

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Nina Gašperšič

Spremembe v sistem zdravstvenega zavarovanja – primerjava
med Slovenijo in Finsko

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Nina Gašpersič

Mentorica:izr. prof. dr. Maša Filipovič Hrast

Somentor: red. prof. dr. Marjan Brezovšek

Spremembe v sistemu zdravstvenega zavarovanja – primerjava

med Slovenijo in Finsko

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

Zahvala

Hvala mentorici izr. prof. dr. Maša Filipovič Hrast za vse nasvete in hitro odzivnost ter somentorju red. prof. dr. Marjan Brezovšek za potrpežljivost.

Mama, tata in Anka hvala za vso podporo v času študija ter pomoč, ker niste izgubili vere vame. Hvala tudi vama nono in nona, ker mi nista dovolila pozabiti, da se moj študij vse preveč dolgo vleče.

Dragi prijatelji, kolegi in znanci hvala vam za čudovita študentska leta ter da ste verjeli vame, ko sem sama že skoraj obupala.

Hvala tebi, Egon za vso pomoč in potrpežljivost. Hvala!

Spremembe v sistemu zdravstvenega zavarovanja – primerjava med Slovenijo in Finsko

Spremembe v sistemih so stalnica in sistem zdravstvenega zavarovanja ni nobena izjema. V diplomskem delu sem poskušala ugotoviti kako pomemben vir pri financiranju zdravstvenih sistemov predstavljajo zasebna sredstva. V Sloveniji se nenehno izpostavlja nujnost zdravstvene reforme, predvsem z vidika zagotavljanja finančnih virov in finančne vzdržnosti sistema, obenem pa se govori tudi o ukinitvi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Skozi primerjavo med Slovenijo in Finsko sem želela ugotoviti odstotek bruto domačega proizvoda namenjenega zdravstvenemu sistemu ter razmerja med posameznimi viri financiranja – javnofinančnimi sredstvi (davki, prispevki) in zasebnimi sredstvi (zavarovanja, gospodinjski izdatki). Primerjala sem tudi pokritost prebivalstva, dostopnost zdravstvene oskrbe in zadovoljstvo s samim zdravstvenim sistemom. Na podlagi pridobljenih podatkov se je izkazalo, da zasebna sredstva igrajo pomembno in vedno večjo vlogo pri zagotavljanju finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema. Slovenija ima, podobno kot Finska, v zdravstveno varstvo zajeto celotno prebivalstvo tako imenovano univerzalno pokritost z zelo širokom naborom zdravstvenih pravic, a se je v primeru Slovenije izkazalo, da uradne statistike beležijo pod zavarovance tudi osebe, ki imajo zadržane pravice in ne morejo brezplačno dostopati do zdravstvenih storitev.

Ključne besede: zdravstveno zavarovanje, viri, financiranje, pokritost, Slovenija, Finska.

Health Insurance Reforms - A Comparison between Slovenia and Finland

Systems undergo numerous reforms and health systems are no exception. This B.A. dissertation tries to determine the importance of private funds in the overall health system funding. The concern over the necessity of a health system reform in Slovenia has been raised often, especially in regard to financial resources and sustainability of the system together with the abolishment of the supplementary insurance. By comparing Slovenia and Finland, I wanted to determine the percentage of GDP allocated to the health system and the relationship between funding from public (taxes, contributions) and private finances (insurances, household expenses). This B.A. dissertaton also compares the health care coverage, accessibility of the services and general satisfaction with the health system. The acquired data shows increasingly important role of private funding in insuring financial sustainability of the health system. Also, both, Slovenia and Finland, have universal health care with a broad spectrum of healthcare rights. However, it turned out that official statistics in Slovenia show people as insured even when they have their healthcare rights withheld and thus cannot access health services for free.

Keywords: funding, resources, coverage, Slovenia, Finland.

KAZALO

1	UVOD	8
1.1	Cilji	9
1.2	Raziskovalno vprašanje	9
1.3	Metodologija oz. metode preučevanja	9
2	OPREDELITEV OSNOVNIH POJMOV	10
2.1	Socialna politika, države blaginje in blaginjski trikotnik	10
2.2	Zdravstveni sistem	16
2.3	Modeli sistemov zdravstvenega varstva v Evropi	18
2.4	Sistem zdravstvenega zavarovanja	23
3	SISTEM ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI	25
3.1	Splošno o Sloveniji	25
3.2	Viri financiranja	31
3.3	Vključenost prebivalstva v zdravstveno zavarovanje	37
3.4	Spremembe v zdravstvenem sistemu	38
4	SISTEM ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA NA FINSKEM	42
4.1	Viri financiranja	44
4.1.1	Davki	47
4.1.2	Nacionalno zdravstveno zavarovanje	49
4.1.3	Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	53
4.1.4	Plačila iz žepa	54
4.2	Vključenost prebivalstva v zdravstveni sistem	55
5	PRIMERJALNA ANALIZA FINSKEGA IN SLOVENSKEGA SISTEMA	56
6	SKLEP	62
7	LITERATURA	64
	PRILOGI	75
	PRILOGA A – Odgovori na vprašanja predstavnika Adriatic Slovenice d.d.	75
	PRILOGA B – Intervju z predstavnico Vzajemne d.v.z	77

KAZALO SLIK

Slika 2.1: Blaginjski trikotnik	15
Slika 2.2: Sistemsko okolje	17
Slika 2.3: Tipi zdravstvenih sistemov	22
Slika 3.1: Organiziranost slovenskega zdravstvenega sistema	27
Slika 3.2: Odmerjeni odstotek osnove glede na čas zadržanosti od dela	30
Slika 3.3: Denarne poti v slovenskem zdravstvenem sistemu	34
Slika 3.4: Izdatki za zdravstvo glede na vir, 2003–2014	36
Slika 4.1: Organigram zdravstvenega sistema na Finskem.....	43
Slika 4.2: Financiranje zdravstvenega sistema po virih, 1995–2013	46
Slika 4.3: Finančni tokovi finskega zdravstvenega sistema leta 1999	47
Slika 4.4: Skupni izdatki KELA za obdobje 2000-2014.....	49
Slika 4.5: Vzporedno financiranje in dogovori z izvajalci.....	55
Slika 5.1: Primerjava zdravstvenih izdatkov EU-28, 2014	60

KAZALO GRAFOV

Graf 3.1: Prikaz skupnih izdatkov za zdravstvo kot % BDP, v obdobju 1995–2014	32
Graf 4.1: Skupni izdatki za zdravstvo glede na % BDP – Slovenija in Finska.....	45
Graf 4.2: Viri financiranja nacionalnega zdravstvenega zavarovanja 1995-2014	51
Graf 4.3: Viri financiranja glede na delitev prispevkov za storitve zdravstvenega zavarovanja in prispevkov za nadomestila za leto 2014.....	52
Graf 5.1: Zasebna sredstva kot % vseh zdravstvenih sredstev; primerjava med Finsko in Slovenijo, 2004-2014	58

KAZALO TABEL

Tabela 2.1: Merila za razvrščanje sistemov v idealne modele	20
Tabela 2.2: Tipologije	21
Tabela 3.1: Višina premije DZZ (Vzajemna) in odstotek spreminjanja	40
Tabela 4.1: Davčne stopnje 2015	48
Tabela 5.1: Javnofinančna sredstva primerjava Finska in Slovenija, 2004-2014	57
Tabela 5.2: Zasebna sredstva; primerjava med Finsko in Slovenijo, 2004-2014	59

SEZNAM KRATIC

ADP	Arhiv družboslovnih podatkov
BDP	bruto domači proizvod
DZZ	dopolnilno zdravstveno zavarovanje
HTA	Health technology assessment
EGP	Evropski gospodarski prostor
EU	Evropska unija
EUR	Evro
KELA	Kansaneläkelaitos
NHS	National Health Service/Nacionalna zdravstvena služba
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development/Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj
OZZ	obvezno zdravstveno zavarovanje
PHI	Private Health Insurance/zasebna zdravstvena zavarovanja
PZZ	prostovoljno zdravstveno zavarovanje
RS	Republika Slovenija
SHI	Social Health Insurance/ socialno zdravstveno zavarovanje
URS	Ustava Republike Slovenije
WHO	World Health Organisation/Svetovna zdravstvena organizacija
ZD	zdravstveni dom
ZPSV	Zakon o prispevkih za socialno varnost
ZUJF	Zakon za uravnoteženje javnih financ
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1 UVOD

Biti zdrav je največja dragocenost. Pomena le-tega se običajno zavemo šele, ko resneje zbolimo ali se huje poškodujemo. Skozi stoletja se je skrb za bolne institucionalizirala in prenesla na državno in nato na svetovno raven. Zdravstveni sistem je tako danes eden največjih in najbolj kompleksnih sistemov. Najpogostejšo definicijo zdravja najdemo v ustanovni listini Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) kjer je zdravje opredeljeno »..kot stanje popolnega fizičnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali invalidnosti« Temeljna pravica vsakega človeka je doseganje najboljšega možnega zdravja ne glede na rasno, versko ali politično prepričanje ter socialni ali ekonomski položaj (WHO 2006).

V Sloveniji se nova zdravstvena reforma napoveduje že vrsto let, a vsa dosedanja prizadevanja niso pripeljala do večjih sprememb – ne na področju virov financiranja, ne na področju košarice pravic. Zadnja obsežnejša zdravstvena reforma je bila izvedena leta 1992 po kateri so sledile le manjše spremembe oziroma dopolnitve zakona. Danes zdravstveni sistem bremenijo dolge čakalne vrste na specialistične preglede in operacije ter finančna nevzdržnost glede na demografske trende ter posledično upad kakovosti zdravstvenih storitev. Tajnikar in drugi (2016) vidijo vzrok teh težav predvsem v univerzalnosti sistema in neomejenosti košarice pravic. Za primerjavo s Finsko sem se odločila, ker je to ena izmed predstavnic skandinavskih držav, slednje pa se velikokrat postavlja za zgled smeri razvoja življenjskega standarda. S tem diplomskim delom sem želela preveriti, ali je dopolnilno zdravstveno zavarovanje slovenska posebnost in kakšni so dodatni viri financiranja na Finskem.

Zaradi kompleksnosti zdravstvenega sistema se bom v diplomskem delu osredotočila le na en podsistem zdravstvenega sistema, na sistem zdravstvenega zavarovanja.

1.1 Cilji

Cilj diplomskega dela je predstaviti in analizirati sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji ter izpostaviti vzporednice in razlike v primerjavi s sistemom zdravstvenega zavarovanja na Finskem s poudarkom na načinih financiranja sistema:

- kakšni so viri financiranja;
- kolikšen delež bruto domačega proizvoda (BDP) je namenjen za zdravstvo;
- kakšen je delež javnega financiranja;
- kakšen je delež zasebnega financiranja;
- kakšen je delež prebivalstva, ki si ne more zgotoviti zdravstvene oskrbe;
- splošno zadovoljstvo z delovanjem sistema.

1.2 Raziskovalno vprašanje

Raziskovalno vprašanje zajema področje financiranja zdravstvenega sistema v Sloveniji in na Finskem. Zanima me kako pomemben vir financiranja zdravstvenega sistema predstavlja dopolnilno zdravstveno zavarovanje, kako se njegova vloga spreminja s časom ter kakšen pomen imajo zasebni viri pri financiranju finskega zdravstvenega sistema.

1.3 Metodologija oz. metode preučevanja

V diplomskem delu bo uporabljena kvalitativna metodologija v kombinaciji s kvantitativno analizo statističnih podatkov ter primerjalno analizo. Uporabljene bodo naslednje metode dela:

- analiza in interpretacija sekundarnih virov,
- analiza statistik,
- analiza pravnih virov,
- intervju.

Analizirati nameravam literaturo, ki govori o modelih zdravstvenih sistemov in modelih blaginje. Preko teh virov želim povzeti kratko zgodovino razvoja zdravstvenih sistemov. Analiza statističnih podatkov mi bo služila za primerjavo obeh držav in nato bom opredelila

tip zdravstvenega sistema posamezne države na podlagi analize pravnih virov. Zavedam pa se, da zaradi jezikovnih omejitev, finskih pravnih virov ne bom morala analizirati v širšem obsegu. Z intervjujem sem želela v diplomski prikazati tudi vidik komercialnih zavarovalnic in njihov pogled na nadaljnji razvoj zdravstvenega sistema.

2 OPREDELITEV OSNOVNIH POJMOV

2.1 Socialna politika, države blaginje in blaginjski trikotnik

Osnovna ideja socialne politike je zavarovati posameznika pred nesrečo in tveganji, ki se pojavijo v njegovem življenju. Zajema zelo široko področje in je del splošne razvojne politike, velikokrat se prepleta skupaj z ekonomsko politiko. Wilensky jo je opredelil z *deležem narodnega dohodka, ki ga posamezna država uporabi za socialnozdravstvene programe* (Rus 1990, 301). V manj razvitih državah predstavlja ta delež 2,5 % narodnega dohodka na prebivalca, v razvitih državah pa ta delež znaša 14 %.

Trbanc (1992) imenuje socialno politiko kot korektor tržnih mehanizmov. Ugotavlja tudi, da se uvrščajo po ozki opredelitvi (v večini ameriških avtorjev) v socialno politiko vsi tisti programi, s katerimi se zagotavlja minimalni standard na področjih zdravja, prehrane, stanovanja, izobraževanja – torej programi socialnega zavarovanja so namenjeni socialno šibkejšemu delu prebivalstva. Širše poimenovanje socialne politike zasledimo pri pretežno evropskih avtorjih, ki jo razumejo kot sklop politik in ukrepov, usmerjenih v reguliranje blaginje celotne populacije. Namen socialne politike je torej kvaliteto življenja celotnega prebivalstva in ne le skrb za socialno varnost ogroženega dela prebivalstva (Trbanc 1992).

Socialne politike so se pojavile kot odgovor na razvojne probleme sodobnih družb – aktualne socialne probleme, ki jih je prinesla industrijska revolucija in njen nadaljnji razvoj. Postopoma so se uvajali posamezni socialni programi in se širili na vse večji del prebivalstva. Le v nekaterih državah srečamo celovit koncept socialne politike: npr. v Nemčiji pri Bismarcku, na Švedskem pri Myrdalovi, v Rusiji pri Leninu in v Združenih državah Amerike pri Johnsonu (Rus 1990, 20).

Wilensky vidi »bistvo socialne države v tem, da slehernemu državljanu zagotovi kot politično pravico minimalne standarde, ki se nanašajo na dohodek, na prehrano, na zdravstveno varstvo, na izobraževanje, na stanovanje« (Rus 1990, 19).

Rus pravi, da ima socialna politika različno vlogo v vzhodnih in zahodnih državah. V vzhodnih državah naj bi poskušala vzpostaviti ponovno ravnovesje med civilno družbo in pravno državo; v zahodnih pa je njena vloga preprečiti vse večji prepad med materialno prerazvitostjo in duhovno nerazvitostjo (Rus 1990, 13). V grobem lahko socialno politiko ločimo na Anglo-Saksonsko in kontinentalno definicijo socialne politike. Anglo-Saksonska definicija se osredotoča na uspešnost in učinkovitost storitev, na to kdo zagotavlja storitve ter komu so izvajalci odgovorni. Gre torej za kolektivno zagotavljanje socialnih storitev na področju: izobraževanja, zdravstvene oskrbe, socialne varnosti. V ostalem delu Evrope pa se termin socialna politika povezuje z institucijami, odnosi na področju trga dela in pravicami delavcev. Socialna politika je kot okvir za dogovore med socialnimi parterji – delodajalci, sindikati in vlado. Kleinmann definira socialno politiko kot vladne intervencije, ki so oblikovane, da učinkujejo na posameznikovo obnašanje, nadzirajo vire ter vplivajo na ekonomski sistem, da bi na nek način oblikovale družbo. Sem vključuje vse politike, katerih namen je preprečiti, ublažiti in olajšati socialne posledice ekonomskega razvoja (Kleinmann 2002, 1). Socialno politiko lahko definiramo tudi kot vse aktivnosti, ki vplivajo na trg, vključno s politikami industrijskih odnosov, izobraževanja, poklicnih usposabljanj, družine, socialne varnosti in druge (Leibfried in Pierson v Kleinmann 2002, 1–2).

Glede na to, da je Slovenija del Evropske unije (EU) moramo gledati na pojem socialne politike tudi z vidika slednje.

Socialna politika v tradicionalnem pojmovanju je sklop institucionaliziranih ukrepov in programov, s katerimi država zagotavlja socialno varnost in blaginjo svojih državljanov. Gledano z vidika EU, je socialna politika sklop institucionalnih ukrepov, s katerimi institucije EU (ožji pomen) oziroma institucije EU ter države članice (širši pomen), zagotavljajo socialno varnost in blaginjo državljanom držav članic EU.

Poleg termina socialna država (ang. *social state*) se v literaturi srečamo tudi s terminom država blaginje (ang. *welfare state*). Velikokrat se termina uporabljata kot sopomenki. Zgodovinsko gledano se termin socialna država pojavi že pred drugo svetovno vojno ob

uveljavljanju različnih socialnih zavarovanj na državnih ravneh. Izhodišče socialne države je posameznik kot delavec. Njegove pravice so vezane na njegov dohodek, ki je nenehno izpostavljen tveganjem, ki izhajajo iz dinamike kapitalističnega načina proizvodnje. Socialna politika prevzema funkcijo zaščite in vzdrževanja dohodkov, kot osnovni instrument pa služijo nadomestna denarna izplačila. Sredstva za denarna nadomestila prispevajo delodajalci in delojemalci ter država. Gre torej za zavarovalni model socialne politike, katerega glavni cilj je zagotavljanje socialne varnosti. V nobenem primeru pa tu ne govorimo o izenačevanju družbenih razredov in slojev. Socialna država pušča sorazmerno veliko vlogo trgu pri alokaciji kot tudi evalvaciji delovnih resursov, nastopa le kot regulator horizontalne distribucije sredstev (Trbanc 1992, 97–98).

Termin država blaginje se je razvil po drugi svetovni vojni. Država blaginje izhaja iz posameznika kot državljana. Načelo socialne politike je socialno državljanstvo, katerega cilj je zagotavljanje nacionalnega minimuma različnih storitev in dobrin s strani države vsem državljanom pod enakimi pogoji. Posameznik ima enake pravice in možnost dostopati do socialnih storitev ne glede na to ali je zaposlen ali ni oziroma ni bil nikoli zaposlen. Socialna politika ima funkcijo socialne integracije na osnovi nadindividualne solidarnosti. Sredstva za neposredno oskrbo državljanov pridobi iz splošnih obdavčitev. Država blaginje regulira alokacijsko funkcijo trga z različnimi politikami, evalvacijsko pa s številnimi ukrepi redistribucije (Trbanc 1992, 98).

Delitev med socialno državo in državo blaginje je teoretično jasna. V praksi pa naletimo na zelo težko razmejevanje, saj se v socialnih politikah sodobnih držav prepletajo tako prvine zavarovalniške kot tudi blaginjske politike.

V 60-ih letih 20. stoletja je Richard Titmuss razvil tri modele blaginje (Kleinman 2002, 28–29):

- **rezidualni model** - država zagotavlja storitve in socialno varnost le v primeru, da tega ne zagotovita privatni trg in/ali družina. Intervencija države je začasna in omejena na marginalne skupine;
- **zaposlitveni oziroma industrijski model** – potrebe izhajajo iz dohodka, delovne uspešnosti ter produktivnosti;
- **institucionalni oziroma univerzalni model** – država je glavna institucija, ki zagotavlja vsem državljanom enake storitve pod enakimi pogoji.

V začetku 90-ih let 20. stoletja je Esping - Andersen na podlagi primerjave osemnajstih sodobnih kapitalističnih držav postavil eno najodmevnejših tipologij sodobnih režimov držav blaginje. Ugotovil je obstoj treh tipov režimov državne blaginje, ampak tudi opozoril, da čisti tipi blaginjskih režimov ne obstajajo in da nobena konkretna država v svojem sistemu blaginje nima zgolj lastnosti enega od teh tipov (Trbanc 1992, 100–101).

Prvi tip so **liberalne države blaginje**. Sem je kot tipične države tega tipa uvrstil Združene države Amerike, Kanado in Avstralijo. Socialna politika je osredotočena le na revni del prebivalstva oziroma tiste, ki imajo najnižje dohodke in so pogosto stigmatizirani; srednji in višji sloj si pravice zagotavljata v okviru privatnega sektorja/privatnih zavarovalnic, vloga države je minimalizirana. Država podpira trg pasivno z zagotavljanjem minimuma ali pa aktivno s subvencioniranjem zasebnih zavarovalniških shem. Število univerzalnih socialnih programov je majhno, socialno zavarovanje pa je skromno. Prizadevanja za širjenje socialnih pravic so vedno trčila ob tradicionalne, liberalne vrednote. V hipu, ko obstaja minimalna možnost, da bi posameznik izkoristil državno podporo oziroma se je odločil za le-to kot pa delo in zaposlitev, se blaginjo omeji. Zato so podpore zelo nizke, pogoji za pridobitev pa zelo ostri. Posledica tega je promoviranje družbene neenakosti (Trbanc 1992; Mandić 2008).

Drugo skupino predstavljajo **konservativno korporativistične države blaginje**. Kot značilne predstavnike te skupine je izpostavil Nemčijo, Avstrijo, Francijo in Italijo. Socialna politika temelji na socialnih zavarovanjih in ohranjanju tradicionalne vloge družine, saj se je razvila na osnovi močne cehovske tradicije in pod velikim vplivom Cerkve. V tej skupini držav prevladujejo predvsem konservativne vrednote in močan korporativizem, družba ni obsedena s tržno učinkovitostjo in državno jamčenje splošnih socialnih pravic ni bilo nikoli pod vprašajem. Za te države je značilno ohranjanje statusnih razlik, saj so socialne pravice neposredno vezane na razred in status, v katerem se nahaja posameznik. Poskusi države, da bi razredne razlike zmanjšala ali pa odpravila, so minimalni. Tržno zagotavljanje blaginje in zasebne zavarovalnice imajo tu manjšo vlogo. Družba deluje po načelu subsidiarnosti, kar pomeni, da država intervenira šele, ko družina izčrpa svoje zmožnosti dajanja podpore (Trbanc 1992, 100–101; Mandić 2008, 10).

Tretji tip blaginjskega sistema je poimenoval **socialnodemokratski tip države blaginje**. To skupino tvorijo skandinavske države, s Švedsko in Norveško kot najbolj tipičnima predstavnicama skupine. Načelo univerzalnosti in socialnih pravic zajema tudi srednji razred, glavna gonilna sila socialnih reform pa je močna social-demokracija. Promovirajo državo blaginje, ki zagotavlja enakost visokih standardov in neenakost minimalnih potreb, kar pomeni, da ne pristajajo na dualizem med državo in trgom ter delavskim razredom in srednjim razredom. Socialne ugodnosti in storitve so razvite do stopnje, ki ustreza tudi visokim standardom srednjega razreda. Takšen model socialne blaginje izstopa s trga, posledica tega pa je nastajanje univerzalne solidarnosti. Posamezniku torej omogoči emancipacijo od trga ter tudi od družine, saj neposredno prevzame odgovornost do otrok, ostarelih in nemočnih s socializacijo stroškov. Ideal je polna zaposlenost, saj se le tako minimalizirajo socialni problemi (Trbanc 1992, 101; Mandić 2008, 10).

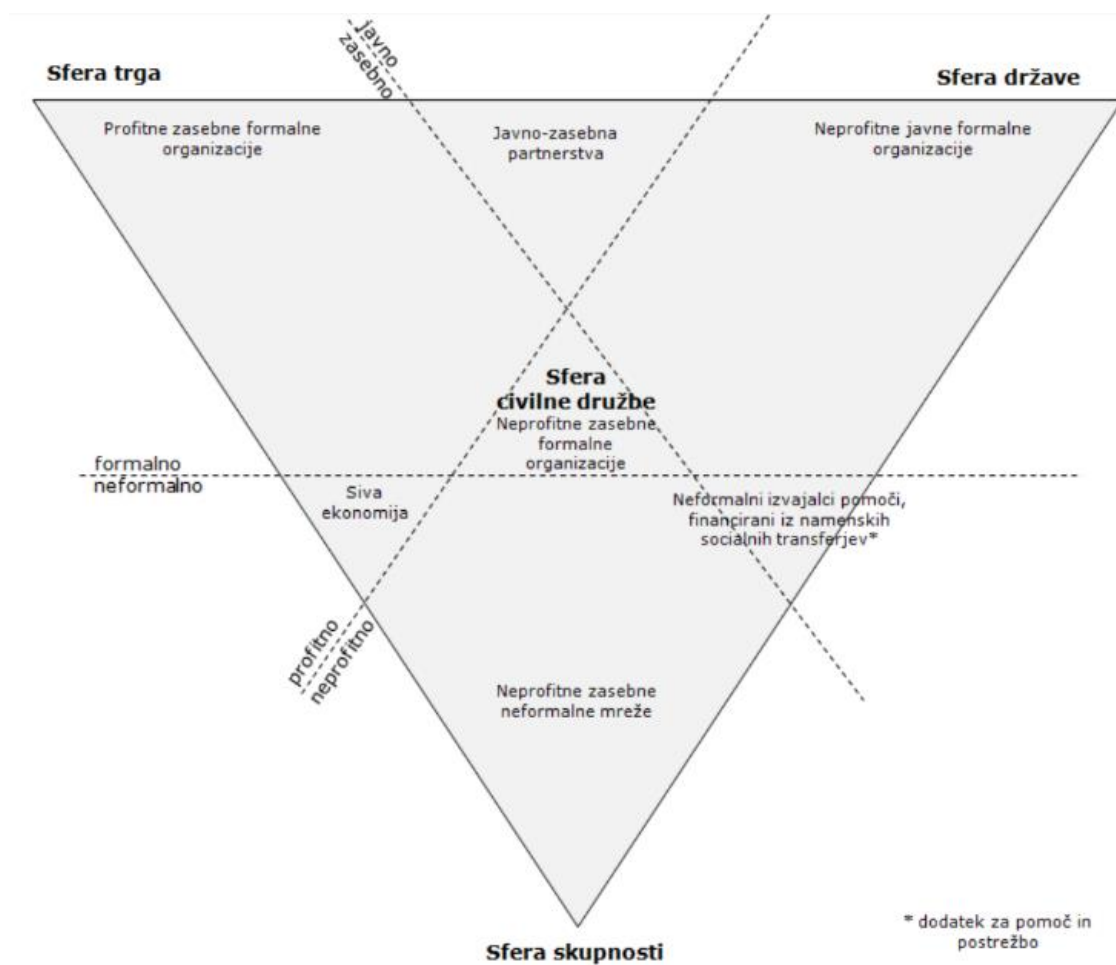
V poznejšem delu Družbene osnove postindustrijskih gospodarstev Esping - Andersen da večji poudarek družini in ne le trgu in državi. Družino analizira kot producenta in porabnika storitev (Mandić 2008, 12–13).

