodi baze podatkov s področja zdravstvenega zavarovanja) (ZZZS, 2004).

Lokalne skupnosti (občine oziroma mesto) določajo in zagotavljajo mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni in s svojim mnenjem sodelujejo pri načrtovanju mreže na sekundarni ravni. Preko svojih predstavnikov v svetu zavoda imajo neposreden vpliv na upravljanje vseh javnih zdravstvenih zavodov. Lokalne skupnosti imajo tudi nalogo plačevanja prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za državljane Republike Slovenije (RS) s stalnim prebivališčem v RS, ki niso zavarovanci iz drugega naslova, s čimer je sistemsko zagotovljena enakost in finančna dostopnost zdravstvenih storitev (Kersnik, str. 19).

Strokovna združenja. V Sloveniji delujejo številna strokovna združenja in društva s področja zdravstva. Njihova naloga je predvsem v strokovnem izobraževanju svojih članov, širjenju novih strokovnih spoznanj in izdelavi strokovnih priporočil za delo. Kot soustvarjalci programov podiplomskega izobraževanja imajo pomembno vlogo pri vključevanju pouka o kakovosti v programe sekundariata, specializacije in drugih oblik izobraževanja (Kersnik, str. 22).

3.2. Anglija

V Angliji imajo najpomembnejšo vlogo pri organiziranju zdravstvenega varstva naslednje ustanove.

Ministrstvo za zdravje (Department of Health) pod vodstvom Ministra za zdravje (Secretary of State for Health) je skupaj s skupino petih ministrskih kolegov v Angliji odgovorno za zdravje in osebne socialne službe. Ministrstvo vodi celotno zdravstveno politiko vključno z načrtovanjem, reguliranjem in nadzorovanjem zdravstvenih storitev. Ministrstvo je popolno odgovorno za Nacionalno zdravstveno službo (National Health Service – NHS).

Ministrstvo za zdravje se deli na tri glavne veje, opisane v nadaljevanju. V prvo spadajo različne skupine in oddelki z določenim področjem poklicne odgovornosti, kot so skupina javnega zdravstva (Public Health Group), skupina za socialno nego (Social Care Group), skupina negovalcev (Nursing Group) in raziskovalno-razvojni oddelek (Research and Development Division). Drugo vejo zastopa glavni zdravstveni uslužbenec (Chief Medical Officer), ki je dolžan celotnemu svojemu oddelku dajati strokovne zdravstvene nasvete. Tretjo pa zastopa izvršni direktor NHS (NHS Executive) pod vodstvom generalnega direktorja (Chief Executive), ki je odgovoren za vodenje in vrsto osrednjih menedžerskih funkcij v povezavi z NHS. Direktor NHS (NHS Executive) spodbuja ministre pri razvoju zdravstvene politike in je poleg tega odgovoren tudi za učinkovito upravljanje in stroškovno učinkovitost pri uporabi sredstev v NHS. Ima osem regionalnih pisarn po vsej državi, ki so zadolžene za izboljšanje nacionalne zdravstvene politike in nadziranje dela zdravstvenih oblasti (Health Care Systems in Transition, 1999, str. 13-14).

Ostala ministrstva, ki so odgovorna za zdravje in z zdravjem povezanimi vprašanji, so še: Ministrstvo za socialno varnost (The Department of Social Security), odgovorno za socialno blaginjo, Ministrstvo za okolje, promet in prostor (The Department of Environment, Transport and the Regions), ki se ukvarja z osebnimi socialnimi storitvami, ki jih izvajajo lokalne vladne oblasti, Ministrstvo za kmetijstvo, hrano in ribolov (The Ministry of Agriculture, Food and Fisheries), ki nadzira standarde živil, ter Ministrstvo za šolstvo in delo (The Department for Education and Employment), ki financira izobraževanje študentov medicine in drugih zdravstvenih poklicev (Health Care Systems in Transition, 1999, str. 15).

Nacionalna zdravstvena služba – NHS (National Health Service) je bila ustanovljena leta 1948 z namenom zagotavljanja zdravstvenega varstva vsem državljanom na podlagi potreb in ne na plačilni sposobnosti posameznika. Je državna ustanova pod neposrednim nadzorom in odgovornostjo vlade. Njeno delovanje se financira iz davkoplačevalskega denarja. Za samo upravljanje NHS je odgovorno Ministrstvo za zdravje (Department of Health), ki javnosti preko NHS zagotavlja zdravstvene storitve. Vlada preda operativno odgovornost izvršilnemu organu NHS, ta pa prenese upravljalne naloge in odgovornost naprej na 28 lokalnih zdravstvenih organov, imenovanih » strateške zdravstvene oblasti« (Strategic health authorities). Odgovorne so za zdravstvene storitve v posamezni regiji (BBC, 2004).

NHS sestavljajo (NHS, 2004):

- Agencija za razvoj (Modernisation Agency), ki pomaga menedžerjem NHS pri prizadevanjih za izboljšanje lastnih storitev. Najboljšim organizacijam bo dodeljena večja moč pri odločitvah na lokalni ravni. Agencija pomaga organizacijam NHS s slabimi storitvami tudi s tem, da jim pomagati odkrivati probleme ter iskati rešitve zanje.
- Posebne zdravstvene oblasti (Special Health Authorities) zagotavljajo zdravstvene storitve celotni Angliji, ne le lokalnim skupnostim.
- Strateške zdravstvene oblasti (Strategic Health Authorities), ki jih je 28 v Angliji, naj bi razvijale strategije za NHS in skrbele za uspešno delovanje lokalnih organizacij NHS (BBC, 2005). Zdravstvene oblasti so odgovorne za i) razvijanje planov za izboljšanje zdravstvenih storitev v njihovi regiji, ii) nadziranje kakovosti lokalnih zdravstvenih storitev, iii) povečevanje zmogljivosti lokalnih zdravstvenih storitev in iv) vključevanje nacionalnih prioritet v lokalne plane izboljšanja zdravstvenih storitev.
- Organizacije primarne dejavnosti (Primary Care Trusts – PCT) so lokalne zdravstvene organizacije, ki zagotavljajo zdravstvene storitve v določeni regiji. Sodelujejo z lokalnimi organi in ostalimi agencijami, ki ponujajo zdravstvene storitve, da bi skupaj zadovoljili potrebe skupnosti. PCT dobijo 75% delež sredstev NHS-a, s katerim morajo ljudem v določeni regiji zagotoviti ustrezen obseg zdravstvenih storitev. Prav tako je njihova naloga zagotavljanje zdravstvenih storitev, ki jih nudijo bolnišnica, zobozdravnik, psihiater, okulist, prevozi bolnikov, lekarne, telefonska linija - NHS Direct in Walk-in centri. T.i. NHS Walk-in centri omogočajo hiter dostop do nasveta o zdravju in zdravljenju. Tovrstnih centrov je v Angliji 43, nudijo pa zdravljenje lažjih poškodb in bolezni, podatke o lekarnah in o osebnih zdravnikih ter zobozdravstvenih storitvah ter svetujejo kako ostati zdrav. Ena od ponudb centra je tudi štiriindvajseturna telefonska linija, preko katere medicinsko osebje svetuje pacientom glede določenega zdravstvenega vprašanja. V primeru težje poškodbe ali bolezni pa pacienta povežejo z ustrežno službo, ki mu nudi nadaljnjo pomoč.
- Sekundarna zdravstvena dejavnost (Secondary Care), ki nudi pacientu oskrbo v primeru, da mu na primarni ravni ne morejo nuditi potrebne oskrbe. Kot sekundarno raven razumemo akutne bolnišnice, specialistično oskrbo in oskrbo po končanem zdravljenju v bolnišnici.

- NHS skladi (NHS trusts) zaposlujejo večino NHS-ovih delavcev in zastopajo ponudnike oz. izvajalce zdravstvenih storitev. Njihova naloga je skrbeti za to, da bolnišnice pacientom nudijo kakovostne zdravstvene storitve in porabljajo denarna sredstva učinkovito. Skladi trgujejo s kupci iz vrst zdravstvenih oblasti na t.i. notranjem trgu. NHS preko zdravstvenih oblasti deli sredstva tudi zdravnikom splošne medicine, ki na ta način postanejo odgovorni za porabo sredstev, t.i. »fundholder« (izvajalci z denarjem za običajno bolnišnično zdravljenje). Zdravstvene oblasti in zdravniki splošne prakse trgujejo na notranjem trgu (zdravstvene usluge pri bolnišnicah) s skladi NHS (NHS Trusts) (Klun, 2000, str. 36). NHS skladi se delijo na i) »Care Trusts«, ki so organizacije, ki se ukvarjajo z zdravstvom in socialno varnostjo. Največkrat nastanejo s sodelovanjem NHS in lokalnih oblasti, saj združitev zdravstva in socialne nege pozitivno vpliva na oskrbo ljudi v določeni regiji. ii) Organizacije »Mental Health Trusts«, ki omogočajo zdravljenje psihičnih težav, in to preko osebnega zdravnika, drugih primarnih zdravstvenih storitev ali pri specialistu. iii) »Ambulance Trusts«, ki nudijo hiter dostop do zdravstvenih storitev. iv) »Acute Trusts«, ki so odgovorni za kratkotrajne storitve bolnišnic, kot so nesreče, nosečnost, operacije, rentgen itd. ter v) »Foundation Trusts«, ki so nova vrsta NHS-ovih bolnic, ki jih vodijo lokalni menedžerji, osebje in predstavniki javnosti, ki so izbrani glede na potrebe lokalnega prebivalstva. Imajo pristojnost porabe denarnih sredstev glede na potrebe lokalnega prebivalstva.

Prostovoljci in skupine potrošnikov pomagajo pacientom, obolelim z duševnimi motnjami, prevladuje pa nega starejših oseb (Health Care Systems in Transition, 1999, str. 22).

Državni zdravstveni sveti (Community health councils) so bili ustanovljeni leta 1974. Predstavljajo povezavo med NHS in javnostjo in ločujejo zagotavljanje storitev od pacientovih in javnih interesov (Health Care Systems in Transition, 1999, str. 22).

Strokovna zbornica (Professional bodies) oziroma Britanska zdravstvena organizacija je zdravniška organizacija in neodvisni delavski sindikat, ki ščiti poklicne in osebne interese svojih članov. Vanjo je včlanjenih več kot 80% britanskih zdravnikov (Health Care Systems in Transition, 1999, str. 22).

Privatni sektor (Private sector) v Angliji je veliko manjši kot NHS. Leta 1996 je bilo v Veliki Britaniji 25 zasebnih zdravstvenih zavarovalnic. Večina zavarovalnic je vstopila na trg v zgodnjih devetdesetih letih. Na strani ponudbe je Veliki Britaniji približno 300 neodvisnih bolnišnic, izmed katerih je pet glavnih skupin (General Healthcare Group Ltd, Nuffield Trust Ltd, BUPA Hospitals Ltd, Community Hospitals Group in PPP Columbia Healthcare Ltd), ki obvladujejo trg (Health Care Systems in Transition, 1999, str. 23).

3.3. Nemčija

V Nemčiji urejajo zdravstvo Zvezna vlada, Vlade pokrajin in nevladna združenja (predstavniki specialistov, ponudnikov in zavarovalcev) (Busse, 2002, str. 48). Na državni ravni sta na področju zdravstva najpomembnejša Zvezno ministrstvo za zdravje in parlament. Ministrstvo za zdravje je razdeljeno na pet skupin, izmed katerih ima vsaka še dve podskupini (Health Care Systems in Transition, 2000, str. 22):

- Administracija in mednarodni odnosi,
- Farmacevtski/medicinski produkt in dolgoročna nega,
- Zdravstvena nega in obvezno zdravstveno zavarovanje,
- Varovanje zdravja in preprečevanje bolezni,
- Varovanje potrošnikov (večinoma v zvezi s hrano) in veterina.

Zveznemu ministrstvu za zdravje pomagajo podrejene oblasti predvsem s strokovnimi nasveti in z izvajanjem določenih nalog (Health Care Systems in Transition, 2000, str. 22):

- Zvezni inštitut za farmacevtske in medicinske raziskave (BfArM), ki nadzira varnost farmacevtskih in medicinskih izumov;
- Nemški inštitut za medicinsko dokumentacijo in informacije (DIMDI) zagotavlja javne in strokovne informacije z vseh področij življenjske znanosti;
- Zvezni inštitut za nalezljive in nenalezljive bolezni (Robert-Koch Institut) nadzoruje, odkriva in preprečuje nastanek bolezni;
- Zvezni inštitut za serume in cepiva (Paul-ehrlich-Institute) skrbi za njihovo licenciranje;
- Zvezni center za zdravstveno izobraževanje (BzGA) vzdržuje in promovira človeško zdravje;
- Zvezni inštitut za varovanje zdravja potrošnikov in veterino (BgVV) je zadolžen za izboljšave na področju varovanja potrošnikov glede hrane, kemikalij, kozmetike, zdravil za živali in njihove bolezni, varuje pridelke in nadzira uporabo pesticidov. Med njegove naloge sodi tudi licenciranje veterinarskih zdravil.

V Nemčiji so nosilke obveznega zdravstvenega zavarovanja t.i. **bolniške blagajne**, ki so organizirane na regionalni in/ali zvezni ravni. Leta 2000 je bilo tako 420 obveznih bolniških blagajn, razdeljenih na sedem različnih skupin: 17 splošnih lokalnih bolniških blagajn (Allgemeine Ortskrankenkassen, AOK), 12 nadomestnih bolniških blagajn (Ersatzkassen), 337 obrtnih bolniških blagajn (Betriebskrankenkassen, BKK), 32 cehovskih bolniških blagajn (Innungskrankenkassen, IKK), 20 bolniških blagajn za kmete (Landwirtschaftliche Krankenkassen, LKK), 1 bolniška blagajna za rudarje (Bundeskknappschaft) in bolniška blagajna za pomorščake (See-Krankenkasse) (Busse, 2002, str. 51).

Bolniške blagajne vodita nadzorni svet in upravni organ. Nadzorni svet šteje največ 30 članov, ki so voljeni iz vrst zavarovancev in delodajalcev; oboji predstavljajo enak delež. Izjemi sta nadomestna bolniška blagajna, kjer so predstavniki nadzornega sveta voljeni izključno iz vrst zavarovancev, in bolniška blagajna za rudarje, kjer prihajata dve tretjini

predstavnikov nadzornega sveta iz vrst delodajalcev. Nadzorni svet določa višine prispevkov tako, da skladi vsako leto izračunajo potrebno količino denarja, na podlagi katere določijo potrebna sredstva, ki jih nato dodelijo regionalnim zdravniškim zbornicam. Nadzorni svet skrbi tudi za izračunavanje in zagotavljanje letnega plana in odloča o sprejemu novih članov. Upravni organ pa skrbi za tekoče poslovanje, zastopa bolniško blagajno navzven, za svoje odločitve pa odgovarja nadzornemu svetu (Globočnik, 2001, str. 10).

