

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Tina Hrast

Zdravstveno varstvo – primerjava Slovenije in Egipta

Diplomsko delo

Ljubljana, 2011

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Tina Hrast

Mentorica: Doc. dr. Anja Kopač Mrak

Somentor: Red. prof. dr. Bogomil Ferfila

Zdravstveno varstvo – primerjava Slovenije in Egipta

Diplomsko delo

Ljubljana, 2011

Zdravstveno varstvo-primerjava Slovenije in Egipta

V diplomskem delu iz sociološkega vidika preučujem sistem zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji in Arabski republiki Egipt. Gre za dve precej različni državi, tako po političnem sistemu, ekonomski razvitosti, religiji, demografskih in geografskih kazalnikih. Slovenija spada med razvite države in v njeni ustavi je zapisano, da je socialna država. Pravica do zdravstvenega varstva je v Sloveniji ustavna človekova pravica. Sodi med temelje socialne varnosti in blaginje. Država zagotavlja slovenskim državljanom socialno varnost na področju zdravstva preko sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja. Egipt spada med države v razvoju. V egiptovski ustavi je zapisano, da naj bi država zagotavljala zdravstvene storitve in storitve zdravstvenega zavarovanja. Socialno zavarovanje krije zdravstvene storitve le polovici Egipčanov, zdravstveno zavarovanje, ki ga nudi Organizacija za zdravstveno zavarovanje (HIO) krije zdravstvene storitve povečini samo zaposlenim v formalnem sektorju. Glavni akter zagotavljanja zdravstvenega varstva v Egiptu predstavljajo egipčanska gospodinjstva, saj država nima urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki bi krilo zdravstvene storitve vsem državljanom pod enakimi pogoji. Gospodinjstva zdravstvene storitve poiščejo na trgu, pri nevladnih organizacijah, v vladnih in javnih zdravstvenih ustanovah - odvisno od tega ali potrebujejo zunajbolnišnično zdravstveno oskrbo ali bolnišnično zdravstveno oskrbo. V Sloveniji se zdravstvene storitve zagotavljajo večinoma skozi mrežo javnih zdravstvenih ustanov, zasebnih je malo, medtem ko v Egiptu te predstavljajo velik delež ponudnikov zdravstvenih storitev.

Ključni pojmi: Zdravstveno varstvo, trikotnik blaginje, Republika Slovenija, Arabska republika Egipt, primerjava.

Health care – comparison of Slovenia and Egypt

In my graduation thesis I examine from sociological perspective the system of health care in the Republic of Slovenia and the Arab Republic of Egypt. These are two very different countries in terms of political system, economic development, religion, demographic and geographic indicators. Slovenia is one of the developed countries and its Constitution states that it is a social state. The right to health care is a constitutional right in Slovenia. It is one of the foundations of social security and welfare. The country ensures Slovene citizens social security in the area of health through compulsory health insurance system. Egypt is one of the developing countries. The Constitution of the Arab Republic of Egypt states that the country shall guarantee health care services and health insurance services. The social security covers health services only for half of the Egyptians, the health security of the Health Insurance Organisation (HIO) covers health care services mostly for those employed in the formal sector. The main actor of ensuring health care in Egypt are the Egyptian households because the country is without organized compulsory health insurance that would cover health care services for all citizens under equal conditions. Households seek health care services on the market, in non-governmental organizations, in governmental and public health institutions, depending on whether they need inpatient care or outpatient care. In Slovenia, health care services are ensured mostly through a net of public health institutions, private institutions are few, whereas in Egypt the latter represent a large proportion of health service providers.

Key terms: Health care, welfare mix, the Republic of Slovenia, the Arab Republic of Egypt, comparison.

KAZALO

1	UVOD	7
2	METODOŠKI OKVIR.....	9
2.1	Oprelitev področja in opis problema.....	9
2.2	Namen in cilji diplomskega dela.....	10
2.3	Omejitve diplomskega dela.....	10
2.4	Hipoteze	11
2.5	Metodologija dela	12
3	TEORETIČNA IZHODIŠČA	14
3.1	Socialna politika in socialno državljanstvo.....	14
3.2	Koncept države blaginje in trikotnika blaginje.....	17
3.3	Tipi države blaginje	22
3.3.1	Liberalni tip države blaginje.....	22
3.3.2	Konzervativno-korporativistični tip države blaginje.....	23
3.3.3	Socialdemokratski tip države blaginje.....	23
3.3.4	Mediterranski tip države blaginje	24
3.4	Zdravstveno varstvo.....	24
3.5	Zdravstvena politika.....	26
3.6	Sistemi zdravstvenega varstva v Evropi	27
3.6.1	Beveridgeov (liberalni) sistem nacionalnega zdravstvenega zavarovanja.....	27
3.6.2	Bismarckov (korporativistični) model zdravstvenega zavarovanja.....	28
3.6.3	Semaškov model (sistem socialističnega zdravstvenega zavarovanja)....	28

4	ANALIZA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI	29
4.1	Glavni akterji v slovenskem sistemu zdravstvenega varstva.....	31
4.2	Način financiranja zdravstvenega sistema	36
4.2.1	Obvezno zdravstveno zavarovanje	40
4.2.2	Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	41
4.3	Zagotavljanje oskrbe v slovenskem zdravstvenem sistemu.....	44
4.4	Položaj posameznika v slovenskem zdravstvu	46
5	ANALIZA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V EGIPTU	47
5.1	Glavni akterji v zdravstvenem sistemu Egipta.....	49
5.2	Način financiranja sistema zdravstvenega varstva v Egiptu.....	52
5.3	Zagotavljanje oskrbe v egiptovskem zdravstvenem sistemu	57
5.4	Položaj posameznika v egiptovskem zdravstvu.....	60
6	PRIMERJAVA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI IN EGIPTU...	61
7	ZAKLJUČEK.....	75
8	LITERATURA.....	78
	PRILOGA A: Zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju v Sloveniji .	85
	KAZALO SLIK	
	Slika 3.1: Trikotnik blaginje.....	19
	Slika 3.2: Elementi sistema zdravstvenega varstva	25
	KAZALO TABEL	
	Tabela 4.1: Nekatera dejstva z demografsko-socialnega področja v Sloveniji.....	29
	Tabela 5.1: Nekatera dejstva z demografsko-socialnega področja v Egiptu.....	47

Tabela 5.2: Odstotek prebivalstva s socialnim zavarovanjem v Egiptu 56

Tabela 6.1: Merila za razvrščanje sistemov zdravstvenega varstva 74

KAZALO GRAFOV

Graf 4.1: Viri financiranja zdravstvenega sistema v Sloveniji..... 38

Graf 5.1: Stopnja financiranja zdravstvenega sistema v Egiptu glede na akterje
financiranja 54

Graf 5.2: Stopnja financiranja zdravstvenega sistema v Egiptu glede na vrsto
financiranja 55

Graf 5.3: Odstotek primarne zdravstvene oskrbe pacientov glede na vrsto ponudnikov
zdravstvenih storitev v Egiptu 58

Graf 5.4: Odstotek bolnišnične oz. terciarne oskrbe pacientov glede na vrsto
ponudnikov zdravstvenih storitev v Egiptu 59

1 UVOD

Zdravje je vrednota, ki jo ljudje v javnomnenjskih raziskavah največkrat postavijo na prvo mesto. Vsi ljudje si želimo biti zdravi, najbolj pa to vrednoto »občutimo«, ko zbolimo. Zdravje ima poleg razsežnosti na osebni ravni človeka, veliko razsežnost na celotnem področju družbenega delovanja.

V razvitih družbah predstavlja zdravje univerzalno vrednoto in človekovo pravico, ki jo je potrebno varovati z organiziranimi družbenimi aktivnostmi. Zdravstveno varstvo sodi med temelje socialne varnosti in blaginje. Del 25. člena Splošne deklaracije človekovih pravic (1948) pravi, da ima vsakdo pravico do takšne življenjske ravni, ki zagotavlja njemu in njegovi družini zdravje in blaginjo, vključno z zdravniško oskrbo in potrebnimi socialnimi storitvami. Vsakdo ima pravico do varstva v primeru bolezni, delovne nezmožnosti, vdovstva ter starosti ali druge nezmožnosti pridobivanja življenjskih sredstev zaradi okoliščin, neodvisnih od njegove volje. Materinstvo in otroštvo sta upravičena do posebne skrbi in pomoči.

Veliko vlogo pri zagotavljanju zdravja kot ene temeljnih človekovih pravic ima država. Ta lahko s socialno politiko in v okviru nje zdravstveno politiko poskrbi za varstvo pravice do zdravja in za zagotavljanje enakih možnosti za zdravje vsem prebivalcem. Država naj bi namreč z zdravstveno politiko zagotavljala državljanom zdravstveno varstvo, si prizadevala izboljšati svoj zdravstveni sistem in omogočati ljudem kakovostno zdravstveno nego (Česen 1998; Kersnik 1998).

Razvoj zdravstvenega varstva v državi je odvisen od njenega zgodovinskega razvoja in političnega, ekonomskega ter socialnega okolja. Medtem ko se v nekaterih razvitejših državah v trenutnem obdobju pojavljata kriza socialne države in kriza države blaginje ter se pravice iz naslova zdravstvenega varstva krčijo, se druge države trudijo, da bi šele vzpostavile zdravstveno varstvo za vse državljane. Tam, kjer država ne zagotavlja državljanom zdravstvenega varstva v zadostni meri, si ga ti zagotovijo s pomočjo storitev na trgu ali s pomočjo civilne družbe (nevladnih organizacij in družine).

Za temo diplomskega dela sem si izbrala problematiko zdravstvenega varstva, in sicer primerjavo med Slovenijo in Egiptom. V deželo Bližnjega vzhoda me je pripeljala narava mojega dela, saj že 8 let delam kot turistična vodnica. Egipt je bil določeno obdobje tudi moje začasno prebivališče in takrat sem se tam srečala z drugačno obliko zdravstvenega varstva, kot sem ga bila vajena v Sloveniji. Posledično sem se odločila raziskati značilnosti egiptovskega zdravstvenega sistema ter razumeti, zakaj je sistem zdravstvenega varstva v Egiptu v takšnem stanju. Zdravstveno varstvo me bo zanimalo predvsem iz sociološkega vidika in v tem okviru akterjev družbene blaginje.

V ustavi Egipta (Constitution Of The Arab Republic of Egypt 1980) je zapisano, da je Arabska republika Egipt demokratična in socialistična država (1. čl.). V 2. členu je zapisano, da je islam državna religija, islamska sodna praksa je temelj zakonodaje. 7. člen pravi, da je družbena solidarnost temelj egiptovske družbe, 8. člen pa, da egiptovska država zagotavlja enakost možnosti vsem državljanom. V 16. členu egiptovska država zagotavlja državljanom kulturne, socialne in zdravstvene storitve, v 17. členu pa je zapisano, da zagotavlja storitve socialnega in zdravstvenega zavarovanja ter da imajo vsi državljanji pravico do pokojnine v primeru nezmožnosti za delo, nezaposlenosti in starosti.

Po Ustavi Republike Slovenije (1991) je Slovenija demokratična republika (1. čl.) in pravna in socialna država (2. čl.). Država in verske skupnosti so ločene (7. čl.). Državljanji Slovenije imajo pod pogoji, določenimi z zakonom, pravico do socialne varnosti. Država ureja obvezno zdravstveno, pokojninsko, invalidsko in drugo socialno zavarovanje ter skrbi za njihovo delovanje. Vojnim veteranom in žrtvam vojnega nasilja je zagotovljeno posebno varstvo (50.čl.). Vsakdo ima pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon (51. čl.).

Kot vidimo so ustavne določbe, ki se dotikajo zdravstvenega varstva v obeh državah dokaj različne, na kakšen način pa poteka izvajanje pravic iz naslova zdravstvenega varstva ter kateri akterji skrbijo za zdravstveno varstvo državljanov pa bo rdeča nit nadaljnjega besedila.

2 METODOŠKI OKVIR

2.1 Opredelitev področja in opis problema

Za diplomsko delo sem si izbrala temo, ki sodi v področje zdravstvene politike, oz. v širše področje socialne politike, dotika pa se države blaginje. V delu bom namreč primerjala zdravstveno varstvo v Republiki Sloveniji in Arabski republiki Egipt. Kot sem omenila že v uvodu, so ustavne določbe, ki se dotikajo zdravstvenega varstva v Sloveniji in Egiptu dokaj različne. Po mojih izkušnjah z egiptovskim zdravstvenim sistemom je zdravstveno varstvo državljanov v veliki meri odvisno od drugih akterjev in ne toliko države.

Kot državljanka Republike Slovenije sem imela o slovenskem zdravstvu določeno predstavo, ki ni bila vedno najboljša. Bilo mi je samoumevno, da si v Sloveniji upravičen do določene zdravstvene oskrbe in da je precej zdravil v lekarnah »brezplačnih«. V obdobju mojega bivanja v Egiptu sem se v tej tuji državi znašla tudi v situaciji, ko sem potrebovala zdravniško pomoč. Takrat sem stopila v stik z drugačno obliko zdravstvenega varstva. V Sloveniji sem bila namreč vajena, da državljani svoje zdravstvene potrebe zadovoljujemo v večini skozi javno mrežo zdravstvenih domov in bolnišnic v okviru države. V Egiptu je slika drugačna.

Problematika, ki me zanima v diplomskem delu, se nanaša na način zagotavljanja zdravstvenega varstva državljanom Republike Slovenije in Arabske republike Egipt. V tem okviru me zanima, kdo skrbi za zdravstveno varstvo prebivalstva obeh držav in kako je zagotavljanje zdravstvenega varstva porazdeljeno med akterje trikotnika blaginje. Omenjena tematika je v zadnjih letih temelj razprav tako v Sloveniji kot v Egiptu, a v obeh državah iz različnih razlogov. Zanima me tudi, do katere mere imata državi sploh razvito zdravstveno politiko in kako v njenem okviru skrbita za zdravstveno varstvo svojih državljanov. Na tem mestu me prav tako zanima na kakšen način so državljanom dostopne zdravstvene storitve (je to pogojeno z državljanstvom) ter kakšen mehanizem financiranja zdravstvenega varstva uporabljata državi.

Problematika razvitosti zdravstvene politike in zagotavljanja zdravstvenega varstva je namreč tesno povezana z ustavnimi določbami glede socialne države.

2.2 Namen in cilji diplomskega dela

Namen diplomskega dela je primerjati sistem zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji in Arabski republiki Egipt iz sociološkega vidika. S pomočjo trikotnika blaginje želim ugotoviti kako so akterji trg, država in civilna družba (natančneje družina znotraj civilne družbe) vpleteni v sistem zdravstvenega varstva obeh držav.

V diplomskem delu bom v teoretičnih izhodiščih najprej opredelila temeljne pojme s področja socialne politike in zdravstvenega varstva, ki so nujni za nadaljnje razumevanje dela. Tako bom najprej opredelila pojem socialne politike in znotraj tega socialno državljanstvo, koncept države blaginje in trikotnika blaginje, naštela in opisala bom vrste tipov države blaginje. Nadaljevala bom z opisi pojmov zdravstvenega varstva, zdravstvene politike, naštela in opisala bom sisteme zdravstvenega varstva v Evropi. V naslednjih dveh poglavjih sledi analiza zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji in Arabski republiki Egipt. Pri analizi zdravstvenega varstva obeh držav bom opisala glavne akterje v zdravstvenem sistemu obeh držav, način financiranja zdravstvenega sistema obeh držav ter zagotavljanje oskrbe in položaj posameznika v zdravstvenih sistemih obeh držav. Sledila bo primerjava sistemov zdravstvenega varstva obeh držav v skladu z zastavljenimi hipotezami. V zaključku bom povzela ugotovitve, ki jih bom dobila iz primerjave obeh držav na podlagi primarnih in sekundarnih virov, še posebej pa se bom osredotočila na vlogo države in vlogo civilne družbe (natančneje družine) v neformalni sferi pri zagotavljanju zdravstvenega varstva obeh držav.

2.3 Omejitve diplomskega dela

Največji izziv pri pisanju diplomskega dela mi je predstavljalo malo javno dostopnih relevantnih in ažurnih informacij o zdravstvenem varstvu v Egiptu ter na drugi strani zelo širok nabor informacij o zdravstvenem varstvu v Sloveniji. Predvsem mi je pri iskanju relevantnih informacij o egiptovskem zdravstvenem sistemu preglavice

povzročal arabski jezik. Če bi hoteli v celoti razumeti trenutni sistem zdravstvenega varstva tako v Sloveniji kot v Egiptu, bi bilo potrebno narediti celovit zgodovinski pregled razvoja socialnega varstva v obeh državah ob hkratni preučitvi političnih, ekonomskih in družbenih okoliščin.

2.4 Hipoteze

V Egiptu sem bila zaradi narave mojega dela vpletena v vsakodnevno življenje prebivalcev, soočena z informacijami egiptovskih medijev glede zdravstva in ne nazadnje tudi sama pacient. Zaradi določenih izkušenj s to državo sem se odločila, da preverim hipotezo, v kateri trdim, da ima država v Egiptu glede na ostale akterje manjšo vlogo pri skrbi za zdravstveno varstvo državljanov kot v Sloveniji. To bom poskušala dokazati skozi 4. in 5. poglavje diplomske naloge s pomočjo analize zdravstvenega varstva v Sloveniji in Egiptu glede na glavne akterje v sistemu zdravstvenega varstva, način financiranja zdravstvenega sistema, zagotavljanje zdravstvene oskrbe in položaja posameznika. Hipotezo bom preverjala v 6. poglavju diplomskega dela. Pri dokazovanju hipoteze se bom naslonila še na 3. poglavje diplomskega dela, natančneje na poglavje 3.2, ki obravnava koncept države blaginje in trikotnika blaginje. Sistem zdravstvenega varstva bom namreč obravnavala tudi skozi koncept trikotnika blaginje.

HIPOTEZA 1: V primerjavi z Republiko Slovenijo ima v Arabski republiki Egipt država manjšo vlogo pri zagotavljanju zdravstvenega varstva državljanov.

Druga hipoteza diplomskega dela se nanaša na dostopnost zdravstvenih storitev v Sloveniji in Egiptu ter način zagotavljanja teh prebivalcem. Pri drugi hipotezi diplomskega dela si bom predvsem prizadevala ugotoviti, kakšne so razlike v dostopnosti zdravstvenih storitev v Sloveniji in Egiptu. Pri dostopnosti zdravstvenih storitev se ne bom osredotočala le na krajevno dostopnost teh, ampak tudi na finančno dostopnost, oz. dostopnost, ki izhaja iz naslova zdravstvenega varstva. Hipotezo bom preverjala skozi poglavja 4.3 in 5.3, v katerih analiziram način zagotavljanja oskrbe v slovenskem in egiptovskem zdravstvenem sistemu.

HIPOTEZA 2: v primerjavi s Slovenijo so prebivalcem Egipta zdravstvene storitve slabše dostopne.

Tretja hipoteza se nanaša na vrsto sistemov zdravstvenega varstva v Evropi. Slovenija kot evropska država ima Bismarckov sistem zdravstvenega varstva. Domnevam pa, da se Egipt kot neevropska država zaradi določenih značilnosti zdravstvenega varstva ne more uvrstiti v nobenega od evropskih sistemov zdravstvenega varstva. Hipotezo bom preverjala s pomočjo analize sistemov zdravstvenega varstva v Evropi (poglavje 3.6) in s pomočjo poglavij 4.2 in 5.2, v katerih analiziram način financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji in Egiptu.

HIPOTEZA 3: Arabske republike Egipt zaradi določenih značilnosti zdravstvenega varstva ni mogoče uvrstiti v noben sistem evropskega zdravstvenega varstva.

2.5 Metodologija dela

Za preveritev veljavnosti zastavljenih hipotez v diplomski deli se bom v veliki meri naslonila na analizo in interpretacijo primarnih in sekundarnih virov. S pomočjo sekundarnih virov (knjige, članki, besedila) bom opisala temeljne pojme na področju socialne politike in zdravstvenega varstva. Pri opredelitvi pojmov s področja zdravstvenega varstva mi bodo v veliko pomoč primarni viri (deklaracije, ustave, zakoni in podzakonski akti), ki urejajo področje zdravstvenega varstva. Slednji mi bodo v veliko pomoč tudi pri analizi sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. Z namenom primerjave sistemov zdravstvenega varstva v obeh državah bom uporabila primerjalno raziskovanje, saj primerjam dve dokaj različni državi.

V diplomskem delu bo tako uporabljena kvalitativna metodologija (analiza teoretičnih virov) v kombinaciji s kvantitativno analizo statističnih in drugih empiričnih podatkov. Za primerjanje obeh držav bo uporabljena primerjalna analiza. Uporabljene bodo naslednje metode dela:

- zbiranje virov: zbiranje in pregled dostopne literature;

- analiza in interpretacija primarnih virov: dokumentov, zakonov in podzakonskih aktov, ki urejajo področje zdravstvenega varstva;
- analiza in interpretacija sekundarnih virov: knjig, člankov, raziskovalnih poročil, v katerih obravnavajo sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji in Egiptu;
- analize uradnih (javnosti namenjenih) statistik: analiza demografskih podatkov, analiza zdravstvenih statistik in podatkov o stroških ter načinih financiranja sistema zdravstvenega varstva;
- primerjalna analiza dveh držav na področju zdravstvenega varstva.

3 TEORETIČNA IZHODIŠČA

V diplomskem delu se ukvarjam z zdravstvenim varstvom, zato bom v tem poglavju najprej opredelila temeljne koncepte in pojme, ki so potrebni za nadaljnje razumevanje problematike. Eden od instrumentov zagotavljanja zdravstvenega varstva prebivalstva je zdravstvena politika države. Zdravstvena politika kot taka je del socialne politike, ta pa predstavlja enega od orodij države blaginje. Za začetek bom posledično najprej opredelila pojem socialne politike in koncept socialne države, znotraj tega se bom dotaknila socialnega državljanstva. V nadaljevanju bom v poglavju opisala koncept države blaginje in trikotnika blaginje, naštela in opisala bom tipe države blaginje. Ker je predmet preučevanja diplomskega dela zdravstveno varstvo iz sociološkega vidika, bom v istem poglavju opredelila še pojem zdravstvenega varstva, zdravstvene politike, naštela in opisala bom sisteme zdravstvenega varstva v Evropi.

3.1 Socialna politika in socialno državljanstvo

Socialno politiko lahko opredelimo kot sklop ukrepov (programov, shem), ki so namenjeni zagotavljanju socialne varnosti in socialne blaginje državljanov. Kot taka je socialna politika podlaga za nastanek socialne države in je eden izmed najpomembnejših državnih mehanizmov redistribucije, ki deluje kot korektor tržnih mehanizmov. Socialna politika je tako eno od najpomembnejših orodij države blaginje pri uravnavanju posledic delovanja tržnih sil (Kolarič 1990).

Rus (1990, 8) pravi, da se je socialna politika povečini razvijala kot odgovor na akutne socialne probleme. Socialna država tako zagotavlja državljanom socialno varnost v obliki eksistenčnega minimuma in ohranjanja relativnega družbenega položaja skozi sisteme socialnih zavarovanj in socialnih pomoči. Tako naj bi bilo 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 in na stanovanje.

Rus (1990, 177-182) v kontekstu pojasnjevanja izvora, razvoja in krize socialne politike postavi genetično definicijo socialne politike, ki vsebuje štiri razvojne faze:

1. faza dobrodelne socialne politike

Tovrstna socialna politika je bila namenjena predvsem pomoči revnim, vendar po mnenju Rusa, ta pomoč ni izvirala iz priznavanja njihovih neodtujljivih pravic, temveč z namenom obrambe skupinske oz. širše družbene integritete. Pri določenem številu marginalnih posameznikov namreč postane ogrožena normalna reprodukcija družbenega življenja, zato pomoč revnim pomeni zaščito družbene integritete.