Potrebno pa je poudariti, da je Esping - Andersen v svojo primerjavo vključil zelo malo držav južne Evrope in nobene z vzhodnega dela Evrope. Pozneje je več avtorjev dopolnilno njegovo tipologijo s četrto – **mediteransko skupino** (npr. Allen in dr. 2004; Berthund in Iacovou 2004; Maitre in dr. 2005) (Mandić 2008, 8). Za ta model je značilna visoka stopnja odvisnosti od družine in prijateljev. Sistem socialne varnosti in družinska politika sta zelo slabo razvita, temeljita na korporativizmu, kjer delodajalec nosi glavno breme za prispevke za podporo. Pri drugih avtorjih zasledimo nekoliko drugače definirane skupine.

Razumevanje režimov blaginje v smislu treh virov – država, trg, družina – se je dopolnilo s tretjim sektorjem (glej Slika 2.1), v katerega uvrščano nevladne, neprofitne organizacije. V začetku devetdesetih let dvajsetega stoletja je Pestoff oblikoval model blaginjskega trikotnika. Trikotnik prikazuje sodobno sfero, iz katere posamezniki pridobivajo sredstva za zadovoljevanje potreb in je splošno sprejet pristop k analizi družbe. Sodobno družbo deli na tri sfere – sfero trga, sfero države in sfero civilne družbe (družina). Vsaka iz med teh sfer predstavlja tri različne principe prevzemanja družbenih tveganj, vsaka sfera deluje preko svojega instrumenta oziroma mehanizma – za trg je to denar, za državo je to moč redistribucije, za civilno družbo pa solidarnost oziroma recipročni odnosi (Kolarič 2002, 15).

Te tri sfere so funkcionalni ekvivalenti in se zato vzajemno nadomeščajo, kar pomeni, da kjer prenehata delovati država in družina, začne delovati trg. Na mikro nivoju je blaginja posameznikov odvisna od njihove lastne sposobnosti združevanja inputov vseh treh sfer. Na makro nivoju je blaginjska produkcija vsake posamezne komponente odvisna od drugih dveh (Hvalič Touzery 2007, 111). Bistvo trikotnika blaginje je torej, da se pri zagotavljanju socialne varnosti in socialne blaginje dopolnjujejo storitve države, trga in civilne družbe, ki med seboj tudi tekmujejo.

Slika 2.1: Blaginjski trikotnik



Vir: Kobal Tomc (2014, 5).

2.2 Zdravstveni sistem

S pojmom sistem se srečujemo vsakodnevno na različnih področjih. Največkrat je govora o potrebah po spremembah v sistemih, pomanjkljivostih v sistemih, zastarelosti sistemov, neučinkovitosti sistemov ipd. Vse te opise lahko povežemo tudi s zdravstvenim sistemom oziroma sistemom zdravstvenega zavarovanja.

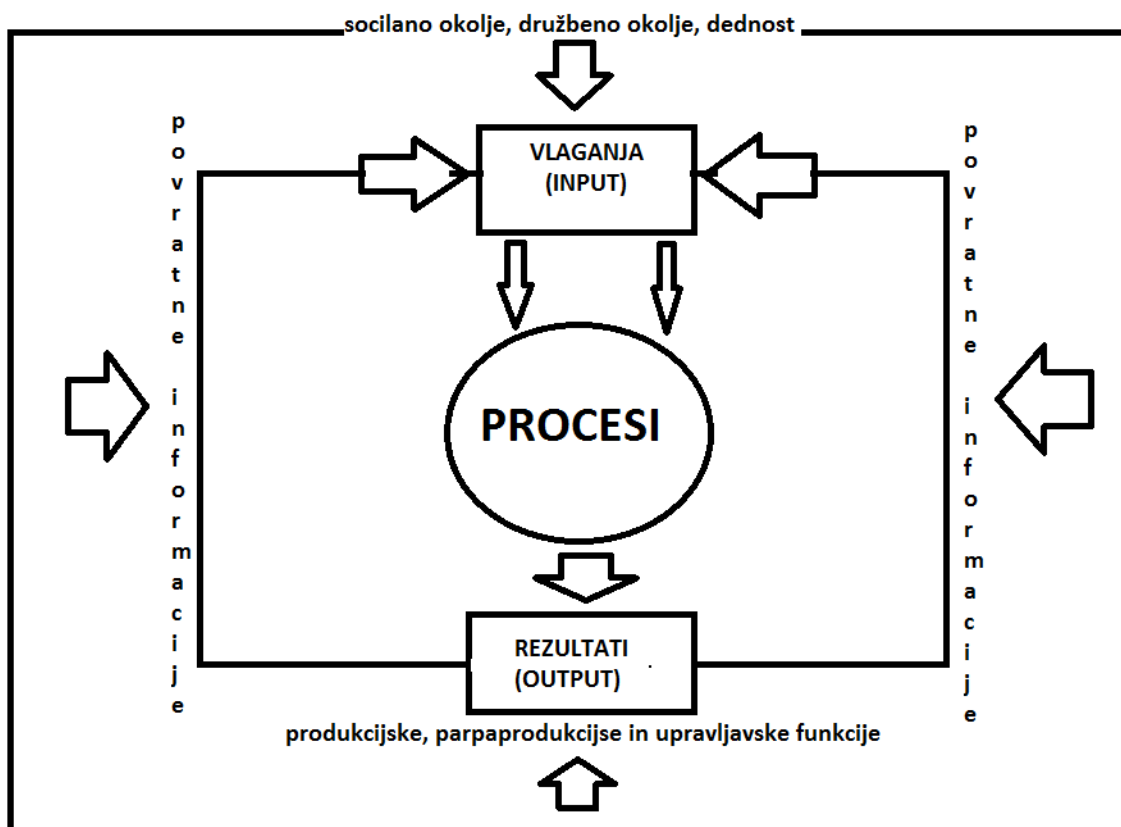
V teoriji poznamo več definicij samega pojma sistem. Ludwig von Bertalanffy je avtor splošne teorije sistemov in opredeljuje sistem kot celoto sestavljeno iz soodvisnih in interaktivnih elementov oblikovano za uresničitev določenega cilja (von Bertalanffy 1968). Roemer opisuje zdravstveni sistem kot kombinacijo virov, organizacij, financiranja in upravljanja, katere cilj je zagotavljanje zdravstvenih storitev za prebivalstvo. Svetovna zdravstvena organizacija je podala širšo definicijo, saj zdravstveni sistem vidi kot vse aktivnosti, katerih primarni namen je spodbujati, obnavljati ter ohranjati zdravje. Najširša definicija zdravstvenega sistema je pojmovanje zdravja kot fizičnega, duševnega in socialnega blagostanja. Lahko rečemo, da sistem zajema celotno dejavnost človeštva in vse dejavnike okolja, ki vplivajo na zdravje, torej celotno politiko in prizadevanja za izboljšanje zdravja (Letica 1989, 14).

Svetovna zdravstvena organizacija (2000, 5) je na novo opredelila svoj glavni namen v lastni opredelitvi zdravstvenega sistema, ki ga razume kot *"vse dejavnosti, katerih glavni namen je spodbujati, obnavljanje in ohranjanje zdravja."* V zadnjih letih se je pojem "namen" razširil in vključuje preprečevanje revščine v gospodinjstvu zaradi bolezni. Na zdravstveni sistem vplivajo številni zunanji dejavniki; to so npr. revščina, izobraževanje, infrastruktura in širše družbeno in politično okolje. Zaradi svoje odprtosti zunanjim vplivom, je zdravstveni sistem znan kot odprti sistem. Mnogi deli sistema zdravstvenega varstva delujejo na številnih ravneh. Manjši sistemi so lahko samostojni, a imajo bolj omejen obseg kot tisti, ki sodelujejo pri vodenju klinike ali upravljanju zdravstvenega informacijskega sistema. Večji sistemi lahko vključujejo zблиževanje različnih manjših sistemov (npr. ambulant, bolnišnic, zdravstvene preventive, promocije zdravega načina življenja...), da zagotovijo skladnost na lokalni ali na nacionalni ravni. Glede na namen in obseg zdravstvenega sistema neke države, le-tega ne moremo učinkovito voditi centralizirano, saj spremembe v sistemu niso natančno predvidljive (tudi če izgleda, da se nekateri deli sistema obnašajo predvidljivo). Vzrok tega je deloma v ljudeh in organizaciji, saj se ti nenehno učijo, razvijajo in prilagajajo spremembam, deloma pa

v nenehnem pojavljanju reorganizacije v zdravstvenih sistemih. Te značilnosti so privedle sistemske managerje k opisu zdravstvenih sistemov kot kompleksnih prilagodljivih sistemov (Plsek 2001). Razumevanje zdravstvenih sistemov kot kompleksnih prilagodljivih sistemov ima pomembne posledice pri oblikovanju pristopov, ki prispevajo k izboljšanju zdravstvenih rezultatov. Posamezne dele in funkcije zdravstvenega varstva lahko interpretiramo neodvisno. Vendar lahko več naredimo za izboljšanje zdravja ljudi, če te enote sestavimo in interpretiramo skupaj.

Sistemsko gledano (glej Slika 2.2) predstavlja zdravstveni sistem družbeni mehanizem, ki spreminja splošne človeške, materialne in finančne vire (ang. *input*) v specializirane zdravstvene storitve (ang. *output*) in te naprej v zdravstvene rezultate (ang. *outcome*), ki so osredotočeni na izboljšanje javnozdravstvenega stanja družbe (Field 1973; Česen 1998).

Slika 2.2: Sistemsko okolje



Vir: Toth (1998, 96).

Zdravstveno varstvo je sistem »...družbenih, skupinskih in individualnih dejavnosti, ukrepov, storitev, ki se nanašajo na eni strani na krepitev, ohranjanje, vračanje in varovanje zdravja, po drugi strani pa na preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni, njihovo pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih ali poškodovanih« (Strmčnik v Vončina 2014, 114).

Cilj zdravstvenega sistema je skrb za zdravje ljudi. Elementi zdravstvenega sistema so:

- zdravstvena politika,
- zdravstvena dejavnost,
- zdravstveno zavarovanje,
- izobraževanje in usposabljanje,
- medicinska znanost in zdravstvene tehnologije (Česen 1998, 10).

Sestavine sistema zdravstvenega varstva lahko razdelimo tudi na dve temeljni skupini in sicer na pravne in institucionalne sestavine. Pravne sestavine predstavljajo zakoni, podzakonski akti in pravni predpisi, med institucionalne sestavine pa štejemo državne organe kot npr. ministrstvo za zdravje (Vončina 2014, 114).

Ko govorimo o sistemu zdravstvenega varstva, je potrebno ločiti med **primarnim** in **sekundarnim** zdravstvenim varstvom. Pod pojmom primarno zdravstveno varstvo govorimo o zdravstvenem varstvu v širšem pomenu besede, kar pomeni, da je to celota vseh najrazličnejših dejavnosti in ukrepov vseh državnih in družbenih institucij, katerih naloga je ohranjati, krepiti, napredovati, utrjevati in varovati zdravje. To lahko razumemo kot dejavnost vseh in vsakogar. Zdravstveno varstvo v ožjem pomenu besede oziroma tako imenovano sekundarno zdravstveno varstvo je dejavnost organiziranih državnih, javnih in zasebnih institucij, ki se ukvarjajo s problematiko poškodb in bolezni (Vončina 2014, 114).

2.3 Modeli sistemov zdravstvenega varstva v Evropi

Evropske države so med prvimi v svetu razvile sisteme zdravstvenega varstva. Ostale države so jih postopoma začele posnemati oziroma so povzele posamezne rešitve in jih prilagodile svojim političnim, kulturnim in ekonomskim razmeram. Vsem evropskim državam je skupno, da je zdravstveno varstvo opredeljeno kot javni interes države, posledica tega je tudi, da

prevladujejo javno finančna sredstva nad zasebnimi. Najosnovnejša tipologija je delitev na tri skupine (OECD 1987):

- socialno zdravstveno zavarovanje (ang. *the social health insurance - SHI*),
- Nacionalna zdravstvena služba (ang. *the National Health Service - NHS*),
- zasebna zdravstvena zavarovanja (ang. *private health insurance - PHI*).

Pogosto pa zasledimo (Karjalainen 1998; Toth 2003; Stevens v Pescosolido 2011) tudi delitev modelov zdravstvenega varstva na tri skupine poimenovane po njihovih predlagateljih oziroma nosilcih ideologije ter na tržni model. V Evropi so se razvili prvi trije modeli, tržni model pa je predvsem značilen za gospodarsko nerazvite in revne države.

- **Bismarckov model** z več kot 130-letno tradicijo je nastal konec 19. stoletja v Nemčiji. Financiranje zavarovanja poteka s plačevanjem prispevkov delodajalcev ter delojemalcev. Deluje na načelu vzajemnosti oziroma solidarnosti. Država skrbi za izvajanje zakona in za nemoteno delovanje zavarovanja, za izvajanje administrativnih, organizacijskih in upravljaljskih nalog pooblasti nižje ravni (bolniške blagajne). Bolniškim blagajnam je prepuščena tudi funkcija pogajalca s predstavniki izvajalcev o cenah zdravstvenih storitev. Ta model imenujemo tudi model socialnega zdravstvenega zavarovanja.
- **Beveridgev model** je bil najprej vzpostavljen v Veliki Britaniji leta 1948. Glavni nosilec zdravstvenega zavarovanja je Nacionalna zdravstvena služba, ki predstavlja specifično organizacijo zdravstvenih dejavnosti na vseh ravneh. Sistem se financira iz proračuna oziroma davkov.
- **Semaškov model** se je razvil v prvi polovici 20. stoletja v Sovjetski zvezi. Celotne stroške zdravstvenih storitev krije država iz proračuna s centralnim planom. Zdravstvena služba je v celoti podržavljena, zasebna dejavnost ni dovoljena.
- **Tržni model** je med gospodarsko razvitimi državami moč najti le v Združenih državah Amerike. Denar ureja večino odnosov, saj je glavno načelo ponudba in povpraševanje po zdravstvenih storitvah in dejavnosti. Skrb za zdravje je tako prepuščena posamezniku in njegovim zmožnostim plačati zdravljenje oziroma premijo za eno izmed prostovoljnih zavarovanj (Toth 2003, 145–148, 214).

Tabela 2.1: Merila za razvrščanje sistemov v idealne modele

	Bismarckov m.	Beveridgev m.	Semaškov m.	Tržni m.
financiranje	Prispevki	Davki	centralni, državni proračun	zasebna sredstva
upravljanje	samoupravno	državni organi, občine	centralna vlada	zasebna združenja, agencije
sprejemanje odločitev o pravicah zavarovancev	organi upravljanja bolniških blagajn	državni organi	državni organi	temelji na načelu povpraševanja in ponudbe
solidarnost, vzajemnost	absolutna	Absolutna	absolutna	ne obstaja
planiranje področja	država in nosilci zavarovanj	Država	država	trg
Vključenost	vse prebivalstvo	vse prebivalstvo	vse prebivalstvo	vse prebivalstvo

Vir: Toth (2003, 148).

Poleg zgoraj omenjene tipologije je v uporabi še veliko drugih; večina se jih je razvila na podlagi opazovanja obstoječih zdravstvenih sistemov Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD). Böhm in drugi (2012) so naredili pregled nad dosedanjimi tipologijami. Ugotovili so, da se tipologije medsebojno razlikujejo predvsem glede na to, katere kriterije opazujemo pri analiziranju sistemov ter ali izhajamo iz teoretičnega koncepta na praktične primere oziroma obratno iz praktičnih primerov oblikujemo modele. Wendt (2014) je izpostavil problematiko, da ni določenih enotnih meril pri preučevanju zdravstvenih sistemov, kateri bi služili kot začetni okvir kategorizacije zdravstvenih sistemov. Field (Wendt 2009; Böhm in drugi 2012) je med prvimi leta 1973 oblikoval idealne tipe zdravstvenega sistema. Preučeval je dva vidika – lastnino in zdravniško avtonomijo, na podlagi katerih je oblikoval štiri idealne tipe pluralistični zdravstveni sistem, zdravstveno zavarovalni sistem, sistem zdravstvene službe in socialni zdravstveni sistem. Različni avtorji so se osredotočali na različne kriterije in oblikovali bolj ali manj podobne tipologije (glej Tabela 2.2).

Študija	Merila/dimenzije	Tipi zdravstvenih sistemov
Field (1973)	<ul style="list-style-type: none"> • lastništvo • avtonomija zdravnika 	<ul style="list-style-type: none"> • pluralistični zdravstveni sistem • zdravstveno zavarovalni sistem • sistem zdravstvene službe • socialni zdravstveni sistem
Terris (1978)	<ul style="list-style-type: none"> • glavna organizacijska enota 	<ul style="list-style-type: none"> • javna asistenca • zdravstveno zavarovanje • nacionalna zdravstvena služba
Frank in Donabedian (1987)	<ul style="list-style-type: none"> • državni nadzor nad produkcijo zdravstvenih storitev • osnova upravičenosti prebivalstva do storitev 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 tipov pokritosti zdravstvenega sistema
OECD (1987)	<ul style="list-style-type: none"> • pokritost • financiranje • lastništvo 	<ul style="list-style-type: none"> • model nacionalne zdravstvene službe • model socialnega zavarovanja • model privatnega zavarovanja
Wendt, Frisina in Rothgang (2009)	<ul style="list-style-type: none"> • financiranje • regulacija • zagotavljanje storitev 	<ul style="list-style-type: none"> • 27 kombinacij tipov zdravstvenega sistema • od teh 3 idealni tipi

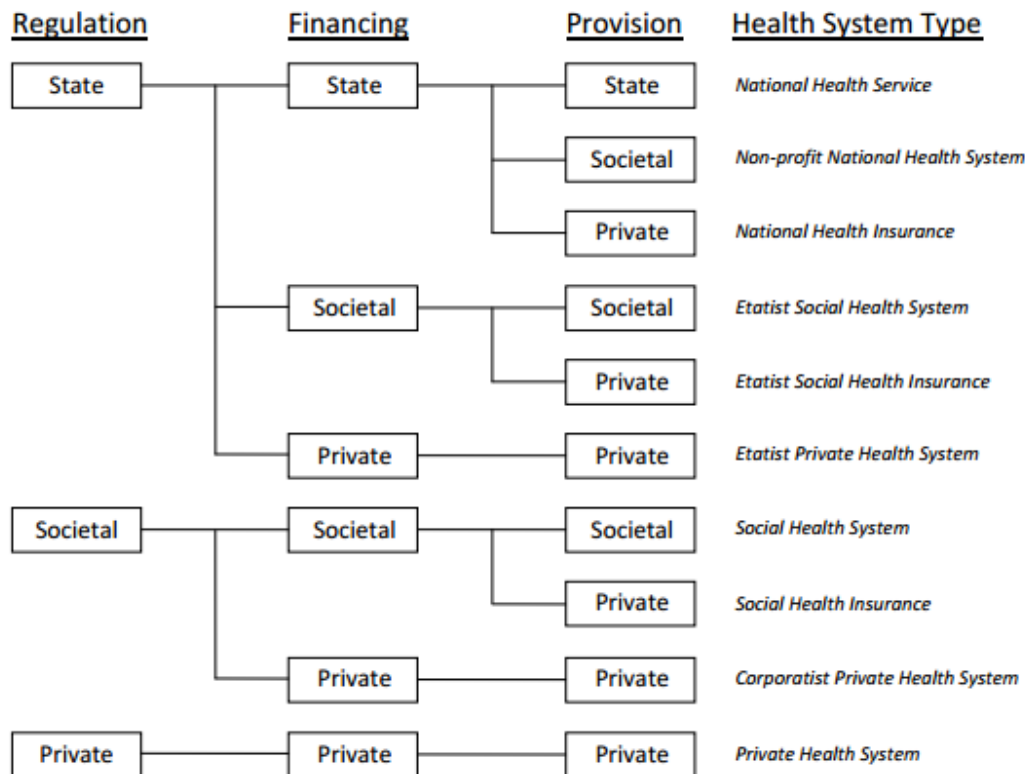
Tabela 2.2: Tipologije

Vir: prirejeno po Wendt in drugi (2009).

Wendt (2014) je postavil tipologijo, na podlagi katere lahko tudi lažje analiziramo spremembe sistemov zdravstvenega zavarovanja. Izpeljal je 27 kombinacij zdravstvenih sistemov na podlagi treh kriterijev (glej Tabela 2.2) znotraj posameznega kriterija lahko dominirajo ali družba, država ali zasebni sektor. Oblikujejo se tudi trije idealni tipi, kar pomeni, da določena institucija dominira v vseh treh kriterijih. Če sistem v vseh treh dimenzijah temelji na državi, dobimo državni zdravstveni sistem, če temelji na družbi, je to družbeni zdravstveni sistem, ko pa je osnova vseh treh zasebni sektor govorimo o privatnem zdravstvenem sistemu. Böhm in drugi (2012) so število kombinacij omejili na bolj verjetne tipe (glej Slika 2.3) ter na podlagi

kriterijev umestili države OECD v postavljene kombinacije. Finsko so uvrstili v tip nacionalne zdravstvene službe, za katero je značilno, da je v vseh treh dimenzijah najbolj izrazita država. Slovenijo so avtorji umestili v teoretično manj mogoč tip, ki je v praksi družbeno osnovan mešan tip, za katerega je značilno, da sta reguliranje in financiranje v domeni družbe, zdravstvene storitve pa zagotavlja država.

Slika 2.3: Tipi zdravstvenih sistemov



Vir: Böhm in drugi (2012).

Na podlagi postavljene tipologije Wendt (2014) izpeljal tri vrste sprememb zdravstvenih sistemov:

- sistemska sprememba – sistem se spremeni iz enega idealnega tipa v drugega;
- notranja sprememba sistema – glavni akter se spremeni samo v eni dimenziji;
- zunanja sprememba nivoja – temeljni akter ostaja isti, spremenita se ena ali dve dimenziji.

2.4 Sistem zdravstvenega zavarovanja

Zdravstveno zavarovanje je le en izmed finančnih virov zdravstvenega varstva. Med finančne vire spadajo še:

- sredstva zbrana iz splošnih in/ali posebnih davkov (proračuna);
- razne donacije;
- sredstva družin in posameznikov;
- plačila raznih podjetij.

V državah s socialnim zdravstvenim zavarovanjem zagotavljajo sredstva za zdravstvene programe nosilci zdravstvenih zavarovanj. To pomeni, da se sredstva zbirajo s prispevki delodajalcev, delojemalcev in ostalih zavezancev, katere določa zakon. To so tako imenovana namenska sredstva za zdravstveno varstvo in se ne porabijo za kakršnekoli druge namene. Države se glede razmerja med obveznostjo delodajalcev in delojemalcev lahko zelo razlikujejo.

Za velike države je značilno, da ima vsak nosilec zdravstvenega zavarovanja lastno prispevno stopnjo. V nekaterih državah je le-ta absolutna, v drugih pa se jo določi v soglasju s parlamentom, vlado in ministrstvom za zdravje ali finance. Največkrat se srečamo s kombiniranim načinom financiranja. Država zagotovi namenska sredstva v okviru proračuna za investicije v infrastrukturo in opremo, za izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev, za spodbujanje znanstvene in raziskovalne dejavnosti ter preventivnih programov (preprečevanje nalezljivih bolezni, boj z zasvojenostjo, promoviranje zdravega načina življenja), za plačilo prispevkov oseb, katere same tega zaradi socialnih razlogov ne zmorejo plačati ali so pa tega po zakonu oproščene ter določene druge naloge, ki so določene v zakonih. Te obveznosti so lahko različno razporejene med državno, regijsko ali lokalno raven.

Poleg sredstev iz nacionalnih zdravstvenih zavarovanj oziroma zdravstvenih blagajn in proračuna v veliki večini držav obstajajo tudi sredstva prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki jih izvajajo profitne ali pa neprofitne zavarovalne združbe (Toth 2003, 98).

Zdravstveno zavarovanje je posebna oblika zavarovanja, ki lajša finančno breme v primeru sprememb v posameznikovem zdravju zaradi nezgode ali bolezni (Barrs in Prichard v Povše in Bohinc 2004, 16).

Obvezno zdravstveno zavarovanje nudi vsem osebam enakopraven dostop do storitev in programov zdravstvenega varstva (Česen 1998, 64). Obvezno zdravstveno zavarovanje delimo na več oblik glede na načela po katerih se zagotavljajo zdravstvene storitve:

- Načelo zagotavljanja zdravstvenih dajatev v naravi - za te sisteme je značilno, da nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja zdravstvene dajatve zagotovi sam neposredno v zadostnem in gospodarnem obsegu lahko pa pooblasti druge. Zavarovana oseba je uporabnik že zagotavljenih zdravstvenih dajatev. Sistem je naravnano k zaščiti zavarovanih oseb pred neposredno finančno obremenitvijo.
- Načelo povrnitve stroškov – v teh sistemih je značilno, da si zavarovane osebe morajo same poiskati ustrezne zdravstvene dajatve in uporabiti lastna finančna sredstva. Od nosilca zdravstvenega zavarovanja nato zahtevajo povrnitev stroškov. Značilnost teh sistemov je odsotnost funkcije nadzora in upravljanja izvajanja zdravstvenih dajatev, tako da nosilec nastopa le kot plačnik. Nemoč zavarovanih oseb rešujejo vzajemne zdravstvene službe, ki delujejo po načelu zagotavljanja zdravstvenih dajatev v naravi in velikokrat delujejo kot posrednik med obveznim zavarovanjem in zavarovanimi osebami. V posebnih okoliščinah pa lahko tudi v sistemih z načelom zagotavljanja zdravstvenih dajatev v naravi zavarovane osebe izberejo povračilo stroškov.
- Denarne dajatve – predstavljeni načeli zgoraj sta zelo nepraktični in zapleteni v primeru izpada dohodka zaradi bolezni ali nesreče. Zato se je v primerih za daljše odsotnosti z dela zaradi bolezni oblikovalo nadomestilo od plače kot abstraktna dajatev primerljiva preteklim dohodkom, ki zadostuje za pokritje nastalih zavarovančevih potreb (Strban 2005, 35–41).

