

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

A L E N K A S N O J

SISTEMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V EU

MAGISTRSKO DELO

Mentor: izr. prof. dr. Tine Stanovnik

Ljubljana 2008

KAZALO

1. UVOD.....	4
2. METODOLOŠKI OKVIR	6
2.1 CILJI MAGISTRSKEGA DELA	6
2.2 IZHODIŠČA IN OMEJITVE MAGISTRSKEGA DELA	6
2.3 RAZISKOVALNO VPRAŠANJE IN GLAVNE HIPOTEZE	8
2.4 METODOLOGIJA DELA	8
3. OPREDELITEV TEMELJNIH KONCEPTOV IN POJMOV.....	10
3.1 EKONOMIKA IN KLASIFIKACIJA SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	10
3.1.1 <i>Ekonomika sistemov zdravstvenega varstva</i>	10
3.1.2 <i>Klasifikacija sistemov zdravstvenega varstva</i>	15
3.2 VLOGA DRŽAVE NA PODROČJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	17
3.3 SISTEMI DRŽAVE BLAGINJE IN PRINCIPI PRAVIČNOSTI.....	18
3.3.1 <i>Liberalni model države blaginje</i>	19
3.3.2 <i>Konzervativno-korporativistični model države blaginje</i>	20
3.3.3 <i>Socialno-demokratski model države blaginje</i>	20
3.3.4 <i>Principi pravičnosti</i>	21
3.4 UMESTITEV TEMELJNIH PRINCIPOV PRAVIČNOSTI V SISTEME ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	22
4. SISTEMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V DRŽAVAH EU	25
4.1 ZDRAVSTVENA POLITIKA NA RAVNI EU	25
4.2 OSNOVNE ZNAČILNOSTI UREDITVE SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA VARSTVA PO POSAMEZNIH SKUPINAH DRŽAV	30
4.2.1 <i>Institucionalne dimenzije sistemov zdravstvenega varstva v EU</i>	31
4.2.2 <i>Primerjalni okvir sistemov zdravstvenega varstva v državah EU</i>	32
4.2.3 <i>Razvrstitev držav EU glede na ureditev sistema zdravstvenega varstva</i>	45
4.2.4 <i>Kvantitativna analiza zdravstvenih sistemov v državah EU</i>	49
4.3 REFORME SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	53
4.4 SISTEM ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI	64
5. ZAKLJUČEK.....	73
5.1 SPREJETJE/ZAVRNITEV HIPOTEZ.....	73
5.2 SKLEPNE MISLI	77
6. VIRI IN LITERATURA.....	81
6.1 LITERATURA.....	81
6.2 VIRI.....	88
7. PRILOGA: OSNOVNE ZNAČILNOSTI SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA VARSTVA PO POSAMEZNIH DRŽAVAH EU.....	90

KAZALO SLIK IN TABEL

Slika 3.1: Povezanost podsistemov v sistemu blaginje	12
Slika 4.1: Odnos med državo (zavarovalnico), zdravnikom in pacientom	43
Slika 4.2: Zdravstveni izdatki po posameznih skupinah držav (podatki so za leto 2003)	51
Slika 4.3: Zasebni in javni zdravstveni izdatki kot delež BDP (podatki so za leto 2003)	52
Slika 4.4: Gibanje deleža zdravstvenih izdatkov v BDP po skupinah držav EU (v %)	55
Slika 4.5: Gibanje deleža javnih izdatkov v celotnih zdravstvenih izdatkih po skupinah držav EU (v %).....	56
Tabela 4.1: Zdravstveni izdatki po posameznih skupinah držav (podatki so za leto 2003).....	50

1. UVOD

Področje zdravstvenega varstva je pogosto predmet številnih razprav javnopolitičnih igralcev, kar je razumljivo, če pogledamo na zadevo z naslednjih dveh zornih kotov: prvič, izdatki za zdravstveno varstvo v državah Evropske unije predstavljajo precejšen delež bruto domačega proizvoda razvitih držav (v povprečju približno 8%); ter drugič, precejšen delež teh izdatkov predstavljajo javni izdatki (okrog 70%). Področje zdravstvenega varstva je zato poleg izobrazbe in pokojninskih sistemov eno ključnih področij, kjer se mnogo razpravlja o ustrezni in upravičeni vlogi države. Zlasti od osemdesetih let preteklega stoletja dalje, ko se je končalo obdobje hitre gospodarske rasti razvitih evropskih držav, rast zdravstvenih izdatkov pa je začela prehitovati rast bruto domačega proizvoda, se je tudi področje zdravstva začelo soočati s težavnim določanjem obsega države blaginje in socialne varnosti, posledično pa se je začelo obdobje pogostih reform zdravstvenih sistemov.

Tudi v Sloveniji že nekaj časa potekajo razprave o ciljih in najprimernejših poteh zdravstvene reforme, s katero želi država v sistem zdravstvenega varstva uvesti določene mehanizme racionalizacije in povečevanja učinkovitosti. Predvideni ukrepi zadnje predlagane reforme iz leta 2005 so vključevali določeno stopnjo privatizacije zdravstva, in sicer tako na področju financiranja zdravstvenega sistema kot na področju zdravstvene oskrbe. Ker je šlo pri novem predlogu reforme za precejšnjo konceptualno spremembo sistema zdravstvenega varstva, je bila polemika razumljivo zelo burna. Reforma zaradi močnega nasprotovanja številnih interesnih skupin ter menjave zdravstvenega ministra ni bila izpeljana v predlagani obliki in zaenkrat tudi še ni zaključena. Po neuspeli reformi iz leta 2003 je to že drugi neuspeli poskus obširnejše zdravstvene reforme, kar kaže na to, da gre za politično izredno občutljivo temo.

Ker so problemi pri ureditvi zdravstvenih sistemov evropskih držav dokaj podobni, je smiselno preučiti različne pristope držav. Zato je v magistrskem delu obravnavano področje zdravstvenih sistemov v državah Evropske unije, in sicer tako aktualna ureditev kot tudi različni pristopi k reformam. Namen takega preučevanja ni ocenjevati ureditev zdravstvenih sistemov v smislu razvrščanja glede na uspešnost, temveč predvsem omogočiti vpogled v razmere in izkušnje držav pri vpeljevanju reform na področju zdravstva, o katerih bi bilo morda smiselno razmisliti tudi pri nas.

V ta namen je v drugem poglavju najprej opredeljen metodološki okvir, v katerem so postavljena osnovna vsebinska in metodološka izhodišča ter opredeljeno raziskovalno vprašanje in zastavljene hipoteze, ki jih preverjam v magistrskem delu.

V tretjem poglavju sledi obravnava teoretičnega vidika področja zdravstvenega varstva z opredelitvijo osnovnih konceptov in pojmov s tega področja. Namen tega poglavja je opredeliti vzroke za poseganje države na trg zdravstvene oskrbe ter razvrstiti različne kategorije zdravstvene oskrbe glede na vlogo države oziroma javnega sektorja pri zagotavljanju zdravstvenih storitev in/ali financiranja zdravstvene oskrbe. V zvezi s tem opredeljujem različne sisteme države blaginje in njene osnovne principe pravičnosti ter jih poskušam umestiti v okvir privzete klasifikacije sistemov zdravstvenega zavarovanja, ki sicer temelji na bolj ekonomsko usmerjenih razločevalnih kriterijih.

Četrto poglavje je namenjeno primerjalni analizi zdravstvene politike držav Evropske unije. Poglavje se začne z opredelitvijo zdravstvene politike na ravni Evropske Unije, katere glavna naloga je zaenkrat izvajanje usklajevalnih, dopolnilnih ali podpornih aktivnosti pri sicer formalno samostojni zdravstveni politiki držav članic. V nadaljevanju postavljam primerjalni okvir sistemov zdravstvenega varstva v državah Evropske unije in jih v skladu z njim razvrščam v obstoječo klasifikacijo zdravstvenih sistemov. Sledi analiza reformnih ukrepov po posameznih skupinah držav. Z njo želim ugotoviti, kako se države soočajo s težnjami po omejevanju zdravstvenih izdatkov in povečevanju učinkovitosti zdravstvenih sistemov ob sočasnem povečevanju osveščenosti posameznikov in ob relativno neugodnih objektivnih okoliščinah, kot so proces staranja prebivalstva in naraščanje kroničnih bolezni, ob hitrem tehnološkem napredku medicinske stroke in posledičnem hitrem naraščanju stroškov. Nekoliko večji poudarek je seveda namenjen Sloveniji, saj je v zadnjih letih tematika zdravstvenih reform pogosto na dnevnem redu ter predmet bučnih razprav.

V zaključku analiziram ter sprejemam oziroma zavračam hipoteze in podajam sklepne misli o aktualni in pričakovani prihodnji ureditvi evropskih zdravstvenih sistemov.

2. METODOLOŠKI OKVIR

2.1 Cilji magistrskega dela

Cilji magistrskega dela so naslednji:

- postaviti teoretična izhodišča in v okviru teh izpostaviti relativni pomen, ki ga ima zdravje in zdravstvena politika za širši socialnodružbeni razvoj držav, ter opredeliti ključne cilje, ki jih želijo države dosegati z zdravstveno politiko;
- razvrstiti različne kategorije zdravstvene oskrbe glede na vlogo države oziroma javnega sektorja pri zagotavljanju zdravstvenih storitev in/ali financiranja zdravstvene oskrbe;
- umestiti osnovne principe socialne pravičnosti v okvir postavljene klasifikacije zdravstvenih sistemov in na osnovi dobljene razmejitev povezati posamezne kategorije zdravstvenih sistemov z osnovnimi karakteristikami Esping-Anderseneve tipologije države blaginje;
- primerjalno analizirati zdravstveno politiko držav Evropske unije (EU), in sicer s pomočjo umestitve držav v prej omenjene kategorije zagotoviti pregleden primerjalni okvir zdravstvenih sistemov v EU;
- izpostaviti ključne reformne procese po posameznih kategorijah držav s pomočjo identificiranja problemov, s katerimi se države soočajo, in sprejetih ukrepov, s katerimi te probleme naslavlajo;
- pridobljene informacije uporabiti za razmišljanje o zdravstvenem sistemu in poteku zdravstvenih reform v Sloveniji ter razmišljanje o trendih razvoja zdravstvene politike v celotnem evropskem prostoru.

2.2 Izhodišča in omejitve magistrskega dela

Različni sistemi države blaginje na različne načine zagotavljajo določeno stopnjo socialne varnosti, in sicer z ukrepi, kot so zagotavljanje storitev in/ali regulacija, in to ob različni stopnji prerazdeljevanja dohodka (Aspalter, 2001: 2). Zdravstvena politika je eno ključnih področij socialne politike, saj vpliva tudi na druga področja socialne politike. Zdravje prebivalstva je odvisno in tudi vpliva na ostala področja, na primer izobraževanje,

nezaposlenost in nenazadnje tudi na splošne gospodarske pogoje. Zdravstvena politika je poleg izobrazbe in pokojninskih sistemov eno ključnih področij, kjer se mnogo razpravlja o doseganju ciljev učinkovitosti in pravičnosti ter posledično o ustrezni in upravičeni vlogi države.

Temeljno izhodišče magistrskega dela je, da je zgornja tematika predvsem v zadnjih treh desetletjih zaradi naraščajočega obsega zdravstvenih izdatkov čedalje bolj predmet razprav in reform v številnih državah, predvsem v smislu uvajanja ukrepov za povečanje ekonomske učinkovitosti. Zaradi dejavnikov, kot sta staranje prebivalstva in tehnološki napredek v medicini, je tudi v prihodnje pričakovati nadaljevanje teženj po določeni racionalizaciji sistemov zdravstvenega varstva. Te bodo zelo verjetno vodile k povečevanju obremenitve posameznika in večanju njegove odgovornosti pri skrbi za lastno zdravje in pri iskanju zdravstvene pomoči. To predstavlja odmik od deklarativnih poudarkov ključnih ciljev zdravstvene politike evropskih držav, ki temeljijo na zagotavljanju pravičnosti pri dostopu do zdravstvene oskrbe.

Ključni del magistrskega dela temelji na analiziranju in primerjavi zdravstvene politike držav EU. Zaradi velikega števila držav se soočam predvsem z omejitvijo, ki je povezana z dejstvom, da je na eni strani težko doseči podrobno poznavanje ureditve zdravstvenih sistemov po vseh posameznih državah, na drugi strani pa obstajajo različni pristopi in interpretacije pri opisovanju zdravstvenih sistemov tudi pri izhodiščnih virih, ki služijo kot osnova za primerjalno analizo v tem magistrskem delu. Prav tako se zavedam, da obstajajo pomanjkljivosti pri razvrščanju zdravstvenih sistemov posameznih držav v tipizirane zdravstvene modele, saj je vsaka država svoj specifični zdravstveni sistem zgradila na podlagi dolgoletnih izkušenj in tradicije. Kljub temu želim na podlagi tovrstne klasifikacije nazorneje prikazati primerjavo tolikšnega števila držav. Poleg tega namen primerjalne analize ni ocenjevati uspešnosti posameznih modelov ali držav. V ta namen bi bilo namreč potrebno analizirati tudi indikatorje zdravstvenega stanja populacije ter predvsem indikatorje učinkov zdravstvene oskrbe, kot so na primer pričakovana življenjska doba in smrtnost novorojenčkov, kar pa v magistrskem delu ni predmet obravnave.

2.3 Raziskovalno vprašanje in glavne hipoteze

V nalogi bo narejena primerjalna analiza sistemov zdravstvenega varstva v državah EU. Raziskovalno vprašanje je naslednje: (1) ali je (bila) zdravstvena politika posameznih držav EU dovolj skladna, da jo lahko obravnavamo kot značilno zdravstveno politiko določene skupine držav; in (2) ali se posamezne skupine držav srečujejo s podobnimi reformnimi ukrepi.

Na podlagi analize razpoložljivih podatkov in informacij bom v magistrskem delu preverjala naslednje hipoteze:

H1: Glede na ključne skupne karakteristike sistemov zdravstvenega varstva po posameznih državah EU lahko oblikujemo 3 skupine držav: (1) države s tradicionalno univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva, (2) države, ki so pozneje uvedle univerzalni sistem zdravstvenega varstva in (3) države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja.

H2: V državah z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva je delež javnega financiranja zdravstva višji kot v državah s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja, vendar to ne pomeni nujno, da je v teh državah višji tudi delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP. Iz tega sledi, da večja obremenitev prebivalstva ne prinese nujno znižanja celotnih zdravstvenih izdatkov in s tem večje učinkovitosti.

H3: Na nivoju celotne EU so v zadnjih treh desetletjih prisotne težnje po reformah sistemov zdravstvenega varstva, ki se v vseh treh skupinah držav odražajo v zmanjšani vlogi države na področju zdravstvenega varstva, kar se kvantitativno odraža predvsem v zmanjševanju deleža javnih izdatkov v celotnih zdravstvenih izdatkih.

2.4 Metodologija dela

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

- **zbiranje virov:** zbiranje in pregled obstoječe dostopne literature;
- **analiza in interpretacija primarnih virov:** dokumentov, zakonov, podzakonskih aktov, ki urejajo področje zdravstvenega varstva;
- **analiza in interpretacija sekundarnih virov:** knjig, člankov, raziskovalnih poročil, v katerih so narejene analize o sistemih zdravstvenega varstva v evropskih državah;
- **primerjalna zgodovinska analiza:** primerjava različnih primerljivih procesov, pojavov ali problemov v zgodovini bo uporabljena za pregled razvoja sistemov zdravstvenega varstva v državah EU;
- **primerjalno raziskovanje v povezavi s študijami primerov:** iskanje podobnosti in razlik med posameznimi evropskimi državami, razvrščanje držav po skupinah posameznih sistemov zdravstvenega varstva;
- **analize uradnih (javnosti namenjenih) statistik:** podatkov o stroških, načinih financiranja sistemov zdravstvenega varstva v evropskih državah in drugih podatkov.

3. OPREDELITEV TEMELJNIH KONCEPTOV IN POJMOV

3.1 Ekonomika in klasifikacija sistemov zdravstvenega varstva

Namen tega razdelka je postaviti teoretični okvir za nadaljnjo primerjalno analizo ureditve sistemov zdravstvenega varstva v EU. V ta namen je najprej opredeljen ekonomski vidik področja zdravstva, sledi pa mu opredelitev ključnih kategorij oziroma modelov zdravstvene ureditve, ki jih povezujejo podobne usmeritve glede ključnih dimenzij, kot so na primer način financiranja in upravljanja, način organizacije in regulacije in drugo.

3.1.1 Ekonomika sistemov zdravstvenega varstva

Zdravstveno varstvo je eno ključnih področij sistema socialne varnosti, zato je zelo pomembno razumevanje njegove povezanosti z drugimi podsistemi v sistemu blaginje, kot so gospodarstvo, zaposlenost in socialne storitve. Pri vodenju zdravstvene politike in širše pri doseganju socialne blaginje države namreč zasledujejo tako cilje socialne pravičnosti kot tudi cilje doseganja čim večje učinkovitosti. V nadaljevanju je zato opredeljen ekonomski vidik področja zdravstvene politike.

3.1.1.1 Socialnoekonomski pomen zdravja

Zdravstveno varstvo sodi med enega pomembnejših področij sistema socialne varnosti; zato se v sistemu zdravstvenega varstva prepletata javno in privatno financiranje, posledično pa se veliko razpravlja o ustrezni in upravičeni vlogi države, o čemer bo nekoliko več napisano v poglavju 3.2. Javni izdatki pa niso edini vzrok za velik socialnodružbeni pomen zdravja in zdravstvenega varstva. Oboje namreč pomembno vpliva na socialnoekonomski razvoj neke države, in sicer so povezave¹ naslednje (povzeto po Hsiao, 2000: 6-7):

¹ Obstajajo tudi nasprotne povezave med makroekonomskimi politikami in zdravjem in zdravstvenim varstvom, in sicer (1) prek javnih izdatkov za socialne programe, (2) prek davčne politike do premij zdravstvenega zavarovanja in trošarin na tobak in alkohol, kar vpliva na pokritost z zavarovanjem in zbolevanje ljudi, ter (3) prek deviznih tečajev, ki direktno vplivajo na cene uvoženih zdravil in cepiv (Hsiao, 2000: 7).

- izdatki za zdravstveno varstvo obremenjujejo tako gospodinjstva kot državni proračun. Z razvojem države in večanjem bruto domačega proizvoda (BDP) na prebivalca se ti izdatki še povečujejo, kar je posledica naraščanja stroškov v zdravstvu kot tudi staranja prebivalstva;
- stroški resnejših bolezni so glavni generator revščine v mnogih državah z nižjim BDP. Za preprečitev bankrota v takih primerih mora biti omogočeno zdravstveno zavarovanje ali dostop do subvencioniranih zdravstvenih storitev;
- dobro zdravje prebivalstva je vrednota v vsaki družbi. Koncept pravičnosti tako pri zdravju kot dostopu do zdravstvene oskrbe temelji na etični predstavi o poštenosti²;
- dobro zdravje prebivalstva bistveno pripomore k razvoju človeškega kapitala in ekonomske produktivnosti. Tako že zdravje otrok vpliva na njihovo sposobnost učenja in pridobivanja znanja, medtem ko zdravje odraslih vpliva na velikost delovno aktivnost in delovno učinkovitost;
- zdravstveno varstvo kot dobrina se razlikuje od ostalih nujno potrebnih dobrin (hrane, izobrazbe idr.) predvsem zaradi dveh razlogov: (1) posamezno gospodinjstvo ima le majhno verjetnost, da se bo soočilo s hujšo nesrečo oziroma boleznijo, stroškov zdravljenja pa si večina gospodinjstev ne more privoščiti, ter (2) obstajajo številni negativni učinki trga pri zagotavljanju zdravstvenih storitev, o čemer je več napisano v nadaljevanju.

Zdravstvo je del širšega sistema blaginje in o njem ne smemo razmišljati izolirano, saj ima pomemben vpliv na druge podsisteme, kot so gospodarstvo, zaposlovanje in socialne storitve. Medsebojna povezanost posameznih podsistemov sistema blaginje je prikazana v sliki 3.1:

² Avtor izpeljuje, da bi morali vsi posledično imeti »minimalno dostop do osnovnih storitev in zdravil za lajšanje bolečin in trpljenja ter za preprečitev prezgodnje smrti, maksimalno pa bi moralo biti vsem omogočeno doseči lasten potencial v osebnem zdravju, in to ne glede na starost, spol in socialno ekonomski status« (Hsiao, 2000: 6).

Slika 3.1: Povezanost podsistemov v sistemu blaginje



Vir: *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2004a), str. 3.*

3.1.1.2 Cilji sistemov zdravstvenega varstva

Zaradi velikega pomena zdravstvenega področja običajno razvite države zasledujejo podobne cilje pri oblikovanju in urejanju sistemov zdravstvenega varstva. Hsiao (2000: 16) izpostavlja tri osnovne cilje: doseči (1) optimalen nivo zdravja, ki je enakomerno razporejeno, (2) primerno stopnjo zavarovanja pred tveganjem za celotno populacijo, in (3) največjo možno stopnjo uporabniškega zadovoljstva za celotno populacijo.

Janša (2006: 1) izpostavlja kot osnovni cilj zdravstvenega varstva zagotoviti dostop do storitev zdravstvenega varstva ob hkratnem ohranjanju stroškov zdravstvenega varstva na določeni ravni, pri čemer mora biti dostopnost zdravstvenega varstva pravična, kar pomeni, da mora biti za ljudi z enakimi zdravstvenimi problemi zagotovljena enaka kakovost in enak obseg zdravstvenih storitev ne glede na njihov materialni položaj.

Svenškova (v Škufca, 2006: 11) pravi, da je osnovni cilj vseh sistemov zdravstvenega varstva zagotoviti najboljše možno in dosegljivo zdravstveno stanje prebivalstva, ki naj bi bilo dosegljivo čim večjemu številu ljudi ali po možnosti vsakemu prebivalcu.

Stanovnik (2003: 208) takšno stališče, da bi morali biti vsi državljani deležni neke zadovoljive minimalne zdravstvene oskrbe ne glede na dohodek in druge značilnosti,

opredeljuje kot specifični egalitarizem. Tak sistem pa povzroča posredno ali neposredno prerazdeljevanje dohodka ali resursov.

Evropska komisija je v svojem prvem posvetovanju na temo zdravstvene politike EU iz leta 2001 izpostavila tri osnovne cilje evropskih sistemov zdravstvenega varstva, in sicer (1) dostopnost za vse državljane, (2) kvalitetno visok nivo zdravstvenih storitev ob (3) zagotavljanju finančne vzdržnosti sistemov zdravstvenega varstva (Commission of the European Communities, 2001: 4).

3.1.1.3 Pravičnost in učinkovitost pri zagotavljanju storitev zdravstvenega varstva

Kot lahko razberemo iz zgornjih opredelitev, je koncept pravičnosti pri zdravstvenem varstvu zelo pomemben. Prav tako pa vsi cilji implicirajo tudi dejavnik učinkovitosti, in sicer gre pri zdravstvenem varstvu vedno za določen kompromis med pravičnostjo in učinkovitostjo. Hsiao (2000: 16-17) omenja dva tipa kompromisov na področju zdravstva: inter-sektorski kompromisi, ki obstajajo med različnimi viri omejene proračunske porabe (zdravstvo, šolstvo, stanovanjska politika in druge); ter intra-sektorski kompromisi znotraj samega sistema zdravstvenega varstva. Dejansko sklepanje kompromisov je globoko zakoreninjeno v zgodovinskih procesih posameznih držav ter v njihovih osnovnih socialnih vrednotah. Tako je v evropskih državah vrednota pravičnosti bistveno globlje zakoreninjena kot v ZDA, ki temeljijo na bolj liberalni tradiciji.

V literaturi lahko zasledimo dva pristopa k obravnavanju zdravstvenega varstva in storitev: pristop teoretične izbire (*»the choice theoretic method«*) in pristop socialne politike (*»the social policy method«*) (Rosner, 2003: 81-87).

Pristop teoretične izbire je tržni oziroma ekonomski pristop. Ta pristop pojmuje zdravje kot kapital, ki se s časom in s posebno potrošnjo (na primer kajenjem) zmanjšuje, lahko pa se povečuje z izdatki za zdravstvo. V skladu z ekonomsko logiko je torej zdravje ena izmed dobrin, ki nudi določeno koristnost, posledično ga lahko empirično vrednotimo. Kot pri ostalih dobrinah naj bi bili ljudje sposobni oziroma prisiljeni sprejemati odločitve glede potrošnje zdravstvenih storitev, kar je sporno vsaj z dveh vidikov: prvič, ko nastopi primer poslabšanja zdravstvenega stanja, dejansko ne moremo izbirati med zdravljenjem in drugimi

nadomestnimi dobrinami; ter drugič, uporabniki – bolniki niti nimajo na voljo dovolj informacij in znanja, da bi se racionalno odločali, temveč to zanje delajo zdravniki.

Pristop socialne politike je nasprotje tržnemu pristopu. Temelji na osnovni ideji, da je v primeru zdravstvenih težav potrebno zagotoviti zdravstvene storitve, za kar mora biti na voljo ustrezna tehnologija. Ta pristop torej ne gleda na koristnost zdravja kot dobrine, temveč na koristnost zdravstvenih storitev, katerih namen je povrniti zdravje. Princip izbire, na katerem temelji tržni pristop, pristop socialne politike povsem zanemarja.

Oba pristopa temeljita na normativnih postavkah in sta posledično smiselna predvsem v teoretičnih okvirih. Dejansko pa tako zgolj tržni pristop k ureditvi sistema zdravstvenega zavarovanja kot tudi izključno upoštevanje socialnih ciljev ne omogočata doseganja ustreznih ciljev. Medtem ko izključno tržni pristop oziroma pristop teoretične izbire zanemarja problematiko dejanskih potreb, pristop socialne politike ne upošteva ekonomskih učinkov zagotavljanja zdravstvene oskrbe (Rosner, 2003: 85). Zato mora tržno naravnani sistem zdravstvenega zavarovanja z določeno regulacijo poskrbeti za potrebe tistih, ki bi bili izključeni iz oskrbe, če bi ta temeljila zgolj na tržnem pristopu. Po drugi strani pa morajo socialno usmerjeni sistemi (čedalje bolj) upoštevati rastoče stroške in posvečati pozornost tudi učinkovitosti.

3.1.1.4 Pomanjkljivosti trga zdravstvenih storitev

V nadaljevanju so navedene nekatere pomanjkljivosti trga zdravstvenih storitev, ki zahtevajo, da vmes poseže tudi država z enim od načinov intervencije.

Rosner (2003: 99-101) navaja naslednje pomanjkljivosti zgolj tržne ureditve zdravstvenega varstva:

1. tržne nepravilnosti v ožjem pomenu besede, in sicer (1) zunanji učinki (na primer cepljenje proti nalezljivi bolezni ima pozitiven učinek tudi na druge prebivalce), (2) nepopolna konkurenca (na primer majhno število zdravstvenih zavarovalnic) ter (3) negativna selekcija in moralni hazard, ki ju Barr (2004: 260) opredeljuje kot problem zavarovalništva in sta posledica nepopolnih informacij. Do negativne selekcije pride v primeru, ko posameznik pred zavarovalnico prikrije dejavnike tveganja, zaradi česar v ekonomski terminologiji prihaja do nestabilnega ali neobstoječega ravnotežja pri

premajah. Moralni hazard je posledica problema principala in agenta, to je dejstva, da odjemalec storitev ni tudi plačnik, izvajalec pa ni odvisen od odjemalčeve zmožnosti plačila, kar oboje vodi v dodatni pritisk na čim večjo oskrbo³;

2. zavarovalništvo deluje najboljše v primeru majhne verjetnosti nastanka dogodkov z visokimi stroški, kar pri zdravstvu mnogokrat ni izpolnjeno, kot na primer pri visoko tveganih skupinah. Tem je potrebno zagotoviti pomoč pri zavarovanju ali javno oskrbo;
3. posamezniki se sami po sebi ne obnašajo racionalno in lahko podcenjujejo dejansko tveganje, kar bi lahko vodilo do premajhnega zavarovanja (na primer mladi se ne bi želeli zavarovati);
4. pojavlja se problem nepopolnih informacij vsaj z dveh vidikov: (1) pogodbe za zdravstveno zavarovanje so zelo kompleksne in zahtevajo vsaj nekaj medicinskega znanja za popolno razumevanje, poleg tega pa (2) v času sklepanja pogodb nihče nima popolnih informacij o bodočih boleznih in tehnologijah.

Podobno tudi po Barru (2004: 257) trg poskrbi za učinkovito alokacijo le v primeru, da držijo tri standardne predpostavke, to so popolne informacije, popolna konkurenca in neobstoj tržnih pomanjkljivosti, kot so na primer zunanji učinki. Zdravstvo je področje, kjer omenjene predpostavke ne veljajo, torej že v osnovi ni zagotovljena možnost učinkovitega delovanja trga. Navedene pomanjkljivosti sicer ne napeljujejo na nujnost javnih zdravstvenih sistemov, izpostavljajo pa jasno potrebo po določeni regulaciji sistemov zdravstvenega varstva.

3.1.2 Klasifikacija sistemov zdravstvenega varstva

Sisteme zdravstvenega varstva razvrščamo glede na nekatere temeljne značilnosti, na primer način financiranja in upravljanja področja zdravstvenega varstva, način lastništva in organizacije zdravstvenih zmogljivosti, način regulacije zdravstvenega varstva. Po Klunu (v Janša, 2006: 2) lahko sisteme zdravstvenega varstva razdelimo glede na:

- vlogo in prisotnost države pri upravljanju področja zdravstva, njen vpliv in pristojnost glede ustanovitve in lastnine zdravstvenih zavodov ter socialne varnosti ljudi;
- način in vire financiranja;
- vlogo in položaj izvajalcev v sistemu.

³ Splošno znan je moralni hazard na strani povpraševanja po zdravstveni oskrbi, vendar pa ne gre zanemariti monopolistične moči na strani ponudbe, ki ima velik vpliv na učinkovitost, kvaliteto in stroške zdravstvenih storitev (Hsiao, 2000: 12).

V literaturi zasledimo številne klasifikacije sistemov zdravstvenega varstva. V najširšem smislu, gledano z vidika narave financiranja in zdravstvene oskrbe, lahko razvite države razvrstimo v tri kategorije zdravstvene oskrbe (Barr, 2004: 274):

1. kvazi-aktuarski model, ki temelji na individualnem zavarovanju ali zavarovanju s strani delodajalca ob pretežno privatni zdravstveni oskrbi; najbolj klasičen primer so ZDA;
2. model socialnega zdravstvenega zavarovanja, ki temelji na obveznih prispevkih ali davkih, povezanih z dohodki, z večjo (Kanada) ali manjšo (Nemčija) vlogo privatnega sektorja pri zdravstveni oskrbi;
3. univerzalni model zdravstvenega varstva, ki temelji na obveznih prispevkih ali davkih ter javni zdravstveni oskrbi; primer so Velika Britanija in skandinavske države.

Rosner (2003: 87) razvršča države v štiri kategorije sistemov zdravstvenega varstva, in sicer glede na ureditev organizacijskih struktur, pri čemer upošteva predvsem stopnjo zagotavljanja zdravstvene oskrbe s strani javnega sektorja. Tudi po tem kriteriju je klasifikacija podobna Barrovi in vključuje vse tri skupine; nekoliko podrobneje pa je razdeljen prvi, kvazi-aktuarski model, ki je različen glede na stopnjo regulacije pretežno privatnih ponudnikov zdravstvene oskrbe s strani države. Po Rosnerju je klasifikacija sistemov zdravstvenega varstva sledeča:

1. javno organizirane zdravstvene storitve, na primer nacionalna zdravstvena shema v Veliki Britaniji;
2. institucije socialnega zdravstvenega zavarovanja, primer sta Nemčija in Avstrija;
3. javno financirane oziroma subvencionirane zdravstvene storitve za določene skupine prebivalstva (ZDA);
4. nadzor in regulacija privatnih ponudnikov s strani javnega sektorja v okviru socialne politike ter subvencije pri premijah (Švica).

Po klasifikaciji Organizacije za ekonomsko sodelovanje in razvoj (OECD) obstajajo trije modeli sistemov zdravstvenega varstva, in sicer (Docteur, Oxley, 2003: 10):

1. javni-integrirani model, ki temelji na proračunskem financiranju zdravstvenih storitev in bolnišnicah, ki so del javnega sektorja. Ta model torej združuje obe strani, tako financiranje kot zagotavljanje storitev. Po eni strani taka ureditev olajša zagotavljanje celovite pokritosti z zdravstvenim zavarovanjem kot tudi nadzor nad rastočimi stroški, medtem ko po drugi strani obstaja manj iniciative za povečevanje učinkovitosti in odzivnosti na potrebe pacientov;

2. javni-pogodbeni model, ki predstavlja pogodbeno ureditev med privatnimi izvajalci in javnim financiranjem zdravstvenih storitev (prek državne agencije ali skladov socialnega zavarovanja). Taki sistemi v splošnem veljajo za bolj odzivne na potrebe pacientov, vendar manj uspešne pri omejevanju stroškov;
3. privatni model, ki združuje privatno zavarovanje (financiranje) s privatno oskrbo. Taki sistemi so najbolj odzivni na potrebe pacientov, vendar šibki pri uravnavanju stroškov.

3.2 Vloga države na področju zdravstvenega varstva

Socialna blaginja in v tem okviru sistem zdravstvene oskrbe je področje, na katerem se družno zasleduje cilj zunanje (makro in mikro) ter notranje učinkovitosti na eni strani⁴ ter socialne pravičnosti na drugi (Barr, 2004: 254-255). V okviru doseganja teh ciljev večina držav v praksi izoblikuje določeno kombinacijo med povsem tržno ureditvijo sistemov zdravstvenega varstva in ureditvijo z določenim poseganjem države. Izključno tržna ureditev ne rešuje povsem zadovoljivo problemov, ki izhajajo iz dejstva, da so nekateri produkti zdravstvene oskrbe (na primer nadzor nad nalezljivimi boleznimi in razvoj medicinske znanosti) javne dobrine, ki jih trg ne zagotavlja dovolj učinkovito; prav tako trg ne rešuje učinkovito problemov zavarovalništva, ki izhajajo iz nepopolnih in nesimetričnih informacij ter se izražajo v pojavu negativne selekcije, moralnega hazarda in problema plačevanja s strani tretje stranke. (Barr, 2004: 257-261; Samuelson, Nordhaus, 1995: 292) Navsezadnje je pomemben razlog za poseganje države na področje zdravstvenega varstva tudi cilj pravičnosti. Zdravje je v razvitih družbah obravnavano kot osnovna človekova pravica; zdravstvena oskrba pa je dobrina z visoko dohodkovno elastičnostjo, kar pomeni, da z naraščanjem dohodka raste tudi delež dohodka, namenjen izdatkom za zdravstvo (Samuelson, Nordhaus 1995: 291).