Bolniške blagajne se delijo v dve skupini, in sicer na Obvezne bolniške blagajne (nem. Gesetzkrankenkasse – GKK) in Nadomestne bolniške blagajne (nem. Ersatzkrankenkasse – EKK). Obvezne bolniške blagajne se nato delijo na splošne in posebne (Globočnik, 2001, str. 8):

Splošne blagajne sestavljajo:

- splošne lokalne bolniške blagajne (nem. AOK-Allgemeine Ortskrankenkasse),
- obrtne bolniške blagajne (nem. BKK-Betriebskrankenkasse),
- cehovske bolniške blagajne (nem. IKK-Innungskrankenkasse).

Posebne blagajne pa sestojijo iz:

- bolniških blagajn za pomorščake, organizirana samo na zveznem nivoju (nem. Seekasse),
- bolniških blagajn za rudarje, prav tako le na zveznem nivoju (nem. Bundesknappschaft) in
- bolniških blagajn za kmete (nem. LKK-Landwirtschaftliche Krankenkasse).

Nadomestne bolniške blagajne so po svoji naravi neobvezne, po vsebini pa alternativa splošnim obveznim. Razvile so se iz t.i. solidarnostnih blagajn, ki so nastajale na pobudo delavcev samih. Sem spadata Bolniška blagajna za nameščence (DAK) in Bolniška blagajna za delavce (AEV).

Splošne bolniške blagajne so že več kot sto let najpomembnejši ponudnik zdravstvenega zavarovanja v Nemčiji. Ustanavljajo jih lokalne oblasti, organizirane so po teritorialnem načelu.

Nemčija ima največji trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Evropi. Na trgu je 52 **privatnih zdravstvenih zavarovalnic**. Vse so specializirane zdravstvene zavarovalnice; zdravstvene zavarovalne police se ne prodajajo v paketu z drugimi zavarovalnimi policami (Busse, 2002, str. 52).

Ostali člani. Poleg zgoraj omenjenih zakonitih članov obstaja v Nemčiji še vrsta prostovoljnih organizacij. Razlikujejo se po strokah, katerih osnova so (znanstvena, strokovna, politična, ekonomska) in po skupinah, ki jih predstavljajo (Health Care Systems in Transition, 2000, str. 28).

4. SISTEMI FINACIRANJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V IZBRANIH DRŽAVAH

Celovit sistem financiranja je sestavljen iz zbiranja in porabe sredstev ter iz razporejanja letih med izvajalce. Financiranje zdravstvenega varstva mora temeljiti na finančni poštenosti do izvajalcev zdravstvenih storitev, merila za razporejanje sredstev pa predstavljajo potrebe državljanov in kakovost zdravstvene oskrbe. Idealen sistem financiranja vpliva na stroškovno učinkovitost izvajanja zdravstvenih storitev in uspešnost izboljševanja zdravja vseh državljanov, ne vpliva pa na neposredno število opravljenih storitev. Zato je potreben nadzor vsakega sistema in njegovo sprotno spremljanje delovanja, saj lahko le na ta način ugotovimo in odpravimo njegove nezaželene učinke. Tako nadzorovan sistem zagotavlja stabilnost in uravnoveženost pri doseganju zastavljenih prioritarnih ciljev (Keber, 2003, str. 89).

4.1. Faze v procesu financiranja

4.1.1. Viri sredstev za zdravstveno dejavnost v izbranih državah

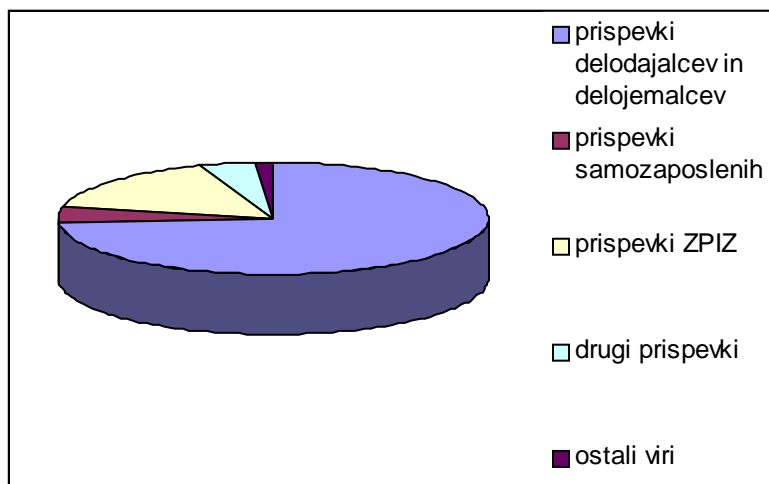
Finančni viri sredstev za zdravstveno dejavnost so vsi viri sredstev, s katerimi posamezna država zbere sredstva ter z njimi plača izvajalce zdravstvenih storitev, oziroma tista sredstva, ki jih država ali posameznik porabljata v zdravstvene namene. V tem poglavju bo predstavljeno, na kakšne načine izbrane države zbirajo ta sredstva in katera vrsta virov prevladuje v posamezni državi.

Zdravstveno varstvo se lahko financira iz javnih in zasebnih sredstev. Med javne vire sredstev spadajo proračunska sredstva države in občin ter sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja. Med zasebne vire za financiranje zdravstva pa uvrščamo sredstva prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj in del sredstev nezgodnih zavarovalnic ter neposredna plačila prebivalcev za zdravstvene storitve (Keber, 2003, str. 239).

Slovenski sistem zdravstvenega zavarovanja temelji na Bismarckovem socialnem modelu. Med mnogimi spremembami je bila najpomembnejša leta 1992, ko je sistem nacionalnega zdravstvenega varstva zamenjal sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga je izvajal takrat na novo ustanovljen Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. S tem se je popolnoma spremenil način financiranja zdravstvenih storitev. V letu 1991 se je 98,5% sredstev za zdravstvo zbralo z davki, leto kasneje pa je glavni vir dohodka predstavljalo obvezno zdravstveno zavarovanje. Po reformi leta 1992 je spekter pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju ostal zelo širok; vključeval je skoraj vse pravice, le za nekatere med njimi je bilo uvedeno dodatno plačilo. Vsak posameznik je imel na izbiro dve možnosti: lahko je sam poravnal potrebno dodatno plačilo ali pa se je temu izognil in se vključil v dodatno zdravstveno zavarovanje, ki je bilo predstavljeno v letu 1993 (Jaklič, 2004, str. 67).

V Sloveniji se sredstva za obvezno zdravstveno zavarovanje zbirajo na podlagi prispevkov. Zavezanci za plačilo prispevkov so delodajalci, zavarovanci ter drugi zavezanci (Zavod za zaposlovanje, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, Zavod za zdravstveno zavarovanje, Republika Slovenija, Zavod za zaposlovanje, občine). Prispevki se večinoma plačujejo od zakonsko določenih osnov po proporcionalnih stopnjah, razen za primere, za katere se po zakonu plačujejo prispevki v pavšalnih zneskih. Stopnje prispevkov določi Državni zbor na predlog Skupščine Zavoda; določene so z zakonom o prispevkih za socialno varnost. Pavšalne prispevke pa sprejme Skupščina Zavoda; določeni so s Sklepom o pavšalnih prispevkih za obvezno zdravstveno zavarovanje. Pavšalni prispevki se določajo za tiste zavarovane osebe, ki imajo zelo nizke prejemke, so brez njih oziroma njihovi prejemki niso znani (ZZZS, 2004).

Slika 1: Struktura prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja glede na kategorijo zavarovancev v %



Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2003.

Kot je razvidno iz zgornjega grafikona, ZZZS večino svojih sredstev pridobi s prispevki (98,6%), od tega znašajo prispevki delodajalcev in delojemalcev 74,8% (delodajalec plača 6,56%, delojemalec pa 6,36% zavarovalne premije), prispevki samozaposlenih (kmetje in obrtniki) 4,3%, prispevki ZPIZ (za upokojence) 16,8%, ostali prispevki pa 4,1%. 1,4% sredstev predstavljajo ostali viri, ki niso prispevki.

Določene so tudi osnove, od katerih se plačujejo prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje (ZZZS, 2004):

- bruto plača,
- bruto nadomestilo za čas odsotnosti z dela,
- osnova, od katere se po posebnem zakonu plačuje davek od osebnih prejemkov,
- bruto osnova za pokojninsko in invalidsko zavarovanje,

- katastrski dohodek kmetijskih in gozdnih zemljišč,
- nadomestilo oziroma denarna pomoč,
- pokojnina z varstvenim dodatkom,
- preživnina po predpisih o preživninskem varstvu kmetov,
- izplačani prejemek in
- bruto zjamčena plača.

V primeru, da slovenski državljan nima nobene osnove za zavarovanje, nikogar, ki bi ga bil dolžan preživljati, niti nobenih sredstev, ga mora zavarovati občina, kjer stalno prebiva (Šincek, 1997, str. 10).

Sistem financiranja zdravstva v **Veliki Britaniji** je manj zapleten. Dejansko gre za enega izmed preprostejših sistemov. NHS dobi sredstva od osrednjih vladnih davkov in prispevkov za nacionalno zdravstveno zavarovanje. Davki, ki jih posamezniki plačujejo, se zaračunavajo po treh različnih stopnjah (10%, 22% in 40%) glede na višino posameznikovega dohodka. Prispevne stopnje za nacionalno zdravstveno zavarovanje vsako leto določa vlada. Prispevek delojemalca za nacionalno zdravstveno zavarovanje znaša 10% zaslužka, če je le-ta med 87 – 575 GBP na teden. Delodajalčev prispevek znaša 11,9%, če je zaslužek delojemalca večji od 87 GBP brez omejitve navzgor. Ti prihodki se zbirajo v Nacionalnem zavarovalnem skladu (National Insurance Fund). V primeru, da v skladu ni dovolj sredstev za plačevanje zahtevanih ugodnosti (v času velike brezposelnosti), se sredstva v sklad dodajo iz vladnih davkov (Busse, 2002, str. 105).

NHS je glavni ponudnik zdravstvene nege v Veliki Britaniji in je, kot kaže Tabela 1, financiran pretežno iz davkov in nekaj dodatnih virov. NHS dobiva okoli 2% prihodka od plačil, ki jih zaračunajo uporabnikom. Dodatni viri financiranja so še privatni, plačila za zdravila, ki se ne izdajajo na recept («over the counter») in tudi plačila za zasebno zdravstveno nego, ki jo je možno plačati neposredno iz lastnega žepa («out of pocket») ali preko privatnega zdravstvenega zavarovanja (Health Care Systems in Transition, 1999, str. 33).

Tabela 1 kaže relativne deleže celotnih izdatkov za zdravstvo, ki jih sestavljajo davki in dodatni viri financiranja za obdobje med letoma 1990 in 1999. Delež celotnih izdatkov, ki je sestavljen iz privatnih virov financiranja, je zrasel s 15,7 % v letu 1990 na 16,7 % v letu 1999. Vzrok za tako povišanje lahko pripišemo večjemu deležu plačil iz privatnega zavarovanja.

Tabela 1: Glavni viri financiranja v Veliki Britaniji (v % od celotnih izdatkov za zdravstvo), 1990-1999

Viri financiranja	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Javni	84,3	84,9	83,7	83,7	83,3	83,3
Privatni	15,7	15,1	16,3	16,3	16,7	16,7
t.i. »Out-of-pocket«	3,3	3,2	3,3	3,5	3,5	3,4
Privatno zavarovanje	10,6	11	11,1	10,9	11,1	11,2

Vir: OECD Health Database, 2001.

Za razliko od Slovenije ima **Nemčija** dvovrstni sistem zdravstvenega varstva, in sicer obvezno zdravstveno zavarovanje in privatno zdravstveno zavarovanje. V zveznih deželah nekdanje Zvezne republike Nemčije je približno 87% prebivalcev obvezno zavarovanih pri eni od zakonsko ustanovljenih bolniških blagajn. V to skupino spadajo zlasti delavci in uslužbenci, katerih bruto osebni dohodek ne presega meje obveznega zavarovanja, kmetje, brezposelni, umetniki in publicisti, študentje, invalidi, upokojenci obveznih pokojninskih zavarovalnic in nezaposleni družinski člani zavarovancev. V novih zveznih državah je delež zavarovancev, ki so obvezno zdravstveno zavarovani, še višji (98,2%). Vzrok za take razlike so nižji dohodki, višja zaposlenost žensk in višja brezposelnost v Vzhodni Nemčiji, zaradi česar malo ljudi s svojim dohodkom preseže mejo obveznega zdravstvenega zavarovanja, kar bi jim sicer omogočalo prehod v zasebno zdravstveno zavarovanje (Stepan, 1999, str. 43).

V Nemčiji predstavljajo prispevki za zdravstveno varstvo večji del virov financiranja zdravstvene oskrbe. Plačujejo jih delodajalci in delojemalci. Prispevek delojemalca je fiksen delež bruto dohodka in je neodvisen od zdravstvenega rizika zaposlenega in njegovih družinskih članov. Zavarovalne premije se odtegujejo v bolniške blagajne pred izplačilom osebnega dohodka; delodajalci in delojemalci prispevajo enak delež, skupno 13,8% (Klein, 2005, str. 1).

V Nemčiji obstajajo trije načini zavarovanja. Če mesečni dohodek posameznika ne presega 3.825 EUR, se ta vključi v obvezno zdravstveno zavarovanje (Gesetzliche Krankenversicherung - GKV); del prispevka je odtegnjen od mesečnega dohodka. Če pa je mesečni dohodek posameznika višji od 3.825 EUR, če je samozaposlen ali javni uslužbenec, se prav tako lahko zavaruje pri GKV ali se vključi v privatno zavarovalno shemo. Tretji način zavarovanja je GKV, vendar so ob vključitvi posameznika v to možnost poleg posameznika zavarovani tudi njegovi družinski člani (Health insurance in Germany, 2004).