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja so:

- **Dopolnilno zdravstveno zavarovanje** (ang. *residual insurance*) je zavarovanje, v katerega se vključujejo tisti posamezniki, ki so na podlagi zakona ali podzakonskih aktov zavezanci za doplačila pri uporabi zdravstvenih storitev, katere v predpisanem deležu krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Zavarovanje torej krije plačilo dela priznane vrednosti zdravstvene storitve, ki ga ne pokrije obvezno zdravstveno zavarovanje.
- V **nadomestno zdravstveno zavarovanje** (ang. *substitutive insurance*) se vključijo posamezniki, ki zaradi različnih vzrokov nimajo pravic iz obveznega zdravstvenega

zavarovanja oziroma sistema nacionalnega zdravstvenega varstva. Posledično morajo te osebe pokrivati stroške zdravljenja iz svojega premoženja ali pa se prostovoljno zavarujejo in so le-ti stroški pokriti iz zavarovanja.

- **Z dodatnim zdravstvenim zavarovanjem** (ang. *supplementary insurance*) se zavarujejo posamezniki, ki imajo potrebo po uveljavljanju zdravstvenih storitev, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne zagotavlja;
- **Vzporedno zdravstveno zavarovanje** (ang. *alternative/parallel insurance*) zavarovancem krije stroške zdravstvenih storitev, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje krije delno ali pa v celoti, a jih zavarovane osebe uveljavljajo po drugih poteh oziroma ob drugih pogojih kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje (Vončina 2014, 122).

3 SISTEM ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI

3.1 Splošno o Sloveniji

Socialno varnost v Republiki Sloveniji urejajo zakoni in podzakonski akti, ki temeljijo na pravicah zapisanih v Ustavi Republike Slovenije (URS). Ustava v 2. členu opredeljuje, da je Slovenija pravna in socialna država. V Ustavi je tudi zapisana pravica do socialne varnosti (URS, 50. čl.) in pravica do zdravstvenega varstva (URS, 51. čl.). Sistem socialne varnosti temelji na vzajemnosti in medgeneracijski solidarnosti. Državljeni uresničujejo pravico do socialne varnosti prek zakonov, ki urejajo sistem socialnega zavarovanja. K uresničevanju pravic iz naslova socialne varnosti pa državljani prispevamo s plačevanjem prispevkov.

Temeljni zakoni, ki urejajo področje sistema zdravstvenega zavarovanja so:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ),
- Zakon o prispevkih za socialno varnost,
- Zakon o davčnem postopku,
- Zakon za uravnoteženje javnih financ (ZUJF).

Začetki zdravstvenega zavarovanja na Slovenskem segajo v drugo polovico 19. stoletja. Tako kot druge predele Evrope je tudi slovensko ozemlje zajela industrializacija in posledica le-te je bil tudi težek položaj delavcev. Delavec, ki se je poškodoval, je bil odsoten z dela, ni prejemal mezde, bil je materialno ogrožen in z njim je bila ogrožena tudi njegova družina. Po

zgedu Nemčije je Avstro-Ogrska monarhija sprejela leta 1888 Zakon o obveznem bolniškem zavarovanju. Že v naslednjem letu je bila v Ljubljani ustanovljena okrajna bolniška blagajna in kmalu so sledili zgedu tudi ostali večji kraji. Zavarovanci bolniških blagajn so imeli prvič v zgodovini pravico do denarne pomoči v času odsotnosti z dela (Košir in Mencej 1992, 5). Nekoliko drugače je bilo le v Prekmurju, saj je tam veljala ogrska zakonodaja. Obvezno zavarovanje je bilo na tem področju uvedeno šele leta 1891 (Strban 2005, 22).

Zavarovanci so imeli, poleg pravice do denarnega nadomestila za čas odsotnosti z dela, tudi pravico do medicinske oskrbe, porodniške pomoči, zdravil, zdravstvenih pripomočkov, omejenega zdravljenja v bolnišnici, enkratne denarne pomoči materam ob rojstvu in pogrebne. Pravice so imeli le zaposleni, ne pa tudi njihovi družinski člani (Strban 2005, 22–23).

Po prvi svetovni vojni je Slovenija postala del nove države Kraljevine Srbov, Hrvatov in Slovencev. Slovenija je imela za tedanji čas dober sistem zdravstvenega zavarovanja, a se je njegov razvoj ustavil. V Ljubljani so ustanovili enotno bolniško blagajno za vso Slovenijo. Zakon o zavarovanju delavcev je prinesel tudi nekatere spremembe na področju pravic. Delavci so imeli pravico do kopeli v termalnih zdraviliščih in pravice do zdravstvenih dajatev družinskih članov zavarovanca, če so z njimi živeli v skupnem gospodinjstvu in niso imeli dohodka. Financiranje se je zagotovilo s plačevanjem prispevkov, ki so jih v enakih delih plačevali zavarovanci in delodajalci. Iz zakona pa so bili izvzeti državni uslužbenci, rudarji, železničarji, kmetje in še nekateri drugi (Košir in Mencej 1992, 6; Strban 2005, 24–25). Največji dosežek v tem obdobju je razvoj javnega zdravstva, organizacije preventivnega in primerne zdravstvenega varstva (Košir in drugi 1998, 19).

Do večjih sprememb na področju socialnega zavarovanja je prišlo šele po drugi svetovni vojni. Zdravstveno zavarovanje so izločili iz skupnega sistema socialnega zavarovanja z uveljavitvijo Zakona o zdravstvenem zavarovanju delavcev in uslužbencev leta 1955. Nekatere skupine oseb kot so npr. umetniki, odvetniki, kmetje... so imele zavarovanje urejeno s posebnimi pogodbami in zakoni (Strban 2005, 27–28).

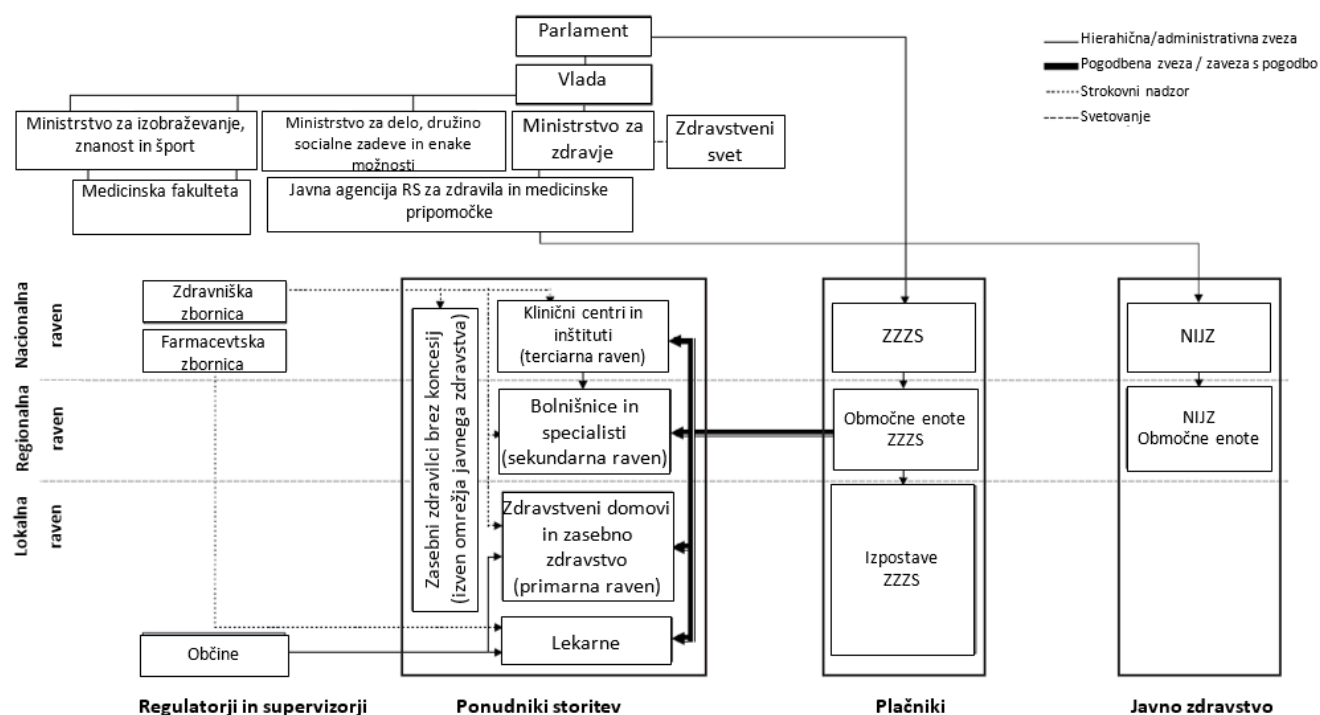
Obdobje med leti 1980 in 1992 velja za obdobje utopičnosti, saj se je zdravstveno zavarovanje izvajalo v okviru koncepta nacionalnega zdravstvenega varstva – vsem so zagotovljene vse pravice. Zaradi socialističnega upravljanja je prišlo tudi do decentralizacije nalog in

financiranje iz republiške ravni se je razdelilo na medobčinsko in občinsko raven (Strban 2005, 29).

Sedanji veljaven Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je bil sprejet leta 1992 in določa pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, smrti ali poroda (ZZVZZ, 3. odstavek 1.čl.). Predstavljala najobsežnejšo reformo zdravstvenega sistema po osamosvojitvi, saj je bilo z njim ponovno uvedeno zdravstveno zavarovanje in s tem odpravljen nacionalno vodjenje zdravstvenega sistema. Glavni razlog za reformo je bila finančna nevzdržnost sistema, saj je bilo zadnje obdobje pred uvedbo reforme zaznamovano z nelikvidnostjo, velikimi izgubami v zdravstvu, katere so že mejile na finančni zlom sistema (Košir 1998, 21).

V Sloveniji imamo obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja (glej Slika 3.1) je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), prostovoljno zavarovanje pa izvajajo komercialne zavarovalnice. Večinski delež prostovoljnih zavarovanj predstavlja dopolnilno zdravstveno zavarovanje (DZZ), katerega tržijo Adriatic Slovenica d.d. od leta 1992, Vzajemna d.v.z. od leta 1999 in pa Zdravstvena zavarovalnica Triglav d.d. od leta 2003.

Slika 3.1: Organiziranost slovenskega zdravstvenega sistema



Vir: Albreht in drugi (2016, 17).

Obvezno zavarovanje obsega:

- zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela;
- zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni;
- plačilo zdravstvenih storitev;
- nadomestilo plače med začasno zadržanostjo z dela;
- povračalo potnih stroškov v povezavi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Pravica do pogrebnine in posmrtnine je bila iz zakona izključena s 01. 01. 2014.

Zavarovane osebe so zavarovanci in njihovi družinski člani. Zakon podrobno navaja 25 kategorij oseb, ki so opredeljene kot zavarovanci.

Zakon določa, da je obseg zdravstvenih pravic odmerjen v odstotku od vrednosti storitev. V nekaterih primerih so zdravstvene storitve krite v celoti (100 %) v drugih primerih pa le v določenem odstotku. Razliko do polne vrednosti storitve morajo zavarovane osebe doplačati same, lahko se pa prostovoljno zavarujejo z DZZ. V zakonu so tudi izjeme, katerim Republika Slovenija krije doplačilo iz proračunskih sredstev – prevzame plačevanje DZZ. Zakon določa izjeme v 7. členu ZZVZZ (vojaški invalidi, civilni invalidi vojne, prejemniki denarne socialne pomoči, zaporniki ipd.).

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem je zagotovljeno zavarovanim osebam plačilo zdravstvenih storitev:

- v celoti (100 %): sistematični in preventivni pregledi, obvezna cepljenja, zdravljenje in rehabilitacija otrok do 15. leta starosti oziroma največ do 26. leta, če se šolajo; nujna medicinska pomoč; zdravljenje in rehabilitacija zaradi poškodbe pri delu in poklicnih boleznih; zdravstveno varstvo žensk v povezavi z načrtovanjem družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom itd.;
- najmanj 90 % vrednosti: presaditve organov in druge najzahtevnejše operacije; zdravljenje v tujini; radioterapija, dializa in drugi najzahtevnejši diagnostični terapevtski in rehabilitacijski posegi;

- najmanj 80 % vrednosti: zmanjšanje neplodnosti, umetna oploditev, sterilizacija; specialistične ambulante, bolnišnično in zdraviliško zdravljenje za poškodbe, katere niso nastale izven dela; zdravljenje zobnih in ustnih bolezni; medicinski pripomočki itd.;
- najmanj 70 % vrednosti: zdravljenje poškodb izven dela za specialistično ambulante, bolnišnične, zdraviliške storitve; nekatera zdravila s pozitivne liste itd.;
- največ 60 % vrednosti: ne nujni reševalni prevozi; zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;
- največ 50 % vrednosti: zdravila in živila z vmesne liste; zobno protetično zdravljenje odraslih; medicinski pripomočki za izboljšanje vida odraslih.

Točno višino odstotka kritja vrednosti določi ZZZS v soglasju z Vlado Republike Slovenije. Višina odstotka kritja se razlikuje glede na posamezne vrste storitev ali na vrsto bolezni. V preteklosti so bile posamezne kategorije odstotkov nekoliko višje, s 01. 06. 2012, ko je v veljavo stopil ZUJF, pa je prišlo do spremembe.

Poleg pravice do zdravstvenih storitev imajo nekateri zavarovanci tudi pravico do denarnih dajatev. Pravico do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela imajo zavarovanci iz 1., 2., 3., 4., 5., 6. in 8. točke prvega odstavka 15. člena zakona ZZVZZ in zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena zakona ZZVZZ, če plačujejo prispevek od osnove določene za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. To so zaposleni, lastniki podjetij, samostojni podjetniki, vrhunski športniki in pod določenimi pogoji tudi kmetje.

Nadomestilo plače pripada zavarovancem v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja od prvega delovnega dne zadržanosti od dela v naslednjih primerih: presaditev živega tkiva in organov v korist druge osebe; posledice dajanja krvi; nega ožjega družinskega člana; izolacija in sprejemstvo, ki ju odredi osebni zdravnik, poškodba pri delu ali poklicna bolezen nastala pri izvajanju aktivnosti iz 18. člena ZZVZZ. V ostalih primerih začasne nezmožnosti za delo se nadomestilo plače izplača v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja od 31. delovnega dne zadržanosti od dela dalje (Ganziti in drugi 2016, 84).

Višina nadomestila plače se izračuna na podlagi povprečne mesečne plače oz. nadomestila v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala zadržanost od dela. Odstotek nadomestila, ki ga prejme oseba, pa je odvisen od narave vzroka za odsotnost od dela. Kot je razvidno (glej Slika 3.2), je nadomestilo lahko 70 % od osnove/plače ali pa ZZZS nadomesti plačo v celoti.

Slika 3.2: Odmerjeni odstotek osnove glede na čas zadržanosti od dela

Naziv razloga zadržanosti	do 90 koledarskih dni	nad 90 koledarskih dni	Naziv razloga zadržanosti	do 90 koledarskih dni	nad 90 koledarskih dni
- bolezen	80	90	- poklicna bolezen	100	100
- poškodba izven dela	70	80	- poškodba pri delu	100	100
- poškodba po tretji osebi izven dela	70	80	- nega	80	80
- transplantacija	90	100	- usposabljanje za rehabilitacijo otroka	80	80
- izolacija	90	100	- poškodba, nastala pri aktivnostih iz 18. člena zakona	100	100
- spremstvo	70	80	- darovanje krvi	100	

Vir: Ganziti in drugi (2016, 85).

Za prvih 30 dni začasne nezmožnosti za delo mora delodajalec oziroma samozaposlen sam kriti stroške nadomestila, v primeru bolezn ali poškodbe, ki ni povezana z delom, poklicne bolezn ali poškodbe pri delu.

Zavarovanci imajo pravico do povračila potnih stroškov, ki obsegajo prevozne stroške ter stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju, kadar uveljavljajo pravice iz 1., 2. in 3. točke 23. člena ZZVZZ. Pravica zavarovancu pripada ob izpolnjevanju točno določenih pogojev.

Tudi v primeru zdravljenja v tujini lahko zavarovanci zaprosijo za povračilo stroškov. Stroške zdravljenja v tujini lahko vsebinsko razdelimo na dve skupini:

- pravica do zdravstvenih storitev med začasnim in pa stalnim bivanjem v tujini,
- pravica do načrtovanega zdravljenja v tujini.

V prvem primeru govorimo o povrnitvi stroškov na podlagi tako imenovane Evropske zdravstvene kartice. Evropska kartica velja na območju držav EU, EGP, Švice, v Avstraliji, Bosni in Hercegovini, Črni Gori, Makedoniji in Srbiji. V primeru Avstralije ni mogoče zahtevati povrnitve stroškov v Sloveniji, ampak morajo zavarovanci zahtevati povrnitev

stroškov v Avstraliji preko Medicare poslovalnic. ZZZS na podlagi sprejetih določil lahko določene stroške povrne v celoti, delno ali pa jih sploh ne povrne. Na primer: prevoz zavarovane osebe iz tujine v domovino ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, zato ZZZS svetuje vsem svojim zavarovancem, da si v primeru potovanja v tujino, uredijo zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini pri komercialnih zavarovalnicah. Evropska kartica prav tako ne pokriva stroškov zdravljenja oziroma poroda v državah članicah EU, EGP ter Švici, če je bil namen bivanja zavarovane osebe v teh državah zdravljenje oziroma porod (Ganziti in drugi 2016, 72–77).

Zavarovanci lahko v drugih državah uveljavljajo načrtovano zdravljenje (Ganziti in drugi 2016, 78–82):

1. če so izčrpane možnosti zdravljenja v Sloveniji (ZZVZZ, 44.a čl.), kar pomeni, da so v Sloveniji izčrpane možnosti s pregledom, preiskavo ali zdravljenjem, v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev, izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja ali
2. če so v Sloveniji presežene najdaljše dopustne čakalne dobe ali razumen čas (ZZVZZ, 44.b čl. in Uredba (ES) 883/2004) ali
3. če se odločijo za zdravljenje v drugi državi članici Evropske unije (ZZVZZ, 44.c čl. – Direktiva 2011/24/EU) - zavarovana oseba lahko z napotnico ali receptom izdanim v Sloveniji poišče zdravstveno storitev v drugi državi članici EU, tako pri izvajalcih zdravstvenih storitev iz mreže javne zdravstvene službe kot pri zasebnikih.

V vseh primerih veljajo določene omejitve. V veliki večini je potrebna predhodna odobritev vloge s strani ZZZS.

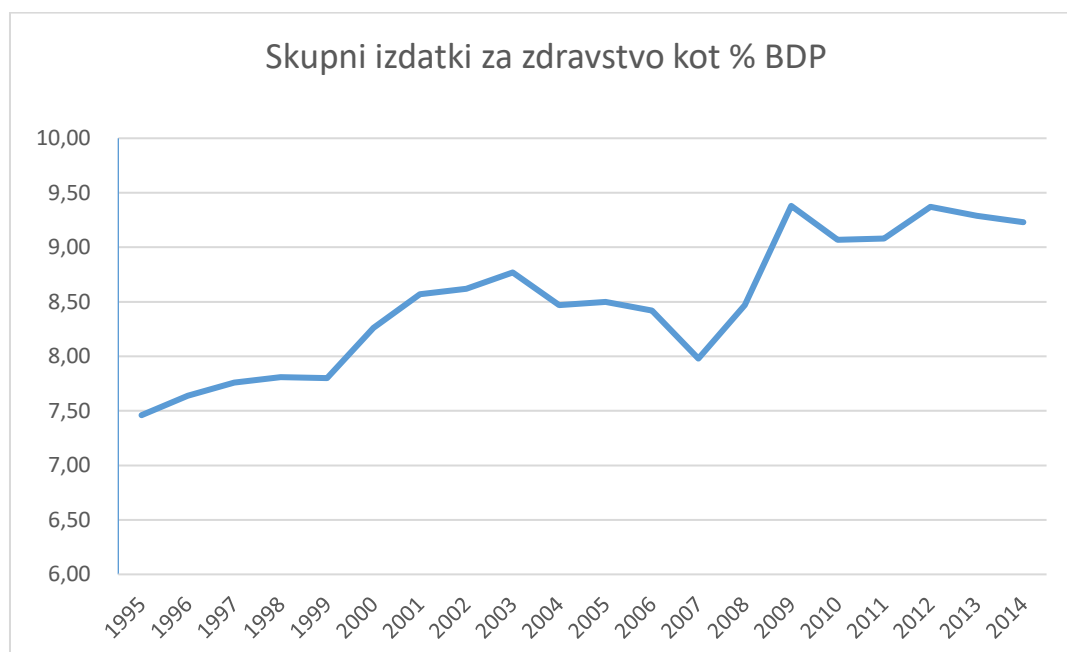
Same pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja podrobneje ureja dokument Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki natančno opredeli pravice in način uveljavljanja pravic.

3.2 Viri financiranja

Slovenski zdravstveni sistem se financira tako iz javnih finančnih sredstev kot tudi zasebnih (glej Slika 3.3). Kot je razvidno (glej Graf 3.1) je Slovenija v zadnjih desetih letih namenjala

povprečno 8,5 % BDP za skupne zdravstvene izdatke, a se ta delež z leti povečuje, tako da je leta 2014 namenila že 9,23 % BDP. Povprečje EU-28 za leto 2014 je 8,7 % BDP, a vseeno namenimo občutno manj kot Nizozemci, ki imajo po mnenju strokovnjakov (Čok, Grezar, Mikeln, Juvančič) enega najkakovostnejših in najvzdržnejših zdravstvenih sistem v Evropi, njihovi skupni izdatki za zdravstvo znašajo 11,8 % BDP.

Graf 3.1: Prikaz skupnih izdatkov za zdravstvo kot % BDP, v obdobju 1995–2014



Vir: WHO (2016).

Obvezno zdravstveno zavarovanje spada med javno finančne vire financiranja. Financira se s prispevki, ki jih ZZZS plačujejo delodajalci in drugi z zakonom določeni zavezanci. Plačilo prispevkov temelji na solidarnosti glede na spol, starost, bolezen, dohodek, zaposlitveni status in mesto bivanja (Tajnikar in drugi 2016, 8). Prispevki se plačujejo po proporcionalnih stopnjah. Za pravice vezane na obvezno zdravstveno zavarovanje se plačujeta prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje ter prispevek za poklicne bolezni in poškodbe pri delu. Delojemalci plačujejo samo prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje, delodajalci pa oba prispevka. Obračunavanje, plačevanje in stopnjo prispevkov določa Zakon o prispevkih za socialno varnost (Ur. l. RS, št.: 5/96, 34/96, 3/98, 7/98, 81/00, 97/01, 62/10 ZPSV). Zavezanci plačujejo prispevke iz bruto osnov. Trenutna višina prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje znaša za delodajalce 6,56 % in delojemalce 6,36 %, prispevka. Za zavarovanje poklicne bolezni in poškodbe pri delu pa znaša 0,53 %. Vsi prispevki za socialno varnost na plače za delodajalca znašajo 16,10 % in delojemalca 22,10 %.

Stopnje prispevkov za socialno varnost, ki se obračunavajo in plačujejo od prejemkov iz delovnega razmerja, določa zakon o prispevkih za socialno varnost – ZPSV v členih od 8 do 14:

a) Prispevki delojemalcev (zavarovancev):

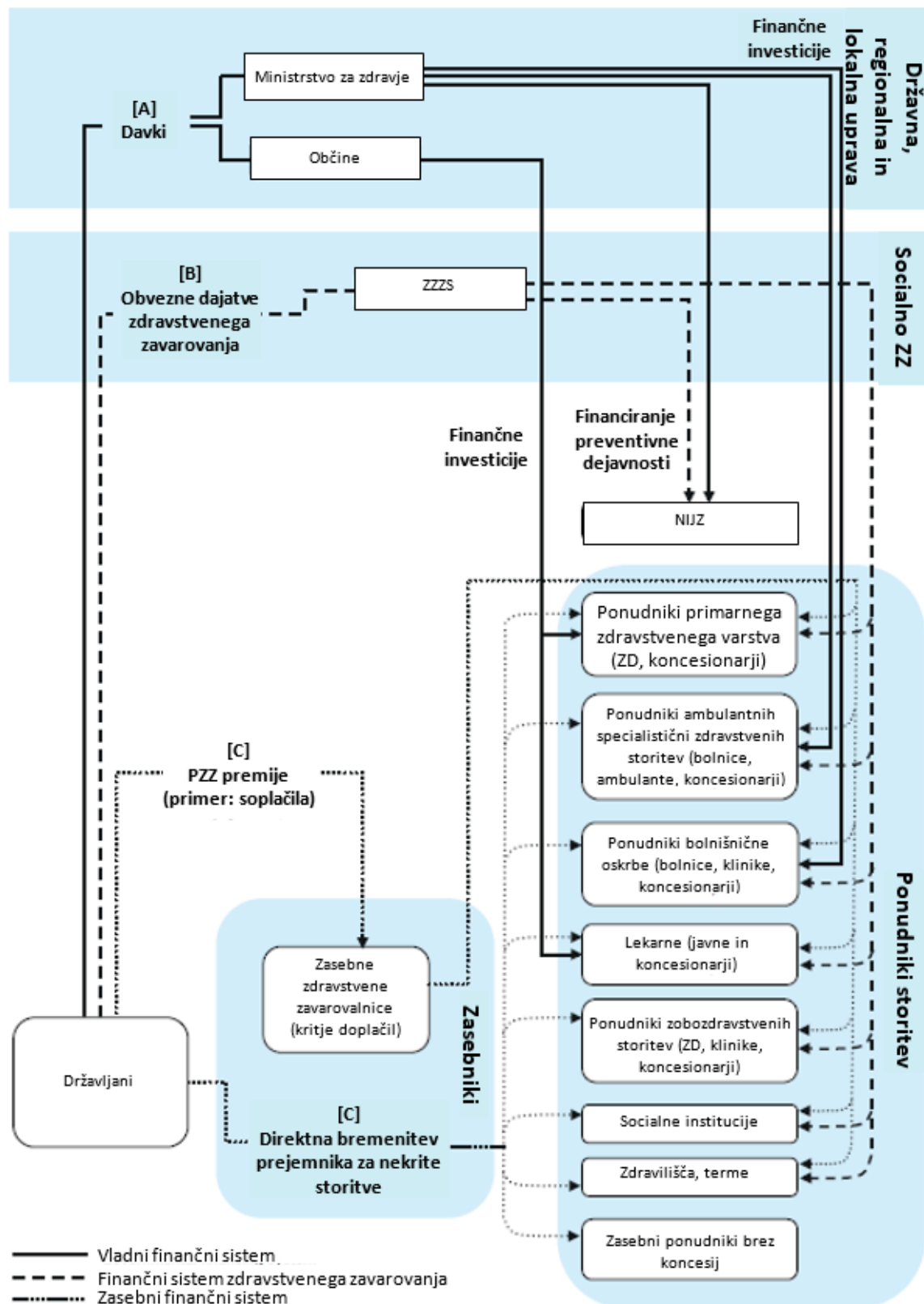
- prispevek za pokojninsko in invalidsko zavarovanje 15,50 %,
- prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje 6,36 %,
- prispevek za starševsko varstvo 0,10 %,
- prispevek za zaposlovanje 0,14 %,
- skupaj 22,10 %.

b) Prispevki delodajalcev

- prispevek za pokojninsko in invalidsko zavarovanje 8,85 %,
- prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje 6,56 %,
- prispevek za zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni 0,53 %,
- prispevek za starševsko varstvo 0,10 %,
- prispevek za zaposlovanje 0,06 %,
- skupaj 16,10 %.