Država ima na področju zdravstvenih sistemov različne vloge. Alber (v Grimmeisen in Rothgang, 2004: 2) izpostavlja trojno vlogo države, in sicer (1) pri financiranju zdravstvenih storitev, (2) pri zagotavljanju zdravstvenih storitev in (3) regulaciji sistemov zdravstvenega

⁴ *Zunanja* (tudi t.i. alokativna) učinkovitost zajema zagotavljanje zadostne količine in kvalitete zdravstvene oskrbe ter ustrezne kombinacije zdravstvenih storitev, ki zagotavljajo največji napredek v zdravstvu. Teoretično gledano je zunanja učinkovitost dosežena takrat, kadar ni mogoče z nobeno drugo kot obstoječo razporeditvijo resursov izboljšati zdravstvenega stanja populacije. *Notranja* (tudi t.i. produkcijska) učinkovitost je povezana z učinkovitostjo poslovanja zdravstvenih institucij. S teoretičnega vidika to pomeni, da je notranja učinkovitost dosežena takrat, kadar so različni proizvodni faktorji optimalno uporabljeni in z istimi stroški ne moremo doseči večjega outputa. (Barr, 2004: 255; Sennett in Starkey, 2006: 1)

varstva. Vloga države na posameznem področju je različno močna v odvisnosti od sistema zdravstvenega varstva. Na področju financiranja zdravstvenih storitev je tako možen nabor od popolno državnega financiranja z davki prek financiranja s prispevki socialnega zavarovanja do povsem zasebnega financiranja z lastnimi plačili oziroma plačili iz naslova zasebnega zavarovanja. Nadalje je na področju zagotavljanja zdravstvenih storitev spekter sledeč: od javnih izvajalcev prek zasebnih neprofitnih izvajalcev do zasebnih profitnih izvajalcev.

Področje regulacije sistemov zdravstvenega varstva je precej široko, saj lahko obsega odnose med vsemi tremi ključnimi igralci v zdravstvenem sistemu, in sicer plačnikom zdravstvenih storitev (državo, zavarovalnico), izvajalci storitev (zdravniki) in pacienti. Na relaciji pacient – plačnik država lahko regulira pokritost prebivalstva z zdravstvenim zavarovanjem in/ali sistem financiranja. Na relaciji plačnik – izvajalec država lahko regulira način (po)plačila izvajalcev in/ali možnosti dostopa izvajalcev na trg zdravstvenih storitev. Na relaciji izvajalec – pacient pa država lahko regulira dostop pacientov do zdravstvenega osebja in/ali storitev, ki jih zagotavlja paket zdravstvenega zavarovanja. (Grimmeisen in Rothgang, 2004: 5-6)

Sistem zdravstvenega varstva je dinamičen sistem, ki služi zagotavljanju določenih družbenih ciljev. Ti pomembno vplivajo na to, kakšna kombinacija državne ali tržne politike oblikuje sistem zdravstvenega varstva določene države. Pomanjkljivosti tržne organizacije zdravstva so bile že obravnavane; njihov skupni imenovalec je nezmožnost zagotavljanja enakega dostopa do zdravstvene oskrbe za celotno družbo. Po drugi strani pa obstajajo tudi pomanjkljivosti pretiranega državnega intervencionizma v zdravstvenem sektorju. Tako so vladne odločitve pogosto osnovane na pogajanjih med političnimi zavezništvi in podvržene relativni moči posameznih interesnih skupin, kar vpliva na odločitve o alokaciji resursov ter razporeditev rezultatov. Posledično gre pri vodenju zdravstvene politike dejansko za izbor strategije, ki bo dala boljše, in ne najboljše rezultate, v osnovi torej za iskanje druge najboljše rešitve (Hsiao, 2000: 19).

3.3 Sistemi države blaginje in principi pravičnosti

Država blaginje je po Cookovi (2006: 2) integralna komponenta kapitalističnega sistema ter obsega državno intervencijo z namenom izboljšati rezultate delovanja trga, in sicer na področju (a) širjenja socialnih pravic in zmanjševanja neenakosti, (b) zagotavljanja socialne pravičnosti in (c) pospeševanja socialne solidarnosti in svobode.

Po Esping-Andersenu (1990: 21) države blaginje ne smemo razumeti v preozkem smislu le z vidika pravic, ki jih zagotavlja, pač pa moramo upoštevati še to, kako so državne aktivnosti prepredene s tržnimi in kakšna je vloga družine pri zagotavljanju socialne oskrbe. Na podlagi analiziranja vseh treh elementov lahko po njegovem šele pravilno definiramo državo blaginje s teoretičnega vidika.

Mnogo avtorjev, ki se ukvarjajo z državo blaginje, navaja, da se v različnih državah pojavljajo različni modeli države blaginje, kar je rezultat različnih zgodovinskih, kulturnih, ekonomskih, političnih, tudi verskih ozadij (Adshead, Millar, 2004, Esping-Andersen, 1990, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006). V literaturi zasledimo številne kategorizacije različnih režimov države blaginje (Cook, 2006: 15): Titmuss, 1974, Furniss in Tilton, 1977, Mishra, 1981, Esping-Andersen, 1990, Castles in Mitchell, 1991, Leibfried, 2000, Huber in Stephens, 2001. Esping-Andersonov model države blaginje je vplival na večino nadaljnjih opredelitev in velja kot enega najpomembnejših v literaturi, zato se v nadaljevanju naslanjam nanj.

Esping-Andersenova klasifikacija države blaginje iz leta 1990 izpostavlja tri tipe države blaginje, in sicer liberalni, konzervativno-korporativistični ter socialno-demokratski model. Gre za uporabo pristopa idealnega tipa, katerega namen je omogočiti primerjalno analizo različnih držav na področju države blaginje, pri čemer pa ne smemo zanemariti dejstva, da je povsem gola klasifikacija držav v omenjene tipe tudi problematična, saj v večini držav zasledimo mešanico ukrepov in dejavnikov, ki so sicer idealno specifični za posamezen tip države blaginje. Ne glede na to omejitve omogoča pristop idealnega tipa vsaj določeno kategorizacijo in s tem primerjalno analizo.

V skladu z napisanim lahko opredelimo sledeče osnovne karakteristike posameznega modela države blaginje (Esping-Andersen, 1990: 26-29, Adshead, Millar, 2004: 3-4; Cook, 2006: 15-18, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006):

3.3.1 Liberalni model države blaginje

Liberalni model države blaginje je financiran iz davkov, zanj so značilni skromni univerzalni transferji oziroma skromno socialno zavarovanje. Država na eni strani skrbi predvsem za

skupine z nizkimi dohodki po strogih merilih preverjene potrebe, na drugi strani pa aktivno (na primer spodbujanje zasebnih shem socialnega zavarovanja) ali pasivno (s tem, da zagotavlja zgolj osnovni minimum) spodbuja vlogo trga. Država praviloma direktno ne zagotavlja storitev, temveč se pojavlja v vlogi regulatorja oziroma zaščitnika pred tržnimi pomanjkljivostmi. Storitve zagotavljajo oziroma izvajajo zasebne profitno umerjene organizacije.

Ta model torej temelji na neoklasični ideologiji primata in učinkovitosti trga, njegove korenine pa segajo v liberalno ideologijo »nevidne roke« Adama Smitha iz 19. stoletja. Ugodnosti iz naslova države blaginje so nizke, usmerjene so v nujnost vzpodbujanja delovne iniciative, obstaja pa tudi določena stigmatizacija prejemnikov. Stopnja redistribucije je zelo nizka.

3.3.2 Konzervativno-korporativistični model države blaginje

Konzervativno-korporativistični model države blaginje je financiran pretežno iz prispevkov in je usmerjen k ohranjanju pridobljenega socialnega statusa. V tem modelu je država dodatek ekonomiji, še vedno pa je primarni pomen dodeljen trgu. Model predvideva udeležbo na trgu delovne sile kot 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 modela vplivu korporativistične misli in katoliške cerkve, kot posledica socialnih problemov, nastalih z industrializacijo, revščino in negotovostjo delavcev. Dejansko ta model predstavlja sredino med »negativnimi učinki laissez-faire kapitalizma na eni strani in grožnjo socializma na drugi« (Cook, 2006: 17). Stopnja redistribucije je tudi v tem modelu relativno nizka.

3.3.3 Socialno-demokratski model države blaginje

Socialno-demokratski model je prav tako kot liberalni model pretežno financiran iz davkov, vendar v nasprotju z njim zagotavlja določeno blaginjo ne le najrevnejšim, temveč širšemu krogu prebivalstva. Medtem ko liberalni model zagotavlja osnovni minimum, ta model stremi k ohranjanju standarda. Zanj je značilen univerzalni sistem socialnega zavarovanja in navadno tudi univerzalna izplačila. Država sama zagotavlja storitve, omogoča radodarne politike

namenjene ohranjanju dohodka ter stremi k polni zaposlenosti, tudi z močnim javnim sektorjem.

Medtem ko oba predhodno omenjena modela stremita k čim manjšemu interveniranju na trgu, je socialno-demokratski model usmerjen k intervenciji z namenom redistribucije, ki je v tem modelu najvišja. Prevzem socialnih storitev na rame države zagotavlja prebivalcem enakost pri njihovem koriščenju.

3.3.4 Principi pravičnosti

Vsak sistem socialne varnosti ima za premiso neki kriterij pravičnosti (Stanovnik, 1998: 189). Tako lahko v okvir omenjenih tipov države blaginje uvrstimo tudi osnovne principe pravičnosti⁵, in sicer princip potrebe, princip enakosti in princip enakovrednosti. Ti se po Clasnu in van Oorschotu (2001: 4) razlikujejo glede na dožemanje potrebe, ki jo vsak na svoj način zadovoljujejo. Tako se v skladu s *principom potrebe* pomoč in s tem prerazdeljevanje zagotavljata le najrevnejšemu delu prebivalstva, pomoč pa se dodeljuje na osnovi preverjene potrebe. Ta princip je zato usmerjen k zagotavljanju zgolj življenjskega minimuma. *Princip enakovrednosti* je usmerjen k zagotavljanju dosežene stopnje življenjskega standarda, stopnja prerazdeljevanja je nižja, saj se pomoč deli v odvisnosti od posameznikovega dohodka in s tem povezanih vplačanih prispevkov. *Princip enakosti* v nasprotju s prvima dvema vidi potrebo po zagotavljanju splošne blaginje prebivalstva in to v čim bolj enaki meri, tipično kot univerzalna pravica oziroma storitev.

Na nivoju režimov države blaginje po Esping-Andersenu je princip potrebe prevladujoč v liberalnem modelu, princip enakovrednosti v konzervativno-korporativističnem in princip enakosti v socialno-demokratskem modelu države blaginje (Esping-Andersen v Clasnu, van Oorschot, 2001: 5).

Vezava socialnih izdatkov na dohodke oziroma vplačane prispevke v primerjavi z univerzalnimi izdatki je tudi razločevalna karakteristika med Bismarckovim in Beveridgevim pojmovanjem recipročnosti. V splošnem velja, da *Bismarckov princip* temelji na zbiranju prispevkov za socialno zavarovanje, izdatki pa so vezani na vplačane prispevke (torej gre v

⁵ V primerjalni socialni politiki je ta tipologija pogosto uporabljena, večkrat pa prihaja do različnih poimenovanj teh principov (na primer tudi princip selektivnosti, recipročnosti in univerzalnosti).

skladu s prejšnjo terminologijo za princip enakovrednosti); medtem ko *Beveridgeov princip* temelji na pobiranju davkov za financiranje univerzalnih socialnih izdatkov, ki se praviloma določajo v skladu s principom preverjene potrebe (v skladu s prejšnjo terminologijo gre torej za princip potrebe).

3.4 Umestitev temeljnih principov pravičnosti v sisteme zdravstvenega varstva

Zgoraj opredeljena teoretična izhodišča s področja modelov države blaginje lahko dokaj razločevalno umestimo v klasifikacijo zdravstvenih sistemov po Barru predvsem z vidika vplačevanja premij oziroma prispevkov, medtem ko je po mojem mnenju na strani zagotavljanja pravic področje zdravstvene oskrbe zelo specifično. Gre za to, da se v razvitem svetu zdravje obravnava kot osnovna človekova pravica, do katere mora imeti dostop vsak posameznik ne glede na dohodek. Seveda prihaja do razlik v nivoju oskrbe, vezanih tudi na višino vplačil⁶, vendar je osnovni nivo univerzalnosti pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe na tem področju višji kot na nekaterih drugih področjih socialne politike (na primer pomoč za brezposelne). V tem kontekstu lahko trdimo, da je na področju zdravstva stopnja redistribucije oziroma prerazdeljevanja dohodka višja oziroma specifična, kar nekoliko otežuje apliciranje osnovnih karakteristik posameznih tipov držav blaginje oziroma principov pravičnosti na sisteme ureditve zdravstvene oskrbe, morda z izjemo prvega, to je kvazi-aktuarskega tipa zdravstvene ureditve.

Tako se v kvazi-aktuarskem tipu zrcalijo osnovne karakteristike principa potrebe in s tem liberalnega modela države blaginje; ta argument je še dodatno okrepljen z dejstvom, da je v državah s tako ureditvijo na nivoju revnejših slojev prebivalstva prisotno in seveda nujno državno (so)financiranje. V ZDA država tako zagotavlja dva javna sistema zdravstvenega zavarovanja, in sicer »Medicaid« za revne in »Medicare« za starejše od 65 let (Rosner, 2003: 95). V Švici, ki je sicer nekoliko poseben primer v okviru kvazi-aktuarskega tipa zaradi povsem privatne ureditve sicer obveznega zdravstvenega zavarovanja ter obenem

⁶ zdravstvena oskrba je dobrina z visoko dohodkovno elastičnostjo, kar pomeni, da z naraščanjem dohodka raste tudi delež dohodka, namenjen izdatkom za zdravstvo. Ponavadi je to povezano z dodatnim zdravstvenim zavarovanjem.

neodvisnosti premij od dohodka, država sofinancira premije gospodinjstvom z nizkimi dohodki s pomočjo principa preverjene potrebe (Mbitha-Schmid, 2003: 1-3).

Drugi tip, model socialnega zdravstvenega zavarovanja, na strani vplačevanja prispevkov temelji na principu enakovrednosti in ga lahko uvrstimo v konzervativno-korporativistični model države blaginje. V tem tipu so prispevki za zdravstveno zavarovanje odvisni od dohodka, pogosto so vezani na status zaposlenosti z določeno ureditvijo za vzdrževane člane zaposlenih in upokojece, medtem ko so posamezniki pred vstopom na trg delovne sile ali po daljšem obdobju brezposelnosti lahko iz zdravstvenega zavarovanja izločeni (primer Avstrije in Nemčije⁷). Prav tu vidim razločevalne karakteristike konzervativnega tipa države blaginje na področju zdravstva, medtem ko so te manj jasne na strani dodeljevanja pravic predvsem zaradi višje stopnje predvsem vertikalne redistribucije dohodka, kar v splošnem ni značilnost tega tipa države blaginje. Tako v primeru prerazporejanja v korist skupin z nižjimi dohodki govorimo o vertikalni redistribuciji oziroma vertikalni izenačenosti, medtem ko o horizontalni redistribuciji⁸ govorimo v primeru prerazporejanja znotraj skupin z enakimi dohodki, na primer družin. Obe vrsti redistribucije sta močno prisotni v modelu socialnega zdravstvenega zavarovanja, vsaj na nivoju obveznega zdravstvenega zavarovanja, kjer se zavarovancem zagotavlja določen univerzalni nivo storitev. Predvsem horizontalno prerazdeljevanje v korist družin nekateri avtorji (Adshead, Millar, 2004) uvrščajo med ključne karakteristike konzervativno-korporativističnega modela države blaginje; šlo naj bi za ohranjanje tradicionalnih družinskih vrednot, statusnih razlik, poudarjena je tudi vloga cerkve v nekaterih državah (južnoevropske države). Po drugi strani pa je stopnja vertikalne redistribucije lahko zmanjšana, če se premožnejšim skupinam omogoči izhod iz sistema zdravstvenega zavarovanja (primer Nemčije).

Tretji tip, univerzalni model zdravstvenega varstva, temelji na davčnih virih ter javni zdravstveni oskrbi. Zavarovani so vsi prebivalci ne glede na status in vsi imajo dostop do enake (pretežno) javne oskrbe. V tem principu zasledimo osnovne značilnosti principa enakosti, ki je značilen za socialno-demokratski model države blaginje. Kljub temu ne gre prezreti, da je obseg pravic iz naslova zdravstvene oskrbe v državah z univerzalnim modelom zelo različen, od relativno visokih v skandinavskih državah, do relativno nizkih v Veliki Britaniji.

⁷ za podrobnejši opis ureditve zdravstvenih sistemov v teh državah glej 4. poglavje.

⁸ več o vertikalni oziroma horizontalni redistribuciji/enakosti v zdravstvu v Barr, 2004: 264-265.

Kot bomo videli v nadaljevanju, bi lahko evropske sisteme zdravstvenega varstva uvrstili le med dva tipa, in sicer model socialnega zdravstvenega zavarovanja (v literaturi se uporablja tudi izraz Bismarckov model) ter univerzalni model zdravstvenega varstva (Beveridgeov model), vendar gre pri slednjem opozoriti na prej omenjeno precejšnjo razliko v obsegu pravic med posameznimi državami. Nekateri avtorji tako omenjajo skandinavski model zdravstvenega varstva ločeno od Beveridgeovega modela (npr. Tasić, 2005). Tudi Esping-Andersen (1990: 25-26) izpostavlja, da sta se na principu univerzalnosti razvila dva alternativna modela: prvi model temelji na zagotavljanju nujnega skromnega obsega sicer univerzalnih pravic in na večjem poudarku trga (anglosaksonski svet), drugi model pa zagotavlja širši obseg univerzalnih pravic z zmanjšano vlogo trga.

Tretjemu tipu – modelu zdravstvenega zavarovanja, ki temelji zgolj na tržnih načelih, pa se v Evropi najbolj približuje Švica, ki pa ima vpeljane določene kontrolne mehanizme, ki povečujejo vlogo države v okviru socialnega varstva⁹.

⁹ Za zdravstveno zavarovanje v Švici je značilna nekoliko posebna ureditev. Ta se odraža v sicer privatni ureditvi trga zdravstvenega zavarovanja, ki pa je z namenom zagotavljanja socialnih ciljev v precejšnji meri reguliran s strani države. Švica je primer države, ki za doseganje pravičnosti na področju zdravstvene oskrbe bolj kot z zagotavljanjem javnega sistema skrbi z regulacijo privatnega zavarovanja, po čemer se razlikuje od ostalih evropskih držav. Z zakonsko določitvijo obveznega zavarovanja za vsakega prebivalca, ki sicer ni odvisno od dohodka, ter z regulativnimi ukrepi in subvencijami deluje v smeri doseganja socialnih ciljev, to je omogočanja zdravstvene oskrbe tudi revnim in visoko tveganim skupinam ter s tem uresničevanja načela enakosti, kar je normativna osnova za večino evropskih zdravstvenih sistemov. Ob relativno radodarnem obsegu storitev, ki jih zagotavlja osnovno zavarovanje, je nivo zdravstvene oskrbe v Švici med najvišjimi, vendar tudi najdražjimi, saj je Švica po deležu izdatkov za zdravstvo v BDP za ZDA druga med razvitimi državami. Breme stroškov v precejšnji meri nosijo tudi prebivalci z lastnimi doplačili.

4. SISTEMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V DRŽAVAH EU

4.1 Zdravstvena politika na ravni EU

Na ravni EU o formalno skupni zdravstveni politiki ne bi mogli govoriti, saj je ta v pristojnosti držav članic. Ureditve v zvezi z zdravstvom so opredeljene v vseh treh temeljnih listinah EU, kljub temu pa iz teh ureditev ne izhaja, da bi se na ravni EU oblikovala določena skupna zdravstvena politika.

Pogodba o ustanovitvi Evropske skupnosti v 3. členu sicer EU zagotavlja določen mandat pri oblikovanju zdravstvene politike, saj dodeljuje v pristojnost EU prispevek k doseganju visokega nivoja zdravstvenega varstva. Vendar pa v nadaljevanju tako ta pogodba kot tudi Pogodba o ustavi za Evropo jasno opredeljuje, da je »pri dejavnosti Unije na področju javnega zdravja v celoti upoštevana odgovornost držav članic za organizacijo in zagotavljanje zdravstvenih storitev in zdravstvenega varstva« (Pogodba o ustavi za Evropo, člen III-179 (7)). Nadalje Listina o temeljnih pravicah Evropske unije v členu II-95 opredeljuje, da ima »vsakdo pravico do preventivnega zdravstvenega varstva in do zdravniške oskrbe v skladu s pogoji, ki jih določajo nacionalne zakonodaje in običaji. Pri opredeljevanju in izvajanju vseh politik in dejavnosti Unije se zagotavlja visoka raven varovanja zdravja ljudi«. Formalno zdravstvena politika tako sodi med področja, kjer EU lahko sprejme usklajevalne, dopolnilne ali podporne ukrepe, nima pa pristojnosti, da bi s pravno zakonodajo vplivala na institucionalizacijo zdravstvenih storitev in sistemov zdravstvenega varstva v državah članicah.

Kljub navedenemu pa so se na področju zdravstvenega varstva v zadnjih letih začeli določeni premiki v smeri večanja pristojnosti EU, četudi ne na pravno-formalnem nivoju. Avtorja Lamping in Steffen (2004: 2, 13-16) navajata, da so bili določeni pomembni deli zdravstvenega varstva podvrženi odločanju na ravni EU predvsem prek pristojnosti, ki jo ima EU na področju enotnega trga, usklajevanja in harmonizacije, kar je dokaj razumljivo glede na to, da zdravstvena politika in zdravstvena oskrba predstavljata pomemben del evropskega trga blaga in storitev. Zdravstvena politika je tesno povezana s trgov blaga in storitev, poleg

tega pa je tesno vezana tudi na druge politike, kjer obstaja določena regulacija EU (na primer okoljevarstvena politika, varovanje potrošnikov idr.), kar vse povečuje stopnjo regulacije s strani EU. Evropska integracija je torej prispevala k postopnemu zoževanju prostora, ki ga imajo države članice pri regulaciji njihove zdravstvene politike.

Najpomembnejši dejavnik, ki je prispeval k zmanjševanju popolnega nadzora držav članic nad ureditvijo sistemov zdravstvenega varstva, so bile sodbe Evropskega sodišča. Le-to je v zadnjih desetih letih pozitivno rešilo številne pritožbe posameznikov, ki so temeljile predvsem na meddržavnih razlikah pri zagotavljanju zdravstvenih storitev in oskrbe pacientov. Sodbe Evropskega sodišča temeljijo na predpostavkah, da načela svobodnega pretoka predvsem ljudi, blaga in storitev veljajo tudi na področju zdravstvenega varstva in to ne glede na to, da to področje pravno spada v pristojnost izključno držav članic. Vse aktivnosti članic tudi s tega področja morajo biti popolnoma v skladu z zakonodajo EU.

Evropsko sodišče igra pomembno vlogo pri interpretaciji upoštevanja zakonodaje EU v specifičnih okoliščinah, njegove interpretacije pa nadalje pomenijo precedens za uporabo v različnih okoliščinah. V svojih sodbah je Evropsko sodišče eksplicitno določilo, da so »bolnišnična in zunaj-bolnišnična oskrba storitve, ki se v ničemer ne razlikujejo od povsem ekonomskih storitev, kljub temu, da so po državah večinoma del javnih storitev, reguliranih s socialno zakonodajo« (Lamping in Steffen, 2004: 14). Nadalje je Evropsko sodišče določilo, v katerem primeru in obsegu morajo biti pacientom povrnjeni stroški zdravstvene oskrbe v drugi državi članici, s čimer je prispevalo v smeri internacionalizacije zdravstvene oskrbe znotraj EU.

V primerih Kohll in Decker (leta 1998) je Evropsko sodišče določilo, da mora luksemburški sistem socialne varnosti povrniti stroške zdravstvene oskrbe v drugi državi članici na osnovi principa prostega pretoka storitev in blaga, in to ne glede na to, da pred koriščenjem zdravstvene oskrbe v tujini ni bilo pridobljeno soglasje nacionalne zdravstvene zavarovalnice. Čeprav bi lahko po eni strani tolmačenje 46. člena Pogodbe o ustanovitvi Evropske skupnosti dopustilo možnost uvedbe zahteve po vnaprejšnjem soglasju z namenom zagotavljanja finančnega ravnotežja sheme nacionalne socialne varnosti, pa glede na odločitev Evropskega sodišča povrnitev stroškov v višini stroškov zdravljenja v domači državi takih zahtev ne upravičuje (Sieveking, 2006: 8). Odločitev Evropskega sodišča v obeh primerih je sprožila razprave držav članic glede vpliva sodb na upoštevanje načel skupnega trga pri zagotavljanju

bolnišnične oskrbe, prejemke v naravi (*»benefits in kind«*) in reševanje problema čakalnih dob (Sieveking, 2006: 9). Poleg tega je odločitev vplivala na nekatere primere, ki so sledili, na primer sodbo iz primerov Vanbraekel ter Smits in Peerbooms.

V primeru Vanbraekel (leta 2001) je sodišče določilo, da morajo biti pacientu ob koriščenju storitev v tujini povrnjeni stroški po najboljši možni tarifi domače ali tuje članice EU. V nasprotnem primeru, ko bi torej pacient v tujini prejel nižjo raven storitev kot v domači državi, bi to po mnenju Evropskega sodišča predstavljalo neenake pogoje tako za ponudnike zdravstvenih storitev kot paciente. Podobno je tudi v primeru Smits in Peerbooms (leta 2001) sodišče določilo, da vse zdravstvene storitve vključno z bolnišnično oskrbo sodijo v okvir definicije prostega pretoka storitev iz Pogodbe o ustanovitvi Evropske skupnosti, ter da država ne sme zavrniti zahteve za predhodno soglasje za iskanje storitev v tujini. V zvezi s tem je sodišče določilo, da se lahko soglasje upravičeno zavrne le, če se v domači državi zagotovi enakovredno zdravljenje brez nepotrebnih zamud¹⁰.

Poleg primerov, ki se nanašajo na čezmejno zdravstveno oskrbo v obliki prejemkov v naravi, denarnih prejemkov in storitev, je Evropsko sodišče odločalo tudi glede čezmejnega zagotavljanja dolgotrajne oskrbe. V primeru Fath-Molenaar/Molenaar je sodišče odločilo, da so tudi prejemki za dolgotrajno oskrbo vključeni med storitve, za katere velja načelo prostega pretoka. Konkretno je v tem primeru sodišče odločilo, da je nemška socialna zakonodaja v delu, kjer določa, da je pravica do prejemkov za dolgotrajno oskrbo v času bivanja v tujini suspendirana, v nasprotju z zakonodajo EU¹¹.

Po mnenju Lampinga in Steffenove (2004: 14) nekonsistentnost med zakonodajo EU glede zdravstvenega varstva in sodbami Evropskega sodišča ni paradoksalna, temveč je logična posledica negotovosti, ki izhaja iz političnih in pravnih nejasnosti EU glede socialne in v tem okviru zdravstvene politike. Mossialos in drugi (2001: 3-5) v zvezi s tem izpostavljajo, da so sodbe Evropskega sodišča ob sicer nejasni zakonodaji s tega področja dopustile možnosti preozke oziroma preširoke razlage pri vodenju zdravstvene politike na nacionalni ravni. Dodatno naj bi te rzsodbe povzročale težave pri implementaciji in interpretaciji zdravstvene politike, ki se zaradi nacionalne pristojnosti lahko precej razlikujeta po državah; izpostavljeni

¹⁰ Podobne zaključke je sodišče sprejelo tudi v primerih Müller-Fauré, van Riet in Inizan (vse sodbe so iz leta 2003).

¹¹ Podobno je sodišče v primeru Jauch odločilo, da mora biti dodatek za dolgotrajno nego, do katerega je oseba upravičena v določeni državi, izplačan ne glede na to, da ne biva v tej državi.

so na primer dvomi glede prostega pretoka pacientov, elektronskega trgovanja v zdravstvenem sektorju, prostega pretoka zdravnikov¹², farmacevtskega sektorja in drugo.

Takšno stanje na področju evropske zdravstvene politike pred nekaj leti je sprožalo številne zahteve po določeni konsolidaciji oziroma določitvi osnovnih principov na tem področju, ki bi uravnotežili principe enotnega trga s socialnimi cilji. To je vodilo v sprejetje pristopa, ki je bil sicer že vpeljan pri nekaterih drugih politikah, kjer EU nima zakonodajne pristojnosti, in sicer t.i. odprte metode usklajevanja (angl. »*open method of co-ordination*«).

Pri odprti metodi usklajevanja gre za proces decentralizacije pri vodenju različnih politik z nivoja EU na nacionalni nivo z vključitvijo različnih igralcev. Tak pristop temelji na pravno-formalno neobvezujočih pravilih, ki so fleksibilna in odprta ter se izvajajo decentralizirano, in je kot tak nasproten skupni politiki, pri kateri gre za prenos odločanja z ravni držav na raven EU (Goetschy, 2003: 5). Ključni mehanizmi te metode so smernice, indikatorji, merila in izpostavljanje najboljše prakse, sankcije ob neupoštevanju pa so predvsem stanovski pregled (t.i. »peer pressure«) in sramovanje. Lamping (v Lamping in Steffen, 2004: 20) izpostavlja dva cilja odprte metode usklajevanja, in sicer tekmovanje med boljšimi praksami in procesno naravnano konvergenco nacionalnih politik in institucij.

Uvedba odprte metode usklajevanja v področje zdravstva je bila predlagana na zasedanju Evropskega Sveta v Goetheborgu leta 2001, konec tega leta pa je Komisija objavila prvo posvetovanje na temo zdravstva, v katerem so izpostavljeni trije osnovni principi evropskih sistemov zdravstvenega varstva: dostopnost, kvaliteta in finančna vzdržnost; po drugi strani pa omenjeno posvetovanje izpostavlja tudi nacionalno pristojnost glede zdravstvene politike in razlike med ureditvijo sistemov zdravstvenega varstva v državah članicah, tako da je ključno orodje odprte metode usklajevanja na področju zdravstva sodelovanje in izmenjava izkušenj. Zato v nasprotju z drugimi področji, kjer je odprta metoda usklajevanja v veljavi, na področju zdravstvene oskrbe še vedno ne obstaja klasičen cikel poročanja, nadzora in priporočil.

Najaktualnejše dogajanje s področja zdravstva na nivoju EU je v septembru 2006 izdano posvetovanje Komisije glede ukrepov Skupnosti na področju zdravstvenih storitev, katerega

¹² Tu se izpostavljajo različne nacionalne prakse glede izobraževanja zdravnikov in zahtev glede rednega dodatnega izobraževanja za ohranitev pridobljenega statusa, ki so po državah različne.

namen je »razviti okvir Skupnosti za varne, visoko kakovostne in učinkovite zdravstvene storitve, z okrepitevijo sodelovanja med državami članicami in zagotavljanjem gotovosti glede uporabe zakonodaje Skupnosti pri zdravstvenih storitvah in zdravstvenem varstvu« (Komisija evropskih skupnosti, 2006: 2). Namen posvetovanja je predvsem (1) povečati pravno varnost akterjev v zdravstvu, zlasti s področja prostega gibanja, po kateri se je izkazala potreba zaradi uporabe sklepov Evropskega sodišča, in (2) zagotoviti podporo za države članice na ravni EU. Orodja in instrumenti, s katerimi bo EU ukrepala, bodo določeni naknadno v predlogih, ki jih namerava Komisija predložiti v letu 2007 na podlagi omenjenega posvetovanja.

Kljub temu, da EU nima formalne pristojnosti nad zdravstveno politiko posameznih držav, vsi zgoraj omenjeni procesi, predvsem pa številne interpretacije Evropskega sodišča, povečujejo dejanske pristojnosti EU na tem področju. Lamping in Steffen (2004: 1) izpostavljata, da je »zdravstvena politika eden boljših primerov, ki kaže, kako je EU s svojimi institucijami uspešno spremenila javno politiko iz manj pomembne v eno ključnih«. Formalno države sicer zdravstveno politiko še vedno obravnavajo kot nacionalno politiko, kar je zelo pomembno z vidika javnega mnenja in z vidika zagotavljanja političnih glasov. Po drugi strani pa gre pri obravnavi takšnih razlik med državami na nivoju evropskih institucij, naj bo to obravnavanje čezmejne oskrbe, čakalnih dob ali razlik med zagotavljanjem zdravstvenih storitev, po eni strani za velike vsote denarja, ki povečujejo pomembnost zadeve, po drugi strani pa za izoblikovanje zunanjih objektivnih dejavnikov, ki močno posegajo v neodvisnost nacionalne zdravstvene politike.

To je, prvič, lepo razvidno na področju trga farmacevtskih izdelkov in medicinskih pripomočkov, ki so menjalne dobrine v pravem pomenu besede in so predmet visoke integracije na eni strani in centralizirane pristojnosti na drugi strani. Na tem področju se interesi držav po postavljanju cen in določanju višine povrnjenih stroškov prekrivajo s konceptom prostega pretoka blaga na notranjem trgu. Drugič, tudi za področje zagotavljanja zdravstvenih storitev in medicinske oskrbe, ki je bilo prvotno obravnavano kot povsem izolirano od evropske integracijske politike, postaja preko sodb Evropskega sodišča čedalje bolj jasno, da tudi tu veljajo načela prostega trga.

Pričakovati je, da bo imela povečana mobilnost v zdravstvenem sektorju in s tem povečana stopnja konkurenčnosti ponudnikov zdravstvenih storitev čedalje večji vpliv na nacionalno zdravstveno politiko. Pravice pacientov, da kot državljani in potrošniki skoraj brezpogojno

izberejo oskrbo v tujini, predstavljajo nove pomembne izzive za posamezne države. To bo še posebej izrazito ob večjem zavedanju posameznika glede svojih pravic na področju zdravstvene oskrbe (slednje bo skoraj zagotovo tudi posledica povečevanja finančne obremenitve posameznika, kot bomo videli v nadaljevanju). Prav tako bodo na to vplivale tudi spremenjene navade ljudi, na primer pogostejša in lažje dostopna potovanja v tujino ter naraščajoči trend preživljanja pokoja v toplejših južnejših delih EU. Razlike med zdravstvenim statusom, pravicami in celo finančnimi obremenitvami pa bodo verjetno postajale čedalje bolj nesprejemljive in s tem pomembna tema na javnopolitičnem dnevnem redu.

4.2 Osnovne značilnosti ureditve sistemov zdravstvenega varstva po posameznih skupinah držav

Zgodovinski razvoj sistemov zdravstvenega varstva evropskih in tudi ostalih razvitih industrijskih držav kaže na to, da so v osnovi vse države morda sicer v časovno različnem obdobju zasledovale iste cilje na tem področju; najprej je bil cilj zdravstvenega varstva pomagati revnim z najnižjimi dohodki, kasneje zagotoviti nadomestilo dohodka izgubljenega zaradi bolezni, predvsem po drugi svetovni vojni in izraziteje v Evropi pa je postal cilj zagotoviti dostop do zdravstvene oskrbe za celotno prebivalstvo. Pri ureditvi sistemov zdravstvenega varstva pa so države izbrale različne rešitve, predvsem glede na (1) vrste institucij, ki prevzemajo stroške zdravstvene oskrbe (vloga države, zavarovalnic, skladov) in (2) organiziranost ponudnikov zdravstvene oskrbe (vloga splošnih zdravnikov, razmerje med javnimi in privatnimi bolnišnicami idr.) (Hassenteufel, Palier, 2006: 3). To sta tudi dve kategoriji, ki ju v literaturi najpogosteje najdemo kot ključni razločevalni kategoriji pri razvrščanju sistemov zdravstvenega varstva. Nadalje pa znotraj posameznih sistemov obstajajo določene razločevalne institucionalne dimenzije, v okviru katerih prihaja do razlik v sistemih zdravstvenega varstva. Ključne institucionalne dimenzije so: ureditev dostopa do zdravstvene oskrbe, ugodnosti, ki jih zagotavlja sistem, način financiranja sistema in način upravljanja sistema.

