

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Sabina Mohorič

**Dolgoročna vzdržnost sistema zdravstvenega zavarovanja
v Republiki Sloveniji**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Sabina Mohorič

Mentor:

Izr. prof. dr. Andrej Rus

**Dolgoročna vzdržnost sistema zdravstvenega zavarovanja
v Republiki Sloveniji**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju izr. prof. dr. Andreju Rusu za kritičen pogled, nasvete in pomoč pri oblikovanju vsebine magistrskega dela.

Hvala dobrim poznavalcem sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji, prim. mag. Martinu Tothu, generalnemu direktorju ZZZS Samu Fakinu, predsedniku uprave Vzajemne Alešu Mikelnu, zdravniku mag. Dorjanu Marušiču in direktorju slovenjgraške bolnišnice Janezu Lavretu, za sodelovanje v intervjujih.

Hvala Polona Suhadolnik Gramc, Irena Tiselj Kaluža, Sebastijan Pungraič in Elena Nikolavčič in vsi ostali, ki ste potrpežljivo in kritično poslušali nastajajoče ideje in me spodbujali pri pisanju.

Srčna hvala Nataša Kûs in Aleš Stanič za pomoč pri lektoriranju in oblikovanju magistrskega dela.

Najlepša hvala tebi mami, ki si me vse življenje spodbujala k študiju, tudi zato danes zaključujem svoje magistrsko delo.

Hvala tebi Uroš, ki si me bodril, ko mi je padel zagon pri pisanju, in me spodbujal, da sem nadaljevala z delom.

In nazadnje, a ne nazadnje, gre moja iskrena hvaležnost vama, moji najdražji hčerki Rukmini in Satja, ki sta mi v času intenzivnega pisanja stali ob strani, me spodbujali in opravljali dodatna družinska opravila.



IZJAVA O AVTORSTVU magistrskega dela

Podpisani/-a **Sabina Mohorič**, z vpisno številko **21060853**, sem avtor/-ica magistrskega dela z naslovom:
Dolgoročna vzdržnost sistema zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predloženo magistrsko delo izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela;
- sem poskrbel/-a, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem poskrbel/-a, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem pridobil/-a vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in sem to tudi jasno zapisal/-a v predloženem delu;
- se zavedam, da je plagijatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorski in sorodnih pravicah (UL RS, št. 16/07-UPB3, 68/08, 85/10 Skl.US: U-I-191/09-7, Up-916/09-16)), prekršek pa podleže tudi ukrepom Fakultete za družbene vede v skladu z njenimi pravili;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagijatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za družbene vede;
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko magistrskega dela ter soglašam z objavo magistrskega dela v zbirki »Dela FDV«.

V Ljubljani, dne **10. 6. 2016**

Podpis avtorja/-ice: _____

POVZETEK

Dolgoročna vzdržnost sistema zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji

Sistem zdravstvenega varstva je zelo široko in kompleksno področje. V magistrskem delu je predstavljen le en pomemben del sistema, to je financiranje zdravstvenega varstva, ki je v Sloveniji zagotovljeno z obveznim in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem. Obravnavana je dolgoročna vzdržnost financiranja zdravstvenega varstva, zato so v delu predstavljena tudi nekatera druga področja, ki pomembno vplivajo na dolgoročno finančno vzdržnost. Ta so, poleg obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, predvsem obseg košarice zdravstvenih storitev, obvladovanje čakalnih dob in zagotavljanje optimalne mreže zdravstvene dejavnosti.

V prvem delu magistrske naloge je podan kratek pregled sistemov zdravstvenega varstva in načinov njihovega financiranja. V Sloveniji poznamo več oblik zdravstvenih zavarovanj, od katerih dve (obvezno in dopolnilno) zagotavljata osnovno zdravstveno varnost prebivalcev, ostala pa nudijo dodatno zdravstveno in finančno varnost. Financiranje izvajajo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in tri zavarovalnice.

V drugem delu magistrske naloge je predstavljena podrobnejša analiza sistema financiranja zdravstvenega varstva v sedmih opazovanih državah: Nemčiji, Nizozemski, Veliki Britaniji, Švedski, Švici, Združenih državah Amerike in Sloveniji. Analiza vsebuje pregled ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja v posamezni državi, storitev, ki jih krije, in izvedenih reform, ki so pomembne z vidika dolgoročne finančne vzdržnosti sistema.