Največji delež v obvezno zdravstveno zavarovanje tako prispevajo zaposleni posamezniki ter samostojni podjetniki. Po podatkih iz leta 2015 so prispevki zaposlenih predstavljali 35,3 % vseh prihodkov od prispevkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Delež prispevkov plačanih s strani delodajalcev pa je znašal 39,2 %, torej znaša prispevek s strani zaposlenih posameznikov skupno 74,5 %. Samostojni podjetniki pa predstavljajo 5 % delež v strukturi vseh prihodkov od prispevkov (ZZZS 2016).

Slika 3.3: Denarne poti v slovenskem zdravstvenem sistemu



Vir: Albreht in drugi (2016, 65).

Čok (v Tajnikar in drugi 2016, 77) ugotavlja, da zgornje tri decilne skupine namenijo 53,2 % vseh prispevkov za zdravstvo, saj osnova za obračun prispevkov ni omejena navzgor oziroma je omejitev samo pri samostojnih podjetnikih. Tudi višine prispevnih stopenj so med višjimi v primerjavi z ostalimi državami OECD, leta 2012 smo bili na enajstem mestu po višini prispevne stopnje za socialne prispevke od povprečne bruto plače, imeli pa smo celo najvišjo prispevno stopnjo za delojemalce (Majcen in drugi 2010; Tajnikar in drugi 2016).

Kot enega iz med izzivov obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma na sploh socialnih prispevkov vidijo strokovnjaki (Majcen in drugi 2010; Pavlič Damijan 2014) v uvedbi socialne kapice – to je zgornja meja za obračun obveznih prispevkov za socialno varnost. Majcen in drugi (2010) so v okviru študije prišli do ugotovitve, da bi uvedba socialne kapice imela dolgoročno pozitivne posledice na zagotavljanje horizontalne davčne izenačenosti ter mednarodno konkurenčnost slovenskega gospodarstva. Večina Evropskih držav in držav OECD ima socialne sisteme s socialno kapico. V njih velja omejitev samo za delodajalce, v drugih pa velja omejitev tako za delodajalce kot delojemalce. Nekatere države poznajo tudi samo delno socialno kapico, kar pomeni, da omejitev velja le za določene socialne prispevke.

Manjši delež v javnofinančnih sredstvih predstavljajo davki. Iz davkov se pretežno financirajo investicije v zdravstvu tako na državni kot tudi na lokalni ravni. Po nekaterih ocenah znaša ta delež okrog 1,5 % (Böhm in drugi 2012, 61).

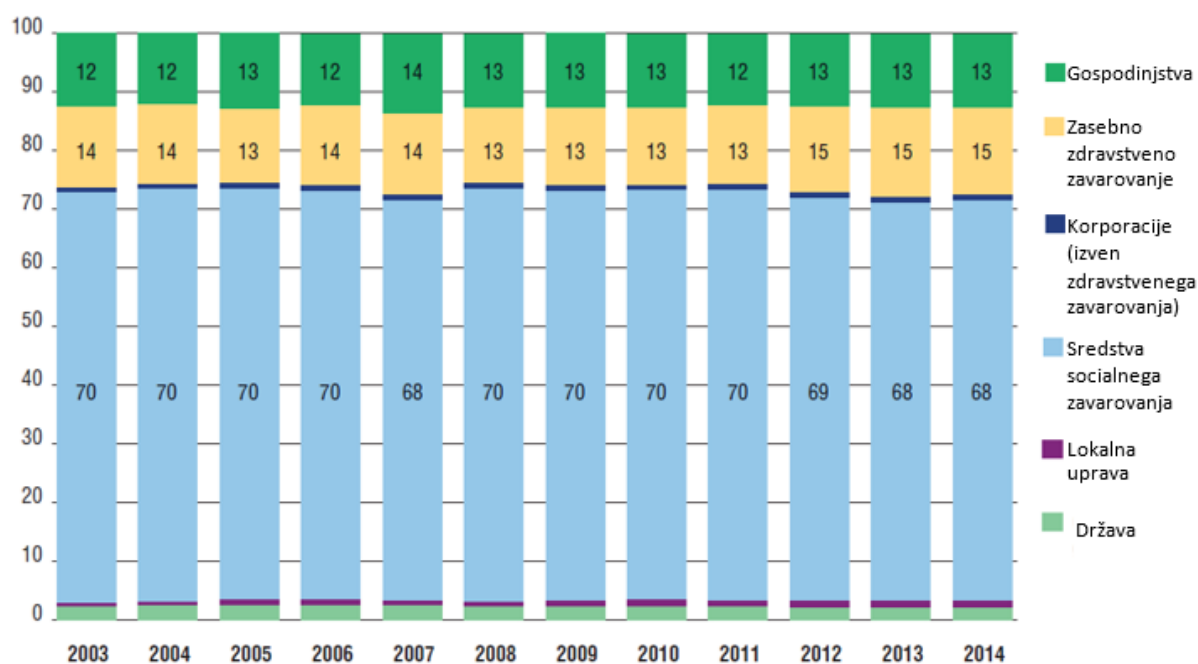
Pomemben vir financiranja je tudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje, katerega uvrščamo med prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Skupaj z obveznim zdravstvenim zavarovanjem tvorita komplementarni sistem. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje predstavlja 97,95 % vseh izdatkov za privatna zdravstvena zavarovanja. Največji tržni delež ima specializirana zdravstvena zavarovalnica Vzajemna d.v.z., to je okrog 56 %, sledi ji Zdravstvena zavarovalnica Triglav d.d. z dobrimi 22 % ter Adriatic Slovenica d.d. s slabimi 21 %. Opaziti pa je tudi porast ostalih zdravstvenih zavarovanj, saj se je pobrana premija dvignila za dobrih 25 % v letu 2015 v primerjavi z letom 2014 (Agencija za zavarovalni nadzor, 2016).

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje temelji na načelu medgeneracijske vzajemnosti in predstavlja javni interes Republike Slovenije. Z zakonom je zagotovljena enaka obravnava zavarovancev ne glede na spol, starost ali zdravstveno stanje. Nikolić (2015) ugotavlja, da dopolnilno zdravstveno zavarovanje lahko opredelimo kot dejavnost splošnega gospodarskega

pomena, saj je v zavarovanje vključen zelo visok delež (85,3 %) prebivalstva z urejenim obveznim zdravstvenim zavarovanjem (Milenkovic Kramer v Sagan in Thomson 2016, 134), kar mu daje značilnost univerzalnosti in obveznosti. Izpostavlja pa tudi problematiko dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, saj ga vidi ujetega »...v razkol med notranjim trgom oziroma tržnimi zakonitostmi in socialno dimenzijo, pri čemer ima država izredno težko nalogo, saj mora ustvarjati pogoje za pravično in učinkovito delovanje sistema financiranja zdravstvenega varstva. Slovenija te naloge ne izpolnjuje uspešno, kar se odraža tako na zagotavljanju socialne dimenzije kot na omogočanju delovanja tržnih zakonitosti.« Po njegovem mnenju ne bi bilo potrebno ukiniti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, saj bi leta predstavljala ogromen strošek. Predlaga, da se poveča socialno dimenzijo s tem, da se uvede davek od zavarovalnih poslov tudi na dopolnilno zdravstveno zavarovanje (Nikolić in Bugarič 2015).

Poleg komercialnih zavarovanj predstavljajo zasebne vire financiranja tudi plačila gospodinjstev – iz žepa. Kot je razvidno (glej Slika 3.7) ne gre za nezanemarljiv delež. Gospodinjstva so ta sredstva predvsem namenila za nakup zdravil in medicinskih pripomočkov, eno četrtno tega deleža pa so namenila za zobozdravstvene storitve (Cylus, 2015 30)

Slika 3.4: Izdatki za zdravstvo glede na vir, 2003–2014



Vir: Albreht in drugi (2016, 65).

3.3 Vključenost prebivalstva v zdravstveno zavarovanje

Za Slovenijo velja polna vključenost prebivalstva v obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ). Po podatkih ZZZS (2016) je na dan 31. 12. 2015 znašalo število zavarovanih oseb 2.080.733, od tega 532.474 zavarovanih kot družinski člani. Po podatkih statističnega urada Slovenije je imela Slovenija na dan 01.01.2016 2.064.188 prebivalcev (Statistični urad RS 2016, 11. julij). Število zavarovanih je višje kot število prebivalcev, ker so kot zavarovanci zajeti npr. tujci, ki se izobražujejo v RS.

Tudi vključenost v dopolnilno zdravstveno zavarovanje je visoka. Po nekaterih ocenah (Nikolić 2015 38–39, 44; Cylus 2015, 6) ima več kot 70 % oziroma 95 % zavezancev za doplačila sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Pojavljajo pa se dvomi, da je tako zelo visoka vključenost oziroma dostopnost do zdravstvenih storitev le navidezna. Lipovec Čebren in Pistitnik (2015) govorita o »*iluziji univerzalnega dostopa od zdravstvenega zavarovanja*« v povezavi z najranljivejšimi skupinami ljudi:

- nedržavljeni (izbrisani, nezaposleni migranti z začasnim statusom);
- prekarni delavci;
- najrevnejši prebivalci Slovenije.

Ugotavljata, da se krog oseb, ki izpadajo iz OZZ, širi, saj so določene spremembe zakonodaje onemogočile vključitev oseb v OZZ, po drugi strani pa se spreminja tudi trg delovne sile in vedno več mladih dela kot prekarni delavci. Število oseb, ki so imele zadržane pravice do zdravstvenih storitev po 78.a členu ZZVZZ več kot eno leto, se je v šestih letih povečalo za 290 % (30. 6. 2008–30. 6. 2014 je naraslo s 3.782 na 10.977). Te osebe so v statistikah zabeležene kot zavarovanci z zadržanimi pravicami. Po podatkih pridobljenih s strani ZZZS naj bi bilo na dan 30. 6. 2014 v Sloveniji nezavarovanih več kot eno leto 2.458 oseb (Lipovec Čebren in Pistitnik 2015). Opozoriti je potrebno tudi na ločeno obravnavo samozaposlenih oseb in zaposlenih z neplačanimi prispevki, saj je samozaposlenim in njihovim družinskim članom onemogočeno koriščenje zdravstvenih storitev, zaposleni pa s tem nimajo težav, čeprav gre načeloma za enaki neplačani obveznosti (Vezjak Progar 2013).

1 Zakon o socialno-varstvenih prejemkih in navodilo za sprejem pacientov v zdravstveno obravnavo v ambulantah nujne medicinske pomoči oziroma v sprejemnih ambulantah v bolnišnicah ter za obračun opravljenega dela.

Raziskava Javnega mnenja iz leta 2013 je pokazala, da anketiranci v največji meri menijo, da splošno stanje zdravstva v Sloveniji ni niti dobro niti slabo, povprečno gledano pa se je javno mnenje bolj nagibalo v smer slabega stanja zdravstva. V primerjavi z raziskavo Javnega mnenja iz leta 2003, se je ravno tako večina anketirancev določila za povprečno oceno dobro, a je bilo med anketiranci vseeno več več takih, ki so podali oceno stanja zelo dobro in odlično kot pa slabo oziroma zelo slabo (ADP 2016).

3.4 Spremembe v zdravstvenem sistemu

V zadnjih letih je Slovenija uvedla zelo veliko sprememb v zdravstveni sistem (Zagonik 2015). Predvsem je zelo veliko naredila na preventivi in osveščanju javnosti. Gordijski vozeli pa ostaja vprašanje o nadaljnjem razvoju financiranja oziroma obseg pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Strokovnjaki so mnenja, da je bila zadnja večja reforma zdravstvenega sistema izvedena leta 1992 z ukinitvijo samoupravnih interesnih zdravstvenih skupnosti in ponovno vzpostavitvijo obveznega zdravstvenega zavarovanja. Že 1. januarja 1993 je sledila tudi uvedba prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, katerega sta že v začetku izvajali dve zavarovalnici in sicer ZZZS in zasebna zavarovalnica Adriatic d.d. (leta 2002 se jima je pridružila še Zdravstvena zavarovalnica Triglav). Leta 1998 je bilo ugotovljeno, da sočasno izvajanje obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja znotraj ZZZS ni zakonito oziroma je netransparentno. ZZZS je bil primoran iz svoje dejavnosti izločiti izvajanje prostovoljnih zavarovanj. V ta namen je bila ustanovljena vzajemna družba za prostovoljna zdravstvena zavarovanja Vzajemna d.v.z. – prva specializirana zdravstvena zavarovalnica v Sloveniji.

Vključitev Slovenije v Evropsko unijo ni zahtevala večjih sprememb v samem delovanju sistema zdravstvenega zavarovanja. Mogoče je največ pozornosti pritegnila naloga implementacije direktive o čezmejnem uveljavljanju zdravstvenih storitev – Uredba (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti. Gre za možnost zdravljenja v tujini, če so v Sloveniji izčrpane vse možnosti in je z zdravljenjem oziroma pregledom v drugi državi utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje zdravstvenega stanja oziroma preprečiti nadaljnje slabšanje. Direktiva je stopila v veljavo oktobra 2013.

Največji vpliv na financiranje obveznega zdravstvenega zavarovanja je imelo sprejetje ZUJF leta 2012, ki je posegel v približno štirideset zakonskih ureditev tudi na področje financiranja zdravstvenega zavarovanja. Odstotek vrednosti zdravstvenih storitev, ki se krijejo iz OZZ, se je znižal za 5 %, z izjemo prve skupine². Iz OZZ se je ta strošek prenesel na dopolnilno zavarovanje in temu je posledično sledilo povišanje zavarovalnih premij pri dopolnilnem zavarovanju za nekaj več kot 10 %. To je predstavljalo razbremenitev blagajne ZZZS na letnem nivoju v višini 66 mio EUR (ZZZS 2012, 11).

Poleg znižanja odstotka vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih krije OZZ, je ZUJF tudi (Cylus 2015, 44; ZZZS 2012, 11):

- ukinil nadomestilo plače med začasno zadržanostjo z dela za brezposelne;
- ukinil možnost znižanja oziroma odpisa dolga za prispevke OZZ;
- znižal cenovne standarde za medicinsko tehnične pripomočke;
- znižal prispevne stopnje za brezposelne iz 12,92 % na 11,92 %;
- znižal odstotek nadomestila za čas odsotnosti od dela do 90 dne, in sicer v višini 10 %, izjema so nadomestilo za nego, nesreče na delovnem mestu in poklicne bolezni;
- znižal osnove za starševsko nadomestilo z izjemo porodniškega nadomestila;
- zvišal pavšalne odškodnine iz naslova premije obveznega avtomobilskega zavarovanja iz 6,5 % na 8,5 %;
- urediuredil manjkajoče prispevne stopenje.

Vsi omenjeni ukrepi sprejeti z ZUJF naj bi tako na letni ravni prinesli prihranek ZZZS v višini 92,89 mio EUR oziroma 98,86 mio EUR skupaj z ukrepi na področju plač in ostalih osebnih prejemkov (ZZZS 2012, 11). Ukrepi iz VI. poglavja ZUJF (npr. omejitev prejemnikom iz socialnih pravic) sočasne narave in naj bi bili v veljavi do konec leta, v katerem gospodarska rast preseže 2,5 % BDP. Gospodarska rast je presegla 2,5 % BDP v letu 2014, a vlada v letu 2015 ni sprostila vseh omejitev.

Na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja so bile uveljavljene večje spremembe v letu 2006 z zakonom o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Zakon je predpisal, da mora imeti zavarovalnica enako premijo za vse zavarovance ter poenostavil možnost prehajanja med zavarovalnicami. Praviloma vse

² 1. odstavek 23. člena ZZVZZ - zdravstvene storitve, katere krije OZZ v celoti

zavarovalnice istočasno uvajajo spremembe višine premije. V Tabeli 3.1 je primer spreminjanja premije pri Vzajemni, iz katere je razvidno, da je imel največji vpliv na dopolnilno zdravstveno zavarovanje ZUJF.

Tabela 3.1: Višina premije DZZ (Vzajemna) in odstotek spreminjanja

Datum	EUR	Povečanje v odstotku
01.03.2016*	19,17	
01.11.2006	20,11	4,90 %
01.09.2007	20,11	0,00 %
01.01.2009	21,10	4,92 %
01.01.2010	23,12	9,57 %
01.01.2011	22,55	-2,47 %
01.04.2012	23,88	5,90 %
01.03.2014**	27,76	16,25 %
01.04.2015	26,79	-3,49 %

*Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju;

**Zakon za uravnoteženje javnih financ

Vir: Cylus (2015, 21).

Slovenija se je v Resoluciji o planu nacionalnega zdravja 2016–2025 zavzela za solidarno, pravično in vzdržno financiranje zdravstvenega varstva. Glavni cilji so:

- enakomerna in pravična obremenitev zavarovancev s prispevki;
- večja razpršenost virov za financiranje zdravstvenega varstva za zmanjšanje ranljivosti sistema zdravstvenega varstva, npr. v času ekonomske krize;
- s pravicami čim bolj polno obvezno zdravstveno zavarovanje očiščeno vsebin, ki vanj ne sodijo (kot npr. specializacije zdravnikov, pripravništvo ipd.);
- uvajanje oziroma opuščanje metod zdravljenja na osnovi preglednega sistema, ki upošteva finančno vzdržnost sistema zdravstvenega varstva in dokazano učinkovitost medicinskih tehnologij in načinov obravnave (HTA);
- enostaven, pregleden in učinkovit način partnerskega dogovarjanja;
- uvedba novih obračunskih modelov pri financiranju izvajalcev zdravstvene dejavnosti;
- plačevanje izvajalcev po uspešnosti in kakovosti.

Predlogi so, da bi se prispevno osnovna stopnja razširilo na vse oblike dela in vrste prejemkov posameznika, tudi na pasivne. Pomemben poudarek gre tudi, da bi bile vse kategorije zavarovancev enakomerno obremenjene s plačili prispevkov. Resolucija obenem tudi

predvideva odpravo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja oziroma njegovo nadomestitev z novo obliko participacije iz razpoložljivega neto dohodka posameznika z večjim poudarkom na solidarnosti.

Na Slovenskem zavarovalnem združenju so pripravili več možnih scenarijev preoblikovanja trenutnega financiranja sistema zdravstvenega zavarovanja, saj bo zaradi staranja prebivalstva potrebno zgotoviti več sredstev za zdravstvo:

- *Ohranitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja - zagotavljanje potrebnih sredstev s povišanjem delojemalčevega prispevka za OZZ – ta scenarij pomeni dodatno obremenitev dela in posledično nekonkurenčnosti slovenskega gospodarstva. Slovenija že sedaj spada med države z najvišjo obremenitvijo plač s prispevki. Posledica tega pa bi bile nižje dohodninske osnove in s tem manj pobranega davka z naslova dohodnine;*
- *Ohranitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja - zagotavljanje potrebnih sredstev z uvedbo direktnih zasebnih plačil v obliki participacije pri prvem kurativnem obisku zdravnika in pri izdaji zdravila na recept ter v obliki letne odbitne franšize – v tem primeru bi bila najbolj prizadeta upokojenska populacija, saj bi s starostjo naraščali zasebni izdatki za zdravstvo;*
- *Ukinitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja - zagotavljanje potrebnih sredstev s povišanjem delojemalčevega prispevka za OZZ – posledice uvedbe takšnih rešitev bi bile zelo podobne kot pri prvem scenariju oziroma bi bil izpad dohodnine v proračunu še višji;*
- *Ukinitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja - zagotavljanje potrebnih sredstev z uvedbo direktnih zasebnih plačil v obliki participacije pri prvem kurativnem obisku zdravnika in pri izdaji zdravila na recept ter v obliki letne odbitne franšize – tudi v tem primeru bi bila najbolj prizadeta starejša populacija;*
- *Ukinitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja - zagotavljanje potrebnih sredstev s kombinacijo povišanja delojemalčevega prispevka za OZZ ter z uvedbo direktnih zasebnih plačil v obliki participacije pri prvem kurativnem obisku zdravnika in pri izdaji zdravila na recept ter v obliki letne odbitne franšize – najbolj obremenjene bi bile skupine z višjimi dohodki ter starejša populacija;*
- *Ukinitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja - zagotavljanje potrebnih sredstev s kombinacijo povišanja delojemalčevega prispevka za OZZ ter z uvedbo direktnih zasebnih plačil v obliki participacije pri prvem kurativnem obisku zdravnika in pri izdaji zdravila na recept ter v obliki letne odbitne franšize – tudi ta scenarij najbolj prizidane starejšo*

populacijo ter predvideva izpad priliva v proračun v višini 81mio evrov, zaradi izpada iz naslova dohodnine.

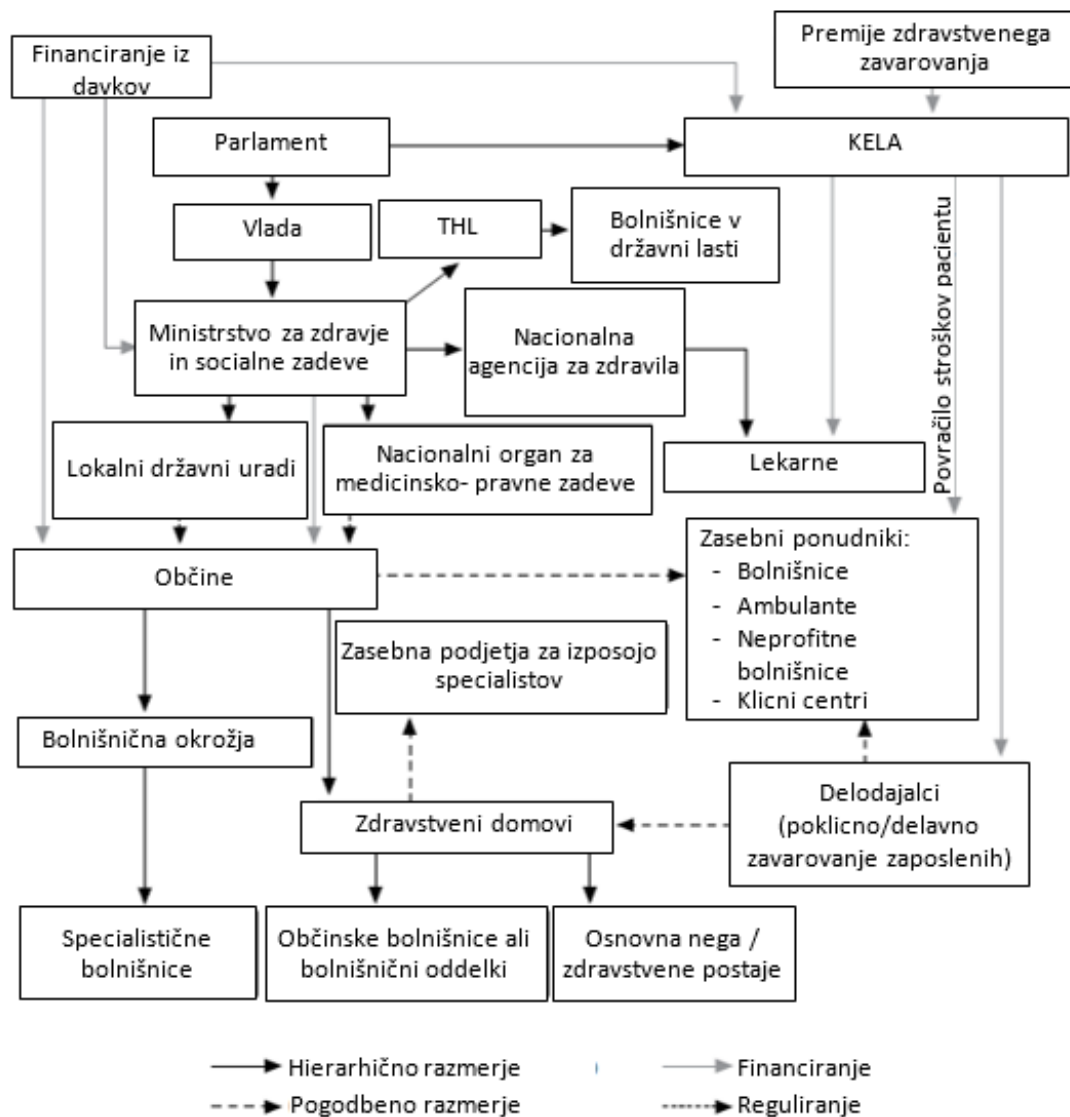
Splošne ugotovitve so, da reforma zdravstva ne sme potekati samo na strani finančnih virov, saj bo davčni potencial, kolikor ga celotna družba premore, potrebno uporabiti tudi v druge namene. Potrebno je sočasno z iskanjem rešitev glede financiranja iskati tudi rešitve pri vprašanih ureditve dolgotrajne oskrbe ter preoblikovanju pokojninskega sistema (Majcen in Čok 2014).

4 SISTEM ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA NA FINSKEM

Na Finskem pri izvajanju sistema socialne varnosti sodeluje več institucij (glej Slika 4.1). Ministrstvo za socialne zadeve in zdravje je pristojno za oblikovanje politik na področju socialne varnosti. Država v nekaterih primerih prepušča vodenje določenih socialnih področij zasebnim zavarovalnicam. Zelo pomembno vlogo pri zagotavljanju zdravstvenih storitev oziroma zdravstvene službe pa ima lokalna skupnost - občine. Finska je razdeljena na več kot 300 samoupravnih občin. Za upravljanje z nadomestili za socialno varnost pa je zadolžen Zavod za socialno zavarovanje (*Kansaneläkelaitos* - *KELA*). Zavod je avtonomen organ javnega prava, katerega neposredno nadzira finski parlament. Zavodi za nezgodno zavarovanje so pristojni za zavarovanje za primer nezgode ali poklicne bolezni delavcev v zasebnem sektorju, državna uprava pa je odgovorna za nezgodno zavarovanje javnih uslužbencev. Zveza zavodov za nezgodno zavarovanje je njihova krovna organizacija. Je predvsem institucija v kraju stalnega ali začasnega prebivališča v skladu z mednarodnimi obveznostmi Finske.