V osnovi, z vidika najbolj grobe kategorizacije, lahko v EU najdemo dva tipa sistemov zdravstvenega varstva, in sicer model socialnega zdravstvenega zavarovanja ter univerzalni model zdravstvenega varstva, medtem ko se tržnemu sistemu v Evropi še najbolj približuje

Švica, znotraj EU pa ga ne zasledimo. Obstoječa modela v EU se razlikujeta v številnih kategorijah tako med seboj kot tudi znotraj posameznega modela; v nadaljevanju bom zato preverjala, če lahko z razporeditvijo držav v več kot dve kategoriji predstavimo bolj smiselno sliko s področja zdravstvenega varstva v EU. Vsekakor pa je vsem državam EU pri urejanju sistema zdravstvenega varstva skupno to, da želijo razdeliti stroške za zdravstveno oskrbo med prebivalstvo in se prilagajati različni sposobnosti pokrivanja le-teh. To je tudi razlog, da nobena država ne prepušča urejanja zdravstva zgolj trgu. Zato se kljub različnim ureditvam zdravstvenega varstva po državah EU večina stroškov zdravstvenega varstva pokriva iz sredstev, ki jih tako ali drugače nadzira država, delež lastnih plačil prebivalstva pa je v večini držav relativno nizek.

Kot omenjeno, vsaka država zasleduje različne cilje pri urejanju zdravstvenega sistema, med katerimi mora nato ustrezno krmariti, saj so si nekateri izključujoči. Na način vodenja zdravstvene politike pa vplivajo tako zgodovinski procesi kot ključne socialne vrednote. Kljub temu, da Evropo zaznamuje večja nagnjenost k solidarnosti, pa se osnovni pristopi k ureditvi sistemov zdravstvenega varstva po državah razlikujejo, zato bodo v tem poglavju obravnavani različni pristopi držav, ki jih bom glede na osnovne razločevalne institucionalne dimenzije nato skušala razvrstiti po modelih zdravstvenega varstva.

4.2.1 Institucionalne dimenzije sistemov zdravstvenega varstva v EU

Hassenteufel in Palier (2006: 4) poudarjata pomen glavnih institucionalnih dimenzij sistema zdravstvenega varstva za razumevanje tako aktualne ureditve sistema kot tudi reformnih procesov. Najpomembnejše so štiri institucionalne dimenzije, in sicer:

1. *ureditev dostopa do zdravstvene oskrbe*: tu gre za to, kdo vse ima pravico do koriščenja zdravstvene oskrbe ter na kakšen način upravičenci dostopajo do zdravstvenega osebja. V univerzalnem modelu zdravstvenega varstva le-to pripada vsem prebivalcem države brez konkretnih pogojev. V modelu socialnega zdravstvenega zavarovanja je bila zdravstvena oskrba prvotno namenjena zgolj zaposlenim in njihovim odvisnim članom, nato pa je bila razširjena tudi na ostale predvsem z mehanizmom brezplačnega zdravstvenega zavarovanja za najrevnejše. Pri dostopu do zdravstvenega osebja je razlika med sistemoma ta, da je v modelu socialnega zdravstvenega zavarovanja precej večji poudarek na prosti izbiri pacientov, ki lahko proti plačilu tudi direktno preidejo na sekundarno

- raven, medtem ko je v univerzalnem modelu večji nadzor nad gibanjem pacientov znotraj sistema s poudarjeno vlogo primarne oskrbe;
2. *ugodnosti, ki jih zagotavlja sistem*: pri tem je mišljeno, kakšne vrste zdravljenja pokriva posamezen sistem in od kje naprej je potrebno privatno zavarovanje. V splošnem velja, da je v univerzalnem modelu delež javnih izdatkov v skupnih izdatkih za zdravstvo višji, pri čemer je potrebno poudariti, da do razlik med modeloma prihaja predvsem na nivoju zdravljenja manj resnih bolezni, medtem ko so stroški zdravljenja resnih in kroničnih bolezni v obeh modelih relativno dobro pokriti;
 3. *način financiranja sistema*: obravnava vidik narave sredstev za financiranje zdravstvenih izdatkov ter vidik povračila stroškov zdravljenja izvajalcem storitev. V univerzalnem modelu se izdatki financirajo predvsem iz splošnih davkov, povračila izvajalcem pa se posreduje na podlagi vnaprej določenega zdravstvenega proračuna. V modelu socialnega zdravstvenega zavarovanja se izdatki financirajo na podlagi prispevkov iz plač, povračila stroškov izvajalcem pa se izvajajo na podlagi dejansko nastalih izdatkov, kar pomeni, da je stroške v tem modelu težje nadzirati;
 4. *način upravljanja sistema*: gre za organizacijo in regulacijo sistema. Zaradi večje vloge javnega sektorja je oboje lažje v univerzalnem modelu, medtem ko v sistemu socialnega zdravstvenega zavarovanja upravljanje temelji na pogajanjih med zdravstvenimi zavarovalniškimi skladi in predstavniki medicinske stroke.

V prilogi je podan kratek opis značilnosti sistemov zdravstvenega varstva držav EU po posameznih institucionalnih dimenzijah, katerega namen je zagotoviti čim bolj pregledno osnovo za primerjalno analizo, ki je izvedena v nadaljevanju¹³.

4.2.2 Primerjalni okvir sistemov zdravstvenega varstva v državah EU

Cilj vsakega sistema zdravstvenega varstva je z zdravstveno oskrbo odgovoriti na zdravstvene potrebe prebivalstva. Vsi sistemi zdravstvenega varstva v državah EU želijo v precejšnji meri prerazdeliti stroške zdravljenja vsaj med bolne in zdrave, pretežno pa jih tudi prilagajajo glede na različno sposobnost prebivalstva za pokrivanje teh stroškov. Evropske države tako večinoma želijo uravnati potrebe po univerzalnem dostopu do zdravstvene oskrbe,

¹³ Osnovni vir za opis značilnosti po državah so publikacije »Health Care Systems in Transition«, ki jih objavlja European Observatory on Health Care Systems.

pravičnosti pri razporejanju finančnega bremena in po uravnavanju javnih izdatkov. Za dosego teh ciljev pa so države razvile različne ureditve, zato bi težko govorili o »najboljšem« modelu.

Način financiranja zdravstvene oskrbe in nabor storitev, ki jih ta zagotavlja, sta ključna dejavnika za primerjalno analizo posameznih držav in predvsem njihovo razvrstitev po modelih zdravstvenega varstva. Kot lahko razberemo iz primerjave ključnih značilnosti ureditve zdravstvenih sistemov v državah EU v prilogi 1, so v državah prisotni številni načini financiranja, prav tako pa se razlikujejo tudi nabori storitev, ki jih zagotavlja javni del zdravstvenega varstva/zavarovanja. Za celovitejši in nazornejši pregled po državah bo v nadaljevanju izvedena primerjalna analiza po zgoraj navedenih institucionalnih dimenzijah.

4.2.2.1 Ureditev dostopa do zdravstvene oskrbe

Prvi vidik te institucionalne kategorije je ta, kakšen delež prebivalstva ima dostop do zdravstvene oskrbe. S teoretičnega vidika je davčno financiranje običajno povezano z univerzalnim dostopom, saj ta temelji na državljanstvu ali rezidenstvu. Socialno zdravstveno zavarovanje običajno omogoča dostop na podlagi dejanskega prispevnega statusa, pri čemer se univerzalno pokritost dosega z zakonsko obveznim socialnim zdravstvenim zavarovanjem, poleg tega pa večina držav tudi z različnimi mehanizmi cilja čim večjo pokritost prebivalstva (na primer davčno pokrivanje javnih izdatkov za zdravstvo za skupine, ki ne plačujejo prispevkov¹⁴). Zasebno zdravstveno zavarovanje in lastna plačila pa omogočajo dostop na podlagi dejanske zmožnosti plačila.

V državah EU je mogoče zaslediti univerzalen dostop do zdravstvene oskrbe na podlagi državljanstva/rezidenstva, in sicer v primeru, ko se zdravstveni izdatki financirajo z davki. Poleg tega imajo številne države omogočen dostop do oskrbe na podlagi plačevanja prispevkov socialnega zdravstvenega zavarovanja, nekatere pa dokaj enakovredno kombinacijo obeh načinov¹⁵. Zanimivi izjemi predstavljata Nemčija in Nizozemska, ker sta edini državi, v katerih je prisotno zasebno zavarovanje kot alternativa socialnemu

¹⁴ Na primer v Estoniji.

¹⁵ Za podrobno razdelitev držav EU glede na vire za pokrivanje zdravstvenih izdatkov glej tč. 4.2.2.3.

zdravstvenemu zavarovanju¹⁶. V Nemčiji imajo premožnejši prebivalci (ko dosežejo določen nivo zaslužka), ter samozaposleni in javni uslužbenci možnost prostovoljnega izhoda iz sistema socialnega zdravstvenega zavarovanja in vključitve v alternativno zasebno zdravstveno zavarovanje. Odločitev je sicer bolj ali manj dokončna, saj se je zelo težko vrniti nazaj v sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja¹⁷. Na Nizozemskem je ureditev nekoliko drugačna, saj premožnejše in nekatere druge skupine ljudi celo nimajo možnosti socialnega zavarovanja in so efektivno prisiljene vključiti se v zasebno zavarovanje.

Kljub različnim ureditvam zdravstvenega sistema je državam EU skupno to, da stremijo k doseganju čim večje pokritosti prebivalstva z zdravstveno oskrbo na eni strani in k vsaj določenemu združevanju tveganj in prerazdeljevanju stroškov zdravstvene oskrbe na drugi strani. Tako je zanimivo, da je institut solidarnosti prisoten tudi v primerih, ko določena država daje večjo vlogo zasebnemu sektorju v zdravstvu; tako je na primer pri alternativnem zasebnem zdravstvenem zavarovanju v Nemčiji in na Nizozemskem. Ponudniki zasebnega zavarovanja morajo poleg ostalih ponujati tudi standardne pogodbe, katerih premije se na Nizozemskem izračunavajo na osnovi združevanja tveganj (*»community rating«*), kar pomeni, da morajo biti premije enake za vse zavarovance pri istem ponudniku. V Nemčiji, kjer standardne pogodbe pri alternativnem zasebnem zavarovanju sicer niso zakonsko določene, jih pa kljub temu ponujajo številne zasebne zdravstvene zavarovalnice, so premije standardnih pogodb sicer povezane s tveganjem zavarovanca, vendar v omejenem obsegu (*»limited risk rating«*). Izven standardnih pogodb zasebne zavarovalnice tipično izračunavajo tveganju prilagojene premije, kar pomeni, da ljudje z visokim tveganjem (starejši, bolni) plačujejo višje premije. Zanimivo je tudi, da se v obeh državah zaradi tega, ker premije iz standardnih pogodb ne pokrivajo v celoti vseh izdatkov zavarovancev, pri ostalih vrstah zasebnega zavarovanja zaračunava dodatna letna premija, namenjena pokritju teh izdatkov. (Wasem et al., 2004: 229-234)

¹⁶ Zasebno zdravstveno zavarovanje ima tri različne vloge (Wasem et al., 2004: 227): (1) vlogo *alternativnega* zavarovanja obveznemu (Nemčija in Nizozemska), (2) vlogo *dopolnilnega* (*»supplementary«*) zavarovanja, kadar zagotavlja storitve, ki jih obvezno zavarovanje ne pokriva, na primer zobozdravstvena oskrba za odrasle ipd. (Danska); lahko tudi za kritje stroškov, ki izvirajo iz naslova lastnih doplačil (na primer v Belgiji, Franciji in Sloveniji), ter (3) vlogo *dodatnega* (*»complementary«*) zavarovanja, ki ga zavarovanci sklenejo kljub temu, da so že udeleženi v določeni javni shemi, pogosteje v sistemih, ki se financirajo z davki in imajo poleg javnega še vzporeden zasebni zdravstveni sektor (na primer Irska).

¹⁷ Za izstop iz sheme socialnega zdravstvenega zavarovanja se odločajo predvsem premožni ljudje dobrega zdravja, ki nimajo večjih družin, saj zasebna shema ne ponuja zavarovanja za člane družine oziroma je to dodatno plačljivo. Prav tako je za ljudi slabšega zdravja ceneje ostati v socialni shemi. (Mossialos in Thompson v Wasem et al., 2004: 232)

Zanimivo je tudi dejstvo, da imajo številne države vpeljane določene mehanizme za zaščito šibkejših skupin ali širšega prebivalstva, kar je še posebej aktualno v procesu reform, v katerem je večanje deleža lastnih doplačil eden pogostih ukrepov. Tako imajo nekatere države navzgor omejena doplačila za zdravljenje glede na dohodek in druge socialnoekonomske dejavnike posameznika oziroma družine (na primer Belgija, Španija, Francija, Nemčija, Poljska). Na Finskem in Švedskem obstaja maksimalna letna kvota za lastna doplačila, v Italiji pa so doplačila, ki so potrebna za obiske specialistov in diagnostične preiskave, navzgor omejena s fiksnim zneskom. Zanimivo je, da omenjeni mehanizmi večinoma niso prisotni v državah srednje in vzhodne Evrope, kar je verjetno posledica dejstva, da je za te države značilen relativno visok delež javnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo, delež lastnih doplačil pa je formalno relativno nizek kot posledica tako nezanesljivega merjenja oziroma nasprotujočih si podatkov na eni strani, kot visokega deleža neformalnih plačil (plačil »pod mizo«) na drugi strani.

Z vidika ureditve dostopa do zdravstvene oskrbe je zanimiv tudi primer Irske, kjer obstajata dve kategoriji prebivalstva, vezani na zaslužek. Prva kategorija, ki zajema približno 30% prebivalcev, je upravičena do brezplačnih storitev predvsem v primarni oskrbi, medtem ko je druga kategorija upravičena le do javne bolnišnične oskrbe, večino ostalih storitev pa mora doplačati. Posledično je na Irskem močna vloga zasebnega zdravstvenega zavarovanja, saj ta zajema skoraj polovico prebivalstva.

Drugi vidik institucionalne kategorije, ki se tiče ureditve dostopa do zdravstvene oskrbe, je način dostopanja upravičencev do zdravstvene oskrbe. V državah, kjer se zdravstveni izdatki financirajo pretežno iz davkov, je močno poudarjena vloga primarne oskrbe, splošni zdravniki pa imajo vlogo vratarja pri usmerjanju pacientov na ostale ravni. V državah, kjer zdravstveni sistem temelji na prispevkih socialnega zdravstvenega zavarovanja, splošni zdravniki večinoma ne igrajo take vloge, pacienti pa praviloma lahko dostopajo direktno na sekundarno raven (izjema je Nizozemska, kjer splošni zdravniki igrajo vlogo vratarja). Za države srednje in vzhodne Evrope oziroma nove članice EU je značilno, da je bila pred reformami zdravstvenih sistemov v času tranzicije ključna oskrba na sekundarni ravni, z reformami pa je večina držav skušala okrepiti primarno oskrbo pred napotitvijo na nadaljnje zdravljenje. Kljub temu v večini teh držav splošni zdravniki še vedno ne igrajo vloge vratarja oziroma je ta vloga bolj formalne narave, kar je predvsem posledica nezadostnega števila teh zdravnikov (Litva,

Latvija in druge, izjema je Estonija, kjer ima primarna oskrba dokaj močno vlogo, družinski zdravniki pa igrajo vlogo vratarja).

4.2.2.2 Ugodnosti, ki jih zagotavlja sistem

V okviru te institucionalne dimenzije gre za primerjavo, kakšne vrste zdravljenja pokriva zdravstveno varstvo oziroma socialno zdravstveno zavarovanje in od kje naprej so potrebna lastna doplačila ali privatno prostovoljno zavarovanje. Pomen privatnega zavarovanja v posameznih državah je zato odvisen od nabora zdravstvenih storitev, ki se pokriva z javnimi izdatki in je zato relativno dober pokazatelj celovitosti javnega dela zdravstvene oskrbe.

Vse države se predvsem v zadnjih dveh desetletjih spoprijemajo s problemi financiranja številnih dragih zdravstvenih storitev. Definiranje paketa ugodnosti oziroma določanje, kaj pokriva zdravstveno varstvo ali socialno zdravstveno zavarovanje, je ena od možnosti uravnavanja povpraševanja in ponudbe zdravstvenih storitev (Dixon, 2004: 66).

Busse et al. (2004: 52) opredeljujejo nabor definiranih ugodnosti za upravičence kot eno ključnih značilnosti sistemov socialnega zdravstvenega zavarovanja. Dejanske ugodnosti in način njihovega definiranja se po zahodnoevropskih državah s tem sistemom razlikujejo: v Nemčiji je nabor ugodnosti opredeljen v pogajanjih med bolniškimi skladi in izvajalci storitev, na Nizozemskem, v Franciji, Belgiji, Luksemburgu in Avstriji pa na podlagi zakonskih določb. Največje razlike na tem področju so sicer predvsem glede vključevanja storitev izven akutne kurativne nege (ukrepi za promocijo zdravja, preventivno zdravljenje in dolgoročna oskrba). Nemčija, Nizozemska, Avstrija in Luksemburg imajo za pokrivanje dolgoročne oskrbe ločene sheme socialnega zavarovanja.

Običajno imajo države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja dokaj celovit paket storitev, ki jih zagotavlja zdravstveno zavarovanje. Vanj so v splošnem vključeni ambulantna in bolnišnična nega, specialistični pregledi, zobozdravstvene storitve, diagnostične storitve, stroški farmacevtskih proizvodov in medicinskih pripomočkov (običajno glede na uvrstitev na pozitivno/negativno listo glede povračila) ter stroški, povezani z zdravstvenimi prevozi. Del izdatkov je namenjen denarnim ugodnostim, ki pokrivajo nadomestila plače v času bolniških in porodniških dopustov ter invalidnine. Razlike v celovitosti javnega dela zdravstvene oskrbe med posameznimi državami so vezane predvsem na delež potrebnih lastnih doplačil. Tako so

za vse zahodnoevropske države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja z izjemo Nizozemske značilna lastna doplačila bolnikov že na ambulantni ravni¹⁸, v vseh državah pa so lastna doplačila potrebna za bolnišnično nego in seveda za zdravila (Busse et al., 2004:56-58). Posledično ima v vseh državah določen pomen tudi dopolnilno zasebno zdravstveno zavarovanje. Le-to ima največji delež v skupnih izdatkih v Franciji (10%) in Avstriji (7%), medtem ko v ostalih državah dosega okoli 5% (Wasem et al., 2004: 237). Ugodnosti, ki jih zagotavlja dopolnilno zavarovanje, se razlikujejo v odvisnosti od obsega storitev socialnega zdravstvenega zavarovanja, najbolj običajno pa privatno zavarovanje zagotavlja nadstandardno bolnišnično oskrbo in kritje stroškov zobozdravstvene oskrbe, ki je v večini držav le delno pokrita znotraj socialnega zavarovanja (Wasem et al., 2004: 239).

Za razliko od držav s socialnim zdravstvenim zavarovanjem v državah z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva paket ugodnosti praviloma ni eksplicitno določen in obstaja precejšnja stopnja diskrecije glede storitev, ki jih zagotavlja zdravljenje. Na Švedskem na primer obstajajo določene definicije glede tega, kaj vse šteje kot zdravstvena oskrba, ter smernice glede prioritete zdravstvenega sektorja. V Veliki Britaniji so od leta 1991 v veljavi Posebne pravice pacientov, v katerih so zajete pravice zavarovancev in posebni standardi, ki naj bi jih izpolnjevala nacionalna zdravstvena shema (Langerholc, 2005: 26). Po drugi strani pa je Španija leta 2003 z zakonom uvedla osnovni paket storitev za celoten zdravstveni sistem.

V državah z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva pogosto poleg javnega sektorja zdravstvene oskrbe obstaja tudi zasebni sektor, pri čemer gre običajno za sočasno javno in zasebno prakso zdravnikov: ta obstaja v Veliki Britaniji, Španiji, na Portugalskem in v skandinavskih državah (Brekke in Sorgard, 2006: 2). Stroške zasebne oskrbe običajno nosijo pacienti sami. Kar se tiče javne oskrbe, obstajajo med državami razlike glede celovitosti oskrbe in potrebnih doplačil. Na Danskem, Malti, v Španiji in Veliki Britaniji sta tako splošna kot bolnišnična oskrba brezplačni, potrebna doplačila pa zajemajo nekatere storitve, kot so fizioterapija, zobozdravstvo, očala in zdravila (Danska in Velika Britanija), oziroma zdravila, medicinski pripomočki in protetika (Španija). Na Finskem in Švedskem so lastna doplačila potrebna na vseh ravneh oskrbe, podobno tudi na Irskem za drugo kategorijo prebivalstva. V večini držav z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva ima dopolnilno zdravstveno

¹⁸ V Belgiji, Franciji in Luksemburgu pacienti na ambulantni ravni prispevajo 30% stroškov zdravljenja (Busse et al., 2004: 55).

zavarovanje pomembno vlogo; v državah z dolgimi čakalnimi dobami dopolnilno zavarovanje omogoča posameznikom, da vrsto obidejo (Mossialos in Thompson, 2004: 67).

V državah srednje in vzhodne Evrope je bilo pred prehodom v sistem tržnega gospodarstva značilno univerzalno zdravstveno varstvo z relativno širokim naborom storitev in vsaj formalno niskimi doplačili. Poizkusi definiranja osnovnega paketa zdravstvenih storitev so se pogosto izkazali za neuspešne, kar je bila posledica tako tehničnih kot tudi političnih razlogov (Dixon et al., 2004: 66). Kljub temu je prehod k sistemu socialnega zdravstvenega zavarovanja zaznamovala tudi vzpostavitev določenega seznama zdravstvenih storitev, ki jih financirajo javni izdatki, kar je pogosto pomenilo izključitev določenih storitev in uvedbo ali povečanje lastnih potrebnih doplačil. Socialno zdravstveno zavarovanje krije relativno širok spekter storitev predvsem na Češkem, Poljskem, Madžarskem in do reforme leta 2004 tudi na Slovaškem, medtem ko je za baltske države značilen višji delež potrebnih lastnih doplačil, posledično pa se tam tudi večja pomen prostovoljnega dodatnega zavarovanja. Zobozdravstvena nega, medicinski pripomočki in zdravila so najpogosteje deležni potrebnih lastnih doplačil v vseh državah srednje in vzhodne Evrope.

4.2.2.3 Način financiranja sistema

Glavni vir prihodkov za financiranje zdravstvenih izdatkov so davki (direktni in indirektni), prispevki socialnega zdravstvenega zavarovanja, premije prostovoljnega zasebnega zavarovanja ter formalna in neformalna lastna plačila. Davki so obvezni za celotno prebivalstvo in jih zbira država. Na drugi strani pa so prispevki socialnega zavarovanja obvezni za celotno ali pretežni del prebivalstva, so pa ločeni od ostalih državnih prihodkov in običajno z njimi upravljajo skladi socialnega zdravstvenega zavarovanja, ki niso nujno odvisni od države.

Prispevki socialnega zavarovanja so običajno določeni kot nek odstotek dohodka, lahko pa so celo nekoliko regresivni, če je posameznikom z visokimi dohodki omogočeno izstopiti iz sistema socialnega zdravstvenega zavarovanja (kot v Nemčiji in na Nizozemskem). Dodatno prispevki predstavljajo večjo obremenitev prebivalstva z nižjimi dohodki, saj se odtegujejo le na podlagi dohodkov iz dela, ne pa tudi premoženja. Zasebno zdravstveno zavarovanje in lastna plačila pa bolj obremenjujejo ljudi z večjimi potrebami po zdravstvenih storitvah, saj so

vezana na potencialno tveganje posameznika, da bo zbolel (zasebno zavarovanje¹⁹) oziroma na dejansko koriščenje zdravstvenih storitev (lastna plačila). (Dixon et al., 2004: 53-54)

Z vidika učinkovitosti so davčni prihodki povezani z močno kontrolo države, saj običajno obstaja globalni limit za javne izdatke, in so tudi administrativno učinkoviti. Tudi zbiranje prispevkov za socialno varnost ima lahko močno državno kontrolo, sploh če obstaja en sam sklad oziroma ima država pristojnost nad skupnim zdravstvenim proračunom oziroma določa prispevne stopnje. (Dixon et al., 2004: 54)

V večini držav je prisotna kombinacija vseh ali večine omenjenih virov: poleg zakonsko določenega osnovnega vira prihodkov (ki so lahko davki ali prispevki socialnega zdravstvenega zavarovanja) vedno predstavljajo določen vir prihodkov tudi lastna plačila prebivalstva, prav tako pa je v večini držav prisotna tudi (sicer različno močna) vloga zasebnega prostovoljnega zavarovanja. Razvitost slednjega je sicer v največji meri odvisna od celovitosti oskrbe, ki je del javnega zdravstvenega varstva oziroma socialnega zdravstvenega zavarovanja.

Zbiranje virov za izdatke zdravstvene oskrbe temelji pretežno na prispevkih socialnega zavarovanja v naslednjih državah: Nemčiji, Avstriji, Franciji, na Nizozemskem, v Luksemburgu, Belgiji ter po prehodu iz centraliziranega državnega sistema zdravstvenega varstva ob koncu devetdesetih let prejšnjega stoletja tudi v večini držav srednje in vzhodne Evrope, t.j. novih članic EU: v Sloveniji, na Češkem, Slovaškem, Madžarskem, Poljskem ter v Estoniji in Romuniji. Po drugi strani se izdatki za zdravstveno oskrbo financirajo pretežno iz davkov v Veliki Britaniji, na Irskem, Švedskem, Finskem, Danskem, v državah južne Evrope (Italiji, Španiji, Grčiji in na Portugalskem), od novih članic pa na Malti in Cipru. Litva, Latvija in Bolgarija so po prehodu iz centraliziranega državnega sistema zdravstvenega varstva kljub ustanovitvi skladov socialnega zdravstvenega zavarovanja ohranile nekoliko bolj mešano financiranje, saj poleg prispevkov socialnega zavarovanja podoben delež predstavljajo tudi davčni viri in/ali transferi iz proračuna. Davčni prihodki so sicer v določenem obsegu običajni vir prihodkov tudi v državah, kjer se zdravstveni sistem financira pretežno s prispevki socialnega zdravstvenega zavarovanja, namenjeni pa so predvsem za

¹⁹ To je sicer odvisno od tega, kako pomembno je privatno zavarovanje za celovito zdravstveno oskrbo oziroma od obsega storitev javne oskrbe. Tako je v primeru večjega pomena privatnega zavarovanja ali v primeru, da je to za določene posameznike alternativno socialnemu (Nemčija, Nizozemska), potrebna večja regulacija s strani države v smeri porazdeljevanja tveganja in zagotavljanja enakomerne dostopa do storitev.

investicijske stroške ter stroške šolanja in raziskav, v nekaterih državah pa tudi za dolgotrajno oskrbo in oskrbo ostarelih (Avstrija, Nemčija, Bolgarija). V nekaterih državah (Nizozemska, Belgija, Luksemburg, Francija) je delež davkov v financiranju zdravstvenih izdatkov sicer nizek, vendar pa so skladi socialnega zdravstvenega zavarovanja lahko deležni določenih davčnih subvencij²⁰, za katere ni jasno, v katero kategorijo so všteti pri merjenju²¹ (kot davčni vir ali med prispevke socialnega zdravstvenega zavarovanja) (Busse et al., 2004: 47).

Po mnenju Dixonove (2004: 61-62) je manj specifična ločnica med davčnimi viri in viri iz prispevkov socialnega zdravstvenega zavarovanja, ki je še posebej izražena v državah srednje in vzhodne Evrope, posledica neuspelega poskusa, da bi v času prehoda sistemov centraliziranega zdravstvenega varstva k sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja slednje generiralo ključni delež prihodkov. Razlogi za to naj bi bili povezani s šibkejšim makroekonomskim okoljem v teh državah, zaradi česar so davčni viri ohranili večjo vlogo, prav tako pa so značilna tudi večja (formalna in neformalna) lastna plačila prebivalstva. Dodatni razlog naj bi bil trg dela, saj nizka formalna zaposlenost in velik sivi trg generira ozko osnovo za pobiranje prispevkov. Nenazadnje pa je prihajalo tudi do tega, da v praksi ni prihajalo do prenosa sredstev, ki bi se morala prenesti iz drugih stebrov socialnega zavarovanja oziroma državnih prihodkov.

Drugi vidik institucionalne kategorije, ki se tiče načina financiranja, je vidik povračila stroškov zdravljenja izvajalcem zdravstvene oskrbe. S teoretičnega vidika obstajata dva glavna modela, ki opredeljujeta povezavo med izvajalci zdravstvenih storitev in plačniki letih: integrirani model, kjer plačniki upravljajo in imajo v lasti izvajalce, ter pogodbeni model, kjer so oboji ločeni med seboj. Številne države prehajajo od integriranega modela z javnimi ponudniki zdravstvenih storitev k eni od oblik kupovanja storitev, kjer so državni ali paradržavni plačniki organizacijsko ločeni od izvajalcev. S tem se želijo med drugim bolj približati zdravstvenim potrebam prebivalstva in uvesti konkurenco med ponudnike ter z uvedbo tržnih mehanizmov povečati učinkovitost (Figueras et al., v Dixon et al., 2004: 56).

²⁰ Na primer v Avstriji, Franciji in Švici so lahko zasebni neprofitni ponudniki zdravstvenih storitev upravičeni do davčnih subvencij, če prevzamejo nase del odgovornosti javne oskrbe in zagotavljajo storitve upravičencem iz socialnega zdravstvenega zavarovanja (Busse et al., 2004: 213).

²¹ Za zahodnoevropske države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja je bila narejena analiza z namenom ugotoviti, koliko te države dejansko financirajo zdravstvene izdatke s prispevki iz plač. V ta namen sta bila primerjana delež prihodkov na podlagi dejanskih prispevkov iz plač in delež celotnih zdravstvenih izdatkov iz naslova socialnega zdravstvenega zavarovanja. Izkazalo se je, da le Nemčija in Nizozemska krijeta več kot 60% celotnih zdravstvenih izdatkov s prispevki iz plač. V Franciji, Avstriji in Luksemburgu je ta delež med 50% in 60%, v Belgiji pa pod 40%. (Busse et al., 2004: 50)

Prehod k pogodbenemu modelu pogosto sovpada tudi s spremembo načina povračila stroškov izvajalcem storitev, ki prehaja iz razporejanja sredstev na podlagi zgodovinskih ali normiranih proračunov k razporejanju sredstev na podlagi dejanske aktivnosti oziroma učinkovitosti. (Dixon et al., 2004: 56)

V državah srednje in vzhodne Evrope je financiranje ponudnikov zdravstvenih storitev v času obstoja centraliziranega zdravstvenega sistema potekalo na osnovi proračunov, določenih glede na pretekla leta in delno prilagojenih za inflacijo. Prerazporejanje med kategorijami ali med posameznimi leti pa je bilo omejeno oziroma ni obstajalo. Po tranziciji sistemov zdravstvenega varstva v teh državah se način financiranja premika v smeri uporabe načinov plačila, ki so vezani na dejansko izvajanje storitev. V primarni oskrbi so izvajalci v vseh državah plačani po glavarini, in sicer v celoti ali pa ima glavarina pretežen delež v kombinaciji s plačilom za storitev (Baltiške države, Madžarska, Poljska, Slovaška, Bolgarija, delno tudi Slovenija, Češka in Romunija). V Latviji je zanimivo, da splošni zdravniki plačujejo tudi del storitev specialistov, h katerim napotijo paciente, kar je bilo uvedeno z namenom okrepiti vlogo primarne oskrbe. Na sekundarni ravni številne države uvajajo nove sisteme plačevanja bolnišnicam, ki so vezani na definirano enoto bolnišničnega proizvoda, saj so se principi plačila glede na stroške dnevnega bivanja (*»per-diem payment«*) ali stroške posameznega primera (*»per-case payment«*) izkazali za neučinkovite, ker so vodili v večanje števila sprejetij v bolnišnice (Dixon et al., 2004: 71). Države, ki še uporabljajo tovrstne metode, so praviloma uvedle tudi količinske omejitve na število primerov (Bolgarija, Slovaška, Litva). Aktualnejše metode plačevanja bolnišnicam so vezane na globalne proračune (Češka, Romunija) in t.i. skupine primerljivih primerov²² (*»diagnosis related groups«*, *»DRG«*) (Estonija, Madžarska). V Sloveniji se metode plačila bolnišnic razlikujejo glede na akutno (vezano na skupino primerljivih primerov) in neakutno (vezano na ceno dnevnega bivanja).

V starih članicah EU se način povračila stroškov izvajalcem storitev razlikuje glede na način financiranja zdravstvene oskrbe, kar je povezano tudi z organizacijo zdravstvenega sistema oziroma razmerjem med izvajalci in plačniki.

²² Gre za grupiranje diagnoz po kategorijah, modificirano z različnimi kriteriji, kot so starost pacienta, obstoj ustreznih operacijskih postopkov idr., in sicer z namenom vnaprejšnjega plačevanja (najpogosteje) bolnišnicam glede na zahtevnost obravnave.

V modelu socialnega zdravstvenega zavarovanja se povračila stroškov izvajalcem izvajajo na podlagi dejansko nastalih izdatkov. Ker so v tem modelu izvajalci in plačniki tradicionalno ločeni med seboj, kar je tudi ena ključnih ločevalnih karakteristik tega modela od univerzalnega, je v veljavi pogodbeni model povračila stroškov izvajalcem. V vseh državah zahodne Evrope z izjemo Nizozemske²³ se sklepajo kolektivne pogodbe med skladi socialnega zdravstvenega zavarovanja in izvajalci storitev, ki se sicer razlikujejo glede na podrobnejše karakteristike (pogodbe med vsemi skladi in izvajalci, pogodbe med vsemi skladi in posameznim izvajalcem, celovite pogodbe ali take, da zahtevajo dodatne podrobnejše pogodbe, idr.), ključne določbe teh pogodb pa se tičejo načina povračila stroškov. Le-ta je odvisen od državne regulative in pogajanj med pogodbenimi strankami. Tako je na primer v Belgiji, Franciji in Luksemburgu paket storitev določen na državni ravni, medtem ko je količina in cena prepuščena pogajanjem med pogodbenimi strankami; v Nemčiji pa je vse predmet pogajanj. (Busse et al., 2004: 53-54) V primarni oskrbi so izvajalci plačani po glavarini ali kombinaciji glavarine in plačila za storitev (Avstrija, Nemčija, Nizozemska), v Belgiji, Franciji in Luksemburgu pa le po principu plačila za storitev. Na sekundarni ravni se države pomikajo od načinov plačila, vezanih na stroške dnevnega bivanja oziroma stroške posameznih primerov; aktualnejši načini plačila so vezani na eksplicitne proračune in/ali uvedbo principa skupin primerljivih primerov (Busse et al., 2004: 54); to velja za vseh šest držav.