2. faza zavarovalne socialne politike

Zavarovalna socialna politika je bila namenjena predvsem kolektivizaciji tveganj, ki so jih povzročala industrializacija in urbanizacija industrijskih družb. Cilj takšne politike je zagotovitev socialne varnosti in ohranitev pridobljenega položaja. Vendar pa je pri tem potrebno poudariti, da ta model socialne politike ni strmel k socialnemu izenačevanju družbenih razredov ali slojev, redistribucija je potekala na horizontalni ravni. Tak tip socialne politike je prevladoval v prvih desetletjih prejšnjega stoletja, še vedno pa je prisoten v nekaterih državah. Primer je Velika Britanija.

3. faza blaginjske socialne politike

Glavni cilj tega modela je bil uresničevanje višje kakovosti življenja za celotno populacijo. V tem primeru je prišlo do spremenjene vloge funkcije socialne politike, ki ni več samo zaščitniška, temveč pozitivna, saj je njen namen oz. glavna funkcija ustvarjanje socialne blaginje z zagotavljanjem zadostnih količin visoko kakovostnih storitev na vseh področjih družbenih dejavnosti. Cilj socialne politike je torej postala splošna blaginja celotnega prebivalstva. To pa spreminja tudi status državljanov, saj so storitve, ki so bile prej namenjene samo deprivilegiranim skupinam prebivalstva, zdaj namenjene vsem državljanom. Socialna blaginja je tako postala univerzalna pravica državljanov. To je vodilo tudi v proces dekomodifikacije delovne sile, kar pomeni, da država z zagotavljanjem socialnih pravic vsem državljanom, zmanjšuje posameznikovo odvisnost od delovanja trga. Posameznik tako ni bil več upravičen do socialnih pravic samo na osnovi vključenosti v zaposlitev, temveč na podlagi svojega statusa kot

državljana. V tem pogledu se govori tudi o konceptu socialnega državljanstva, kar predstavlja ključno idejo države blaginje, imenovano tudi kot brezpogojna blaginja.

Blaginjska socialna politika, ki jo izvaja država blaginje, naj bi tako slonela na brezpogojnih socialnih pravicah, ki jih država zagotavlja vsem posameznikom na podlagi statusa državljana in s tem tudi prevzema odgovornost za zagotavljanje osnovnih oblik blaginje za svoje državljane. Neomejen obseg socialne blaginje, ki je izviral iz pravic slehernega državljana pa je posledično pomenil tudi neomejeno rast stroškov za blaginjske programe. To je bil tudi eden izmed razlogov za krizo države blaginje.

Spremembe znotraj koncepta državljanstva po mnenju Kopačeve (2005, 51) pomembno vplivajo na državo blaginje, v kateri je položaj posameznikov in njihovo razumevanje odločilnega pomena za razumevanje današnjih sprememb v sferi države blaginje in njene socialne politike. Po mnenju Esping-Andersena (1990, 19) je socialno državljanstvo princip, ki vzpostavlja državo blaginje. Njegovo bistvo je, da država zagotavlja izvajanje socialnih pravic, do katerih so posamezniki upravičeni na podlagi statusa državljanov in ne na osnovi svoje vključenosti v trg delovne sile ali družino.

4. faza izenačevalne socialne politike

Takšna socialna politika je bila značilna predvsem za socialistične države. Glavna funkcija te socialne politike je bila v izenačevanju socialnih položajev prebivalstva z ukinjanjem privatne lastnine z namenom doseganja materialne enakosti. Materialna enakost naj bi bila namreč sredstvo za uveljavitev ali pa za ohranitev enakih svoboščin. Vendar pa se je takšna socialna politika, ki je ustvarjala radikalno enakost državljanov z namenom zagotavljanja politične enakosti preko ekonomske enakosti, sprevrgla v vsesplošno proletarizacijo množic, katerim vlada politična elita. »Na radikalni enakosti zasnovana legitimiteta socialistične distributivne pravičnosti se izkaže kot radikalna nepravičnost«.

3.2 Koncept države blaginje in trikotnika blaginje

Trbanc (1992, 99) meni, da je temeljna razlika med socialno državo in državo blaginje v tem, da socialna država izhaja iz delavcev, ki se preživljajo z denarjem, ki ga dobijo od svoje participacije na trgu delovne sile, država blaginje pa iz državljanov, ki imajo poleg civilnih in političnih priznane tudi socialne pravice. Država blaginje je zasnovana bolj univerzalno in ni več neposredno vezana na trg delovne sile, saj ima posamezni državljan enake pravice in možnosti dostopa do socialnih storitev, ne glede na to, ali je vključen oz. je sploh kdaj bil vključen v zaposlitev ali ne. Če socialna država implicitno ohranja pomembno vlogo trga tudi pri socialni stratifikaciji družbe, pa država blaginje ni le mehanizem, ki intervenira v strukturo neenakosti in jo po možnosti korigira, ampak je sama, na sebi lasten način, stratifikacijski sistem.

Pristope k opredelitvi države blaginje lahko ločimo na maksimalistične in minimalistične. Za zagovornike minimalističnega pristopa je država blaginje vsaka država, ki ima vsaj kakšno obliko državno podprtih socialnih storitev, ki so pod določenimi pogoji dostopne nekaterim državljanom. Nasprotno zagovorniki maksimalističnega pristopa trdijo, da je država blaginje le država, katere socialnih pravic so deležni vsi državljanji na osnovi državljanstva in je institucionalno redistributivna. Takšno definicijo lahko poimenujemo tudi idealni tip države blaginje (Jones Finer 1999, 16).

Briggs (2000) državo blaginje opredeli kot državo, v kateri je organizirana moč prek mehanizma oblikovanja politike in njene implementacije namenoma uporabljena za korekcijo posledic delovanja tržnih sil v vsaj treh smereh:

1. z zagotavljanjem minimalnega dohodka posameznikom in družinam, ne glede na tržno vrednost njihovega dela ali premoženja;
2. z zmanjševanjem obsega nevarnosti, ki izhajajo predvsem iz dogajanj na trgu delovne sile (različni t. i. socialni primeri), ki so povezani z različnimi primeri nesposobnosti za delo (invalidnost, bolezni, nesreče), primeri brezposelnosti in tipičnimi »nedelavnimi« življenjskimi cikli (materinstvo, starost, otroštvo, šolanje, ...);

3. z zagotavljanjem vsem državljanom, ne glede na njihov status ali razred, socialne storitve in dobrine v skladu z vnaprej dogovorjeno nacionalno ravniijo, ki je lahko določena kot optimum ali minimum.

Briggs (v Jaysuriya 2005, 3) nadalje pravi, da gre pri državi blaginje za obliko državnih posegov, s katerimi se zagotavlja varnost, ki jo lahko enačimo s stabilnostjo v času in ustreznim življenjskim standardom za državljane. Ti dve odgovornosti in z njimi povezane socialne pravice pa se izvajajo v treh družbenih podsistemih: v družini in civilni družbi, v politiki in gospodarstvu. Družino in civilno družbo tradicionalno povezuje načelo solidarnosti, gospodarstvo povezuje lastnina in produktivnost, politika se povezuje z gospodarstvom, ker je tudi sama delodajalec, po drugi strani pa prek svojih ukrepov porazdeljuje dohodek in s tem opravlja tržne razdelitve dohodka.

Rainwater (v Novak 1999, 159) meni, da so opredelitvi države blaginje najbližje tisti, ki jo pojmujejo kot državo, ki je nase prevzela odgovornost za socialno varnost in blaginjo državljanov.

Novakova (1999, 159) nadalje pravi, da se porazdelitev dohodka in nanj navezujoči modeli blaginje oblikujejo po treh načelih:

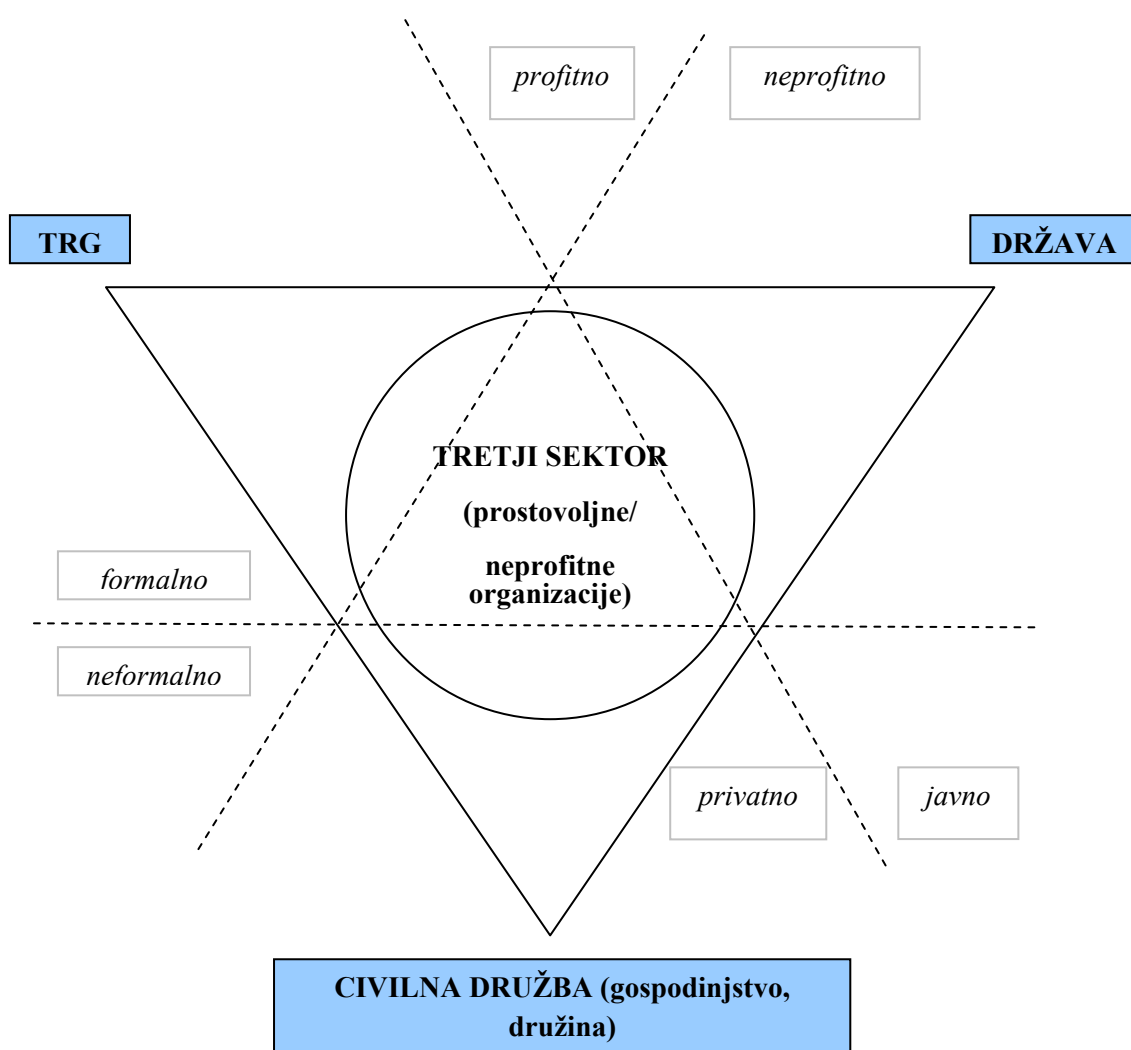
1. po principu potreb, ki izvira iz moralne obveze, da družba skrbi za svoje člane;
2. po principu prispevka, ko izvršna oblast razdeljuje ljudem njihove lastne prispevke in prihranke in
3. po principu (socialnega) državljanstva.

Kljub temu, da se včasih zdi, da socialno varnost državljanom zagotavlja samo država, pa še zdaleč ni tako. Država je le eden od treh akterjev v trikotniku blaginje (ang. welfare mix), ki ga je v začetku devetdesetih let dvajsetega stoletja oblikoval Pestoff (Kolarič 1997, 17).

Trikotnik blaginje namreč ponazarja sodobno sfero, iz katere posamezniki pridobivajo sredstva za zadovoljitev potreb in je splošno sprejet pristop k analizi družbe (glej sliko

3.1). Njegova definicija je, da ima sodobna družba tri sfere – sfero trga, sfero države in sfero civilne družbe. Vsaka od navedenih sfer deluje preko svojega instrumenta oz. medija. Medij trga je denar, medij države je moč, medij civilne družbe pa je solidarnost. Blaginja posameznikov je odvisna od obsega in kombinacij povezav ter odnosov, ki mu jih uspe vzpostaviti s temi tremi sferami. Pomembno je spoznanje, da te tri sfere predstavljajo tri različne principe prevzemanja družbenih tveganj (Kolarič in drugi 2002, 15).

Slika 3.1: Trikotnik blaginje



Vir: Pestoff v Kolarič (1997, 17).

Trije stebri trikotnika blaginje so funkcionalni ekvivalenti in se vzajemno nadomeščajo, kar pomeni da kjer prenehata delovati država in družina, začne delovati trg. Vsaka od treh sfer ima različno zmožnost nadziranja ter prevzemanja družbenih tveganj.

Sfere trikotnika blaginje

1. država

Država ustanavlja organizacije, ki delujejo in služijo v javnem interesu, to je v javno dobro (Ude 1994, 121). Kolaričeva pravi, da igra država v trikotniku blaginje dvojno vlogo. Država na eni strani sama zagotavlja socialno varnost preko javnega sektorja in v njegovem okviru ustanavljanja javnih zavodov, kjer so storitve dostopne vsem državljanom pod enakimi pogoji ter preko sistema obveznih socialnih zavarovanj. Na drugi strani lahko država izvajanje »nalog v javnem interesu« oz. za zagotavljanje socialne varnosti s koncesijsko pogodbo¹ vzpostavi razmerje z drugimi akterji na trgu. Tako lahko zagotavljanje socialne varnosti s koncesijo prenese bodisi na privatne neprofitne akterje bodisi na privatne profitne akterje, ki pa jih še vedno nadzira. Črnak Megličeva (1998, 13) pravi, da ima država preko javnega sektorja na marsikaterem področju še vedno prevladujočo in monopolno vlogo ter na nekaterih področjih še ni povsem začela odpirati prostora drugim izvajalcem – zasebnim neprofitnim ali komercialnim organizacijam in formalnim mrežam (Kolarič 2008/2009).

2. trg

Trg je tisti del družbenega prostora, kjer delujejo organizacije, katerih primarni cilj je ustvarjanje in povečevanje profita, ki si ga med seboj razdelijo lastniki organizacije.

¹ Koncesijska pogodba/koncesija je pogodba med državo in nejavnim proizvajalcem, v kateri je določeno koliko in katere storitve bo nejavni proizvajalec zagotovil za državo in koliko sredstev mu bo država v ta namen plačala (Kolarič in drugi 2002, 144).

Organizacije v tej sferi nudijo državljanom dobrine po tržnih cenah, torej je instrument za zagotavljanje storitev in dobrin trga plačilno sredstvo² (Kolarič, predavanja 2008/2009).

3. civilna družba

Civilna družba je tisti del družbe, ki je izven trga in države ter je razdeljena na neformalni sektor, kamor uvrščamo različne neformalne socialne mreže, kot so družina, sorodstvo, sosodstvo, prijatelji ter zasebne neprofitne organizacije³ (Evers 1993, 4). Slednje niso ustanovljene s strani države – gre za privatne pravne osebe, ki niso ustanovljene za maksimizacijo dobička, pač pa delujejo v splošno družbeno dobro. Zaradi tega jim država priznava določene olajšave, npr. ne plačajo davka od dobička iz dejavnosti (Kolarič in drugi 2002, 16).

Znotraj sfere civilne družbe se bom v diplomski osredotočila na vlogo družine. Ta ima znotraj civilne družbe pomembno vlogo v blaginjskem trikotniku. Njena vloga je centralna, pri čemer govorimo o družini, v kateri je po navadi možki (mož, oče) zaposlen in s tem vključen v sistem obveznega zavarovanja, s čimer je zagotovljena socialna varnost cele družine (Esping – Andersen 2000, 85).

Mandičeva (2005, 124) pravi, da se v zadnjih dveh, treh desetletjih kaže prelom s klasično državo blaginje. Namesto pasivnega prejemnika normiranih in standardiziranih storitev države blaginje, temelječih na potrebah, ki so jih opredelili profesionalci in strokovnjaki, se uveljavljata individualizacija in individualni načrt prejetja storitev in s tem nasprotje univerzalnim programom institucij. Bistveni del te paradigme je

² Plačilna sredstva so: bankovci, kovanci, vrednostni papirji, kreditne kartice, žlahtne kovine, itd. (Wikipedia 2010).

³ Zasebne neprofitne organizacije imajo značilnosti, da so zasebne – so institucionalno ločene od države, njihovi ustanovitelji oz. lastniki so zasebne fizične in pravne osebe, so neprofitne – osnovni smisel njihovega obstoja je delovanje v splošno družbeno koristne namene, so organizacije – izoblikovano imajo osnovno organizacijsko strukturo in pravila, ki veljajo za vse, ki so vanje vključeni, so prostovoljne, članstvo v njih ni zakonsko obvezno, pritegnejo pa večji ali manjši časovni ali denarni vložek volonterjev (Kolarič in drugi 2002, 6).

spreminjanje in krčenje tradicionalnih institucij blaginje in univerzalnih programov ter poudarek na vse bolj diverzificiranih storitvah vse bolj razpršenih ponudnikov storitev, med katerimi prevladuje zasebni sektor, delno tržni, delno nepridobitni – volonterski. V socialni politiki se razvija načelo »skupnostne skrbi«, kjer NVO in sorodstvo sodelujejo pri storitvah, ki so jih prej izvajale institucije države blaginje (deinstitucionalizacija).

3.3 Tipi države blaginje

Esping-Andersenova klasifikacija tipov države blaginje iz leta 1990 izpostavlja tri tipe, in sicer liberalni, konzervativno-korporativistični ter socialno-demokratski tip. Gre za uporabo pristopa idealnega tipa, katerega namen je omogočiti primerjalno analizo različnih držav na področju države blaginje, pri čemer ne smemo zanemariti dejstva, da je povsem gola klasifikacija držav v omenjene tipe problematična, saj v večini držav zasledimo mešanico ukrepov in dejavnikov, ki so sicer idealno specifični za posamezen tip države blaginje (Esping – Andersen 1990, 26).

3.3.1 Liberalni tip države blaginje

V liberalnem tipu države blaginje se redistribucija izvaja na temelju principa potrebe. Pri tem je osnovni cilj odprava revščine, mehanizem pa ugotavljanje potrebe po dejanski moči za preživetje, s katerim želi država doseči, da so do ugodnosti iz naslova socialnih pravic upravičeni zgolj tisti, ki pomoč resnično potrebujejo (Kopač 2004). Liberalni tip države blaginje je financiran iz davkov, zanj so značilni skromni univerzalni transferji, oz. skromno socialno zavarovanje. Država na eni strani skrbi predvsem za skupine z nizkimi dohodki, na drugi strani pa aktivno (npr. s spodbujanjem zasebnih shem socialnega zavarovanja) ali pasivno (da zagotavlja zgolj osnovni minimum) spodbuja vlogo trga. Država praviloma ne zagotavlja storitev, temveč se pojavlja v vlogi regulatorja oz. zaščitnika pred tržnimi pomanjkljivostmi. Storitve zagotavljajo oz. izvajajo zasebne profitno naravnane organizacije. Ugodnosti iz naslova države blaginje so nizke, usmerjene so v nujnost spodbujanja delovne iniciative, obstaja pa tudi določena stigmatizacija prejemnikov. Stopnja redistribucije je zelo nizka

(Esping-Andersen 1990, 26-29). Tipični predstavnici liberalnega tipa države blaginje sta Velika Britanija in Irska⁴ (Černigoj Sadar in Vladimirov 2004, 267).

3.3.2 Konzervativno-korporativistični tip države blaginje

Konzervativno-korporativistični tip države blaginje je financiran pretežno iz prispevkov in je usmerjen k ohranjanju pridobljenega socialnega statusa. V tem tipu države blaginje je država dodatek k ekonomiji, še vedno pa je primarni model dodeljen trgu. Udeležba na trgu delovne sile je predpogoj za črpanje pravic iz naslova države blaginje, izplačila so večinoma vezana na dohodke (in s tem višino vplačil), zato se posameznim skupinam zagotavlja ohranitev socialnega statusa. Številni avtorji pripisujejo značilnosti konzervativno-korporativističnega tipa vplivu korporativistične misli in katoliške cerkve, kot posledica socialnih problemov nastalih z industrializacijo, revščino in negotovostjo delavcev. Dejansko ta tip države blaginje predstavlja sredino med negativnimi učinki laissez faire kapitalizma na eni strani in grožnjo socializma na drugi. Stopnja redistribucije je tudi v tem tipu relativno nizka (Cook 2006, 17).

3.3.3 Socialdemokratski tip države blaginje

Pri socialdemokratskem tipu države blaginje država proaktivno spodbuja splošno blaginjo z vzpostavljenim principom enakopravnosti prek zagotavljanja univerzalnih (državljskih) socialnih pravic. Do socialnih prejemkov, ki so (po navadi) določeni v pavšalnih zneskih, podobno kot v liberalnih sistemih, vendar z eno pomembno razliko, to je samo višino prejemkov, so upravičeni vsi državljani ali posamezne kategorije državljanov neodvisno od svojih dosežkov na trgu delovne sile. V tem tipu države blaginje so prejemki določeni na način, ki zagotavlja splošno (in ne minimalno) raven blaginje vsem državljanom (Kopač 2004, 41). Černigoj Sadarjeva in Vladimirov (2004, 266) pravita, da socialdemokratski tip države blaginje najdemo na Švedskem, Finskem, Danskem, Norveškem in na Islandiji.

⁴ V teh državah je javna preskrba servisov minimalna, ni toliko poudarka na vlogi družine, ampak na trgu kot regulativnem mehanizmu. Javna preskrba je minimalna in je namenjena le najbolj ogroženim, zato je potrebno iskati storitve na trgu (Černigoj Sadar in Vladimirov 2004, 267).

3.3.4 Mediteranski tip države blaginje

Ferrera (1996) je mnenja, da obstaja še četrti tip države blaginje, ki se imenuje mediteranski ali katoliški tip države blaginje. Zanj je značilna zelo visoka stopnja odvisnosti od družine in prijateljev. Zelo slabo sta razvita sistem socialne varnosti in družinska socialna politika, spremlja pa ju tudi zelo močna in eksplicitna ideološka zavezanost družini. Takšen tip države blaginje imata Portugalska, Španija in Grčija.

3.4 Zdravstveno varstvo

»Zdravstveno varstvo obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Poleg tega zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti« (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1. čl.).