Vzporedno z GKV je organiziran tudi privatni sistem zdravstvenega zavarovanja, do katerega so na lastno željo upravičeni vsi ljudje, katerih mesečni dohodek je višji od 3.825 EUR. Obstaja cela vrsta zavarovalnic, ki so vključene v privatno shemo zdravstvenega zavarovanja,

izmed katerih pa so med širšo javnostjo najbolj poznane DBV Winterthur, Vereinte, DKV, Victoria, Barmenia in Zürich Agrippina. Največja razlika med obveznim nacionalnim in privatnim zavarovanjem je v določitvi premij. Pri nacionalnem zavarovanju temeljijo premije na višini dohodka, pri privatnem zavarovanju pa so premije določene glede na starost, spol in obstoječe stanje zavarovanca (Health insurance in Germany, 2004).

Premije pri privatnem zavarovanju so lahko nižje kot ponavadi, če se zavarovanec odloči, da bo sam plačeval manjše izdatke za zdravstvene storitve do dogovorjene letne vsote. Tiste osebe, ki v enem letu ne vložijo zahtevka za odškodnino, kar pomeni, da so same krile vse izdatke za zdravstvo v tistem letu, lahko dobijo od zavarovalnice povračilo v višini petih mesečnih premij (Health insurance in Germany, 2004).

Tabela 2: Glavni viri financiranja (% celotnih izdatkov za zdravstvo), 1975-1998

Vir financiranja	1975	1980	1985	1990	1993	1994	1995	1998
Javni	79,1	78,7	77,5	76,2	77,5	77,6	78,2	74,8
Obvezno zavarovanje	66,7	67,0	66,3	65,4	66,0	67,0	68,2	56,1
Davki	12,4	11,7	11,2	10,8	11,5	10,6	10,0	-
Privatni	15,4	16,2	17,7	18,3	18,0	18,1	17,4	18,7
t.i. »Out-of-pocket«	9,6	10,3	11,2	11,1	11,3	11,3	10,8	11
Privatno zavarovanje	5,8	5,9	6,5	7,2	6,7	6,8	6,6	7,7
Ostali	5,6	5,1	4,9	5,4	4,4	4,3	4,4	6,5

Opomba: Vsote odstopajo od 100 zaradi zaokroževanja

Vir: OECD Health Data, 2001.

V nemškem zdravstvenem sistemu, ki temelji na obveznem zavarovanju, obstajajo poleg obveznih prispevkov še ostali viri financiranja: davki, plačila neposredno iz žepa (»out-of-pocket«) in privatno zdravstveno zavarovanje (glej Tabelo 2) (Health Care Systems in Transition, 2000, str. 46).

4.1.2. Prenos sredstev za zdravstveno varstvo

Faza prenosa sredstev je najpomembnejše področje v zdravstvu, saj oblikuje sistem spodbud, ki vplivajo na ponudnikovo vedenje. Vsak ponudnik bo najprej iskal in ponujal zase najzanimivejše storitve, nato pa skušal za ekonomsko najbolj zanimive storitve ponuditi vedno dovolj zmogljivosti (Stepan, 1999, str. 19).

V Sloveniji veljajo v različnih zdravstvenih dejavnostih, ki se plačujejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, različni sistemi financiranja. Zdravstvene dejavnosti se povezujejo v tri ravni (Miklavčič, 1997, str. 27):

- primarna raven, v katero spadajo naslednje zdravstvene organizacije: zdravstveni domovi, zdravstvene postaje, obratne ambulante, socialnovarstveni zavodi;
- sekundarna raven: bolnišnice, specialistične ambulante, lekarne, zdravilišča, organizacije alternativne medicine;
- terciarna raven: klinike in inštituti.

Prvi dve ravni sta lahko organizirani tudi kot zasebna dejavnost. Viri financiranja zdravstvenih zavodov predstavljajo sredstva ustanovitelja, plačila za storitve iz obveznega in prostovoljnega zavarovanja, ostala zasebna sredstva, proračun in druge vire.

V zdravstveni dejavnosti na primarni ravni (splošne ambulante, otroški in šolski dispanzerji ter dispanzerji za ženske) je v veljavi kombiniran sistem glavarine in storitev, kar pomeni, da je približno 50% prihodka zdravniške ekipe zagotovljeno preko glavarine, 50% pa preko storitev. V ostalih ožjih dejavnostih osnovnega zdravstva je v veljavi storitveni sistem. Zdravstveno vzgojo in nekatere preventivne programe (materinska šola, razvojne ambulante, centri za zdravljenje odvisnosti od drog) plačuje Zavod v obliki pavšalnega zneska. Storitve, opravljene v času dežurne službe, in nujno medicinsko pomoč v osnovni zdravstveni dejavnosti plačuje prav tako Zavod v pavšalu (ZZZS, 2004).

V specialistični ambulantni dejavnosti je v veljavi storitveni sistem. Za posamezne ožje specialistične dejavnosti so opredeljeni standardi, ki določajo letni plan finančnih sredstev na tim. V dializni dejavnosti je določena cena za dializo I, II, in III, za dializo IV in V pa je določena cena na dan. Zavod plačuje dialize vsem izvajalcem po enotnih, dogovorjenih cenah (ZZZS, 2004).

V bolnišnični dejavnosti je v veljavi sistem plačevanja po številu odpuščenih primerov (bolnikov), evidenčno pa se spreminjajo tudi dnevi. Primer je zaključena stacionarna bolnišnična obravnava¹ zavarovane osebe v eni dejavnosti, ki praviloma traja več kot 24 ur. Obseg finančnih sredstev bolnišnice je načrtovan s številom primerov v skladu s standardno ležalno dobo. Za plačevanje enodnevne in dnevne bolnišnice velja sistem plačevanja po primeru (Keber, 2003, str. 122).

V lekarniški dejavnosti je za storitve v veljavi storitveni sistem, medtem ko zdravila, izdana na recept, in medicinsko-tehnične pripomočke, izdane na naročilnico, lekarne posebej zaračunajo Zavodu po nabavni ceni. Zavod ni plačnik za zdravila, ki niso na pozitivni ali

¹ V slovenskem jeziku izraz »bolnišnična obravnava« ne ločuje med obravnavo, med katero je bolnik hospitaliziran, in obravnavo v ambulantah ali dnevnikih enotah brez hospitalizacije. V angleščini si pomagajo z izrazi »in-patient« ter »out-patient«.

vmesni listi, razen v primeru, da pogodba narekuje drugačne pogoje. Z dobavitelji medicinsko-tehničnih pripomočkov ima Zavod sklenjene pogodbe, v katerih so med drugim določene tudi cene pripomočkov, ki jih dobavitelj lahko izdaja na račun obveznega zavarovanja (ZZZS, 2004).

V **zdraviliški dejavnosti** se za obračun uporablja nemedicinski oskrbni dan (NOD) in opravljene storitve. NOD vključuje storitve nastanitve in prehrane (ZZZS, 2004).

V **dejavnosti socialnovarstvenih zavodov** je v veljavi sistem povprečnega oskrbnega dne glede na število planiranih tipov neg I, II in III v kombinaciji s ceno oskrbnega dne za tip nege IV. Dejavnost reševalne službe je vrednotena s programom finančnih sredstev za nujne reševalne prevoze ter s ceno kilometra za nenujne reševalne prevoze, vendar največ do planiranega obsega kilometrov. Nenujni prevozi na dializo in z nje so vrednoteni s posebno ceno kilometra (ZZZS, 2004).

V **Veliki Britaniji** pa se v okviru nacionalne zdravstvene službe (NHS) proračunska sredstva razporejajo po storitvenih, pa tudi po socialnoekonomskih in demografskih kazalcih (Stepan, 1999, str. 20).

Velika Britanija ima visoko razvit sistem splošnih zdravnikov, ki so del **primarne dejavnosti**. Pri splošnih zdravnikih je registrirane več kot 99% vse populacije in približno 90% vseh stikov med pacienti in NHS-om je ravno preko njih. Pacienti imajo možnost samostojno izbrati svojega splošnega zdravnika, vendar je izbira omejena z geografskim območjem. Splošni zdravniki niso dolžni sprejeti vsakogar, ki se želi pri njih registrirati. Povprečno skrbijo za približno 1800 pacientov (Busse, 2002, str. 110). Vloga »vratarja«, ki jo ima splošni zdravnik je zelo pomemben element NHS-a in pomeni, da ima le-ta izključno pravico, da napoti bolnika k specialistu v bolnišnico. Pacienti nimajo možnosti direktnega dostopa do specialista, za razliko od Slovenije, razen v izjemnih primerih kot so nesreče itd. (Health Care Systems in Transition, 1999, str. 53).

Pri Finančni družbi splošne medicine (General Practice Finance Corporation) lahko splošni zdravniki zaprosijo za posojilo, da lahko odprejo privatno ordinacijo. S tem postanejo odgovorni za porabo teh sredstev (»fundholder«), poleg tega pa morajo od bolnišnic na lastno odgovornost kupovati storitve. Med letoma 1990 in 1998 se je vrednost danih posojil zvišala s 158,8 milijonov GBP na 983,3 milijone GBP. V vlogi povpraševalcev se zdravniki pojavijo na notranjem trgu in poskušajo z bolnišnicami oziroma skladom NHS (NHS Trust) doseči ugodne dogovore za tiste bolnike, ki jih ne morejo zdraviti sami in jih morajo zato napotiti v bolnišnico. Splošni zdravniki, ki so se odločili za posojilo, si ne želijo, da se število napotitev v bolnišnico poveča. Prihranjena sredstva namreč lahko investirajo v svojo ordinacijo ali uporabijo za razvoj izvenbolnišničnih oblik zdravljenja svojih bolnikov. Vsaka napotitev bolnika NHS v bolnišnico temelji na pogodbi, o kateri so se pogajale zdravstvene oblasti ali zdravnik kot upravljalec proračuna (Busse, 2002, str. 110).

Sekundarno nego NHS zagotavlja preko NHS skladov (NHS Trusts), manjših občinskih bolnišnic (small-scale community hospitals) in preko visoko specializiranih bolnišnic terciarnega nivoja. Izvršilni organ NHS najprej sprejme proračun za sekundarno raven, ki ga potem s pomočjo formule razdeli na posamezne zdravstvene oblasti. Bistvena merila za razdelitev so pri tem starostna struktura, potrebe po oskrbi in raven stroškov za nego bolnikov na območju posameznih zdravstvenih oblasti. Te kupijo medicinske storitve z dodeljenimi proračunskimi sredstvi pri skladu NHS (NHS Trust), ki zastopa ponudnike (bolnišnice) iz vrst izvajalcev (NHS Providers). Skladi trgujejo s kupci iz vrst zdravstvenih oblasti na t.i. »notranjem trgu« NHS (Busse, 2002, str. 110).

NHS ima hierarhični bolnišnični sistem, ki obsega tri stopnje (Health Care System in Transition, 1999, str. 63):

- Srednjo stopnjo predstavljajo okrajne splošne bolnišnice (district general hospitals - DGH), ki so trdna podlaga sistema. Ustanovljene so bile v šestdesetih letih z namenom zagotavljanja obsežne vrste zdravstvenih storitev. Njihova prednost je visoka kakovost storitev in nižji stroški zaradi izvajanja številnih različnih storitev na enem mestu. Ker so bile tovrstne bolnišnice grajene po planu, je njihova razporejenost po državi dokaj enakomerna. Klinična aktivnost znotraj značilne okrajne splošne bolnišnice (DGH) je razdeljena na posebne oddelke s skupinami svetovalcev (starejši specialisti) in njihovimi skupinami mlajših zdravnikov (podobna je organizacija v bolnišnicah na terciarni ravni). Specialisti in njihovi učenci so zadolženi za vodenje izven bolnišničnih klinik (»out-patient«) v DGH, kjer pregledajo paciente, katere so k njim napotili splošni zdravniki, in izvajanje bolnišničnega zdravljenja (»in-patient«).
- Nad DGH v hierarhiji so terciarne bolnišnice-regionalne in nadregionalne (regional and supra-regional specialties), ki ponujajo visoko specializirane storitve kot dodatek k sekundarni negi. Ponavadi vključujejo nevrokirurgijo, transplantacije srca in jeter, operacije ledvic in zdravljenje določenih vrst raka. Pacienti pridejo v te vrste ustanov z napotnicami specialistov okrajnih bolnišnic, ko postane jasno, da potrebujejo visoko specializirano zdravljenje.
- Pod DGH pa spadajo manjše občinske bolnišnice (small-scale community hospitals). Večinoma imajo do 50 postelj, včasih pa tudi do 200, izmed katerih je nekaj rezerviranih za splošne zdravnike, da zdravijo svoje paciente neposredno. Njihovo število je med letoma 1980 in 1990 upadlo s 600 na 400, to pa zaradi kakovosti in stroškov, ki so manjši, če se storitve izvajajo tam, kjer je pacientov več.

V obdobju od 1990 do 1994 so v Angliji zaprli 245 bolnišnic. To je povzročilo stalno zniževanje števila bolniških postelj. Vzroki za to so bili predvsem v zaprtju psihiatričnih bolnišnic. Namesto popolne bolnišnične oskrbe so uvedli samo dnevno, kar pomeni, da potreba po bolniških posteljah odpade, ter nova zdravila in nove tehnologije pa omogočajo zdravljenje na domu, kar prav tako zmanjšuje potrebo po bolnišnicah (Health Care System in Transition, 1999, str. 63).

V Veliki Britaniji je poleg vseh naštetih še okoli 230 neodvisnih bolnišnic, med katerimi je pet večjih bolnišničnih verig, ki obvladujejo celoten trg oziroma imajo v lasti 61% vseh neodvisnih bolnišnic in 65% delež privatnih postelj v neodvisnih bolnišnicah. Sem spadajo: General Healthcare Group Ltd, Nuffield Nursing Homes Trust Ltd, BUPA Hospitals Ltd, Community Hospitals Group PLC. In PPP Columbia Healthcare Ltd. (Health Care Systems in Transition, 1999, str. 65).

Lekarniške storitve ponujajo lekarne, ki nudijo zdravila, ki jih predpiše splošni zdravnik. Leta 2001 je bilo v Veliki Britaniji 10.482 tovrstnih lekarn (Busse, 2002, str. 112). Spremenilo pa se je število izdanih receptov, in sicer se je v zadnjih desetih letih le-to povečalo za 38%. Rastoči izdatki za zdravila so velika skrb vlade, saj so že dosegli zgornjo mejo (Health Care Systems in Transition, 1999, str. 55).

V Nemčiji se finančna sredstva (premije) plačujejo neprofitnim zavarovalniškim organizacijam- bolniškim blagajnam, te pa zbrana sredstva posredujejo območnim zdravniškim združenjem in lokalnim bolnišnicam. Obstaja veliko število različnih bolniških blagajn. Ljudje se vključujejo vanje glede na kraj bivanja, poklic ali glede na podjetja, v katerih so zaposleni (Klun, 2000, str. 31).