V univerzalnem modelu zdravstvenega varstva se povračila izvajalcem posredujejo vnaprej na podlagi letno določenega zdravstvenega proračuna. Pogosto je dodeljevanje finančnih sredstev decentralizirano, sredstva se z nacionalne ravni razdelijo na regionalne/mestne oblasti, pri čemer je pogosta uporaba globalnih proračunov²⁴ (Švedska, Velika Britanija, Danska, Portugalska, Španija, Malta, Ciper), nekatere države pa izvajajo alokacijo na osnovi tehtane glavarine, ponavadi glede na starostno strukturo in zdravstveno stanje populacije (Finska, Velika Britanija, Italija). Regionalne/mestne oblasti nato naprej določajo način vračila stroškov izvajalcem storitev. V primarni oskrbi povračilo stroškov poteka po principu glavarine (Italija) ali kombinacije glavarine in plačila za storitev (Danska, Španija, na

²³ Na Nizozemskem so, nasprotno, v veljavi selektivne pogodbe z bolnišnicami.

²⁴ Globalni proračuni ali limiti izdatkov so vnaprej definirani limiti, ki definirajo količino zdravstvenih storitev in njihovo skupno ceno. Določeni so praviloma vnaprej in dogovorjeni za določeno časovno obdobje. Njihov osnovni namen je, da kontrolirajo agregatne izdatke porabljene za določen program, storitve ali tudi institucijo. Številne države, predvsem tiste z javnim zdravstvenim varstvom, so v procesu reform uvedle globalne proračune kot enega ključnih načinov financiranja, in sicer z namenom povečevanja učinkovitosti in obvladovanja stroškov. To je razlog, da se kot najpomembnejšo slabost globalnih proračunov omenja negativni učinek, ki bi ga obvladovanje stroškov lahko imelo na kakovost zdravstvenih storitev. (Dredge, 2004: 1-3)

Finskem je v kombinaciji tudi osnovna plača splošnih zdravnikov; na Irskem se sredstva za primarno oskrbo prve kategorije alocirajo po principu glavarine, za drugo kategorijo pa po principu plačila za storitev). V Veliki Britaniji so splošni zdravniki samozaposleni in pogodbeno vezani na nacionalno zdravstveno shemo, financiranje njihovih storitev pa poteka v skladu z nacionalnimi pogodbami po principu kombinacije fiksnega plačila, glavarine in plačila za specifične storitve. Na Malti in v Grčiji so zdravniki v primarnem in sekundarnem javnem sektorju plačani uslužbenci. Na Švedskem je v veljavi več načinov plačil v primarni oskrbi (globalni proračuni, glavarina, plačilo glede na stroške dnevnega bivanja in stroške posameznega primera), saj vsaka pokrajina sama določa način plačila. Na sekundarni ravni, tako kot smo videli pri ostalih državah, tudi te države izvajajo plačila po principu globalnih proračunov (Švedska, Španija, Portugalska, Malta) in/ali principu skupin primerljivih primerov (Velika Britanija, Finska, Danska, Italija, Portugalska). Na Cipru financiranje sekundarne ravni še vedno temelji na proračunu, določenem na osnovi preteklega proračuna in prilagojenem za inflacijo. V Grčiji financiranje formalno poteka s strani skladov socialnega zdravstvenega zavarovanja, v praksi pa precej preko davkov, izvaja pa se po principu plačila glede na stroške dnevnega bivanja.

4.2.2.3 Način upravljanja sistema

Pri preučevanju organizacije in načina regulacije zdravstvenih sistemov si lahko pomagamo s standardnim trikotnikom, ki prikazuje relacije med tremi ključnimi subjekti v zdravstvenem sistemu, in sicer zavarovanci, plačniki in izvajalci storitev:

Slika 4.1: Odnos med državo (zavarovalnico), zdravnikom in pacientom



Vir: Stanovnik, 1998, str. 209.

V državah z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva je organizacija in regulacija zdravstvenega sistema bolj intenzivna. Na nacionalnem nivoju, običajno na nivoju Ministrstva za zdravje oziroma podobne institucije, se skrbi za določanje zdravstvene politike, za postavljanje zakonskega okvira, licenciranje in izvajanje regulatorne ter nadzorne funkcije. Zagotavljanje oskrbe in plačevanje storitev izvajalcem so večinoma v pristojnosti lokalnih ravni. To velja predvsem za skandinavske države in države južne Evrope, medtem ko je stopnja centralizacije večja v Veliki Britaniji, na Irskem ter na Malti in Cipru, v zadnjih dveh državah je to logična posledica njune majhnosti. Na Finskem, na primer, se zdravstvena oskrba financira iz lokalnih davkov in nacionalnih subvencij, ki se mestnim oblastem dodeljujejo na podlagi glavarine. Prav tako se na ravni mestnih oblasti določa letni proračun, način razdelitve virov na zdravstvene sektorje in način povračila stroškov izvajalcem storitev, saj na nacionalni ravni ne obstajajo pravila oziroma smernice glede tega (Häkkinen in Linna, 2005: 7).

V državah s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja upravljanje ne temelji zgolj na državnih institucijah, temveč imajo določeno pristojnost tudi skladi socialnega zdravstvenega zavarovanja. Tako je običajno funkcija zbiranja finančnih virov ločena od funkcije plačevanja zdravstvenih storitev, ki jo zagotavljajo skladi. Različne države imajo različno ureditev glede skladov. Francija, Avstrija in Luksemburg imajo relativno nizko število skladov, praviloma je članstvo vezano na poklicne ali druge skupine prebivalstva. Nemčija, Nizozemska in Belgija imajo relativno veliko število skladov, konkurenca med njimi pa je večja, v Nemčiji in na Nizozemskem je bila konkurenca načrtno uvedena v 90. letih prejšnjega stoletja. V Belgiji se skladi delijo glede na pripadnost verskim ali političnim skupinam. Z izjemo Nemčije so skladi v vseh državah povezani v nacionalno krovno organizacijo. V večini držav (razen Nizozemske) so skladi neprofitne javne institucije. Na Nizozemskem pa je posebnost to, da so se številni skladi združili s privatnimi zdravstvenimi zavarovalnicami in tvorijo holdinške skupine javnega in istočasno privatnega značaja. Predvsem v zadnjem desetletju so privatne zdravstvene zavarovalnice začele sodelovati s skladi in pod okriljem velikih finančnih in zavarovalniških konglomeratov ponujajo pakete kolektivnega zavarovanja in/ali pakete za zaposlene²⁵ (Wasem et al., 2004: 230).

²⁵ To je še posebej prišlo do izraza po spremembah v zakonodaji, povezanih s socialnim zavarovanjem, ki je nekatera finančna tveganja, ki izhajajo iz bolezni in nezmožnosti za delo, prenesla s socialnega zavarovanja na breme delodajalcev; ti pa se na ta način zavarujejo pred tovrstnim tveganjem (Wasem et al., 2004: 230).

V novih članicah EU, ki so po prehodu v tržno gospodarstvo večinoma prešle na sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja, so bili ustanovljeni skladi socialnega zdravstvenega zavarovanja med drugim tudi z namenom, da bi se prekinilo monopol države nad lastništvom in financiranjem zdravstvenih storitev. (Dixon et al., 2004: 57) V praksi so sicer ti skladi pogosto še naprej pod okriljem države (ministrstev za zdravje ali finančnih ministrstev), in sicer na Madžarskem, Poljskem, Slovaškem ter v Litvi in Latviji. Na Češkem so skladi precej samostojni in sodelujejo v rednih pogajanjih s predstavniki zdravnikov in poklicnimi zbornicami za določanje nabora storitev, višine premij in načina povračila stroškov.

Kot lahko razberemo iz zgoraj prikazanega primerjalnega okvira ureditve zdravstvenih sistemov, je v EU mogoče zaslediti številne načine ureditve le-teh. V najožjem smislu jih lahko klasificiramo v teoretične kategorije, vendar pri tem ne gre pozabiti, da je vsaka država zgradila svoj zdravstveni sistem z dolgoletno tradicijo, zato je za celovito razumevanje ozadja potrebno tudi poznavanje zgodovinske, socialne in drugih komponent, ki jih bom poskušala upoštevati pri kategorizaciji držav po modelih zdravstvenega varstva. Ne glede na ureditev zdravstvenega sistema je državam EU skupno to, da večinoma želijo uravnati potrebe po univerzalnem dostopu do zdravstvene oskrbe, pri čemer stremijo k doseganju čim večje pravičnosti pri razporejanju finančnega bremena. V državah, v katerih so vloge izvajalcev in plačnikov zdravstvenih storitev tradicionalno ločene, so se (za razliko od ZDA) med njimi razvili odnosi bolj v smislu sodelovanja kot pa tekmovalnosti (Commission on Profit or Not-for-Profit in the Swedish Health System, 2002:19). Nadalje države, kjer je vloga zasebnega sektorja v zdravstvu pomembnejša, z regulacijo ščitijo šibkejšo skupino prebivalstva. V Nemčiji in na Nizozemskem, kjer je določen del zdravstvenega sistema bližje ureditvi privatnega sistema zdravstvenega zavarovanja, obstaja močnejša regulacija države na tem delu, in sicer predvsem na področju združevanja tveganj.

4.2.3 Razvrstitev držav EU glede na ureditev sistema zdravstvenega varstva

Ker je o teoretični klasifikaciji zdravstvenih sistemov že bilo govora v poglavju o temeljnih konceptih in pojmi, se bom v tem poglavju navezala na eno od navedenih klasifikacij, ki je na tem mestu ne bom ponovno posebej izpostavljala. Gre za Barrovo (2004: 274) klasifikacijo

zdravstvenih sistemov, torej delitev na kvazi-aktuarski model, model socialnega zdravstvenega zavarovanja in univerzalni model zdravstvenega varstva.

S pomočjo institucionalnih dimenzij ureditve zdravstvenih sistemov v državah EU smo v prejšnjem poglavju dokaj razločevalno nakazali na razvrstitev le-teh po modelih. Videli smo, da ureditev zdravstvenega zavarovanja po principu kvazi-aktuarskega modela v praksi znotraj EU ne obstaja. Tako lahko vseh 27 držav razvrstimo v enega od preostalih dveh modelov:

- (1) države s socialnim zdravstvenim zavarovanjem so Nemčija, Francija, Nizozemska, Avstrija, Belgija, Luksemburg in večina novih članic (Slovenija, Češka, Slovaška, Madžarska, Poljska, Bolgarija, Romunija, pretežno tudi baltske države);
- (2) države z univerzalnim modelom zdravstvenega varstva so Velika Britanija, Irska, skandinavske države, južnoevropske države, od novih članic pa Malta in Ciper.

Zgodovinsko gledano predstavljajo principi, ki so značilni za sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja, izvor ureditve zdravstvenih sistemov vseh zahodno evropskih držav. Trenutni skoraj povsem univerzalni sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja je posledica sedemsto letnega zgodovinskega procesa. Precedens povezovanja zdravstvenega zavarovanja s poklicem predstavljajo nemško govoreče države in Švedska, sega pa v čase, ko država še ni posegala na to področje. Bismarck, po katerem se ta ureditev pogosto imenuje, je leta 1883 uzakonil prej obstoječo prostovoljno strukturo v od države regulirane sklade socialnega zavarovanja, kar predstavlja začetek modernejši dobe za sisteme socialnega zdravstvenega zavarovanja. (Saltman in Dubois, 2004: 22)

V obdobju po drugi svetovni vojni so številne države zahodne Evrope prešle na univerzalni sistem zdravstvenega varstva. Prvi val je trajal od 1948 do 1973 in je vključeval Veliko Britanijo, Dansko in Finsko. Drugi val je trajal od 1978 do 1986, vključeval pa je južno evropske države. (Saltman in Dubois, 2004: 24) Prehod na sistem univerzalnega zdravstvenega varstva je bil zaznamovan z vzpostavitvijo nacionalnih zdravstvenih shem, katerih cilj je bil zagotoviti kolektivno državno odgovornost za celovito zdravstveno oskrbo, ki naj bo brezplačna in dostopna vsakemu prebivalcu. V skandinavskih državah sicer sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja nikoli ni igral pomembne vloge, saj v teh državah odgovornost državnih oziroma regionalnih oblasti za zagotavljanje zdravstvenih storitev sega nazaj že stoletja. Na Švedskem so na primer že v 17. stoletju mestne oblasti zaposlovale zdravnike, ki so zagotavljali javno oskrbo. Tudi na Finskem je zdravstvena oskrba že dolgo

obravnavana kot javna odgovornost, postopoma pa se je vključevalo storitve, ki so spadale pod javno oskrbo. Prehod na univerzalni sistem zdravstvenega varstva v teh državah dejansko pomeni uvedbo nacionalnih zdravstvenih shem in ne bistvenih sprememb v načinu zbiranja virov za financiranje oskrbe, kot je značilno za južno evropske države.

Glede na navedeno je smiselno izpostaviti, da je ureditev zdravstvenega sistema v posameznih državah skupek različnih zgodovinskih, socialnih, razvojnih in drugih dejavnikov in da gre za različen pristop k doseganju bolj ali manj podobnih ciljev, povezanih z zagotavljanjem čim bolj celovite oskrbe za čim večji delež oziroma za celotno prebivalstvo. Ob upoštevanju teh dejavnikov je zato smiselno znotraj obstoječih oblikovati še dve dodatni kategoriji držav, in sicer:

- (1) južnoevropske države znotraj skupine držav z univerzalnim modelom zdravstvenega varstva ter
- (2) države srednje in vzhodne Evrope znotraj skupine držav s socialnim zdravstvenim zavarovanjem.

Tako lahko na podlagi primerjalne analize zgodovinskega ozadja in obstoječe zdravstvene politike južnoevropskih držav ter nekaterih kvantitativnih kazalnikov ugotovimo, da obstaja dovolj skupnih karakteristik, da lahko govorimo o značilni zdravstveni politiki teh držav. V teh državah je namreč v zadnjih 30 letih na delu področja socialne blaginje (predvsem zdravstvo in izobraževanje) potekal razvoj v smeri uveljavitve principa univerzalnosti. Vse štiri države je na področju zdravstva zaznamoval prehod od principa enakovrednosti (po Bismarcku) k principu enakosti oziroma univerzalnosti (po Beveridgeu), kar se kaže v prehodu iz sistema socialnega zavarovanja k vzpostavitvi sistemov nacionalnega zdravstvenega varstva, in sicer najprej v Italiji (1978), sledile so Portugalska (1979), Grčija (1984) in Španija (1986). Vse države so se v obdobju prehoda ukvarjale tudi z notranjepolitičnimi zadevami, Italija z vladnimi krizami, ostale tri pa z demokratizacijo, kar je na različne načine vplivalo na celovitost prehoda k principu univerzalnosti na področju zdravstva in s tem na precejšnje razlike, ki obstajajo še danes. Stopnja univerzalnosti, ki so jo posamezne države dosegle z uvedbo nacionalne zdravstvene sheme, je zato različna. Največ problemov pri uvajanju univerzalne zdravstvene sheme sta imeli Portugalska in Grčija, medtem ko je bil prehod uspešnejši v Italiji in Španiji. V južnoevropskih državah, morda z

izjemo Italije, se tako kljub univerzalizaciji vsaj v določeni meri še vedno odražajo sledovi Bismarckovega sistema²⁶. (Snoj, 2005: 13)

Nasprotno od južnoevropskih držav pa je države srednje in južne Evrope zaznamoval prehod v smeri od univerzalnega, centraliziranega sistema zdravstvenega varstva k sistemu socialnega zdravstvenega zavarovanja po vzoru številnih zahodno evropskih držav. Gre za države, ki so podedovale neracionalen sistem zdravstvenega varstva, kar se je v številnih državah kazalo v preobsežnih in nepravilno izkoriščenih bolnišničnih zmogljivostih, premalo izobraženem kadru, slabi tehnološki opremljenosti, nerazviti primarni oskrbi in slabi kvaliteti zdravstvene oskrbe nasploh. Sprememba v ureditvi zdravstvenih sistemov v teh državah je bila največja na področju financiranja in je pomenila spremembo načina zbiranja in združevanja sredstev na eni strani ter spremembo odnosov med izvajalci storitev in plačniki na drugi strani (Figueras et al., 2004: 14). Iz sistema, ki se je financiral iz davčnih prihodkov in je bil rezultat političnih pogajanj in preferenc (ki zdravstvu kot neproduktivnemu sektorju niso bile naklonjene), sta se v obdobju tranzicije razvila dva nova vira financiranja, in sicer prispevki socialnega zdravstvenega zavarovanja in lastna plačila prebivalstva. Razlogi, da so te države prešle na sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja, so naslednji: (1) da bi prekinile monopol države nad lastništvom in financiranjem, (2) da bi povečale odgovornost posameznikov, (3) da bi povečale učinkovitost, s tem da bi povečale odgovornost izvajalcev za porabo virov, ter (4) da bi prenesle odgovornost za zdravstvo na od države neodvisno organizacijo (Dixon et al., 2004: 57). V praksi je bila doslednost pri zasledovanju teh ciljev problematična, saj so bili novoustanovljeni skladi v mnogih državah pod okriljem države. Kot sem tudi že omenila, je za nekatere države iz te kategorije, predvsem za baltske države, značilna manj specifična ločnica med davčnimi viri in viri iz prispevkov socialnega zdravstvenega zavarovanja, saj v času prehoda sistemov socialno zdravstveno zavarovanje ni bilo sposobno generirati ključnega deleža prihodkov za financiranje zdravstvene oskrbe.

²⁶ To je še posebej izrazito na Portugalskem, kjer je slabih 30 let po uvedbi nacionalne sheme še vedno četrtna populacije vključene v določene posebne zavarovalne sheme kot podsisteme nacionalnega zavarovanja, ki so vezani na zaposlenost oz. poklice, saj ti nudijo boljšo oskrbo kot nacionalna shema. Ta del se še vedno financira iz prispevkov zaposlenih in delodajalcev, tako da je v primerjavi s Španijo in Italijo manjši del zdravstva financiran iz splošnih davkov. Dejansko lahko govorimo o treh nivojih portugalskega zdravstvenega sistema: poleg nacionalne sheme in omenjenih podsistemov obstaja še prostovoljno zasebno zavarovanje. V slednje je vključeno približno 10% prebivalstva (European Observatory on Health Care Systems: Spain, 2004: 25)

4.2.4 Kvantitativna analiza zdravstvenih sistemov v državah EU

Za celovito kvantitativno primerjalno analizo zdravstvenih sistemov po državah bi bilo potrebno analizirati podatke z različnih področij zdravstva, kot na primer podatke o povpraševanju in potrebah po zdravstveni oskrbi, o virih financiranja in izdatkih za oskrbo ter podatke o porabi virov pri zagotavljanju oskrbe. Pri tem je potrebno upoštevati številne omejitve, ki izhajajo iz različnih metod merjenja, zbiranja in interpretiranja podatkov. Ker namen magistrske naloge ni ocenjevati uspešnosti ureditve zdravstvenih sistemov po teh kazalnikih, temveč želim s pomočjo nekaterih podatkov predvsem dopolniti zgoraj izvedeno primerjalno analizo po državah, se bom v tem razdelku osredotočila predvsem na podatke o virih financiranja in izdatkih za zdravstveno oskrbo.

Kljub različnim ureditvam zdravstvenih sistemov imajo načini financiranja po državah EU veliko skupnega. Vsi sistemi se financirajo iz različnih virov, od katerih je večina pod neposrednim (davki) ali posrednim (prispevki socialnega zdravstvenega zavarovanja) nadzorom države. Direktna plačila prebivalstva predstavljajo le manjši delež. Vsi sistemi nadalje uporabljajo posrednika za prenos finančnih sredstev od uporabnikov zdravstvenih storitev k izvajalcem (skladi socialnega zavarovanja ali država), in sicer z namenom prerazdeljevanja stroškov med bolne in zdrave ter glede na plačilno sposobnost.

Ker sem v prejšnjem razdelku države EU razvrstila po sistemih zdravstvenega varstva, pričujem v nadaljevanju najprej z analizo zdravstvenih izdatkov po posameznih skupinah držav. Kot je razvidno iz tabele 4.1 in slike 4.1, so celotni zdravstveni izdatki, izraženi kot delež bruto domačega proizvoda (BDP), najvišji v državah s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja. Ker sodi med te države tudi večina novih članic EU, ki zaradi nizkega deleža zdravstvenih izdatkov v BDP znižujejo povprečje, smo države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja razdelili v dve kategoriji in jih prikazali ločeno. Države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja, ki so bile članice EU pred 1.5.2004, v povprečju namenjajo 9,1% BDP izdatkom za zdravstvo, medtem ko države z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva tem izdatkom namenjajo 8,2% BDP²⁷. Po drugi strani pa je delež javnih zdravstvenih izdatkov v celotnih zdravstvenih izdatkih višji v državah z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva (73,0%). V državah s sistemom socialnega

²⁷ Od novih članic med slednje sodita le Malta in Ciper, zato te kategorije držav nisem razdeljevala.

zdravstvenega zavarovanja ta delež znaša 70,3% (samo prvotne članice²⁸) oziroma 72,8% (vse članice).

Opazimo lahko tudi, da je delež lastnih plačil v zasebnih zdravstvenih izdatkih občutneje višji v državah z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva, in sicer 86,2% v primerjavi s 47,3% v državah s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja, kar pojasnujem s tem, da je v slednjih bolj razvito zasebno (dopolnilno ali dodatno) zdravstveno zavarovanje, tudi kot posledica relativno nižjega deleža javnih zdravstvenih izdatkov v celotnih zdravstvenih izdatkih. Tudi ta podatek je prikazan ločeno za nove članice, saj je zaradi zaenkrat še nerazvitega trga zasebnega zavarovanja v le-teh delež lastnih plačil v zasebnih zdravstvenih izdatkih bistveno višji.

Tabela 4.1: Zdravstveni izdatki po posameznih skupinah držav (podatki so za leto 2003)

	Zdravstveni izdatki kot delež BDP	Javni izdatki kot delež BDP	Zasebni izdatki kot delež BDP	Javni izdatki za zdravstvo kot delež celotnih izdatkov	Zasebni izdatki za zdravstvo kot delež celotnih izdatkov	Lastna plačila kot delež zasebnih izdatkov
EU-15	8,8	6,5	2,3	74,6	25,4	71,7
EU-12	7,1	5,0	2,0	70,7	29,3	88,0
ZV	8,2	6,0	2,2	73,0	27,0	86,2
SZZ	7,8	5,7	2,1	72,8	27,2	73,1
SZZ EU-15*	9,6	6,8	2,8	70,3	29,7	47,3
SZZ EU-12	6,9	5,0	1,9	72,1	27,9	86,9

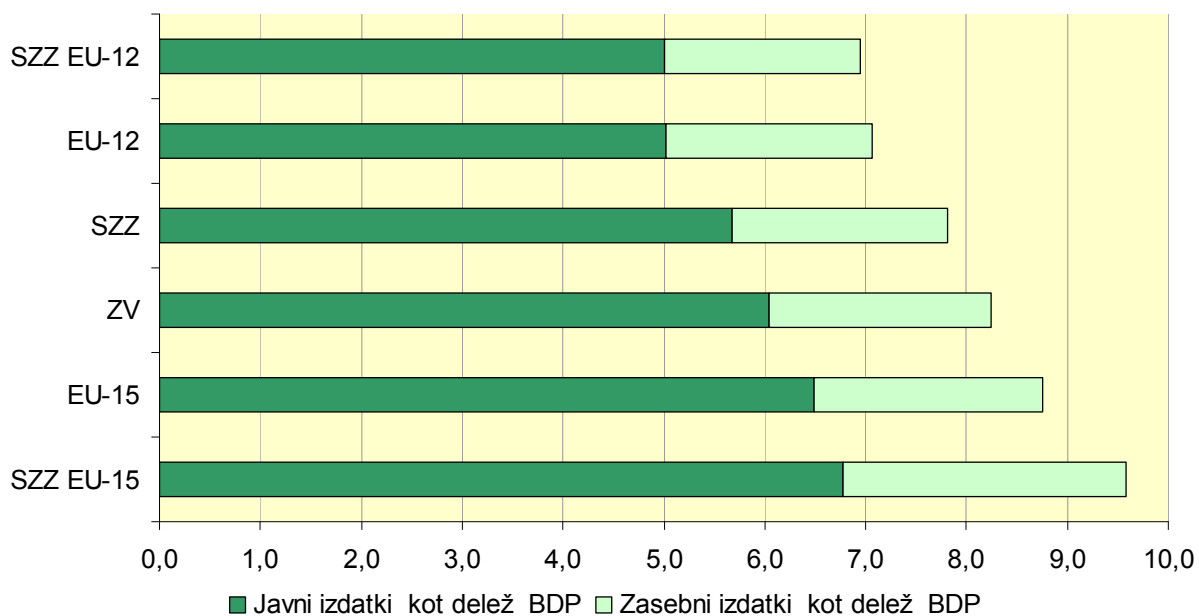
* podatki ne vključujejo Luksemburga (glej opombe)

Legenda: EU-15 ... države, ki so bile članice EU pred 1.5.2004
 EU-12 ... države, ki so postale članice EU po 1.5.2004
 ZV ... države z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva
 SZZ ... države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja
 SZZ EU-15 ... države s SZZ, ki so bile članice EU pred 1.5.2004
 SZZ EU-12 ... države s SZZ, ki so bile članice EU po 1.5.2004

Vir: Health System Statistics, www.who.int, lastni izračuni.

²⁸ Iz izračuna je izključen Luksemburg, saj je v Luksemburgu delež javnih izdatkov za zdravstvo v BDP izjemno visok (91%) in je posledica zelo celovitega obsega storitev, ki jih krije zdravstveno zavarovanje. Posledično ima Luksemburg tudi najvišjo vrednost zdravstvenih izdatkov na prebivalca (3.680 USD, sledi Nemčija s 3.000 USD), seveda pa dosega tudi visoko stopnjo zadovoljstva državljanov z zdravstvenim sistemom.

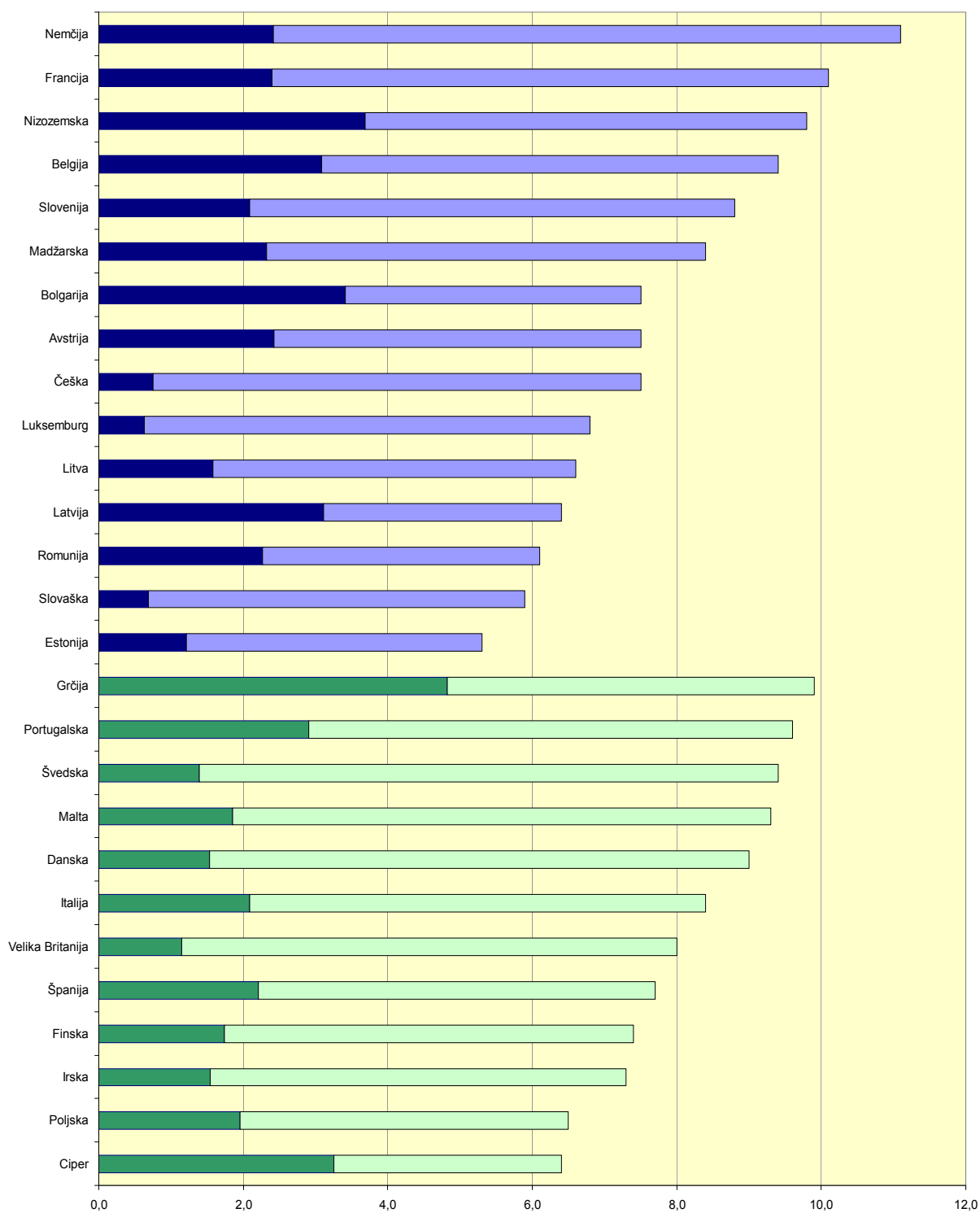
Slika 4.2: Zdravstveni izdatki po posameznih skupinah držav (podatki so za leto 2003)



Vir: Health System Statistics, www.who.int, lastni izračuni.

Slika 4.3 prikazuje podatke o zasebnih in javnih zdravstvenih izdatkih, izraženih v deležu BDP, po posameznih državah, in sicer ločeno po dveh najširših kategorijah držav (sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja in sistem univerzalnega zdravstvenega varstva).

Slika 4.3: Zasebni in javni zdravstveni izdatki kot delež BDP (podatki so za leto 2003)



Opomba: modra kombinacija je uporabljena za prikaz držav s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja, zelena pa za države z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva. Temno so osenčeni zasebni izdatki, svetlo pa javni izdatki.

Vir: Health System Statistics, www.who.int, lastni izračuni.

Vidimo lahko tudi razliko med severno evropskimi državami z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva na eni strani in južno evropskimi državami, ki so ta sistem prevzele naknadno, na drugi strani. Delež javnih izdatkov v slednjih je namreč relativno nižji. Kot navajata Grimmesein in Rothgang (2004: 10), za te države za razliko od ostalih zahodno evropskih držav ni bila značilna širitev države blaginje v obdobju hitre gospodarske rasti po drugi svetovni vojni do naftnih šokov.

Iz navedene analize lahko povzamemo, da imajo države s socialnim zdravstvenim zavarovanjem sicer v splošnem večjo raznolikost ponudnikov zdravstvenih storitev in običajno omogočajo tudi večjo izbiro pacientom, vendar imajo po drugi strani tudi višje stroške zdravstvenega sistema, ki jih tudi težje nadzirajo. Kot bomo videli v naslednjem poglavju, je bilo v zadnjih dvajsetih letih omejevanje stroškov eden glavnih ciljev reform v vseh državah.

4.3 Reforme sistemov zdravstvenega varstva

Zdravstvena reforma je definirana kot namenski, trajni in sistematični proces strukturnih sprememb, ki se izvajajo na enem ali več ključnih področjih podsistemov zdravstvenega sektorja (Saltman, Figueras, 1997: 3).

V grobem poznamo dve skupini vzrokov, ki spodbujajo reformo zdravstva. Prvo skupino predstavljajo dejavniki zunaj zdravstvenega sektorja, ki vplivajo na splošni okvir, v katerem se zdravstvena politika izvaja. Gre za politične, ideološke, sociološke, zgodovinske, kulturne in ekonomske faktorje, ki so ponavadi del širših družbenih sprememb, kar pomeni, da so vpeti v širša reformna prizadevanja državno podprtih programov za zagotavljanje splošne blaginje prebivalstva. Drugi sklop faktorjev pa neposredno odraža probleme zdravja in zdravstvenega sektorja. V to skupino uvrščamo specifične cilje populacije, skupaj z naraščajočimi pritiski na zdravstveno porabo ter strukturnimi in organizacijskimi cilji (Jakovac, 2002: 3).

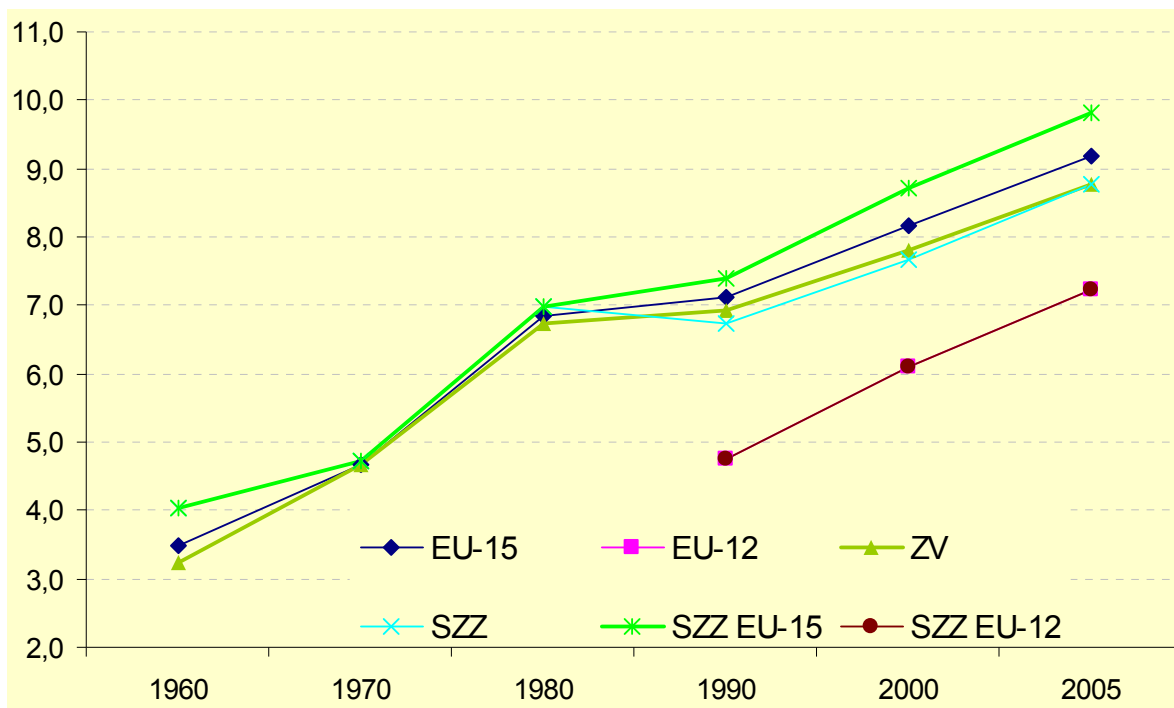
Med dejavniki zunaj zdravstvenega sektorja je smiselno poleg eksplicitnih dejavnikov, kot so na primer makroekonomska realnost ter demografski dejavniki²⁹, izpostaviti tudi prevladujoče

²⁹ Na primer višina gospodarske rasti, omejenost članic EU glede proračunskega primanjkljaja, stopnja brezposelnosti (makroekonomska realnost) ali staranje prebivalstva (demografski dejavniki).

norme in načela, ki veljajo v družbi. Tu gre za vprašanja, kot so kolikšna naj bo pristojnost in vloga države pri ureditvi zdravstva, oziroma za še bolj osnovna vprašanja, ki se dotikajo dilem, koliko je zdravstvo tržna in koliko socialna kategorija.