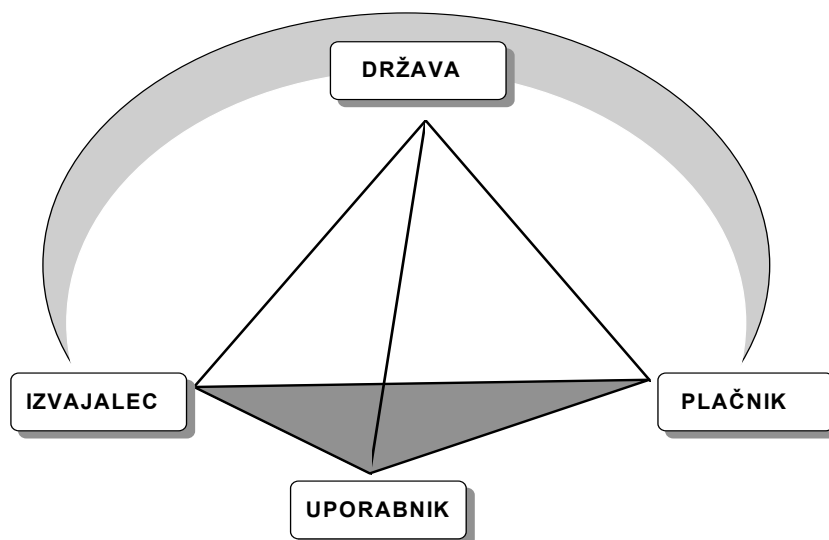
Česen (1998, 10) pravi, da so prvine zdravstvenega varstva naslednje:

1. zdravstvena politika
2. zdravstvena dejavnost
3. zdravstveno zavarovanje
4. izobraževanje in usposabljanje
5. medicinska znanost in zdravstvene tehnologije

Sistem zdravstvenega varstva je zapleten organizacijski sistem, ki povezuje številne politične, administrativne, družbene in zasebne proizvodne ter storitvene dejavnosti. Deluje v spremenljivem družbeno političnem okolju in je v medsebojni odvisnosti z razvitostjo gospodarstva in političnih opredelitev glede doseganja globalnih ciljev sistemov zdravstvenega varstva (Kersnik 1998, 9).

Sistem zdravstvenega varstva sestavljajo zdravstvena politika (država), zdravstvena dejavnost (izvajalci), zdravstveno zavarovanje (plačniki) in uporabniki (glej Sliko 3.2) (Kersnik 1998, 10).

Slika 3.2: Elementi sistema zdravstvenega varstva



Vir: Kersnik (1998, 10).

Keber (2003, 181) pravi, da sistem zdravstvenega varstva obsega temeljne elemente zdravstvenega varstva in njihovo medsebojno urejenost. Ti elementi so:

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

Osnovni cilj vseh sistemov zdravstvenega varstva je po Kebru (2003, 20) zagotovitev univerzalnega dostopa do zdravstvenih pravic ob hkratnem ohranjanju stroškov na določeni ravni. Dostop do zdravstvenega varstva mora biti po njegovem mnenju pravičen, zagotovljena mora biti enaka kakovost zdravstvenih storitev za ljudi, ki imajo enake zdravstvene potrebe.

3.5 Zdravstvena politika

Zdravje je vrednota, ki jo ljudje v javnomnenjskih raziskavah vselej dajejo na prvo mesto in je prvi pogoj za kakovost življenja ter blaginjo posameznika (Česen 2003, 23). Ima tako instrumentalni kot ekspresivni pomen. V prvem smislu pomeni sredstvo za funkcioniranje posameznikov v okviru družbenih struktur, v drugem pa element kakovostnega življenja ljudi. Ukvarjanje z zdravjem je predmet posebne institucionalizirane družbene dejavnosti-zdravstva. Zdravje in zdravstvo kot družbena pojava sta tudi predmet sociologije (Pahor 1999, 1014).

Zdravstvena politika je eno ključnih področij socialne politike, saj vpliva tudi na druga področja socialne politike. Zdravje prebivalstva je pomembno in vpliva na ostala področja, od katerih je tudi odvisno. Ta področja obsegajo širok spekter, vse od izobraževanja, (ne)zaposlenosti in ne nazadnje tudi na splošne gospodarske pogoje. V zdravstveni politiki se mnogo razpravlja o doseganju ciljev učinkovitosti in pravičnosti ter posledično o ustrezni in upravičeni vlogi države (Česen 1998, 36).

Ker so zdravstvene storitve dobrine posebnega javnega pomena (družbene vrednote), tržni mehanizem ne more zagotoviti njihove ekonomske in družbene optimalne porazdelitve (alokacije). Odločitve o obsegu in sestavi zdravstvenih storitev ter njihovem javnem financiranju se posledično sprejemajo v političnem procesu (Rupnik v Česen 1998, 37). V tem procesu nosilci zdravstvene oblasti oblikujejo zdravstveno politiko, ki usmerja tekoče in razvojno delovanje sistema zdravstvenega varstva.

Zdravstvena politika se nanaša na odločitve, načrte in ukrepe, ki se izvajajo z namenom zagotavljanja zdravstvene oskrbe družbe. Zdravstvena politika lahko s svojimi ukrepi opredeli vizijo zdravstva za prihodnost, začrta prednostne naloge na področju zdravstva in pričakovane vloge različnih skupin, gradi konsenz in informira ljudi (WHO, 2010a).

3.6 Sistemi zdravstvenega varstva v Evropi

Evropski sistemi zdravstvenega varstva temeljijo na konceptu nacionalnega zdravstvenega varstva ali na konceptu, ki izhaja iz zavarovalniških načel. Tržnega sistema zdravstvenega zavarovanja v Evropi ni moč zaslediti, čeprav imajo mnoge države vgrajene določene tržne elemente. Potrebno je opozoriti, da v vsakdanjem življenju ne bomo zasledili »čistih« modelov zdravstvenega zavarovanja, saj gre po navadi za kombinacijo določenih značilnosti posameznega teoretičnega modela. Znotraj navedenih konceptov v Evropi ločimo naslednje najbolj značilne skupine sistemov:

3.6.1 Beveridgeov (liberalni) sistem nacionalnega zdravstvenega zavarovanja

Beveridgeov sistem nacionalnega zdravstvenega zavarovanja se je najprej razvil v Veliki Britaniji po drugi svetovni vojni. Njegov pobudnik je bil ekonomist Beveridge. Za ta sistem je značilno, da država prevzame vlogo vodenja in upravljanja, pri čemer se drži pravila, da je vsem prebivalcem potrebno zagotoviti primerno dostopnost zdravstvenih storitev. Obseg pravic je dobro zamejen, pridobijo pa se že z državljanstvom. Poleg tega skrbi država za ustrezno mrežo zdravstvenih zmogljivosti. Kot vir financiranja uporabljajo davke zbrane v državnem proračunu, kar pomeni, da sistem zdravstvenega varstva ne razpolaga z lastnimi sredstvi. O deležu proračuna za zdravstveno varstvo odloča država, razporejanje proračunskih sredstev pa izvajajo upravne institucije. Država predpisuje tudi delovanje in naloge zdravstvene službe. Zdravniki osnovne dejavnosti so v pogodbenem odnosu s pristojnim državnim uradom, ki jim določa način plačevanja in cene storitev. Naloge urada so organiziranje, delovanje in financiranje zdravstvene službe, medtem ko za ohranitev in povrnitev zdravja državljanov skrbi država. Celotno delovanje zdravstvene dejavnosti temelji na osebnem zdravniku, ki ima posebej določeno funkcijo in pooblastila. Države z Beveridgeovim modelom financiranja zdravstvenega varstva so Švedska, Španija, Velika Britanija, Danska in Portugalska (Korošec 2003, 8).

3.6.2 Bismarckov (korporativistični) model zdravstvenega zavarovanja

Ta model je nastal leta 1883 v Nemčiji, v času vladavine kanclerja Otta von Bismarcka in je posledično najstarejši model zdravstvenega zavarovanja. Zanj je značilno, da so obveznosti za državljane, da se zdravstveno zavarujejo, predpisane s strani države. Pravice s področja zdravstvenega zavarovanja so zagotovljene skoraj vsem prebivalcem države. Vloga države je majhna, razen v primeru brezposelnih, socialno ogroženih, beguncev, itd. Sistem se financira pretežno s prispevki, plačilo katerih pogojuje širok obseg socialnih pravic. Delodajalci in delojemalci plačujejo prispevke »bolniškim blagajnam«, ki imajo vrsto javnih pooblastil. Same določajo prispevne stopnje za zdravstveno zavarovanje, opredeljujejo pravice zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev in denarnih prejemkov ter vstopajo v partnerske odnose z združenji zdravstvenih delavcev. Najpogostejši način plačevanja izvajalce plačuje do obsega, opredeljenega v pogodbah med izvajalci in nosilci zavarovanja. Privatna zavarovanja in zasebna sredstva v celotnem sistemu ne dosegajo pomembnega deleža, so pa dovoljena in možna za posameznike, katerih osebni dohodki presegajo določeno mejo. Bismarckov model financiranja zdravstva z določenim odstopanjem imajo Slovenija, Avstrija, Belgija, Francija, Nemčija in Luxemburg (Korošec 2003, 8).

3.6.3 Semaškov model (sistem socialističnega zdravstvenega zavarovanja)

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

4 ANALIZA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI

Hipotezi moje diplomske naloge se nanašata na primerjavo zdravstvenega varstva v Sloveniji in Egiptu, zato bom v tem poglavju najprej analizirala sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji. Za lažjo primerjavo zdravstvenega varstva z Arabsko republiko Egipt bom za začetek za Republiko Slovenijo predstavila nekaj statističnih podatkov glede demografije in zdravja (glej Tabelo 4.1). Enake vrste statistične podatke bom v naslednjem poglavju prikazala za Egipt. V poglavju bom nato nadaljevala z opredelitvijo glavnih akterjev v slovenskem zdravstvenem sistemu, poglobila se bom v način financiranja zdravstvenega varstva. V tem poglavju se bom dotaknila še področja zagotavljanja oskrbe v slovenskem zdravstvenem sistemu in položaja posameznika v slovenskem zdravstvenem varstvu.

»Slovenija leži med Alpami, Panonsko nižino, Sredozemskim morjem in Balkanom. Na severu meji na Avstrijo in Madžarsko, na zahodu na Italijo in na jugu na Hrvaško. Njen teritorij obsega 20.273 km². V preteklosti je bila del Jugoslavije, svojo neodvisnost je razglasila leta 1991. Ima demokratični politični sistem s parlamentarno obliko državne oblasti. 1. maja leta 2004 se je pridružila EU in 1. januarja leta 2007 EURO monetarnemu sistemu. V aprilu leta 2007 je bila Slovenija označena kot razvita država« (WHO 2010c).

Po klasifikaciji Svetovne banke spada med gospodarstva z visokimi dohodki, saj je njen BDP na prebivalca večji od 12.196 \$ (The World Bank 2010).

Tabela 4.1: Nekatera dejstva z demografsko-socialnega področja v Sloveniji

<i>Število prebivalcev na dan 28.12.2010</i>	2.049.410
<i>BDP/prebivalca (2009)</i>	24.173 \$
<i>Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu po spolu (2008)</i>	moški 75,7 leta /ženske 82,7 leta
<i>Umrli dojenčki na 1000 živorojenih otrok (2009)</i>	2
<i>Stopnja umrljivosti na 1000 (2009):</i>	9,2

<i>Izdatki za zdravstvo na prebivalca (2006)</i>	2.488 \$
<i>Izdatki za zdravstvo v % BDP (2008)</i>	7,80

Vir: SURS, IVZ RS, WHO (2010).

Pravica do zdravstvenega varstva (health care right) je opredeljena v Ustavi RS v 51. členu in je ustavna človekova pravica. Sodi med temelje socialne varnosti in blaginje. Zakonska pravica do zdravstvenih storitev torej temelji na ustavni človekovi pravici do socialne varnosti (Ustava Republike Slovenije, 50. čl.).

2. člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2006) pravi, da ima v Sloveniji vsakdo pravico do najvišje možne stopnje zdravja in dolžnost skrbeti za svoje zdravje. Nihče ne sme ogroziti zdravja drugih, vsakdo ima pravico do zdravstvenega varstva in dolžnost, da prispeva k njegovemu uresničevanju v skladu s svojimi možnostmi. Prav tako je vsakdo dolžan poškodovanemu ali bolnemu v nujnem primeru po svojih močeh in sposobnostih nuditi prvo pomoč in mu omogočiti dostop do nujne medicinske pomoči.

V zakonu je nadalje navedeno, da RS ustvarja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri krepitevi zdravja ter usklajuje delovanje in razvoj vseh področij s cilji zdravstvenega varstva z ukrepi gospodarske, ekološke in socialne politike. Tudi občina in mesto v skladu s svojimi pravicami in dolžnostmi zagotavljata pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva na svojem območju. Prav tako so podjetja, zavodi, druge organizacije in posamezniki pri opravljanju svoje dejavnosti dolžni zagotavljati pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva z uporabo zdravju in okolju neškodljivih tehnologij ter z uvajanjem ukrepov za varovanje in krepitev zdravja pri njih zaposlenih delavcev oziroma varovancev (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 3. čl.).

Družbeno skrb za zdravje RS (natančneje vlada), uresničuje s tem, da (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 4. čl.):

- načrtuje zdravstveno varstvo in določa strategijo razvoja zdravstvenega varstva;

- sprejema predpise in ukrepe, ki spodbujajo krepitev in varovanje zdravja;
- zagotavlja pogoje za zdravstveno osveščanje ljudi;
- zagotavlja zakonodajno politiko, ki izhaja iz ciljev zdravstvenega varstva;
- z ukrepi davčne in gospodarske politike spodbuja razvijanje zdravih življenjskih navad;
- zagotavlja enotnost razvoja zdravstvenega informacijskega sistema;
- zagotavlja finančna sredstva za naloge iz svoje pristojnosti;
- načrtuje ukrepe na področju varovanja okolja;
- določa obveznosti nosilcev politike, ki se nanašajo na življenjsko okolje;
- uravnava med-področno planiranje posegov v okolje, ki so zdravju neškodljivi;
- določa ukrepe, ki zagotavljajo prebivalstvu higiensko neoporečno pitno vodo in hrano ter odlaganje odpadnih snovi, kvaliteto zraka in bivanja ter varstvo pred viri ionizirajočega sevanja.

4.1 Glavni akterji v slovenskem sistemu zdravstvenega varstva

Med glavne akterje, ki skrbijo za zagotavljanje zdravstvenega varstva v Sloveniji lahko štejemo:

1. Vlada RS
2. Ministrstvo za zdravje RS
3. ZZZS z območnimi enotami
4. javne zdravstvene zavode (zdravstveni domovi, bolnišnice...)
5. zasebne zdravstvene delavce
6. Zdravniška zbornica Slovenije
7. zdravniška združenja
8. zdravstvene zavarovalnice

1. Vlada

Vlada v Sloveniji oblikuje zdravstveno politiko s tem, da predlaga DZ v sprejem zakone na področju zdravstva, delež za zdravstvo v državnem proračunu, nacionalne programe na področju zdravja in druge splošne akte, s katerimi se določajo načelne in dolgoročne politične usmeritve na področju zdravstva (Vlada RS 2010).

Za uresničevanje vseh nalog na področju zdravstvenega varstva je pri vladi pristojen Svet za zdravje⁵. Njegovo sestavo in način dela predpiše vlada (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 5. čl.).

Vlada pripravi tudi predlog plana zdravstvenega varstva, ki vsebuje dolgoročne, srednjeročne in kratkoročne opredelitve. Plan zdravstvenega varstva natančneje vsebuje strategijo razvoja zdravstvenega varstva, prednostna razvojna področja ter naloge in cilje zdravstvenega varstva. Vsebuje tudi podlage za razvoj zdravstvenih dejavnosti na posameznih ravneh, vključno z izobraževanjem in izpopolnjevanjem kadrov ter za razvoj sistema zdravstvenega zavarovanja, specifične potrebe in možnosti zdravstvenega varstva posameznih območij, nosilce nalog za uresničevanje plana zdravstvenega varstva in merila za mrežo javne zdravstvene službe, upošteva dostopnost zdravstvenih storitev po območjih (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 6. čl.).

⁵ Svet za zdravje ima naslednje naloge: spremlja vplive okolja in življenjskih navad na zdravje prebivalstva ali skupin ljudi in predlaga primerne ukrepe; ocenjuje razvojne načrte in zakonske osnutke z vseh področij dejavnosti z vidika njihovega vpliva na zdravje ljudi; predlaga republiškim upravnim organom uskladitev vprašanj, pomembnih za zdravje ljudi; predlaga ukrepe za spodbujanje proizvodnje in uporabe zdrave hrane in za uvedbo zdravju manj škodljivih tehnoloških postopkov in izdelkov; predlaga ukrepe za zmanjšanje zdravju škodljivih razvad; sodeluje z ustreznim organom na področju varstva okolja; obravnava druga vprašanja s področja zdravstvenega varstva, ki zahtevajo med področno reševanje ter zagotavlja strokovno pomoč upravnim organom in skupščinam pri uresničevanju nalog, ki se nanašajo na družbeno skrb za zdravje (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 5. čl.).

2. MZ

MZ skrbi v Sloveniji za oblikovanje in izvajanje zdravstvene politike ter v tem okviru opravlja naloge na širših področjih⁶ javnega zdravja, zdravstvenega varstva in zdravstvene ekonomike. Kot organi v sestavi MZ delujejo Urad RS za kemikalije, Zdravstveni inšpektorat RS in Uprava RS za varstvo pred sevanji. Za zdravstveno varstvo znotraj MZ je pristojen Direktorat za zdravstveno varstvo. Direktorat sestavljajo Sektor za razvoj in koordinacijo sistema zdravstvenega varstva, Oddelek za kakovost, Nacionalna komisija za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva in projektna enota Center za informatiko v zdravstvu. Pod Direktorat za zdravstveno varstvo spadajo tudi laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine, projekt nujne medicinske pomoči (NMP) ter področje zdravstva ob množičnih nesrečah in kriznih razmerah. Direktorat razpolaga tudi s seznamom učnih zavodov za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov (MZ 2010).

3. ZZZS

ZZZS je javni zavod, ki izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje kot javno službo. Ustanovljen je bil 1. marca leta 1992 na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in

⁶ Področja, za katera skrbi so naslednja: zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje; zdravstvene dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni; spremljanje zdravstvenega stanja prebivalstva ter priprava in izvajanje programov za krepitev zdravja; ekonomski odnosi v zdravstvu in naloge, vezane na ustanoviteljstvo javnih zdravstvenih zavodov v skladu z zakonom; zdravstveni ukrepi ob naravnih in drugih nesrečah; varstvo prebivalstva pred boleznimi in odvisnosti; varstvo prebivalstva pred nalezljivimi boleznimi in HIV okužbami; zdravstvena ustreznost živil v smislu kakovosti hranilne sestave ter higienske ustreznosti živil in pitne vode zaradi preprečevanja kemičnega, biološkega in radiološkega onesnaženja in vodenje politike prehranjevanja prebivalcev; proizvodnja, promet in preskrba z zdravili in medicinskimi potrebščinami; proizvodnja in promet s strupi in mamili; zdravstvena ustreznost predmetov splošne uporabe; zdravstveno-ekološki problemi okolja, kjer je vpliv na človeka neposreden; problemi, ki zadevajo pitno vodo, kopalne vode, zrak, tla in vibracije; ravnanje z odpadki z vidika varovanja zdravja prebivalcev; varstvo človeka pred ionizirajočimi in neionizirajočimi sevanji v bivalnem in delovnem okolju; pogoji za jemanje in presaditev delov človeškega telesa; oblikovanje in izvajanje mednarodnih sporazumov o socialni varnosti (MZ 2010).

zdravstvenem zavarovanju. Danes deluje kot javni zavod za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj je izvajanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju 1. novembra leta 1999 prenesel na Vzajemno zdravstveno zavarovalnico, d.v.z. Osnovna funkcija ZZZS je izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja in v tem okviru zagotavljanje učinkovitega zbiranja in razdeljevanja javnih sredstev za kakovostno uresničevanje pravic iz tega naslova. Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, za katere se namenja sredstva, zbrana z obveznim plačevanjem prispevkov, zajemajo pravice do zdravstvenih storitev in do nekaterih denarnih nadomestil (boleznine, potni stroški, pogrebne in posmrtnine). Zavod ima na območju Slovenije 10 območnih enot⁷ in 45 izpostav. Zavod vsako leto izda seznam izvajalcev zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katerimi je sklenil pogodbo in predstavljajo upravljanje mreže javne zdravstvene službe v Sloveniji (ZZZS 2010).

4. javni zdravstveni zavodi oz. mreža javne zdravstvene službe

Mreža javne zdravstvene službe predstavlja razporeditev zdravstvenih domov, lekarn, posameznih zdravniških ordinacij in ambulant, klinik, institutov in drugih zavodov, ki v Sloveniji opravljajo zdravstveno dejavnost, in so jih občine ter država (MZ) bodisi ustanovile bodisi s podelitvijo koncesije pooblastile za izvajanje zdravstvenih storitev. Pod pojmom zavodi razumemo zdravstvene domove, bolnišnice, lekarne, domove za starejše občane, posebne socialnovarstvene zavode in druge zavode, ki imajo pooblastila in dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Med te se uvrščajo tudi naravna zdravilišča, ki so sicer lahko tudi delniške družbe ali druge oblike gospodarskih družb (ZZZS 2009, 7-8).

⁷ Območne enote Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije so: OE Celje, OE Koper, OE Kranj, OE Krško, OE Ljubljana, OE Maribor, OE Murska Sobota, OE Nova Gorica, OE Novo mesto, OE Ravne na Koroškem (ZZZS 2010).

5. zasebni zdravstveni delavci

Ko govorimo o zasebništvu, moramo razlikovati zasebnike, ki imajo koncesijo in so sestavni del javnega zdravstva, od tistih, ki prodajajo zdravstvene storitve in jih bolniki neposredno plačujejo, vendar slednjih v slovenskem zdravstvu skorajda ni, z izjemo zobozdravstva, kjer pa tudi predstavljajo majhen delež (Poredoš 2005, 455).

Zasebni zdravstveni delavec lahko v Sloveniji opravlja zasebno zdravstveno dejavnost, če izpolnjuje pogoje, ki jih določa Zakon o zdravstveni dejavnosti. V skladu z zakonom mora imeti zahtevano izobrazbo za opravljanje predvidene dejavnosti, mora biti usposobljen za samostojno delo, ne sme biti v delovnem razmerju, s pravnomočno sodbo sodišča mu ne sme biti prepovedano opravljanje zdravstvenega poklica, zagotovljene mora imeti ustrezne prostore, opremo ter kadre po potrebi ter pridobiti mora mnenje ustrezne zbornice oz. združenja. Zasebni zdravnik lahko izvaja storitve po koncesijski pogodbi z ZZZS, ki krije stroške teh storitev ali samoplačniško. Zasebne zdravstvene dejavnosti ni mogoče opravljati na področju preskrbe s krvjo, krvnih pripravkov odvzema in hranjenja človeških organov za presajanje, socialno-medicinske, higienske, epidemiološke in zdravstveno-ekološke dejavnosti ter pato-anatomske dejavnosti (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 35.- 40. čl.).

6. Zdravniška zbornica Slovenije

Glede na interes zdravstvenih delavcev iz posamezne poklicne skupine se lahko v Sloveniji ustanovijo poklicne zbornice ali strokovna združenja. Zbornica ali strokovno združenje, ki mu minister za zdravje podeli pooblastilo, opravlja kot javno pooblastilo naslednje naloge: vodi register izvajalcev posamezne zdravstvene dejavnosti, izdaja potrdila o vpisu in izbrisu iz registra za zasebne izvajalce, izvaja strokovni nadzor s svetovanjem, izdaja in podaljšuje ter odvzema licence izvajalcem posamezne zdravstvene dejavnosti, načrtuje specializacije in specialistične izpite, izdaja pravilnike, s katerimi podrobneje ureja področja, na katerem izvaja naloge javnega pooblastila in v soglasju z ministrom za zdravje določa priporočene tarife za izvajalce. Izvajanje nalog, ki jih zbornica oz. strokovno združenje opravlja kot javno pooblastilo, nadzira MZ.

Naloge, ki jih opravlja zbornica kot javna pooblastila, se financirajo iz sredstev republiškega proračuna (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 87. čl.).

7. različna zdravniška združenja

Zdravstveni zavodi in druge pravne osebe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost ter zasebni zdravstveni delavci se lahko povezujejo v združenja zdravstvenih zavodov. Namen združevanja je lahko sodelovanje pri oblikovanju izhodišč za določanje cen zdravstvenih storitev in sklepanju pogodb o izvajanju in financiranju zdravstvene dejavnosti. Namen združevanja je lahko tudi sodelovanje pri sklepanju kolektivnih pogodb in uresničevanje drugih skupnih interesov (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 85. čl.).