Poglobljena analiza slovenskega sistema se nadaljuje v posebnem poglavju, v katerem so, z analizo nekaterih predlaganih reform v zadnjih petih letih, izvedenimi intervjuji s petimi vidnejšimi strokovnjaki s področja zdravstvenega varstva in zavarovanja ter analizo nekaterih ključnih kazalnikov, identificirani ključni izzivi financiranja slovenskega zdravstvenega varstva, ki bi jih bilo potrebno urediti, da bo sistem dolgoročno ostal vzdržen. Podatki namreč kažejo, da bomo, zaradi staranja prebivalstva in za skrajševanje čakalnih dob, v Sloveniji dolgoročno potrebovali dodatna sredstva. Na podlagi analize sistemov v naštetih državah, predlogov sprememb, podanih v zadnjih petih letih in izvedenih intervjujev, so oblikovani konkretni predlogi, ki bi bili lahko uporabni. O njih velja razmisliti in jih pred morebitno uvedbo dodatno analizirati.

V zadnjem delu magistrskega dela je podan predlog lastnega modela, ki povzema prednosti vseh analiziranih modelov, in vključuje tudi predlog, kako pridobiti dodatna sredstva oziroma zagotoviti, da stroški zdravstvenih storitev ne bodo rasli s predvideno hitrostjo glede na trenutne projekcije staranja prebivalstva. Predlog nekoliko spreminja sedanji način financiranja zdravstvenih storitev. Glavna sprememba je v tem, da se sredstva prispevkov in premij zbira na enem mestu in se jih nato razdeli zavarovalnicam, ki so plačnice zdravstvenih storitev. Spreminja se vloga akterjev v sistemu financiranja, predvsem Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in zavarovalnic.

Pomembna ugotovitev, ki se je pokazala med pisanjem magistrskega dela, in bi jo veljalo upoštevati pri uveljavljanju reform v Sloveniji, je, da je proces uvajanja sprememb na področju zdravstvenega varstva evolucija in ne revolucija. To konkretno pomeni, da je spremembe potrebno pravočasno prepoznati, in izvesti potrebne ukrepe za zagotovitev postopnega uvajanja sprememb, brez večjih pretresov.

KLJUČNE BESEDE: zdravstveno zavarovanje, sistemi zdravstvenega varstva, reforma, financiranje zdravstvenega sistema, vzdržnost

SUMMARY

Long-term sustainability of the health insurance system in the Republic of Slovenia

The health care system is very broad and complex field. Only one important part of the system is presented in this thesis - financing health care in Slovenia, which is provided by compulsory and complementary health insurance. The thesis addresses the long-term sustainability of financing health care, and presents some other areas that have a significant impact on long-term financial sustainability. These other areas are in particular the extent of the package of health services, the management of waiting lists and ensuring optimal network of health care providers.

The first part of the thesis gives a brief overview of health care systems and methods of their financing. In Slovenia, there are several forms of health insurance, of which two (compulsory and supplementary) provide basic medical security of the population, while the rest provide additional health and financial security. Health Insurance is administered by Health Insurance Institute of Slovenia and three insurance companies.

In the second part of the thesis a detailed analysis of the systems of health care financing in seven countries is presented as following: Germany, Netherlands, United Kingdom, Sweden, Switzerland, United States and Slovenia. The analysis provides an overview of the regulation of the particular health insurance system, the package of health services and conducted reforms which are important in terms of long-term financial sustainability.

In-depth analysis of the Slovenian system continues in the third part of the thesis, which contains analysis of some of the proposed reforms in the last five years, conducted interviews with five prominent experts in the field of health care and insurance and analysis of some key indicators and identified key challenges of financing Slovenian health care system, which should be addressed so that the system remains sustainable in the long term. Data shows that due to the aging population and due to shorten waiting lists, Slovenia will require additional financial resources. Based on the analysis of systems in presented countries, the proposed reforms in the last five years and conducted interviews, concrete proposals are designed that could be of use. They should be considered and further analysed.

In the last part of this thesis a new model is presented, which summarizes the advantages of all the analysed models, and includes a proposal on how to obtain additional financial resources and to ensure that the costs of medical services will not grow to the intended speed according to current projections of population aging. Proposal slightly amends the current method of financing health services. The main change is that the funds (contributions and premiums) are collected in one place and then distributed to insurance companies, which assure that providers of health services are paid accordingly to an agreement. The role of the actors in the system of financing is changing, in particular the role of Health Insurance Institute of Slovenia and the insurance companies.