Območna zdravniška združenja zastopajo zdravnike, ki zagotavljajo **primarno zdravstveno nego** (ambulantno oskrbo). Svojim članom opravljene storitve plačujejo na osnovi s pogajanjem določenih cen. Bolniške blagajne, ki delujejo na določenem geografskem področju, se pogajajo tudi z lokalnimi bolnišnicami in financirajo bolnišnično zdravljenje. Z zakonom o strukturi zdravstvenega varstva se je odločilno spremenil odnos med zasebnim zdravnikom in bolnišnico. V Nemčiji je v primerjavi z drugimi državami ambulantno področje vse do danes strogo ločeno od bolnišničnega. Zavarovanci se lahko sami odločijo, ali bo operacijo, ki jo je moč izvesti tudi v ambulanti, opravil zasebni zdravnik ali pa bo moral zaradi tega v bolnišnico. Tako nastane konkurenčen odnos med ambulantnimi in bolnišničnimi ponudniki ambulantnih operacijskih storitev. Cilj teh prizadevanj je, da bi se čim večje število storitev preneslo na ambulantni način zdravljenja (Klun, 2000, str. 33).

Primarno nego lahko izvajajo tako splošni zdravniki kot tudi specialisti. Če želijo zdravniki zdraviti člane zdravstvenih zavodov, morajo biti člani lokalne zdravniške zbornice, ki je njihov blagajnik. Splošni zdravniki nimajo stroge vloge vratarja, zato so pacienti napoteni neposredno k specialistu (Health Care System in Transition, 2000, str. 39).

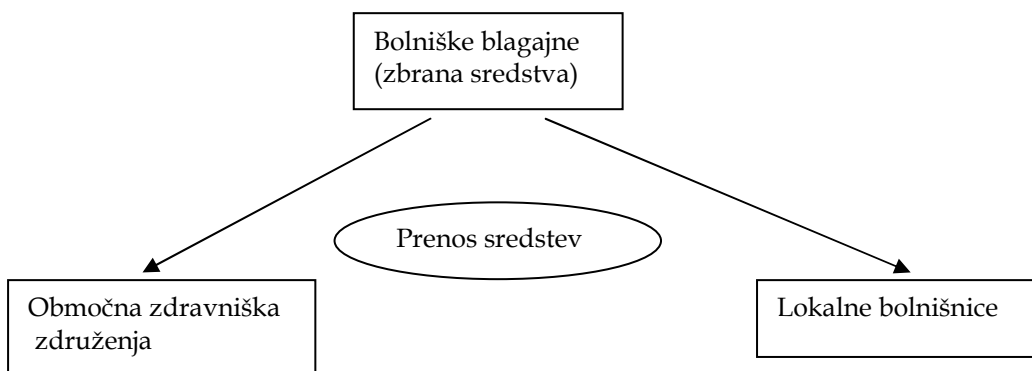
Zakon o strukturi zdravstvenega varstva, ki je pričel veljati leta 1993 je uvedel odločilne spremembe pri plačilu **sekundarne nege** (bolnišnične storitve). Ta zakon naj bi odpravil načelo kritja lastnih stroškov. Po tem načelu krijejo dogovorjeni proračuni, ki se delijo na vnaprej obračunane in na dan enake cene za oskrbo, lastne stroške bolnišnice. Bolnišnica pusti nastajanje stroškov, jih dokaže ter dobi povrnjene prek oskrbnih dni. Tak sistem ne spodbuja k varčnemu ravnanju z viri, saj se nadomestilo ravna po dejanskih odhodkih. Izkazalo se je

tudi, da se povračilo stroškov ne sklada s storitvami, saj ne upošteva kombinacije primerov bolnišničnega zdravljenja. Sestava bolnikov glede na vrsto bolezni ali starost v tem primeru ni pomembna. Z zakonom o strukturi zdravstvenega varstva ima bolnišnica sedaj pravico le do uveljavljanja sredstev za oskrbne dni, ki so v skladu z zdravstvenimi storitvami, in ne več do kritja tekočih stroškov. Nov plačilni sistem je sestavljen iz sredstev za oskrbni dan na eni strani ter pavšalov po primeru na drugi strani (Stepan, 1999, str. 46).

Nekoč so bolnišnice dobivale sredstva na dan, ki so ga z dogovorom določile bolnišnice. Danes pa bolnišnice prejemajo plačilo, ki je sestavljeno iz treh delov: skupno plačilo na dan, ki pokrije stroške hrane in bivanja, specifično plačilo po oddelkih za dodatno porabljenih sredstva v določenem oddelku, in okroglo vsoto za standardne postopke zdravljenja (Health Care Systems in Transition, 2000, str. 39).

Kot že omenjeno, bolniške blagajne posredujejo zbrana sredstva območnim zdravniškim združenjem in lokalnim bolnišnicam. Slika 2 nam ta prenos sredstev prikaže bolj nazorno.

Slika 2: Prenos zbranih finančnih sredstev



Vir: Klun, 2000, str.33.

Bolnišnice so lahko javne, neprofitne in zasebne. Ustanovitelji javnih bolnišnic so območne ali lokalne oblasti. Cerkev in dobrodnele organizacije ustanavljajo praviloma neprofitne bolnišnice, kar pomeni, da s svojim dobičkom ne morejo prosto razpolagati. Zasebne bolnišnice imajo značaj obrtnega podjetja in zanje veljajo določbe obrtnega zakona. Med splošnimi bolnišnicami je 43% javnih, 40% neprofitnih in 16% zasebnih bolnišnic (Klun, 2000, str. 33).

4.1.3. Poraba sredstev

Odločitve zdravnikov določajo način in trajanje bolnišničnega zdravljenja pacientov in tako v veliki meri določajo stroške in naložbe. Na te odločitve bistveno vplivajo tudi dohodkovne razmere zdravnikov in zato sta pomembna način plačevanja in pogodbeni zavezanost zdravnika (Stepan, 1999, str. 21).

4.2. Oblike plačevanja zdravnikov

V Sloveniji imamo v pretežnem delu osnovne zdravstvene dejavnosti, ki jo opravljajo izbrani osebni zdravniki (splošni zdravniki, zdravniki medicine dela, prometa in športa, pediatri in šolski zdravniki na primarni ravni), kombiniran sistem financiranja storitev. Polovica vrednosti programa (prihodka zdravniške ekipe) je plačana glede na število opredeljenih oseb pri izvajalcu (glavarina), druga polovica pa glede na količino opravljenih storitev posameznega izvajalca. Storitve so izračunane z relativnimi enotami (količniki), ki se po dejavnostih razlikujejo. Pri glavarini je določeno najvišje možno število oseb, ki se pri posameznem zdravniku upoštevajo pri obračunu zneska glavarine. Tudi količina storitev, ki jih je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije dolžan plačati posameznemu izvajalcu, je omejena in vezana na število opredeljenih oseb (Gorenšek, 2000, str. 37).

V Angliji so zdravniki, zaposleni v bolnišnicah, v glavnem plačani na podlagi fiksnega dela in zneska, ki je določen z uspešnostjo posameznega zdravnika (Anatomy lesson, 2004, str.1). Splošni zdravniki na primarni ravni dobivajo polovico dohodka v obliki redne plače, ostalo pa je odvisno od števila bolnikov, ki so registrirani pri njih (glavarina), in pa od drugih plačil za opravljene medicinske storitve (npr. cepljenje). Cilji so usmerjeni v povečanje glavarine, ker bi s tem finančno stimulirali zdravnike za oskrbo večjega števila prebivalcev. Splošni zdravnik pa lahko zaračuna tudi delo, ki ga opravi zunaj pogodbe z NHS-om, npr. izdajanje posebnih pričeval ali zdravniške preglede za zavarovalnico (Klun, 2000, str. 41).

V Nemčiji zdravniki na primarni ravni dobivajo plačo v dveh korakih. Najprej bolniške blagajne dodelijo zdravniškemu združenju sredstva na podlagi števila obravnavanih oseb (glavarina). Drugi del plačila pa zdravniško združenje plača svojim članom na podlagi opravljenih storitev, ki so ovrednotene s pomočjo vrednostne lestvice (Busse, 2002, str. 53).

4.3. Pravice iz zdravstvenega zavarovanja

Eno od temeljnih načel socialne države na področju zdravstvenega varstva je zagotoviti vsem državljanom vse tiste zdravstvene pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so za zdravje in zdravljenje dokazano koristne. Govorimo o svežnju pravic, ki je odvisen od bruto domačega proizvoda in je zato od države do države zelo različen. Razlika med evropskimi državami, pa tudi med njimi in Slovenijo, ni tolikšna v vsebinskem pogledu (v raznolikosti pravic) kot v obsegu posamezne pravice, zato so za države z manjšim BDP značilne dolge čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve (Keber, 2003, str. 73).

V **Sloveniji** obseg pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju določata Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92) in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Obvezno zdravstveno zavarovanje obsega (ZZZS, 2004):

- zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela,
- zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavlja pravice v obsegu, ki ga določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZZS, 2004):

- plačilo zdravstvenih storitev,
- nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela,
- pogrebina in posmrtnina,
- povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Obseg pravic do zdravstvenih storitev je določen v odstotku od vrednosti storitev. To pomeni, da se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja financirajo nekatere storitve v polnem obsegu, druge pa le v določenem odstotku od vrednosti storitve. Razliko do polne vrednosti morajo plačati zavarovane osebe iz lastnih sredstev, lahko pa se za doplačilo zavarujejo s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem. V tem primeru doplačilo krije zavarovalnica, pri kateri ima oseba sklenjeno takšno obliko zavarovanja (ZZZS, 2004).

Obvezno zdravstveno zavarovanje omogoča zavarovanim osebam uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev, zdravil, medicinsko-tehničnih pripomočkov ter do denarnih nadomestil, kot so nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela, pogrebine in posmrtnine ter povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev (ZZZS, 2004).

Prav tako obvezno zdravstveno zavarovanje na podlagi 25. člena zakona zagotavlja socialno ogroženim zavarovanim osebam, med katere poleg prejemnikov družbenih pomoči štejemo tudi najtežje invalide in osebe, starejše od 75 let, pravico do nujnega zdravljenja brez doplačil ali prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, torej v celoti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS, 2004).

V Angliji so z namenom, da bi bolj natančno opisali pravice bolnikov in pričakovanja v zvezi z NHS, leta 1991 predstavili Posebne pravice pacientov, ki jih je določila konzervativna vlada. Dokument zajema pravice zavarovancev in posebne standarde, ki naj bi jih izpolnjeval NHS:

- Omogočanje zdravstvene oskrbe ne glede na plačilno sposobnost,
- registracija pri osebnem zdravniku,
- upravičenost do nujne zdravniške pomoči ob vsakem času, ki jo nudi osebni zdravnik ali reševalna služba,
- drugo mnenje, če se osebnemu zdravniku in zavarovancu to zdi smiselno,
- preden pacient privoli v zdravljenje, mora biti seznanjen s postopkom, rizikom in možnimi alternativami,
- dostop do zdravstvene kartoteke,
- možnost prostovoljnega odločanja pri določeni medicinski raziskavi,

- dostop do informacij o lokalnih zdravstvenih storitvah, standardih za kakovost in o čakalnih dobah;
- pravilo, da od dneva, ko je pacient uvrščen na čakalno listo, do zdravljenja ne sme preteči več kot dve leti,
- v primeru pritožbe glede storitev NHS mora pacient prejeti odgovor od generalnega direktorja svoje zdravstvene oblasti (Health Care Systems in Transition, 1999, str. 36-37).

Angleški zdravstveni sistem ima določene tudi standarde, ki spoštujejo zasebnost, dostojanstvo ter verska in kulturna prepričanja. Storitve morajo biti dostopne vsem, tudi tistim s posebnimi potrebami. Če pacient to želi, morajo pristojni o napredku pri zdravljenju obveščati sorodnike. V primeru nesreče mora rešilec v urbanem okolju prispeti na kraj dogodka v roku 14 minut in v 19 minutah v ruralnem območju. Od trenutka, ko pride pacient v ambulanto, ne sme preteči več kot 30 minut do dejanskega pregleda. Operacija ne sme biti odpovedana na dan, ko pride bolnik v bolnišnico, razen v izjemnih primerih. V času zdravljenja mora ustrezno usposobljena oseba skrbeti za pacienta. Preden je pacient odpuščen iz bolnišnice, morajo biti postavljene zahteve oziroma predlogi za nadaljnje zdravljenje ali socialno oskrbo, ki jo pacient potrebuje (Health Care Systems in Transition, 1999, str. 37).

V Nemčiji zavarovalne police, državne ali privatne, ponavadi v celoti krijejo stroške bolnišničnih dni, zobozdravnika, optika, zdravljenje in rentgen. Obvezne zdravniške blagajne svojim članom nudijo tudi brezplačno zavarovanje zakonski partnerjev in otrok, nadomestila v primeru nezmožnosti za delo ali bolezni otroka ter nadomestilo v času porodniškega dopusta. Slabosti obveznega zdravstvenega zavarovanja pa so predvsem dodatna plačila za zdravila, posameznik nima možnosti izbire lečečega zdravnika (bolniška blagajna sklene pogodbo s posameznimi zdravniki) in pa v primeru zdravljenja v tujini mora sam poravnati stroške prevoza v domovino. V primeru zavarovanja pri privatni bolniški blagajni pa ima posameznik možnost izbire lečečega zdravnika in bolnišnice. Privatna bolniška blagajna krije zdravstveno zavarovanje na področju Evrope in dvomesečno zdravstveno zavarovanje kjerkoli na svetu (GKV – PKV Vergleich).

V času bolezni zaposleni prejema dohodek od delodajalca do šestih tednov, razen nekaterih izjem, od preteka tega roka dalje pa zaposleni prejema plačo od zavarovalnice, in sicer do 78 tednov (Health insurance in Germany, 2004).

Leta 1999 je Zvezni odbor (Federal Committee) določil seznam zdravil, katerih ne krije sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja. Določila navajajo pet razlogov za nefinanciranje zdravil iz virov socialnega zdravstvenega zavarovanja:

- ta zdravila niso nujno potrebna za zdravljenje bolezni (viagra),
- druga zdravila so bolj učinkovita in cenovno ugodnejša,
- strategije, ki ne uporabljajo zdravil so bolj učinkovite in cenovno ugodnejše,
- če ni dokazano, da so zdravila učinkovita, jih prav tako ni na seznamu.

Število skupin zdravil, ki se ne smejo izdajati na recept, se je močno povečalo. Sem spadajo zdravila za zunanje zdravljenje revme in zdravila za zmanjševanje maščobnih celic (Health Care Systems in Transition, 2000, str. 86).