8. zdravstvene zavarovalnice

Zdravstvene zavarovalnice v Sloveniji izvajajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in po zakonu, ki ureja zavarovalništvo (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 61. čl.). V Sloveniji so tri zdravstvene zavarovalnice: Adriatic Slovenica, d.d., Triglav, zdravstvena zavarovalnica d.d. in Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.

4.2 Način financiranja zdravstvenega sistema

Današnji sistem financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji temelji na reformi zdravstva še iz leta 1992. Pravni temelj financiranja je bil podan v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki je ponovno uvedel obvezno zdravstveno zavarovanje, poleg tega pa še prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Vse do danes je zakon prinesel malo sistemskih sprememb. Obsežnejše strukturne reforme pa so bile izvedene leta 2002, 2004 in 2008 (Kramberger 2009, 14).

Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji je obvezno in prostovoljno. Obvezno zdravstveno zavarovanje je najpomembnejši, ne pa tudi edini vir zagotavljanja sredstev za zdravstvo. Od leta 1993 imamo v državi tudi zelo razširjena prostovoljna zdravstvena zavarovanja

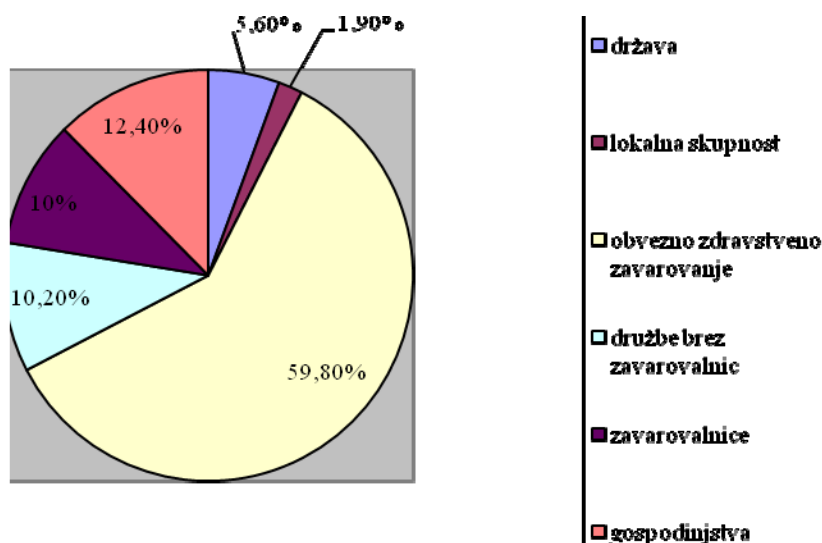
(PZZ). Prevladujoča vrsta prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj so t.i. dopolnilna zdravstvena zavarovanja, ki pokrivajo tveganja doplačil v zdravstvenem sistemu (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 23. čl.). Tveganja doplačil so zelo velika, obstaja pa možnost zavarovanja zoper takšna tveganja. V dopolnilna zdravstvena zavarovanja je v Sloveniji vključenih približno 1,4 milijona zavarovancev (Vzajemna, Adriatic, Triglav) (Kramberger 2009, 22).

Kramberger (2009, 24) pravi, da v Sloveniji razpolagamo z relativno pestro strukturo javnih in zasebnih sredstev za zdravstveno varstvo. Po metodologiji OECD za izračune t.i. nacionalnih zdravstvenih računov (za primerjavo z drugimi državami) so javni izdatki obveznega zdravstvenega zavarovanja oz. ZZZS v letu 2008 znašali 1,99 milijarde evrov (5,3 % BDP ali cca. 995 evrov na prebivalca). Zasebni izdatki izvajalcev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj so znašali 0,39 milijarde evrov (1,1 % BDP ali cca. 197 evrov na prebivalca). Obe vrsti zdravstvenega zavarovanja pa skupno 2,38 milijarde evrov (6,4 % BDP ali 1.192 evrov na prebivalca). Čeprav najpomembnejša, to nista edina javna ali zasebna vira za zdravstveno varstvo (Kramberger 2009, 24).

Izdatki za zdravstvo so namreč sestavljeni iz javnih in zasebnih izdatkov. Javne izdatke za zdravstvo v Sloveniji predstavljajo izdatki ZZZS-obvezno zdravstveno zavarovanje, izdatki države in izdatki lokalnih skupnosti. Zasebne izdatke za zdravstvo predstavljajo izdatki zavarovalnic, izdatki gospodinjstev, izdatki družb (brez zavarovalnic) in izdatki neprofitnih institucij (UMAR 2009, 46).

Osnovni nosilec financiranja zdravstva v Sloveniji je ZZZS z obveznim zdravstvenim zavarovanjem njegovi izdatki za zdravstvo predstavljajo kar 59,80 % vseh izdatkov za zdravstvo, sledijo gospodinjstva z 12,40 %, družbe brez zavarovalnic z 10,20 %, zavarovalnice z 10 %, država s 5,60 % ter lokalne skupnosti z 1,90 % (glej Graf 4.1) (SURS 2010).

Graf 4.1: Viri financiranja zdravstvenega sistema v Sloveniji



Vir: SURS (2010).

UMAR v publikaciji Socialni razgledi (2009) pojasnjuje, da je po dolgem obdobju nizke rasti javnih naložb v zdravstvo, delež skupnih zasebnih izdatkov za zdravstvo v letu 2007 znašal 28,4 %. Na tej ravni se je ohranil tudi leta 2008 ter tako že presegel evropsko povprečje. Izrazito bolj kakor izdatki iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja so se leta 2007 povečali neposredni izdatki gospodinjstev⁸. Tako je v strukturi zasebnih izdatkov za zdravstvo v letu 2007 delež neposrednih izdatkov gospodinjstev znašal 48,6 % in je že višji od deleža izdatkov iz naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (45,4 %). V primerjavi z državami EU je delež neposrednih izdatkov slovenskih gospodinjstev za zdravstvo sicer še vedno nizek (v povprečju držav EU predstavljajo neposredni izdatki gospodinjstev v strukturi zasebnih izdatkov približno 75 %). Relativno nizek delež neposrednih izdatkov slovenskih gospodinjstev

⁸ Izdatki za zdravje gospodinjstev so sestavljeni iz zdravstvenih izdelkov, naprav in opreme (kamor spadajo vsa zdravila in drugi farmacevtski pripravki), zunaj bolnišničnih storitev (kamor spadajo zdravstvene in zobozdravstvene storitve, laboratorijske analize in rentgen, storitve drugih zdravstvenih delavcev ter druge zunaj bolnišnične storitve) in bolnišničnih storitev (Statistični letopis RS 2009, 183).

za zdravstvo, v primerjavi z državami EU, je posledica našega sistema dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, iz katerih se doplačuje razlika do polne vrednosti zdravstvenih storitev (UMAR 2009, 47).

RS iz proračuna zagotavlja sredstva za zdravstveno prosveto in vzgojo, vključno z založniško dejavnostjo, proučevanjem in spremljanjem zdravstvenega stanja prebivalcev. Skrbi za uresničevanje programov republiškega pomena za krepitev zdravja, za epidemiološko, higiensko in zdravstveno-ekološko službo, epidemiološko spremljanje, preprečevanje nalezljivih bolezni in infekcije s HIV ter alkoholizma, kajenja, narkomanije in drugih odvisnosti. Država iz proračuna zagotavlja sredstva tudi za drugo socialno-medicinsko dejavnost pomembno za vso republiko, in sicer sofinancira znanstvenoraziskovalne dejavnosti na področju zdravstvenega varstva, aktivnosti humanitarnih, invalidskih, strokovnih in drugih društev in organizacij. Država iz proračuna nadalje zagotavlja sredstva za zbiranje krvi in izmenjavo organov in tkiv za presajanje, za zdravstvene preglede nabornikov, za zdravstveno varstvo vojaških obveznikov na služenju vojaškega roka in na usposabljanju v teritorialni obrambi ter v organih za notranje zadeve ter pripadnikov republiških enot za civilno zaščito in republiških enot za zveze na usposabljanju, če zdravstvenega varstva nimajo urejenega. Financira tudi posebno zdravstveno varstvo po predpisih o vojaških invalidih, o civilnih invalidih vojne, o varstvu vojnih veteranov in žrtev vojnega nasilja, udeležencev drugih vojn ter o republiških priznavalninah (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 7. čl.).

Država zagotavlja tudi plačilo zdravstvenih storitev za obsojence na prestajanju zaporne kazni, za mladoletnike na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, za osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu, oz. obvezno zdravljenje alkoholikov in narkomanov ter za tujce, ki jim je država priznala status begunca (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 7. čl.).

Prav tako država skrbi za nujno zdravstveno varstvo oseb neznanega prebivališča, tujcev iz držav, s katerimi niso sklenjene mednarodne pogodbe ter tujcev in slovenskih državljanov s stalnim prebivališčem v tujini, ki začasno prebivajo v Sloveniji ali so na

poti skozi državo in zanje ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev. Država tudi za javne zdravstvene zavode, ki jih je ustanovila, zagotavlja sredstva za investicije in za druge obveznosti ter iz proračuna zagotavlja dopolnilna sredstva za delovanje javne zdravstvene službe na primarni ravni na demografsko ogroženih območjih (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 7. čl.).

4.2.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje

Obseg obveznega zdravstvenega zavarovanja določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je ZZZS s svojimi območnimi enotami (12. čl.). Obvezno zdravstveno zavarovanje obsega zavarovanje za primer bolezni, poškodbe izven dela in zavarovanje za primer poškodbe pri delu ter poklicne bolezni. Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev, nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela, pogrebna in posmrtnina in povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev (13. čl.).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju pravi, da so zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju v Sloveniji zavarovanci in njihovi družinski člani (14. čl.). Sredstva za obvezno zdravstveno zavarovanje se zagotavljajo s prispevki, ki jih plačujejo ZZZS zavarovanci, delodajalci in zavezanci.

Obvezno zdravstveno zavarovanje se izvaja po načelih socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, starimi in mladimi, bogatimi in revnimi. Zdravstveno zavarovanje je v RS obvezno za vse osebe, ki izpolnjujejo z zakonom predpisane pogoje. Za zavarovance je z zakonom predpisana obveznost plačevanja prispevkov, pri čemer je predpisano tudi, kdo je zavezanec za njihovo plačevanje in s tem zavezanec za prijavo osebe v obvezno zdravstveno zavarovanje, vrsta prispevkov in osnova od katere se le-ti plačujejo ter tudi obseg pravic (ZZZS 2010).

Česen (1999, 64-65) pravi, da predstavlja obvezno zdravstveno zavarovanje največji del zagotovljenega zdravstvenega zavarovanja. Vsem zavarovanim osebam nudi enakopraven dostop do zdravstvene preskrbljenosti, pravice iz tega zavarovanja pa pomenijo najvišji dosegljivi zdravstveni standard, ki ga nudi slovenska država zavarovanim osebam na račun javnega finančnega sektorja. Je udejanjena pravica do zdravja, ki sodi med temeljne socialne pravice državljanov. Česen nadalje pravi, da ima obvezno zdravstveno zavarovanje s »pravim« premoženjskim in življenjskim zavarovanjem kaj malo skupnega. Za zavarovalno dejavnost so namreč značilni naključnost škodnega primera, povračilo (nadomestilo) škode v denarju ter dobičkonosno poslovanje zdravstvene organizacije. Za odpravo škode na zdravju ponuja obvezno zdravstveno zavarovanje zdravstvene storitve in ne denarja, pravice do denarnih dajatev iz tega zavarovanja izvirno ne sodijo v zdravstveno zavarovanje, pač pa v socialno varstvo. Država mora zavarovati javno zdravstveno dejavnost kot socialno pravico vseh ljudi, zato opravljanje zdravstvenih storitev ne more biti prepuščeno zdravstvenemu trgu.

Plačilo predpisanih prispevkov v obveznem zdravstvenem zavarovanju je vezano na vir, ki zavarovancu zagotavlja osnovno socialno varnost (zaposlitev, pokojnina, samostojna dejavnost, invalidnine, lastna sredstva, družbene pomoči). Zdravstvene storitve na podlagi potrjene in veljavne slovenske kartice zdravstvenega zavarovanja opravi osebni zdravnik s svojimi sodelavci, po potrebi pa tudi specialisti v ambulantah in bolnišnicah, zdraviliščih ter klinikah in inštitutih. Nekatere storitve plača ZZZS v celoti, za druge pa mora zavarovana oseba doplačati razliko do polne vrednosti storitev, in sicer iz lastnih sredstev, v kolikor nima urejenega prostovoljnega (dopolnilnega) zdravstvenega zavarovanja (ZZZS 2010).

4.2.2 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji izvajajo zavarovalnice, ki izpolnjujejo predpisane pogoje po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in po zakonu, ki ureja zavarovalništvo. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja krijejo zavarovancem stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili, medicinsko-tehničnimi pripomočki ter izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil v

primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje izvajajo na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju 3 zavarovalnice: Adriatic Slovenica d.d., Triglav, zdravstvena zavarovalnica d.d. in Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z. (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 61. čl.).

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Sloveniji se uvrščajo v zavarovalno vrsto zdravstveno zavarovanje in zavarovalno skupino premoženjska zavarovanja. Zavarovalnice v Sloveniji lahko uvedejo naslednje tipe prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 61. čl.):

1. dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki ob uresničevanju pravic do zdravstvenih storitev krije zavarovancu razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oz. del te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravil iz seznama medsebojno zamenljivih zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov;
2. nadomestno zdravstveno zavarovanje, ki največ v obsegu standarda obveznega zdravstvenega zavarovanja krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki osebam, ki po predpisih RS ne morejo biti obvezno zavarovane;
3. dodatno zdravstveno zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki in za izplačila denarnih prejemkov, ki niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in ni niti dopolnilno niti nadomestno zdravstveno zavarovanje;
4. vzporedno zdravstveno zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki, ki so sicer pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, a jih zavarovanci uveljavljajo po drugačnih postopkih in ob drugih pogojih, kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje.

Zavarovalnice lahko uvedejo tudi kombinacije tipov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki pa ne smejo vključevati dopolnilnega zavarovanja. Za opravljanje poslov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj se uporabljajo določbe zakona, ki ureja

zavarovalništvo. Zavarovalec je v prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo. Zavarovanec pa je fizična oseba, katere interes je zavarovan (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 61. čl.).

Česen (1998, 66) pravi, da je imelo uvajanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji dva cilja, in sicer:

1. razbremeniti javni finančni sektor pri zagotavljanju doseženega zdravstvenega standarda ljudi. Delež javnih sredstev v zdravstveni porabi naj bi se zmanjševal na račun zasebnih sredstev, ki bi jih posamezniki vnašali v javno zdravstveno službo neposredno (npr. s participacijo) ali prek različnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj;
2. demokratizirati zdravstveno varstvo na ta način, da ponudimo ljudem možnost izbire pri skrbi za lastno zdravje nad ravniyo zdravstvenega varstva, ki jo zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje.

Za prostovoljno zdravstveno zavarovanje je po Česnu (1998, 66-67) značilno, da gre za:

- zasebno in ne javno zavarovanje, kjer odnose med zavarovancem in zavarovalnico ureja individualna pogodba;
- zavarovalni temelj je vzajemnost, pri čemer imajo zavarovanci občutek neposredne osebne povezanosti med koristmi zavarovanja in višino zavarovalne premije;
- vir financiranja so premije, katerih višino določajo zavarovalnice glede na poslovni uspeh zavarovanja kor del poslovne politike;
- zavarovalnice smejo izračunavati zdravstvena tveganja, kar pomeni, da je dovoljeno izračunavanje rentabilnosti zavarovanja glede na zdravstveno stanje ali starost zavarovancev (iz pričakovanih stroškov izračunajo zavarovalnice različne individualne premije);
- država se ne vmešava v poslovanje, nadzira le pravilnost poslovanja prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v obsegu in na način, kot to počne pri drugih gospodarskih subjektih;

- prostovoljno zdravstveno zavarovanje izvajajo zdravstvene zavarovalnice na zavarovalnem trgu kot dobičkonosno dejavnost – izvajanje tega zavarovanja je prava zavarovalniška dejavnost, zavarovalnice poslujejo z dobičkonosnim motivom in same odgovarjajo za poslovni uspeh;
- prostovoljno zdravstveno zavarovanje ni vključeno v celovito socialno varnost državljanov. Pravice do zdravstvenih in ne zdravstvenih storitev iz tega zavarovanja ustrezajo osebnemu zdravstvenemu interesu posameznika.

4.3 Zagotavljanje oskrbe v slovenskem zdravstvenem sistemu

Zdravstvena dejavnost v Sloveniji se opravlja na primarni, sekundarni in terciarni ravni (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2. čl.):

1. na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost - osnovno zdravstveno dejavnost opravljajo zdravstveni domovi, zdravstvene postaje in zasebni zdravstveni delavci (8. čl.);
2. na sekundarni ravni obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost - dejavnost na sekundarni ravni opravljajo bolnišnice, zdravilišča ali zasebni zdravniki specialisti posameznih strok (13. čl.);
3. na terciarni ravni obsega opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov - zdravstveno dejavnost na terciarni ravni opravljajo klinike, klinični inštituti ali klinični oddelki, ki opravljajo znanstvenoraziskovalno in vzgojno izobraževalno delo za medicinsko fakulteto, druge visoke in višje šole ter opravljajo najzahtevnejše zdravstvene storitve na ambulantni ali bolnišnični način, ki jih zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti ni možno niti ni smotrno opravljati na nižjih ravneh (17. čl.);
4. kot posebna specialistična dejavnost se na sekundarni in terciarni ravni opravlja socialno-medicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno-ekološka dejavnost.

V Sloveniji so z obveznim zdravstvenim zavarovanjem državljanom poleg določenih denarnih nadomestil zagotovljene predvsem pravice do zdravstvenih storitev, ki jih na osnovi veljavne kartice zdravstvenega zavarovanja uveljavljajo pri osebnem zdravniku, na osnovi njegovega napotila pa tudi pri ustreznih specialistih. Zavarovane osebe imajo pravico do proste izbire zdravnika ali zdravstvenega zavoda. Zasebni zdravniki, zobozdravniki in drugi zdravstveni delavci, ki lahko opravljajo zasebno zdravstveno dejavnost, vendar nimajo koncesije in niso sklenili pogodbe z ZZZS, so zunaj mreže javne zdravstvene službe. To pomeni, da zavarovane osebe lahko pri njih poiščejo le nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč, za katero jim zavod povrne priznani strošek, kot da bi uveljavljale storitve v okviru mreže javne zdravstvene službe. Vse druge storitve teh zasebnikov pa mora zavarovana oseba plačati sama (ZZZS 2009, 5-6).

Mesta posameznih izvajalcev v mreži morajo biti določena tako, da je zagotovljena čim boljša dostopnost za ljudi, ob tem pa je treba upoštevati stroškovno upravičenost in stroškovno razumnost. O tem odloča občina, ko gre za zdravstvene domove, zdravnike na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in lekarne ter ministrstvo, ko gre za bolnišnice, ambulantno specialistično dejavnost, klinike in inštitute (ZZZS 2009, 7-8).

Zavarovane osebe lahko uveljavljajo pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja praviloma le v zavodih oz. pri zdravnikih, ki delajo v okviru javne zdravstvene mreže, kar pomeni, da so sklenili pogodbo z ZZZS. Pri tem so zasebni zdravniki s koncesijo povsem enakopravni s svojimi kolegi v javnih zavodih. Zanimanje zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja za zasebno delo narašča in tudi v Sloveniji že predstavlja pomemben del javne zdravstvene mreže. Po sklenjenih pogodbah v letu 2008 je bil njihov delež največji med zobozdravniki (54,17 %), medtem ko je bilo zasebnih splošnih in otroških zdravnikov, ki delajo na primarni ravni zdravstvene dejavnosti skupaj 27,59 %, zasebnih ginekologov v dispanzerjih za ženske 28,68 % ter zasebnih specialistov 21,41 % vseh, ki opravljajo ambulantno specialistično dejavnost (ZZZS 2009, 8).

V publikaciji ZZZS (2009) je navedeno, da si osebnega zdravnika lahko zavarovanec izbere po svoji lastni presoji med zdravniki v zdravstvenem domu ali med zasebnimi zdravniki. Izbira se opravi tako, da se pri zdravniku izpolni ustrezno listino. Za otroka,

ki še ni star 15 let, to opravijo starši, varuh ali skrbnik. Osebni zdravnik lahko odkloni izbiro le, če ima že preveč opredeljenih zavarovanih oseb. Osebni zdravnik lahko zavarovanca z napotnico napoti k specialistu, ki delajo v ambulantah ali v bolnišnicah, zdraviliščih, klinikah in inštitutih, če za to obstaja strokovna utemeljitev (ZZZS 2009, 6-7).

4.4 Položaj posameznika v slovenskem zdravstvu

V Sloveniji so pravice državljanov v zvezi z zdravstvenim varstvom zaščitene tudi z Zakonom o pacientovih pravicah. Slednji določa pravice, ki jih ima pacient kot uporabnik zdravstvenih storitev pri vseh izvajalcih zdravstvenih storitev, postopke uveljavljanja teh pravic, kadar so te kršene in s temi pravicami povezane dolžnosti (1. čl.).

6. člen Zakona o pacientovih pravicah nadalje pravi, da ima pacient v skladu s predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja pravico do dostopa do zdravstvene oskrbe. Pacient ima prav tako pravico do nujne medicinske pomoči, ki je ni mogoče kakor koli pogojevati, še zlasti ne s plačilom ali napotnico. Pacient pa ima v skladu s posebnimi predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja tudi pravico do ustreznih preventivnih zdravstvenih storitev za ohranitev njegovega zdravja in preprečitev bolezni.

7. člen govori o prepovedi diskriminacije ter da ima pacient v Sloveniji pravico do enake obravnave pri zdravstveni oskrbi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino. Otrokom in drugim ogroženim skupinam so pri zdravstveni oskrbi zagotovljene še posebne pravice, ki so opredeljene kot aktivna skrb države in jih določajo drugi predpisi (8. čl.). Pacient ima pravico, da prosto izbere zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev, ki mu bo zaupal svoje zdravljenje (9. čl.).

10. člen pravi, da lahko zdravnik in izvajalec zdravstvenih storitev, ki ga je pacient izbral, pod pogojem, da ne gre za nujno medicinsko pomoč, pacientovo izbiro zavrne le v posebej utemeljenih primerih, ko bi bilo zdravljenje predvidoma manj uspešno oz.

nemogoče. Pacient v Sloveniji ima pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe v skladu z medicinsko doktrino (11. čl.).

5 ANALIZA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V EGIPTU

V pričujočem poglavju bom analizirala sistem zdravstvenega varstva v Egiptu, na kar se nanašajo glavni cilji in hipotezi diplomske naloge. Tudi v tem poglavju bom za boljše predstavo o Egiptu nanizala nekaj statističnih podatkov glede demografije in zdravja (glej Tabela 5.1). Nato bom kot pri analizi slovenskega sistema zdravstvenega varstva nadaljevala z opredelitvijo glavnih akterjev v egiptovskem zdravstvenem sistemu, poglobila se bom v način egiptovskega financiranja zdravstvenega varstva, dotaknila se bom področja zagotavljanja oskrbe v egiptovskem zdravstvenem sistemu in ne nazadnje tudi položaja posameznika v egiptovskem zdravstvenem varstvu.