An important finding, which appeared during writing this thesis, and should be taken into consideration, is that the process of introducing changes in the health care sector is an evolution and not a revolution. More specifically this means that the necessary changes need to be identified on time so the implementation can be made slowly without major shocks.

KEYWORDS: health insurance, health systems, reforms, financing of the health system, sustainability

KAZALO

1	UVOD	13
1.1	Vpogled v obravnavano tematiko magistrskega dela	13
1.2	Opredelitev in obrazložitev hipotez.....	14
1.3	Opredelitev raziskovalnih metod, uporabljenih v magistrskem delu	16
1.3.1	Primerjalna analiza	16
1.3.2	Poglobljeni intervjuji.....	16
2	TEORETIČNA IZHODIŠČA	18
2.1	Opredelitev različnih modelov sistemov zdravstvenega varstva.....	18
2.1.1	Tipizacije sistemov zdravstvenega varstva glede na skupne značilnosti	18
2.1.2	Modeli sistemov zdravstvenega varstva.....	21
2.2	Opredelitev vrst zdravstvenih zavarovanj	25
2.2.1	Obvezno zdravstveno zavarovanje	27
2.2.2	Dopolnilno zdravstveno zavarovanje	28
2.2.3	Vzporedno, nadomestno in dodatno zdravstveno zavarovanje	29
2.3	Statusne oblike zavarovalnic, ki nudijo zdravstvena zavarovanja v Sloveniji	30
2.3.1	Javni zavod.....	31
2.3.2	Družba za vzajemno zavarovanje.....	31
2.3.3	Delniška družba.....	33
3	PRIMERJAVA SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA IZBRANIH DRŽAV	35
3.1	Slovenija	35
3.1.1	Ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja.....	35
3.1.2	Vrste storitev, ki jih krije osnovno/dodatno zavarovanje.....	37
3.1.3	Izvedene reforme	38
3.1.4	Statusne oblike zavarovalnic in izvajalcev zdravstvenih storitev	42
3.1.5	Prepoznane posebnosti sistema zdravstvenega zavarovanja	42

3.2	Nemčija.....	43
3.2.1	Ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja.....	43
3.2.2	Vrste storitev, ki jih krije osnovno/dodatno zavarovanje.....	44
3.2.3	Izvedene reforme.....	45
3.2.4	Statusne oblike zavarovalnic in izvajalcev zdravstvenih storitev	45
3.2.5	Prepoznane posebnosti sistema zdravstvenega zavarovanja.....	46
3.3	Nizozemska	47
3.3.1	Ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja.....	47
3.3.2	Vrste storitev, ki jih krije osnovno/dodatno zavarovanje.....	48
3.3.3	Izvedene reforme.....	49
3.3.4	Statusne oblike zavarovalnic in izvajalcev zdravstvenih storitev	50
3.3.5	Prepoznane posebnosti sistema zdravstvenega zavarovanja.....	50
3.4	Velika Britanija.....	51
3.4.1	Ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja.....	51
3.4.2	Vrste storitev, ki jih krije osnovno/dodatno zavarovanje.....	52
3.4.3	Izvedene reforme.....	52
3.4.4	Statusne oblike zavarovalnic in izvajalcev zdravstvenih storitev	53
3.4.5	Prepoznane posebnosti sistema zdravstvenega zavarovanja.....	53
3.5	Švedska.....	54
3.5.1	Ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja.....	54
3.5.2	Vrste storitev, ki jih krije osnovno/dodatno zavarovanje.....	55
3.5.3	Izvedene reforme.....	55
3.5.4	Statusne oblike zavarovalnic in izvajalcev zdravstvenih storitev	56
3.5.5	Prepoznane posebnosti sistema zdravstvenega zavarovanja.....	56
3.6	Švica	57
3.6.1	Ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja.....	57
3.6.2	Vrste storitev, ki jih krije osnovno/dodatno zavarovanje.....	58