V času hitre rasti evropskih gospodarstev v povojnem obdobju je bilo zdravstvo relativno izolirano od političnih pritiskov. Konec tega obdobja pa je bil v luči upočasnitve gospodarske rasti, ki so jo sprožili naftni šoki v letih od 1973 do 1979, zaznamovan tudi s ponovno okrepljenimi pritiski glede definicije države blaginje in socialne varnosti, kar se je odražalo tudi na področju zdravstva. Osemdeseta leta preteklega stoletja so bila tako zaznamovana s številnimi zdravstvenimi reformami, ki so bile še posebej izrazite v južnoevropskih državah. Reforme so se nadaljevale tudi v devetdesetih letih; v državah zahodne Evrope so bile konstantne in so se pojavljale na približno tri do pet let, vendar niso radikalno spreminjale tradicionalne organizacije in strukture zdravstvenih sistemov, pač pa so se izvajale predvsem na področju regulacije in sistemov plačevanja ponudnikov zdravstvenih storitev. Po drugi strani pa so bile države srednje in vzhodne Evrope izpostavljene radikalnim reformam, saj so v času prehoda na tržno gospodarstvo korenito spreminjale svoje zdravstvene sisteme.

Kot lahko razberemo iz slike 4.4, ki prikazuje gibanje deleža zdravstvenih izdatkov v BDP za posamezne države (ločeno po povprečnih vrednostih za posamezne skupine držav), se je v vseh državah delež povečeval. Države, ki so bile članice EU pred 1.5.2004, močno izstopajo po višini deleža v primerjavi z državami srednje in vzhodne Evrope. Prav tako vidimo tudi, da je predvsem od 80. let prejšnjega stoletja dalje delež zdravstvenih izdatkov v BDP v državah s socialnim zdravstvenim zavarovanjem precej hitreje naraščal kot v državah z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva, kar kaže tudi na to, da so bile reforme v slednjih uspešnejše glede omejevanja stroškov.

Slika 4.4: Gibanje deleža zdravstvenih izdatkov v BDP po skupinah držav EU (v %) ³⁰

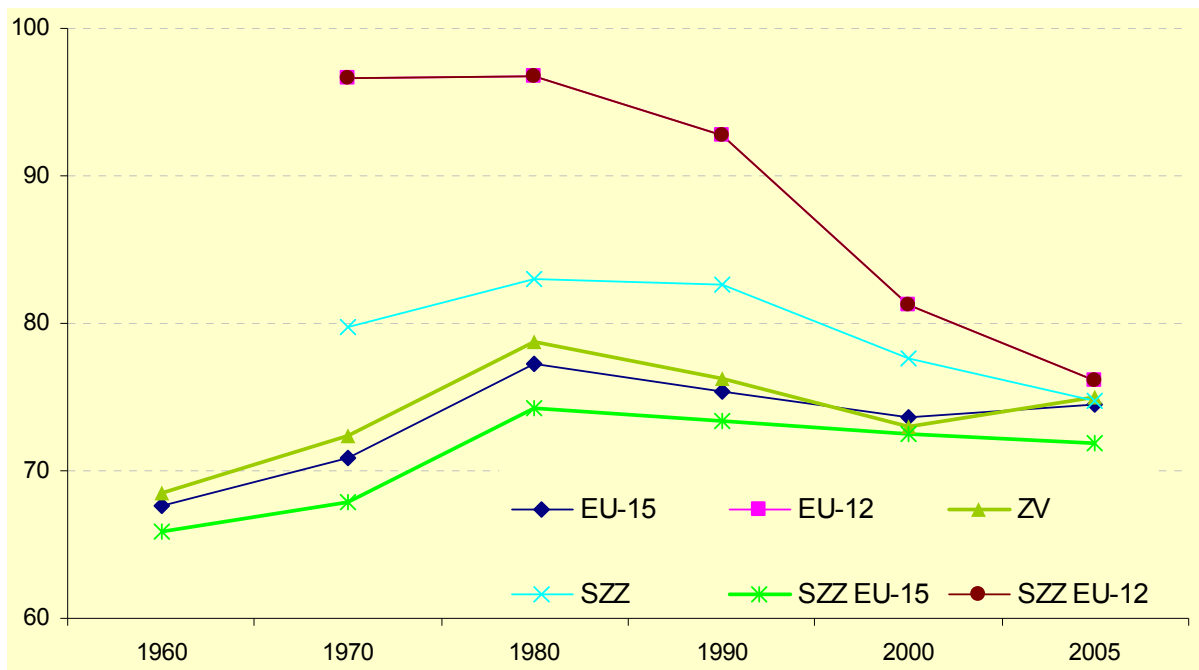
Opomba: povprečja so izračunana iz razpoložljivih podatkov (le za države članice OECD)

Vir: www.who.int, www.oecd.int, lastni izračuni.

Slika 4.5 prikazuje postopno padanje deleža javnih izdatkov v celotnih zdravstvenih izdatkih. To je bilo seveda najbolj izrazito v državah srednje in vzhodne Evrope, ki so iz državno integriranega zdravstvenega modela prehajale na sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja. Poleg tega pa je tudi razvidno, kot smo ugotovili že v poglavju 4.2.4, da je delež javnih izdatkov v celotnih zdravstvenih izdatkih v državah z nacionalno zdravstveno shemo višji kot v državah s socialnim zdravstvenim zavarovanjem (brez upoštevanja novih članic). Po vseh skupinah držav je sicer opazno padanje tega deleža od 80. let preteklega stoletja, ko so se začeli izvajati reformni procesi. Ob dejstvu, da se delež celotnih zdravstvenih izdatkov v BDP po državah povečuje, lahko sklepamo, da se posledično povečuje tudi delež zasebnih izdatkov za zdravstvo.

³⁰ Legenda: EU-15 ... države, ki so bile članice EU pred 1.5.2004
 EU-12 ... države, ki so postale članice EU po 1.5.2004
 ZV ... države z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva
 SZZ ... države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja
 SZZ EU-15 ... države s SZZ, ki so bile članice EU pred 1.5.2004
 SZZ EU-12 ... države s SZZ, ki so bile članice EU po 1.5.2004

Slika 4.5: Gibanje deleža javnih izdatkov v celotnih zdravstvenih izdatkih po skupinah držav EU (v %)



Opomba: povprečja so izračunana iz razpoložljivih podatkov (le za države članice OECD)

Vir: www.who.int, www.oecd.int, lastni izračuni.

S povečevanjem deleža zasebnih izdatkov se države odmikajo od načela pravičnosti pri zagotavljanju zdravstvenih storitev. Jones et al. (2004) na podlagi empiričnih modelov, s katerimi preučujejo vpliv dodatnega zdravstvenega zavarovanja na obiskovanje specialistov v petih državah s sistemom zdravstvenega varstva³¹, ugotavljajo, da se verjetnost sklenitve dodatnega zavarovanja povečuje z dohodkom in delno tudi z boljšim zdravstvenim stanjem ljudi. Nadalje ugotavljajo tudi, da v vseh preučevanih državah obstaja pozitivna povezava med deležem dodatnega zavarovanja in obiskom specialistov. Iz obeh ugotovitev gre sklepati, da dodatno zdravstveno zavarovanje prispeva k povečevanju neenakosti v korist bogatejših.

Wasem et al. (2004: 241) v zvezi z večanjem pomembnosti zasebnega zavarovanja izpostavljajo tudi naslednjo dilemo: na eni strani države sicer povečujejo vlogo zasebnega zavarovanja z namenom omejevanja stroškov, na drugi strani pa naj bi zasebno zavarovanje povzročalo pritiske na zagotavljanje storitev tudi v okviru socialnega zavarovanja, saj

³¹ Irska, Italija, Portugalska, Španija in Velika Britanija.

dopolnilno/dodatno zavarovanje zagotavlja drugačno (na primer modernejšo) oskrbo, kot je zagotovljena v okviru socialnega zavarovanja. Prav tako kritje stroškov s strani zasebnega namesto s strani socialnega zavarovanja ne prispeva k omejevanju skupnih zdravstvenih izdatkov, kar je bil osnovni namen takega ukrepanja³².

Izpostavimo lahko torej dve pomembnejši značilnosti zdravstvenih sistemov v državah EU: na eni strani države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja v povprečju porabijo za zdravstvo večji delež finančnih virov, kar se kaže v višjem deležu zdravstvenih izdatkov v BDP. Ta delež je nižji v državah z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva, ki imajo centraliziran nadzor nad zdravstvenim proračunom. Na drugi strani pa v prvi skupini držav prihaja do problemov prevelike ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah, medtem ko se države v drugi skupini soočajo s čakalnimi vrstami, neučinkovitim upravljanjem (predvsem bolnišnic) in omejevanjem proste izbire pacientov. Tako lahko pri različnih avtorjih (Hassenteufel in Palier, 2006; Brinzan, 2003; Freeman, 1998) zasledimo, da vsak zdravstveni sistem generira specifično vrsto problemov: sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja vsesplošno naraščanje stroškov ob sicer bolj raznoliki zdravstveni oskrbi in večji možnosti izbire pacientov, sistem univerzalnega zdravstvenega varstva pa problematiko zagotavljanja učinkovite in ustrezne oskrbe ob sicer relativno uspešno omejenih finančnih virih. Pri tem je zanimivo, da države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja ne dosegajo boljših rezultatov pri indikatorjih zdravja svojega prebivalstva (Hassenteufel in Palier, 2006: 7). Nadalje se v obeh sistemih pogosto izpostavlja vprašanje zagotavljanja pravičnosti pri dostopanju do zdravstvene oskrbe: v sistemih socialnega zdravstvenega zavarovanja z vidika plačevanja prispevkov in koncepta zavarovalniških funkcij v zdravstvu, v sistemih univerzalnega zdravstvenega varstva pa zaradi vse bolj pogostega obstoja »dvojne prakse« zdravnikov, ki istočasno delajo v javnem in zasebnem sektorju, kar izriva javno oskrbo, še posebno, če obstajajo daljše čakalne vrste v javnem sektorju.

Kljub različnemu izvoru problemov v obeh zdravstvenih sistemih, so reformni ukrepi pogosto uporabljali podobne ukrepe predvsem na področju regulacije in plačevanja ponudnikom zdravstvenih storitev. Tako na eni strani države Bismarckovega bloka, ki sicer tradicionalno temeljijo na konceptu pogajanj, uvajajo proračunske limite. Po drugi strani države

³² Zasebno zavarovanje je manj učinkovito pri zniževanju stroškov kot socialno zdravstveno zavarovanje, predvsem na ambulantni ravni: v Nemčiji so na primer med letoma 1991 in 1999 izdatki za ambulantno nego na prebivalca zrasli za 62% v zasebnem sektorju, medtem ko so v javnem sektorju zrasli za 25%; razmerje za zdravila je bilo 56% proti 13% (Wasem et al., 2004: 237).

Beveridgeovega bloka uvajajo koncept pogajanj v svoj birokratski in univerzalni sistem, s čimer ločujejo državne ali paradržavne plačnike storitev od ponudnikov; poleg tega uvajajo tudi tržne mehanizme³³. V Veliki Britaniji v sklopu zadnjih reform na primer uvajajo novo obliko neprofitnih organizacij – bolnišnic, ki jih vodijo lokalni deležniki (ang. »stakeholders«) in so neodvisne od nacionalne zdravstvene sheme. Gre za t.i. »*foundation hospitals*«, s katerimi želi vlada do leta 2008 decentralizirati funkcijo odločanja in jo prenesti z nivoja nacionalne zdravstvene sheme na raven lokalnih skupnosti; kar kritiki reforme označujejo kot težnje k privatizaciji zdravstva.

Uporaba podobnih reformnih ukrepov držav obeh blokov je načeloma razumljiva, saj se države srečujejo z enakimi vprašanji, povezanimi z zagotavljanjem kvalitete, učinkovitosti in solidarnosti v pogojih starajočega se prebivalstva ter pod pritiskom stalnega tehnološkega napredka (Brinzan, 2003: 4).

Hassenteufel in Palier (2006: 2) ugotavljata, da so bili za države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja značilni štirje sklopi reform. Prvi sklop se nanaša na povečevanje prispevnih stopenj namesto zniževanja pravic in je značilen za obdobje pred 1980, ko so zdravstveni izdatki začeli naraščati hitreje kot gospodarska rast. Drugi sklop v osemdesetih letih je temeljil na naraščanju zasebnih izdatkov. Tretji sklop so predstavljale bolj institucionalne reforme v devetdesetih letih, ki so temeljile na povečevanju regulatorne vloge države, ki je predvsem preko omejenih proračunov skušala brzdati rastoče stroške. Zadnji sklop so predstavljale spremembe na področju upravljanja z uvajanjem logike učinkovitega poslovanja in konkurence. Na drugi strani so države z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva omejene proračune zagotavljale z racionalizacijo storitev, kar je povzročilo čakalne vrste. V obeh sistemih pa je zniževanje stroškov vodilo v določeno stopnjo privatizacije predvsem na področju neakutne nege, kot na primer preventivne nege, rehabilitacije in zobozdravstva.

Primerjava reformnih ukrepov po državah s tradicionalnim sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja nam pokaže, da je bil do devetdesetih let prejšnjega stoletja cilj reform poleg stabilizacije rastočih zdravstvenih izdatkov tudi povečevanje osveščenosti in

³³ V Veliki Britaniji so na primer že leta 1990 vpeljali tržne mehanizme v nacionalno zdravstveno shemo, in sicer so z namenom povečanja učinkovitosti poskrbeli za razdelitev pristojnosti med plačniki zdravstvenih storitev (država) in med ponudniki (skupnosti splošnih zdravnikov, skupnosti bolnišnic) z uveljavitvijo pogodb, ki so določale količino in cene storitev (Grimmesein in Rothgang, 2004: 14-15)

možnosti izbire pacientov. Po tem obdobju pa se je cilj reform osredotočil predvsem na zagotavljanje finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema v smislu omejevanja stroškov in učinkovitejšega upravljanja. K temu so prispevali rastoči javni izdatki po državah, upočasnjevanje gospodarske rasti ter tudi zahteve EU glede doseganja makroekonomske stabilnosti. Najpogostejši ukrepi po teh državah so obsegali zmanjševanje deleža povrnjenih stroškov zdravljenja in posledično povečevanje zasebnih izdatkov (Francija, Nemčija, Avstrija), nadzor cen farmacevtskih izdelkov in uvajanje generičnih zdravil (Avstrija, Francija), omejevanje števila zdravnikov in (poskusi) uvajanja splošnih zdravnikov z vlogo vratarja (Francija, Nemčija). V luči uvajanja logike učinkovitega poslovanja in konkurence so bili na področju upravljanja reformni ukrepi pogosto povezani z večanjem nadzora nad načrtovanjem poslovanja bolnišnic in uvajanjem sistema skupin primerljivih primerov (vseh šest držav).

V državah s tradicionalnim sistemom univerzalnega zdravstvenega varstva so se reformni procesi osredotočali na naslednja ključna področja: odgovornosti glede ponudbe zdravstvenih storitev, postavljanje prioritet in definiranje pravic pacientov ter omejevanje stroškov. V okviru prvega področja gre za decentralizacijo (angl. »*devolution*«), t.j. prenos pristojnosti glede različnih področij zdravstvenega sistema na regionalno/deželno/lokalno raven. Na Švedskem je bila na primer že leta 1982 odgovornost glede izvajanja storitev (alokacijski in finančni vidik) prenesena na raven deželnih svetov, podobno je na Danskem. Na Finskem je večina pristojnosti s področja zdravstva v rokah mestnih oblasti. Velika Britanija in Irska imata nekoliko bolj centraliziran sistem nacionalne zdravstvene sheme. Dodatno gre v okviru tega področja tudi za ločevanje funkcije plačnikov zdravstvenih storitev od njihovih ponudnikov in s tem za premik od povsem integriranega modela k zagotavljanju določene stopnje konkurence med ponudniki. Na področju postavljanja prioritet in definiranja pravic pacientov gre za odločanje glede alokacije resursov, ki se z nivoja individualnih ponudnikov prenaša na višji, javni nivo (definiranje storitev v okviru zagotavljanja javne oskrbe). Glede tretjega področja, to je omejevanja stroškov v državah z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva, pa Freeman (1998: 399) opozarja, da je zagotavljanje večje učinkovitosti v državah, kjer so prisotni fiksni proračuni in čakalne dobe, neizbežno mogoče le v obliki zniževanja stroškov in ne izboljševanja kvalitete storitev. Ta proces je viden na področju določanja seznama zdravil, za katere se zagotavlja povračilo stroškov, uvajanja generičnih zdravil (večina držav), na Švedskem je bila dokaj odmevna tudi zobozdravstvena reforma leta 1999, ki je omogočila svobodno postavljanje cen ponudnikom ob hkratnem

fiksiranju povračil, kar je v prvem letu dvignilo cene storitev za 18% v celoti v breme pacientov (Health Care System in Transition: Sweden, 2005: 9).

Južno evropske države so bile, kot smo že omenili, v osemdesetih letih preteklega stoletja podvržene globljim reformam od ostalih držav prvotnih članic EU, saj so s sistema socialnega zdravstvenega zavarovanja prehajale na univerzalni sistem zdravstvenega varstva. V vseh državah je prehod povzročil precejšen porast deleža izdatkov za zdravstvo v BDP, kar je pričakovano glede na širjenje storitev ter rast pokritosti prebivalstva³⁴, ki sta bila v teh državah v primerjavi z zahodno evropskimi relativno slabo pokrita. Nadalje je v 90. letih v teh državah prihajalo do novih reform predvsem z namenom racionalizacije in obvladovanja rastočih stroškov. Reformni ukrepi so prinesli decentralizacijo in ukrepe pri upravljanju ponudnikov zdravstvenih storitev, podobno kot drugje pa seveda tudi omejevanje stroškov in posledično večanje obremenitve prebivalstva. Španija je na primer v sklopu decentralizacije prenesla moč odločanja na raven regionalnih oblasti in poleg javnih ustanovila tudi izključno privatne ter deloma javne, deloma privatne bolnišnice, t.i. »*hospital foundations*«, podobno kot je kasneje storila Velika Britanija.

Države z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva teoretično lažje obvladujejo izdatke, saj jim to omogoča tako lastništvo nad ponudniki storitev kot tudi način plačevanja zdravnikov, ki prejemajo plače. Te države omejujejo zdravstvene izdatke z določanjem globalnih proračunov. Po drugi strani pa implicitno na podoben način omejujejo stroške tudi države v sistemih socialnega zdravstvenega zavarovanja, saj imajo možnost omejevati oziroma preprečiti višanje prispevnih stopenj v okviru socialnega zavarovanja, prav tako tudi odobrijo morebitne dodatne obremenitve pacientov. V večini držav v obeh sistemih je imelo določanje proračunov največji vpliv na bolnišnice, kar se kaže v zmanjševanju števila dni bolnišničnega zdravljenja in prenos zdravljenja na nivo primarne oskrbe. (Abel-Smith, Mossialos, 1994: 67-68)

Kot že omenjeno, so države srednje in vzhodne Evrope tiste, ki so bile podvržene najradikalnejšim reformam zdravstvenih sistemov, saj so v obdobju prehoda na tržno gospodarstvo vzpostavljale tudi nove zdravstvene sisteme. Figueras et al. (2004: 13) izpostavljajo, da so se morale te države soočati z občutnim poslabšanjem zdravstvenega stanja

³⁴ V Španiji se je na primer vključitev prebivalstva v zdravstveno varstvo povečala z 81,7% leta 1978 na 99,5% leta 2005 (Health Care System in Transition: Spain, Summary, 2006: 7).

prebivalstva, ki je bilo posledica nizke kvalitete zdravstvenih storitev, zastarane opreme in medicinske prakse ter slabe odzivnosti; poleg tega pa so bile podvržene tudi različnim ekonomskim in političnim pritiskom. Ključna področja zdravstvenih reform v tej regiji so bila področje financiranja, vzpostavljanja kontinuitete zdravljenja, izboljšanje kvalitete zdravstvenih storitev in povezovanje s skupnostjo. Na področju financiranja je večina držav prešla iz integriranega t.i. Semaškovega modela, ki je temeljil na davčnem financiranju, na sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja (t.i. Bismarkov model), ki je temeljil na prispevkih in je obenem sprožil spremembo odnosov tudi med plačniki in izvajalci zdravstvenih storitev, pogosto v smeri privatizacije slednjih. Na področju vzpostavljanja kontinuitete zdravljenja je prihajalo do okrepitve primarne oskrbe, vzpostavljanja sistema osebnih zdravnikov, obenem pa modernizacije bolnišnic in vzpostavljanja povezav pri prehajanju na različnih ravneh oskrbe. Kljub temu se še vedno marsikatera država sooča s pomanjkanjem virov, kadrov, zastarano infrastrukturo in neustreznimi organizacijskimi strukturami, podedovanimi iz preteklosti (Figueras et al., 2004: 19). Kritiki reform v tej regiji (Afford, 2001: 21) navajajo, da hitrost uvedbe, obseg in konsistentnost reform dokazujejo, da je šlo v teh državah bolj za prevzem uveljavljenih zdravstvenih modelov drugih držav kot pa za uvajanje ukrepov, ki bi temeljili na ustreznih preučevanjih in evalvacijah. Posledično naj bi bili nosilci reform zavezani predvsem ideološkimi stališčem pri uvajanju ključnih reformnih ukrepov, kot so decentralizacija, prehod od davčnega financiranja k financiranju iz prispevkov, uvedba tržnih in kvazi-tržnih mehanizmov in privatizacija.

Vidimo lahko, da so bili reformni procesi v državah EU skupek demografskih, tehnoloških in finančnih pritiskov, ki so sovpadali z željo po doseganju večje učinkovitosti, uspešnosti, v manjši meri pa tudi izbire in vpliva pacientov na sistem zagotavljanja storitev. Največji pritiski in razprave so se izvajali na temo relativne vloge zasebnega sektorja na področju izvajanja in tudi financiranja zdravstvenih storitev. Omejevanje tovrstnih debat zgolj na javno-zasebno zdravstvo je sicer poenostavljanje, vendar gre pri tem dejansko za spreminjanje konceptov, kot so solidarnost, pravičnost in pomen prerazdeljevanja dohodka. Disney et al. (2004: 4) ugotavljajo, da gre za nekakšno »nestrpno pričakovanje reform«, podkrepljeno s strahom, da se bo brez njih stanje v zdravstvu le slabšalo. Tako kar 80% anketiranih

prebivalcev iz izbranih EU držav³⁵ verjame, da so reforme nujno potrebne, po drugi strani pa se sprememb bojijo. Status področja zdravstva in širšega področja socialne politike je namreč občutljiva zadeva, reforme pa so neprijjubljene tudi za politike. Solidarnost in močna socialna država v EU predstavljata neke vrste nacionalno identiteto, ki pa je čedalje bolj ogrožena oziroma je ogrožena njena celovitost.

Razloge za krizo socialne varnosti je lepo opredelil Stanovnik (1998, str. 142): »Krizo sistemov socialne varnosti in še posebej sistemov socialnega zavarovanja postaja ena od stalnic sodobnih družb; ta kriza je v osnovi kriza financiranja. Prihodkovni viri (davki in prispevki) ne dohajajo pravic in obveznosti, ki izvirajo iz sistema. Navidezno preprosta rešitev, povečanje prihodkov, bodisi z večanjem subvencij države sistemu socialnega zavarovanja bodisi z večanjem prispevnih stopenj, je težko uresničljiva. Ekonomisti trdijo, da bi takšno večanje prihodkov imelo negativne posledice na ceno dela in s tem posredno tudi na gospodarsko rast. Vendar za krizo nedvomno stojijo tudi politični vzroki. Za oskrbo socialnih dobrin je namreč značilen »specifični egalitarizem«, kar pomeni, da ta sistem posredno ali neposredno zagotavlja prerazdeljevanje dohodka in/ali resursov. Kriza teh sistemov je posledica spremenjenih percepcij o egalitarizmu oziroma manjše politične pripravljenosti za takšno prerazdeljevanje dohodka.«

Podobno tudi Saltman in Dubois (2004:30) postavita tezo, da kombinacija »kulturne atomizacije« v masovno potrošniški družbi na eni strani, ter ekonomski individualizem, ki se kaže v izginjanju solidarnosti pri plačah, zmanjševanju državnih pokojnin in zmanjševanju moči sindikatov, na drugi strani, postavlja pod vprašaj možnost preživetja solidarnosti, s tem pa tudi preživetja sistemov socialnega zdravstvenega zavarovanja oziroma zdravstvenega varstva, katerih ključni princip je princip prerazdeljevanja v smislu zagotavljanja socialne pravičnosti.

Zdi se sicer, da radikalne reforme še posebej na tako občutljivem področju, kot je zdravstvo in socialna varnost nasploh, potrebujejo veliko let za uveljavitev. Poleg tega ima večina vlad na voljo le štiri leta za njihovo sprejetje in uveljavitev. Kljub temu lahko uvajanje sprememb, četudi še tako počasno, postopno spreminja osnovne koncepte, na katerih temelji ureditev zdravstvenih sistemov v državah EU. Čeprav vsaj na deklarativni ravni Evropa ostaja

³⁵ Velika Britanija, Češka, Francija, Nemčija, Italija, Nizozemska, Španija in Švedska.

zavezana javnemu zdravstvenemu sistemu, pa se vzdržnost takega načina konstantno postavlja pod vprašaj, naj bo upravičeno ali ne. Predlagane rešitve zajemajo širjenje racionalizacije javnega dela zdravstva, v nekaterih državah pa celo težnje po formalni okrepitvi vloge prostovoljnega zasebnega zdravstvenega zavarovanja in s tem večanja deleža zasebnih izdatkov. Poleg Nemčije in Nizozemske, ki dopuščata izstop iz javnega zdravstva, ter Irske, kjer določeni skupini ljudi javno zdravstvo praktično ni na voljo, so se namreč podobne ideje pojavljale tudi na Portugalskem, v Italiji, Franciji, Veliki Britaniji in na Danskem. Kot izpostavlja Hassenteufel (2006: 15), »zadnje reforme [dvig prispevnih stopenj in potrebnih lastnih doplačil v Nemčiji in Franciji, op.a.] kažejo na progresivno prehajanje logike omejevanja stroškov k logiki tihe privatizacije. Priča smo novemu splošnemu trendu: zniževanju storitev, ki jih pokriva obvezno zdravstveno zavarovanje, kar vodi k tihi privatizaciji neakutne nege«.

Očitno je, da vse države, ne glede na uveljavljen zdravstveni sistem, na področju javnega dela zdravstva postopno omejujejo pravice ali vsaj zaostrejuje pogoje njihove dostopnosti. V tem kontekstu postaja prostovoljno zasebno zavarovanje v določenem delu nadomestilo in dopolnilo za zdravstveno varstvo, ki si ga ljudje želijo in jim ga javni del ne more zagotoviti v celoti. S tem pa postaja narava »prostovoljnega« zdravstvenega zavarovanja vedno bolj obvezujoča.

Širitev področja prostovoljnega zasebnega zdravstvenega zavarovanja, ki je pogosta debata v okviru reform zdravstvenih sistemov, lahko vodi v to, da bo čedalje več ljudi izstopilo iz javnega sistema, če jim to ne bo zakonsko onemogočeno, ali pa se bodo posluževali dodatnih zavarovanj in z njimi pokrivali dodatna plačila za sicer javno oskrbo. To je sicer eden od načinov povečevanja virov za financiranje zdravstvenih izdatkov, ki pa skoraj gotovo vodi v zmanjševanje pravičnosti pri zagotavljanju oskrbe. Kot ugotavljata Thompson in Mossialos (2004: 2), prostovoljno zdravstveno zavarovanje povečuje dostopnost do zdravstvene oskrbe tistim, ki so sposobni plačevati ustrezne premije, medtem ko bo zelo verjetno onemogočalo dostop predvsem starejšim, ljudem s šibkim zdravjem in tistim z nizkimi dohodki. Nadalje lahko zasebno zavarovanje negativno vpliva na alokacijo javnih virov, do česar pride v primeru, če meje med javnim in zasebnim niso točno določene, če so izvajalci plačani tako iz javnih kot zasebnih sredstev, in če obstaja iniciativa za različno obravnavo pacientov iz javnega in zasebnega sektorja.

Ponudniki zasebnih zdravstvenih zavarovanj v EU so v splošnem podvrženi nizki ravni regulacije (Thompson, Mossialos, 2004: 2). Regulacija se predvsem navezuje na ukrepe, ki zagotavljajo, da zavarovalnice ostanejo solventne, v manjši meri pa opredeljuje ukrepe, povezane z zaščito potrošnikov. V praksi zato zavarovalnice bolj kot s konkurenčnimi prijemi pri nakupih storitev tekmujejo na področju izbiranja tveganj. Regulativa namreč ne preprečuje zavračanja potencialnih zavarovancev, oblikovanja premij glede na stopnjo tveganja ter ponujanja nestandardnih paketov ugodnosti. Izjema so države, kjer določene skupine niso vključene v sistem javnega zdravstva, to so Nemčija, Nizozemska in Irska. V teh državah regulacija vključuje določila o enakih premijah ne glede na spol, starost ali zdravstveno stanje (t.i. »community-rated« premije), izravnalnih shemah (Irska), standardiziranih paketih storitev in državno reguliranih premijah (Nemčija, Nizozemska). V Franciji, kjer je delež prostovoljno zavarovanega prebivalstva med najvišjimi, so zaradi čedalje večje neenakosti leta 2000 uvedli brezplačno prostovoljno zavarovanje za socialno najšibkejše. Nekatere države, na primer Švedska, imajo v veljavi limite v višini zdravstvenih izdatkov, nad katerimi posameznik dobi sredstva povrnjena od države.

Empirični podatki namreč dokazujejo, da je cenovna elastičnost povpraševanja po zdravstvenih storitvah v splošnem nizka (od -0,2 do -0,3), še posebej to velja za oskrbo v bolnišnicah, kjer obseg storitev določajo zdravniki. Iz tega sledi, da bi imelo povečevanje doplačil, ki bi bilo dovolj veliko, da bi vplivalo na povpraševanje, zagotovo neželene učinke pri dostopu do zdravstvenih storitev, povečali pa bi se tudi socialni stroški. (Docteur, Oxley, 2003: 29) Poleg tega povečevanje doplačil povečuje breme, ki ga nosijo bolni in manj premožni. To je verjetno tudi razlog, da države, kjer je vloga doplačil večja, uvajajo zgoraj omenjene ukrepe, ki lajšajo breme vsaj določenih skupin prebivalstva.

4.4 Sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji

Zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje sta se v Sloveniji razvijala skladno z razvojem na gospodarskopolitičnem področju. Z izjemo prehodnega enoletnega obdobja ob osamosvojitvi, je bil v Sloveniji v veljavi Bismarckov sistem zdravstvenega zavarovanja. Reforma iz leta 1992 je na področje zdravstva prinesla veliko sprememb in novosti. Kljub temu, da so kasnejša leta prinesla določene modifikacije, splošne značilnosti ureditve slovenskega zdravstvenega zavarovanja ostajajo nespremenjene. (Janša, 2006: 8)

Trdimo lahko, da so v osemdesetih letih preteklega stoletja tudi za slovenski sistem zdravstvenega zavarovanja veljale podobne zakonitosti kot za številne druge evropske države: na eni strani je bila njegova prednost relativno visoka stopnja zdravstvene varnosti in solidarnosti, ki je celotnemu prebivalstvu omogočala dostopnost do sorazmerno visokega standarda zdravstvenih storitev; na drugi strani pa se je tudi Slovenija soočala s problemi, ki so bili povezani predvsem z naraščajočimi stroški.

Pomanjkljivosti je skušala odpraviti reforma zdravstvenega zavarovanja leta 1992, ki je uvedla naslednje najpomembnejše novosti (Janša, 2006):

- uvedba obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja;
- uvedba več vrst prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj³⁶, prevladuje prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila do polne lastne cene zdravstvenih storitev, kar je nadomestilo plačevanje participacije v prejšnjem sistemu zdravstvenega varstva³⁷;
- postavitve Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) kot javnega zavoda, ki izvaja obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje;
- prostovoljna zdravstvena zavarovanja so lahko začele izvajati tudi zasebne zavarovalnice;
- uvedba zasebne prakse, ki je lahko financirana iz zasebnih sredstev ali pa je prek koncesij financirana iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zadnja dva ukrepa sta v zdravstveno oskrbo vpeljala elemente konkurence. Zavarovane osebe lahko po tem zakonu namreč uveljavljajo pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pri vseh zdravnikih, ki delujejo v okviru mreže javne zdravstvene oskrbe, v katero so enakopravno vključeni javni zdravstveni in drugi zavodi, zasebni zdravniki in drugi zasebniki, ki zagotavljajo zdravstvene storitve, financirane iz obveznega zavarovanja. Uvajanje konkurence na področje zdravstvene oskrbe je, kot smo lahko videli v prejšnjih poglavjih, pogost reformni ukrep na področju zdravstva.

³⁶ Zavarovanje za doplačila do polne cene tistih zdravstvenih storitev, ki so sestavni del obveznega zdravstvenega zavarovanja, zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard storitev, zavarovanje za dodatne pravice, ki niso predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja, in zavarovanje za osebe, ki po zakonu ne morejo pridobiti lastnosti zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju. V novem zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 2005 se zavarovanja niso vsebinsko spremenila, bila pa so na novo poimenovana: dopolnilno, dodatno, vzporedno in nadomestno zdravstveno zavarovanje.

³⁷ Participacije so bile uvedene v sedemdesetih letih z namenom razbremenitve naraščajočih javnih izdatkov za zdravstvo. Šlo je za določeno plačilo za prvi obisk zdravnika z namenom preprečiti nepotrebne obiske. Participacije so bile relativno nizke.