»Egipt je država z nizko ekonomsko rastjo in težavami pri vzpostavljanju novih delovnih mest, kar vodi do visoke stopnje brezposelnosti in revščine, visoke stopnje nepismenosti in okoljske degradacije. V državi, kjer turizem predstavlja pomemben vir bruto domačega produkta (BDP), so imeli teroristični napadi fundamentalističnih skupin negativen vpliv na ekonomijo. Egipt je »puščavska planota«, razdeljena po dolini Nila, s površino 1.001.450 km² od katere je poseljeno le 6 %« (WHO 2010b).

Po klasifikaciji Svetovne banke spada Egipt med gospodarstva z nižjimi srednjimi dohodki, saj je njegov BDP na prebivalca v kategoriji med 766 – 3.035 \$ (The World Bank 2010). Egipt je republika s pol predsedniškim političnim sistemom. Po klasifikaciji Združenih narodov spada med države v razvoju (United Nations Statistics Division 2010)

Tabela 5.1: Nekatera dejstva z demografsko-socialnega področja v Egiptu

Število prebivalcev (2009)	78.866.635
BDP/prebivalca (2009)	2.070 \$

<i>Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu po spolu (2009)</i>	moški 69,5 leta /ženske 74,8 leta
<i>Umrli dojenčki na 1000 živorojenih otrok (2009)</i>	27
<i>Stopnja umrljivosti na 1000 (2009):</i>	4,8
<i>Izdatki za zdravstvo na prebivalca (2006)</i>	316 \$
<i>Izdatki za zdravstvo v % BDP (2008)</i>	6,4 %

Vir: WHO (2010b).

Egipt se v zadnjih letih sooča z demografsko in epidemiološko tranzicijo⁹, ki vpliva tako na velikost kot na zdravstveno stanje prebivalstva. Rast prebivalstva v Egiptu je v obdobju od leta 1966 do leta 1967 znašala 1,92 %, v obdobju od leta 1976 do leta 1986 je poskočila na 2,75 %, v obdobju od leta 1980 do leta 1993 je upadla na 2 % leta 2001 pa je znašala 2,1 %. Prebivalstveno piramido Egipta sestavlja 37 % otrok, mlajših od 15 let, kar odraža relativno visoko rodnost v zadnjih letih (WHO - EMRO 2006, 7).

Pomemben mejnik v zgodovini zdravstvenega varstva v Egiptu predstavlja ustanovitev HIO leta 1964. Tej ustanovitvi je z namenom zagotoviti pravico do zdravstvenega varstva za vse državljane, sledilo več zakonov. Glavno načelo, ki je izhajalo iz vseh teh zakonov, se je nanašalo na potrebo po uravnoteženem zagotavljanju zdravstvenih storitev in celovitega paketa zdravstvenega varstva s pravično porazdelitvijo finančnega bremena bolezni skozi vzpostavitev socialnega in zdravstvenega varstva in razpršitvijo tveganja. Sredi leta 1990 je bilo nato več poskusov reformiranja celotnega zdravstvenega sistema. 50 let po njegovi ustanovitvi ima zdravstveni sistem v Egiptu še vedno številne pomanjkljivosti. Pomemben podatek je, da državljani Egipta niso

⁹ Glavni zdravstveni izzivi in izzivi prebivalstva v Egiptu, kot rezultat demografske in epidemiološke tranzicije so: rast prebivalstva, endemične in infekcijske bolezni, umrljivost mater, otrok in novorojenčkov, kronične bolezni, odpovedi ledvic in rakava obolenja, poškodbe in nesreče, kajenje in ostale odvisnosti, nezmožnosti in prirojene napake, človeški viri (sposobnost, veščine in znanje zaposlenih v zdravstvu ter plače), zdravstvena infrastruktura (objekti, oprema, pohošstvo in vzdrževanje) in osnovne javne storitve (poseljenost, nenačrtovana območja in barakarska naselja, pitna voda, kanalizacija) (WHO-EMRO 2006, 8).

zadovoljni z kvaliteto zdravstvenih storitev, ki jim jih nudijo različni izvajalci zdravstvenih storitev. Poleg tega je v Egiptu opazno pomanjkanje zavarovalnih storitev na podeželskih območjih v primerjavi z mestnimi. Zavarovalno kritje zdravstvenih storitev je bilo leta 2009 na voljo le 54 % egiptovskega prebivalstva (Egyptian Initiative for Personal Rights 2009, 2).

V središču izzivov egiptovskega zdravstva je še vedno vprašanje izdatkov za zdravstvo. Uradne študije so namreč pokazale, da predstavlja plačevanje zdravstvenih storitev z gotovino (out of pocket money), tako s stani zavarovanih prebivalcev kot ne zavarovanih, 60 % vseh izdatkov za zdravstvo. Poraba države za javno zdravstveno varstvo je bila do nedavnega izredno nizka, saj je država namenila zagotavljanju zdravstvenega sistema in zdravstvenih storitev za državljane manj kot 5 % vseh izdatkov (Egyptian Initiative for Personal Rights 2009, 2).

5.1 Glavni akterji v zdravstvenem sistemu Egipta

Med glavne akterje, ki skrbijo za zagotavljanje zdravstvenega varstva v Egiptu lahko štejemo:

1. MOHP in njegovo mrežo zdravstvenih ustanov,
2. HIO in njeno mrežo zdravstvenih ustanov,
3. zasebni sektor s svojimi klinikami in bolnišnicami,
4. NVO,
5. gospodinjstva.

1. MOHP

MOHP skrbi za oblikovanje politik na področju zdravja prebivalstva, opravlja delo na področju evidentiranja zdravstvenih podatkov, vodi statistične raziskave in ekonomske analize ter informira prebivalstvo z namenom preprečevanja zdravstvenih kriz. Skrbi tudi za zagotavljanje zdravstvenih storitev, vključno s centralnimi laboratoriji ter za usposabljanje osebja, zaposlenega v zdravstvu. Skrbi za nadzor nad kakovostjo zdravil, učinkovito upravljanje zdravstvenih kriz, za management storitev in zdravstvenih

centrov ter za razvoj zdravstvenih dejavnosti na lokalni ravni v vseh provincah (MOHP 2010).

MOHP si prizadeva v okviru zdravstvene službe ter spodbujanja preventivnih, kurativnih in rehabilitacijskih storitev zagotoviti zdravje za vse v Egiptu (Egyptian Doctor's guide 2010). Deluje skozi funkcionalno strukturo v okviru administrativnih in tehničnih delovnih mest na 4 ravneh – centralni ravni, skozi zdravstvene direktorate na ravni uprav, skozi »zdravstvena« okrožja (Health Districts) in skozi mrežo ponudnikov zdravstvenih storitev. Ministrstvo zaposluje skoraj 5000 ljudi. Na centralni ravni je razdeljeno na širše funkcionalne oddelke - kabinet ministra, oddelek za usposabljanje in raziskave, oddelek za zdravstveno varstvo in nego, oddelek za preventivo in endemične bolezni, oddelek za kurativno zdravljenje ter oddelek za zdravje regij (WHO-EMRO 2006, 17).

MOHP sestavlja 7 sektorjev, ki obsegajo naprej 23 centralnih pod-sektorjev in 73 splošnih oddelkov na osrednji ravni. Ti sektorji so (WHO-EMRO 2006, 23-24):

1. sektor za nadzor kapitalskih naložb
2. sektor za akreditacijo zdravstvenih ustanov
3. sektor za certifikacijo zdravnikov
4. sektor za regulacijo zdravstvenega zavarovanja
5. sektor za standarde in kakovost
6. sektor za alokacijo virov
7. sektor za osveščenost pacientov

Takšna organizacijska struktura, kot jo ima MOHP (7 sektorjev), se pojavlja tudi na ravni pokrajin. Egipt je namreč upravno razdeljen na 26 pokrajin (governorates). V vsaki pokrajini deluje zdravstveni direktorat. Kljub temu, da je pokrajin 26, obstaja v Egiptu 27 delujočih zdravstvenih direktorats, saj ima mesto Luxor ločen zdravstveni direktorat, čeprav je administrativni del pokrajine Qena. Zdravstvenim direktoratom v pokrajinah poroča 255 zdravstvenih okrožij. Vsako od teh okrožij vodi direktor, ki je včasih tudi direktor okrožne bolnišnice. MOHP je v Egiptu glavni akter zagotavljanja primarne, preventivne in kurativne nege, saj razpolaga z 4.506 zdravstvenimi ustanovami in 152.172 ležišči po vsej državi (WHO-EMRO 2006, 17-18).

2. HIO

HIO je največja in vodilna organizacija za zdravstveno zavarovanje v Egiptu. V lasti ima 39 bolnišnic, 600 klinik, 78 centrov za delovne nesreče, 34 odborov za splošno medicino in na tisoče šolskih klinik, ki nudijo zdravstvene storitve skozi 21 vej po celem Egiptu. Njihov cilj je zagotavljati kvalitetno zdravstveno oskrbo za vse prebivalstvo. Njihova vizija za dosego kvalitetnih zdravstvenih storitev sloni na razvoju strateških okvirjev javne politike, skozi katerega želijo doseči učinkovito sodelovanje in vodenje vseh enot z postavljanjem standardov zdravstvene oskrbe, zagotavljanjem nadaljnjih profesionalnih kompetenc osebja in spodbujanja skladnosti s temi standardi. Storitve Organizacije za zdravstveno zavarovanje strmo naraščajo in so osnovane po mednarodnih merilih za zdravstveno varstvo. Za razliko od drugih ponudnikov zdravstvenih storitev nudi ta organizacija storitve za državljane Egipta (42 milijonov prebivalcev) preko svojih lastnih enot (HIO 2010).

3. zasebni sektor

Zasebni sektor na področju zdravstva v Egiptu predstavlja širok nabor bolnišnic, klinik, lekarn, zavarovalnic in nevladnih organizacij.

4. NVO

NVO predstavljajo v Egiptu najhitrejšo naraščajoči sektor pri zagotavljanju storitev iz naslova zdravstvenega varstva. Veliko je NVO, ki se ukvarjajo z izobraževanjem in osveščanjem ženskega spola prebivalstva na področju varovanja zdravja. Takšne vrste NVO si na splošno prizadevajo izboljšati status ženske¹⁰ v Egiptu. V okviru tega jih

¹⁰ Ženske v Egiptu so marginalizirane in odrinjene iz vseh institucij. Večinoma so celo življenje vzdrževane in podrejene moškemu, so skoraj brez družbene, politične in gospodarske moči ter ostajajo podrejene moškim. Statistični podatki kažejo, da se v družinah trudijo izobraziti predvsem moške

spodbujajo tudi k izobraževanju na vseh področjih ter k večjemu vpisu deklic v primarno izobraževanje. Področje s katerim se ukvarjajo NVO v Egiptu je tudi načrtovanje družine, kjer slednje predvsem skrbijo za osveščanje javnosti glede uporabe kontracepcijskih metod. NVO v Egiptu si prav tako prizadevajo za izboljšanje življenjskih pogojev in za boljšo dostopnost zdravstvene oskrbe revnega sloja prebivalstva. Razlike med bogatimi in revnimi v Egiptu so zelo velike. Revni sloj prebivalstva živi v zelo slabih življenjskih pogojih, z omejenimi viri za življenje in so zato nemočni, da bi takšno stanje spremenili. NVO v Egiptu pa zagotavljajo celo zdravstvene storitve (npr. »mobilna« nujna pomoč z namenom zmanjšati umrljivost otrok in žensk) (Londen in Trifolius 2007, 22-23).

NVO v Egiptu se borijo tudi za povečanje števila zdravstvenih domov, ki bi nudili primarno zdravstveno oskrbo državljanom, sodelujejo z raziskovalnimi centri z namenom vzpostavitve podatkovne baze o zdravju žensk, osveščajo javnost glede škodljivih navad prebivalstva, kot so kajenje, odvisnost od drog in alkoholizem ter poudarjajo skrb za starejše ženske (Egypt State Information Service 2010).

5. gospodinjstva

Egipt nima univerzalnega sistema zdravstvenega zavarovanja iz katerega bi vsem prebivalcem nudil določen obseg zdravstvenih storitev. Za svoje zdravstveno varstvo in zdravstveno varstvo članov družine so tako egipčanska gospodinjstva primorana poskrbeti sama.

5.2 Način financiranja sistema zdravstvenega varstva v Egiptu

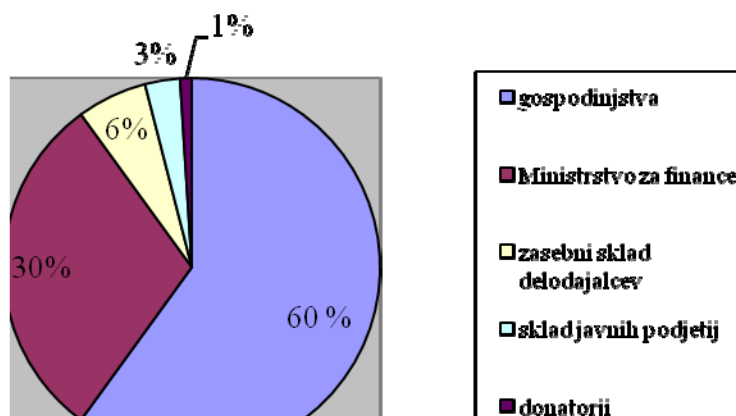
Egipt ima pluralistični in segmentirani zdravstveni sistem, z veliko zasebnimi in javnimi ponudniki zdravstvenih storitev ter finančnimi zastopniki. 4 glavni financerji zdravstvenega sistema v Egiptu so (Gericke 2004b, 7):

potomce, deklice pa se učijo veččin gospodinjskih del (Arab Regional NGO Alternative Report: Five years after Beijing 2000, 4-35).

1. vladni sektor, kamor sodijo:
 - MOHP,
 - univerzitetne bolnišnice,
 - Ministrstvo za notranje zadeve - Interior Ministry in
 - Ministrstvo za obrambo – Defense Ministry.
2. javni sektor, kamor sodijo:
 - HIO,
 - CCO,
 - druge javne organizacije.
3. zasebni sektor, ki ga sestavljajo:
 - zasebne zavarovalnice,
 - zasebne klinike,
 - zasebne bolnišnice,
 - zasebne lekarne,
 - zasebne unije in profesionalne organizacije,
 - neprofitne in profitne NVO.
4. gospodinjstva.

Največji vir financiranja zdravstvenega sistema v Egiptu predstavljajo neposredni izdatki gospodinjstev, ki so leta 2006 predstavljali kar 60 % vseh skupnih izdatkov za zdravstvo (glej Graf 5.1). 5 % izdatkov za zdravstvo predstavljajo zasebni viri, ki vključujejo plačevanje zdravstvenega zavarovanja v podjetjih. Javni viri financiranja zdravstvenega sistema vključujejo 30 % izdatkov za zdravstvo skozi Ministrstvo za finance, 10 % skozi mehanizem financiranja socialnega varstva in 3 % skozi podporo donatorjev. Delež financiranja sistema zdravstvenega varstva s strani vseh javnih virov znaša tako 43 %. Vlada je leta 2006 namenila za zdravje prebivalstva manj kot 3 % proračuna. Kot % BDP, je znašal odstotek javnega financiranja zdravstva 1,6 %, odstotek privatnega financiranja pa 2,1 % (WHO- EMRO 2006, 29-30).

Graf 5.1: Stopnja financiranja zdravstvenega sistema v Egiptu glede na akterje financiranja



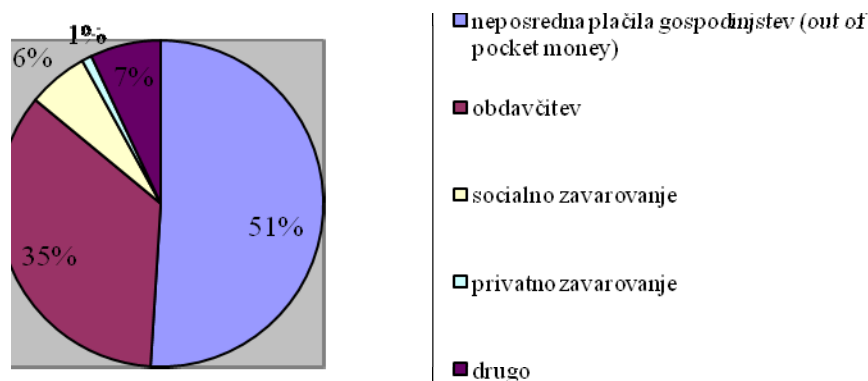
Vir: WHO-EMRO (2006, 30).

Gericke (2004b, 17-18) pravi, da je v Egiptu financiranje in upravljanje zdravstvenega sistema povsem razdrobljeno med kar 29 različnih javnih agencij. To pa preprečuje učinkovito in pravično združevanje tveganja kot tudi dosledno politiko spodbujanja učinkovitosti. Pojavlja se podvajanje storitev in upravnih struktur. Razdrobljenost in posledično pomanjkanje usklajenosti egiptovskega sistema financiranja zdravstva se odseva v strateškem ravnanju med ponudniki storitev. Na strani individualnih ponudnikov javnih zdravstvenih storitev so plače zdravnikov tako nizke, da morajo imeti ti po več služb, da preživijo sebe in svojo družino, možnosti za zaslužek pa so skromne tudi v zasebnem sektorju glede na relativno presežno ponudbo zdravnikov. Obstajajo posredni dokazi, da nekateri zdravniki omejujejo svojo zavezanost javnim zdravstvenim storitvam, da bi lahko delali v zasebni praksi.

Gericke (2004b, 20-21) nadalje meni, da je financiranje sistema zdravstvenega varstva v Egiptu zelo nepravilno, saj breme vseh zdravstvenih izdatkov nosi 51 % gospodinjstev. Gospodinjstva ponudnikom zdravstvenih storitev plačujejo večinoma v obliki

neposrednih plačil (out of pocket money). Socialno zavarovanje pokriva le 6 % zdravstvenih izdatkov Egipčanov, 35 % zdravstvenih izdatkov Egipčanov se pokrije z davki, 1 % s privatnim zavarovanjem (glej Graf 5.2). Ta neposredna plačila so najbolj regresivna oblika prispevka zdravstvenega varstva. Najrevnejši sloj prebivalstva v Egiptu nosi breme 16,4 % javnih izdatkov za zdravje, v primerjavi s 23,6 % izdatkov za zdravje, ki jih nosi najbogatejši sloj. Manj kot 40 % egiptovskega prebivalstva in le 15 % prebivalcev, starih nad 15 let, ima koristi iz naslova socialnega zavarovanja. Socialno zavarovanje, s skoraj 50 % prispevkom iz splošnih prihodkov odseva bolj subvencionirani sistem javnih financ, kot pravo zavarovanje, saj koristi samo delavcem v »formalnem¹¹« sektorju in izključuje celo zakonce in otroke zaposlenih. Tudi pri drugih oblikah egiptovskega zdravstvenega zavarovanja se lahko pojavi bolnikovo ter ponudnikovo moralno tveganje. Najhitrejše naraščajoči sektor pri zagotavljanju storitev iz naslova zdravstvenega varstva v Egiptu predstavljajo NVO.

Graf 5.2: Stopnja financiranja zdravstvenega sistema v Egiptu glede na vrsto financiranja



Vir: Gericke, Christian (2004b, 4).

Kritje egiptovskega prebivalstva s shemo nacionalnega zdravstvenega zavarovanja narašča z dodajanjem novih skupin prebivalstva pod okrilje socialnega zavarovanja, npr.

¹¹ Formalni sektor je v celoti registriran in vključen v izračun bruto domačega proizvoda, neformalni sektor pa obsega storitvene dejavnosti, ki so delno ali sploh niso registrirane (Potočnik 2000, 29).

šoloobveznih otrok in novorojencev. Leta 1980 je bilo socialno zavarovanje v Egiptu krito za 4 % celotne populacije, leta 1990 se je ta delež podvojil. Leta 1995 je imelo socialno zavarovanje urejeno 37 % egiptovskega prebivalstva, v zadnjih desetih letih pa je delež egiptovskega prebivalstva, ki ima urejeno socialno zavarovanje narasel na 51 % (glej Tabela 5.2). Neposredna plačila zdravstvenih storitev z gotovino (out of pocket spending) zadnje desetletje naraščajo in so leta 2006 predstavljala 60 % vseh izdatkov za zdravstvo v Egiptu. HIO s svojim zavarovanjem ne pokriva 80 % delovne sile v zasebnem sektorju. Najvišja poraba vladnega zdravstvenega sistema je proporcionalna s skupino prebivalstva z najnižjimi dohodki (WHO-EMRO 2006, 8).

Tabela 5.2: Odstotek prebivalstva s socialnim zavarovanjem v Egiptu

Vir kritja	1990	1995	2000	2004
Socialno zavarovanje	10 %	37 %	45 %	51 %
Nezavarovani/brez kritja	90 %	63 %	55 %	49 %

Vir: WHO-EMRO (2006, 34).

Kritje zdravstvenih storitev iz naslova zdravstvenega zavarovanja se v Egiptu razlikuje glede na spol. In sicer naj bi bilo zdravstveno zavarovanih 21,97 % moških, starejših od 18 let in le 8,19 % žensk, starejših od 18 let. Delno je razlog ta, da je sodelovanje žensk v formalni delovni sili mnogo manjše kot pri moških (Londen in Trifolis 2007, 16).

V Egiptu je zelo neorganizirano tudi financiranje privatnih zdravstvenih storitev. Večina transakcij ponudnikom privatnih zdravstvenih storitev poteka skozi neposredna plačila gospodinjestev (out of pocket money) na bazi pristojbin za storitve tako za zunajbolnišnično oskrbo kot za bolnišnično oskrbo. Prav tako ne obstaja formalni mehanizem spremljanja in ocenjevanja zaračunanih pristojbin zdravstvenih storitev in kvalitete zdravstvene oskrbe, ponujene s strani različnih kategorij privatnih ponudnikov. V zelo omejenem obsegu sklenejo privatna podjetja in privatne zavarovalnice v Egiptu pogodbe z privatnimi ponudniki zdravstvenih storitev. Zaradi socio-ekonomskih razlogov je število ponudnikov zdravstvenih storitev, ki so se v zadnjih letih pridružili nevladnemu sektorju, drastično naraslo. Na strani ponudnikov zdravstvenih storitev ne

obstajajo stroga pravila in predpisi, ki bi urejali ta sektor. NVO so neobdavčene in predstavljajo privlačen sektor tudi za zdravnike, ki ne morejo opravljati zdravstvenih storitev v privatni obliki (WHO-EMRO 2006, 20).

Problemi in izzivi, s katerimi se srečuje privatni zdravstveni sistem v Egiptu so:

1. nezadostna kvaliteta privatnih zdravstvenih storitev;
2. nedostopnost nekaterih območij;
3. nezadosten javni proračun, namenjen privatnim zdravstvenim storitvam;
4. pomanjkljivosti pri napotitvi v privatno zdravstveno oskrbo;
5. porazdelitev zdravstvenih ustanov in storitev glede na potrebe skupnosti;
6. zagotovitev priporočenega števila kvalificiranih družinskih zdravnikov; implementacija sistema zdravstvenega zavarovanja, ki bi nudil kritje vsem članom skupnosti in zagotavljal zadostne vire;
7. nadgradnja kvalitete dodiplomskega medicinskega izobraževanja za zdravnike in medicinske sestre ter razvoj močnega zdravstvenega sistema, ki bil imel sposobnost spremljanja in ocenjevanja zagotovljenih storitev.