3.6.3	Izvedene reforme	59
3.6.4	Statusne oblike zavarovalnic in izvajalcev zdravstvenih storitev	59
3.6.5	Prepoznane posebnosti sistema zdravstvenega zavarovanja	60
3.7	Združene države Amerike	61
3.7.1	Ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja.....	61
3.7.2	Vrste storitev, ki jih krije osnovno/dodatno zavarovanje.....	61
3.7.3	Izvedene reforme	62
3.7.4	Statusne oblike zavarovalnic in izvajalcev zdravstvenih storitev	62
3.7.5	Prepoznane posebnosti sistema zdravstvenega zavarovanja	62
3.8	Primerjava nekaterih skupnih kazalcev za izbrane države	63
4	ANALIZA USTREZNOSTI OBSTOJEČEGA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI IN PREDLAGANIH SPREMEMB.....	69
4.1	Ključne slabosti oziroma prednosti na področju financiranja sistema zdravstvenega varstva	71
4.1.1	Visoka zavarovanost prebivalstva za OZZ in DZZ.....	72
4.1.2	Obremenjenost posameznih kategorij zavezancev za plačilo prispevkov OZZ.....	72
4.1.3	Višina premije DZZ, koncept solidarnosti in prilagajanje premije škodnemu rezultatu DZZ	73
4.1.4	Stroški poslovanja ter dobiček/ presežek ZZZS in zdravstvenih zavarovalnic..	74
4.1.5	Odhodki po dejavnostih iz naslova OZZ in DZZ v evrih	76
4.1.6	Čakalne dobe	78
4.1.7	Mreža izvajalcev zdravstvene dejavnosti	79
4.2	Analiza nekaterih predlaganih reform/sprememb v zadnjih petih letih	80
4.2.1	Pregled in ocena dokumentov v sklopu »Analize zdravstvenega sistema v Sloveniji« Ministrstva za zdravje.....	80
4.2.2	Pregled in ocena dokumenta »Projekt prenove gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva« Ekonomske fakultete v Ljubljani	85

4.2.3	Pregled in ocena dokumenta »Ocena dolgoročne javno finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema in možnih virov financiranja« Inštituta za ekonomska raziskovanja.....	89
4.2.4	Pregled in ocena dokumenta »Organizacija zdravstvenega sistema in sistema dolgotrajne oskrbe v Sloveniji« Vzajemne zdravstvene zavarovalnice	91
4.2.5	Pregled in ocena dokumenta »Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020« Ministrstva za zdravje iz leta 2011.....	93
4.3	Analiza vpliva staranja prebivalstva na povečevanje stroškov za zdravstvene storitve	96
4.4	Pogled slovenskih strokovnjakov na trenutno ureditev in predlagane reforme sistema zdravstvenega varstva.	100
4.4.1	Intervju s prim. mag. Martinom Tothom.....	100
4.4.2	Intervju z generalnim direktorjem ZZZS Samom Fakinom.....	103
4.4.3	Intervju s predsednikom zavarovalnice Vzajemne Alešem Mikelnom.....	106
4.4.4	Intervju z zdravnikom Dorijanom Marušičem	108
4.4.5	Intervju z direktorjem bolnišnice Slovenj Gradec Janezom Lavretom	110
4.5	Ključne ugotovitve analize ustreznosti obstoječega sistema in predlaganih sprememb	112
5	PREDLOG MODELA SPREMEMB V SISTEMU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA S Poudarkom na zdravstvenih zavarovanjih	116
5.1	Pregled možnosti vpeljave posameznih posebnosti opazovanih držav, predlaganih reform in izsledkov intervjujev v slovenski sistem zdravstvenega varstva	116
5.2	Predlog reforme sistema zdravstvenega varstva s poudarkom na vzdržnem zdravstvenem zavarovanju	121
5.2.1	Cilji, vrednote in načela, ki jih zasleduje predlog modela reforme.....	122
5.2.2	Viri financiranja sistema v predlaganem modelu financiranja zdravstvenega varstva	123
5.2.3	Opredelitev košarice zdravstvenih storitev	130
5.2.4	Vloge akterjev v sistemu zdravstvenega varstva.....	132

5.2.5	Predlog aktivnosti za vzpostavitev novega modela financiranja sistema zdravstvenega varstva	136
5.2.6	Kratek povzetek podanega predloga reforme.....	137
6	PREGLED HIPOTEZ S SKLEPI	138
7	LITERATURA.....	141
	PRILOGA A: PREGLED SCENARIJEV IN UPORABLJENIH PREDPOSTAVK ZA DOLGOROČNO OCENO JAVNIH IZDATKOV ZA ZDRAVSTVO	148
	PRILOGA B: VPRAŠALNIK ZA POGLOBLJENI INTERVJU	149
	PRILOGA C: PREGLED ČAKALNIH DOB ZA IZBRANE ZDRAVSTVENE STORITVE	151