4.4. Namen in značilnosti prostovoljnega oziroma privatnega zdravstvenega zavarovanja

Značilnosti prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja so: zakonodaja omogoča in ureja prostovoljno zdravstveno zavarovanje, zavarovalni temelj je vzajemnost ali dobiček, vir financiranja so premije, dovoljeno je ocenjevanje zdravstvenega tveganja, država postavlja okvire za poslovanje zavarovalnic, zavarovanje izvajajo zavarovalnice na zavarovalnem trgu kot vzajemnostno ali dobičkonosno dejavnost, zavarovanje ni vključeno v celovito socialno varnost državljanov, ki se financira iz javnih sredstev (Gorenšek, 2000, str. 29).

To zavarovanje lahko izvajajo javne ustanove in neprofitne ali profitne zasebne ustanove. Kljub raznolikosti izvajalcev velja, da gre s stališča zavarovanca za privatno zavarovanje, saj ga plačuje z zasebnimi sredstvi in sam izbira vsebino zavarovanja.

Najbolj pogosto uporabljena klasifikacija prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja navaja naslednje vrste:

- dodatno (suplementarno, ang. supplementary) zavarovanje za hitrejši dostop do storitev in večjo izbiro,
- dopolnilno (komplementarno, ang. complementary) zavarovanje za storitve, ki jih obvezno zavarovanje ne pokriva v celoti, ali tiste, ki so izločene iz obveznega zavarovanja,
- nadomestno (substitutivno, ang. substitutive) zavarovanje, ki delu populacije, ki je izločena iz obveznega zavarovanja, ponudi celovito zavarovanje (izjemna oblika, veljavna v Nemčiji, kjer premožnejši ljudje lahko izbirajo med javnim ali privatnim zavarovanjem, vendar morajo enega od teh dveh zavarovanj izbrati² obvezno) (Keber, 2003, str. 58).

Vsebina dopolnilnega ali dodatnega zavarovanja je odvisna od tega, kaj nudi obvezno javno zavarovanje, zato se od države do države razlikuje. Dopolnilno zavarovanje v večini držav EU zbere manj kot 5% vseh zdravstvenih sredstev. Slovenija je na tem področju izjema, ker so državljani zaradi zelo visokih in številnih doplačil prisiljeni v prostovoljno zavarovanje kot manjše zlo od neposrednih doplačil (Keber, 2003, str. 58).

Delež prebivalstva, ki se odloča za prostovoljno zavarovanje, je v državah EU zelo različen. Pri taki analizi je potrebno izpustiti Nemčijo in Nizozemsko, ki poznata zakonsko obvezno ali

² Podobno velja za Nizozemsko, kjer je premožnejši del državljanov zakonsko izločen iz javnega zavarovanja in se mora obvezno nadomestno zavarovati. V vseh drugih državah EU je javno zavarovanje obvezno za vse državljane.

dopuščeno preusmeritev premožnih državljanov v nadomestno zavarovanje (Keber, 2003, str. 59).

4.4.1. Prednosti in slabosti privatnega zdravstvenega zavarovanja.

Privatno zdravstveno zavarovanje naj bi imelo naslednje prednosti (Keber, 2003, str. 59):

- zavarovanci, predvsem premožnejši državljanji, na ta način povečujejo sredstva za zdravstveno varstvo in razbremenjujejo javni sistem,
- nova sredstva se lahko namenjajo infrastrukturi, od katere imajo lahko korist vsi državljanji,
- zaradi fleksibilnosti in profitnega motiva vzpodbuja inovativnost in učinkovitost, kar lahko služi kot zgled javnemu sektorju,
- povečuje izbiro.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje ima vrsto negativnih vplivov na učinkovitost in pravičnost zdravstvenega varstva: povečanje storitev, prehitevanje pri vstopu v javni sistem, večje trošenje sredstev javnega sistema. Prav tako lahko zmanjšuje vlogo splošnega zdravnika kot vratarja v zdravstvenem sistemu, saj privatno zavarovanje pogosto ponuja neposreden dostop do specialistov. Vsako prostovoljno zavarovanje stopnjuje regresivnost financiranja zdravstvenega varstva. Kadar se za prostovoljno zavarovanje odloči majhen delež prebivalstva, in to večinoma bogati, je progresivnost ohranjena, saj premožnejši plačujejo še več. V primeru, ko javni sistem nudi premalo pravic in se zavarujejo tudi revnejši državljanji, se poveča skupna regresivnost zavarovanja zaradi premij prostovoljnega zavarovanja, ki so v najboljšem primeru enotne, v najslabšem pa temeljijo na individualnem riziku (kar praktično onemogoči, da bi si jih lahko privoščili stari in bolni). Najslabše pa se prostovoljno zavarovanje izkaže v primerih, ko se mora zaradi velikih doplačil v javnem zavarovanju zanj odločiti vse prebivalstvo, kajti najbolj so obremenjeni ljudje z najnižjimi prejemki³ (Keber, 2003, str. 60).

Vsi ti podatki kažejo na dejstvo, da brez visoke stopnje regulacije privatno zavarovanje ne izpolnjuje ciljev socialne politike, pa celo ob taki regulaciji ni učinkovit in pravičen način financiranja zdravstvenega varstva. Direktive EU so vzpostavile enoten trg za prostovoljna zavarovanja v EU (Keber, 2003, str. 62).

4.4.2. Privatno zdravstveno zavarovanje v izbranih državah

V Sloveniji ni pravih privatnih zavarovalnic. Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, ne izpolnjujejo vseh kriterijev statusa privatne zavarovalnice, saj ne delujejo po pravilih trga, med njimi ni konkurence, za zavarovance se jim ni potrebno truditi, saj jim je kliente zagotovil sam zakon, ki je predvidel visoka doplačila. Ne morejo vplivati na stroške in

³ Najbolj značilen je primer Slovenije.

kakovost storitev, saj so preko obveznega zavarovanja vezane na vse izvajalce (Keber, 2003, str. 72).

Od leta 1993, ko je bila v Sloveniji predstavljena možnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, se je do danes število ljudi, ki so vključeni v to obliko zavarovanja, dvignilo na 1,4 milijona. Od tega jih je 1,2 milijona ali več kot 80% zavarovanih pri Vzajemni, približno 250.000 pri zavarovalnici Adriatic, za zavarovalnico Triglav, ki je začela tržiti tovrstno zavarovanje decembra 2003, pa še ni uradnih podatkov o številu zavarovancev. V letu 1993 je bilo le 7% sredstev za zdravstvo zbranih s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem. Ta delež pa se je do leta 2001 povečal na 15% in ostal približno enak v naslednjih letih (Jaklič, 2004, str. 67).

Ker so zavarovalnice izbirale zavarovance z manjšo stopnjo tveganja, da so lahko zaračunavale nižje premije ali dosegale boljše rezultate od konkurence, je bil leta 2001 sprejet zakon, ki določa, da morajo biti vse zavarovalnice, ki ponujajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, vključene v sisteme izravnalnih shem z namenom izenačevanja razlik v stroških zdravstvenih storitev zaradi razlik v starosti, spolu in zdravstvenem stanju zavarovancev. Ta zakon pa po štirih letih, odkar je bil sprejet, še vedno ne velja (Jaklič, 2004, str. 68).

V Angliji privatno zdravstveno zavarovanje nudijo profitne in neprofitne organizacije. Leta 1996 je bilo v Angliji 18 profitnih in 7 neprofitnih organizacij. Glavni ponudniki privatnega zdravstvenega zavarovanja so BUPA, PPP, Norwich Union in Standard Life Healthcare. BUPA ima 40% tržni delež in je edina neprofitna organizacije. PPP ima 27% tržni delež, Norwich Union 8% in Standard Life Healthcare 5% tržni delež. Vse tri so profitne organizacije (Busse, 2002, str. 107).

Viri financiranja privatnega zavarovanja se zbirajo z zavarovalnimi premijami in/ali s plačilom »out-of-pocket« (neposredno iz žepa). Privatno zavarovanje se uporablja za zagotavljanje dodatnega kritja k obveznemu zavarovanju. Plačila »out-of-pocket« so lahko največkrat doplačila s tem, da tretja stranka plača večji del računa (Miles, Myles, Preston, 2003, str. 95).

V Nemčiji so nosilke privatnega zavarovanja privatne oziroma komercialne zdravstvene zavarovalnice, ki morajo ustrezati petim zakonsko določenim kriterijem:

- zavarovalnica mora za svoje zavarovance oblikovati sistem »starostnih povračil«,
- odpovedati se mora običajnim odpovednim rokom,
- večinski del presežka mora biti namenjen zavarovancem,
- oddelek zdravstvenega zavarovanja mora biti strogo ločen od ostalih oddelkov,
- zavarovalnica mora starejšim zavarovancem ponuditi možnost standardne tarife (Globočnik, 2001, str. 15).

V privatnih zdravstvenih zavarovalnicah se lahko Nemci zavarujejo na tri načine. Polno zdravstveno zavarovanje kot alternativo obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko sklenejo samo tisti, katerih letni dohodek presega zakonsko določeno mejo. Samozaposleni so izločeni iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in se zato morajo privatno zavarovati. Tretja skupina pa so državni uslužbenci, ki morajo iz privatnega zavarovanja kriti razliko med celotnimi stroški zdravljenja in stroški zdravljenja, ki jih krije država (Grant, 2005, str. 2).

5. IZDATKI ZA ZDRAVSTVENO DEJAVNOST

Skupni izdatki za zdravstvo zajemajo javne izdatke (obvezno zdravstveno zavarovanje, proračunska sredstva države in občin) in zasebne izdatke (prostovoljno zdravstveno zavarovanje in neposredna plačila) (Korošec, 2003, str. 30).

Zaradi nove zdravstvene tehnologije in demografskih sprememb se zdravstveni proračunski deficiti povečujejo iz leta v leto. Države si prizadevajo ostati konkurenčne in morajo zato stalno ugotavljati, koliko javnih sredstev, zbranih s prispevki in davki, lahko namenijo za zdravstvo in kako naj pridobijo čim več privatnih sredstev, kako čim bolje razporediti obstoječa sredstva, da še vedno zagotavljajo kakovostne zdravstvene storitve za vso populacijo.

5.1. Izdatki za zdravstvo kot delež bruto domačega proizvoda (BDP)

Sistem zdravstvenega varstva predstavlja enega ključnih stebrov moderne socialne države in na nek način odraža zrelost države. Delež BDP za zdravstveno dejavnost v bruto domačem proizvodu je usklajen z zmožnostmi družbenoekonomskega sistema v državi (Kersnik, str. 28).

Na osnovi podatkov iz Tabele 3 lahko zaključimo, da so znašali celotni ocenjeni izdatki za zdravstveno varstvo **v Sloveniji** leta 2003 8,9 % BDP. Javnih izdatkov za zdravstveno varstvo je bilo v letu 2003 skupaj 7,05 % BDP, od tega so sredstva Zavoda za obvezno zdravstveno zavarovanje predstavljala 6,68 % BDP. Zasebnih izdatkov je bilo skupno za 1,86 % BDP, od česar so predstavljala sredstva zavarovalnic za prostovoljno zdravstveno zavarovanje 1,1% BDP.

Tabela 3: Ocena izdatkov za zdravstvo v Sloveniji 1999-2003 v odstotku BDP

Vrsta izdatkov	1999	2000	2001	2002	2003
Javni izdatki	6,77	6,95	7,13	6,96	7,05
Obvezno zdr. zavarovanje	6,52	6,70	6,86	6,62	6,68
Proračunska sredstva	0,17	0,16	0,20	0,26	0,30
Proračuni občin	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07
Zasebna sredstva	1,03	1,95	1,99	1,89	1,86
Prostovoljno zdr. zavarovanje	1,03	1,15	1,19	1,12	1,10
Druga zasebna sredstva	n.p.	0,80	0,80	0,78	0,76
Skupaj	7,80	8,90	9,12	8,85	8,91

Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2003, str.12

Izdatki za zdravstveno zavarovanje **v Angliji** so leta 1998 znašali 6,9 % BDP. Ta delež se je do leta 2002 vseskozi povečeval. V letu 2002 pa so celotni izdatki za zdravstvo predstavljali 7,7 % BDP. Javnih izdatkov je bilo v letu 1999 5,8 %, zasebnih izdatkov pa 1,2 % BDP (OECD Health Data, 2004).

Tabela 4: Izdatki za zdravstveno varstvo v Veliki Britaniji in Nemčiji 1998-2002 (% BDP)

Vrsta izdatkov	1998	1999	2000	2001	2002
Velika Britanija	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7
Nemčija	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9

Vir: OECD Health Data, 2004.

Iz zgornje tabele je razvidno, da so se v **Nemčiji** izdatki za zdravstveno varstvo večali skozi celotno obdobje od leta 1998 do leta 2002. Leta 1998 so izdatki za zdravstveno varstvo v Nemčiji predstavljali 10,6% delež BDP. Ravno toliko je znašal delež izdatkov za zdravstvo v Nemčiji v naslednjih dveh letih. Leta 2002 pa je ta delež narastel na 10,9 % BDP (OECD Health Data, 2004).

5.2. Izdatki za zdravila

V Sloveniji dosega pravica do zdravil v finančnem pogledu skupaj s storitvami lekarniške dejavnosti okrog 14,7 % vseh izdatkov ZZZS. V obdobju od 1997 do 2000 je bila rast izdatkov za zdravila stalna in hitrejša od rasti sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje. Zdravila so razvrščena na pozitivno, vmesno in negativno listo. Iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je krit le dostop do zdravil s pozitivne in vmesne liste. Po zakonodaji imajo v celoti krite stroške za zdravila, predpisana na recepte, le določene skupine zavarovancev

oziroma le pri določenih stanjih, in to le za zdravila s pozitivne liste. Za pretežni del zavarovancev je zagotovljeno kritje stroškov zdravil le v določenem odstotku cene, razliko pa pokriva prostovoljno zavarovanje (Keber, 2003, str. 266).

Tabela 5: Odhodki obveznega zdravstvenega zavarovanja za zdravila na prebivalca v obdobju 1999-2003 (v stalnih cenah iz leta 1993)

Vrsta izdatkov	1999	2000	2001	2002	2003
Izdatki za zdravila	7.936	8.331	9.477	9.891	10.578

Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2003, str. 13.

V letu 1993 so odhodki za zdravila na prebivalca znašali 6.334 tolarjev, v letu 2003 pa 10.578 tolarjev, izraženi v stalnih cenah iz leta 1993. Gre za realni porast za 67 %.