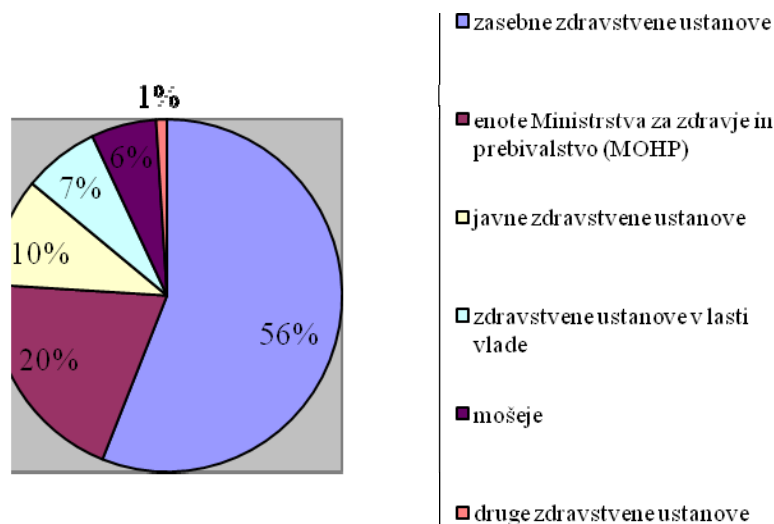
5.3 Zagotavljanje oskrbe v egiptovskem zdravstvenem sistemu

Ko prebivalec Egipta potrebuje zdravniško oskrbo ali zdravstvene storitve je najprej postavljen pred odločitev o izbiri ponudnika zdravstvenih storitev. Odloči se lahko namreč med javnimi in zasebnimi ponudniki zdravstvenih storitev. Dejavniki, ki najbolj vplivajo na to odločitev so po navadi geografska lokacija pacienta, pacientov prihodek in morebitno zavarovanje pacienta. Katerega ponudnika (javnega ali zasebnega) zdravstvenih storitev bo izbral, je nato odvisno od tega ali potrebuje zunajbolnišnično zdravstveno oskrbo ali bolnišnično zdravstveno oskrbo (Londen in Trifolis 2007, 12).

V študiji MOHP, v kateri je sodelovalo preko 9.900 gospodinjstev in bilo intervjuvanih skoraj 51.000 ljudi, se je pokazalo, da za zunajbolnišnično zdravstveno oskrbo večina Egipčanov izbere zasebnega ponudnika zdravstvenih storitev. Za zunajbolnišnično zdravstveno oskrbo bi zasebnega ponudnika zdravstvenih storitev tako izbralo 51 % sodelujočih v anketi, 36 % pa bi se jih odločilo, za zdravstvene ustanove v lasti MOHP

in druge javne zdravstvene ustanove (glej Graf 5.3). V večini primerov se prebivalci Egipta v obdobju, ko se prvič soočijo z nekim zdravstvenim problemom, obrnejo na zasebne zdravnike. Slednji podatek je zaskrbljujoč glede na načelo, da ima vsak državljan Egipta dostop do brezplačne zdravstvene oskrbe v vladnih zdravstvenih ustanovah v rangu 5 km znotraj kraja bivališča. Med Egipčani prav tako prevladuje mnenje, da so bolj osebne in kvalitetne zdravstvene storitve na voljo v zasebnih zdravstvenih ustanovah (Nandakumar v Londen in Trifolis 2007, 13).

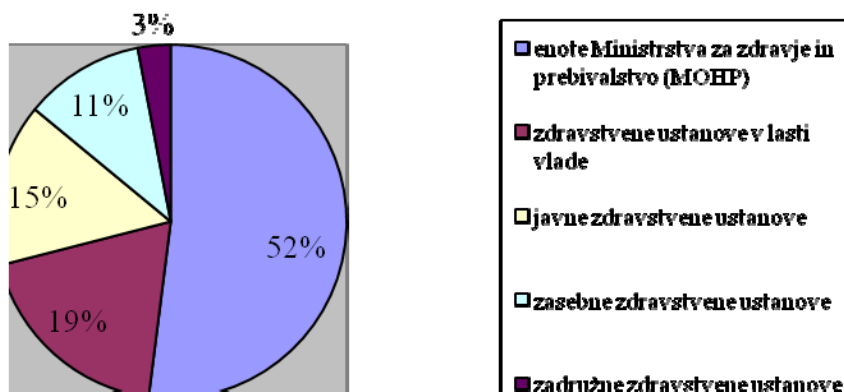
Graf 5.3: Odstotek primarne zdravstvene oskrbe pacientov glede na vrsto ponudnikov zdravstvenih storitev v Egiptu



Vir: Nandakumar v Londen in Trifolis (2007, 13).

Medtem ko se 86 % vse bolnišnične oz. terciarne zdravstvene oskrbe zagotavlja v eni od treh javnih zdravstvenih ustanov, se v zasebnem sektorju zagotovi le 11 % vse bolnišnične oskrbe pacientov (glej Graf 5.4). Razlog za takšno stanje je tudi dejstvo, da se nahaja 90 % vseh posteljnih kapacitet v javnih bolnišnicah ter da je bolnišnična nega v zasebnem sektorju povezana z relativno visokimi stroški (Health Care Utilization v Londen in Trifolis 2007, 14).

Graf 5.4: Odstotek bolnišnične oz. terciarne oskrbe pacientov glede na vrsto ponudnikov zdravstvenih storitev v Egiptu



Vir: Nandakumar v Londen in Trifolius (2007, 12).

Kot sem omenila že prej, je izbira zasebnih ali javnih zdravstvenih storitev odvisna tudi od lokacije prebivalcev. Za podeželske prebivalce je bolj kot za mestne verjetno, da bodo šli po zunajbolnišnično zdravstveno oskrbo k privatnim ponudnikom zdravstvenih storitev. Takšno stanje je deloma povezano s pomanjkanjem mošejskih klinik na podeželju in s slabo kvaliteto storitev v javnih zdravstvenih ustanovah. Za bolnišnično zdravljenje je bolj verjetno, da se bodo podeželski prebivalci zatekli v zdravstvene ustanove MOHP in manj k javnim in zasebnim zdravstvenim ustanovam zaradi visokih stroškov privatnih storitev in pomanjkanja javnih zdravstvenih ustanov na podeželju. V Egiptu je značilno, da se prebivalci za zunajbolnišnično zdravstveno nego raje zatečejo k privatnim ponudnikom zdravstvenim storitev. Večji kot je dohodek prebivalca, bolj verjetna je izbira privatnega ponudnika zdravstvenih storitev. Celotno 44 % prebivalcev z nizkimi dohodki bi za primarne zdravstvene storitve izbralo privatnega ponudnika (Health Care Utilization v Londen in Trifolius 2007, 14-15).

Kakšnega ponudnika zdravstvenih storitev bo prebivalec Egipta izbral, je odvisno tudi od njegovega zdravstvenega zavarovanja. Za posameznike z urejenim zdravstvenim

zavarovanjem je bolj značilno, da bodo uporabljali zdravstvene storitve javnih zdravstvenih ustanov kot storitve ustanov MOHP ali vladnih zdravstvenih ustanov. Večina zdravstvenega zavarovanja v Egiptu zagotavlja HIO, ki krije zdravstvene storitve samo v javnih zdravstvenih ustanovah. Kljub zdravstvenemu zavarovanju, 41% Egipčanov še vedno izbere privatnega ponudnika zdravstvenih storitev (Londen in Trifiolis 2007, 15).

Večino zdravstvene oskrbe na primarni ravni v Egiptu zagotavlja zasebni sektor. Javno zdravstvo v Egiptu je slabo usmerjeno, glavni poudarek je na dragi terciarni oskrbi, primarna oskrba pa je v večji meri prepuščena zasebnemu sektorju (Gericke 2004a, 17-20).

5.4 Položaj posameznika v egiptovskem zdravstvu

Egiptovski zdravstveni sistem ima pluralistično naravo z širokim naborom ponudnikov zdravstvenih storitev, ki so si med seboj konkurenčni in se dopolnjujejo ter dopuščajo pacientom svobodo izbire pri iskanju zdravstvene oskrbe po njihovi potrebi in zmožnosti plačila. Kljub temu se je vlada zavezala, da bo zagotavljala zdravstveno oskrbo za revne in nepriviligirane skupine prebivalstva (WHO- EMRO 2006, 8).

Za Egipt velja, da ima premožni sloj in moški spol prebivalstva boljši dostop do zdravstvene oskrbe kot revni sloj prebivalstva in ženske. To je rezultat strukture ponudnikov zdravstvenega zavarovanja, kjer je zdravstveno zavarovanje pogojeno z individualno zaposlitvijo (Londen in Trifiolis 2007, 25).

Javni sektor v Egiptu zaradi nenehnega naraščanja stroškov zdravstvenih storitev ne more zagotoviti zavarovalnega kritja zdravstvenih storitev vsem prebivalcem. Kritje zdravstvenih storitev iz naslova socialnega zavarovanja je omejeno na upravičene delavce, kjer se izključuje vzdrževane člane, upokojence, vdove in šoloobvezne otroke. CCO zagotavlja zdravstvene storitve le primarno zaposlenim v podjetjih, ki imajo z njo pogodbo (WHO-EMRO 2006, 32).

6 PRIMERJAVA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI IN EGIPTU

Analiza statističnih podatkov s področja demografije in zdravja kaže, da sta Republika Slovenija in Arabska republika Egipt dve precej različni državi.

Egipt je po površini skoraj 50-krat večji od Slovenije ter ima 38-krat več prebivalcev. BDP na prebivalca v Sloveniji je leta 2009 znašal 24.173 \$ in je bil 4-krat večji kot v Egiptu, kjer je znašal leta 2009 le 6.000 \$.

Po klasifikaciji Združenih narodov spada Egipt med države v razvoju, Slovenija pa med razvite države. Po klasifikaciji Svetovne banke spada Egipt med gospodarstva z nižjimi srednjimi dohodki, Slovenija pa med gospodarstva z visokimi dohodki.

V Sloveniji je pričakovana življenjska doba po spolu višja kot v Egiptu tako za moške kot za ženske. Ta je leta 2008 znašala v Sloveniji za moške 75,7 let in za ženske 82,7 let, v Egiptu pa za moške 69,6 let in za ženske 74,8 let. Pričakovano je torej, da bodo Slovenci živeli 6 let dlje od Egipčanov, Slovenke pa kar 8 let dlje od Egipčank. Stopnja rodnosti na 1000 prebivalcev je leta 2009 znašala v Egiptu 28,9 %, v Sloveniji pa le 1,53 % in je bila najvišja od leta 1991. Stopnja umrljivosti na 1000 prebivalcev je bila v Sloveniji višja kot v Egiptu in je leta 2009 znašala 9,2 %, v Egiptu pa 4,9 %. Stopnja rasti prebivalstva v Egiptu je leta 2008 znašala 2,1 %, v Sloveniji pa 1,7 %. Število umrlih dojenčkov na 1000 živorojenih otrok je v Egiptu skoraj 14-krat večje kot v Sloveniji. Leta 2009 je v Egiptu na 1000 živorojenih otrok umrlo kar 27 otrok, v Sloveniji pa 2. Prebivalstvo mlajše od 15 let je leta 2008 predstavljalo v Egiptu 31,7 % celotne populacije, v Sloveniji pa 14,8 % celotne populacije. Prebivalstvo starejše od 65 let je leta 2008 predstavljalo v Egiptu 3,7 % celotne populacije, v Sloveniji pa kar 13,8 %. Ženska v Egiptu je imela leta 2008 povprečno 3 otroke, v Sloveniji pa 1,5 otroka.

Izdatki za zdravstvo na prebivalca v Sloveniji so leta 2006 znašali 2.488 \$ in so bili skoraj 8-krat višji kot v Egiptu, kjer so znašali le 316 \$ na prebivalca. Izdatki za zdravstvo kot % BDP so v Sloveniji leta 2008 znašali 7,8 %, v Egiptu pa 6,4 %.

V nadaljevanju poglavja bom glede na hipoteze diplomske naloge primerjala zdravstveno varstvo v Sloveniji in Egiptu.

1. *HIPOTEZA diplomske naloge: V primerjavi z Republiko Slovenijo ima v Arabski republiki Egipt država manjšo vlogo pri zagotavljanju zdravstvenega varstva državljanov.*

Za 1. hipotezo diplomske naloge sem si skozi primerjavo zdravstvenega varstva v Sloveniji in Egiptu zadala ugotoviti, kateri akter trikotnika blaginje – trg, država ali civilna družba (znotraj civilne družbe se osredotočam na družino), imajo največjo vlogo pri zagotavljanju zdravstvenega varstva njunih državljanov. Glede na relativno slabo ekonomsko razvitost Egipta, zelo veliko število prebivalcev, nizke izdatke za zdravstvo na prebivalca ter prebivalstveno piramido z velikim številom mladih prebivalcev sem že takoj domnevala, da bo razvitost zdravstvenega varstva na nižjem nivoju kot v Sloveniji. Česen (2003, 36) pravi, da je pravica do zdravja opredeljena v vsaki konkretni družbi kot pravica do najvišjega dosegljivega zdravstvenega varstva za vse ljudi, ki je plačljivo na javni račun. Dosegljivost je določena z zakonskimi predpisi o obsegu in vsebini pravic iz javnega zdravstvenega zavarovanja. Zaradi objektivnih razlik v razvitosti med državami posledično vse države ne morejo doseči zdravja, ki ga določajo ali priporočajo mednarodni akti. Najvišja možna oz. dosegljiva raven zdravstvenega standarda za vse ljudi je zato med državami različna. Prebivalci manj razvitih držav so tako soočeni z nujnimi omejitvami pri uživanju pravice do zdravja v primerjavi z bolj razvitimi.

V Sloveniji je pravica do zdravstvenega varstva ustavna človekova pravica. Podrobneje jo ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ta pravi, da ima v Sloveniji vsakdo pravico do zdravstvenega varstva in dolžnost, da prispeva k njegovemu uresničevanju v skladu s svojimi zmožnostmi. V omenjenem zakonu je navedeno, da RS - torej država, ustvarja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva, ureja obvezno zdravstveno zavarovanje ter skrbi za njegovo delovanje. Slovenska

država tako usklajuje delovanje in razvoj vseh področij s cilji zdravstvenega varstva z ukrepi gospodarske, ekološke in socialne politike. Pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva na svojem območju zagotavljata tudi občina in mesto v skladu s svojimi pravicami in dolžnostmi. Pri opravljanju svoje dejavnosti so dolžni zagotavljati pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva pri njih zaposlenih delavcev in varovancev tudi podjetja, zavodi, druge organizacije in posamezniki.

Pravice iz naslova javnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je država določila z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. V Sloveniji so pravice iz javnega zdravstvenega zavarovanja združene v 3 skupine. V prvi skupini so pravice, ki jih zagotavlja država kot družbeno skrb za zdravje (t.i. nacionalni del javnega zdravstvenega zavarovanja), v drugi skupini so pravice do zdravstvenega varstva v zvezi z delom in delovnim okoljem, v tretji skupini pa so pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

V Sloveniji družbeno skrb za zdravje država (natančneje Vlada RS) uresničuje z načrtovanjem zdravstvenega varstva in določanjem strategije njegovega razvoja ter zagotavljanja zakonodajne politike, ki izhaja iz ciljev zdravstvenega varstva. Država sprejema predpise in ukrepe za varovanje zdravja, zagotavlja pogoje za osveščanje ljudi glede zdravja in z davčnimi ter gospodarskimi ukrepi spodbuja razvijanje zdravih življenjskih navad. Država zagotavlja finančna sredstva za naloge iz svoje pristojnosti, načrtuje ukrepe na področju varovanja okolja ter določa obveznosti nosilcev politike, ki se nanašajo na življenjsko okolje. Država prav tako uravnava med-področno planiranje posegov v okolje in določa ukrepe, ki zagotavljajo prebivalstvu higijensko neoporečno pitno vodo, hrano, odlaganje odpadnih snovi, kvaliteto zraka in bivanja ter varstvo pred viri ionizirajočega sevanja.

V Sloveniji za oblikovanje zdravstvene politike skrbi Svet za zdravje znotraj Vlade RS. Za izvajanje nalog na področju zdravstvenega varstva skrbi MZ. Po obsegu pravic ter potrebnih javnih finančnih sredstvih je najbolj pomembno obvezno zdravstveno zavarovanje. Česen (2003, 38) pravi, da večina držav vključuje v obvezno zavarovanje tudi najrazličnejše pravice, ki izvirno sodijo v socialno varstvo in ne v zdravstveno zavarovanje, so pa v praksi z njim neločljivo povezane (npr. nadomestilo plače v času

bolezni in zdravljenja, pogrebna, posmrtnina, potni stroški, itd.). Tako je tudi v Sloveniji, kjer obvezno zdravstveno zavarovanje, katerega nosilec je ZZZS, obsega poleg zavarovanja za primer bolezni, poškodb izven dela, zavarovanja za primer poškodb pri delu in poklicnih bolezni tudi plačilo zdravstvenih storitev, nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela, pogrebno in posmrtnino ter povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji je obvezno za vse osebe, ki izpolnjujejo z zakonom predpisane pogoje. Izvaja se po načelih socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, starimi in mladimi, bogatimi in revnimi. Z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je predpisana obveznost plačevanja prispevkov, kdo je zavezanec za njihovo plačevanje in zavezanec za prijavo osebe v obvezno zdravstveno zavarovanje, vrsta prispevkov in osnova od katere se le-ti plačujejo ter obseg pravic. Država je v Sloveniji tisti akter trikotnika blaginje, ki s svojo zakonodajno funkcijo skrbi za vzdrževanje minimalnega nivoja oz. standarda zdravstvenih storitev za vse državljane. Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji nudi vsem zavarovanim osebam enakopraven dostop do zdravstvene preskrbljenosti, pravice iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja pa pomenijo najvišji dosegljivi zdravstveni standard, ki ga nudi država zavarovanim osebam na račun javnega finančnega sektorja. Zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju v Sloveniji so zavarovanci in njihovi družinski člani (več o tem v prilogi). Sredstva za obvezno zdravstveno zavarovanje se zagotavljajo s prispevki, ki jih plačujejo ZZZS zavarovanci, delodajalci in zavezanci. Plačilo predpisanih prispevkov v obveznem zdravstvenem zavarovanju je vezano na vir, ki zavarovancu zagotavlja osnovno socialno varnost (zaposlitev, pokojnina, samostojna dejavnost, invalidnine, lastna sredstva, družbene pomoči) ter tako ni vezano na državljanstvo.

V Sloveniji obstaja poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Nekatere storitve iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja namreč plača ZZZS v celoti, za druge pa mora zavarovana oseba doplačati razliko do polne vrednosti storitev, in sicer iz lastnih sredstev, v kolikor nima urejenega prostovoljnega (dopolnilnega) zdravstvenega zavarovanja. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji izvajajo zavarovalnice Adriatic Slovenica, d.d., Triglav,

zdravstvena zavarovalnica, d.d. in Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja krijejo zavarovancem stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili, medicinsko-tehničnimi pripomočki ter izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji je drugače zasebno zavarovanje, je tržna dejavnost, oz. se zagotavlja na trgu. Trg kot akter trikotnika blaginje s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem dopolnjuje državo ter njen mehanizem obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj prostovoljno zdravstveno zavarovanje kot tako ni vključeno v celovito socialno varnost državljanov.

Na podlagi preučene zakonodaje na področju zdravstvenega varstva in drugih virov ter literature, lahko trdim, da ima v okviru trikotnika blaginje država najpomembnejšo vlogo pri zagotavljanju zdravstvenega varstva slovenskih državljanov. To trdim zato, ker kljub temu, da ZZZS dejansko plačujejo prispevke zaposleni člani družine, država načrtuje zdravstveno varstvo, določa strategijo njegovega razvoja ter z zakonodajno politiko zagotavlja državljanom in drugim prebivalcem, zaposlenim v Sloveniji nek minimalni standard pravic iz zdravstvenega varstva.

V ustavi Egipta v nasprotju s Slovenijo ni določbe, ki bi opredeljevala pravico do zdravstvenega varstva kot človekovo pravico, ampak je omenjeno le, da egiptovska država zagotavlja državljanom zdravstvene storitve ter storitve zdravstvenega zavarovanja.

Pomemben mejnik v zgodovini zdravstvenega varstva v Egiptu predstavlja ustanovitev HIO leta 1964. Tej ustanovitvi je nato z namenom, da bi zagotovili pravico do zdravstvenega varstva za vse državljane, sledilo več zakonov. Še dandanes zdravstveno varstvo ni urejeno za vse Egipčane. Državljan Egipta velikokrat niso zadovoljni s kvaliteto ponujenih zdravstvenih storitev. Opazno je pomanjkanje zavarovalnih storitev na podeželskih območjih v primerjavi z mestnimi. Zavarovalno kritje zdravstvenih storitev je bilo leta 2009 na voljo le 54 % egiptovskega prebivalstva. Uradne študije so tudi pokazale, da predstavlja plačevanje zdravstvenih storitev z gotovino (out of pocket money), tako s stani zavarovanih prebivalcev kot ne zavarovanih, 60 % vseh izdatkov za zdravstvo (ta odstotek variira od 50-60 %, odvisno od avtorja študije). Poraba države

za javno zdravstveno varstvo je bila do nedavnega izredno nizka, saj je država namenila zagotavljanju zdravstvenega sistema in zdravstvenih storitev za državljane manj kot 5 % vseh izdatkov, kar je glede na tako veliko število prebivalcev zelo malo.

MOHP v Egiptu ima svojo mrežo zdravstvene službe, v okviru katere si prizadeva spodbujati preventivne, kurativne in rehabilitacijske storitve in zagotoviti zdravje za vse Egipčane. Tudi znotraj Ministrstva za zdravje v Egiptu deluje oddelek za zdravstveno varstvo in nego. Ministrstvo v okviru svoje mreže zdravstvene službe zaposluje skoraj 5000 ljudi in je glavni akter zagotavljanja primarne, preventivne in kurativne nege v Egiptu, razpolaga s 4.506 zdravstvenimi ustanovami in 152.172 ležišči po vsej državi. Gericke (2004a, 17-20) pa po drugi strani pravi, da je primarna oskrba v večji meri prepuščena zasebnemu sektorju ter da je javno zdravstvo v Egiptu slabo usmerjeno, glavni poudarek je na dragi terciarni oskrbi.

Največja in vodilna organizacija za zdravstveno zavarovanje v Egiptu je HIO. Njene storitve strmo naraščajo in naj bi bile osnovane po mednarodnih merilih za zdravstveno varstvo. Za razliko od drugih ponudnikov zdravstvenih storitev nudijo številne storitve za državljane Egipta preko svojih lastnih enot. Zasebni sektor na področju zdravstva v Egiptu predstavlja širok nabor bolnišnic, klinik, lekarn, zavarovalnic in nevladnih organizacij.

Egipt nima sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja, iz katerega bi vsem prebivalcem nudil določen obseg zdravstvenih storitev, kot ga ima Slovenija. Za svoje zdravstveno varstvo in zdravstveno varstvo članov družine so tako egiptovska gospodinjstva primorana poskrbeti sama. Zato sem med glavne akterje egiptovskega zdravstvenega sistema uvrstila tudi gospodinjstva. V Egiptu namreč socialno zavarovanje pokriva le 6 % zdravstvenih izdatkov Egipčanov. 35 % zdravstvenih izdatkov Egipčanov se pokrije z davki, 1 % s privatnim zavarovanjem, kar 51 % zdravstvenih izdatkov pa krijejo gospodinjstva z neposrednimi plačili zdravstvenih storitev.

Koristi iz naslova socialnega zavarovanja, ki ga nudi država v Egiptu ima manj kot 40 % egiptovskega prebivalstva in le 15 % prebivalcev, starih nad 15 let. Socialno zavarovanje prav tako koristi samo zaposlenim v »formalnem« sektorju, saj izključuje

celo vzdrževane člane – zakonce, šoloobvezne otroke zaposlenih, vdove in upokojence. Leta 1980 je bilo zdravstveno zavarovanje krito le za 4 % celotne populacije Egipta, leta 1990 se je podvojilo. Leta 1995 je doseglo 37 % prebivalstva in je v zadnjih desetih letih naraslo na 51 %, se pravi da je bilo 49 % egiptovskega prebivalstva še vedno brez kritja zdravstvenih storitev. Neposredna plačila zdravstvenih storitev z gotovino (out of pocket spending) pa zadnje desetletje prav tako naraščajo in so leta 2006 pokrivala 61 % vseh izdatkov za zdravstvo v Egiptu. HIO s svojim zdravstvenim zavarovanjem ne pokriva 80 % delovne sile v zasebnem sektorju. Kritje zdravstvenih storitev iz naslova zdravstvenega zavarovanja se v Egiptu razlikuje glede na spol. In sicer je zdravstveno zavarovanih 21, 97 % moških, starejših od 18 let in le 8,19 % žensk, starejših od 18 let. Razlog je ta, da je sodelovanje žensk zaradi njihove vloge, na katero vpliva državna religija - islam, v formalni delovni sili mnogo manjše kot pri moških.