Prav tako eden najpogostejših reformnih ukrepov pa je povezan z večanjem obremenitve prebivalstva pri financiranju zdravstvenih izdatkov. Tako je bil tudi v Sloveniji namen uvedbe prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja predvsem razbremeniti javno finančni sektor pri zagotavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja, kar je bilo relativno uspešno³⁸, saj je prostovoljno zdravstveno zavarovanje postalo zelo pomemben vir sredstev za zdravstveno varstvo: delež izdatkov iz naslova prostovoljnih zavarovanj je leta 1993 znašal 7,1%, v letu 2002 pa se je povzpел na 13,6% celotnih izdatkov (Bela knjiga, 2003: 249). Narava tega zavarovanja pa s premijo, ki je bila enaka za vse ne glede na spol, starost, dohodke ali zdravstveno stanje prebivalstva, ni bila usmerjena v zagotavljanje vertikalne izenačenosti. Kot navaja Bela knjiga (2003: 250), se je v obdobju od 1993 do 2001 letna premija za prostovoljno zavarovanje, izražena kot delež neto mesečne plače, za zavarovanca s povprečno plačo skoraj podvojila. Posledično je od leta 1992 padal delež javnih izdatkov za zdravstveno varstvo v BDP, medtem ko so zasebni izdatki naraščali (z 9,8% celotnih izdatkov leta 1992 na 20,5% leta 2004).

Ta dejstva so bila tudi eno pomembnejših izhodišč pri pripravi predloga reforme zdravstvenega zavarovanja leta 2003, t.i. Bele knjige, v kateri se je prvič po letu 1992 razpravljalo o večjih spremembah zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. V luči povečevanja izgub iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja in povečevanja zasebnih zdravstvenih izdatkov je Bela knjiga skušala iskati nove vire financiranja. Z namenom doseganja večje pravičnosti pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varnost so avtorji predlagali ukinitve doplačil v obveznem zdravstvenem zavarovanju, kar bi po eni strani povečalo obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, po drugi strani pa bi to zahtevalo uvedbo novega prispevka, ki bi nadomestil sredstva, zbrana na podlagi premij za prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Glede na dejstvo, da je bila velika večina odraslih državljanov dopolnilno prostovoljno zavarovana, naj novi prispevek ne bi pomenil pomembnejše dodatne obremenitve, bi pa po drugi strani povečal solidarnostno prerazdeljevanje v korist revnejših državljanov.

Reforma je predvidevala tudi poseg na področje financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev, ki naj bi se spremenilo tako, da bi izvajalci prejeli plačilo v odvisnosti od obsega in načina

³⁸ Finančna stabilnost zdravstvenega sistema se navaja kot enega najpomembnejših poslovnih rezultatov zdravstvenega sistema, ki je veljal od leta 1992, saj je ZZZS do leta 2000 posloval likvidno in je lahko zagotavljal nemoteno financiranje zdravstvenih programov (Toth, Keber v Janša, 2006: 22).

izpolnjevanja potreb uporabnikov. Prav tako je bil cilj reforme krepitev področja javnega zdravstva. Čeprav Bela knjiga ni omejevala z reformo iz leta 1992 uvedene možnosti zasebnega izvajanja zdravstvenih storitev, pa se je deklarativno izrekla za ohranitev zdravstvenega varstva v pristojnosti javnega sektorja vključno z njegovim financiranjem.

Bela knjiga je bila deležna veliko kritik s strani stroke in zdravstvenega osebja. Največ kritik je bilo namenjenih prenosu sredstev iz prostovoljnega zavarovanja v obvezno, npr. s strani Ministrstva za Finance, Gospodarske zbornice Slovenije (Lampret v Janša, 2006: 24). Višanje prispevkov naj bi dodatno obremenilo plače, okrepilo pritiske po rasti plač in zmanjšalo konkurenčnost. Reforma ni bila izvedena verjetno predvsem zaradi nasprotovanja tedanjega finančnega ministra ter zaradi menjave vlade v letu 2004. Upoštevati gre verjetno tudi dejstvo, da so bili predlogi v Beli knjigi ob sicer podobnih problemih, ki so pestili slovenski zdravstveni sistem, usmerjeni v nasprotno smer kot prevladujoči reformni ukrepi v evropskih državah. To pomeni, da je ob splošno veljavnem prepričanju, da se v prihodnosti zaradi demografskih sprememb in tehnološkega napredka v medicini pričakuje hitro naraščanje zdravstvenih izdatkov, težko uresničevati ideje o povečevanju solidarnosti in celovitem ohranjanju javnih elementov zdravstvenega sistema, naj bo to še tako všečna politična diskusija.

Težave na področju financiranja zdravstvenega sistema so se nadaljevale in s tem tudi potrebe po sprejetju reformnih ukrepov. Ob hitri rasti izdatkov za zdravstvo in povečanju deleža kritja javnih izdatkov s strani prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja se je problem financiranja pokazal tudi na področju prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovalnica Vzajemna, ki je imela največji delež zavarovancev iz naslova prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, je leta 2004 začela izkazovati izgube in napovedala povišanje premij za starejše zavarovance. Rešitev problema financiranja obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je bila posledično eden glavnih ciljev zdravstvene reforme iz leta 2005.

Ko je pristopilo k reformam, je Ministrstvo za zdravje napovedalo dve fazi le-teh. Cilj prve faze je bil uvesti izravnalne sheme na področje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, s čimer naj bi odgovorili na probleme financiranja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Poleg tega je predlagatelj želel v določeni meri racionalizirati sistem zdravstvenega

zavarovanja³⁹ (predlogi v smeri znižanja nadomestil za bolniške odsotnosti z dela, določanje novih osnov za plačevanje prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja za določene kategorije zaposlenih). V drugi fazi so bile napovedane celovitejše reforme, ki naj bi zajemale predvsem spremembe v poslovanju javnih zdravstvenih zavodov, spremenjeno vlogo menedžmenta, spodbujanje upravljanja zdravstva z javno-privatnimi sredstvi, reorganizacijo javne zdravstvene službe, delno privatizacijo kapacitet, svobodno sklepanje delovnih pogodb zdravnikov in več zasebne iniciative s pridobitvijo koncesij za delo v javni zdravstveni službi. (Ministrstvo za zdravje, 2005 v Janša, 2006: 26-27, Bručan, 2005: 463)

Predvideni ukrepi so torej vključevali določeno stopnjo privatizacije zdravstva, in sicer tako na področju financiranja zdravstvenega sistema (z okrepitevijo vloge zasebnih zavarovalnic, idejami o okrepitvi vloge drugih vrst prostovoljnih zavarovanj) kot na področju zdravstvene oskrbe (s povečevanjem obsega podeljenih koncesij na primarni ravni, z lastninjenjem zdravstvenih domov in načrtovanjem privatizacije nekaterih bolnišnic). Ker je šlo pri novem predlogu reforme za precejšnjo konceptualno spremembo sistema zdravstvenega varstva, je bila polemika razumljivo precej burna. Prišlo je tudi do ustanovitve Gibanja za ohranitev javnega zdravstva, ki zagovarja, da bi moral »slovenski zdravstveni sistem še naprej temeljiti na visoki stopnji solidarnosti pri financiranju zdravstvenega varstva in na prevladujočem javnem načinu njegovega izvajanja« (<http://www.ohranimo.si>). Predlaganim reformam so nasprotovali tudi opozicija, sindikati in druge interesne skupine, pri čemer so bili dodatni predmet nasprotovanja tudi predlogi glede zmanjševanja pravic iz naslova bolniških odsotnosti, sestave upravnih organov ZZZS, predvsem s stališča delodajalcev pa tudi nasprotovanje glede predvidenih dodatnih obremenitev plač iz naslova zdravstvenih prispevkov. Po relativno dolgem usklajevanju je bil v začetku leta 2007 na Ekonomsko socialnem svetu dosežen neke vrste kompromis. Kljub temu do sprejetja celovitih reform ni prišlo, k čemur je verjetno prispevala tudi zamenjava zdravstvenega ministra.

Kljub nasprotovanju številnih interesnih skupin in širše javnosti izhodiščem zadnje predlagane reforme (predvsem prvotnim izhodiščem, ki so bila v fazi dolgotrajnih pogajanj precej okrnjena), pa nekateri ekonomisti v svojih stališčih o nujnosti reform zastopajo podobna osnovna izhodišča. Tajnikar in Došenović Bonča (2005: 8-9) pozivata k nujnemu

³⁹ Pri zmanjševanju pravic iz javnega zdravstva gre pogosteje najprej za krčenje tistih pravic, ki ne predstavljajo izločitve konkretnih zdravstvenih storitev (npr. znižanje nadomestil za bolniške odsotnosti, uvedba čakalnih dob) (Tajnikar, Došenović, Uršič, v Janša, 2006: 38).

zmanjšanju meddohodkovne solidarnosti pri plačevanju premij zdravstvenega zavarovanja, morda celo v smeri premika od t.i. sistema sprotnega kritja (angl. »*pay-as-you-go*«) k t.i. »*capital funded*« sistemu financiranja, kjer naj bi zavarovanec s plačevanjem višjih premij v mladih letih sam skrbel za pokrivanje večjih stroškov, ki bodo nastali v poznejših letih. Avtorja nadalje pozivata k zmanjšanju obsega pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, povečanju lastnih doplačil v absolutnem znesku, nepovezanih z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem in posledično povečanju vloge ostalih vrst zasebnega prostovoljnega zavarovanja. Avtorja izpostavljata tudi nesmiselnost izravnalnih shem, na trgu zasebnega zdravstvenega zavarovanja pa bi povečala konkurenco s tržnim oblikovanjem premij, ki bi bile odvisne od stopnje tveganja posameznika.

Podobnega mnenja glede privatnega zavarovanja je Pezdir (2007), ki predlaga tudi čim hitrejšo privatizacijo zdravstva (tako stran financiranja kot ponudbe storitev), spremembo sistema plačevanja zdravnikov (ta naj bo vezan na produktivnost in kakovost dela) in racionalizacijo bolnišnične mreže.

Kranjec (2007: 1-8) izpostavlja nujnost varčevanja v zdravstvu, ki ga bo mogoče doseči predvsem na dva načina: s povečanjem učinkovitosti porabe zbranih sredstev in z zmanjševanjem obsega zdravstvenih pravic iz obveznega zavarovanja. Povečevanje učinkovitosti porabe zbranih sredstev se nanaša predvsem na zagotavljanje stroškovne učinkovitosti izvajalcev, kar zahteva premik od trenutnega financiranja v okviru dogovorjenega proračuna ter institucionalno reorganizacijo v smeri podjetniškega vodenja in upravljanja ter sodelovanja javnega in zasebnega sektorja. Po avtorjevem mnenju zasebno izvajanje zdravstva, ob ustrezni regulativi in obvezni participaciji zavarovancev v javnem financiranju, ni privatizacija, temveč gre za uvajanje avtomatičnih mehanizmov za učinkovitejše poslovanje.

Reforma zdravstvenega sistema je očitno politično tako občutljiva tema, da je težko pričakovati, da bo v celovitem obsegu izpeljana v času enega mandata tako ministra kot vlade. Cilj, ki se zasleduje v okviru zdravstvenih reform tako pri nas kot v drugih državah EU, je predvsem racionalizacija in povečanje učinkovitosti zdravstvenega sistema. Zdi se, da razpoložljivi ukrepi, ki so izpostavljeni že v poglavju o reformah, skoraj neizogibno vodijo tudi v krčenje pravic in/ali povečevanje lastnih plačil, kar je razumljivo predmet močnega nasprotovanja interesnih skupin in širše javnosti.

Eden najbolj spornih predlogov v zadnji reformi zdravstva je bilo uvajanje zasebnega sektorja v zdravstveni sistem. Le-ta je v zadnjem času pogosto predmet obravnave v širši politični javnosti, saj naj bi bilo mogoče s pomočjo zasebnih sredstev izvesti projekte, ki so v javnem interesu, a zanje javna sredstva niso zagotovljena v zadovoljivem obsegu (Vrhnjak, 2007: 481). Države dopuščajo udeležbo zasebnih sredstev pri zagotavljanju javnega interesa zato, ker bi sicer potrebovale vedno nove javnofinančne vire za zagotavljanje že uveljavljenih pravic, kar pa bi pomenilo povečevanje obdavčevanja dohodkov prebivalstva (Kidrič, 2003).

Zagovorniki predlaganih sprememb vidijo privatizacijo zdravstva kot sredstvo za doseganje večje učinkovitosti zdravstvenega varstva. Tako Mrkaić (2004: 17) vidi vsaj delno privatizacijo zdravstvenega sektorja kot nujno za povečanje učinkovitosti na strani povpraševanja in ponudbe zdravstvenih storitev, dokaz za to pa naj bi bile po njegovem izkušnje številnih evropskih držav, kjer je velik delež zdravstva v zasebnih rokah. Beltram (v Uranič, 2006: 23) navaja, da smisel privatizacije družbenih dejavnosti ni v strogi ločenosti javnega in zasebnega sektorja. Privatizacija naj bi v zdravstveni sistem vnesla podjetniški duh, omogočila naj bi več samostojnosti na organizacijskem in finančnem področju javnih ustanov ter tako pripomogla k njihovem učinkovitejšemu delovanju. Zagovorniki privatizacije se tako ne zavzemajo za popoln umik države s področja zdravstvene dejavnosti, ampak jo hočejo postaviti v vlogo enakovrednega partnerja izvajalcem in uporabnikom. Po Bručanu (2005: 456) so cilji privatizacije večja stroškovna učinkovitost, večji pretok možnih virov ter s tem boljša kakovost storitev, možnost večje izbire za uporabnika ter s tem večja neodvisnost od države.

Saltman (2003: 24-25) po drugi strani izpostavlja, da so debate o tem, ali je boljši pretežno javni ali pretežno zasebni zdravstveni sistem, »bolj ideološko obarvane kot pa konceptualno natančne«, saj naj bi v praksi meje med državnim in zasebnim v zdravstvu postopno izginjale. Poleg običajnega javno-zasebnega partnerstva obstajajo namreč tudi kompleksnejši odnosi med javnim in zasebnim: v Veliki Britaniji so na primer splošni zdravniki v okviru nacionalne zdravstvene sheme vključeni v zasebni profitni sektor, vendar so po drugi strani vključeni tudi v sistem javnih pokojnin. Odbor za prostovoljno zdravstveno zavarovanje na Irskem je privatna neprofitna institucija, ki je direktno pod nadzorom zdravstvenega ministrstva. Podobno so tudi v Nemčiji skladi socialnega zdravstvenega zavarovanja privatne neprofitne institucije, ki pa delujejo kot institucije javnega prava. Avtor sicer kot privatizacijo šteje

izključno »ekspliciten prenos lastništva nad kapitalom«, kar pa je le ena od oblik privatizacije v zdravstvu.

Gorjup (v Uranič, 2006: 25-26) ločuje več oblik privatizacije glede na intenzivnost regulacije države: prikrito privatizacijo (pogodbeni plani, managementske pogodbe, javne korporacije), mešano obliko privatizacije ali kvaziprivatizacijo (koncesije, franšize) in polno privatizacijo (leasing, prodaja delnic, prodaja poslovnih enot)⁴⁰. Lethbridge (2002: 2) privatizacijo v zdravstvenem sektorju obravnava kot skupek procesov, ki preoblikujejo javni sektor in vodijo v komercializacijo zdravstva; ti procesi so: korporatizacija zdravstvenih institucij, razvoj javno-zasebnih partnerstev, pogodbeno delegiranje storitev privatnemu sektorju in promocija zasebnega zdravstvenega zavarovanja.

V literaturi lahko zasledimo tudi številne kritike privatizacije v zdravstvu. Lethbridge (2002: 1-2) ugotavlja, da spreminjanje odnosov med javnim in zasebnim sektorjem v korist slednjega lahko vodi k oslabitvi javnega sektorja in njegovega vpliva na izvajanje zdravstvenih funkcij v prihodnosti. Tudi empirični podatki dokazujejo (Barr, 2004: 282), da se države, ki so uvedle hitro in nepremišljeno privatizacijo zdravstvenega sistema, soočajo z nepričakovano rastočimi stroški. Colombo in Tapay (2004: 4) ugotavljata, da številne vlade tipično smatrajo zasebno zdravstveno zavarovanje kot sredstvo za soočanje z izzivi na področju zdravstva. Nadalje dokazujeta, da se poleg nekaterih pozitivnih učinkov privatizacije (povečevanje resursov, možnosti izbire potrošnikov in odzivnosti sistema) pogosto pojavljajo tudi negativni učinki, povezani z vprašanjem pravičnosti ter celo višjimi skupnimi (lahko tudi javnimi) izdatki za zdravstvo. Že v poglavju o reformah smo ugotovili, da povečevanje vloge privatnega zavarovanja z namenom omejevanja stroškov po drugi strani povzroča pritiske na zagotavljanje storitev tudi v okviru javnega zdravstva, posledično pa, prvič, ne prispeva k omejevanju skupnih zdravstvenih izdatkov, in drugič, vodi v problem neenake obravnave. Tudi Kranjec (2007: 2) ugotavlja, da lahko z modernizacijo zdravstva in sprostitvijo naložb zasebnega kapitala v zdravstvo pričakujemo, da bo ponudbena stran zdravstva z moderno tehnologijo zanesljivo vršila dodatni pritisk na zdravstvene izdatke.

⁴⁰ Pri *prikriti privatizaciji* gre za vladno deregulacijo in ne prenos lastništva na zasebni sektor. Država začasno pogodbeno odda upravljanje in vodenje javnih zavodov managementu javnih podjetij, v svojih rokah pa zadrži konstitutivno funkcijo in razpolagalno lastninsko pravico ter nadzorno funkcijo. Pri *kvaziprivatizaciji* gre za bolj intenzivno obliko, saj del lastninskih pravic, ki so vezane na pravico upravljanja, država v celoti prenese na zasebne izvajalce, bistveni del lastninskih pravic ter nadzorne pravice pa ostanejo javnemu sektorju. *Polna privatizacija* pomeni prenos tako pravice upravljanja kot pravice razpolaganja na zasebni sektor. Na zasebni sektor se prenese tudi del nadzorne funkcije, državi pa ostane zagotavljanje enakih možnosti dostopa do storitev, ki so opredeljene kot javno dobro, ter nadzor nad izvajanjem tega principa.

Dejstvo je tudi, da imata državi s pretežno zasebno zdravstveno oskrbo ter tudi občutno večjim deležem stroškov, ki se krijejo iz zasebnih sredstev (ZDA, Švica), celo znatno višji delež izdatkov v BDP, kar pa ne implicira nujno višje stopnje zadovoljstva glede zdravstvenih storitev med prebivalstvom; slednje velja predvsem za ZDA, medtem ko je v Švici ob sicer dokaj visoki obremenitvi prebivalstva stopnja zadovoljstva le-tega z zdravstvenimi storitvami relativno visoka.

Zdi se, da niti izključno državna lastnina v sistemu zdravstvenega varstva niti povsem privatiziran sistem ne zagotavljata doseganja ključnih ciljev v zdravstvu, ki veljajo v Evropi in se zanje zavzema tudi Slovenija: učinkovit zdravstveni sistem ob hkratnem doseganju čim večje stopnje enakosti pri dostopu do zdravstvenih storitev. Javni in zasebni sektor imata seveda različne interese delovanja, vendar tudi vsak svoje prednosti in pomanjkljivosti. Nedvomno lahko ustrezno zdravstveno oskrbo, možnost izbire in enakost pacientov pri oskrbi omogoča le učinkovito delovanje zdravstvenega sistema, zato verjetno uvajanje določene privatizacije v področje zdravstvene oskrbe ni povsem nesmiselno, seveda ob predpostavki, da ga spremlja ustrezna ureditev regulative s strani javnega sektorja. V tem kontekstu se lahko strinjamo z Gorjupovo (v Uranič, 2006: 28), po mnenju katere bi se »idealnemu tipu privatizacije v zdravstvu najbolj približali v kombinaciji privatizirane izvajalske funkcije, državnega (oziroma občinskega) lastništva kapacitet in javnega financiranja življenjsko pomembnih storitev«. Na tem mestu bi dodala, da bi moralo v smislu zagotavljanja čim večje enakosti javno financiranje zagotavljati čim bolj celovit obseg storitev, saj so ljudje v nasprotnem primeru prisiljeni v sklepanje zasebnih zavarovanj za zagotovitev neke spodobne zdravstvene oskrbe, pri tem pa se sistem oddaljuje od načela pravičnosti pri dostopu do zdravstvenih storitev.

5. ZAKLJUČEK

V zaključku bom najprej preverila postavljene hipoteze in z njihovo sintezo zaključila razpravo o ureditvi zdravstvenih sistemov v državah EU. V drugem delu bom nato podala sklepne misli o aktualni in pričakovani prihodnji ureditvi evropskih zdravstvenih sistemov. Kot je izpostavljeno že v uvodu, namen magistrske naloge ni bil ocenjevati ureditve zdravstvenih sistemov v smislu razvrščanja glede na uspešnost, temveč predvsem omogočiti vpogled v razmere in izkušnje držav pri vpeljevanju reform na področju zdravstva, o katerih bi bilo morda vredno razmisliti tudi preneseno v slovenski kontekst.

5.1 Sprejetje/zavrnitev hipotez

H1: Glede na ključne skupne karakteristike sistemov zdravstvenega varstva po posameznih državah EU lahko oblikujemo 3 skupine držav: (1) države s tradicionalno univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva, (2) države, ki so pozneje uvedle univerzalni sistem zdravstvenega varstva in (3) države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja.

V literaturi zasledimo številne klasifikacije zdravstvenih sistemov glede na nekatere temeljne značilnosti, na primer način financiranja in upravljanja področja zdravstvenega varstva, način lastništva in organizacije zdravstvenih zmogljivosti, način regulacije zdravstvenega varstva. V nalogi sem izpostavila klasifikacijo po Barru (2004: 274), ki zdravstvene sisteme glede na vidik narave financiranja zdravstvenih izdatkov in narave zdravstvene oskrbe razvršča v tri modele, in sicer kvazi-aktuarski, model socialnega zdravstvenega zavarovanja in univerzalni model zdravstvenega varstva. Nato sem s pomočjo ključnih institucionalnih dimenzij zdravstvenega sistema – ureditve dostopa do zdravstvene oskrbe, ugodnosti, ki jih zagotavlja sistem, načina financiranja sistema in načina upravljanja sistema – primerjalno analizirala ureditev zdravstvenih sistemov v državah EU.

V osnovi, z vidika najbolj grobe kategorizacije, lahko v EU najdemo dva tipa sistemov zdravstvenega varstva, in sicer model socialnega zdravstvenega zavarovanja ter univerzalni model zdravstvenega varstva, medtem ko se tržnemu sistemu v Evropi še najbolj približuje Švica, znotraj EU pa ga ne zasledimo. Ker se obstoječa modela razlikujeta v številnih kategorijah tako med seboj kot tudi znotraj posameznega modela, sem s podrobnejšo analizo

preverjala, če lahko z razporeditvijo držav v več kot dve kategoriji predstavim bolj smiselno sliko s področja zdravstvenega varstva v EU. Pri tem sem upoštevala, da je vsaka država zgradila svoj zdravstveni sistem z dolgoletno tradicijo, zato je za celovito razumevanje ozadja potrebno tudi poznavanje zgodovinske, socialne in drugih komponent, ki sem jih poskušala upoštevati pri kategorizaciji držav po modelih zdravstvenega varstva.

Ugotovim lahko, da je ob upoštevanju teh dejavnikov poleg najbolj grobe klasifikacije držav EU na model univerzalnega zdravstvenega varstva in model socialnega zdravstvenega zavarovanja, smiselno kategorizacijo razširiti še na dve skupini, s čimer prvotno hipotezo sicer potrjujem, vendar obenem tudi razširjam z dodatno kategorijo. Države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja je smiselno razdeliti na tiste, kjer je ta sistem tradicionalno v veljavi (Nemčija, Francija, Nizozemska, Avstrija, Belgija, Luksemburg), ter države srednje in vzhodne Evrope (Slovenija, Češka, Slovaška, Madžarska, Poljska, Bolgarija, Romunija, baltske države), za katere je bil v času tranzicije značilen prehod v smeri od univerzalnega, centraliziranega sistema zdravstvenega varstva k sistemu socialnega zdravstvenega zavarovanja po vzoru številnih zahodno evropskih držav. Za te države je značilno, da so s preходом zasledovale cilje, ki so bili predvsem povezani z željo po prekinutvi monopola države nad lastništvom in financiranjem zdravstvenega sistema ter z željo po povečanju učinkovitosti, kar pa se v praksi ni izkazalo za povsem dosledno, saj je vpliv države v novoustanovljenih skladih socialnega zdravstvenega zavarovanja še vedno močnejši, kot je značilno za zahodnoevropske države s tako ureditvijo.

Prav tako je na drugi strani smiselno v dve skupini razdeliti države s sistemom univerzalnega zdravstvenega varstva, in sicer na tiste s tradicionalno tovrstno ureditvijo (Velika Britanija, Irska, skandinavske države) ter na južnoevropske države (Italija, Španija, Portugalska in Grčija), ki so takšno ureditev uvedle kasneje, ko so prešle s sistema socialnega zavarovanja. Slednjo skupino zaznamujejo medsebojne razlike v stopnji univerzalnosti zdravstvenega sistema, v njih pa se vsaj v določeni meri še vedno odražajo sledovi Bismarckovega sistema. Posledično je tudi delež javnih izdatkov v celotnih zdravstvenih izdatkih v teh državah relativno nižji. Kot navajata Grimmesein in Rothgang (2004: 10), za te države za razliko od ostalih zahodno evropskih držav ni bila značilna širitev države blaginje v obdobju hitre gospodarske rasti po drugi svetovni vojni do naftnih šokov. Zdi se, da so te države s spremembo zdravstvenih sistemov v sedemdesetih in osemdesetih letih preteklega stoletja

želele odgovoriti predvsem na relativno nizko stopnjo zdravstvene pokritosti prebivalstva v obdobju gospodarskega razvoja in industrializacije.

H2: V državah z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva je delež javnega financiranja zdravstva višji kot v državah s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja, vendar to ne pomeni nujno, da je v teh državah višji tudi delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP. Iz tega sledi, da večja obremenitev prebivalstva ne prinese nujno znižanja celotnih zdravstvenih izdatkov in s tem večje učinkovitosti.

Tudi drugo hipotezo lahko potrdim. V ta namen sem uporabila pristop kvantitativne analize podatkov o virih financiranja in izdatkih za zdravstveno oskrbo po posameznih skupinah držav. Ugotavljam, da so celotni zdravstveni izdatki, izraženi kot delež bruto domačega proizvoda, najvišji v državah s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja. Ker sodi med te države tudi večina novih članic EU, ki zaradi nizkega deleža zdravstvenih izdatkov v bruto domačem proizvodu opaznejše znižujejo povprečje, sem države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja razdelila v dve kategoriji in jih prikazala ločeno. Države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja, ki so bile članice EU pred 1.5.2004, v povprečju namenjajo 9,1% bruto domačega proizvoda izdatkom za zdravstvo, medtem ko države z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva tem izdatkom namenjajo 8,2% bruto domačega proizvoda. Po drugi strani pa je delež javnih zdravstvenih izdatkov v celotnih zdravstvenih izdatkih nekoliko višji v državah z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva (73,0%). V državah s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja ta delež znaša 70,3% (ob upoštevanju le zahodnoevropskih držav) oziroma 72,8% (ob upoštevanju vseh članic).

Na podlagi zgornjih ugotovitev in ob upoštevanju informacij, pridobljenih na podlagi kvalitativne analize, lahko izpostavim naslednje: na eni strani države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja v povprečju porabijo za zdravstvo večji delež finančnih virov, kar se kaže v višjem deležu zdravstvenih izdatkov v bruto domačem proizvodu. Ta delež je nižji v državah z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva, ki imajo centraliziran nadzor nad zdravstvenim proračunom. Na drugi strani v prvi skupini držav prihaja do problemov prevelike ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah ob sicer večji možnosti izbire pacientov, medtem ko se države v drugi skupini soočajo s čakalnimi vrstami, manj učinkovitim upravljanjem (predvsem bolnišnic) in omejevanjem proste izbire pacientov. Pri

različnih avtorjih (Hassenteufel in Palier, 2006; Brinzan, 2003; Freeman, 1998) lahko zasledimo, da se vsak zdravstveni sistem sooča s specifično vrsto problemov: sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja z naraščanjem stroškov ob sicer bolj raznoliki zdravstveni oskrbi in večji možnosti izbire pacientov, sistem univerzalnega zdravstvenega varstva pa se sooča s problemom zagotavljanja učinkovite in ustrezne oskrbe ob sicer uspešneje omejenih finančnih virih. Kljub temu države s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja ne dosegajo boljših rezultatov pri indikatorjih zdravja svojega prebivalstva (Hassenteufel in Palier, 2006: 7).

Nadalje ugotavljam, da se v obeh sistemih pogosto izpostavlja vprašanje zagotavljanja pravičnosti pri dostopanju do zdravstvene oskrbe: v sistemih socialnega zdravstvenega zavarovanja z vidika plačevanja prispevkov in koncepta zavarovalniških funkcij v zdravstvu, v univerzalnih sistemih zdravstvenega varstva pa zaradi vse bolj pogostega obstoja »dvojne prakse« zdravnikov, ki istočasno delajo v javnem in zasebnem sektorju, kar izriva javno oskrbo, še posebno, če obstajajo daljše čakalne vrste v javnem sektorju.

V zvezi z večanjem pomembnosti zasebnega zavarovanja Wasem et al. (2004: 241) izpostavljajo naslednjo dilemo: na eni strani države sicer povečujejo vlogo zasebnega zavarovanja z namenom omejevanja stroškov, na drugi strani pa naj bi zasebno zavarovanje povzročalo pritiske na zagotavljanje storitev tudi v okviru socialnega zavarovanja, saj zagotavlja drugačno (na primer modernejšo) oskrbo, kot je zagotovljena v okviru socialnega zavarovanja. Prav tako kritje stroškov s strani zasebnega namesto s strani socialnega zavarovanja ne prispeva k omejevanju skupnih zdravstvenih izdatkov, kar je bil osnovni namen takega ukrepanja. Nenazadnje pa povečevanje vloge zasebnega zavarovanja z namenom omejevanja stroškov vodi tudi v problem neenake obravnave in zmanjševanja enakosti pri dostopanju do zdravstvenih storitev.

H3: Na nivoju celotne EU so v zadnjih treh desetletjih prisotne težnje po reformah sistemov zdravstvenega varstva, ki se v vseh treh skupinah držav odražajo v zmanjšani vlogi države na področju zdravstvenega varstva, kar se kvantitativno odraža predvsem v zmanjševanju deleža javnih izdatkov v celotnih zdravstvenih izdatkih.

Zadnjo hipotezo potrjujem z analizo reformnih ukrepov po posameznih skupinah držav, v okviru katere ugotavljam, da so bila osemdeseta leta preteklega stoletja zaznamovana z

okrepljenimi pritiski glede definicije države blaginje in socialne varnosti, kar se je odražalo tudi na področju zdravstvenih reform, ki so se nadaljevale tudi v devetdesetih letih in v novem tisočletju. Medtem ko so bile reforme najbolj radikalne v državah srednje in vzhodne Evrope zaradi prehoda k tržnemu gospodarstvu, pa v državah zahodne Evrope niso radikalno spreminjale tradicionalne organizacije in strukture zdravstvenih sistemov, pač pa so se izvajale predvsem na področju sistemov plačevanja ponudnikov zdravstvenih storitev, regulacije, financiranja in povečevanja vpliva zasebnega sektorja v zdravstvu. Ključni cilj reform je povečevanje učinkovitosti in racionalizacija hitro naraščajočih zdravstvenih izdatkov. Razpoložljivi ukrepi pa skoraj neizogibno vodijo tudi v krčenje pravic in/ali povečevanje finančne obremenitve posameznikov.

S pomočjo kvantitativne analize ugotavljam, da se je delež zdravstvenih izdatkov v bruto domačem proizvodu od šestdesetih let preteklega stoletja dalje v vseh državah povečeval. Obenem lahko opazimo postopno padanje deleža javnih izdatkov v celotnih zdravstvenih izdatkih, kar je bilo še bolj izrazito od 80. let preteklega stoletja dalje, ko so se začeli izvajati reformni procesi. Ob dejstvu, da se delež celotnih zdravstvenih izdatkov v BDP po državah povečuje, lahko sklepam, da se posledično povečuje tudi delež zasebnih izdatkov za zdravstvo, in sicer v obliki lastnih plačil ali zasebnega zavarovanja. To je sicer eden od načinov povečevanja virov za financiranje zdravstvenih izdatkov, ki pa skoraj gotovo vodi v zmanjševanje pravičnosti pri zagotavljanju oskrbe.

Kot ugotavljata Thompson in Mossialos (2004: 2), prostovoljno zdravstveno zavarovanje povečuje dostopnost do zdravstvene oskrbe tistim, ki so sposobni plačevati ustrezne premije, medtem ko bo zelo verjetno onemogočalo dostop predvsem starejšim, ljudem s šibkim zdravjem in tistim z nizkimi dohodki. To je tudi razlog, da številne države povečujejo svojo vlogo v smeri večje regulacije zasebnega zavarovanja, lajšanja bremena plačevanja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila socialno najšibkejšim skupinam, ali v obliki omejitev višine zdravstvenih izdatkov, nad katerimi posameznik dobi sredstva povrnjena od države.

5.2 Sklepne misli

Oba modela zdravstvenega varstva, v katera lahko v grobem razvrstimo države EU, temeljita na podobnih predpostavkah. Prvič, vključujeta precejšnjo vlogo države (Beveridgeov model

prek lastništva institucij, ki izvajajo funkcije financiranja in opravljanja storitev, Bismarckov prek regulacije sicer zasebnih ponudnikov storitev in plačnikov storitev). Drugič, zagotavljata solidarnost pri pokrivanju stroškov. Tretjič, zakonsko določata univerzalen pristop do zdravstvene oskrbe⁴¹. Proces staranja prebivalstva in hitro naraščajoči stroški zdravstvene oskrbe čedalje bolj postavljajo pod vprašaj vzdržnost takega pristopa. Večina držav EU je v procesu izvajanja zdravstvenih reform, njihovi pristopi pa so relativno podobni kljub izhodiščnim razlikam v obeh modelih. Države z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva zagotavljajo doseganje svojih omejenih proračunov z racionalizacijo storitev, kar običajno povzroča čakalne vrste. Pomemben reformni pristop v obeh sistemih predstavljajo spremembe na področju upravljanja zdravstvenih sistemov z uvajanjem logike učinkovitega poslovanja in konkurence, pogosto v smeri iskanja optimalne kombinacije javnega in zasebnega izvajanja zdravstvenih storitev. V obeh sistemih pa racionalizacija vodi v določeno stopnjo privatizacije predvsem na področju neakutne nege, kot na primer preventivne nege, rehabilitacije in zobozdravstva.