V Angliji so izdatki za zdravila v obdobju med letoma 1970 in 1997 vseskozi naraščali. Leta 1970 so znašali 12,5% celotnih izdatkov za zdravstvo, v letu 1975 se je ta delež znižal na 11,25, potem pa se je zviševal in leta 1997 dosegel 17,3% celotnih izdatkov za zdravstvo (Health Care System in Transition, 1999, str. 52).

Tudi **Nemčija** se sooča s problemom naraščanja izdatkov za zdravila. Farmaceutvska industrija v Nemčiji spada med najmočnejše med razvitimi državami. Okrog 1100 farmacevtskih podjetij s 115 500 zaposlenimi je leta 1997 poslovalo v Nemčiji. Trg pokriva »javne« lekarne (zdravila na recept, zdravila na recept, ki se lahko izdajo tudi brez recepta, zdravila brez recepta) in bolnišnične lekarne. Leta 1998 so »javne« lekarne prodale za 52 milijard DM zdravil. Od tega je bilo prodanih za 44,4 milijard DM zdravil, izdanih na recept (od tega 7,2 milijardi za zdravila, ki se jih da kupiti tudi brez recepta) in 7,6 milijard DM zdravil, izdanih brez recepta (t.i. »over the counter«). Od 44,4 milijard DM je obvezno zdravstveno zavarovanje plačalo 33,4 milijard DM, medtem ko je bilo za 3,6 milijard DM zdravil prodanih privatno zavarovanim ljudem, 5,4 milijard pa so znašala doplačila članov bolniških blagajn (Health Care System in Transition. Germany, 2000, str. 80). Izdatki za zdravila kot delež celotnih izdatkov za zdravstvo so se povečevali od leta 1996, ko je ta delež znašal 12,8%, do leta 2002, ko se je povečal že na 14,5% (OECD Health Data, 2004).

5.3. Dejavniki, ki vplivajo na povečanje izdatkov za zdravstveno dejavnost

Izdatki za zagotavljanje zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja se stalno povečujejo. Vzrok za njihovo povečevanje pa lahko najdemo v novi in dražji tehnologiji diagnostičnih postopkov in zdravljenja in v staranju prebivalstva. Starejše osebe so namreč bolj podvržene kroničnim degenerativnim boleznim. To pa predstavlja večje zahteve po zdravstvenih storitvah, zdravilih, tehničnih pripomočkih in negi.

Nižanje rodnosti in staranje populacije sta značilna demografska pojava, ki ju v Sloveniji beležimo že vrsto let. Delež starejših oseb od 65 let se je s 14,3% v letu 2001 povečal na 14,9 % v letu 2003. Opisano večanje deleža starejših oseb v celotnem prebivalstvu predstavlja neposredno grožnjo za dolgoročno vzdržnost socialnih zavarovanj, vključno z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Trend staranja prebivalstva naj bi se nadaljeval, v letu 2020 naj bi delež oseb, starejših od 65 let, znašal 18,9 % vsega prebivalstva (Poslovno poročilo ZZZS, 2004, str. 17).

V Angliji so bili tako vlada kot akademiki zelo zaskrbljeni zaradi vpliva staranja prebivalstva na povečanje izdatkov za zdravstveno zavarovanje. Najnovejše analize podatkov o izdatkih po državi kažejo, da je vpliv starosti v povezavi s prihodkom (bogatejše države imajo starejše prebivalstvo). To pomeni, da če je prihodek konstanten, starost sama po sebi nima večjega vpliva. Najnovejše analize izdatkov za zdravstveno zavarovanje glede na državo kažejo, da so izdatki za zdravstveno zavarovanje največji v zadnjih nekaj mesecih posameznikovega življenja). V Angliji je med letoma 1985 in 1995 poraba zdravstvenih storitev med starostniki od 65 do 69 let zrasla za 2% na leto. V nasprotju je poraba zdravstvenih storitev med tistimi nad 85 let zrasla za 4% na leto (Miles, Myles, Preston, 2003, str. 103).

Eden največjih problemov, s katerimi se sooča nemški zdravstveni sistem, je rast izdatkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. Vzroki za povečanje stroškov in višanje prispevnih stopenj za obvezno zdravstveno zavarovanje v Nemčiji so višanje dohodka prebivalstva, tehnološki napredek in staranje prebivalstva. Višja pričakovana življenjska doba ni neposredno povezana z dejansko rastjo izdatkov za zdravstvo na prebivalca. Višja pričakovana življenjska doba preprosto premakne obdobje višjih izdatkov za zdravstvo na kasnejši datum, ker naj bi se najvišji izdatki za zdravstvo pojavili v zadnjih dveh letih življenja (Sauerland, 2002, str. 2).

6. PROBLEMI SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA IN MOŽNE IZBOLJŠAVE

6.1. Zagotavljanje pravičnosti

Pri zbiranju sredstev, ki temeljijo na solidarnosti, zbirajo denar vsi državljani, v sorazmerju s svojimi prihodki, v zameno pa imajo enako dostopnost do zdravstvenih storitev, ko jih potrebujejo. Breme stroškov se z bolnih prenese na vse, torej tudi na zdrave, in od revnejših na premožnejše državljane. Brez tega pristopa zdravje ne more biti univerzalna pravica, saj postane odvisno od materialnih možnosti posameznika (Keber, 2003, str. 21).

Težko pa je odgovoriti na vprašanje, koliko naj da tisti, ki ima več, tistemu, ki ima manj. Kako prerazdeliti del družbenega proizvoda, da se ohranijo pozitivni ekonomski učinki delitve in hkrati zmanjšajo neupravičene socialne razlike? Izvajanje solidarnosti pri

financiranju družbenih potreb potrebuje uporabna merila »pravične razdelitve«, ki se kombinirajo s politiko (ekonomske, socialne, razvojne), da se zoži razkorak med razdelitveno realnostjo in pravičnostjo (Česen, 1988, str. 46).

6.2. Doseganje učinkovitosti v javnih zavodih

6.2.1. Stroški in gospodarjenje s sredstvi

V ospredju gospodarjenja so stroški, poznavanje njihove strukture in prizadevanja za njihovo neprestano zniževanje. Zaradi znanih težav pri merjenju učinkovitosti danes še vedno velja, da v zdravstvu ni meril, ki bi bila splošno sprejemljiva, za ugotavljanje najboljše porabe sredstev. Zaradi objektivno omejenih sredstev, ki jih imajo na razpolago javne zdravstvene dejavnosti, je potrebno z njimi ravnati gospodarno. Toda zdravstvena dejavnost stremi k širjenju in izboljšavam in zdravstveni delavci na splošno niso navdušeni, da bi sami omejevali svoje delo. Zato so prevzeli skrb za smotrno porabo družbenih sredstev različni državni ali družbeni organi (Česen, 1988, str. 97).

V **Sloveniji** Javni zavodi poslujejo z neprofitnim motivom. Poleg tega so zaposleni v neprofitnih organizacijah slabše plačani kot zaposleni v podjetjih. Zdravstveni delavci so plačani po kolektivni pogodbi in kljub morebitnemu racionalnemu obnašanju za to ne bi bili nagrajeni. Morebiten drugi razlog je v neustrezni zastopanosti vodstvenega kadra, kjer v ustanovah primanjkuje oseb z ustreznim ekonomskim znanjem (Miklavčič, 1997, str. 41).

Zdravstveno zavarovanje v razvitih državah predstavlja paradoks. Po eni strani napredek v medicini podaljšuje in izboljšuje kakovost življenja, osrečuje ljudi, ki koristijo zdravstvene usluge. Po drugi strani pa so na voljo podatki, ki kažejo na vsakodnevne napake oziroma negospodarnost bolnišnic in zdravnikov, s čimer kršijo pravilo v medicini, da ne smejo škodovati. Zaradi visokih stroškov zdravstva so prizadeti posamezniki, podjetja in davkoplačevalci (Keep taking the medicine, 2004, str. 1).

Razvoj standardov kakovosti bi pripomogel k večji transparentnosti na trgu zdravstvenih storitev. V večini držav so zdravstvene reforme usmerjene na stran ponudbe zdravstvenih storitev. Prizadevajo si za večjo učinkovitost in kakovost zdravstvenih storitev. V **Angliji** je za objavo uspešnosti službe NHS zadolžena Zdravstvena komisija (Healthcare commission), ki uspešnost organizacij ocenjuje z ocenami od ena do tri glede na dolžino čakalnih dob, število odpovedanih operacij, čistočo, število smrti in finančno stabilnost (BBC, 2004).

V **Nemčiji** nameravajo določiti standarde, na podlagi katerih bi ocenjevali delo posameznih bolnišnic. S tem bi pripomogli k večji kakovosti storitev, ki jih bolnišnice ponujajo, in k večji učinkovitosti. V Veliki Britaniji bi to lahko pomenilo, da bi se nekaterim bolnišnicam prihodek zmanjšal tudi za 30 %. Pacienti bi se želeli zdraviti v najboljši bolnišnici, več

pacientov pa pomeni tudi več sredstev. Prav tako v Nemčiji pričakujejo, da bi zaradi novega sistema ocenjevanja veliko bolnišnic propadlo (New remedies, 2004, str. 3).

6.2.2. *Napotitve bolnikov iz primarne na sekundarno raven zdravstvene dejavnosti*

Na področjih s premajhnim številom zdravnikov so splošni zdravniki prisiljeni obravnavati večje število prebivalcev, kar povečuje napotitve k specialistom ter opuščanje preventivnega dela in obiskov na domu. Zdravstvene storitve, ki bi bile lahko opravljene na primarni ravni, se preusmerjajo na sekundarno raven. Temu dejstvu smo lahko priča tudi sami zavarovanci, napoteni sprva iz zdravstvenega doma v bolnišnico ter iz bolnišnice nazaj v zdravstveni dom z utemeljitvijo, da v bolnišnici ne bodo opravljali storitev, ki niso v njihovi pristojnosti. Poleg nenehnih sporov med zdravstvenimi delavci z različnih ravni, ki se nenazadnje odraža v zdravstvenem stanju bolnikov, prihaja tudi do podvajanja zdravstvenih storitev ter drugih dragih raziskav. Problem bi se lahko razrešil z učinkovitejšim nadzorom in natančnejšo razmejitvijo med zdravstvenimi storitvami, ki naj se opravljajo na primarni ravni, in storitvami, za katere je potrebna sekundarna raven zdravstvene oskrbe.

V **Sloveniji** morajo zdravniki v osnovnem zdravstvu s sredstvi glavarine plačevati tudi laboratorijske storitve za svoje varovance, kar pa lahko preložijo tudi na specialista na sekundarni ravni, ki mora prav tako zagotavljati plačilo laboratorijskih storitev iz svojih sredstev. To pokrivanje stroškov iz dveh virov je povzročilo obsežno in nepotrebno zdravljenje bolnikov na sekundarni ravni. V nekaterih državah problem rešujejo tako, da so izbrani zdravniki koordinatorji in plačniki vseh izvenbolnišničnih storitev svojih pacientov (Keber, 2003, str. 119).

Število napotitev iz osnovnega zdravstva k specialistom se je od leta 1990 v Sloveniji skoraj potrojilo. Najverjetnejša razlaga za to je način plačevanja zdravnikov po številu obiskov (ki je praktično izpodrinil glavarino), porast napotitev k specialistom pa je sprožil neustrezen način plačevanja laboratorijskih preiskav, ki so vključene v pavšalnem znesku v glavarino splošnega zdravnika; če ta bolnika napoti k specialistu, se izogne svojemu strošku za preiskave in ga preloži na specialista (Keber, 2003, str. 294).

V Veliki Britaniji so bili primarni zdravniki celo plačniki stroškov hospitalizacij. Prednost takega načina naj bi bila velika racionalizacija pri napotovanju na sekundarno raven, v tem pa tiči tudi največja nevarnost: zdravnik bi lahko tako napotitev odklonil tudi takrat, ko bi bila potrebna (Keber, 2003, str. 119).

Organizacija primarnega zdravstvenega sektorja je v **Nemčiji** veliko bolj zapletena kot v drugih državah, predvsem zaradi stroge ločitve med bolnišnično in ambulantno nego. Na splošno zdravniki iz primarnega sektorja niso smeli zdraviti pacientov v bolnišnicah, bolnišnice pa zunanjim pacientom niso zagotovile operacij in storitev, ki jih izvajajo splošni zdravniki, specialisti ali zobozdravniki. To je privedlo do dolgih čakalnih dob, podvajanje

tehničnih pripomočkov in ponavljanja diagnostičnih testov. Leta 1993 je bil predstavljen Zakon o strukturi zdravstvenega varstva (Health Care Structure Act), da bi zavarovancem omogočil, da se sami odločijo, ali bo operacijo, ki jo je mogoče izvesti tudi v ambulanti, opravil zasebni zdravnik ali pa bodo zaradi tega odšli v bolnišnico (Health Care System in Transition, 2000, str. 38).

6.2.3. Čakalne dobe

V večini držav so čakalne dobe zaskrbljujoče, ker se čakalne vrste podaljšujejo tudi na tistih področjih, ki so življenjsko nevarna (kardiologija in onkologija). Razlog za takšno stanje je v slabi organizaciji dela, nemotiviranosti za delo in pomanjkanju organizacijskih znanj. Predvsem je to stanje posledica omejenih sredstev za zdravstvo in načrtovanega maksimalnega mesečnega števila storitev. Zato so bolniki pripravljani plačati zdravnika »na črno« v zameno za takojšnjo zdravstveno storitev, kar pa odpira dodatne probleme.

Najbolj očitno se premajhna dostopnost kaže s čakalnimi dobami in sezname čakajočih na določeno storitev. V zadnjih desetih letih je več držav EU sprožilo pobude za skrajševanje čakalnih list in seznamov, pri čemer so bili rezultati različni.

Problem čakalnih dob **v Sloveniji** delno rešujejo samoplačniške ambulante, ki omenjeni proces legalizirajo. Če ima javni zdravstveni zavod proste zmogljivosti, lahko opravlja samoplačniške storitve izven rednega programa. To za uporabnike pomeni, da jim je vrsta zdravstvenih storitev, ki naj bi jih krilo obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila, dostopna samo na papirju, dejansko pa ne. Nastala težava je rešljiva s sprejetjem predpisa, ki bi določal najdaljše še dopustne čakalne dobe in z okrepljenim nadzorom nad izpolnjevanjem tega predpisa. Tudi v sam sistem plačevanja bi bilo potrebno vgraditi mehanizme, ki bi preprečevali opravljanje prevelikega števila storitev, daljše zdravljenje, kar podaljšuje tudi čakalne dobe (Keber, 2003, str. 145).