Egiptovski zdravstveni sistem ima pluralistično naravo z širokim naborom ponudnikov zdravstvenih storitev, ki so si med seboj konkurenčni in se dopolnjujejo ter dopuščajo pacientom svobodo izbire pri iskanju zdravstvene oskrbe po njihovi potrebi in zmožnosti plačila. Kljub temu pa je vlada zavezana, da bo zagotavljala zdravstveno oskrbo za revne in ne-privilegirane skupine prebivalstva. Za Egipt velja, da imajo bogati in moški spol prebivalstva boljši dostop do zdravstvene oskrbe kot revni in ženske.

Glede na preučeno literaturo in vire o egiptovskem zdravstvenem varstvu lahko potrdim, da ima družina znotraj civilne družbe v Arabski republiki Egipt najpomembnejšo vlogo pri zagotavljanju zdravstvenega varstva državljanov. Egiptovska država namreč državljanom ne zagotavlja minimalnega standarda zdravstvenih storitev s shemo zdravstvenega zavarovanja, ki bi bil podoben obveznemu zdravstvenemu zavarovanju v Sloveniji. Zato Egipt tudi ne moremo uvrstiti med socialne države in države blaginje, saj tako pomembna socialna pravica kot je pravica do zdravja za vse državljanke pod enakimi pogoji ni zagotovljena. Plačilo predpisanih prispevkov v zdravstvenem zavarovanju, ki ga nudi HIO, je vezano na zaposlitev v formalnem sektorju ter tako kot v Sloveniji ni vezano na državljanstvo. Večinoma so tako zavarovani samo moški, saj ženske v delovni sili Egipta še vedno niso udeležene v zadostni meri, vzdrževani družinski člani pa so izključeni. Ker država kot akter trikotnika blaginje s svojimi mehanizmi ter socialno politiko, ki ni dovolj razvita, ne

skrbi za zagotavljanje minimalne socialne varnosti ter v okviru te zdravstvenega varstva vseh Egipčanov (obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji imajo zagotovljeno skoraj vsi prebivalci), morajo za zdravstveno varstvo poskrbeti gospodinjstva oz. družine same. Neposredna plačila egipčanskih družin ponudnikom zdravstvenih storitev v Egiptu predstavljajo skoraj 60 % vseh izdatkov za zdravstvo v državi. Ker država ne poskrbi za zdravstveno varstvo vseh egiptovskih prebivalcev, gospodinjstva zdravstveno pomoč poiščejo pri ponudnikih zdravstvenih storitev na trgu. Posledično lahko trdim, da ima trg v Arabski republiki Egipt podporno vlogo države.

Podporno vlogo države v Egiptu imajo poleg družin znotraj civilne družbe tudi NVO, saj tudi te nudijo nekatere zdravstvene storitve ali pa s svojimi aktivnostmi opozarjajo na problematiko ranljivih skupin na področju zdravstva (revni, ženske, starejši). V Egiptu zaradi socio-ekonomskih razlogov predstavljajo najhitrejši naraščajoči sektor pri zagotavljanju storitev iz naslova zdravstvenega varstva. Na strani ponudnikov zdravstvenih storitev namreč ne obstajajo stroga pravila in predpisi, ki bi urejali ta sektor, NVO so neobdavčene in predstavljajo privlačen sektor tudi za zdravnike, ki ne morejo opravljati zdravstvenih storitev v privatni obliki.

Glede na dejstvo, da tako velik delež zdravstvenih izdatkov nosijo egipčanska gospodinjstva, ki zdravstvene storitve neposredno plačujejo na trgu ter glede na podatek, da je delež javnega financiranja zdravstva v % BDP v Egiptu manjši od zasebnega, v Sloveniji pa je odstotek javnega financiranja zdravstva precej višji v primerjavi z zasebnim, lahko 1. hipotezo, ki pravi, da ima v primerjavi z Republiko Slovenijo, Arabska republika Egipt manjšo vlogo pri zagotavljanju zdravstvenega varstva državljanov, potrdim. Za zdravstveno varstvo prebivalcev tako v obeh državah skrbijo različni akterji.

HIPOTEZA 1: V primerjavi z Republiko Slovenijo ima v Arabski republiki Egipt država manjšo vlogo pri zagotavljanju zdravstvenega varstva državljanov – POTRJENA.

- 2. HIPOTEZA diplomske naloge: v primerjavi s Slovenijo so prebivalcem v Egiptu zdravstvene storitve slabše dostopne.*

Pri drugi hipotezi diplomskega dela sem si zadala ugotoviti, kakšne so razlike v dostopnosti zdravstvenih storitev v Sloveniji in Egiptu. Pri dostopnosti zdravstvenih storitev se ne osredotočam le na krajevno dostopnost teh, ampak tudi na finančno dostopnost, oz. dostopnost, ki izhaja iz naslova zdravstvenega varstva.

Zdravstvena dejavnost se tako v Sloveniji kot v Egiptu opravlja na primarni, sekundarni in terciarni ravni. V Sloveniji nudi večino zdravstvenih storitev mreža javne zdravstvene službe. Zasebnikov v pravem pomenu besede v slovenskem zdravstvu skorajda ni, z izjemo zobozdravstva, kjer pa predstavljajo majhen delež. Poredoš (2005, 455) namreč pravi, da ko govorimo o zasebništvu, moramo razlikovati zasebnike, ki imajo koncesijo in so sestavni del javnega zdravstva, od tistih, ki prodajajo zdravstvene storitve in jih bolniki neposredno plačujejo. Torej tisti zasebniki, ki imajo koncesijo, so sestavni del javnega zdravstva.

V Sloveniji so z obveznim zdravstvenim zavarovanjem državljanom poleg določenih denarnih nadomestil zagotovljene pravice do zdravstvenih storitev, ki jih na osnovi kartice zdravstvenega zavarovanja uveljavljajo pri osebni zdravniku, na osnovi njegovega napotila pa tudi pri ustreznih specialistih. Zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju imajo pravico do proste izbire zdravnika ali zdravstvenega zavoda, pravice pa lahko uveljavljajo le v zavodih oz. pri zdravnikih, ki delajo v okviru javne zdravstvene mreže, kar pomeni, da so sklenili pogodbo z ZZZS. Pri tem so zasebni zdravniki s koncesijo povsem enakopravni s svojimi kolegi v javnih zavodih. Zasebni zdravniki, zobozdravniki in drugi zdravstveni delavci, ki lahko opravljajo zasebno zdravstveno dejavnost, vendar nimajo koncesije in niso sklenili pogodbe z ZZZS, so zunaj mreže javne zdravstvene službe. To pomeni, da lahko zavarovane osebe pri njih poiščejo le nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč, za katero jim ZZZS povrne priznani strošek, kot da bi uveljavljale storitve v okviru mreže javne zdravstvene službe. Vse druge storitve teh zasebnikov pa mora zavarovana oseba plačati sama. Mesta posameznih izvajalcev v mreži so določena tako, da je zagotovljena čim boljša dostopnost za ljudi.

Prebivalci Egipta se za zdravstveno oskrbo lahko obrnejo na javne in zasebne ponudnike zdravstvenih storitev. Na to vplivajo dejavniki, kot so geografska lokacija pacienta, pacientov prihodek in morebitno zavarovanje pacienta. H kateremu ponudniku

zdravstvenih storitev se bo pacient zatekel, je odvisno od tega ali potrebuje zunajbolnišnično ali bolnišnično zdravstveno oskrbo. Za zunajbolnišnično zdravstveno oskrbo večina Egipčanov namreč izbere zasebnega ponudnika zdravstvenih storitev, za bolnišnično oskrbo pa vladnega oz. javnega ponudnika zdravstvenih storitev. Razlog je dejstvo, da je 90 % vseh posteljnih kapacitet v javnih bolnišnicah ter da je bolnišnična nega v zasebnem sektorju povezana z relativno visokimi stroški. V večini primerov se prebivalci Egipta v obdobju, ko se prvič soočijo z nekim zdravstvenim problemom, obrnejo na zasebne zdravnike.

Za podeželske prebivalce v Egiptu je bolj verjetno, da bodo šli po zunajbolnišnično zdravstveno oskrbo k privatnim ponudnikom zdravstvenih storitev, za bolnišnično zdravljenje pa se bodo zatekli v zdravstvene ustanove MOHP. Večji kot je dohodek prebivalca, bolj verjetna je izbira privatnega ponudnika zdravstvenih storitev. Celotni prebivalci z nizkimi dohodki bi raje izbrali zdravstvene storitve privatnega ponudnika, saj te veljajo za bolj kvalitetne od zdravstvenih storitev javnih ponudnikov. Kakšnega ponudnika zdravstvenih storitev bo prebivalec Egipta izbral, je odvisno tudi od njegovega zdravstvenega zavarovanja. Za posameznike, ki imajo urejeno zdravstveno zavarovanje, je bolj značilno, da bodo šli po zdravstveno pomoč v javne zdravstvene ustanove.

Zdravstvene storitve v Sloveniji so relativno dobro dostopne. Mreža javne zdravstvene službe oz. javnih zdravstvenih ustanov je razvejana dovolj dobro. Zdravstveni dom ima skoraj vsako mesto, saj je po zakonu občina dolžna zagotavljati primarno zdravstveno varstvo občanov, bolnišnico pa ima vsako večje mesto oz. mestna občina. V obvezno zdravstveno zavarovanje so vključeni skoraj vsi prebivalci ter na podlagi tega zavarovanja je določeno kritje zdravstvenih storitev dostopno vsem. V Egiptu je veliko več zasebnikov, ki nudijo zdravstvene storitve, mreža javne zdravstvene službe je slabo usmerjena in ne dovolj dobro dostopna, poudarek je na terciarni oz. bolnišnični oskrbi, primarno oz. zunajbolnišnično oskrbo pa nudijo večinoma zasebniki. Zdravstveno oskrbo nudijo v Egiptu celo NVO. Zdravstvena oskrba v javnih in vladnih zdravstvenih ustanovah v Egiptu je večinoma dostopna prebivalcem, ki imajo socialno zavarovanje (socialno zavarovanje je imelo leta 2004 v Egiptu le 51 % prebivalcev) in zavarovancem HIO, ki pa so povečini moški, zaposleni v formalnem sektorju ter revni

in otroci v starosti do 15 let. Za revne in otroke naj bi namreč zdravstveno zavarovanje zagotavljala država. Glede na dejstvo, da je poudarek pri javnih ponudnikih zdravstvenih storitev na bolnišnični oz. terciarni oskrbi ter da je imelo socialno zavarovanje do nedavnega le polovico prebivalcev, si je ostala polovica prebivalstva primorana poiskati tudi bolnišnično oskrbo pri zasebnikih, ta pa je draga in si je ne morejo privoščiti vsi. Posledično lahko drugo hipotezo, ki pravi, da so v primerjavi s Slovenijo prebivalcem Egipta zdravstvene storitve slabše dostopne, potrdim.

HIPOTEZA 2: v primerjavi s Slovenijo so prebivalcem Egipta zdravstvene storitve slabše dostopne – POTRJENA.

3. *HIPOTEZA diplomskega dela: Arabske republike Egipt zaradi določenih značilnosti zdravstvenega varstva ni mogoče uvrstiti v noben sistem evropskega zdravstvenega varstva.*

Tretja hipoteza diplomskega dela se nanaša na vrsto sistemov zdravstvenega varstva v Evropi. V Evropi namreč poznamo Beveridgov, Bismarckov in Semaškov model zdravstvenega varstva. Slovenija kot evropska država ima Bismarckov sistem zdravstvenega varstva. Za Egipt kot neevropsko državo predvidevam, da se zaradi določenih značilnosti zdravstvenega varstva ne more uvrstiti v noben model evropskega zdravstvenega varstva.

V Sloveniji je osnovni nosilec financiranja zdravstva ZZZS z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, v katerega plačujejo prispevke zavarovanci, zavezanci in delodajalci. Sredstva iz obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavljajo kar 59,80 % izdatkov za zdravstvo, sledijo gospodinjstva z 12,40 %, družbe brez zavarovalnic z 10,20 %, zavarovalnice z 10 %, država s 5,60 % ter lokalne skupnosti z 1,90 %. V Sloveniji po Krambergerjevemu (2009, 24) mnenju razpolagamo z relativno pestro strukturo javnih in zasebnih sredstev za zdravstveno varstvo. Javni izdatki obveznega zdravstvenega zavarovanja oz. ZZZS so v letu 2008 znašali 5,3 % BDP ali cca. 995 evrov na prebivalca. Zasebni izdatki izvajalcev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj so znašali 1,1 % BDP ali cca. 197 evrov na prebivalca. Obe vrsti zdravstvenega zavarovanja pa skupno 6,4 % BDP ali 1.192 evrov na prebivalca. Čeprav največja, pa to nista edina vira

financiranja zdravstva. Javne izdatke za zdravstvo v Sloveniji namreč predstavljajo izdatki ZZZS-obvezno zdravstveno zavarovanje, izdatki države in izdatki lokalnih skupnosti. Zasebne izdatke za zdravstvo predstavljajo izdatki zavarovalnic, izdatki gospodinjstev, izdatki družb (brez zavarovalnic) in izdatki neprofitnih institucij (UMAR 2009, 46).

UMAR v publikaciji Socialni razgledi (2009) pojasnjuje, da je delež skupnih zasebnih izdatkov za zdravstvo v letu 2007 in 2008 v Sloveniji znašal 28,4 % ter je tako že presegel evropsko povprečje. Izrazito bolj kakor izdatki iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja so se leta 2007 povečali neposredni izdatki gospodinjstev. V strukturi zasebnih izdatkov za zdravstvo v letu 2007 je tako delež neposrednih izdatkov gospodinjstev znašal 48,6 % in je že višji od deleža izdatkov iz naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (45,4 %). V primerjavi z državami EU je delež neposrednih izdatkov slovenskih gospodinjstev za zdravstvo še vedno nizek (povprečje držav EU je približno 75 %). Relativno nizek delež neposrednih izdatkov slovenskih gospodinjstev za zdravstvo, v primerjavi z državami EU, je posledica sistema dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, iz katerih se doplačuje razlika do polne vrednosti zdravstvenih storitev (UMAR 2009, 47).

Egipčani imajo 4 financirje zdravstvenih storitev, in sicer so to vladni sektor, javni sektor, zasebni sektor in gospodinjstva. Največji vir financiranja zdravstvenega sistema v Egiptu v nasprotju s Slovenijo predstavljajo gospodinjstva z svojimi neposrednimi plačili zdravstvenih storitev (out of pocket money). Ta so leta 2006 predstavljala kar 60 % vseh skupnih izdatkov za zdravstvo. Le 6 % izdatkov za zdravstveno varstvo so predstavljali zasebni viri, ki vključujejo plačevanje zdravstvenega zavarovanja v podjetjih. Javni viri financiranja zdravstvenega varstva so vključevali 31 % izdatkov za zdravstvo s strani Ministrstva za finance, le 10 % skozi mehanizem financiranja socialnega varstva in 3 % skozi podporo donatorjev. Delež financiranja sistema zdravstvenega varstva s strani vseh javnih virov je znašal tako le 44 %. Egiptovska vlada je leta 2006 namenila za zdravje prebivalstva manj kot 3 % proračuna. Kot % BDP, je bil odstotek javnega financiranja zdravstva manjši od zasebnega, saj je znašal 1,6 %, odstotek zasebnega financiranja pa 2,1 %. V Sloveniji je odstotek javnega

financiranja zdravstva precej višji v primerjavi z zasebnim, saj je znašal leta 2008 5,3 % BDP, zasebni pa le 1,1 % BDP.

Gericke (2004b, 17-18) pravi, da je v Egiptu financiranje in upravljanje zdravstvenega varstva povsem razdrobljeno med kar 29 različnih javnih agencij. To preprečuje učinkovito in pravično združevanje tveganja in dosledno politiko spodbujanja učinkovitosti. Pojavlja se podvajanje storitev in upravnih struktur. V Egiptu je zelo neorganizirano tudi financiranje privatnih zdravstvenih storitev. Večina transakcij ponudnikom privatnih zdravstvenih storitev poteka skozi neposredna plačila gospodinjestev na bazi pristojbin za storitve tako za zunajbolnišnično kot bolnišnično zdravstveno oskrbo. V zelo omejenem obsegu sklenejo privatna podjetja in privatne zavarovalnice v Egiptu pogodbe z privatnimi ponudniki zdravstvenih storitev.

Mehanizem financiranja zdravstvenega varstva v Egiptu se torej precej razlikuje od slovenskega financiranja zdravstvenega varstva. Glavna razlika je pri izdatkih gospodinjestev za zdravstveno varstvo, ki znašajo v Egiptu kar 60 %, v Sloveniji pa le 12 %. Skoraj 60 % prispevkov za zdravstvo v Sloveniji predstavlja obvezno zdravstveno zavarovanje ZZZS, v katerega po zakonu dejansko plačujejo prispevke zaposleni družinski člani. Država in lokalne skupnosti pa poskrbijo za zdravstveno varstvo (na podlagi vzajemnosti in solidarnosti) tistih državljanov, ki si zaradi določenih razlogov ne morejo zagotoviti zdravstvenega varstva na podlagi vira dohodka (npr. nezaposleni).

Glede na merila za razvrščanje sistemov zdravstvenega varstva (glej Tabela 6.1) sem ugotovila, da se Egipt glede na financiranje zdravstvenega varstva, upravljanje, sprejemanje odločitev o pravicah zavarovancev, vključenost oz. obvezo prebivalstva do zdravstvenega zavarovanja, solidarnost, vzajemnost ter planiranje področja, ne uvršča v noben sistem evropskega zdravstvenega varstva. Še najbližje je tržnemu sistemu zdravstvenega varstva, ki ne izhaja iz Evrope, ampak iz ZDA. Takšen sistem zdravstvenega varstva temelji na načelu ponudbe in povpraševanja. Obradović (2009, 9) pravi, da v tem modelu zdravstveno zavarovanje ni obvezno, ampak je stvar prostovoljne odločitve posameznika. Nosilci zdravstvenega zavarovanja so zavarovalnice in zasebna sredstva, upravljajo pa jih zasebna združenja in agencije. Sprejemanje odločitev o pravicah zavarovancev je stvar ponudbe in povpraševanja, ne

države. Vključenost v sistem zdravstvenega zavarovanja ni obvezna, ni solidarnosti in vzajemnosti kot pri ostalih modelih zdravstvenega varstva, za planiranje zdravstvenega varstva ne skrbi država, ampak deluje zakon trga.

Tabela 6.1: Merila za razvrščanje sistemov zdravstvenega varstva

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

Vir: Toth (2003, 148).

Glede na dejstva, da Egipt nima urejenega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja za vse prebivalce, da ima država relativno majhno vlogo pri zagotavljanju zdravstvenega varstva, da je veliko zasebnih ponudnikov zdravstvenih storitev, da obstajajo v Egiptu tudi zasebni ponudniki zdravstvenih zavarovanj in da so egiptovska gospodinjstva primorana poiskati zdravstvene storitve na trgu, lahko tretjo hipotezo, ki pravi, da se Arabska republika Egipt ne more uvrstiti v noben model evropskega zdravstvenega varstva, potrdim. Egiptovski zdravstveni sistem je glede na njegove karakteristike še najbližje tržnemu modelu zdravstvenega varstva, ki ga ima ZDA.

3. HIPOTEZA *diplomskega dela: Arabske republike Egipt zaradi določenih značilnosti zdravstvenega varstva ni mogoče uvrstiti v noben sistem evropskega zdravstvenega varstva – POTRJENA.*

7 ZAKLJUČEK

Glede na sisteme države blaginje bi lahko rekli, da v Sloveniji obstaja neka zmes socialdemokratskega tipa države blaginje in konzervativno-korporativističnega tipa države blaginje. Vloga države pri zagotavljanju socialne varnosti se v Sloveniji postopoma zmanjšuje na vzdrževanje obveznih zavarovalniških shem, v katere so vključeni vsi zaposleni in na zagotavljanje minimalne podpore najrevnejšim. Egipt bi glede na vlogo družine oz. gospodinjstev pri zagotavljanju zdravstvenega varstva lahko najlažje uvrstili v mediteranski ali katoliški model države blaginje. Za ta model je namreč značilna zelo visoka stopnja odvisnosti od družine. V Egiptu je zelo slabo razvit sistem socialne varnosti, zaradi religije obstaja tudi močna in eksplicitna ideološka zavezanost družini.

Lahko zaključim, da ima Slovenija na področju zdravstvenega varstva relativno dobro razvito socialno politiko, ki prebivalcem zagotavlja določen minimum zdravstvenih pravic in storitev. Tako omogoča neke minimalne standarde iz naslova zdravstvenega varstva tudi tistim skupinam prebivalstva, ki si jih sami ne morejo zagotavljati (nezaposleni, otroci, itd.). V obliki eksistenčnega minimuma ohranja relativni družbeni položaj preko sistemov socialnih zavarovanj in socialnih pomoči. Lahko tudi rečem, da Slovenija s svojo socialno politiko skrbi za splošno blaginjo celotnega prebivalstva. Slovenska država z zagotavljanjem socialnih pravic državljanom zmanjšuje njihovo odvisnost od delovanja trga, vendar jim tudi dopušča možnost, da si preko zavarovanj na trgu zagotovijo večji obseg kritja zdravstvenih storitev. Država ima v Sloveniji preko javnega sektorja na področju zdravstva še vedno prevladujočo in monopolno vlogo ter na nekaterih področjih še ni povsem začela odpirati prostora drugim izvajalcem – zasebnim neprofitnim ali komercialnim organizacijam in formalnim mrežam. O konceptu socialnega državljanstva še ne moremo govoriti, saj je posameznik vključen v sistem socialne varnosti na osnovi vira dohodka.

Na primeru Egipta lahko vidimo, da zdravstveno varstvo in s tem socialno varnost državljanom ne zagotavlja samo država, saj je le eden treh akterjev v trikotniku blaginje. Družbeno tveganje na področju zdravstvenega varstva v Egiptu prevzemajo v največji meri gospodinjstva oz. družine, ki si storitve poiščejo ali na trgu ali v javnih ter vladnih ustanovah. Socialna politika in v okviru nje zdravstvena politika je v Egiptu slabo razvita, saj država ne skrbi, da bi zdravstveno varstvo zagotovila vsem prebivalcem. Egipčanska država namenja za zdravstvo glede na število prebivalstva zelo majhen delež proračuna. Razlog za slabo razvitost zdravstvenega varstva je tudi slaba gospodarska razvitost Egipta. Na vključenost egipčanskega prebivalstva v sistem zdravstvenega zavarovanja, ki ga nudi HIO in različne zasebne zavarovalnice, vpliva tudi religija (islam), ki določa družbene vloge moških in žensk, kar vpliva na udeležbo v delovni sili in ustvarjanje prihodkov države.