KAZALO TABEL

Tabela 2.1:	Povzetek značilnosti štirih modelov tipizacije modelov na osnovi odnosov med zdravnikom in bolnikom	19
Tabela 2.2:	Povzetek značilnosti štirih modelov glede na zagotavljanje finančnih virov za delovanje zdravstvenega sistema	21
Tabela 2.3:	Merila za razvrščanje sistemov v različne modele zdravstvenega varstva	22
Tabela 2.4:	Povzetek primerjave vseh treh statusnih oblik v Sloveniji	33
Tabela 3.1:	Pregled spreminjanja deležev (obveznosti plačil) glede na OZZ in DZZ.....	40
Tabela 3.2:	Spremembe v deležih doplačil DZZ, ki jih je prinesel sprejem ZUJF-a.....	40
Tabela 3.3:	Primerjava števila prebivalcev in delež prebivalcev nad 65 let	63
Tabela 3.4:	Izbrani zdravstveni kazalniki v letu 2011 oziroma kot opredeljeno	64
Tabela 3.5:	Izdatki za zdravstveno varstvo in viri financiranja v letu 2011 oz. kot opredeljeno	65
Tabela 3.6:	Delež prebivalcev s privatnimi zavarovanji za OZZ oz. DZZ v letu 2011	66
Tabela 3.7:	Deleži plačil iz lastnih storitev glede na storitve v letu 2013.....	67
Tabela 3.8:	Poraba sredstev po skupinah storitev v letu 2013	67
Tabela 3.9:	Čakalne dobe za določene operacije v dnevni v letu 2013	68
Tabela 4.1:	Pregled prispevnih stopenj glede na kategorije zavarovancev	73
Tabela 4.2:	Gibanje cen DZZ od leta 2007 dalje in primerjava med zavarovalnicami.....	74
Tabela 4.3:	Stroški delovanja ZZZS in zavarovalnic v letu 2014	76
Tabela 4.4:	Prihodki iz zdravstvenih zavarovanj	76

Tabela 4.5: Primerjava odhodkov po dejavnostih z naslova OZZ in DZZ za leto 2014.....	78
Tabela 4.6: Pregled podanih predlogov s področja financiranja zdravstva.....	81
Tabela 4.7: Možnosti nadaljnje obravnave DZZ.....	83
Tabela 4.8: Pregled podanih predlogov.....	86
Tabela 4.9: Izdatki in viri sredstev zdravstvenega sistema v obdobju od 2012 do 2060	90
Tabela 4.10: Pregled podanih scenarijev za kritje Primanjkljaja I in Primanjkljaja II	90
Tabela 4.11: Pregled podanih predlogov.....	92
Tabela 4.12: Pregled podanih predlogov.....	93
Tabela 4.13: Pregled izdatkov za zdravstvo na prebivalca in delež BDP ter razporeditev sredstev glede na vir financiranja v % v letu 2013	98
Tabela 4.14: Projekcija javnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v obdobju 2010–2060 po različnih scenarijih	99
Tabela 4.15: Potrebna dodatna sredstva po Referenčnem AWG scenariju do leta 2060.....	99
Tabela 5.1: Prihodki z naslova novih prispevnih stopenj.....	126
Tabela 5.2: Možni dodatni viri financiranja košarice A.....	128
Tabela 5.3: Projektni načrt aktivnosti z roki in odgovornimi za izvedbo	136

KAZALO SLIK

Slika 3.1: Prikaz gibanja števila zavarovancev pri zavarovalnici A in zavarovalnici B ter gibanje stroškov glede na starost zavarovancev	42
Slika 4.1: Spreminjanje števila in starostne strukture prebivalstva do leta 2060.....	97
Slika 5.1: Shema novega sistema financiranja	124

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

AS – Adriatic Slovenia

BDP – bruto domači proizvod

DZZ – dopolnilno zdravstveno zavarovanje

EU – Evropska unija

FURS – Finančna uprava Republike Slovenije

MZ – Ministrstvo za zdravje

NHS – National Health Service

OZZ – obvezno zdravstveno zavarovanje

SPP – skupina primerljivih primerov

TZZ – Triglav zdravstvena zavarovalnica

ZUJF – Zakon o uravnavanju javnih financ

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Vzajemna – Vzajemna zdravstvena zavarovalnica

WHO – World Health Organization

ZDA – Združene države Amerike

1 UVOD

1.1 Vpogled v obravnavano tematiko magistrskega dela

Pojem zdravstvenega varstva obsega izredno široko področje. Ob pojmu zdravstveno varstvo imamo v mislih zdravje, sistem zdravstvene mreže in izvajanja zdravstvenih storitev, sistem zdravstvenega zavarovanja, plačevanje zdravstvenih storitev in obseg pravic zavarovanih oseb.