V Veliki Britaniji so na začetku uspešno skrajšali sezname čakajočih, vendar tega stanja ni bilo mogoče ohraniti za daljše obdobje. Skrajšanje čakalnih dob na enih področjih je povzročilo podaljšanje čakalnih dob na drugih. Ponekod so se lotili izboljševanja dostopnosti tako, da so izboljšali razporejanje obstoječih javnih sredstev po potrebah državljanov. Pri tem uporabljajo različne formule, ki več denarja namenjajo prebivalstvu s slabšimi zdravstvenimi in socialno-ekonomskimi kazalniki (Keber, 2003, str. 134-135).

Vzrok za dolge čakalne dobe je tudi v neizkoriščenosti operacijskih sob. V Veliki Britaniji je veliko operacijskih sob prostih, čeprav je število pacientov, ki čakajo na operacijo, veliko. Raziskave so pokazale, da so operacijske sobe v povprečju v rabi 24 ur na teden namesto nameravanih 40 ur (Economist. Wasting disease, 2004, str. 2).

V Nemčiji čakalnih dob skoraj ne poznajo (Health Care Systems in Transition, 2000, str. 117).

6.3. Zagotavljanje kakovosti

Ocena kakovosti sistema zdravstvenega varstva je zahtevna naloga, ki se je politiki in raziskovalci lotevajo na različne načine, da bi na podlagi ugotovitev lahko izpeljali ukrepe za izboljšanje sistema zdravstvenega varstva in spremljali reforme. Uspešnost sistema zdravstvenega varstva pri tem se meri z razmerjem med doseženimi rezultati in maksimalnimi možnimi rezultati, upoštevajoč razpoložljive vire (Kersnik, str. 31).

V Sloveniji smo se z uvajanjem kakovosti zdravstvene oskrbe začeli ukvarjati v zadnjih letih in smo šele na začetku poti. Potrebno bo uveljaviti še naslednje ukrepe:

- Vzpostaviti neodvisne institucije za kakovost zdravstvene oskrbe, ki bo skrbela za povezovanje aktivnosti za uvajanje celovite kakovosti;
- Vzpostaviti sistem upravljanja celovite kakovosti; zdravstveni domovi bodo ustanovili komisije za kakovost, ki bodo povezovala aktivnosti za izboljševanje kakovosti storitev;
- Pripraviti klinične smernice, ki bodo zdravniku in bolniku pomagale pri odločitvah glede primarnega zdravstva v specifičnih kliničnih okoliščinah;
- Merjenje in spremljanje izidov zdravljenja in kazalnikov kakovosti;
- Varnost za bolnike in upravljanje s tveganji; v zdravstvenih ustanovah bo uveden sistem odprtega poročanja, spremljanja, analiziranja in izboljševanja sistemov in procesov, ki so pripeljali do zdravstvenih napak;
- Uvedena bo notranja presoja s samoocenjevanjem na podlagi splošnih nacionalnih standardov zdravstvene oskrbe, ki bo obenem služila kot priprava za akreditacijo (Keber, 2003, str. 23-24).

Da bi dosegli celovito kakovost zdravstvene oskrbe, mora biti ta organizirana tako, da vzpodbuja povezovanje in sodelovanje med različnimi partnerji, različnimi ravni in skupinami ter je smiselna za bolnike, zdravnike in druge zdravstvene strokovnjake. Podobno kot v industrijski dejavnosti je upravljanje sistema celovite kakovosti zdravstvene oskrbe osredotočeno na uporabnike (bolnike in njihove svojce, zaposlene v zdravstveni ustanovi, zunanje sodelavce in partnerje), na sisteme in procese.⁴ Slabost v Sloveniji je, da še nimamo institucije, ki bi na ravni države skrbela in povezovala vse aktivnosti za kakovost zdravstvene oskrbe v državi (Keber, 2003, str. 166).

Poleg zdravstva pa obstaja več faktorjev, ki vplivajo na zdravstveno stanje posameznika, vendar pa se uspešnost zdravstvenih sistemov ponavadi meri na podlagi zdravja populacije.

⁴ Sistem je ureditev organizacije ali zavoda, ljudi, materiala in postopkov, ki so povezani z določenim delovanjem ali izidom. Proces je sosledje korakov, kjer se vhodna enota spremeni v izhodno enoto za uporabnika.

Najbolj pogosto uporabljena kriterija za ugotavljanje uspešnosti delovanja zdravstvenega sistema sta življenjska doba in smrtnost dojenčkov. V Sloveniji je bila leta 2001 pričakovana življenjska doba 75,9 let. S takšnimi vrednostmi se Slovenija uvršča med države z najdaljšo življenjsko dobo med državami vzhodne Evrope. Za povprečjem EU, ki je bilo leta 2001 78,3 let, pa Slovenija zaostaja za 2,4 leti. Najpogostejši vzroki smrti v Sloveniji so bolezni srca in ožilja, sledijo novotvorbe, namerne in nenamerne poškodbe ter zastrupitve (Keber, 2003, str. 155).

Velika Britanija ima visoko stopnjo smrti zaradi srčnih bolezni in razmeroma nizko stopnjo preživetja nekaterih oblik raka (pljuča, srce, prsi in prostata). Nizke stopnje preživetja naj bi opozarjale na napake v zdravstvenem sistemu, čeprav bi bile lahko povezane s pomanjkanjem denarja ali slabo organizacijo storitev, ali obojega. V Angliji se je pričakovana življenjska doba v prvi polovici dvajsetega stoletja povečala za 20 let, vendar od tega le za 10 let v drugi polovici dvajsetega stoletja. Zdravstvena nega naj bi prispevala le petino k povišani življenjski dobi. Ostalo naj bi bilo posledica izboljšanja kakovosti prehranjevanja, higienskih razmer in bivalnih pogojev (Money well spent?, 2004, str. 1).

Pokazatelj slabe kakovosti zdravstvenih storitev je tudi število umrlih zaradi zdravniških napak. V Veliki Britaniji je bilo na primer 16% bypassov (vrsta operacije na srcu) opravljenih nepravilno (Wasting disease, 2004, str. 1).

Podatki kažejo, da **v Nemčiji** dve tretjini pacientov z rakom na prostati, preživijo pet let po postavljeni diagnozi. V Veliki Britaniji jih preživi manj kot polovica. Dve petini nemških pacientov z levkemijo živi naprej še pet let, v Veliki Britaniji pa le 28% pacientov (Vaknin, str.2).

7. REFORME SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

V zadnjih dvajsetih letih je nekaj držav reformiralo svoj sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja, pri čemer so imele različne, tudi nasprotujoče si cilje: povečati pravičnost, učinkovitost in možnost izbire ali stabilizirati finančne vire brez negativnih vplivov na trg dela.

7.1. Razvojne reforme

Ob osamosvojitvi **Slovenije** je prišlo na področju celotnega zdravstva do oblikovanja novih sodobnih rešitev, ki po eni strani povzemajo izkušnje razvitih evropskih držav, po drugi strani pa ohranjajo pozitivne izkušnje prejšnjega sistema. V Sloveniji je bila v začetku marca 1992 sprejeta nova zakonodaja za področje zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki je prinesla več novosti, med katerimi so bile najpomembnejše (Gorenšek, 2000, str. 16):

- Opustitev dotedanjega sistema nacionalnega zdravstvenega varstva in uvedba obveznega zdravstvenega zavarovanja s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem;
- Postavitev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije kot javnega zavoda, ki izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje in tudi prostovoljno zavarovanje kot ostale zavarovalnice;
- Uvedba zasebne zdravstvene prakse, ki lahko opravlja storitve tudi kot sestavni del javne zdravstvene službe;
- Partnerski pristop k oblikovanju obsega in vsebine programa ter elementov cen zdravstvenih storitev, kar zagotavlja izvajanje z zakonom zagotovljenega obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije z razvojnimi projekti na področju informatike spodbuja in omogoča razvoj sodobnih oblik medsebojnega komuniciranja z vsemi partnerji in s tem prispeva h kakovosti poslovnih odnosov in zniževanju stroškov. Sodobne rešitve temeljijo na računalniškem izmenjavanju podatkov, storitvah z uporabo kartice zdravstvenega zavarovanja in samopostrežnih terminalov ter spletnih storitvah. Zavod vodi temeljne podatkovne zbirke o zavarovanih osebah, zavezancih, organizacijah in izvajalcih zdravstvenih storitev. Kakovostne zbirke podatkov so omogočile uspešno uvedbo sistema kartice zdravstvenega zavarovanja. Kartica zdravstvenega zavarovanja je sodoben medij za prenos točnih osebnih podatkov, podatkov o zdravstvenem zavarovanju in drugih aktualnih podatkih med subjekti zdravstvenega varstva (ZZZS, 2004).

Uspeh Slovenije v prihodnosti je zelo odvisen od uspešne prilagoditve javnega sektorja, ki vključuje tudi zdravstveno zavarovanje, da se prične zdravstvo financirati iz javnih ter iz privatnih sredstev. Pomembno je tudi, da se izboljšajo načini izenačevanja rizika, sicer bodo zavarovalnice raje izbirale »dobre rizike« in se izogibale izbiri »slabih rizikov« (Jaklič, 2004).

Slovenija si želi v prihodnost izboljšati zdravstveni sistem z naslednjimi ukrepi (Bručan, 2004):

- Izboljšati sodelovanje med zdravniki primarnega, sekundarnega in terciarnega nivoja,
- boljša izkoriščenost opreme,
- natančneje opredeliti status organiziranosti sekundarne in terciarne dejavnosti,
- razvoj terciarne dejavnosti na področju celotne Slovenije,
- izboljšati delovanje bolnišnic,
- uvedba izravnalnih shem z namenom preprečevanja socialnih krivic v primeru enake prispevne stopnje za vse zavarovance, ne glede na materialno stanje,
- poostreitev nadzora odsotnosti z dela zaradi bolezni in
- zmanjšanje čakalnih dob.

Anglija je v devetdesetih letih uvedla pomembno reformo v zdravstvenem sistemu. To je povzročilo delitev nalog provizij in kupovanja bolnišničnih storitev z ustvarjanjem ene skupine agentov odgovornih za provizije, ter druge skupine, odgovorne za nakup. Namen

ukrepa je bil, povečanje avtonomnosti bolnišnicam in povečanje konkurence na strani ponudbe. Uporabniki so s tem dobili možnost proste izbire ponudnika storitev. Ponudniki naj bi med seboj tekmovali za pogodbe, ki bi jim podeljevale pravico do zagotavljanja storitev, kar pa naj bi spodbujalo učinkovitost (Miles, Myles, Preston, 2003, str. 110).

Da bi povečali učinkovitost na strani ponudbe zdravstvenih storitev, se je vlada v Veliki Britaniji odločila na NHS-ov trg privabiti zunanje zdravstvene skupine, ki naj bi izvajale 15% NHS-ovih storitev do začetka leta 2008 (New remedies, 2004, str. 4).

Septembra 1998 je NHS predstavil strategijo na področju informacijske tehnologije, ki naj bi pripomogla k izboljšanju njihovih storitev. Strateški plan obljublja doživljenjsko elektronsko zdravstveno kartoteko za vsakega posameznika v državi, elektronski dostop do zdravstvene kartoteke za NHS-ove paciente, nacionalno elektronsko knjižnico s področja zdravja, ki bi skrbelo za čim boljše ponudbo literature s področja zdravstva in s tem zdravstvenim delavcem omogočala, da so na tekočem glede novosti v njihovi stroki, integracijo storitev za paciente preko izmenjavanja informacij med osebnimi zdravniki in bolnišnicami in hiter in preprost dostop do informacij preko internetnih informacijskih služb (NHS, 2004).

Plan NHS, ki je bil izdan julija 2000, je plan sprememb, ki bi pacientom in ljudem omogočale status najpomembnejših članov zdravstvenih storitev. Plan obljublja pacientom več moči in informacij, večje število bolnišnic in postelj, več zdravnikov in medicinskih sester, krajše čakalne dobe, izboljšanje nege za ostarele in višje standarde za organizacije NHS in boljše nagrade za zaslužne. Za doseganje plana se bo vlada morala odločiti, ali se bo osredotočila na bolezni, ki so najpogostejši vzrok smrti (rak in bolezni srca), ali pa na spremembe, ki so nujno potrebne za izboljšanje zdravja ljudi, ter na tiste, ki bodo ljudem omogočale sodobne, pravične in ustrezne zdravstvene storitve; prav take, kot si jih želijo in zaslužijo (NHS, 2004).

V Nemčiji so z namenom, da bi izboljšali ponudbo zdravstvenih storitev in se izognili izredno visokim plačilom za zdravstveno zavarovanje, predlagali zdravstveno reformo (Gesundheits – Reform 2000), ki bi združila raznolike organizacijske reforme zdravstvenega sistema. Za cilj so določili kakovostno oskrbo, varčno zdravstveno nego, ki temelji na solidarnosti, zdravstveni sistem, ki upošteva zahteve pacientov po lastnem odločanju, poudarjanje pomebnosti zdravja, preventive in rehabilitacije in poudarjanje učinkovite porabe sredstev in dolgoročne stabilnosti prispevne stopnje (Health Care System in Transition, 2000, str. 40).

V roku štirih let si bodo pristojni prizadevali vzpostaviti nov način plačevanja bolnišničnih storitev, kar bi prisililo bolnišnice v racionalnejše gospodarjenje in bi povečalo konkurenco na strani ponudbe zdravstvenih storitev. Pričakujejo, da bo zaradi tega veliko bolnišnic, ki ne bodo mogle konkurirati ostalim, potrebno zapreti (New remedies, 2004, str. 3-4).

Kot temelji za reformo so bile opredeljene sledeče postavke: Izboljšano sodelovanje med ambulantnimi in ostalimi zdravstvenimi storitvami, stabilizacija sistema družinskega

zdravnika, poudarjanje preventivne nege v zobozdravstvu, izboljšana kakovost in gospodarna učinkovitost ponudbe zdravil, investicije, ki bi zadovoljile povpraševanje predvsem na bolnišnični ravni, izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev ter več pravic pacientom. Za uresničitev omenjenih ciljev v nemškem zdravstvenem sistemu bo potrebna dolga in obsežna razprava med različnimi partnerji v zdravstvu (Health Care System in Transition, 2000, str. 42).

V Nemčiji so se prispevne stopnje zaradi velikega števila bolniških blagajn in vezanosti zavarovancev nanje po kraju bivanja ali poklicu precej razlikovale, pri četrtini od njih za več kot 10%. Da bi te razlike odpravili, so v devetdesetih letih omogočili prosto izbiro zavarovalnice, ki je možna vsako leto, hkrati pa določili izravnalne sheme. To je povzročilo pretok zavarovancev od dražjih k cenejšim zavarovalnicam in zmanjšalo razlike v prispevnih stopnjah (Keber, 2003, str. 54).