V zadnjem desetletju je bilo za zdravstveno zavarovanje Egipčanov pripravljenih več predlogov zakonov, ki pa so vsi v bistvu ponujali premalo celovito vizijo zdravstvenega zavarovanja, ki bi bila potrebna za takšno naravo spremembe in za resnično reformo sistema zdravstvenega zavarovanja. Egipčani so se v glavnem srečevali s pomanjkanjem predpisov za pravično porazdelitev stroškov bremena bolezni med državljane in državo. Želijo si takšen sistem zdravstvenega varstva, ki bi utelešal načela družbene solidarnosti, pravičnosti in dostopnosti vsem segmentom družbe prek uvedbe neposrednih ali posrednih davkov.

Egipčanska vlada je leta 1997 začela z veliko rekonstrukcijo zdravstvenega sektorja. MOHP se je odločilo, da bo sistem zdravstvenega varstva reformiralo na podlagi prednosti trenutnega sistema, hkrati pa ob popravkih njegovih slabosti. V zadnjih letih je bilo v Egiptu opaziti fragmentacijo pri zagotavljanju zdravstvenih storitev, pretirano zanašanje na specialistično nego in nizko kvaliteto primarnih zdravstvenih storitev kot glavno omejitev pri doseganju univerzalne pokritosti zdravstvenega varstva. Egipčanski reformni program zdravstvenega sektorja (HSRP) se je uradno pričel izvajati leta 1997. K reformi je leta 1998 z oblikovanjem načrta za zdravstveno okrožje Montazah v pokrajini Aleksandrija prispevala Svetovna banka. Leta 1999 je nato postala USAID prvi donator, ki je pričel z operacijami na kraju samem, medtem ko se je Evropska

komisija pridružila HSRP novembra leta 1999. Afriška razvojna banka (ADB) je pričela svoje delo s pomočjo oblikovanja načrta za tri zdravstvena okrožja junija leta 2003. Najbolj pogosti partner v reformnem programu zdravstvenega sektorja pa je avstrijska vlada, ki sodeluje v programu z namenom izboljšati okrožne bolnišnice kot del zdravstvenih okrožij.

Splošni cilj reformnega programa zdravstvenega sektorja je dvojen. Prvi cilj je vzpostaviti kvaliteten osnovni paket storitev primarne zdravstvene oskrbe, prispevati k ustanovitvi decentraliziranega sistema storitev (okraji) in izboljšati dostopnost in uporabo zdravstvenih storitev. Drugi cilj pa je predstaviti institucionalno strukturno reformo, osnovano na konceptu delitve, nakupa in zagotavljanja storitev in regulativnih funkcij Ministrstva za zdravje in prebivalstvo. Kritje naj bi zagotavljal nacionalni sistem socialnega zavarovanja. Glavni cilj reforme zdravstvenega sektorja je vzpostaviti trajnostni in univerzalni zdravstveni sistem in v tem okviru izboljšati zdravstveno stanje prebivalstva, zmanjšati umrljivost dojenčkov, otrok in mater, rast prebivalstva ter število infekcijskih bolezni.

Namen egiptovske vlade je zato vzpostaviti neke vrste hibridni model, ki bi bil sestavljen iz ponudnikov zdravstvenih storitev tako iz vrst javnega kot zasebnega sektorja. Reformni program zdravstvenega sektorja naj bi skozi pokrajine v Egiptu pokrila 35-40 % potreb po zdravstvenih storitvah mestnega prebivalstva, ostalo pa naj bi pokrila zasebni sektor in NVO.

Lahko zaključim, da je zdravstvena politika zagotovo eno ključnih področij socialne politike, saj vpliva na zdravje prebivalcev držav, od katerega je odvisna življenjska doba, delovna aktivnost in nataliteta prebivalstva držav, posredno pa tudi uspešnost gospodarstev držav in obratno.

8 LITERATURA

Briggs, Asa. 2000. The Welfare State in Historical Perspective. V *The Welfare State. A Reader*, ur. Christopher Pierson in Francis G. Castles, 16-30. Cambridge: Polity Press in association with Blackwell Publishers Ltd.

Constitution of the Arab Republic of Egypt. 1980. Dostopno prek: <http://www.uam.es/otroscentros/medina/egypt/egypolcon.htm> (13. december 2010).

Cook, Beth. 2006. *Conceptual Framework for Analysis of Welfare State Developments. Working Paper No. 06-06*. University of Newcastle Australia: Centre of Full Employment and Equity.

Černigoj Sadar, Nevenka in Petra Vladimirov. 2004. Prispevek organizacij k vzpostavljanju (ne)uravnoveženega življenja. V *Razpoke v zgodbi o uspehu*, ur. Ivan Svetlik in Branko Ilič, 259-282. Ljubljana: Založba Sophia.

Česen, Marjan. 1998. *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

--- 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Gospodarska zbornica Slovenije - Center za tehnološko usposabljanje.

Črnak Meglič, Andreja. 1998. Socialni sistemi na preizkusu. V *Evropska socialna in zaposlovalna politika*, ur. Danilo Tomšič, 9-16. Ljubljana: Kalandrovo društvo.

Egyptian Initiative for Personal Rights. 2009. *Preliminary Analysis of the New Health Insurance Bill. Draft 16*. Al-Masry al-Youm: Committee for the Defense of the Right to Health.

Egypt State Information Service. Dostopno prek: <http://www2.sis.gov.eg/En/Women/institutions/Local/NGOs/100401010000000001.htm> (3. januar 2011).

Esping-Andersen, Gøsta. 1991. *The Tree Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.

--- 2000. *Social Foundations of Postmodern Society*. New York: Oxford University Press.

Evers, Adalbert. 1993. The Welfare Mix Approach. Understanding the Pluralism of Welfare Systems. V *Balancing Pluralism: New Welfare Mixes in Care for Elderly*, ur. Adalbert Evers in Ivan Svetlik, 3-33. Avebury: European Center Vienna.

Ferrera, Maurizio. 1996. The »Southern« Model of Welfare State in Social Europe. *Journal of European Social Policy* 6 (1): 17-37.

Gericke, Christian. 2004a. *Comparison of Health Care Financing Arrangements in Egypt and Cuba: Lessons for Health Reform in Egypt*. Berlin: University of Technology.

--- 2004b. *Financing Health Care in Egypt: Current Issues and Options for Reform*. Berlin: University of Technology.

Health Insurance Organization. 2010. *From the Editor*. Dostopno prek http://hioegypt.org/CHIEF_EDITOR.aspx (20. december 2010).

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Dostopno prek: <http://www.ivz.si/> (18. november 2010).

Jayasuriya, Laksiri. 2005. *Changing Ideas of Social Policy: From Welfare State to the Enabling State*. Dostopno prek: http://www.socialwork.arts.uwa.edu.au/about/staff/emeritus_professor_d.l._jayasuriya?f=190220 (15. november 2010).

Jones Finer, Catherine. 1999. Trends and Developments in Welfare States. V *Comparative Social Policy: Concepts, Theories and Methods*, ur. Jochen Clasen, 15-34. Oxford: Blackwell publishers.

Keber, Dušan, Leskovar, Bojana in Vesna-Kerstin Petrič. 2003. *Zdravstvena reforma (osnutek)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Kersnik, Janko. 1998. *Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Pregled stanja*. Kopenhagen: Regionalni urad SZO.

Kolarič, Zinka. 1990. *Socialna politika in družbene ter prostorske spremembe*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

--- 1997. Prostovoljne neprofitne organizacije v Sloveniji. *Neprofitni management* 1 (1): 17-20.

--- 2008/2009. *Predavanja pri predmetu Sociologija socialne politike*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

--- Andreja Črnak-Meglič in Maja Vojnovič. 2002. *Zasebne neprofitno-volonterske organizacije v mednarodni perspektivi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kopač, Anja. 2004. *Aktivacija – obrat v socialni politiki*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

--- 2005. Od brezpogojne k pogojevani državi blaginje - spremembe znotraj koncepta državljanstva. *Družboslovne razprave* XXI (49/50): 51-64.

Korošec, Romana. 2003. *Izzivi obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji*. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

Kramberger, Boris. 2009. *Financiranje sistema zdravstvenega varstva v Evropski uniji in Sloveniji*. Medicinska fakulteta – seminar na dodiplomskem študiju. Dostopno prek: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/7eeefbe41d70677a878fcc3de6ac8ef3.pdf> (29. november 2010).

Londen, Liz in Danielle Trifiolis. 2007. *Health Care System of Egypt. Global Health Issues*. Dostopno prek <http://www.lehigh.edu/~jnl0/Egypt.pdf> (3. november 2010).

Novak, Mojca. 1999. Razvoj slovenske državne blaginje v evropski perspektivi. *Družboslovne razprave XV* (30-31):157-175.

Mandič, Srna. 2005. Kakovost življenja: med novimi blaginjskimi koncepti in družbenimi izzivi. *Družboslovne razprave XXI* (48): 111-131.

Ministry of Health and Population. Dostopno prek: MOH - <http://www.mohp.gov.eg/> (20. december 2010).

--- 2003. *Egypt Service Provision Assessment Survey*. Cairo: Ministry of Health and Population.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2010. *Zdravstveno varstvo*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/ (16. december 2010).

Pahor, Majda. 1999. Zdravstvena sociologija. *Teorija in praksa* 36 (6): 1014-1026.

Partnerships for Health Reform. 1999. *Health Expenditure Review. Technical Report No. 35*. Dostopno prek: <http://www.abtassociates.com/reports/ES-19998744754961-Egypt.pdf> (14. november 2010).

Wikipedia. 2010. *Plačilna sredstva*. Dostopno prek: http://sl.wikipedia.org/wiki/Kategorija:Pla%C4%8Dilna_sredstva (2. marec 2011).

Potočnik, Vekoslav. 2000. Storitve prevzemajo levji delež. *Gospodarski vestnik* (26): 60-72.

Rus, Veljko. 1990. *Socialna država in družba blaginje*. Ljubljana: Domus.

Splošna deklaracija človekovih pravic. 1948. Dostopno prek <http://www.varuh-rs.si/index.php?id=102> (3. januar 2011).

SURS. 2009. *Statistični letopis Republike Slovenije*. Dostopno prek: <http://www.stat.si/letopis/2009/14-09.pdf> (3. marec 2011).

The World Bank. 2011. *How we Classify Countries*. Dostopno prek: <http://data.worldbank.org/about/country-classifications> (3. januar 2011).

Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Trbanc, Martina. 1992. Različni socialno-blaginjski sistemi in trendi v socialnih politikah. *Družboslovne razprave* VIII (14): 94-108.

Ude, Lojze. 1994. Javno dobro. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* XXII (168-169): 121-134.

UMAR. 2009. *Socialni razgledi*. Dostopno prek: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/socrazgledi/2009/socialni_razgledi_2009.pdf (3. marec 2011).

United Nations Development Fund for Women. 2000. *Arab Regional NGO Alternative Report: Five Years After Beijing*. Amman: UNIFEM Western Asia Regional Programme.

United Nations Statistic Division. 2010. *Composition of macro geographical (continental) regions, geographical sub-regions, and selected economic and other groupings*. Dostopno prek: <http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm> (15. december 2010).

Ustava Republike Slovenije. 1991. Dostopno prek <http://www.dz-rs.si/?id=150&docid=28&showdoc=1> (11. oktober 2010).

Vlada Republike Slovenije. 2011. Dostopno prek <http://www.vlada.si/> (3. marec 2011).

World Health Organization. 2006. *Eastern Mediterranean Regional Health System Observatory*. Dostopno prek: <http://gis.emro.who.int/healthsystemobservatory/main/Forms/CountryInfo.aspx?Country=Egypt> (2. december 2010).

--- 2010a. *Country Profiles*. Dostopno prek: <http://www.emro.who.int/emrinfo/> (3. januar 2011).

--- 2010b. *Egypt, Country Cooperation Strategy at a glance*. Dostopno prek: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_egy_en.pdf (18. december 2010).

--- 2010c. *Slovenia, Country Cooperation Strategy at a glance*. Dostopno prek: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_svn_en.pdf (18. december 2010).

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Ur. l. RS 15/2008. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455> (15. november 2010).

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB2). Ur. l. RS 23/2005. Dostopno prek: <http://www.dzrs.si/index.php?id=101&sm=k&q=zakon+o+zdravstveni+dejavnosti&mandate=1&unid=UPB|46A2BAD222CA803BC12573F00038A0F6&showdoc=1> (20. oktober 2010).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-UPB3). Ur. l. RS 72/2006. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200672&stevilka=3075> (17. oktober 2010).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2010. *Beseda o nas*. Dostopno prek: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/EE17AD1D28A89B2DC1256E8600348651> (14. november 2010).

--- 2009. *Kako do zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev: Seznam izvajalcev zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji v letu 2009.*
Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

PRILOGA A: Zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju v Sloveniji

Zavarovane osebe so po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) zavarovanci in njihovi družinski člani.

Zavarovanci so tisti, ki plačujejo prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje oziroma ga za njih plačajo drugi zavezanci. Katere osebe so zavarovane kot zavarovanci je določeno v 15. členu ZZVZZ. Zavarovanci so tako:

1. osebe, ki so v delovnem razmerju v Republiki Sloveniji;
2. osebe v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji, poslane na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zavarovane v državi, v katero so bile poslane;
3. osebe, zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah in ustanovah, tujih konzularnih in diplomatskih predstavništvih s sedežem v Republiki Sloveniji, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno;
4. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zaposlene pri tujem delodajalcu, ki niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
5. osebe, ki na območju Republike Slovenije samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic;
6. osebe, ki so lastniki zasebnih podjetij v Republiki Sloveniji, če niso zavarovane iz drugega naslova;
7. kmetje, člani njihovih gospodarstev in druge osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic;
8. vrhunski športniki in vrhunski šahisti - člani telesnokulturnih in šahovskih organizacij v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
9. brezposelne osebe, ki prejemajo pri zavodu za zaposlovanje denarno nadomestilo;

10. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino po predpisih Republike Slovenije oziroma preživnino po predpisih o preživninskem varstvu kmetov;

11. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če z mednarodno pogodbo ni drugače določeno;

12. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki med bivanjem v Republiki Sloveniji ne morejo uporabljati pravic iz tega naslova;

13. družinski člani osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji in niso zavarovani kot družinski člani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;

14. tujci, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;

15. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci invalidnin po predpisih o vojaških invalidih in civilnih invalidih vojne, pravic po predpisih o varstvu vojnih veteranov, žrtev vojnega nasilja in udeležencev drugih vojn ter uživalci republiških priznavalnin, če niso zavarovane iz drugega naslova;

16. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo nadomestilo po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb, če niso zavarovane iz drugega naslova;

17. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo trajno denarno socialno pomoč in osebe, ki jim je Republika Slovenija priznala status begunca ali subsidiarno zaščito v skladu s predpisi o mednarodni zaščiti, če niso zavarovane iz drugega naslova;

18. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci priznavalnin po predpisih o varstvu udeležencev vojn, če niso zavarovane iz drugega naslova;

19. vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so v civilni službi kot nadomestilu vojaškega roka;

19. a vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji med služenjem vojaškega roka oziroma med usposabljanjem za rezervno sestavo policije;

20. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, če ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po eni izmed točk iz tega odstavka in si same plačujejo prispevek;

21. državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovanci iz drugega naslova. Državljanke iz te točke v obvezno zavarovanje prijavi občina stalnega prebivališča, če nimajo nobenih dohodkov oziroma če, kadar živijo sami, njihovi povprečni mesečni dohodki v zadnjih treh mesecih ne dosegajo 50% minimalne plače, oziroma če, kadar živijo z ožjimi ali širšimi družinskimi člani v skupnem gospodinjstvu, njihovi povprečni mesečni dohodki na družinskega člana v zadnjih treh mesecih ne dosegajo 25% minimalne plače, razen kadar ima sam ali njegovi ožji ali širši družinski člani prihranke oziroma premoženje, ki dosega ali presega višino 60 osnovnih zneskov minimalnega dohodka;

22. priporniki, ki niso zavarovanci iz drugega naslova do trenutka nastopa pripora oziroma jim zavarovanje preneha v času pripora, obsojenci na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora, mladoletniki na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog. Pripornike v zavarovanje prijavi zavod za prestajanje kazni zapora, v katerem so priporniki na prestajanju pripora, druge osebe iz te točke pa zavod oziroma organizacija v kateri se te osebe nahajajo, najkasneje naslednji delovni dan po sprejemu teh oseb;

23. osebe, ki pridobijo pravico po zakonu, ki ureja starševsko varstvo in sicer:

- upravičenci do starševskih nadomestil, ki jim je prenehalo delovno razmerje v času trajanja starševskega dopusta,
- eden od staršev, ki si na podlagi svoje dejavnosti plačuje prispevke za socialno varnost za najmanj 20 ur tedensko ter neguje in varuje otroka do tretjega leta starosti,
- eden od staršev, ki zapusti trg dela zaradi nege in varstva štirih ali več otrok; 24. otroci do 18. leta starosti, ki se šolajo in niso zavarovani kot družinski člani, ker njihovi starši ne skrbijo za njih oziroma ker starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v obvezno zavarovanje;

24. otroci do 18. leta starosti, ki se šolajo in niso zavarovani kot družinski člani, ker njihovi starši ne skrbijo za njih oziroma ker starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v obvezno zavarovanje;

25. družinski pomočniki po zakonu, ki ureja socialno varstvo.

Obvezno zavarovane so tudi osebe iz 1. in 5. točke, ki prebivajo v Republiki Sloveniji in so v delovnem razmerju oziroma samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic še v eni ali več državah članicah Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji. Za te osebe veljajo enake pravice in obveznosti, ki izhajajo iz ZZVZZ in veljajo za osebe iz 1. in 5. točke.

V 16. do 18. členu ZZVZZ je nadalje določeno, katere zavarovane osebe so zavarovane za poškodbo pri delu in poklicno bolezen. Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so tako zavarovane osebe iz 1., 2., 3., 5., 6., 8., 19., 19.a, 22. in 25. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ. Zavarovanci iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona so zavarovani za poškodbo pri delu in poklicno bolezen, če so dejansko vključeni v delo. Osebe iz 7. točke prvega odstavka istega člena pa so zavarovane za poškodbo pri delu in poklicno bolezen, če plačujejo prispevek od osnove, določene za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Osebe iz 7. točke, ki ne plačujejo tega prispevka, pridobijo v primeru poškodbe pri delu ali poklicne bolezni pravice v obsegu, določenem za primer bolezni ali poškodbe izven dela.

Poleg navedenih oseb so za poškodbo pri delu in poklicno bolezen zavarovani tudi:

1. učenci in študentje pri praktičnem pouku, pri opravljanju proizvodnega dela oziroma delovne prakse in na strokovnih ekskurzijah;

2. otroci in mladostniki z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otroci in mladostniki z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov pri praktičnem pouku v organizacijah za usposabljanje ali na obveznem praktičnem delu;

3. osebe, ki so po končanem šolanju na prostovoljni praksi, ne glede na to ali za to prakso prejemajo nagrado;

4. vojaški invalidi, civilni invalidi vojne in druge invalidne osebe na poklicni rehabilitaciji oziroma usposabljanju pri praktičnih delih in vajah;

5. osebe, ki opravljajo delo na podlagi pogodbe o delu;
6. učenci srednjih šol oziroma študenti višjih in visokih šol pri opravljanju dela preko pooblaščenih organizacij;
7. brezposelne osebe na javnih delih, organiziranih po predpisih o zaposlovanju;
8. volonterji;
9. osebe, ki opravljajo splošno koristna in druga dela po kazenskih predpisih;
10. osebe, ki opravljajo dejavnost kot postranski poklic;
11. osebe, ki opravljajo humanitarna in druga podobna dela po predpisih o zaposlovanju;
12. osebe, ki opravljajo kratkotrajno delo po predpisih, ki urejajo preprečevanje dela in zaposlovanja na črno.

Za poškodbo pri delu pa tudi:

1. osebe, ki sodelujejo pri organiziranih javnih delih splošnega pomena, pri reševalnih akcijah ali pri zaščiti ter reševanju in pomoči ob naravnih in drugih nesrečah;
2. udeleženci mladinskih taborov v Republiki Sloveniji;
3. osebe, ki opravljajo dela oziroma naloge vojaške službe ali nadomestne civilne službe, civilne zaščite, službe za opazovanje in obveščanje, splošnih reševalnih služb ali enot za zveze oziroma osebe pri usposabljanju za obrambo ter zaščito, reševanje in pomoč;
4. osebe, ki pomagajo organom za notranje zadeve in pooblaščenim osebam teh organov pri opravljanju njihovih nalog v skladu z zakonom;
5. osebe, ki opravljajo naloge organov za notranje zadeve kot osebe v rezervnem sestavu organov za notranje zadeve;

6. osebe, ki opravljajo na poziv državnih in drugih pooblaščenih organov, javne in druge družbene funkcije ali državljansko dolžnost;

7. športniki, trenerji ali organizatorji, ki v okviru organizirane športne dejavnosti sodelujejo pri športnih akcijah;

8. osebe, ki kot člani operativnih sestav prostovoljnih gasilskih organizacij opravljajo naloge pri gašenju požarov, zaščiti in reševanju pri drugih nesrečah, pri usposabljanju, zavarovanju na požarno nevarnih mestih in pri javnih prireditvah, naloge pri javnih nastopih in demonstracijah s prikazovanjem demonstrativnih vaj ter pri poučevanju ljudi o požarni varnosti;

9. osebe, ki kot člani gorske reševalne službe, podvodne ali jamarske reševalne službe oziroma kot vodniki reševalnih psov, opravljajo naloge zaščite, reševanja in pomoči ali odvrnitve oziroma preprečitve nevarnosti, ki neposredno ogrožajo življenje ali premoženje ljudi.

Družinski člani so vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje preko zavarovancev kot nosilcev zavarovanja, če ne izpolnjujejo pogojev, da bi bili sami zavarovanci ter ob izpolnjevanju drugih pogojev, določenih v 20. do 22. členu ZZVZZ.

Kot družinski člani zavarovanca so tako ob pogojih, ki jih določa ZZVZZ, zavarovani:

a) ožji družinski člani:

- zakonec,
- otroci (zavarovančevi otroci in otroci, ki so z odločbo pristojnega organa nameščeni v družino z namenom posvojitve);ž

b) širši družinski člani:

- pastorki, ki jih zavarovanec preživlja,
- vnuki, bratje, sestre in drugi otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja, ob pogojih, ki jih določa ta zakon za otroke,
- starši (oče in mati, zakonec ali zunajzakonski partner očeta oziroma matere, ter posvojitelj), ki živijo z zavarovancem v skupnem gospodinjstvu in jih zavarovanec preživlja ter nimajo za preživljanje dovolj lastnih sredstev in so trajno in popolnoma nezmožni za delo, razen staršev zavarovancev iz 24. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona.

Družinski člani so zavarovani, če imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji, razen če ni za ožje družinske člane z mednarodno pogodbo drugače določeno.

Otrok, ki ni sam zavarovanec, je zdravstveno zavarovan kot družinski član do dopolnjenega 15. leta starosti oziroma do dopolnjenega 18. leta starosti, po tej starosti pa, če se šola, in sicer do konca šolanja, vendar največ do dopolnjenega 26. leta starosti. Otrok, ki postane popolnoma in trajno nezmožen za delo do dopolnjenega 18. leta starosti ali do konca rednega šolanja, je zavarovan kot družinski član, dokler traja takšna nezmožnost, če ga zavarovanec preživlja oziroma če ni zavarovanec iz 16. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona. Za otroka brez staršev se šteje tudi otrok, ki ima starše, če so starši popolnoma in trajno nezmožni za delo ali, če zaradi drugih okoliščin ne morejo skrbeti za otroka in ga preživljati.

Zakonec je zavarovan kot družinski član, če ni sam zavarovanec. Pod enakimi pogoji je zavarovan tudi razvezani zakonec, ki mu je s sodno odločbo prisojena preživnina oz. oseba, ki živi z zavarovancem v življenjski skupnosti, ki je po zakonu o zakonski zvezi in družinskih razmerjih v pravnih posledicah izenačena z zakonsko zvezo.