Zadnja večja reforma finskega sistema je bila izpeljana v začetku leta 1993 v okviru splošne sistemske reforme, ki je zmanjšala nadzor države in dala večjo moč in svobodo pri oblikovanju politik ter odločanju lokalnim skupnostim - občinam na področju zdravstvene službe.

Slika 4.1: Organigram zdravstvenega sistema na Finskem



Vir: Vuorenkoski (2008).

Socialno varnost na Finskem urejajo zakoni in podzakonski akti, kateri temeljijo na 19. členu finske ustave:

Tisti, ki ne morejo pridobiti sredstev potrebnih za dostojno življenje, imajo pravico prejeti nenadomestljivo preživitveno in oskrbo.

Vsem je z zakonom zagotovljena pravica do osnovnih sredstev preživetja v primeru brezposelnosti, bolezni, invalidnosti in starosti, tako kot tudi ob rojstvu otroka ali izgubi hranitelja.

V skladu z zakonom javni organi vsem zagotavljajo ustrezne socialne in zdravstvene storitve ter vzpodbujajo zdravje prebivalstva. Ob tem javni organi podpirajo družine in

druge osebe, ki skrbijo za otroke tako, da sta dobro počutje in osebni razvoj otrok zagotovljena.

Javni organi vzpodbujajo pravico vsakogar do bivališča in možnosti ureditve lastnega bivališča (The Constitution of Finland, 19. čl.).

Sistem socialne varnosti temelji na univerzalnosti – vanj so vključene vse osebe s stalnim prebivališčem na Finskem. Vsak prebivalec Finske ima pravico do zdravstvenih storitev ne glede na njegovo plačilno sposobnost ter kraj bivanja (Vuorenkoski 2008, 50). Pod določenimi pogoji imajo pravico do zdravstvenega varstva tudi zaposleni in samozaposleni delavci, ki nimajo stalnega prebivališča na Finskem (Böhm in drugi 2012, 6).

Temeljni zakoni, ki urejajo področje sistema zdravstvenega zavarovanja so:

- Social Welfare Act 1301/2014,
- Health Care Act 1326/2010,
- Primary Health Care Act 66/1972,
- Act on Specialized Medical Care 1062/1989,
- Occupational Health Care Act 1383/2001,
- Health Insurance Act 1224/2004,
- Sickness Insurance Act 364/1963.

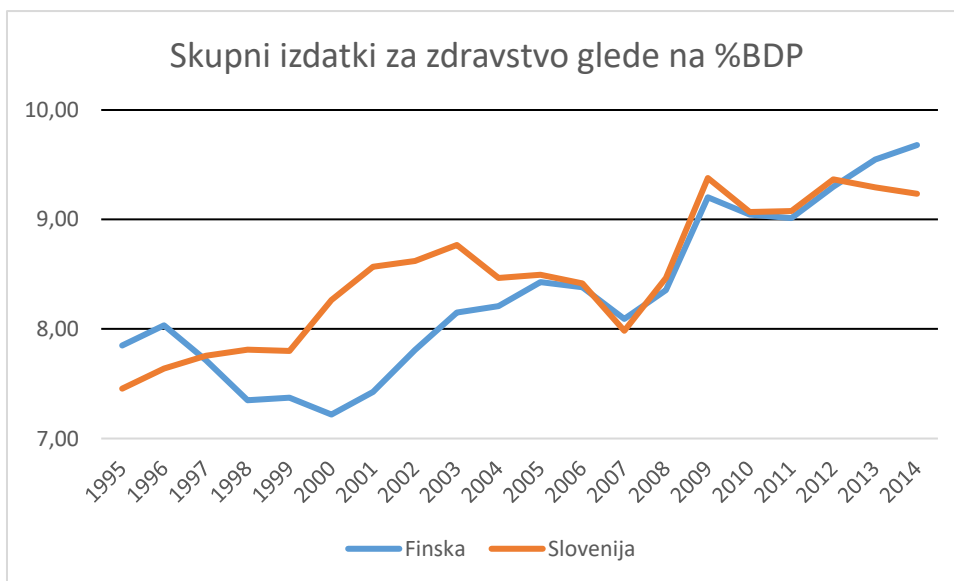
Dolgoročni cilj finskega zdravstvenega sistema je pravična porazdelitev storitev kot tudi stroškov. Na Finskem v praksi obstajajo tri ravni zdravstvenega sistema: občinsko zdravstveno varstvo, zasebno zdravstveno varstvo in sistem zdravstvenega varstva pri delu. Največji delež zdravstvenih storitev se izvaja na občinski ravni, katerih financiranje se zagotovi preko davkov in nacionalnega zdravstvenega zavarovanja. Pravice preko sistema zdravstvenega varstva pri delu lahko koristijo le zaposleni. Razlike med ravnmi zdravstvenih sistemov so precejšnje glede storitev, doplačil in čakalnih vrst. Največji problem finskega zdravstvenega sistema so dolge čakalne dobe ter pomankanje zdravstvenega osebja v nekaterih občinah (Vuorenkoski 2008, 1 in 38).

4.1 Viri financiranja

Finski sistem zdravstvenega varstva uvrščamo med Beveridgeov model zdravstvenega varstva za katerega je značilna univerzalnost. Snój (2008) v svojem delu ugotavlja, da nekateri avtorji omenjajo Skandinavski model zdravstvenega varstva, ločeno od Beveridgeova modela, saj menijo sta se po principu univerzalnosti razvila dva alternativna modela. Prvi temelji na zagotavljanju osnovnega oziroma minimalnega obsega univerzalnih pravic z večjo vlogo trga, ki je predvsem značilen za Anglosaksonske države, drugi pa temelji na principu širokega obsega univerzalnih pravic z manjšo vlogo trga, kamor uvrščamo Finsko.

Zdravstveni sistem se financira tako iz javnih finančnih sredstev kot tudi zasebnih. Iz Grafa 4.1 je razvidno, da se skupni zdravstveni izdatki za zdravstvo iz leta v leto povečujejo. V letu 2014 so dosegli skupni zdravstveni izdatki stopnjo 9,68 % BDP, kar je nekoliko višje v primerjavi s Slovenijo.

Graf 4.1: Skupni izdatki za zdravstvo glede na % BDP – Slovenija in Finska



Vir: WHO (2016).

Glavni viri financiranja sistema predstavljajo davki, ki pa niso edini način javnega financiranja zdravstvenega sistema. Poleg davkov so pomemben vir financiranja tudi prispevki za zdravstveno zavarovanje. Finski sistem zdravstvenega varstva je en najbolj decentraliziranih sistemov na svetu, saj je organizacija zdravstvenega varstva prepuščena občinam (Järvelin in drugi 2002, 28; Häkkinen 2005, 101; Vuorenkoski 2008, 36).

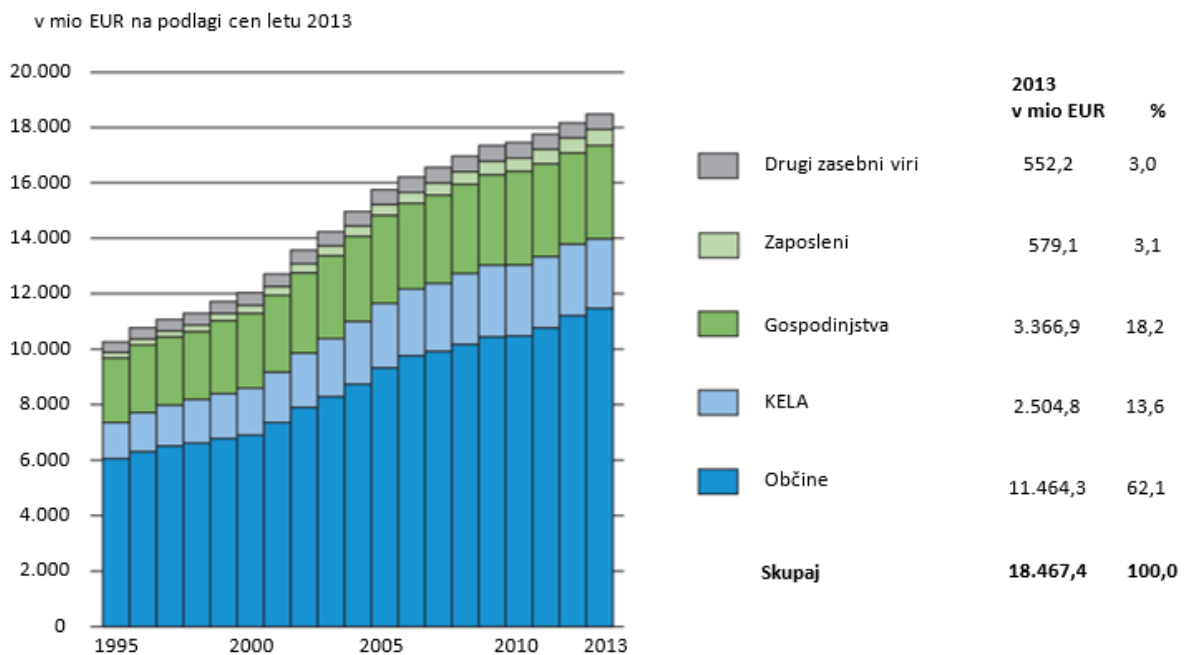
Viri financiranja finskega zdravstvenega sistema so:

- občine,

- država,
- Nacionalna zdravstvena služba (*KELA*),
- gospodinjstva,
- ostali zasebni viri (npr. podjetja).

Iz spodnje Slike 4.2 so razvidni izdatki za zdravstvo po virih financiranja za obdobje med leti 1995 in 2013. Razvidno je da se izdatki za zdravstvo povečujejo, a razmerja med viri financiranja ostajajo skozi vsa leta enaka. Razmerje med javnim financiranjem in zasebnim financiranjem je v povprečju 3:1. Največji vir financiranja predstavljajo davki, kar predstavlja 62,1 % vseh izdatkov za zdravstvo. Od tega odstotka prispevajo občine približno 41 %, država pa 21 % davkov, ki se prenesejo na občine v obliki državnih subvencij. Drugi javno finančni vir financiranje je nacionalno zdravstveno zavarovanje v višini 13,6 %, po nekaterih drugih podatkih predstavlja ta delež že 17 % (Vuorenkoski 2008, 44). Zasebni viri predstavljajo nekje med 20–25 % vseh sredstev.

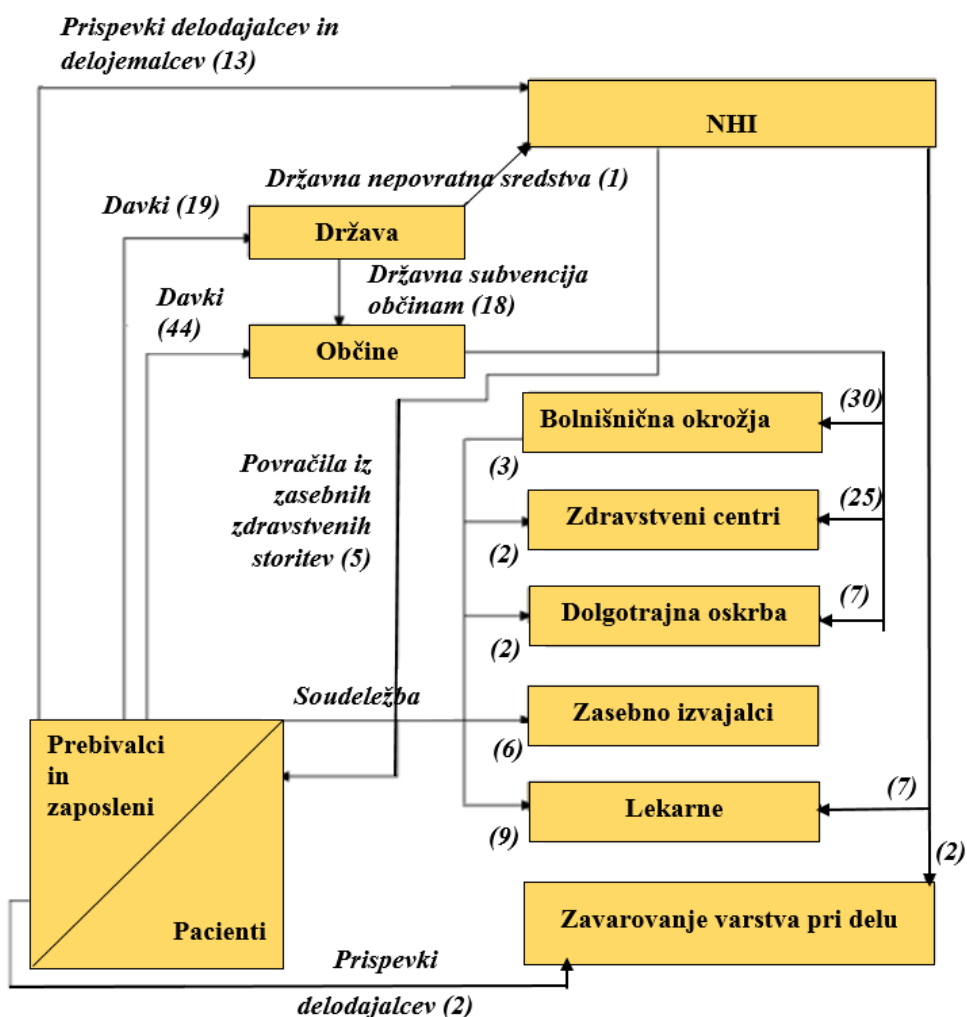
Slika 4.2: Financiranje zdravstvenega sistema po virih, 1995–2013



Vir: KELA (2015, 30).

Slika 4.3 nazorno prikazuje finančne tokove v letu 1999, seštevek števil v oklepajih predstavlja celotne izdatke zdravstvenega sistema.

Slika 4.3: Finančni tokovi finskega zdravstvenega sistema leta 1999



Vir: Häkkinen (2005, 102).

Pred reformo zdravstvenega sistema leta 1990 je bilo razmerje med sredstvi pridobljenimi s strani države in občin enakovredno oziroma je država prispevala 36 % vseh sredstev, občine pa 35 %. Delež zasebnih sredstev pred reformo in po reformi se ni bistveno spremenil, saj se je povečal le za okoli 3 % iz 19 % leta 1990 na 22 % leta 2005 (Vuorenkoski 2008, 58–59).

4.1.1 Davki

Kot že rečeno, se finski zdravstveni sistem financira iz dveh ravni davkov – davkov pobranih na občinski ravni in na državni ravni. Več kot polovica davčnih prihodov je iz naslova

progressivne obdavčitve bruto dohodka (ang. *progressive gross income tax*) in davka na dodano vrednost (ang. *value-added tax*). Davek od dohodka predstavlja 20 % vseh davčnih prihodkov (Vuorenkoski 2008, 59). Tabela 4.1 prikazuje davčne stopnje za leto 2015. Osebe z letnimi dohodki nižjimi od 16.500€ niso zavezane za plačilo davka. Najvišji davek v višini 31,75 % pa plačujejo osebe z več kot 90.000 € letnega dohodka.

Tabela 4.1: Davčne stopnje 2015

Bruto letna davčna osnova (evrov)	Davek na dohodek (%)
16 500–24 700	6.5
24 700–40 300	17.5
40 300–71 400	21.5
71 400–90 000	29.75
90 000-	31.75

Vir: Your Europa (2016, 14 julij).

Davek na dodano vrednost predstavlja 35 % vseh pobranih davkov. Splošna davčna stopnja znaša 24 %, ob tem pa imajo še dve nižji davčni stopnji: 14 % (uporablja se predvsem za prehranske izdelke) in 10 % (uporablja se za knjige, zdravila,...) (Evropska komisija 2015, 46; Finska davčna uprava 2016, 20 julij).

Preostali pomembnejši davčni viri so davek na dobiček, kapitalistki davek, premoženjski davek, davek na alkoholne pijače, energetski davek in davek na motorna vozila. Zasebna plačila ali tako imenovana plačila iz žepa (ang. *out-of-pocket payments*) niso vključena v davčno olajšavo (Vuorenkoski 2008, 59).

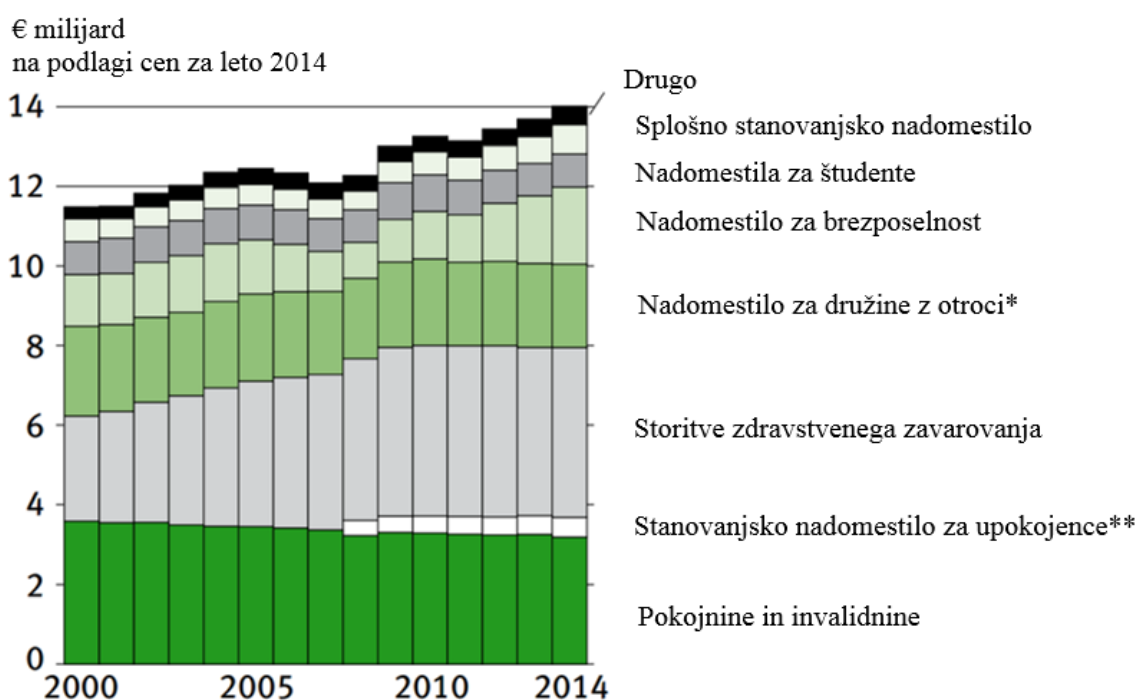
Pobrani davki na državni ravni se v veliki večini prenesejo na občine v obliki državnih subvencij. V povprečju predstavljajo državne subvencije okrog 16 % občinskih prihodkov oziroma 24 % občinskega proračuna namenjenega zdravstveni varnosti. Država ne nameni vsem občinam enake višine subvencije, ampak je le-ta odvisna od števila prebivalcev, starostne strukture, stopnje brezposelnosti, odročnosti in umrljivosti v posamezni občini. Znesek višine subvencije se lahko zelo razlikuje od občine do občine. Lahko se zgodi, da država občini ne podeli subvencije, če ima le-ta visoke občinske davčne prihodke (Vuorenkoski 2008, 60).

Davki, katere obračunajo same občine so: davek na nepremičnine, davek na dohodek (ang. *income tax*) in davek od dohodka pravnih oseb (ang. *corporate income tax*). Najpomembnejši je davek na dobička, saj predstavlja največji delež zbranih sredstev. Stopnja davka na dobička je določena enotno za vse prebivalce posamezne občine. Določa jo občinski svet vsake posamezne občine enkrat letno. Vsaka občina je torej avtonomna v določanju višine davka, ki običajno znaša od 16 % do 21 % (Vuorenkoski 2008, 60).

4.1.2 Nacionalno zdravstveno zavarovanje

Obvezno zdravstveno zavarovanje oziroma nacionalno zdravstveno zavarovanje izvaja KELA. Ta predstavlja približno 14 % vseh izdatkov za zdravstveno varstvo. Kot je razvidno iz Slike 4.4, KELA v okviru svojih pristojnosti skrbi tudi za ostale socialne izdatke kot so pokojnine, invalidnine, nadomestila za brezposelne ipd.

Slika 4.4: Skupni izdatki KELA za obdobje 2000-2014



* Nadomestila za starševstvo so vključena v storitve zdravstvenega zavarovanja

** Stanovanjsko nadomestilo za upokojence je bilo do leta 2008 vključeno v pokojnine

Vir: KELA (2015).

KELA posluje po načelu sprotnega prispevnega kritja (ang. *pay-as-you-go*) in upravlja z Nacionalnim pokojninskim skladom, Skladom zdravstvenega zavarovanja in Splošnim

socialnim skladom, preko slednjega se financirajo nadomestila, ki jih ne zajemata pokojninska in zdravstveno-zavarovalna shema.

Kot že omenjeno, se na Finskem lahko dostopa do zdravstvene oskrbe preko treh ravni:

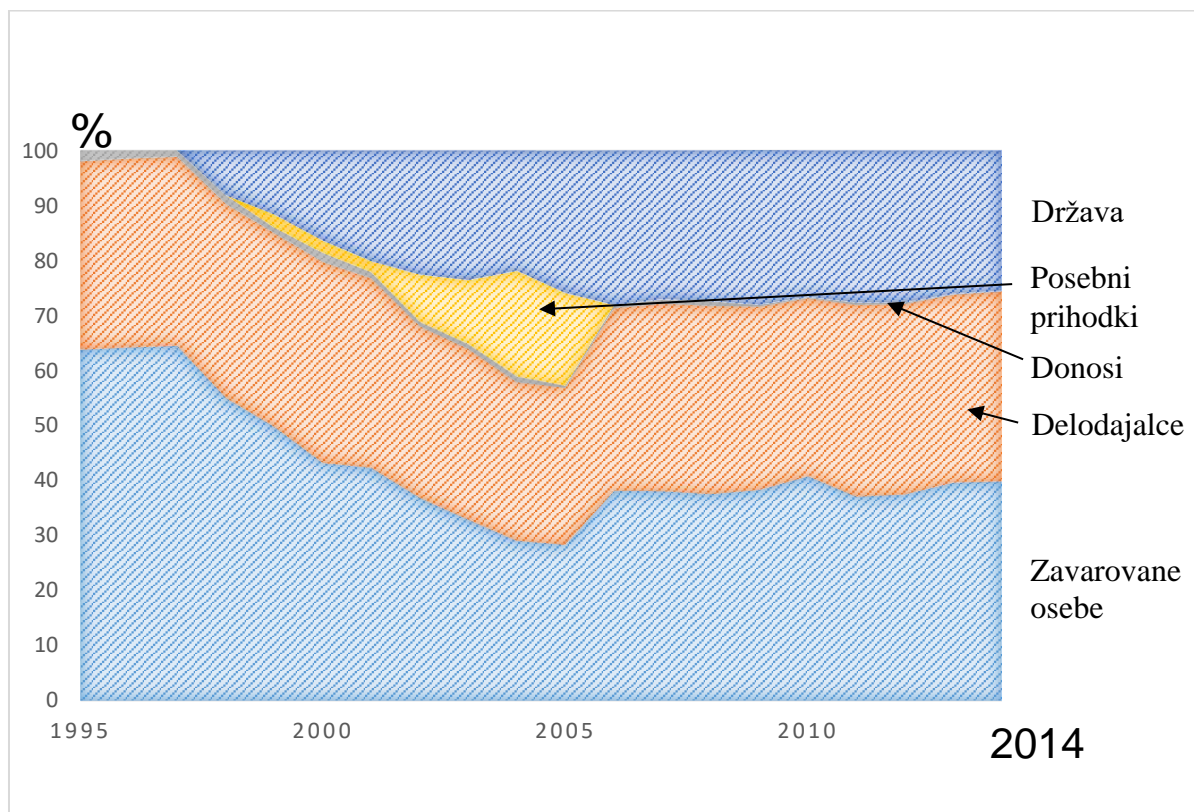
- preko občin,
- zasebno,
- preko podjetij (ang. *ocupacional*).

V okviru nacionalnega zdravstvenega zavarovanja se zagotavlja povračila oziroma dostop do zdravstvene oskrbe/storitev preko zasebnikov in podjetij (Teperi 2010, 40). Osebe imajo zagotovljeno kritje naslednjih stroškov oziroma povračil (KELA 2016b, 2 avgust):

- **delno povračilo stroškov zdravljenja pri zasebnikih** – zavarovanci lahko izbirajo med obiskom zdravnika v javni ustanovi (na občinski ravni) ali pa zasebnega zdravnika. KELA povrne del stroškov pregleda in zdravljenja pri zasebniku v skladu z načrtom fiksnih višin povračil. Povračila so nižja kot zanaša celoti strošek pregleda in zdravljenja pri zasebniku. Zavarovanci niso upravičeni do povračil v primeru preventivnih pregledov (razen zobozdravstvenih), bolnišničnega zdravljenja ...;
- **celotno ali delno povračilo stroškov nakupa zdravil** – povračila so razdeljena v tri skupine (i) osnovna stopnja povračila velja za večino predpisanih zdravil, kar pomeni, da se povrne 40 % ostalega dela cene, (ii) spodnja posebna stopnja je za zdravila, ki se uporabljajo v zdravljenju različnih hudih in dolgotrajnih bolezni, povrne se 65 % in (iii) zgornja posebna stopnja, ki zagotavlja 100 % povračilo s fiksnim doplačilom na recept v višini 4,50 €. Letni prag za stroške zdravil po posamezniku je v letu 2016 znašal 610,37 €. Ko je le-ta presežen, KELA prevzame povračilo stroškov zdravil v celoti, zavarovanci pa morajo plačati samoprispevek/doplačilo v višini 2,5 € po receptu;
- **povračilo potnih stroškov povezanih z zdravljenjem** - povrnejo se potni stroški do najbližjega izvajalca (javnega ali zasebnega). Če je bilo uporabljeno rešilno vozilo, je treba predložiti zdravniško potrdilo, ki dokazuje potrebo po posebnem prevozu. Pacientovo doplačilo znaša 25,00 € na prevoz v eno smer. Ko doplačila tekočega leta presežejo 300,00 €, KELA povrne vse nadaljnje potne stroške v celoti;
- **bolniško nadomestilo** – višino se določi na podlagi dohodka. Do nadomestila so lahko upravičene tudi brezposelne osebe.