Dejstvo je, da je potrebno za ohranitev obstoječih pravic povečati vire financiranja izdatkov. Možnosti za to so različne, skupno pa jim je to, da temeljijo na povečevanju obremenitev prebivalstva v posredni obliki (proračunski priliv v zdravstveno blagajno, povečana prispevna stopnja, večja osnova za prispevek samozaposlenih državljanov) ali neposredni obliki (večanje lastnih plačil, razvoj drugih privatnih zavarovanj za povečana tveganja). V praksi se to kaže v povečevanju pomena prostovoljnega zasebnega zavarovanja, zmanjševanju obsega pravic iz javnega zdravstva oziroma zniževanju deležev kritja zdravstvene oskrbe s strani javnega zdravstva, večanju deleža lastnih doplačil, predvsem na področju zdravlil, v čedalje večji meri tudi na področju zobozdravstva in neakutne nege. Posledica tega je, da so ključne vrednote, kot so pravičnost pri dostopnosti do zdravstvenih storitev in prerazdeljevanje dohodka pri zbiranju sredstev, v zadnjih letih postavljene pod preizkušnjo. Objektivne okoliščine, kot so proces staranja prebivalstva in porast kroničnih bolezni ob izboljšanih postopkih zdravljenja, tem dilemam niso naklonjene. Kot se je izrazil profesor Rus (v Kovač, 2007), je »enakost v dostopnosti zdravstvenih storitev pomembna vrednota, toda slab cilj«. Na tem mestu se lahko le strinjam z njegovim mnenjem, da je najbolj verjetni scenarij ta, da se bo poudarjanje enakosti pri dostopnosti spremenilo v poudarjanje solidarnosti s posebno

⁴¹ Docteur in Oxley (2003: 48) ugotavljata, da je sicer mogoče univerzalen dostop zagotoviti na podlagi javnih zdravstvenih programov in/ali zasebnega zdravstvenega zavarovanja, vendar sistemi, kjer dostop temelji na prostovoljni osnovi, ne dosegajo popolne pokritosti. Zato je za doseganje univerzalnosti potrebno zagotoviti obvezno socialno ali zasebno zavarovanje.

ogroženimi mejnimi skupinami prebivalstva, kar pomeni večanje obremenitev za povprečnega človeka. Švedski zgled se zdi dovolj nazoren: v državi, kjer je potrebno iz lastnega žepa doplačevati storitve na splošni, ambulantni in bolnišnični ravni, je izhodišče začetni proračun za financiranje zdravstvenih storitev v določeni višini, nad tem zneskom sledi solidarnostno pokrivanje države. Nazoren je tudi primer Švice, ki se v Evropi najbolj približa t.i. kvazi-aktuarskemu modelu: država, v kateri je osnovno zdravstveno zavarovanje obvezno za vsakega prebivalca in obenem ni odvisno od dohodka, nato z usmerjenimi subvencijami revnejšim gospodinjstvom zmanjšuje breme plačevanja sicer tržnih, od dohodka neodvisnih premij.

Poleg povečevanja obremenitev posameznika lahko na področju zdravstva obenem pričakujemo tudi poudarjanje pomembnosti vloge posameznika, ki jo ta igra s svojo osveščenostjo, samoodgovornostjo in informiranostjo, s skupno besedo torej racionalnim obnašanjem. V tem kontekstu lahko razumemo tudi nekatere predloge in ukrepe iz zadnje reforme slovenskega zdravstvenega sistema; gre za predloge o znižanju bolniških nadomestil za poškodbe izven dela in pri adrenalinskem športu, ideje o čakalnih dnevih pred začetkom izplačevanja nadomestil za bolniško odsotnost in podobno.

Tudi slovenski zdravstveni sistem v tem obziru ni izjema; v zadnjih letih smo bili priča bolj ali manj konstantnim poskusom reform, področje zdravstva pa je tudi pri nas čedalje bolj izpostavljeno ekonomskim pritiskom za zmanjšanje stroškov in povečanje učinkovitosti. Pričakovati je, da bodo šli v prihodnosti na področju izvajanja zdravstvenih storitev poudarki predvsem v smeri spreminjanja obsega pravic iz javnega zdravstva (najbolj verjetno v smeri krčenja obstoječih pravic). Na strani povpraševanja so verjetni ukrepi za njegovo omejevanje v obliki doplačil za zdravila, obiske pri zdravniku, napotila na sekundarno raven, koriščenje bolniških odsotnosti. Verjetno je tudi povečevanje pomena javno-zasebnega partnerstva na strani ponudbe. Ob vsem tem je ključno, da se vzpostavi sistem, ki je dovolj transparenten za vse udeležence, cilji in ukrepi pa naj bodo enaki na deklarativni in dejanski izvedbeni ravni, kajti le tako bo posamezniku omogočeno čim bolj racionalno odločanje v zvezi z zdravstvenim zavarovanjem in oskrbo. Pomemben je tudi ustrezen način regulacije in nadzora nad zasebnimi izvajalci storitev kot tudi nad ponudniki zasebnih zavarovanj, za katere je pričakovati, da se bodo v prihodnje okrepljeno razvijala. Ker navedeni ukrepi neizogibno vodijo v večanje obremenitve posameznika, je potrebno zagotoviti ustrezne mehanizme, ki ščitijo ranljive skupine pred nesorazmerno visokimi stroški.

Zaradi povezanosti zdravstva s širšim sistemom družbene blaginje bo torej še naprej nujno potrebno obdržati določeno stopnjo prerazdeljevanja in solidarnosti. Kljub temu pa po mojem mnenju pri tem ne smemo prezreti nevarnosti, da lahko čedalje manjše zanašanje ljudi na univerzalnost zdravstva in zdravstvenih pravic vodi v bistveno zmanjšanje pripravljenosti oziroma družbenega konsenza za prerazdeljevanje. Prav ta konsenz pa je mehanizem, ki preprečuje, da bi na področju zdravstva prevladale tržne zakonitosti. Kot ugotavlja Česen (v Uranič, 2006: 42), bo morala »javna zdravstvena politika še naprej vzdrževati občutljivo ravnotežje med družbeno solidarnostjo, pravično dostopnostjo ter interesi svobodnega podjetništva«.

6. VIRI IN LITERATURA

6.1 Literatura

1. Abel-Smith, B., Mossialos, E. (1994): Cost Containment and Health Care Reform, A Study of the European Union. The London School of Economics and Political Science, London.
2. Adshead, M., Millar, M. (2004): Health care in Ireland: applying Esping-Andersen's typology of welfare to the Irish case. University of Lincoln, 2004.
3. Afford, C.W. (2001): Privatisation of Health Care in Central and Eastern Europe. Report on the basic security for PSI affiliates in the health sector in Central and Eastern Europe. Dostopno na http://www.epsu.org/IMG/pdf/Final_Edited_Report.pdf (14.10.2007).
4. Albreht, T. (2005): Zasebnišтво v različnih zdravstvenih sistemih. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 2005, 7/8, str. 463-464.
5. Aspalter, C. (2001): Different Worlds of Welfare Capitalism. Discussion paper No. 80. Dostopno na http://www.crawford.anu.edu.au/degrees/pogo/discussion_papers_previous/No80Aspalter.pdf, 2.4.2007.
6. Barr, N. (2004): Economics of the welfare state, Fourth edition, Oxford University press, str. 253-292.
7. Boyle, S. (2005): Payment by results in England. Euro Observer, Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems, 2005, volume 7, number 4, str. 1-4.
8. Brekke, K. R., Sorgard, L. (2006): Public versus Private Health Care in a National Health Service. Dostopno na <http://www.warwick.ac.uk/res2003/papers/Brekke.pdf>, 28.7.2007.
9. Brie, A. (2004): European Social Policy: The Demolition of the Social State. Historical Roots and Processes. Current Developments. Dostopno na http://www.pds-europa.de/download/studien/20040623_Englische%20Fassung_EU-Sozialpolitik.pdf, 5.12.2006.
10. Brinzan, O. (2003): The reform of health care systems in Europe: reconciling equity, quality and efficiency. Social, Health and Family Affairs Committee, Council of Europe. Dostopno na <http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/Doc03/EDOC9903.htm>, 19.9.2007.

11. Bručan, A. (2005): Ureditev razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu. *Zdravniški vestnik*, Ljubljana, 2005, 7/8, str. 456-460.
12. Busse, R. et al. (2002): Health care systems in eight countries. Trends and challenges. The London School of Economics and Political Science, London.
13. Busse, R., Saltman, R.B., Dubois, H.F.W (2004): Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments. V Saltman, R.B., Busse, R., Figueras, J. (2004): Social health insurance systems in Western Europe. European Observatory on Health Systems and Policy Series, Open University Press, pogl. 3, str. 33-80.
14. Clasen, J., van Oorschot, W. (2002): Changing Principles in European Social Security. *European Journal of Social Security*, 2002, volume 4/2, str. 89-115.
15. Colombo, F., Tapay, N. (2004): Private Health Insurance in Ireland: A Case Study. OECD, Health Working Papers št. 10.
16. Colombo, F., Tapay, N. (2004a): Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD, Health Working Papers št. 15.
17. Cook, B. (2006): Conceptual Framework for Analysis of Welfare State Developments. Working Paper No. 06-06. Centre of Full Employment and Equity, University of Newcastle, Australia, 32 str..
18. Dajčman, D. (2004): Evropski observatorij zdravstvenih sistemov – zdravstveni sistemi v tranziciji!, *ISIS*, Glasilo zdravniške zbornice Slovenije, junij 2004, 2 str..
19. Disney, H. et al. (2004): Impatient for Change. European Attitudes to Healthcare Reform. The Stockholm Network, London, 203. str..
20. Dixon, A., Langenbrunner, J., Mossialos, E. (2004): Facing the challenges of health care financing. V *Health systems in transition: Learning from experience (2004)*, European Observatory on Health Systems and Policies. Pogl. 3, str. 52-83.
21. Dredge, R. (2004): Hospital Global Budgeting. Health, Nutrition and Population Discussion Paper, World Bank, 67 str..
22. Docteur, E., Oxley, H. (2003): Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience, OECD, Health Working Papers, št. 374.
23. Esping-Andresen, G. (1991): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge, Oxford.

24. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2003):
Quality of life in Europe. First European quality of life survey 2003. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
25. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2004):
Health and care in an enlarged Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
26. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2004a):
Health and social services – visions for the future, Sector Futures, Dublin, 2004.
27. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2004b):
Policies and actions for a healthy Europe, Sector Futures. Dostopno na
<http://www.emcc.euofound.eu.int/publications/2004/ef04133en.pdf#search=%22Policies%20and%20actions%20for%20a%20healthy%20Europe%2C%20sector%20futures%22>,
17.10.2006.
28. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2005):
Working time options over the life course: Changing social security structures.
Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
29. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2006):
Employment in social care in Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
30. European Observatory on Health Care Systems: Health Care System in Transition:
Posamezne države EU. WHO Regional Office for Europe, različni letniki.
31. European Observatory on Health Care Systems (2002): Funding Health Care: Options for Europe. Open University Press, Buckingham.
32. European Parliament (2006): The Impact of the European Court of Justice Case Law on National Systems for Cross-Border Health Service Provision. Briefing note, Bruselj, 2006.
33. Figueras, J., McKee, M., Lessof, S. (2004): Overview, v Health systems in transition: Learning from experience (2004), European Observatory on Health Systems and Policies. Pogl. 1, str. 13-33.
34. Finance: Bručan za Sobotno prilogo: Za vsako bolezen se najde denarnica. Dostopno na
<http://www.finance.si/132806>, 21.11.2007.
35. Fortuna, M.(2004): Politizacija zdravstva, ISIS, Glasilo zdravniške zbornice Slovenije, junij 2004, 2 str..
36. Freeman, R. (1998): Competition in context: the politics of health care reform in Europe. International Journal for Quality in Health Care, 1998, Volume 10, No. 5, str. 395-401.

37. Freeman, R. (1999): Policy Transfer in the Health Sector. European Forum Conference Paper WS/35, Florence: Robert Schuman Center for Advance Studies, European University Institute.
38. Green, D.G., Irvine, B. (2001): Health Care in France and Germany: Lessons for the UK, Civitas, Institute for the Study of Civil Society, Lancing, Sussex.
39. Grimmeisen, S., Rothgang, H. (2004): The Changing Role of the State in Europe's Health Care Systems. Pripravljeno za drugo letno konferenco ESPAnet. University of Oxford, 9-11 September 2004.
40. Guillen, A.M., Alvarez, S. (2000): Sothern European Welfare States Facing Globalization: Is There Social Dumping? Paper presented at the Year 2000 International Research Conference on Social Security, Helsinki, 25-27 September 2000.
41. Guillen, A.M., Alvarez, S. (2001): Globalization and the Southern Welfare States. V Sykes, R., Palier, B., Prior, P.M. (2001): Globalization and European Welfare States; Challenges and Change. Palgrave; str. 127-153.
42. Guillen, A.M., Alvarez, S. (2004): The EU's Impact on the Spanish Welfare State: The Role of Cognitive Europeanization. Journal of European Social Policy, 2004, vol. 14, no. 3, str. 285-299.
43. Guillen, A.M., Alvarez, S., Silva, P.A. (2001): Redesigning the Spanish and Portugese Welfare States: The Impact of Accession into the European Union. Center for European Studies Working Paper No. 85.
44. Häkkinen, U., Linna, M. (2005): DRGs in Finnish health care. Euro Observer, Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems, 2005, volume 7, number 4, str. 7-8.
45. Hassenteufel, P., Palier, B. (2006): Comparing health insurance reforms in Bismarckian countries: From path dependent to path breaking changes?, Harvard University, junij 2006.
46. Hauff, M.: Alternative Models of Social States in Europe: Will Europe Come to an Agreement? Dostopno na <http://www.keusa.or.kr/europe/Document/99-2/Hauff.pdf>, 5.12.2006.
47. Herrmann, P. (2006): Open method of Coordination in the European Union: A Trojan Horse – But who is the Rider? Objavljeno v Social Work & Society, 2001, volume 4, issue 2, str. 351-356.
48. Hsiao, W. (2000): What Should Macroeconomists Know About Health Care Policy? A Primer, IMF Working Paper, WP/00/136, International Monetary Fund, Washington D.C..

49. International Monetary Fund (2005): Spain: Selected Issues. IMF Country Report No. 05/57, Washington D.C..
50. Jakovac, G. (2002): Reforme sistemov zdravstvenega varstva v Evropi. Diplomsko delo, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, Ljubljana.
51. Jakubowski, E., Busse, R. (1998): Health Care Systems in the EU: A Comparative Study. Working paper. European Parliament, Luxembourg.
52. Janša, N. (2006): Razvoj zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Diplomsko delo, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, Ljubljana.
53. Jemai, N., Thompson, S., Mossialos, E. (2004): An overview of cost sharing for health services in the European Union. Euro Observer, Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems, 2004, vol. 6, no. 3, str. 1-4.
54. Jones, A. M, Koolman, X., van Doorslaer, E. (2004): The impact of supplementary private health insurance on the use of specialists in European countries. Dostopno na http://www2.eur.nl/bmg/ecuity/public_papers/ECuity3wp21AJ_XK_EvD.pdf, 27.10.2007.
55. Keber, D. (2003): Utrjevanje vrednot in vzpodbujanje sprememb: zdravstvena reforma 2003. Zdravstveni vestnik, 2003, št. 72, str. 57-58.
56. Keber, D. et al. (2003): Zdravstvena reforma. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2003, 348. str.
57. Kidrič, D. (2003): Partnerstvo, ne pa izključnost. Finance, Ljubljana, 11.9.2003. Dostopno na <http://www.finance.si/56480>, 26.11.2007.
58. Košir, F. (2005): Financiranje zdravstvenega varstva: javno-zasebno. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 2005, 7/8, str. 460-461.
59. Kranjec, M. (2007): Nekateri strateški problemi slovenskega zdravstva. Dostopno na www.ujn.gov.si/vrs//util/bin.php?id=2007051813594968, 5.11.2007.
60. Kovač, B. (2007): Zdravje ni javna dobrina. Mladina, Ljubljana, 17.2.2007. Dostopno na http://www.mladina.si/mednik/200707/clanek/slo-ekonomija--bogomir_kovac/, 13.11.2007.
61. Lamping, W., Steffen, M. (2004): European Union and Health Policy. Dostopno na <http://www.apsoc.ox.ac.uk/Espanet/espanetconference/papers/ppr%5B1%5D.9.WL.pdf>, 15.1.2007.
62. Langerholc, N. (2005): Primerjava sistemov zdravstvenega zavarovanja Slovenije, Anglije in Nemčije. Diplomsko delo, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, Ljubljana.

63. Lethbridge, J. (2002): Privatisation in health care – implications for health for all.
University of Greenwich, London.
64. Liaropoulos, L. L. (2001): Health Care Policy in Greece: a new (and promising) reform.
Euro Observer, Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems, 2001,
volume 3, number 2, str. 5.
65. Magajna, K. (2005): Ponudba prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji.
Diplomsko delo, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, Ljubljana.
66. Mbitha-Schmid, E. (2003): Health Care System – Switzerland, Zurich America Center,
Zurich.
67. Mossialos, E. in drugi (2001): The influence of EU law on the social character of health
care systems in the European Union. Dostopno na
<http://www.ose.be/health/files/summary.pdf>, 15.1.2007.
68. Mossialos, E., Thompson, S. (2002): Voluntary health insurance in the European Union:
A critical assessment. International Journal of Health Services, vol. 32, no. 1, str. 19-88.
69. Mossialos, E., Thompson, S. (2004): Voluntary health insurance in the European Union.
European Observatory on Health Care Systems and Policies in London School of
Economics and Political Science, Brussels.
70. Mrkaić, M. (2004): »Benchmark« gospodarski program. Dostopno na
[http://www.forum21.si/uploads/events/program_mrkaica.pdf?file=uploads/events/progra
m_mrkaica.pdf](http://www.forum21.si/uploads/events/program_mrkaica.pdf?file=uploads/events/program_mrkaica.pdf), 22.10.2006.
71. Obersnel-Kveder, D. (2006): Slovensko primarno zdravstveno varstvo na razpotju.
Dostopno na <http://www.ohranimo.si/newsdetail.php?id=16>, 20.10.2006.
72. Paton, C. (1995): Present dangers and future threats: some perverse incentives in the NHS
reforms. British Medical Journal, št. 310, str. 1245-1248.
73. Pezdir, R. (2007): Odstop ministra Bručana – začetek reševanja slovenskega zdravstva?
Finance, Ljubljana, 5.9.2007. Dostopno na
[http://www.finance.si/190147/Pezdir_Odstop_ministra_Bru%28ana_za%28etek_re%28e
vanja_slovenskega_zdravstva](http://www.finance.si/190147/Pezdir_Odstop_ministra_Bru%28ana_za%28etek_re%28evanja_slovenskega_zdravstva), 24.11.2007.
74. Povše, V. (2004): Zdravstveno varstvo v Sloveniji in prihajajoče spremembe z
zdravstveno reformo. Diplomsko delo, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede,
Ljubljana.
75. Rico, A., Leon, S. (2005): Health Care Devolution in Europe: Trends and Prospects.
Health Organization Research Norway, Working Paper 2005: 1.
76. Rosner, P. (2003): The economics of social policy, Edward Elgar, str. 79-132.

77. Saltman, R. B. (2003): Melting public-private boundaries in European health systems. *European Journal of Public Health*, št. 13, str. 24-29.
78. Saltman, R.B., Figueras, J. (1998): Analyzing the Evidence on European Health Care Reforms. *Health Affairs*, Vol. 17, št. 2, str. 85-108.
79. Saltman, R.B., Figueras, J. (1997): European Health Care Reforms. Analysis of current strategies. WHO Regional Publications, European Series, No. 72.
80. Saltman, R.B., Dubois, H.F.W (2004): The historical and social base of social health insurance systems. V Saltman, R.B, Busse, R., Figueras, J. (2004): Social health insurance systems in Western Europe. *European Observatory on Health Systems and Policy Series*, Open University Press, pogl. 2, str. 21-32.
81. Samuelson, P.A., Nordhaus, W.D. (1995): *Economics*, Fifteenth edition. McGraw-Hill, Inc., str. 261-358.
82. Sennett, C, Starkey, K. (2006): *Measuring and Improving Efficiency in Health Care*. Report, ABIM Foundation, Philadelphia. Dostopno na http://www.abimfoundation.org/publications/pdf_issue_brief/Issue_Brief_06_06.pdf, 12.12.2007.
83. Sieveking, K. (2006): *ECJ Rulings on Health Care Services and Their Effects on the Freedom of Cross-Border Patient Mobility in the EU*. Zentrum für Europäische Rechtspolitik, Universität Bremen. Bremen, 2006.
84. Snoj, A. (2005): Južnoevropske države blaginje na področju sistemov zdravstvenega varstva. Seminarska naloga pri predmetu Primerjalna socialna politika. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.
85. Stanovnik, T. (1998): *Javne finance*. Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, Ljubljana.
86. Škufca, P. (2006): *Analiza možnosti zasebnih helikopterskih prevozov v sistemu nujne medicinske pomoči*. Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, Ljubljana.
87. Tajnikar, M., Došenović, P. (2005): *Po Kebru Bručan ... ali še vedno Keber?* Finance, Ljubljana, 26.5.2005. Dostopno na <http://www.finance.si/121435>, 24.11.2007.
88. Tajnikar, M., Došenović Bonča, P. (2005): *Recent Developments in the Voluntary Health Insurance Market in Slovenia*. Dostopno na http://www.ef.uni-lj.si/konferenca/gradiva/Dosenovic_Tajnikar.pdf, 22.10.2006.

89. Tasič, M. (2005): Organizacija in financiranje zdravstvene dejavnosti v Sloveniji. Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.
90. Toth, M. (2003): Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje. ZZSZ, Ljubljana.
91. Thompson, S., Mossialos, E. (2004): Private health insurance and access to health care in the European Union. Euro Observer, Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems, 2004, vol. 6, no. 1, str. 1-4.
92. Thurner, W. P., Kotzian, P. (2001): Comparative Health Care Systems. Outline for an empirical application of New Institutional Economics approaches, Grenoble, april 2001.
93. Uranič, J. (2006): Privatizacija zdravstvene dejavnosti v Sloveniji. Diplomsko delo, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, Ljubljana.
94. Veldar, R. van der: ECJ Judgements concerning cross border Health Care 1998-2006. Summaries. Dostopno na http://www.soziale-dienste-in-europa.de/dokumente/Aktuelles/EuGH_Urteile_summary_en.pdf, 10.1.2008.
95. Vrhnjak, B. (2007): Javno-zasebno partnerstvo v teoriji. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 2007, 7/8, str. 481-486.
96. Wasem, J., Greß, S., Okma, K.G.H. (2004): The role of private health insurance in social health insurance countries. V Saltman, R.B, Busse, R., Figueras, J. (2004): Social health insurance systems in Western Europe. European Observatory on Health Systems and Policy Series, Open University Press, pogl. 10, str. 227-247.

6.2 Viri

1. Commission of the European Communities (2001): Communication from the Commission on the future of health care and care for the elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability, COM (2001) 723 Final, Bruselj, 2001.
2. Commission on Profit or Not-for-Profit in the Swedish Health System (2002): Can For-Profit Benefit Swedish Healthcare?, Interim Report. Stockholm, november 2002.
3. Delaware Healthcare Association: Glossary of Health Care Terms and Acronyms. Dostopno na <http://www.deha.org/Glossary/GlossaryG.htm#Top>, 15.12.2006.

4. European Court of Justice (ECJ) decisions on Healthcare policy. Dostopno na http://www.fuesser.de/fileadmin/dateien/publikationen/manuskripte/vortrag_healthcare_portugal.pdf, 10.1.2008.
5. Gibanje za ohranitev in izboljšanje javnega zdravstva: <http://www.ohranimo.si/index.php>.
6. Komisija evropskih skupnosti (2006): Sporočilo Komisije, Posvetovanje glede ukrepov Skupnosti na področju zdravstvenih storitev, SEC (2006) 1195/4, Bruselj, 2006.
7. Listina o temeljnih pravicah Evropske unije. Dostopno na <http://www.svez.gov.si>, 5.5.2007.
8. Ministrstvo za zdravje (2006): Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu, Ljubljana, 2006.
9. Pogodba o ustanovitvi Evropske skupnosti, Official Journal of the European Communities, C 325/35.
10. Pogodba o ustavi za Evropo. Dostopno na http://europa.eu.int/constitution/sl/part18_sl.htm#a117, 5.5.2007.
11. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2006. Dostopno na www.zzzs.si, 5.10.2007.
12. The World Health Report 2002, World Health Organization. Dostopno na <http://whqlibdoc.who.int/whr/2004/924156265X.pdf>, 22.10.2006.
13. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Dostopno na <http://en.wikipedia.org/wiki>.
14. World Health Organization: <http://www.who.int/en/>.
15. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 126/2003).
16. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/1992).
17. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 100/2005).

7. PRILOGA: Osnovne značilnosti sistemov zdravstvenega varstva po posameznih državah EU

	<i>ureditev dostopa do zdravstvene oskrbe</i>	<i>ugodnosti, ki jih zagotavlja sistem</i>	<i>način financiranja sistema</i>	<i>način upravljanja sistema</i>
Avstrija	Dostop na podlagi zakonskega zdravstvenega zavarovanja, možnost prostovoljnega zavarovanja samo za skupine z nizkimi dohodki in samozaposlene. Večino primarne in zunajbolnišnične sekundarne oskrbe izvajajo samozaposleni zdravniki in klinike, ki jih pacienti prosto izberejo. Splošni zdravniki ne igrajo vloge vratarja, mogoč je direkten dostop do specialistov.	Enakomeren in lahek dostop do zdravstvene oskrbe s celovitim paketom ugodnosti na vseh ravneh, krite so tudi zobozdravstvene storitve. Lastna plačila izhajajo predvsem iz doplačil zdravnikom, ki nimajo pogodb s skladi, doplačil za recepte in terapevtske pripomočke.	67% so javni izdatki. Večina se pokriva iz prispevkov (iz plač, enak delež za delodajalce in zaposlene), nekaj tudi iz splošnih davkov (predvsem za dolgotrajno oskrbo) in lastnih plačil. Povračilo stroškov za oskrbo je na podlagi pogajanj med skladi socialnega zdravstvenega zavarovanja in združenji zdravnikov na deželni ravni. Oskrba je precej privatizirana, zdravstveno osebje je pretežno samozaposleno, dela pogodbeno in je plačano po glavarini za osnovne storitve in po principu plačila za storitev za ostale storitve. Za obiske pri zdravnikih, ki nimajo pogodb s skladi, morajo pacienti doplačati 20% zneska.	Ministrstvo postavlja zakonski okvir, izvaja licenciranje in nadzorne funkcije. Deželne vlade pa skrbijo za izvajanje, imajo pa tudi veliko pristojnosti nad regulacijo in financiranjem bolnišničnega zdravljenja. Zdravstveni skladi so organizirani v Institucije socialne varnosti.
Belgija	Dostop na podlagi obveznega socialnega zdravstvenega zavarovanja. Bolniški skladi ponujajo tudi prostovoljno dodatno zavarovanje. Prost izbor bolniškega sklada in zdravnikov. Pretežno privatni ponudniki zdravstvenih storitev: splošni zdravniki in specialisti. Splošni zdravniki ne igrajo vloge vratarja.	Enostaven dostop do zdravstvene oskrbe s celovitim paketom ugodnosti na podlagi obveznega zavarovanja. Potrebna pa so doplačila tako za ambulantno kot bolnišnično zdravljenje, ki pa so fiksno omejena navzgor v relaciji do dohodka in drugih socialnoekonomskih faktorjev.	71% so javni izdatki, predvsem iz prispevkov iz plač, nekaj iz splošnih davkov. Skladi dobijo sredstva delno na podlagi tveganjem prilagojenega proračuna, delno pa za nazaj na osnovi dejanskega deleža sklada v celotnih izdatkih. Zdravniki so samozaposleni in plačani po principu plačila za storitev, provizije so določene na nacionalni ravni na pogajanjih med bolniškimi skladi in predstavniki zdravnikov. Bolnišnice dobijo sredstva v fiksnem znesku za stroške prenočevanja in ločeno po plačilu za storitev za medicinske storitve.	Centralizirano upravljanje, nacionalni zdravstveni institut skrbi za organizacijo sistema in prenos finančnih sredstev na bolniške sklade. Odgovornost za preventivno nego in promocijo zdravja je na regionalni in občinski ravni, prav tako se na tej ravni določa tudi fiksni letni proračun za obvezno zavarovanje.

	<i>ureditev dostopa do zdravstvene oskrbe</i>	<i>ugodnosti, ki jih zagotavlja sistem</i>	<i>način financiranja sistema</i>	<i>način upravljanja sistema</i>
Bolgarija	Dostop na podlagi obveznega zdravstvenega zavarovanja. Splošni zdravniki igrajo vlogo vratarja. Možen je tudi direkten dostop do katerega koli splošnega zdravnika ali specialista, vendar proti doplačilu. Obstajajo privatni ponudniki prostovoljnih zavarovanj, delež teh sredstev v financiranju je nizek.	Obvezno zavarovanje krije osnovni paket storitev, ki ni jasno določen, za nekatere storitve so potrebna tudi lastna doplačila. Pacienti plačajo 1% minimalne mesečne plače za vsak obisk zdravnika in 2% za vsak dan v bolnišnici (maksimalno do 10 dni na leto), doplačati je potrebno tudi večino zdravil. Zobozdravstvena oskrba je večinoma plačljiva.	Le 54% je javnih izdatkov, financirajo se predvsem iz prispevkov iz plač, nekaj iz splošnih davkov. Med nacionalnim skladom zdravstvenega zavarovanja in ponudniki storitev je pogodbeni odnos. Bolnišnice dobijo sredstva na podlagi sistema primerljivih primerov. V javnih bolnišnicah zdravniki prejemajo plače. Splošni zdravniki so plačani po številu pacientov, zunajbolnišnični specialisti so plačani glede na storitve.	Decentralizirano upravljanje, ministrstvo za zdravje in regionalni zdravstveni centri razvijajo in izvajajo nacionalno zdravstveno politiko. Delno avtonomen in do regionalnih ravni decentraliziran sklad zdravstvenega zavarovanja zbira prihodke, razdeljuje vire in plačuje izvajalce. Oskrba je precej privatizirana, primarni sektor skoraj v celoti, delno tudi bolnišnice.
Ciper	Dostop do univerzalne oskrbe še ni urejen, obstajajo različni tipi oskrbe: javna, privatna, skladi delodajalcev in sindikatov, privatno zdravstveno zavarovanje in shema za sponzorirano zdravljenje v tujini. Pacienti lahko prosto izberejo zdravnika ali specialista, splošni zdravniki ne igrajo vloge vratarja. Primarna oskrba je javna v bolnišnicah z oddelki za izvenbolnišnično oskrbo, ter privatna v zasebnih praksah.	Javna oskrba je brezplačna, vendar do nje nima dostopa celotno prebivalstvo (10-15% ga nima). Ti doplačujejo storitve v javni oskrbi ali se poslužujejo privatne, ki jo v celoti plačajo. Enako je z zdravili. Visok delež dohodka gospodinjstev je namenjen izdatkom za zdravstvo, pri kroničnih boleznih je delež zelo obremenjujoč. Porodna oskrba in oskrba otrok sta brezplačni za vse prebivalce.	Zgolj 33% je javnih izdatkov, ki se večinoma financirajo iz splošnih davkov. Ostalo so lastna plačila in privatno zavarovanje, pri čemer je ta sektor dokaj nerazvit. Razporejanje sredstev je precej birokratizirano na podlagi letnega proračuna. V javnem sektorju zdravniki dobivajo plačo, v privatnem pa so plačani na storitve, pri čemer so provizije neregulirane. V fazi priprave je sprememba sistema zdravstvenega varstva na Cipru v smeri vzpostavitve nacionalnega zdravstvenega zavarovanja, ki naj bi razširila dostop do oskrbe na celotno populacijo prek obveznega zdravstvenega zavarovanja in uvedla družinskega zdravnika kot vratarja v sistemu.	Centralizirano upravljanje s strani Sveta ministrov. Ministrstvo za zdravje skrbi za organizacijo in regulacijo sistema in za zagotavljanje oskrbe za javno financirane storitve.
Češka	Dostop na podlagi obveznega socialnega zdravstvenega zavarovanja. Pacienti lahko prosto izberejo splošnega zdravnika ali specialista, splošni zdravniki ne igrajo vloge vratarja. Nekoliko manj pomembna vloga primarne oskrbe, ki se jo skuša okrepiti.	Širok nabor storitev na podlagi obveznega zavarovanja, doplačil praktično ni, zato tudi zelo majhen pomen prostovoljnega zavarovanja. Doplačati je potrebno nekatere storitve, kot so kozmetične operacije, določene zobozdravstvene storitve, ortopedske pripomočke. Celotno zdravljenje brez recepta se krije iz zavarovanja.	91% je javnih izdatkov, večina iz prispevkov zdr. zavarovanja, ki ga plačujejo zaposleni in delodajalci, za revnejše prebivalce pa država. Delno se izdatki financirajo tudi iz splošnih davkov in lastnih plačil. Pomembno vlogo pri alokaciji sredstev imajo skladi, ki zberejo večino denarja. Način povračila stroškov se pogosto spreminja, v osnovi je temeljil na plačilu za storitev, a je bil zaradi napihovanja storitev večkrat dopolnjen v smeri količinskih omejitev pri storitvah, fiksne plačila ali glavarine.	Decentralizirano upravljanje. Ministrstvo skrbi za regulacijo, licenciranje in nadzor. Regionalne oblasti skrbijo za izvajanje in alokacijo sredstev. Velik pomen skladov socialnega zavarovanja, ki so dokaj samostojni. Redna pogajanja s predstavniki izvajalcev in poklicnimi zbornicami za določitev nabora storitev, višine premij in povračila stroškov, zadnje besedo ima še vedno vlada. Oskrba je precej privatizirana, primarni sektor skoraj v celoti.