7.2. Premik v smeri spodbujanja konkurence

Zdravstvene reforme bi morale spodbujati večjo konkurenco med ponudniki zdravstvenih storitev. To pomeni, da postanejo zdravstveni zavarovanci in javni plačniki zahtevni kupci zdravstvenih storitev. Do sedaj je bilo to skoraj nemogoče, saj ni bilo na razpolago informacij o kakovosti zdravstvenih storitev, ki so jih pacienti kupovali. Ena od možnosti, da pacienti pridejo do več informacij v zvezi z zdravstvom in si tako pridobijo moč, je uporaba interneta, ki ponuja podatke.

Države Evropske unije se zavedajo, da problem staranja prebivalstva, s katerim se vse srečujejo, močno vpliva na financiranje zdravstva. Vedo, da v prihodnosti ne bo možno financirati zdravstva samo iz javnih virov, ampak bo potrebno delež javnih virov zmanjšati, povečati pa delež privatnih sredstev. Slovenija bo prav tako morala poiskati način financiranja zdravstva pod pogojem, da bo državljanom v prihodnosti zagotovljena približno enaka stopnja zdravstvenega varstva kot danes. Ena od rešitev je, da se natančno določijo pravice, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje, pri čemer je nujno potrebno spodbujati privatno financiranje zdravstvenih storitev.

SKLEP

V svetu poznamo mnogo različnih sistemov zdravstvenega zavarovanja, ki so se oblikovali skozi zgodovino pod vplivom različnih kultur, vrednot, tradicij in politične usmerjenosti posamezne države. Zdravstveno varstvo je pomemben del družbene reprodukcije in eden od osnovnih pogojev za rast produktivnosti dela, saj močno vpliva na življenjsko raven ljudi. Za večino sicer različnih zdravstvenih sistemov je danes značilno, da se ubadajo s podobnimi problemi financiranja zdravstvene dejavnosti. Problem predstavljajo tudi stalno naraščajoči

stroški za zdravstvo, ki pa so povezani predvsem s staranjem populacije, uvedbo tehnoloških novosti in vse večjimi zahtevami ljudi po kakovostnih zdravstvenih storitvah. Žal pa vedno večji izdatki za zdravstvo ne pomenijo večje učinkovitosti zdravstvenega sistema.

Slovenski sistem zdravstvenega zavarovanja temelji na Bismarckovem socialnem modelu. Sistem je bil deležen kar nekaj sprememb; najpomembnejša med njimi je bila v letu 1992, ko je sistem nacionalnega zdravstvenega varstva zamenjal sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga je izvajal takrat na novo ustanovljeni Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. S tem se je popolnoma spremenil način financiranja zdravstvenih storitev. V letu 1991 se je 98,5% sredstev za zdravstvo zbralo z davki, leto kasneje pa je glavni vir dohodka predstavljalo obvezno zdravstveno zavarovanje. Po letu 1993 je vlada začela spodbujati zasebne vire za zdravstvo (prostovoljno zdravstveno zavarovanje) in tem vzpostavljati ugodne razmere za izboljševanje socialne varnosti slovenskega prebivalstva. Kljub doseženim uspehom pa je na tem področju nujno potreben nadaljnji razvoj. V Sloveniji se izdatki za zdravstvo vseskozi povečujejo. Leta 2000 so znašali 8% BDP. Realna rast stroškov za zdravila je med leti 1994 in 2002 znašala 75%. Razlogi za to so predvsem uvedbe novih učinkovitih zdravil in njihovo povečano predpisovanje. Pomemben je tudi razvoj na področju informatike, saj spodbuja in omogoča medsebojno komuniciranje s partnerji in s tem prispeva h kakovosti poslovnih odnosov in zniževanju stroškov. Uvedba elektronske kartice zdravstvenega zavarovanja je veliko pripomogla k večji preglednosti pri uveljavljanju pravic iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Za razliko od Slovenije ima Nemčija dvovrstni sistem zdravstvenega zavarovanja, obvezno in privatno zdravstveno zavarovanje. 98,2% Nemcev je obvezno zavarovanih pri eni izmed zakonsko ustanovljenih bolniških blagajn. Do privatnega zdravstvenega zavarovanja pa so upravičeni vsi z mesečnimi dohodki, višjimi od 3.825 EUR in se lahko zavarujejo pri kateri koli privatni zavarovalnici. Največja razlika med obveznim in privatnim zdravstvenim zavarovanjem je v določitvi premij. Pri nacionalnem zdravstvenem zavarovanju temeljijo premije na višini dohodka, pri privatnem zavarovanju pa so določene glede na starost, spol in obstoječe zdravstveno stanje zavarovanca. Kupci zdravstvenih storitev so neprofitni zavodi, ki se financirajo iz prispevkov, ki jih v enakem deležu plačujejo delodajalci in delojemalci. V primerjavi z drugimi državami ima Nemčija ambulantno področje strogo ločeno od bolnišničnega, poleg tega splošni zdravniki nimajo vloge vratarja, ki je značilna za Anglijo, kar omogoča pacientom prosto pot do specialista.

V Angliji imajo Beveridge-ov sistem nacionalnega zdravstvenega zavarovanja, ki je v primerjavi z do sedaj opisanima manj zapleten. Za ta sistem je značilno, da država prevzame vlogo vodenja in upravljanja in se pri tem drži pravila, da je vsem prebivalcem potrebno zagotoviti primerno dostopnost do zdravstvenih storitev. Večina pravic se pridobi že iz naslova državljanstva. Kot glavni vir financiranja se uporabljajo osrednji državni davki, ki se zberejo v državnem proračunu. Celotno delovanje zdravstvene dejavnosti temelji na osebnem zdravniku, ki ima strogo vlogo vratarja in s tem veliko več pooblastil kot splošni zdravniki v

drugih državah. Izdatki za zdravstveno dejavnost kot delež BDP-ja so se v Angliji v zadnjih letih povečevali. Leta 2000 je ta delež znašal 7,3%.

S primerjavo vseh treh obravnavanih sistemov zdravstvenega zavarovanja lahko ugotovimo, da imajo kar nekaj podobnosti, pa tudi razlik.

Bistvena ugotovitev pri primerjavi vseh treh sistemov zdravstvenega zavarovanja je, da se vsi trije sistemi spopadajo s podobnimi problemi financiranja in obvladovanja stroškov. Z vidika deleža izdatkov v BDP je zdravstveni sistem v Veliki Britaniji stroškovno najbolj učinkovit, pri čemer pa seveda kakovostno zaostaja za sicer »najdražjim« (glede na delež izdatkov v BDP) nemškimi sistemom zdravstvenega zavarovanja. Znano je tudi, da se vse tri obravnavane države soočajo s problemom staranja populacije, kar predstavlja velik problem predvsem v smislu večanja izdatkov za zdravstveno zavarovanje. Ne glede na različne sisteme financiranja zdravstvenih sistemov v proučevanih državah verjetno noben izmed treh opisanih sistemov v trenutni obliki ne predstavlja rešitve bistvenih problemov, ki sem jih opisovala: naraščajoči stroški, napotitve bolnikov iz primarne na sekundarno raven zdravstvene dejavnosti in dolge čakalne dobe. Očitno je potrebna nadaljnja reforma pri nadzoru izdatkov, kjer verjetno rešitev predstavlja že vpeljava večje konkurence med ponudniki zdravstvenih storitev, in pri pridobivanju virov za financiranje zdravstva, med katerimi bo naraščal delež privatnih virov.

LITERATURA

1. Bručan Andrej: Predstavitev kandidata za ministra za zdravje. Ljubljana : Vlada Republike Slovenije, 2004. 10 str.
2. Busse Reinhard et al.: Health care systems in eight countries. Trends and challenges. London : The London School of Economics and Political Science, 2002. 114. str.
3. Česen Marjan: Zdravje in denar. Ljubljana : Agencija demokratičnega inozemskega tiska, 1988. 125 str.
4. Globočnik Klemen: Primerjava slovenskega sistema zdravstvenega zavarovanja z nemškim. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2001. 40 str.
5. Gorenšek Mateja: Financiranje sistemov zdravstvenega varstva v izbranih tranzicijskih državah. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2000. 50 str.
6. Grant Sue: Healthcare in Germany. 3 str.
[URL:<http://www.medhunters.com/articles/healthcareInGermany.html>], 2004.
7. Jaklič Marko: Dilemmas and Opportunities of Voluntary Health Insurance. Bančni vestnik, Ljubljana, 2004, 7/8, str. 66 – 70.
8. Keber Dušan et al: Zdravstvena reforma (osnutek). Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2003. 348 str.
9. Kersnik Janko: Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Pregled stanja. Kopenhagen : Ministrstvo za zdravje RS, Urad SZO. 48 str.
10. Klein Ezra: Health of Nations: Germany. 7 str.
[URL:http://ezraklein.typepad.com/blog/2005/04/health_of_natio.html], 2005
11. Klun Barbara: Mednarodna primerjava zdravstvenega varstva in zavarovanja za dolgotrajno nego. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2000. 112 str.
12. Korošec Romana: Izzivi obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2003. 88 str.
13. Miklavčič Andreja: Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji: problemi in perspektive. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 1997. 50 str.

14. Miles, Myles in Preston: The economics of Public spending. Oxford : Oxford University Press, 2003. 419 str.
15. S. Rosen Harvey: Public Finance. 5. Izdaja. Department of Economics Princeton University, 1999. 573 str.
16. Sauerland Dirk: Does the ageing of the population have an impact on health care expenditure in Germany?. 13 str.
[URL:http://www.perso.wanadoo.fr/ces/Pages/english/OSII_1.pdf], 2002.
17. Stepan Adolf: Sistemi financiranja v zdravstvu. Mednarodna primerjava. Ljubljana : ZZZS, 1999. 170 str.
18. Šincek Andrejka: Financiranje zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 1997. 38 str.
19. Vaknin Sam: Better Get Sick in Germany. 5 str.
[URL: <http://samvak.tripod.com/pp142.html>], 2004.

VIRI

1. Grad, Škerlj, Vitrovič: Angleško-slovenski slovar. Druga izdaja. Ljubljana : Državna založba Slovenije, 1973. 1120 str.
2. Health Care Systems in Transition. Germany: European Observatory on Health Care Systems.
[URL:<http://www.euro.who.int/document/e68952.pdf>], 2000.
3. Health Care Systems in Transition. United Kingdom: European Observatory on Health Care Systems.
[URL:<http://www.euro.who.int/document/e68283.pdf>], 1999.
4. Health insurance in Germany. 2004.
[URL:<http://www.howtogermaany.com/pages/insurance.html>], 13. 11. 2004
5. Keep taking the medicine. The Economist. The health of nations., 15. 07. 2004, str. 17-18
6. Money well spent?. The Economist. The health of nations, 15. 07. 2004, str. 8-9
7. National Health Service (NHS).
[URL:<http://nhs.uk/england/aboutTheNHS/history/default.cmsx>], 2.11.2004.

8. New remedies. The Economist. The health of nations, 15. 07. 2004, str. 15-17
9. OECD Health Data 2004.
[URL:<http://www.oecd.org/dataoecd/13/13/31963469.xls>], 15.09.2004.
10. Oxford advanced learner's dictionary of current english. Četrta izdaja. Oxford : Oxford university press, 1989. 1579 str.
11. Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2003. Ljubljana : ZZZS, 2004.
12. Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2004. Ljubljana : ZZZS, 2005.
13. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92).
14. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
[URL:<http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzsnsf/0/1424E1D81FFA56AAC1256D3A0037F8A5>], 15.09.2004.
15. Wasting disease. The Economist. The health of nations, 15. 07. 2004, str. 9-13
16. GKV – PKV Vergleich und Krankenkassen-Tarifrechner.
[URL: <http://www.krankenkasseninfo.de/vergleich-gkv-pkv.php>], 12.01.2005.
17. BBC. How the healthcare system works in England.
[URL: http://www.bbc.co.uk/dna/ican/A2454978?s_print=1], 13.11.2004.

SLOVARČEK

National Health Service (NHS) – Nacionalna zdravstvena služba
Department of Health – Ministrstvo za zdravje
Secretary of state for Health – minister za zdravje
Public Health Group – skupina javnega zdravstva
Social Care Group – skupina za socialno nego
Nursing Group – skupina negovalcev
Research and Development Division – raziskovalno-razvojni oddelek
Chief Medical Officer – glavni zdravstveni uslužbenec
Executive – izvršni direktor
Chief Executive – generalni direktor
Department of Social Security – Ministrstvo za socialno varnost
Department of Environment, Transport and the Regions – Ministrstvo za okolje, promet in prostor
Ministry of Agriculture, Food and Fisheries – Ministrstvo za kmetijstvo, hrano in ribolov
Department for Education and Employment – Ministrstvo za šolstvo in delo
Strategic health authorities – strateške zdravstvene oblasti
Modernisation Agency – agencija za razvoj
Special health authorities – posebne zdravstvene oblasti
Primary Care Trust – Skladi primarne zdravstvene dejavnosti
Secondary Care – sekundarna zdravstvena dejavnost
Community health council – državni zdravstveni sveti
Professional body – strokovna zbornica
Private sector – privatni sektor
Allgemeine Ortskrankenkassen – splošne lokalne bolniške blagajne
Ersatzkrankenkassen – nadomestne bolniške blagajne
Betriebskrankenkassen – obrtne bolniške blagajne
Innungskrankenkassen – cehovske bolniške blagajne
Landwirtschaftliche Krankenkassen – bolniške blagajne za kmete
Bundesknappschaft – bolniška blagajna za rudarje
See-Krankenkasse – bolniška blagajna za pomorščake
Gesetzkrankenkasse – obvezne bolniške blagajne
National Insurance Fund – nacionalni zavarovalni sklad
»Out-of-pocket« – neposredno iz žepa
Gesetzliche Kranken Versicherung-GKV – obvezno zdravstveno zavarovanje
General Practice Finance Corporation – finančna družba splošne medicine
Fundholder – lastniki pridobljenih sredstev
Small-scale community hospital – manjša občinska bolnišnica
Provider – izvajalec
District general hospital – splošne okrajne bolnišnice

»out-patient« – izven bolnišnično

»in-patient« – bolnišnično

regional specialties – regionalne terciarne bolnišnice

supra-regional specialties – nadregionalne terciarne bolnišnice

Health Care Structure Act – Zakon o strukturi zdravstvenega varstva

Federal Committee – Zvezni odbor

»over-the-counter« – brez recepta