Nacionalno zdravstveno zavarovanje se financira iz državnega proračuna in prispevkov delodajalcev in delojemalcev (zavarovanih oseb). Kot je razvidno (glej Graf 4.2) je država ponovno začela sofinancirati nacionalno zdravstveno zavarovanje leta 1998. Delež se je povečeval vse do leta 2006. Od tedaj pa do danes ostaja delež pretežno enak in se giblje med 25,5 % in 28,1 % (KELA 2016c).

Graf 4.2: Viri financiranja nacionalnega zdravstvenega zavarovanja 1995-2014



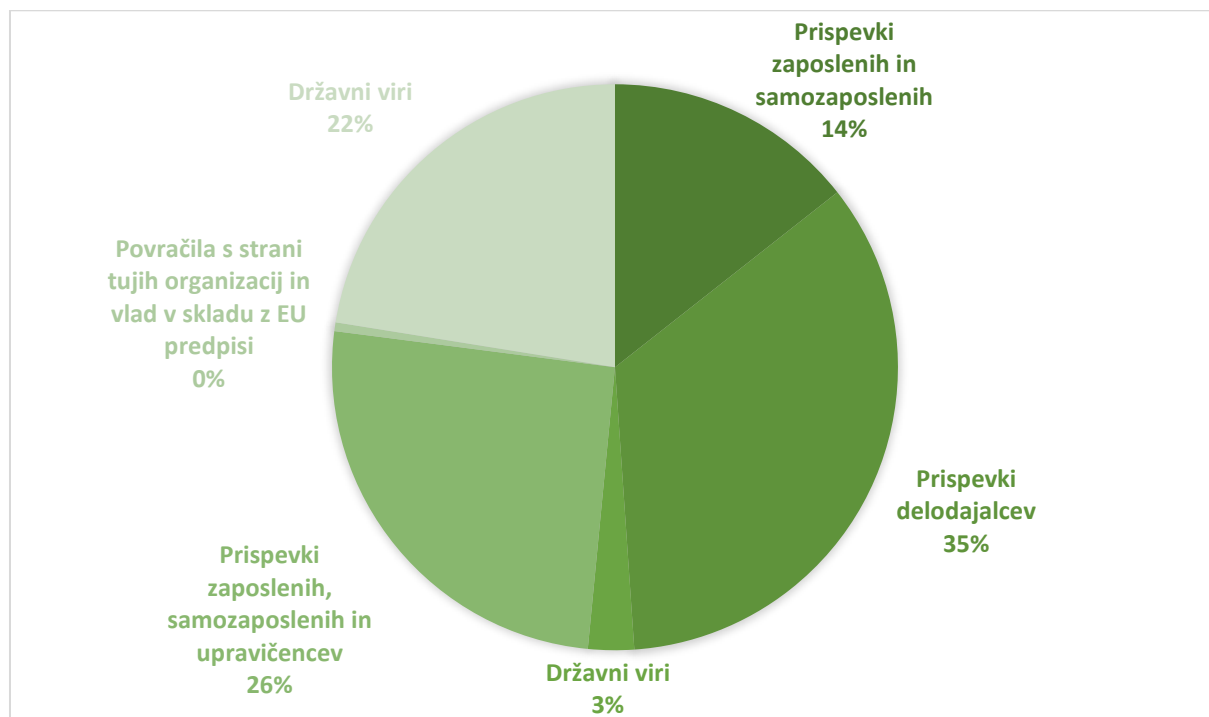
Vir: KELA (2016c, 2 avgust).

Višino prispevne stopnje potrди parlament za vsako koledarsko leto posebej. Delodajalci plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje v višini 2,12 % od posameznikovega dohodka. Zaposleni in samozaposleni pa ločeno plačujejo prispevek za zdravstvene storitve v višini 1,30 % od dohodka ter za nadomestila v višini 0,82 % od bruto plače, oziroma 0,95 % v primeru samozaposlenih (podatki veljajo za leto 2016). Tudi upokojenci plačujejo prispevek za zdravstvene storitve; in sicer 1,47 % od prejetega dohodka, preostali del zagotovi država preko davkov. V zadnjih šestih letih so se prispevki delodajalcev povišali za 7 %, prispevki zavarovancev pa za 5 % za zdravstvene storitve in za več kot 20 % za nadomestila (Vuorenkoski 2008, 60; Evropska komisija 2015, 43–46; Elo Mutual Pension Insurance Company 2016).

Proračun Sklada nacionalnega zdravstvenega zavarovanja je torej sestavljen iz sredstev (KELA 2016a, 1. avgust):

- okrog 35 % prispevki delodajalcev za zdravstveno zavarovanje;
- okrog 14 % prispevki zaposlenih in samozaposlenih za nadomestila;
- okrog 26 % prispevki zaposlenih in samozaposlenih za zdravstvene storitve;
- okrog 22 % iz proračuna države za zdravstvene storitve;
- okrog 3 % iz proračuna države za minimalna nadomestila in storitve iz naslova varstva pri delu za samozaposlene.

Graf 4.3: Viri financiranja glede na delitev prispevkov za storitve zdravstvenega zavarovanja in prispevkov za nadomestila za leto 2014



Vir: KELA (2016c).

Finska tako kot Slovenija nima zgornje omejitve glede plačevanja socialnih prispevkov (Evropska komisija 2008; 2015).

Nacionalno zdravstveno zavarovanje povrne približno eno tretjino dejansko nastalih stroškov zdravlil in zdravstvenih storitev, katerih izvajalci so bili zasebniki. Ravno tako se povrne 40 % vseh stroškov zavarovanja varstva pri delu delodajalcem.

4.1.3 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Finska ima zelo majhen delež prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Skupno ti izdatki predstavljajo manj kot 5 % vseh izdatkov za zdravstveno varstvo. Najpogosteje so prostovoljno zdravstveno zavarovani otroci do 18. leta starosti, saj ne morejo biti vključeni v zavarovanje varstva pri delu in se po tej poti izogniti daljšim čakalnim vrstam za preglede. Med odraslimi se za prostovoljno zdravstveno zavarovanje odloča predvsem premožnejši sloj ljudi (Vuorenkodki v Sagan 2016, 2).

Na Finskem se tržita predvsem dve obliki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (Paris in drugi 2010, 26):

- Dopolnilno zdravstveno zavarovanje kot dopolnilo h kritju stroškov nacionalnega zdravstvenega zavarovanja – predvsem stroškov zdravil in potnih stroškov, ki niso v celoti kriti z nacionalnim zdravstvenim zavarovanjem oziroma je zanje predviden samoprispevek;
- Dodatno zdravstveno zavarovanje nastopa v vlogi hitrejšega dostopa do zdravstvenih storitev na ravni občinskega zdravstvenega varstva, zasebnega zdravstvenega varstva za otroke ter večje možnosti izbire kot npr. dostop do zdravljenja v zasebnih bolnišnicah.

Leta 2012 je imelo prostovoljno zdravstveno zavarovanje urejenih okrog 18 % vseh prebivalcev Finske. Plačniki teh zavarovanj niso bili samo posamezniki oziroma fizične osebe, ampak tudi nekateri delodajalci, ki so ga plačali svojim zaposlenim (Vuorenkodki v Sagan 2016, 47–48; Mossialos 2004, 68).

Običajno prostovoljno zdravstveno zavarovanje ne krije storitev, ki niso krite v okviru nacionalnega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovalnicam je prepuščeno določanje in oblikovanje meril upravičenosti do storitev, zavarovalnih premij ter kaj bodo produkti obsegali. Potrošniki lahko prosto izbirajo med različnimi ponudniki. Za prostovoljna zdravstvena zavarovanja so značilne starostne omejitve, saj se lahko zavarujejo posameznike le do dopolnjenega 60 oziroma 65 leta starosti. Zavarovalne pogodbe opredeljujejo tudi

maksimalno letno izplačilo zavarovalnine po pogodbi in franšize oziroma soudeležbe posameznika pri koriščenju storitve.

Trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj na Finskem obvladujejo tri največje zavarovalnice (Pohjola, If P&C, Lahi Tapiola), ki pokrivajo dve tretjini celotnega tržišča. Vse tri so splošne zavarovalnice, od teh je ena v lasti svojih članov, drugi dve sta pa v zasebni lasti.

Zadnja večja reforma finskega sistema je bila izpeljana v začetku leta 1993 v okviru splošne systemske reforme, ki je zmanjšala nadzor države in dala večjo moč in svobodo pri oblikovanju politik ter odločanju lokalnim skupnostim – občinam – na področju zdravstvene službe.

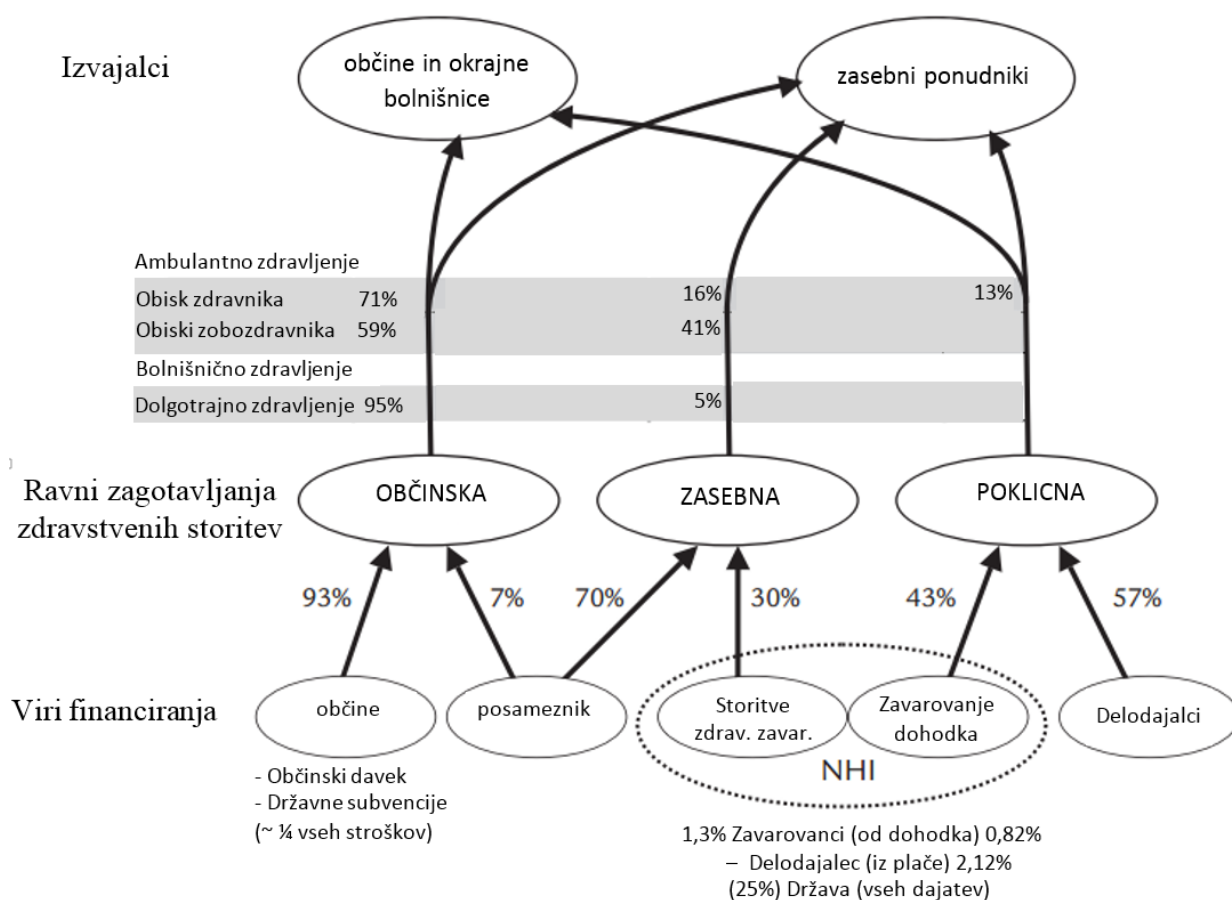
4.1.4 Plačila iz žepa

Plačila iz žepa oziroma plačila gospodinjstev predstavljajo 18 % vseh sredstev financiranja zdravstvenega sistema (glej Slika 4.5) oziroma to predstavlja več kot 75% zasebnih sredstev namenjenih financiranju zdravstvenega sistema (Teperi 2009, 40; WHO 2016). Visoke izdatke iz žepa je moč pripisati obvezni soudeležbi pri nakupu zdravil, obisku zdravnika in potnih stroških.

Soudeležbo je potrebno plačati tako v primeru zagotavljanja zdravstvenih storitev preko občine kot tudi preko nacionalnega zdravstvenega zavarovanja. Na državni ravni se vsak dve leti določi maksimalna višina soudeležbe po storitvi ter letni zgornji limit, občine pa lahko na svojem območju določijo tudi nižjo soudeležbo. Teperi (2009, 76) ugotavlja, da predstavlja soudeležba 7 % sredstev v primeru zagotavljanja zdravstvenih storitev preko občin oziroma kar 70 % v primeru zagotavljanja zdravstvenih storitev preko nacionalnega zdravstvenega zavarovanja (Slika 12). V primerih, ko imajo posameznik oziroma družina prenizke dohodke (socialno ogroženi) so oproščeni soudeležbe oziroma se lahko le-ta zniža. Zdravstvene storitve so torej lahko:

- brezplačne,
- soudeležba je za vse enaka,
- soudeležba je odvisna od prihodkov in družine.

Slika 4.5: Vzporedno financiranje in dogovori z izvajalci



Vir: Prirejeno po Teperi (2009, 40).

Koriščenje pravic iz zavarovanja varstva pri delu je po zakonodaji oproščeno kakršnekoli soudeležbe.

4.2 Vključenost prebivalstva v zdravstveni sistem

Finski zdravstveni sistem temelji na univerzalnosti, kar pomeni, da zajema celotno populacijo. Oseba je upravičena do ustreznih storitev zdravstvenega varstva ne glede na plačilno sposobnost ali kraj bivanja. Izjeme so ilegalni priseljenci, turisti, študentje na začasnem študiju ter delavci iz držav izven EU, katerim občine nudijo le nujne zdravstvene storitve. Prosilci za azil imajo enake pravice do zdravstvenega varstva na podlagi posebnega zakona kot ostali prebivalci, zdravstvene storitve pa jim morajo zagotoviti sprejemni centri (Vuorenkoski 2008, 50; Teperi 2009, 39).

Pravico do zdravstvenega varstva preko občin pridobi oseba z registracijo stalnega prebivališča. Isto pravico imajo migranti z najmanj enoletnim dovoljenjem za bivanje. Osebe iz drugih držav EU imajo pravico do zdravstvenega varstva na podlagi Evropske kartice ter Direktive o čezmejnem uveljavljanju zdravstvenih storitev. Finsko tako uvrščamo med države s 100 % pokritostjo prebivalstva (Vuorenkoski 2008, 50; OECD 2015).

V nacionalno zdravstveno zavarovanje preko KELA so ravno tako vključene vse osebe s stalnim prebivališčem na Finskem. KELA izda vsakemu posamezniku osebno kartico zdravstvenega zavarovanja na podlagi katere lahko uveljavlja povračila direktno pri izvajalcih (Vuorenkoski 2008, 51; KELA 2016a).

Finska ima zelo nizko vključenost prebivalstva v prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Leta 2013 je imelo prostovoljno zdravstveno zavarovanje sklenjeno le 14,7 % vseh prebivalcev. Delež narašča zelo počasi (OECD 2015a).

5 PRIMERJALNA ANALIZA FINSKEGA IN SLOVENSKEGA SISTEMA

Slovenski kot tudi finski zdravstveni sistem temeljita na javnofinančnem zagotavljanju sredstev, a se razlikujeta po viru pridobivanja le-teh. Slovenski zdravstveni sistem temelji na Bismarckovem modelu oziroma modelu SHI, saj so glavni finančni vir zagotavljanja sredstev prispevki delodajalcev in delojemalcev. Z dopolnitvijo³ ZUJF leta 2015 se je pobiranje prispevkov razširilo tudi na ostale dohodke kot je npr. študentsko delo. Böhm in drugi (2012) uvrščajo Slovenijo po Wendtovi tipologiji med izjeme – družbeno osnovan mešani tip (ang. *Social-based mixed-type*) – zaradi izvajalcev zdravstvenega varstva, saj se, za razliko od drugih držav, z Bismarckovim modelom zagotavlja storitve pretežno preko države in ne zasebnih izvajalcev. Glavni vir sredstev na Finskem so davki, katere pobirajo na državni in občinski ravni. Finska ima enega najbolj decentraliziranih sistemov, kar potrjuje tudi to, da se preko občin steče 70 % vseh davkov namenjenih za financiranje zdravstvenega sistema (Slika 10). Uvrščamo jo med predstavnike Beverigovega modela oziroma NHS.

³ Uradni list RS, št. 95/2014 z dne 29. 12. 2014 – Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona za uravnoteženje javnih financ (ZUJF-C).

Iz podatkov (glej Tabela 5.1) je razvidno, da davki v letu 2014 predstavljajo 62,2 %, prispevki pa 13,2 % vseh sredstev finskega zdravstvenega sistema. Slovenija preko davkov zbere le 3,4 % oziroma preko prispevkov 67,6 % vseh sredstev. V primeru Slovenije ostaja ta delež zbranih davkov skozi vseh deset let pretežno nespremenjen, v primeru Finske pa je opaziti postopno poviševanje tega deleža. Državi se nahajata v povprečju v primerjavi z ostalimi evropskimi državami⁴ glede skupnih javnofinančnih sredstev.

Tabela 5.1: Javnofinančna sredstva primerjava Finska in Slovenijas, 2004-2014

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
<i>Finska</i>	60,1	60,8	60,3	60,4	60,3	60,5	60,5	61,3	62,1	62,5	62,2	Davki
<i>Slovenija</i>	3,2	3,4	3,4	3,3	3,1	3,2	3,4	3,3	3,2	3,2	3,4	
<i>Finska</i>	15,1	14,9	14,8	14,7	14,9	14,6	14,2	13,9	13,6	13,0	13,2	Prispevki
<i>Slovenija</i>	70,3	70,0	69,7	68,2	70,5	69,9	69,9	70,0	68,6	67,8	67,6	
<i>Finska</i>	75,2	75,7	75,2	75,1	75,1	75,1	74,7	75,2	75,7	75,5	75,4	Skupaj javnofinančna sredstva
<i>Slovenija</i>	73,4	73,5	73,1	71,5	73,6	73,1	73,3	73,3	71,8	71,0	71,0	

Vir: OECD (2016).

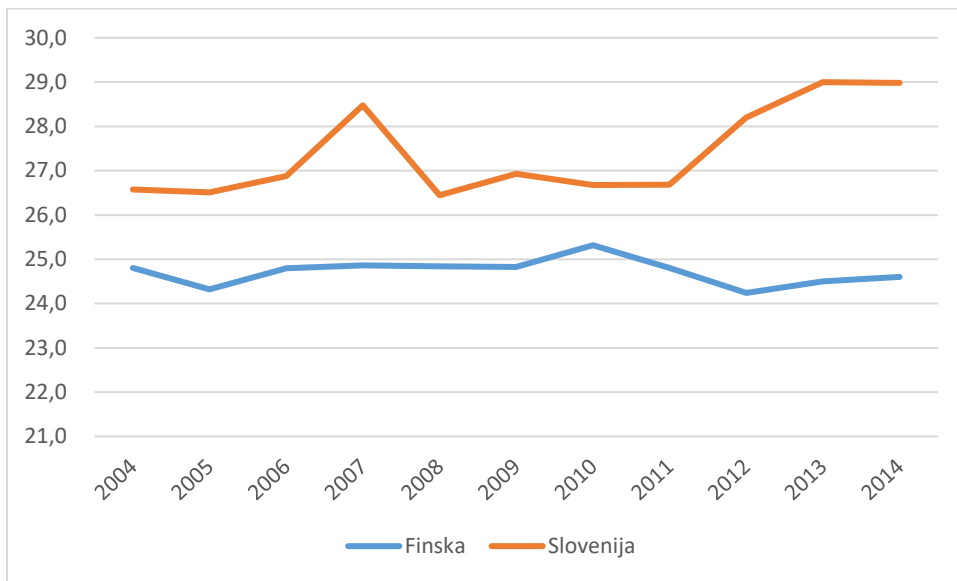
Slovenija (29 %) je imela v letu 2014 za štiri odstotne točke višji delež financiranja zdravstvenega sistema skozi zasebna sredstva kot Finska (24,6 %). Kot je razvidno (glej Graf 5.5) je v desetletnem obdobju v Sloveniji prišlo do večjega padca zasebnih sredstev za zdravstveno varstvo leta 2008, kar je posledica splošne gospodarske krize. Iz grafa je tudi razviden vpliv ZUJF, uveljavljenega leta 2011, katerega posledica je bil dvig premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja komercialnih zavarovalnic za 16,25 %⁶ in s tem posledično tudi skupnih zasebnih zdravstvenih izdatkov. Kot je bilo ugotovljeno v drugem poglavju, znašajo zasebni izdatki na Finskem okrog 25 % vseh sredstev v zadnjih desetih letih (Cylus 2015, 21).

⁴ Najvišji delež javnofinančnih sredstev je imela v letu 2014 Danska 84,6 %, najnižjega pa Grčija 59,7 % (OECD 2016).

⁵ Podatki so izraženi v % glede na vsa finančna sredstva namenjena zdravstvenemu sistemu v tekočem letu.

⁶ Podatek velja za zavarovalnico Vzajemna d.v.z.

Graf 5.1: Zasebna sredstva kot % vseh zdravstvenih sredstev; primerjava med Finsko in Slovenijo, 2004-2014



Vir: OECD (2016).

Med Finsko in Slovenijo je zelo opazna razlika v razmerju med viri zasebnih sredstev (glej Tabelo 5.2). Pomemben del slovenskega zdravstvenega sistema je dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki zaradi svoje univerzalne narave – vanj je vključenih 95 % vseh oseb zavezanih za doplačila po ZZVZZ. Predstavlja pa kar 50 % vseh zasebnih sredstev financiranja zdravstvenega sistema, sledijo s 44 % sredstva gospodinjstev. Zasebna sredstva finskega prebivalstva izhajajo neposredno iz gospodinjstev (77 % vse zasebnih sredstev), saj nacionalno zdravstveno zavarovanje ne krije določenih zdravstvenih storitev ter povrne le del samoudeležbe.

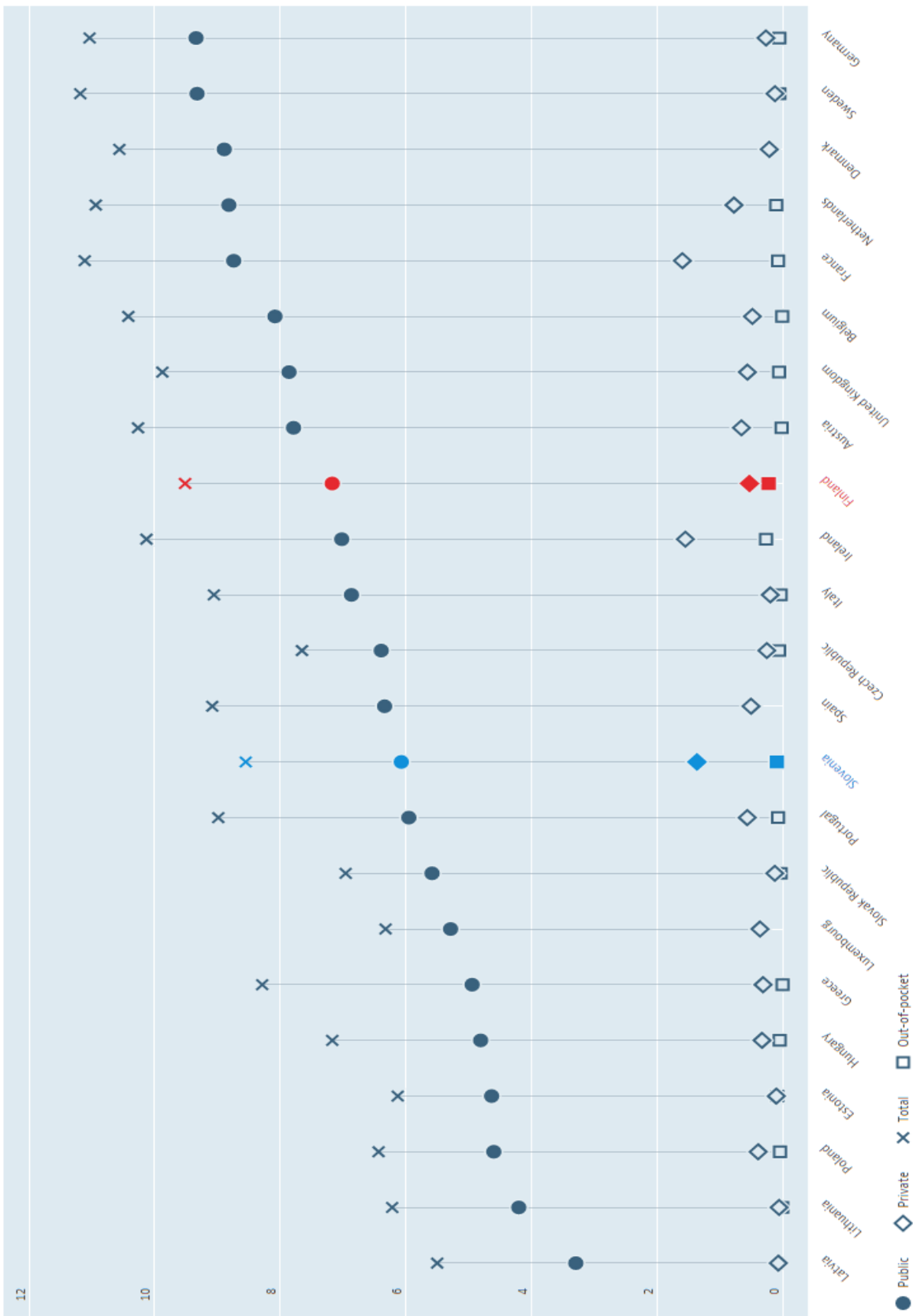
Tabela 5.2: Zasebna sredstva; primerjava med Finsko in Slovenijo, 2004-2014⁷

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Prostovoljna zavarovanja												
<i>Finska</i>	2,2	2,2	2,0	1,9	2,1	2,2	2,3	2,3	2,4	2,4	2,5	Prostovoljna zdravstvena zavarovanja
<i>Slovenija</i>	13,6	12,6	13,6	13,8	12,9	13,3	13,1	13,4	14,6	15,2	14,8	
<i>Finska</i>	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	Nepridobitne institucije, ki opravljajo storitve za gospodinjstva
<i>Slovenija</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
<i>Finska</i>	2,0	2,0	1,9	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2	2,3	2,3	2,3	Podjetja
<i>Slovenija</i>	0,8	0,9	0,9	1,0	0,9	0,9	0,8	1,0	1,0	1,1	1,1	
Iz žepa/ Gospodinjstva												
<i>Finska</i>	19,6	19,2	19,9	20,0	19,7	19,6	20,1	19,5	18,8	19,1	19,1	Iz žepa
<i>Slovenija</i>	12,2	13,0	12,3	13,6	12,6	12,8	12,7	12,2	12,5	12,6	13,0	
SKUPAJ ZASEBNA SREDSTVA												
<i>Finska</i>	24,8	24,3	24,8	24,9	24,8	24,8	25,3	24,8	24,2	24,5	24,6	Skupaj
<i>Slovenija</i>	26,6	26,5	26,9	28,5	26,4	26,9	26,7	26,7	28,2	29,0	29,0	

Vir: OECD (2016 17).