	<i>ureditev dostopa do zdravstvene oskrbe</i>	<i>ugodnosti, ki jih zagotavlja sistem</i>	<i>način financiranja sistema</i>	<i>način upravljanja sistema</i>
Danska	Dostop do univerzalne oskrbe za vse prebivalce. Osebnih zdravnikov igrajo vlogo vratarja, v tem primeru je nadaljnje zdravljenje brezplačno. Možen je tudi direktn dostop do katerega koli splošnega zdravnika ali specialista, vendar proti doplačilu. Primarno oskrbo zagotavljajo samozaposleni splošni zdravniki in občinske zdravstvene službe.	Splošni zdravniki, bolnišnična oskrba in javne storitve so brezplačne. Potrebna so doplačila za nekatere storitve (fizioterapija, zobozdravstvo, očala, zdravila). Ta doplačila lahko krije tudi prostovoljno dodatno zavarovanje. V splošnem obstaja visoka stopnja zadovoljstva prebivalcev s primarno oskrbo.	83% so javni izdatki na podlagi splošnih davkov (na državni, deželni in občinski ravni). Na letni ravni se s pogajanjem med ministrstvom, zvezo deželnih svetov in zvezo lokalnih oblasti določi deželne in mestne proračune. Splošni zdravniki so plačani delno prek glavarine in delno na osnovi plačila za storitev. Specialisti na osnovi plačila za storitev. Bolnišnično osebje dobiva plače.	Decentralizirano upravljanje. Ministrstvo za zdravje postavlja zakonski okvir, izvaja licenciranje in nadzorne funkcije. Finančni okvir postavlja finančno ministrstvo. Oskrba je v pristojnosti dežel, ki so lastnice in upraviteljice bolnišnic, so pa tudi v pogodbenem odnosu z zasebnimi splošnimi zdravniki. Mestne oblasti so odgovorne za domove za ostarele, patronažo in šolsko zdravstvo.
Estonija	Dostop do oskrbe na podlagi državljanstva in pripadnosti določeni skupini: zaposleni plačujejo davek, za nekatere skupine stroške pokriva država iz proračuna, za nekatere skupine je dostop brezplačen (otroci, upokoženci, študenti). Dokaj močna vloga primarne oskrbe – družinskih zdravnikov, ki igrajo vlogo vratarja.	Paket oskrbe je dokaj celovit, izjema so zobozdravstvene in optične storitve, kozmetične operacije, alternativne terapije. Potrebna pa so doplačila za zdravila, obiske na domu, obiske specialistov izven bolnišnice in za vsak dan v bolnišnici. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je še relativno nerazvito.	76% je javnih izdatkov, večina iz usmerjenega davka na plače, nekaj je splošnih davkov. Vlada ne postavlja proračuna za zdravstvo, temveč je ta določen z nivojem plač in obsegom lastnih plačil. Sklad razdeljuje sredstva med 4 pokrajinske izpostave na podlagi št. prebivalcev in starostne strukture. Plačilo bolnišnicam poteka na podlagi pogodb s skladom. Zdravniki na primarni ravni so plačani po kombinaciji glavarine, plačila za storitve in osnovne plače. Specialisti so plačani glede na storitve ob maksimalnih kvotah določenih v pogodbah. Zdravniki v bolnišnicah prejemajo plačo.	Glede na svojo majhnost ima Estonija dokaj decentraliziran sistem. Ministrstvo za socialne zadeve skrbi za razvoj in implementacijo zdravstvene politike. Nacionalni zdravstveni sklad sklepa pogodbe z izvajalci in skrbi za povračilo sredstev, skupaj z ministrstvom določa paket oskrbe. Izvajalci so avtonomni, v primarnem sektorju povsem privatizirani, v sekundarnem večinoma v lasti mestnih oblasti.
Finska	Dostop do univerzalne oskrbe za vse prebivalce. Ni formalnega sistema osebnih zdravnikov, ki bi imeli vlogo vratarja. Primarna oskrba je organizirana v mestnih zdravstvenih centrih, kjer delujejo multidisciplinarnе skupine strokovnjakov. Ti imajo pomembno vlogo pri usmerjanju pacientov skozi različne nivoje oskrbe. Z uvedbo koncepta osebnega zdravnika (80. leta) so želeli olajšati dostop do primarne oskrbe, saj je bilo zahtevano, da zdravnik vsakega pacienta sprejme najkasneje v 3 dneh.	Relativno visok delež lastnih doplačil na vseh ravneh oskrbe, ki pa je omejen navzgor z letno kvoto (ločeno za oskrbo in zdravila). Zakonsko so opredeljene storitve, ki so brezplačne, vendar zajemajo predvsem zdravljenje resnejših obolenj (ter otroško in porodno oskrbo), medtem ko obstajajo različni mehanizmi za doplačevanje obiskov mestnih zdravstvenih centrov, zobozdravstva in oskrbe v bolnišnicah.	76% so javni izdatki na podlagi splošnih davkov in nacionalne zdravstvene zavarovalnice. Mestne oblasti dobijo sredstva na osnovi sistema tehtane glavarine. Bolnišnice dobijo sredstva od lokalnih oblasti glede na storitve, ki jih nudijo pacientom. Bolnišnični zdravniki in večina zdravnikov v mestnih zdravstvenih centrih so plačani uslužbenci. Splošni zdravniki so plačani po kombinaciji osnovne plače, plačila za storitve in glavarine.	Decentralizirano upravljanje. Ministrstvo postavlja zakonski okvir in opravlja nadzorne funkcije. Oskrba je v pristojnosti mestnih oblasti, ki so odgovorne za primarno oskrbo, rehabilitacijo in zobozdravstvo.

	<i>ureditev dostopa do zdravstvene oskrbe</i>	<i>ugodnosti, ki jih zagotavlja sistem</i>	<i>način financiranja sistema</i>	<i>način upravljanja sistema</i>
Francija	Dostop do oskrbe na podlagi sistema nacionalnega socialnega zavarovanja, dopolnjen z dopolnilnim prostovoljnim zavarovanjem. Tri sheme (splošna, kmetijska in za samozaposlene). Od 1999 dalje univerzalna oskrba za vse rezidente, ne le zaposlene. Dostop do vseh zdravnikov je prost, splošni zdravniki ne igrajo vloge vratarja, so pa prisotne težje po vzpostavitvi takšne vloge.	Relativno visok delež lastnih doplačil na vseh ravneh oskrbe, pacienti plačujejo oskrbo direktno in dobijo kasneje povrnjena sredstva s strani zdr. zavarovanja. Obstajajo nekateri mehanizmi za omejevanje celotnih stroškov zdravljenja (daljše bolezni, nekatera zdravila itd.). Relativno pomembno vlogo igra prostovoljno dodatno zavarovanje.	76% so javni izdatki (prispevki iz socialnega zdravstvenega zavarovanja), nekaj je tudi splošnih davkov. Parlament letno odobri proračun za izdatke iz zdr. zavarovanja, proračun se razdeli na podskupine (privatna praksa, javne bolnišnice). Javne bolnišnice dobijo sredstva na podlagi predvidenih globalnih proračunov, privatne pa fiksen znesek. Samozaposleni zdravniki so plačani za storitve direktno od pacientov, tarife so določene na pogajanjih med zdravniki in skladi. V javnih bolnišnicah zdravniki dobivajo plačo.	Centralizirano upravljanje, država regulira sistem in postavlja meje za zdr. izdatke, skrbi za definiranje paketa ugodnosti in regulacijo. Zdravstveni zavarovalni skladi nimajo tako pomembne vloge kot npr. v Nemčiji. Primarno in sekundarno oskrbo zagotavljajo samozaposleni zdravniki, zobozdravniki, zdravstveni centri (ki jih upravljajo lokalne oblasti) in plačani bolnišnični uslužbenci.
Grčija	Dostop imajo vsi državljani prek nacionalne zdravstvene službe. Dodatno so obvezni tudi skladi socialnega zavarovanja za zaposlene in upokojene. Na osnovi državljanstva je omogočen dostop do primarne in urgentne oskrbe. Ostali nivoji so omogočeni na podlagi zdravstvenega zavarovanja, razen za najrevnejše, ki v javnih bolnišnicah dostopajo do celotne oskrbe.	Ministrstvo se odloča o storitvah, ki so na voljo na osnovi zdravstvenega zavarovanja, o prispevnih stopnjah in zdravnikih, do katerih lahko zavarovanci dostopajo. Lastna doplačila so potrebna za zdravila, obiske v bolnišnicah ter za privatno oskrbo, v kolikor je skladi ne pokrivajo. Visok je tudi delež plačil »pod mizo«.	Mešano financiranje z davki, obveznimi prispevki in prostovoljnimi zasebnimi izdatki, ki predstavljajo največji delež v EU (49%). Vse zdravstveno osebje v nacionalni zdravstveni službi dobiva plačo kot javni uslužbenci.	Financiranje je centralizirano, proračun določijo ministrstvo za gospodarstvo in finance, razporeja pa ga ministrstvo za zdravje in socialno solidarnost, ki odloča tudi o strategiji. Implementacija nacionalne strategije je v pristojnosti regionalnih zdravstvenih oblasti.
Irska	Obstajata dve kategoriji: prva kategorija (30%) je upravičena do brezplačnih storitev predvsem v primarni oskrbi, druga pa brezplačno le do javne bolnišnične oskrbe, večino drugih storitev pa mora doplačati. Pomembna je vloga prostovoljnega privatnega zavarovanja, ki zajema skoraj 1/2 prebivalstva. Pacienti prve kategorije izberejo svojega splošnega zdravnika iz omejenega seznama, druga kategorija pa izbira prosto, saj obiske pri splošnem zdravniku plačuje, lahko gre tudi direktno do specialista. Tako splošni zdravniki igrajo vlogo vratarjev le za prvo kategorijo.	Lastna doplačila so za drugo kategorijo potrebna kot plačila za obiske pri splošnih zdravnikih, zobozdravstvo, zobozdravstvo, zdravila in privatno bolnišnično oskrbo, medtem ko se krijejo stroški za javno bolnišnično oskrbo in javno financirane specialiste. Oskrba za starejše je javna.	Oskrba se financira pretežno iz splošnih davkov, delno iz namenskega davka iz plač. Ostalo so lastna plačila in plačila za prostovoljno privatno zavarovanje. Povračilo stroškov za oskrbo se določa letno na pogajanjih med ministrstvom za finance in zdravje. Nekaj je direktnih plačil prostovoljnimi organizacijam. Splošni zdravniki so plačani po glavarini za paciente iz prve kategorije, za drugo kategorijo pa po principu plačila za storitev. Specialisti v bolnišnicah dobijo plačo za oskrbo javnih pacientov, dovoljena jim je tudi zasebna praksa kot plačilo za storitev.	Vlada je splošno odgovorna za zdravstvo, izvaja se preko ministrstva za zdravje. Do 2005 je bila izvedba na strani regionalnih zdravstvenih odborov, po zadnji reformi pa se je centralizirala.

	<i>ureditev dostopa do zdravstvene oskrbe</i>	<i>ugodnosti, ki jih zagotavlja sistem</i>	<i>način financiranja sistema</i>	<i>način upravljanja sistema</i>
Italija	Dostop imajo vsi prebivalci (nacionalna zdravstvena služba). Primarna oskrba se izvaja na nivoju splošnih zdravnikov in pediaterov, ki igrajo vlogo vratarja.	Lastna plačila so potrebna kot doplačila npr. za diagnostične preiskave in posvete s specialisti, so pa omejena navzgor s fiksnim zneskom oziroma jih za določene skupine ni. Privatna oskrba in zdravila brez recepta pa so v celoti plačljiva.	Oskrba se financira pretežno iz proračuna na osnovi davkov. Povračilo stroškov za oskrbo se izvaja na regionalni ravni na osnovi principa tehtane glavarine (glede na starost in zdravstveno stanje populacije). Zdravniki v bolnišnicah so javni uslužbenci. Splošni zdravniki in pediatri so neodvisni pogodbeni delavci plačani po glavarini.	Centralna država in regije si delijo pristojnosti nad zdravstvom. Država definira osnovni paket storitev, ki mora biti enak po vsej državi. Regije so odgovorne za organizacijo in administracijo sistema, lokalne oblasti pa za izvedbo zdravstvene oskrbe.
Latvija	Vsi državljani so upravičeni do dostopa do državnih financiranih storitev. Primarni sektor je še vedno slabše razvit kljub temu, da so šle reforme predvsem v smeri njegove krepitve. Družinski zdravniki ne igrajo vloge vratarja, saj je mogoč direkten dostop do številnih specialistov.	Delež lastnih plačil je visok, obstajajo pa različni podatki zaradi težav pri merjenju. Doplačati je potrebno za primarno oskrbo, v celoti kriti stroške zdravil (z izjemo nekaterih tveganih skupin), zobozdravstvo je brezplačno le do 18. leta. Za zmanjševanje doplačil se ljudje čedalje bolj poslužujejo prostovoljnega zavarovanja.	79% izdatkov je javnih, glavina se kljub obstoju centralnega zdravstvenega zavarovalniškega sklada financira iz proračuna, in sicer na podlagi davkov na plače, kjer je določen odstotek namenjen zdravstvu, in iz splošnih davkov. Vlada določa letni proračun za zdravstvo, sredstva razporeja Agencija za obvezno zdravstveno zavarovanje prek regionalnih skladov. Plačilo bolnišnic poteka na osnovi pogodb s skladi po kombiniranih metodah. Tudi plačilo zdravnikov poteka po različnih metodah, zanimivo je, da splošni zdravniki plačujejo tudi del storitev specialistov, kar je bilo uvedeno z namenom, da bi okrepili vlogo primarne oskrbe.	Financiranje je centralizirano, oskrba pa je v pristojnosti lokalnih oblasti. Agencija za obvezno zdravstveno zavarovanje (nacionalni sklad) je odgovorna za dodelitev sredstev skladom, ti pa sklepajo pogodbe z izvajalci storitev. Področje zdravstva sicer spada pod Ministrstvo za blaginjo.
Litva	Dostop na podlagi obveznega zdravstvenega zavarovanja za vse prebivalce. Za otroke, študente in nekatere tvegane skupine krije zavarovanje država. Načrtna krepitev vloge primarne oskrbe je uvedla sistem splošnih zdravnikov, ki igrajo vlogo vratarja. Kljub temu je število splošnih zdravnikov še vedno nezadostno in pacienti dostopajo direktno do specialistov.	Paket storitev na podlagi obveznega zdravstvenega zavarovanja ni natančno definiran, obsegal pa naj bi standardno oskrbo. Doplačila so potrebna predvsem za zdravila, in to v celoti, ter za nekatere druge storitve: zobozdravstvo, ortopedski pripomočki, oskrba ostarelih, protetika, kozmetične operacije. Veča se obseg prostovoljnega dodatnega zavarovanja.	Vlada določi proračun za javne izdatke za zdravstvo (74%). Financiranje je še vedno mešano kljub spremembi sistema, in sicer je del pokrit iz prispevkov na podlagi zdravstvenega zavarovanja, del pa iz proračuna. Primarni sektor dobiva sredstva na podlagi števila prebivalcev, sekundarni pa po principu plačila za storitev. Zdravniki so večinoma plačani, plače so nizke.	Decentraliziran sistem, ministrstvo za zdravje je odgovorno za nadzor in regulacijo. Pokrajine so odgovorne za izvajanje državne politike, mestne oblasti pa skrbijo za izvajanje večjega dela oskrbe. Nacionalni bolniški sklad s podružnicami skrbi za razporejanje sredstev.

	<i>ureditev dostopa do zdravstvene oskrbe</i>	<i>ugodnosti, ki jih zagotavlja sistem</i>	<i>način financiranja sistema</i>	<i>način upravljanja sistema</i>
Luksemburg	Dostop na podlagi zdravstvenega zavarovanja, ki je obvezno za skoraj vse prebivalce (javni uslužbenci in uslužbenci mednarodnih institucij imajo svoj sklad, nezaposleni brez podpore so izključeni). Dostop do zdravnikov je prost in to na vseh nivojih oskrbe. Primarna oskrba se izvaja prek splošnih zdravnikov, ki pa nimajo vloge vratarja.	Večina plačuje dodatno prostovoljno zavarovanje za storitve, ki jih obvezno ne pokriva, vendar to predstavlja majhen delež v celotnih izdatkih. Načeloma je osnovni paket zavarovanja dokaj radodaren. Npr. tudi vse zobozdravstvene storitve in protetika so vključene v paket.	91% izdatkov je javnih. Oskrba se pretežno financira iz socialnega zdravstvenega zavarovanja, delež lastnih plačil je relativno nizek. Zdravstveno osebje večinoma deluje po pogodbi in je plačano na osnovi fiksnega honorarja. Tarife za zdravstvene storitve so določene na centralni ravni, izplačujejo pa se po principu plačila za storitev.	Zaradi majhnosti je sistem dokaj centraliziran. Izjema so proračuni bolnišnic, o katerih se individualne bolnišnice pogajajo z zvezo bolniških skladov. Sistem je precej privatiziran.
Madžarska	Dostop do univerzalne oskrbe na podlagi obveznega zdravstvenega zavarovanja. Primarno oskrbo zagotavljajo splošni zdravniki (splošna medicina, pediatrija, ginekologija in zobozdravstvo). Izbira zdravnika je prosta, splošni zdravniki formalno igrajo vlogo vratarja. Vloga privatnega sektorja je močnejša kot v drugih vzhodno evropskih državah.	Relativno širok nabor storitev je pokrit z zavarovanjem. Doplačila so potrebna predvsem za zdravila, medicinske pripomočke, dolgoročne kronične bolezni in nadstandardne storitve ter za obiske specialistov, če tja ne napoti splošni zdravnik, oz. za privatno oskrbo, če izvajalec nima pogodbe s skladom.	78% so javni izdatki, predvsem iz prispevkov, delno tudi iz namenskega davka. Lastna plačila zajemajo predvsem doplačila, vloga privatnega zavarovanja je majhna. Tekoče stroške financira sklad, kapitalske pa država. Višina prispevkov, letnega proračuna sklada in metode plačila izvajalcev se določajo na centralni ravni. Splošni zdravniki so plačani prek pogodb s skladom po principu glavarine, zdravniki na sekundarni ravni so javni uslužbenci.	Decentraliziran sistem. Financiranje je v pristojnosti nacionalnega zdravstvenega zavarovalnega sklada, vendar pod budnim očesom države. Odgovornost za oskrbo je bila prenesena na lokalne oblasti skupaj z lastništvom. Privatni sektor je še relativno majhen, z izjemo primarnega sektorja, kjer je bila izvedena privatizacija, zdravniki pa imajo sklenjene pogodbe s skladom.
Malta	Dostop do univerzalne oskrbe za celotno prebivalstvo. Primarna oskrba se izvaja v javnih zdravstvenih službah (brez izbranega osebnega zdravnika) ali prek privatnih splošnih zdravnikov (večina – 2/3) ter specialistov.	Javna oskrba je v celoti brezplačna, doplačil ni, spekter oskrbe je dokaj širok. Celotna privatna primarna oskrba (splošni zdravniki in specialisti) se izvaja na osnovi lastnih plačil. Provizije privatnih splošnih zdravnikov naj ne bi bile visoke.	80% izdatkov je javnih in se financirajo iz splošnih davkov, ne iz namenskih prispevkov. Ostalo so lastna plačila in privatno zavarovanje. Letni proračun za zdravstvo določa Ministrstvo za finance. Javne bolnišnice dobivajo sredstva na podlagi določenega proračuna. Zdravniki v javnem sektorju dobivajo plačo. V privatnem sektorju so plačani po plačilu za storitev s strani privatne zavarovalnice. Zdravniška zbornica postavlja okvirno višino provizij, ki pa ni obvezujoča.	Centralizirano upravljanje. Ministrstvo za zdravje je odgovorno tako za financiranje kot za zagotavljanje javne oskrbe.

	<i>ureditev dostopa do zdravstvene oskrbe</i>	<i>ugodnosti, ki jih zagotavlja sistem</i>	<i>način financiranja sistema</i>	<i>način upravljanja sistema</i>
Nemčija	Dostop na podlagi zdravstvenega zavarovanja, zakonskega ali prostovoljnega, možnost zgolj privatnega zavarovanja za najpremožnejše. Prosti izbor bolniških skladov, ki morajo biti nediskriminatorni. Pacienti imajo prost dostop do zdravnikov, splošni zdravniki vsaj formalno ne igrajo vloge vratarja za dostop do zdravstvene oskrbe.	Enakomeren in lahek dostop do zdravstvene oskrbe s celovitim paketom ugodnosti na vseh ravneh. Relativno visok delež lastnih doplačil na vseh ravneh oskrbe (ambulantna, bolnišnična, doplačevanje zdravil itd.), prisotni so mehanizmi za omejevanje celotnih stroškov.	79% izdatkov so javni izdatki. Prispevke zbirajo bolniški skladi, ki se tudi pogajajo s skupnostni zdravnikov za kritje stroškov zdravljenja. Na ambulantni ravni stroške razdeljuje regionalna zdravniška zbornica, ki se pogaja s skladi, in sicer se izplačuje na osnovi plačila za storitev z omejitvami na količino storitev. Na sekundarni ravni se ločeno financira investicije s strani deželnih vlad, ostale stroške pa s strani bolniških skladov.	Decentralizirano upravljanje s strani bolniških skladov in skupnosti zdravnikov na federalni in deželni ravni. Ministrstvo postavlja zakonski okvir, izvaja licenciranje in nadzorne funkcije.
Nizozemska	Nizozemski sistem ima 3 nivoje: do zdravljenja, povezanega z visokimi stroški, imajo dostop vsi prebivalci na osnovi nacionalnega zdravstvenega zavarovanja (prvi nivo). Do standardne oskrbe pa imajo dostop zavarovanci, ki so zavarovani preko bolniških skladov (obvezno) ali privatnega zavarovanja (prostovoljno) (drugi nivo). Tretji nivo predstavlja prostovoljno privatno dodatno zavarovanje. Pacienti imajo prost dostop do splošnih zdravnikov, ki imajo vlogo vratarja za dostop do specialistične zdravstvene oskrbe.	Bolniški skladi se z izvajalci pogajajo o kvaliteti in količini storitev. Na vseh treh nivojih oskrbe morajo pacienti nekaj prispevati iz lastnega žepa, npr. za domove za ostarele na prvem nivoju, za ortopedske in slušne pripomočke na drugem nivoju, na tretjem nivoju pa imajo zavarovanci popolno odgovornost glede plačevanja.	Oskrba na osnovi nacionalnega zdravstvenega zavarovanja se financira iz prispevkov iz plač in iz proračuna, standardna oskrba pa na osnovi prispevkov v bolniške sklade in privatnega zavarovanja. Financiranje izvajalcem poteka na osnovi pogajanj z bolniškimi skladi. Bolnišnice dobijo plačila glede na uspešnost delovanja. Zdravniki specialisti so plačani od bolnišnic. Splošni zdravniki so plačani z glavarino oz. po opravljenih storitvah, če so privatni.	V zadnjih letih je prihajalo do prenosa pristojnosti s centralnega na lokalni nivo ter z javnega na privatni sektor. Državni zdravstveni inšpektorat skrbi za nadzor sistema.
Poljska	Univerzalna pokritost na podlagi obveznega zdravstvenega zavarovanja. Primarni sektor je še vedno slabše razvit, je pa poudarek na krepitvi vloge družinskih zdravnikov. Ti ne igrajo vloge vratarja. Na sekundarni ravni je ločena vloga specialistične izvenbolnišnične oskrbe, ki poteka v zasebnih praksah, in bolnišnične oskrbe v večinoma javnih bolnišnicah.	Obstaja definiran paket storitev na podlagi obveznega zavarovanja, izključene so alternativne terapije, kozmetične operacije, nestandardno zdravljenje, toplice. Lastna plačila so potrebna predvsem za zdravlila in medicinske pripomočke, visok je delež neformalnih plačil predvsem v sekundarni oskrbi.	70% izdatkov je javnih in se pokriva iz prispevkov za zdravstveno zavarovanje in delno iz proračuna. Ostali del je prostovoljno dodatno zavarovanje in lastna plačila. Glavni plačnik je nacionalni sklad. Bolnišnice dobijo sredstva na osnovi enotne klasifikacije storitev. Zdravniki so plačani po glavarini.	Decentraliziran sistem, pristojnosti so razdeljene med Ministrstvo za zdravje, nacionalni zdravstveni sklad in regionalne administracije. Ministrstvo je odgovorno za nacionalno politiko, večje kapitalne investicije in znanost in izobraževanje. Nacionalni sklad skrbi za alokacijo izdatkov in sklepa pogodbe z izvajalci. Administrativne enote skrbijo za upravljanje javnih kapacitet.

	<i>ureditev dostopa do zdravstvene oskrbe</i>	<i>ugodnosti, ki jih zagotavlja sistem</i>	<i>način financiranja sistema</i>	<i>način upravljanja sistema</i>
Portugalska	Dejansko lahko govorimo o treh nivojih: poleg nacionalne sheme in posebnih zavarovalnih shem kot podsistemov obstaja še prostovoljno privatno zavarovanje. Nacionalna shema zagotavlja univerzalen dostop. Splošni zdravniki imajo vlogo vratarja, ni direktnega dostopa do sekundarne ravni.	Za številne storitve tudi v okviru NHS so potrebna doplačila. Večina doplačil gre za zdravila in terapevtske proizvode, razne negovalne storitve in stroške zdravljenja v bolnišnicah. Problem so dolge čakalne vrste in premalo zdravnikov.	Nacionalna shema se financira pretežno iz splošnih davkov, podsistemi pa iz prispevkov delodajalcev in delojemalcev, relativno visok delež pa imajo lastna plačila in prostovoljno zavarovanje. Vsi NHS zdravniki so javni uslužbenci, pogosta so prehajanja med nivoji. Vsak nivo ločeno postavlja način plačila za storitve.	Ministrstvo za zdravje je odgovorno za razvoj zdravstvene politike in upravljanje nacionalne zdravstvene službe. Regionalne administracije skrbijo za implementacijo in nadzor izvajanja storitev, na nivoju primarne oskrbe pa imajo tudi pristojnosti nad financiranjem. Primarna oskrba se vrši prek zdravstvenih centrov in je delno javna, delno privatna.
Romunija	Dostop na podlagi obveznega zdravstvenega zavarovanja. Splošni zdravniki imajo formalno vlogo vratarja, vendar je primarna oskrba še vedno relativno slabo razvita.	Obvezno zavarovanje naj bi krilo relativno širok spekter storitev, vključno z zobozdravstvom. Formalna doplačila so v veljavi le za zdravila, vendar imajo ponudniki storitev možnost zaračunati doplačila tudi za nekatere storitve.	63% je javnih izdatkov, ki se financirajo pretežno iz prispevkov, delno tudi iz davkov. Poleg direktnih plačil je precej tudi plačil pod mizo. Okrožni zdravstveni skladi na podlagi pogodb plačujejo ponudnikom. Bolnišnice so plačane na podlagi globalnih proračunov, ki so določeni na zgodovinski osnovi in na podlagi kriterijev uspešnosti. Zdravniki v bolnišnicah prejemajo plače. Na primarni ravni so zdravniki plačani po kombinaciji tehtane glavarine in plačila za storitev.	Decentraliziran sistem. Ministrstvo je odgovorno za razvoj nacionalne zdravstvene politike. Prispevke zbirajo okrožni zdravstveni skladi, ki skrbijo tudi za sklepanje pogodb z izvajalci in plačevanje le-teh. Nacionalni sklad regulira okrožne sklade in ima možnost prerazporediti 25% sredstev. Večina bolnišnic je javnih, primarna oskrba je privatizirana.
Slovaška	Dostop na podlagi obveznega zdr. zavarovanja za vse prebivalce. Primarno oskrbo zagotavljajo splošni zdravniki (splošna medicina, pediatrija, ginekologija in zobozdravstvo), splošni zdravniki načeloma igrajo vlogo vratarja, je pa za določene bolezni in kronične bolnike omogočen tudi direktn dostop do specialistov. Nekoliko manj pomembna vloga primarne oskrbe, ki se jo je z reformo 2004 skušalo okrepiti.	Do reforme 2004 podobno kot Češka celovit paket oskrbe z redkimi doplačili. Po 2004 so doplačila skoraj povsod že na primarni ravni, razen za določene skupine ljudi. Pomen prostovoljnega zavarovanja se bo zato povečeval.	89% izdatkov je javnih, večina na podlagi prispevkov iz obveznega zavarovanja, nekaj je splošnih davkov. Lastna plačila zajemajo številna doplačila storitev. Financiranje izvajalcem se določa na osnovi pogodb med skladi in izvajalci pod striktnim nadzorom slednjih. Način povračila stroškov se pogosto spreminja, v osnovi je temeljil na plačilu za storitev, a je bil zaradi napihovanja storitev večkrat dopolnjen v smeri količinskih omejitev pri storitvah, fiksnega plačila ali glavarine.	Decentralizirano upravljanje. Ministrstvo za zdravje določa politiko in skrbi za regulacijo. Primarna oskrba je skoraj v celoti privatizirana, pristojnosti nad sekundarno so bile po letu 2002 prenesene na mestne in regionalne oblasti, z zadnjo reformo 2004 pa se je tudi tu začela privatizacija. Vloga skladov ni tako močna kot npr. na Češkem, država jih močneje regulira.

	<i>ureditev dostopa do zdravstvene oskrbe</i>	<i>ugodnosti, ki jih zagotavlja sistem</i>	<i>način financiranja sistema</i>	<i>način upravljanja sistema</i>
Slovenija	Dostop na podlagi obveznega zdr. zavarovanja za praktično vso populacijo (kot obveznik ali odvisni član). Primarno oskrbo zagotavljajo splošni zdravniki v javnih zdr. domovih ali privatni s koncesijo, splošni zdravniki igrajo vlogo vratarja. Sekundarna oskrba se zagotavlja pretežno v bolnišnicah ter tudi v zdraviliščih in zasebnih institucijah.	Pravice iz obveznega zavarovanja zajemajo pravice do zdravstvenih storitev na vseh ravneh, vključno z zdravili in terapevtskimi pripomočki, ter do nekaterih denarnih nadomestil. Ker obvezno zavarovanje ne krije vseh storitev v celoti, je večina tudi dodatno prostovoljno zavarovana, s čimer se zavaruje pred doplačili.	86% izdatkov je javnih, večina na podlagi obveznih prispevkov kot odstotka plače ali fiksnega zneska za določene skupine. Majhen delež gre iz proračuna. Letni proračun za zdravstvo je določen na pogajanjih med ministrstvom, ZZZS, zdravniškimi in farmacevtskimi zbornicami; prav tako tudi nabor storitev v obveznem zavarovanju. Za vsako skupino izvajalcev se določijo obveznosti in pravice, ZZZS pa nato sklepa individualne pogodbe z izvajalci, kjer se določi tudi cena in metoda plačila. Metode plačila bolnišnic se razlikujejo glede na akutno (glede na uteženo skupino primerljivih primerov) in neakutno (glede na ceno bolnišnično oskrbnega dne). Na primarni ravni se kombinira metodi glavarine in plačila za storitev.	Relativno centraliziran sistem. Ministrstvo za zdravje je odgovorno za razvoj politike, za regulacijo in nadzor. ZZZS ima nadzor nad obveznim zavarovanjem in pripravlja letni finančni plan sredstev iz tega zavarovanja. Pristojnost nad dodatnim prostovoljnim zavarovanjem je bila podeljena zasebnim zavarovalnicam. Občine imajo v pristojnosti primarno oskrbo.
Španija	Dostop do univerzalne oskrbe za vse prebivalce. Zadnjih 20 let se poudarja vloga primarne oskrbe, ki se izvaja v okviru skupin zdravnikov. Splošni zdravniki imajo vlogo vratarja. Kljub temu je še vedno relativno velika vloga bolnišnic, vključno z ambulantami za zunajbolnišnično oskrbo. Problem so čakalne vrste.	Širok paket javne oskrbe, ki je v celoti brezplačna tako na primarnem nivoju kot za bolnišnično oskrbo. Se pa v zadnjih letih povečujejo lastna doplačila iz naslova doplačevanja zdravil, medicinskih pripomočkov in protez, tako da je delež lastnih doplačil v celotnih izdatkih relativno visok. Obstajajo mehanizmi za zmanjševanje potrebnih doplačil ranljivim skupinam prebivalstva.	71% je javnih izdatkov na podlagi splošnih in regionalnih davkov. Avtonomne regionalne skupnosti imajo različne načine povračila stroškov izvajalcem storitev, od povračila stroškov za nazaj do pogodbenih programov z vnaprejšnjim plačilom. Večina zdravnikov je javnih uslužbencev s fiksnimi plačami.	Decentralizirano upravljanje. Ministrstvo postavlja zakonski okvir in opravlja nadzorne funkcije. Organizacija in oskrba sta v pristojnosti avtonomnih regionalnih skupnosti.
Švedska	Dostop do univerzalne oskrbe za vse prebivalce. Na regionalni ravni obstajajo zdravstvena okrožja, ki jih sestavljajo bolnišnice in enote primarne oskrbe. Enote primarne oskrbe zagotavljajo osnovno in preventivno oskrbo v lokalnih zdravstvenih centrih, ambulantah v bolnišnicah in privatnih klinikah. Splošni zdravniki igrajo vlogo vratarja.	Podobno kot na Finskem (vendar v manjšem obsegu) so relativno pogosta lastna doplačila na vseh ravneh oskrbe, ki so omejena navzgor z letno kvoto (ločeno za oskrbo in zdravlila). Predvsem je delež doplačil visok pri zobozdravstvenih storitvah (cca 60%).	86% je javnih izdatkov, ki se financirajo pretežno iz regionalnih davkov. Dodatno je obvezen sistem socialnega zavarovanja, s katerim se zavaruje pred stroški zaradi dolgoročne bolniške odsotnosti delavcev (plačujejo ga večinoma delodajalci), omogoča pa tudi določene subvencije za zobozdravstvo in zdravlila. Financiranje izvajalcem poteka decentralizirano, deželni sveti so večinoma prenesli pristojnosti na zdravstvena okrožja v okviru določenih splošnih proračunov, ta pa naprej določajo princip plačevanja storitev. Večina zdravstvenega osebja je javnih uslužbencev, poleg plače pa dobivajo tudi glavarino.	Sistem je organiziran na treh nivojih: (1) nacionalnem, kjer ministrstvo skrbi za učinkovito delovanje sistema, (2) regionalnem, kjer deželni sveti skrbijo za oskrbo in financiranje, in (3) lokalnem, kjer mestne oblasti skrbijo za oskrbo in financiranje storitev, povezanih s socialno blaginjo (oskrba otrok, starejših, ljudi s posebnimi potrebami itd.).

	<i>ureditev dostopa do zdravstvene oskrbe</i>	<i>ugodnosti, ki jih zagotavlja sistem</i>	<i>način financiranja sistema</i>	<i>način upravljanja sistema</i>
Velika Britanija	Dostop do univerzalne oskrbe na osnovi državljanstva. Primarno oskrbo zagotavljajo splošni zdravniki, ki jih pacienti izberejo v svojem rezidenčnem področju. Splošni zdravniki igrajo vlogo vratarja. Sekundarno oskrbo zagotavljajo NHS skladi.	Relativno celovit paket oskrbe, ki pa ni nikjer eksplicitno definiran in je prepuščena precejšnja pristojnost deželnim zdravstvenim oblastem. Lastna doplačila potrebna predvsem za zdravila, optiko in zobozdravstvo. Dodatno prostovoljno zavarovanje nima velikega pomena. Problem so dolge čakalne vrste in premalo zdravnikov.	83% izdatkov je javnih, financirajo se pretežno iz splošnih davkov (direktni davki, DDV, prispevki iz plač), delno tudi iz lokalnih davkov. Sredstva se nato razdelijo med dežele in naprej na zdravstvene uprave in organizacije primarne oskrbe po principu tehtane glavarine. Splošni zdravniki so samozaposleni in pogodbeno vezani na NHS, delujejo v skupnih praksah. Financiranje njihovih storitev poteka kot kombinacija fiksnega plačila, glavarine in plačila za specifične storitve. Bolnišnice so večinoma javne, sredstva dobivajo glede na pogodbe in glede na aktivnost. Zaposleni prejemajo plače.	Decentralizirano upravljanje po deželah, ki so del VB: Anglija, Severna Irska, Škotska in Wales. Dežele se razlikujejo v financiranju in organizaciji zdravstvene oskrbe. Pomembno vlogo igrajo lokalne zdravstvene uprave in organizacije primarne oskrbe, ki so glavni plačniki storitev.