Finska je v letu 2014 namenila višji delež BDP za zdravstvene izdatke kot Slovenija, a obe se nahajata v povprečju glede na ostale države (glej Slika 5.1). Izdatki izraženi v deležu BDP iz žepa so med vsemi primerjanimi državami zelo nizki, nekoliko višje izdatke iz tega naslova ima v primerjavi s Finsko le Irska, nekatere države npr. Danska, Španija, Luksemburg ... pa niti ne pridobivajo finančnih virov zdravstvenega varstva iz žepa. Iz Slike 4.13 lahko tudi ugotovimo, da je Slovenija, poleg Francije in Irske, ena redkih držav v Evropi, ki ima velik poudarek financiranja tudi preko zasebnih virov – prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

⁷ Podatki so izraženi v % glede na vsa finančna sredstva namenjena zdravstvenemu sistemu v tekočem letu



Slika 5.1: Primerjava zdravstvenih izdatkov EU-28, 2014

Vir: OECD (2016).

Teperi (2010, 20) je v poročilu zapisal: »*Finci so na splošno zelo zadovoljni z zagotavljanjem zdravstvenih storitev*«, kar pa naj ne bi povsem držalo, saj jih skrbi kakovost primarnega zdravstvenega varstva bolj kot ostale Evropejce. Po raziskavi iz leta 2007 Special Eurobarometer so bili malenkost bolj zaskrbljeni (33 % anketirancev) nad zdravstvenim varstvom kot pa Slovenci (29 % anketirancev) (Special Eurobarometer 2007). Po zadnjih dostopnih podatkih OECD (2015b) je 70 % prebivalcev Finske zadovoljnih z zdravstvenim sistemom, kar je pa vseeno nekoliko manj kot Slovencev (80 %). Zadovoljstvo prebivalcev se v zadnjih sedmih letih ni spremenilo. Enako ugotavlja tudi Raivio (2015) v raziskavi zadovoljstva bolnikov na primarni ravni, se pa splošno zadovoljstvo zelo razlikuje med opazovanimi zdravstvenimi centri, saj je med najslabše ocenjenim in najboljše ocenjenim, kar 30 enot razlike.

Z diplomskim delom sem želela odgovoriti na vprašanje kako pomemben vir financiranja zdravstvenega sistema predstavlja dopolnilno zdravstveno zavarovanje in kako se njegova vloga spreminja ter ne nazadnje, kakšen pomen imajo zasebni viri pri financiranju finskega zdravstvenega sistema. Ob analizi sekundarnih virov in statističnih podatkov sem poskušala dobiti odgovor na vprašanje tudi z intervjuji predstavnikov zavarovalnic. Opravila sem intervju s predstavnico zavarovalnice Vzajemna d.v.z., predstavnik zavarovalnice Adriatic Slovenica pa mi je podal odgovore le na nekaj kratkih vprašanj. Na strani Zavarovalnice Triglav d.d. in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije žal nisem našla pravega sogovornika. Na podlagi obdelanih podatkov ugotavljam, da dopolnilno zdravstveno zavarovanje ima zelo pomembno vlogo v slovenskem zdravstvenem sistemu, saj temelji na medgeneracijski solidarnosti in ima, glede na to, da je prostovoljno zavarovanje, zelo visoko vključenost prebivalstva. Ravno tako imajo zasebna sredstva pomembno vlogo na Finskem saj predstavljajo 24 % vseh zdravstvenih sredstev. Glavni vir zasebnih sredstev so plačila iz žepa, katerih delež znaša 18 %. Delež sredstev iz tega naslova je tako visok predvsem zaradi zakonodajalca, saj je predpisal obvezne samoprispevke na zdravstvene storitve npr. nakup zdravil, obisk zdravnika ipd. Ti samoprispevki imajo postavljen letni koledarski limit. Ko ga zavarovanec doseže, mu za storitve ni potrebno več plačevati samoprispevka.

6 SKLEP

Obe državi se na področju zdravstvenega sistema soočata s podobnimi težavami – kako vzpostaviti učinkovit, kakovosten in finančno vzdržen zdravstveni sistem. Največja težava pri primerjavi obeh držav je bil omejen časovni okvir izdelave diplomskega dela ter tudi jezikovna omejitev – nepoznavanje finščine, čeprav je veliko virov prevedenih v angleščino, so le-ti predvsem sekundarni. Del poglavja, ki se nanaša na Finsko, tako predvsem temelji na pridobljenih statističnih podatkih in sekundarnih virih.

Cilj diplomskega dela je bil predstaviti in analizirati sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji ter na podlagi izbranih indikatorjev predstaviti vzporednice in razlike s sistemom zdravstvenega zavarovanja na Finskem. Na podlagi pridobljenih podatkov in literature lahko sklepam, da so viri financiranja podobni oziroma enaki, a so razmerja med njimi zelo različna. Slovenski sistem zdravstvenega zavarovanja temelji na financiranju preko prispevkov, ki skupaj z ostalimi socialnimi prispevki vplivajo na (ne)konkurenčnost slovenskega gospodarstva. Finski zdravstveni sistem pa se večinsko financira iz pobranih davkov, predvsem na občinski ravni, ter v manjši meri preko prispevkov. Ne na Finskem, ne v Sloveniji ne poznajo omejitve plačevanja prispevkov s tako imenovano »socialno kapico«.

Vključenost v zdravstveno varstvo je v obeh državah po podatkih OECD 100 %. Na podlagi virov vključenih v diplomsko delo nisem zasledila, da bi se na Finskem postavljalo pod vprašanje izjemno visok delež pokritosti, kot sta to izpostavili Lipovec Čebren in Pistotnik (2015) na primeru Slovenije. Delež oseb, katerim so zadržane pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja kot tudi iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja zaradi neplačanih prispevkov/premij, ne predstavljajo opaznega deleža. Tudi po mnenju predstavnice z Vzajemne d.v.z. »...to so simbolične številke, to ni nič posebnega...«, sama pa uradnih statistik nisem zasledila.

Zadovoljstvo prebivalstva z zdravstvenim sistemom je relativno visoko, kar izhaja iz same univerzalnosti obeh sistemov ter širokega nabora pravic.

Spremembe v obeh sistemih so konstanta. Čeprav se v slovenskem zdravstvenem sistemu že leta napoveduje zdravstvena reforma, je verjetneje, da se bo dinamika uvajanja sprememb

ostala enaka – uvajanje manjših sprememb znotraj obstoječega sistema. Predstavnica Vzajemne je predvsem poudarila, da bi bilo potrebno v okviru trenutnega sistema komercialnim zavarovalnicam dati možnost, da sodelujejo skupaj z ZZZS pri pogajanju o cenah z izvajalci, za večjo učinkovitost in kakovost sistema pa spremeniti pravni status izvajalec dejavnosti. Menim, da je trenutno zelo malo možnosti, da bi v Slovenji prišlo do systemske spremembe. Veliko bolj je verjetna postopna sprememba k socialno-zdravstvenemu modelu oziroma k modelu socialnega zdravstvenega zavarovanja.

7 LITERATURA

- 1 Agencija za zavarovalni nadzor. 2016. *Poročilo Agencije za zavarovalni nadzor za 2015*. Dostopno prek: <http://imss.dz-rs.si/imis/9eb1fe9e6c34c35bdbda.pdf> (20 julij 2016).
- 2 Albreht, Tit. 2013. *Organizacija zdravstvene dejavnosti v Sloveniji. Inštitut za varovanje zdravja v Republiki Sloveniji*. Dostopno prek: <http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/2187-6285.pdf> (14. avgust 2016).
- 3 Albreht, Tit, Eva Turk, Martin Toth, Jakob Ceglar, Stane Marn, Radivoje Pribaković Brinovec, Marco Schäfer, Olga Avdeeva in Ewout van Ginneken. 2009. *Health systems in transition: Slovenia : health system review*. Copenhagen: World Health Organization.
- 4 Albreht T., Pribakovic Brinovec R., D. Josar, M. Poldrugovac, T. Kostnapfel, M. Zaletel, D. Panteli in A. Maresso. 2016. Slovenia: Health System Review. *Health Systems in Transition* 18 (3): 1–207.
- 5 Arhiv družboslovnih podatkov. Podatki o raziskavi Slovensko javno mnenje 2001/3. Dostopno prek: www.adp.fdv.uni-lj.si/opisi/sjm013/ (10. avgust 2016).
- 6 Bertalanffy, Ludwig von. 1969. *General system theory; foundations, development, applications*. New York: George Braziller.
- 7 Böhm, Katharina, Achim Schmid, Ralf Götze, Claudia Landwehr in Heinz Rothgang. 2012. *Classifying OECD healthcare systems a deductive approach*. Bremen: Univ., Sonderforschungsbereich 597 Staatlichkeit im Wandel.
- 8 Boslaugh, Sarah. 2013. *Health Care Systems Around the World: A Comparative Guide*. Los Angeles: Sage Publications.
- 9 Cylus, Jon. 2015. *Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji: Pregled izdatkov v zdravstvu*. Dostopno prek: <http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/>

Analiza/04022016_porocila_SL/Report_Expenditure_review_Slovenia_FINAL_FORMATTED_SI_4.pdf. (15. avgust 2016).

- 10 Česen, Marjan. 1998. *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Čok, Mitja in Boris Majcen. 2010. *Ocena posledic prenosa dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v obvezno zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja.
- 12 Elo Mutual Pension Insurance Company. 2016. *Social insurance contributions in 2016*. Dostopno prek: <http://www.elo.fi/~media/files/vakuuttaminen%20esitteet/social%20insurance%20contributions.ashx> (5 avgust 2016).
- 13 Evropska komisija – Direktorat za obdavčenje in carinska unija in Eurostat. 2008. *Taxation trends in the European Union: Data for the EU member states and Norway*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- 14 --- 2015. *Taxation trends in the European Union: Data for the EU Member States, Iceland and Norway*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- 15 European Observatory on Health Care Systems. 2000. *Health care systems in transition. Germany*. Copenhagen, Denmark. Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/80776/E68952.pdf (15 julij 2016).
- 16 Fakin, Samo. 2012. Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji med danes in jutri. *Economic and Business Review* 14 (Posebna številka). Dostopno prek: <http://www.ebrjournal.net/ojs/index.php/ebr/article/view/185> (1 avgust 2016).
- 17 Field, Mark G. 1973. The concept of the “health system” at the macrosociological level. *Social Science & Medicine* (1967) 7 (10). Dostopno prek: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0037785673901182> (10 julij 2016).
- 18 Finnish Tax Administration. 2016. *Change in VAT rates as of 1 January 2013*. Dostopno prek: <https://www.vero.fi/en->

US/Precise_information/Value_added_tax/Rates_of_VAT/Change_in_VAT_rates_as_of_1_January_2013(27098) (20 julij 2016).

- 19 Ganziti, Klemen, Sladjana Jelisavčić, Uršula Jerše Jan, Damjan Kos in Peter Rutar. 2016. *Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- 20 Häkkinen, Unto. 2005. The impact of changes in Finland's health care system. *Health Economics*. 14 (S1). Dostopno prek: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1030/abstract> (10. avgust 2016).
- 21 Huber, Manfred in Eva Orosz. 2003. Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990–2001. *Health Care Financing Review* 25 (1) Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4194835/> (30. julij 2016).
- 22 Hvalič Touzery, Simona in Jože Ramovš. 2007. *Družinska oskrba starih družinskih članov*. Doktorska disertacija. Ljubljana: FSD.
- 23 Järvelin, Jutta, Ana Rico in Teresa Cetani. 2002. *Health care systems in transition, Finland* 4 (1). Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/80693/E74071.pdf (10. julij 2016).
- 24 Jelisavčić, Sladjana, Franc Košir, Boris Kramberger in Martin Toth. 1998. *Strateški razvojni program zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- 25 Karjalainen, Sakari. 1998. European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies • Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition. *British Medical Journal* 316 (7142). Dostopno prek: <http://www.bmj.com/cgi/content/short/316/7142/1468/a> (10 julij 2016).
- 26 KELA. 2012. *Annual Report 2011*. Dostopno prek: <http://www.kela.fi/web/en/annual-reports2> (5 avgust 2016).

- 27 --- 2015. *Kelan tilastollinen vuosikirja = FPA:s statistiska årsbok = Statistical yearbook of the Social Insurance Institution, Finland*. Dostopno prek: <http://www.kela.fi/web/en/publication-calendar-for-year> (5. avgust 2016).
- 28 ---2016a. *Funding*. Dostopno prek: <http://www.kela.fi/web/en/funding> (1. avgust 2016).
- 29 ---2016b. *National Health Insurance*. Dostopno prek: <http://www.kela.fi/web/en/national-health-insurance> (1. avgust 2016).
- 30 ---2016c. *The Social Insurance Institution Charts and Data*. Dostopno prek: <http://www.kela.fi/web/en/charts> (1. avgust 2016).
- 31 Kleinman, Mark. 2002. *A European welfare state?: European Union social policy in context*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave.
- 32 Kobal Tomc, Barbara. 2014. Tipologija deležnikov projekta AHA.SI. *Aktivno in Zdravo Staranje V Sloveniji*. Dostopno prek: http://www.staranje.si/sites/www.staranje.si/files/upload/images/blaginjski_trikotnik_toreticni_okvir_za_mrezenje_aha.si_2014_1.pdf (30. maj 2016).
- 33 Kolarič, Zinka, Andreja Črnak-Meglič, in Maja Vojnovič. 2002. *Zasebne neprofitno-volonterske organizacije v mednarodni perspektivi*. Ljubljana: Založba FDV.
- 34 Kolarič, Zinka. 2009. Third sector organisations in the changing welfare systems of Central and Eastern European countries: some theoretical and methodological considerations. *Teorija in Praksa* 46 (3): 224–236.
- 35 Korošec, Romana in Nevenka Hrovatin. 2003. *Izzivi obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji*. Magistrsko delo. Ljubljana: EF.
- 36 Košir, Tone in Meta Mencej. 1992. *Zdravstveni zakoni: zakoni s pojasnili in komentarjem : po novem*. Ljubljana: Center marketing.

- 37 Letica, Slaven. 1989. *Zdravstvena politika u doba krize: evropsko iskustvo kao jugoslovenska perspektiva*. Zagreb: Naprijed.
- 38 Lipovec Čebren, Uršula in Sara Pistotnik. 2015. Iluzija o univerzalnem dostopu do zdravstvenega zavarovanja: ndržavljeni, prekarni, revni kot zdravstveno nezavarovani prebivalci. *Etnolog. Nova vrsta* 25=76 (1). Dostopno prek: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-HZC7ZFHM> (16. avgust 2016).
- 39 Majcen, Boris, Mitja Čok in Marko Ogorevc. 2010. *Ocene posledic uvedbe zgornje meje za osnovo prispevkom za socialno varnost*. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja.
- 40 Mandić, Srna. 2008. Režimi blaginje in vprašanje razvrščanja držav v skupine v razširjeni EU. *Družboslovne Razprave* 24 (57): 7–20.
- 41 Nikolić, Bruno in Bojan Bugarič. 2015. *Pravna ureditev sistemov financiranja zdravstvenega varstva*. Doktorska disertacija. Ljubljana: PF.
- 42 Nikolić, Bruno. 2015. Opredelitev slovenskega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja kot storitev splošnega gospodarskega pomena = Slovenian complementary health insurance as a service of general economic interest. *Mednarodna Revija Za Javno Upravo* 13 (1): 29–67.
- 43 OECD. 1987. *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries*. Paris: OECD Publishing.
- 44 --- 2015a. *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- 45 --- 2015b. *Government at a Glance 2015*. Paris: OECD Publishing.
- 46 --- 2016. *Data: Health Spending*. Dostopno na: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (7. avgust 2016).

- 47 Paris, Valérie, Marion Devaux in Lihan Wei. 2010. *Health Systems Institutional Characteristics A Survey of 29 OECD Countries*. Dostopno prek: <http://www.oecd.org/els/health-systems/measuring-health-coverage.htm> (24 julij 2016).
- 48 Pavlič Damijan, Jože. 2014. Socialna kapica ne ruši solidarnosti. Dostopno prek: www.zdruzenje-manager.si/si/file/download/408_37869f9cf1c9/stat/SocialnaKapica_JozePavlicDamijanAvg2014.pdf (19. avgust 2016).
- 49 Pescosolido, Bernice A. 2011. *Handbook of the sociology of health, illness, and healing: a blueprint for the 21st Century*. New York: Springer.
- 50 Plsek, Paul E. in Greenhalgh, Trisha. The challenge of complexity in health care. *British Medical Journal* 323 (7313). Dostopno prek: <http://www.bmj.com/content/323/7313/625> (6. junij 2016).
- 51 Povše, Vesna in Rado, Bohinc. 2004. *Zdravstveno varstvo v Sloveniji in prihajajoče spremembe z zdravstveno reformo*. Diplomsko delo. Ljubljana: FDV
- 52 Powell, Martin in Armando Barrientos. 2004. Welfare regimes and the welfare mix. *European Journal of Political Research* 43 (1). Dostopno na: https://www.researchgate.net/publication/230249751_Welfare_Regimes_And_The_Welfare_Mix (22. julij 2016).
- 53 Raivio, Risto. 2015. Assessing Patient Satisfaction in Primary Health Care – Reliable Information and Benchmarking. *The world book of family medicine*. Ljubljana: Stichting WONCA Europe: 204–206.
- 54 Rončević, Borut. 1999. Med trgom in državo: intermediarna sfera kot producent kolektivnih dobrin. *Teorija in Praksa* 13 (1): 405–424.
- 55 Rus, Veljko. 1990. *Socialna država in družba blaginje*. Ljubljana: Domus.

- 56 Sagan, Anna in Sarah Thomson. 2016. *Voluntary health insurance in the Europe: Country experience*. United Kingdom: World Health Organization on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies
- 57 Saltman, Richard B., Reinhard Busse in Josep Figueras. 2004. *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead: Open University Press.
- 58 Sheingold, Brenda Helen in Joyce A. Hahn. 2014. The history of healthcare quality: The first 100 years 1860–1960. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 1 (17): 18–22.
- 59 Snoj, Alenka, in Tine Stanovnik. 2008. *Sistemi zdravstvenega varstva v EU*. Magistrsko delo. Ljubljana: FDV.
- 60 Stanimirović, Dalibor. 2014. *Evalvacija informacijskih sistemov in modelov poslovno-informacijske arhitekture v zdravstvu*. Doktorska disertacija. Ljubljana: FU.
- 61 *Statistični urad RS*. 2016. Dostopno prek: <http://www.stat.si/StatWeb/prikazinovico?id=5868&idp=17&headerbar=15> (11. julij).
- 62 Stepan, Adolf, Martin Toth, Drago Petrič, Boris Kramberger, Nataša Leskovic-Uršič in Maša Valentiničič. 1999. *Sistemi financiranja v zdravstvu: mednarodna primerjava*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- 63 Strban, Grega. 2005. *Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja*. V Ljubljani: Cankarjeva založba.
- 64 Strmčnik, Berni. 1994. Zavarovalništva v zdravstvenem varstvu. *Teorija in Praksa* 31 (7/8): 685–693.
- 65 Stubbs, Edmund. 2015. *Devolved Healthcare in Finland*. Dostopno prek: <http://www.civitas.org.uk/content/files/DevolvedHealthcareinFinland.pdf> (10. avgust 2016).

- 66 Tajnikar, Maks in Petra Došenović Bonča. 2011. *Iztočnice za dokument Ministrstva za zdravje Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, Inštitut za javni sektor.
- 67 Tajnikar, Maks, Petra Došenović Bonča, Mitja Čok, Polona Domadenik, Branko Korže, Jože Sambt in Brigita Skela-Savič. 2016. *Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
- 68 Teperi, Juha. 2009. *The Finnish health care system: a value-based perspective*. Dostopno prek: <https://www.sitra.fi/julkaisut/raportti82.pdf>
- 69 The Constitution of Finland. 731/1999. Dostopno prek: <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1999/en19990731.pdf> (10. junij 2016).
- 70 Toth, Martin, Boris Kramberger, Marjan Premik, Miran Kalčič, Dušan Kidrič in Franc Košir, ur. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- 71 Trbanc, Martina. 1992. Različni socialno-blaginjski sistemi in trendi v socialnih politikah. *Družboslovne Razprave* 9 (14): 94–108.
- 72 *Ustava Republike Slovenije* (URS). Ur. l. RS 33/1991. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=1991-01-1409> (20. maj 2016).
- 73 Verdir, Aleš in Boštjan Slatnar. 2005. Demokracija brez socialne države? *Mladina* 27 (4. julij). Dostopno prek: <http://www.mladina.si/94686/demokracija-brez-socialne-drzave/> (12. junij 2016).
- 74 Vezjak Progar, Karmen. 2013. Učinkovitost pobiranja prispevkov za socialno zavarovanje v Republiki Sloveniji. *Mednarodna Revija Za Javno Upravo* 11 (1): 101–124.

- 75 Vončina, Marko, Mitja Šenk, Matija Šenk, Matjaž Musel, Helena Bešter, Berni Strmčnik in Boris Zgrablić. 2014. *Učbenik za zavarovalne zastopnike in zavarovalne posrednike: 3. del: Osebna zavarovanja*. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje.
- 76 Vuorenkoski, Lauri, Philipa Mladovsky in Elias Mossialos. 2008. *Finland: health system review*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization on behalf of the European
- 77 Wendt, Claus, Lorraine Frisina in Heinz Rothgang. 2009. *Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison*. *Social Policy and Administration* 43 (1): 79–90.
- 78 Wendt, Claus. 2014. *Changing Healthcare System Types*. *Social Policy and Administration* 4 (7): 864–882.
- 79 World Health Organization. 1996. *Health care systems in transition, Finland*. Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120227/E71249.pdf (20. junij 2016).
- 80 --- 2000. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Dostopno prek: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1 (30. maj 2016).
- 81 --- 2006. *Constitution of the World Health Organization*. Dostopno prek: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (30. maj 2016).
- 82 --- 2016. *Health Financing*. Dostopno prek: http://www.who.int/gho/health_financing/en/ (20. junij 2016).
- 83 Your Europa. 2016. *Income taxes abroad – Finalnd*. Dostopno prek: http://europa.eu/youreurope/citizens/work/taxes/income-taxes-abroad/finland/index_en.htm (14 julij 2016).

- 84 Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2012. *Občasnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije* 20 (1). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dostopno prek: <http://www.dlib.si>.
- 85 --- 2016. *Poslovno poročilo za leto 2015*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dostopno prek: <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/> (23. julij 2016).
- 86 Zgonik, Staš. 2015. Politiki poslušajo zdravnike tudi brez stavke: pred njimi se vsi slečejo in jih gledajo od spodaj navzgor. *Mladina* 5 junij. Dostopno prek: <http://www.mladina.si/166984/dusan-keber/> (28 julij 2016).
- 87 Zupanič Slavec, Zvonka. 2010. 120 let zdravstvenega zavarovanja pri Slovencih (1889–2009). *Zdravniški Vestnik* 79 (2): 173–181.
- 88 Zupanič Slavec, Zvonka. 2012. Dr. Ivo Pirc (1891–1967) in razvoj javnega zdravja na Slovenskem (1923–1941) = Dr. Ivo Pirc (1891–1967) and development of public health in Slovenia (1923–1941). *Zdravniški Vestnik* 81 (2): 163–171.
- 89 *Zakon o davčnem postopku (ZDavP-2-UPB4)*. Ur. l. RS 13/2011. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201113&stevilka=553> (12. julij 2016).
- 90 *Zakon o prispevkih za socialno varnost (ZPSV)*. Ur. l. RS 5/1996. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO984> (20. junij 2016).
- 91 *Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona za uravnoteženje javnih financ (ZUJF-C)*. Ur. l. RS 99/2013. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3548> (12. junij 2016).
- 92 *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-UPB3)*. Ur. l. RS 72/2006. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213> (30 maj 2016).

- 93 *Zakon za uravnoteženje javnih financ (ZUJF)*. Ur. l. RS 40/2012. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO6388> (12. junij 2016).
- 94 *Zakona o socialno-varstvenih prejemkih (ZSVarPre)*. Ur. l. RS 61/2010. Dostopno prek: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5609> (5. avgust 2016).

PRILOGI

PRILOGA A – Odgovori na vprašanja predstavnika Adriatic Slovenice d.d.

Adriatic Slovenica d.d. je ena iz med treh zavarovalnic, katera ponuja dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Kakšen je vaš trenutni tržni delež na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja?

Tržni delež AS na področju DZZ je okoli 21 odstotkov.

Financiranje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kot je zasnovano zdaj, pa ne temelji na principu pravičnosti in solidarnosti, saj so premije regresivne in predstavljajo nesorazmerno večje breme za socialno ranljivo prebivalstvo kot za srednji oziroma višji razred. Premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje so previsoke glede na izplačane škode (zdravstvene storitve), zavarovalnice ustvarjajo dobiček tudi zaradi varčevanja v zdravstvu – nižanja cen zdravstvenih storitev. - RESOLUCIJO o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« Kolikšen delež pobrane premije predstavljajo stroški administracije, marketinga oziroma javnost je prepričana, da zavarovalnice kujejo velike dobičke?

Socialna zavarovanja, ki temelje na pravno-socialnem razmerju, so zasnovana na principu solidarnosti. Zavarovalna dejavnost, ki ima svoj temelj na zavarovalni pogodbi, je zasnovana na izravnavi tveganj v času in prostoru: zavarovalna premija se določi skladno s tveganjem, ki ga prevzame zavarovalnica. Premija zdravstvenega zavarovanja, ki ni posebej regulirana zaradi javnega interesa države, je tako navadno odvisna od starosti in zdravstvenega stanja zavarovanca (lahko pa tudi od drugih okoliščin). Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je v ZZVZZ opredeljeno kot javni interes, zato je država posegla v načela oblikovanja premije: določila je, da morajo biti premije vseh zavarovancev zavarovalnice enake. Če boste pogledali na naši internetno stran, boste ugotovili, da smo na področju DZZ v letu 2016 poslovali z občutno izgubo, tako da vsaj za našo zavarovalnico težko drži trditev, da iz tega zavarovanja »kuje velike dobičke«.

Kako vi vidite nadaljnji razvoj zdravstvenega sistema v Sloveniji? Že zelo veliko let se govori o ukinitvi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, a naj bi s tem nastala finančna luknja v višini najmanj cc 85 mio €. Koliko časa bi potrebovali za takšno reformo? Zavarovalnice predvsem poudarjate, da bi se lahko že zelo veliko naredilo na relaciji ZZS in izvajalci (izpogajanje boljnih cen)?

Zelo na kratko: zaradi ekonomskih omejitev, demografskih sprememb, itd. je malo verjetno, da bo možno financiranje obstoječe košarice zdravstvenih pravic zgolj z javnimi viri (prispevki, proračun). Manjkajoča zasebna sredstva lahko zberemo le na dva načina: z direktnimi plačili, ki bremenijo le tiste, ki potrebujejo zdravstvene storitve (individualni princip), oziroma z zavarovanjem (solidarnostni princip). Sedanja ureditev, ki košarico horizontalno deli med plačniki, je presežen in neučinkovit, saj zavarovalnice ne morejo vplivati na učinkovitost sistema.

Ali je bilo potrebno izvesti kakršne koli večje spremembe v sistemu zdravstvenega zavarovanja, zaradi vključitve Slovenije v EU?

Predvsem je bilo treba implementirati direktivo o čezmejnem uveljavljanju zdravstvenih storitev.

Od začetka leta 2014 je pravica do posmrtnine in pogrebnina izključena iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ali ste zaradi te spremembe oblikovali kakšen nov produkt oziroma kateri vaši produkti so odgovor na spremembe krčenja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja?

Kritje pogrebnine in posmrtnine je bilo del naših dodatnih zdravstvenih zavarovanj in življenjskih zavarovanj že pred letom 2014.

Ali spremljate spremembe v sistemu zdravstvenih zavarovanj tudi v drugih državah članicah EU?

Da.

PRILOGA B – Intervju z predstavnico Vzajemne d.v.z

Vi imate največji delež zavarovancev v Sloveniji, koliko približno znaša ta številka?

55%. V Sloveniji je dopolnilno zavarovanih cca 1mio 400tisoč ljudi od tega jih je 55% naših.

Iz resolucije sem prebrala da naj bi bilo nekje od 95% zavezanih za dopolnilno zavarovanje tudi zavarovanih.

Jaz mislim, da je ta delež celo večji. Ne vem kako oni to ocenjujejo, zavarovalnice načeloma ne vem, če prav vse povejo. Običajno konkurenci skrijejo koliko ljudi imajo tako, da jaz mislim, da jih je še več kot 95%. Obstajajo pa tudi ljudje, ki zavestno niso zavarovani.

Po forumih sem opazila, kako eni druge prepričujejo, kako to sploh ni nujno in da ne zapraviš toliko kolikor plačaš v celem letu.

Ja, eni imajo to zelo skalkulirano, tudi jaz osebno imam kolege, ki vedo da tukaj delam pa mi pravijo, da so si prav skalkulirali in se ne zavarujejo. Malo hecno ampak ja...

Kolikšen delež zavarovancev ima pri vas urejeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje a so mu zadržane pravice zaradi recimo nerednega plačila?

To so simbolične številke, to ni nič posebnega. Ker tudi v Sloveniji socialno ogroženi lahko recimo gredo v CSD, kjer prejmejo potrdilo in jim s tem ni potrebno plačevati tako, da so že ti izločeni.

Tukaj sem se mislila bolj nasloniti na članek, v katerem piše da nekje 10.000 samozaposlenih ne more koristiti obveznega zdravstvenega zavarovanja ker nima plačanih prispevkov.

Aha, to je pa bolj zadeva za ZZZS, ker oni urejajo zakaj pride do tega, kako pride do tega ampak, če so nujne storitve jih takrat morajo vsi dobiti.

Ali vodite kakšno statistiko o tem koliko je zavarovanj v mirovanju oziroma plačuje CSD prispevke?

Imamo ampak to je tako: zelo težko rečem na presečni dan koliko jih je, ker eni ljudje imajo v mirovanju za en mesec, eni za 3, eni za pol leta in drugi za eno leto. Hkrati je potrebno upoštevati, da v mirovanje dajo zavarovanje tudi ljudje, ki se odpravljajo v tujino oziroma so zavarovani po kakšnih drugih kriteriji zavarovani za obdobje mirovanja zavarovanja pri nas. Po spominu imamo na leto nekje 20.000 takih »obdelav« ampak to ne pomeni, da so celo leto v mirovanju.

Ali v ta »koš« spadajo tudi vojni veterani, ki so pred kratkim prejeli odločbo za mirovanje?

Ne. Vojni veterani so druga zgodba. Ti lahko izbirajo med zavarovalnicami. Ali so upravičeni ali ne, da jim država krije njihovo dopolnilno zavarovanje, pa odločajo njihove upravne enote tako, da smo mi v tem primeru samo transfer.

V resoluciji so med drugim zapisali, da so premije previsoke glede na izplačane škode in zavarovalnice ustvarjajo dobiček tudi zaradi varčevanja v zdravstvu, nižje cene zdravstvenih storitev. Pa tudi prepričanje se mi zdi zakoreninjeno. Kaj menite o tem?

Razumem ja. V Sloveniji je tako, da vsak ki upravlja gospodarsko družbo, se bo trudil, da dela plus (ustvarja dobiček). Ne poznam normalnega gospodarja, ki bo delal z minusom (v škodo), ker to pomeni samo umiranje na obroke. To je prva zadeva. Druga zadeva je pri 270 mio € s katerimi mi upravljamo in v zdravstvenem sistemu kakršnemu funkcioniramo, se

lahko samo za 1 % spremenijo cene ali odhodki za zdravstveno storitev, pa je to za nas 2,5 mio €. Skratka, mi načeloma načrtujemo poslovanje s pozitivno nulo, ampak si dopuščamo manevrski prostor 2 – 3 mio € plusa, da lahko uravnavamo tveganja. Na primer: če se zgodi nek hujši dogodek v zdravstvu zaradi katerega nam za 1 % narastejo dohodki smo mi, če ne upoštevamo »manevrskega denarja« 2-5 mio € v minusu. Tega pameten gospodar ne bo počel in bo v izogib temu načrtoval delo s pozitivno nulo. Ne vem koliko ste sledili, ampak v letu 2013-2014, ko so bili odhodki zaradi varčevanja dejansko nižji, smo mi decembra izvedli poračun premije. To je bilo takrat 15 € manj na zavarovanca, gledano v celoti pa je to 12 mio € manj prihodka. Torej v zvezi s tem nekaj delamo. V Sloveniji mečemo v isti koš delniške in vzajemne družbe. Poanta pri nas pa je, da takrat, ko ti gre dobro, da imajo člani nekaj od tega, ne razumemo pa, da takrat ko ti gre slabo, pa tudi člani nekaj prispevajo. Kar se pa tiče previsokih premij, jih je nazadnje ministrstvo za 4 € dvignilo, mi smo jo pa spustili. Mi pač nismo javni zavod kot recimo ZZZS. Ko oni zaidejo v težave se breme bodisi prenese na nas ali pa na državno blagajno

Kar se tiče dopolnilnega zdravsteveenga zavarovanja še to. V vsaki normalno razviti državi, kjer želiš da ti zdravstveni sistem dolgoročno in vzdržno funkcionira, zbirajo sredstva za zdravstvo na način, da imajo kombinacijo javnega in zasebnega zdravstva. Nekako optimalen cilj, da zadeve lepo tečejo je da imaš nekje 75 – 80% javnega zdravstva, ostalo pa zasebno. Tako je tudi pri nas. Pri zasebnih sredstvih se pojavlja težava zbiranja le-teh. Imaš tri načine: 1. Ne bom imel nobenih zavarovanj pa naj ljudje plačujejo, ko bodo kaj rabili; to se je izkazalo kot zelo slabo, kjerkoli so imeli ta način saj te to udari po žepu takrat, ko si dejansko bolan in praviloma so to vedno starejši. 2. Greš v čisti kapitalistični zavarovalniški sistem, oblikuješ prava dodatna zavarovanja (premija se oblikuje glede na starost, zdravstveno stanje, spol, in cel kup ostalih okoliščin, ki jih zavarovalnica zračuna da bo zmožna kriti stroške). 3. Ustvariš dopolnilna zavarovanja, kjer je politika malo pozabila zakaj so jih uvedli. To je najbolj socialistična oblika zbiranja zasebnih sredstev kjer damo vsi po malo, da imamo na koncu vsi vse.

Ko nas je gledala svetovna banka in svetovna zdravstvena organizacija so rekli, da če bomo mi ta sistem zrušili, ne boste več dosegali primerne stopnje zavarovanosti. Hkrati pa rabimo ta denar. Torej, če nimamo dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, bo potrebno iti po enemu izmed prvih dveh načinov, kar pa je za marsikoga lahko tudi hud udarec.

Ko je Keber prvi poizkušal to spremeniti je bilo štirikrat manj sredstev, pa gospodarska rast je bila tako da se takrat to ni dalo. Sedaj bo to še toliko težje, razen če ne bodo izumili spet kak nov davek ali prispevek. Mogoče Janez Novak misli, da mu tega ne bo potrebno plačevati, ampak se bo poznalo pa na kaki drugi postavki pri plači.

Gledala sem te projekcije in napovedi. Ena od teh je bilo povišanje prispevne stopnje...
...samo to ne bo šlo. Makroekonomsko gledano finančni minister tega nikoli ne bo dovolil.

...da se obdavči še posamezne prihodke...

...tudi ne bo šlo....

...ampak malo se je že začelo...

...je ampak če se že pogovarjamo: ko je bil nepremičninski davek podan v predlog je šlo za 200 – 400 mio € pa je bila huda drama pa še danes nimamo davka, tukaj pa gre za 450 mio €. Predolgo sem že v teh zgodbah, da bi ne opazila dogajanj. Jaz si predvsem želim, da imamo dober in vzdrževan zdravstveni sistem kot pa dobičkonosnost firme. Ni to moj fokus. Predsednik velikokrat reče da namesto da se pogovarjamo o temeljih pričenjamo pri strehi.

Torej lahko rečemo, da je vaš vpliv zelo omejen, kot zavarovalnica, na kolikšen delež morate vi plačevati od dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja

Mi se že več let borimo pa žal smo še pač malo neuspešni pri tem. V Sloveniji celotni budžet financiranja zdravstva določajo na ravni ZZZS, ministrstvo za zdravje in izvajalci. Ti se dogovorijo med sabo. Mi tudi za storitve kjer plačamo 90% cene – za velik obseg gre – nismo zraven. Približno kot če jaz hišo gradim, ti pa se dogovarjaš z mojim izvajalcem. Tako da tukaj se borimo, da bi bili partner v sistemu. Če pogledamo dobre prakse v tujini, sploh Nizozemska je tak krasen primer kjer imajo tudi zelo kakovosten zdravstveni sistem – po vseh kriterijih najboljši. Pravzaprav imajo zelo močne zasebne zavarovalnice in se le-te dogovorijo z izvajalci o cenah, o kakovosti, o vsem in tekmujejo med sabo, da svojim pacientom ponudijo »top of the top«. Niso zastoj na prvem mestu. Mislim, da je deset let od zdravstvene reforme na Nizozemskem in po raziskavah še vsako leto točke dobivajo. To je neverjetno. Pa imajo recimo močne zasebne zavarovalnice, ki se dogovarjajo, kar bi pri nas pol politike v zrak skočilo in drugo kar je je to, da noben tabu ni, da so izvajalci v zasebni lasti. Mi ves čas mešamo javno in državno, to da si želimo temeljev v javne zdravstvu se vsi strinjamo vključno z nami, ki smo zasebne zavarovalnice. Kar sem pa jaz osebno in še marsikdo proti, je to, da država povsod in imaš v svetih bolnic politiko namesto strokovnjakov in v managementih bolnice enako in je posledično kaos. V Nemčiji recimo je celotno primarno zdravstveno varstvo (vsi splošni zdravniki, vsi ginekologi, pediatri,...) so zasebniki, ampak izvajajo javno zdravstveno službo. Noben tabu: samo boljša organizacija, lepši odnosi...

...in malo več nadzora...

Ja, pa predvsem je pri njih bolnik stranka. Tako kot si stranka v butiku trgovine. Obravnavajo te prijazno, želijo ti ponuditi čim več. Pri nas te pa že sestra grdo pogleda pa nahruli, ko prideš.

Tudi pri nas je različen občutek. Ko sem z ljudmi govorila ko gre z zasebnemu zobozdravniku ali gre v javni ustanovi je občutek drugačen...

Pri nas pa smo s populizmi prišli tako daleč, da enačimo javno, državno in politiko. To je brez zveze. Ti moraš imeti odgovorno upravljanje in dobrega izvajalca. Saj ni važno v čigavi lasti je, važno je, da je storitev na koncu taka kot mora biti. Kaj se nam dogaja recimo: trenutno obstaja čezmejna direktiva o zdravstvenem varstvu, ki ti omogoča, da greš v tujino, s tem, da pri nas je še vedno vmesni člen – ZZZS, da ti da administrativno odobritev in da ti krije stroške. Ampak pri nas se je hkrati zgodilo to, da so se čakalne dobe zelo podaljšale. Za čakalne dobe pa obstajajo standardi, ki so maksimalne čakalne dobe za posamezne posege in mi sedaj v toliko kriterijih že to presegamo, da si »po defaultu« upravičen, da greš lahko v tujino in nam narašča, za 40% v zadnjem letu, odhodov v tujino. Sicer so nominalno številke še nizke ker to je zadev, ki se odvija šele zadnje leto, ampak če pogledamo 20+ stare ljudi: a ni vseeno ali gre v Trst, Gradec, Dunaj,... če mora na UKC eno leto čakati pa še riskira ali ga bojo »pošraufal« v redu ali ne? Da ne govorimo, da čim imajo kritične primere otrok jih pošiljajo v ZDA pa imamo toliko proti njihovem sistemu.

Dobro, sedaj smo malo zašli. Če nadaljujemo: Kako Vi vidite nadaljnji razvoj zdravstvenega sistema? V kakšno smer bo šel? Ali bo šel v nadgraditev dopolnilnega ZZ?

Ja, to so večne debate v zvezi s to participacijo, zaradi tega ker v zdravstvu malo zameji povpraševanje. Po domače rečeno: da ne greš za vsako reč k zdravniku. Problem je tukaj: kolikor jaz vem, je zdravniška zbornica to analizirala in prišla do spoznanja, da so stroški pobiranja bistveno višji od tega kar bi sploh noter prejeli. Participacija je do neke mere v redu, ker zajezi povpraševanje, ampak glede obsega pa ne moremo računati, da bi s temi sredstvi

kakorkoli nadomestili ali si pomagali. Hkrati pa izvajalce obremeniš, da morajo to pobirati in izdajati račune kar ne bi bilo sicer slabo – zaradi transparentnosti. Večplastno je. Ni tako enostavno kot zveni.

Kar se tiče razvoja: dejstvo je, da starejši kot smo, več zdravstvenih storitev potrebujemo in glede na to, da imaš za zasebna sredstva te tri načine, je bolj ali manj jasno kje boš manevriral. Nizozemci so naredili leta 2006 reformo in ker so ugotovili, da ne bodo dobili zadostne kvote ljudi v sistem z nepotrebni plačili, so namesto prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja uvedli obvezno pogodbeno zdravstveno zavarovanje in sicer so šli v nekaj kot bi rekli recimo pri pokojninah, da bi drugi steber postal obvezen zaradi tega ker gre za nek družbeni konsenz, da če mi želimo ohranjati nek nivo pravic in nek nivo standarda zdravstva, da moramo ljudi v bistvu, kljub temu, da rečemo, da je to neko prostovoljno zdravstveno zavarovanje; nekako prisilit, da pridejo v sistem. Ker ti dejansko lahko ta sistem vzdržuješ samo na način, da daš mlade, pa zdrave ljudi noter. Čim imaš zavarovane samo stare in bolne je to lahko taka premija, da... Vedno moraš motivirat. To so ti tipični evropski socialni sistemi. Nizozemski primer se je izkazal kot zelo dober- finančno vzdržen, sicer je malo drag, ampak so vzeli tudi dolgotrajno oskrbo – to je področje s katerim se pri nas sploh nihče ne ukvarja. Za dolgotrajno oskrbo je tako: praviloma bi to moral biti del zdravstvene reforme, pri nas se pa ministrstva obnašajo, kot da so vsak svoja firma.

Če povzamem: 75 – 80% bo vedno nekega javnega, ostalo zasebno. Na kakšen način bo to zasebno je stvar pogovarjanj. Treba si je naliti čistega vina, kje so plusi in kje minusi posameznih zadev. Vedno, ko se pogovarjamo o razvoju zdravstva, zelo hitro slišim očitek: »aha, ameriški sistem«. Ne, mi imamo dobre evropske socialne sisteme in tipičen primer so Nizozemska, Nemčija itn. Skratka, potrebno je pogledati do katere mere je potrebno dopolnilno zdravstveno zavarovanje preoblikovati, rešiti vprašanje dolgotrajne oskrbe, ugotoviti, kje bi se dalo razviti še neka prava dodatna zavarovanja, pa še to bi dodala: boljše je bogata in razvita družba, manj je problemov s socialnimi sistemi. Mi se moramo kot država razvijati, da dobimo »cash flow«. In tudi v zdravstvu se da: Hrvati zelo razvijajo »medicinski turizem«. Predvsem mislim, da moramo nekaj narediti na ravni izvajalcev: mi imamo in bolnice in porodnišnice še iz socializma in tako se obnašajo in tako živijo – so slabo organizirani kar je deloma krivda to, da so organizirani v obliki javnih zavodov. Mislim, da bi to morale biti v obliki gospodarske družbe tudi, če so v državni lasti. Brez politike, da začnejo meriti kakovost in konkurirati na trgu.

Razmisliti bo potrebno o »socialni kapici«. Mi imamo v državi en del ljudi, ki plačujejo ogromno zato, da smo vsi pokriti. Imamo pač nora razmerja, ampak kljub temu govorimo o nesolidarnosti.

Zadnjič sem brala razpravo iz parlamenta izpred 15-ih let. Takrat je bila bolj razumna kot je to kar danes poslušam. To je neverjetno.

Ne vem kaj si lahko obetamo, vem pa, kaj bi bilo treba.

Torej vidite predvsem v Nizozemski en tak model, ki bi deloval pri nas?

Finska ima proračunsko financiranje ne?

...da. In prav tako se sooča z čakalnimi vrstami kot mi...

Čakalne vrste so fenomen. Čakalne vrste niso povezane z denarjem in niso povezane z bogastvom države. Norveška ima enega najboljših sistemov, je zelo bogata država, pa ima čakalne dobe. Švedska ima dober sistem in ima čakalne dobe. Finska uporablja za zdravstvo okoli 9% BDP, tako kot mi, pa ima bolj učinkovito zdravstvo, pa ima čakalne dobe. Čakalne dobe imajo tudi Italija, Španija, itn. Švedi so mi enkrat razlagali, da so v določenem trenutku »vrgli ful denarja« v čakalne dobe: nič niso rešili. Samo spodbujali so neučinkovitost na tak način. Makedonci recimo, ki so po vseh kriterijih slabši od nas, so pa v zadnjih letih, ko so uvedli e-zdravstvo, e-čakalne dobe in zadevo organizirali elektronsko, pa totalno izničili

čakalne dobe in se povzpeli na vseh lestvicah. Samo z dobro organizacijo. Mi v 21. stoletju ne znamo niti v excel dat vseh teh ljudi. Ni razloga, da v tem obdobju ne bi bilo elektronskih čakalnih dob.

Predstavljam si, da si manager UKC Ljubljana. Imaš 2.400€ neto plače. Imaš 8.800 ljudi, 2.000 bolniških postelj, cel kup egov zdravnikov s katerimi je nemogoče funkcionirati, hkrati je pa tako. Plače so določene z zakonom, o investicijah se dogovarja ministrstvo za zdravje, cene zdravstvenih storitev ti pa določa zavod. Ti kot manager prav veliko ne moreš narediti.

Koliko časa pa bi potrebovali za izvesti neko konkretno reformo? Govori se o obdobju desetih let.

Nizozemci, kolikor vem, so pripravljali reformo več kot deset let preden so 2006 resno štartali z njo. To so res dolgotrajni procesi s tem, da ko se je vlada pri njih zamenjala, se kurz ni spremenil za 100%, kot se pri nas dogaja. Malo bolj zrela demokracija so.

Pri naših reformah je veliko papirja in ogromno izvajalcev in udeleženih, kar je nemogoče uskladiti. Mislim, da bi bilo bolje, če bi se našla en pameten minister in en konkreten direktor ZZZS, ki bi o tem odločala in s postopnimi koraki zadeve spreminjati. Trditev izhaja iz mojega spremljanja zadnjih pet let Hrvaške, kjer je bil na ZZZH direktor Siniša Varga, ki je bil kasneje tudi minister za zdravje. On je začel s parnimi – zelo dobrimi triki. Prisilil jih je v dobro organizacijo, uvedel je e-zdravje že davno pred nami, ko je bil minister je poklical pet direktorjev bolnic k sebi in jih je odpustil, ker so mu delali z izgubo. Je postavil na njihova mesta sanacijske upravitelje, začel je meriti kakovost v bolnicah in so začele bolnice med sabo tekmovati. V kombinaciji z e-zdravjem se je pokazalo, da določeni oddelki nimajo bolnikov. In so začeli malo združevati in optimizirati, začel je vzpodbujati medicinski turizem,... Če potegnem črto: posamezni, kakovostni ukrepi, ki so vzpodbudili marsikoga da bolje dela kot v preteklosti in se s tem sistem počasi premika. S tem so prešli iz 23. na 16. mesto. Mi smo 15.

Pri nas bi postavila enega 45-letnega ministra, ki bi ga brigalo za vse medije in ostale interese. Da bi s strastjo delal.

Kakšne spremembe povezane z vključitvijo Slovenije v EU so se zgodile? Kaj večjega mislim.

Ne, socialni sistemi so ostali relativno nedotaknjeni, se pa vsi zavedajo te težave. Recimo pri pokojninskih sistemih: Britanci so se začeli pred penzijo seliti v Španijo. Tj.: Kako zagotoviti enotnost sistema. Ljudje so mobilni tako da sedaj so tudi na zdravstvu začeli urejati te stvari. Nastala je čezmejna direktiva.

Moja projekcija je, da se bo trg sčasoma odprl, da lahko poiščeš izvajalca in da se ti ti stroški nekako povrnejo. Bo pa še veliko vode preteklo preden se te stvari uredijo in vzpostavijo. Zaenkrat je tako, da greš v to z dovoljenjem ZZZS, kako bo naprej pa res neven.

Kako je s temi – medijsko izpostavljenimi primeri? Ko jim ne povrnejo obvezno zdravstveno zavarovanje-operacije in podobno.

Saj to je tisto vprašanje s katerim se po moje premalo ukvarjamo. Prvo kot prvo je potrebno analizirati zakaj je zadnje čase toliko teh primerov. Mi se zelo radi pohvalimo, da imamo zelo dobre rezultate pri številu živorojenih otrok, ne vem pa če imamo analize koliko je poškodb pri porodih in podobno. Je pa to zelo občutljiva tema.

Drugo kar je: ZZZS je javni zavod, ni zavarovalnica, kot se ji velikokrat zmotno reče. Oni živijo po sistemu »iz rok v usta«. Kar plačamo, to porabimo po domače. Če si pameten upravljalca, ustvarjaš neke rezerve – oblikuješ neko fundacijo. Vedno boš imel neke izjemne

primere kjer bo potrebno razvijati nek socialni čut. Če imaš v temelju stvari pripravljene je lažje te primere reševati. Tako, da bi po enem vidiku iz rezerve, fundacije ali sklada te primere pokrivali. Tretja težava so pa »bogovi v belem«, ko ZZZS-ju rečejo, da druge rešitve ni. Kako naj potem, kot zdravstvena blagajna ukrepam? Jaz vem, da kot mama bom za svoje otroke vse poiskala. Pa naj bojo v Vietnamu ali drugje. Mi je vseeno.

...saj pri tem ste bojda zavarovalnice prišle s to ponudbo »drugega mnenja«...

Da, ljudje vedno, ko so resne situacije, radi slišijo še kak drugi nasvet, kaj več ali kaj boljše. Mi jim to omogočamo v obliki posebnega produkta – neka dodana vrednost. Pa tudi če nimajo tega zavarovanja vemo: Ljudje bodo vprašali. Svet se globalizira. Vsi znamo »it ven«, vsi nekoga poznamo ...

Zdravniki se bodo morali počasi navaditi, da so bolniki njihove stranke in da jim je potrebno rešiti njihov problem.

Mediji prav tako. Pri primeru anesteziologov v Mariboru. Fokusiranost na to ali govorijo slovensko ali ne je bila nenormalna.

Je bil kakšen vaš produkt izdelan zaradi tega, ker se je kaka pravica državljanom »črtala« iz obveznega zdravstvenega zavarovanja?

Mi imamo obvezno zavarovanje zelo, zelo, zelo široko

...recimo Adriatic je šla s pogrebninami skozi en produkt...

Mi tega nimamo. A je to vezano na življenjsko zavarovanje?

...Da...

Mi tega ne izvajamo. Imamo dodatne produkte za poti v tujini, zdravstvena polica, nezgodna zavarovanja. Zaenkrat smo pri tem. Za dodatne produkte proizvest se bo potrebno dotakniti vprašanja pravic pa razdeliti zadevo na A in B, kar so tudi že 20-letne razprave in nisem prav optimist ker je to politično-nepopularna odločitev in jo ne pričakujem v kratkem.

Pogrebne in posmrtnine so zelo specifični produkti. Zelo težko je produkt oblikovati ko imaš »gotovo tveganje«.

Kako spremljate spremembe v drugih članicah EU?

Kolikor se le da. Sistemi so sicer zelo vezani na posamezno državo, na nacionalne značilnosti

...

Že zaradi nekaterih mednarodno primerljivih podatkov je smiselno, da več kje si, kaj si.