Zaradi obsežnosti tematike sem se v magistrskem delu osredotočila le na ozek segment zdravstvenega varstva. Poglobila sem se v sistem zdravstvenih zavarovanj in se delno, zaradi njihove povezanosti z zavarovanji, dotaknila tudi ostalih tem, vendar le v obsegu, potrebnem, za obrazložitev priložnosti za vzdržnost financiranja zdravstvenega varstva.

Preverila sem različne modele upravljanja sistemov zdravstvenega varstva, saj ti določajo modele zdravstvenih zavarovanj. Pregledala sem sisteme zdravstvenih zavarovanj v izbranih državah. S primerjavo sem umestila slovenski sistem v mednarodno primerljiv okvir in hkrati prikazala, da je sistem z manjšimi prilagoditvami lahko ustrezen, da pa so potrebne spremembe na drugih področjih, pri čemer je najpomembnejši izziv, na katerega se bo potrebno odzvati tudi v zdravstvenem varstvu, staranje prebivalstva.

Poleg primerjave zdravstvenih zavarovanj v izbranih državah sem analizirala sistem financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji in nekatere predloge sprememb v zadnjih petih letih. V intervjujih, opravljenih z nekaterimi akterji v slovenskem zdravstvu, so ti predstavili svoje poglede na obravnavano tematiko in nekatere predloge rešitev.

Aktualnost in relevantnost predlagane tematike primerjave sistemov zdravstvenega zavarovanja izhaja iz številnih dejavnikov, od katerih v uvodu povzemam nekaj glavnih:

- Slovenija je obstoječi sistem zdravstvenega zavarovanja uvedla po osamosvojitvi, in sicer s prvim marcem leta 1992. Zakon je ponovno uvedel Bismarckov model zdravstvenega varstva in uvedel poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Od takrat ni bilo večjih sprememb v sistemu zdravstvenih zavarovanj. OZZ ureja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), dodatna zdravstvena zavarovanja pa nudijo tri zavarovalnice, ena med njimi je neprofitna. Že dolgo se, zlasti v predvolilnem času, pojavljajo težnje po ukinitvi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ) in vrnitvi sredstev DZZ v OZZ. Navedene težnje se pojavljajo zlasti zaradi statusne oblike prostovoljnih zavarovalnic in ustvarjanja dobičkov le-teh s sredstvi, ki bi morala biti namenjena le

zagotavljanju pravic zavarovancem do zdravstvenih storitev.

- V Sloveniji se že dolgo govori o nujnih zdravstvenih reformah, od katerih še nobena ni bila uveljavljena. V letu 2012 je v sistem financiranja posegla novela Zakona o uravnoteženju javnih financ (ZUJF), ki je del stroškov iz OZZ prenesla na DZZ. Z večkratnimi spremembami deležev doplačil zdravstvenih storitev je tako Sloveniji uspelo obdržati pravice iz zdravstvenega zavarovanja, kar je vplivalo na povečanje premij DZZ, ki jih prebivalci plačujejo sami. Cilj vsake vlade je reformirati sistem zdravstvenega zavarovanja, in ena izmed možnosti je ukinitve DZZ. Oktobra 2015 je organizacija World Health Organization (WHO) pripravila več dokumentov, v katerih so bile opredeljene nekatere možnosti sprememb financiranja zdravstvenega varstva. Prav tako je bilo pripravljenih še nekaj drugih predlogov sprememb financiranja zdravstvenega varstva, ki so analizirani v tem magistrskem delu.
- Slovenija je še vedno visoko socialna država, ki pomemben delež bruto domačega proizvoda (BDP) namenja za socialne transferje, med katere sodijo tudi pravice do zdravstvenih storitev, katerih stroški se krijejo s sredstvi, zbranimi s prispevki, dajatvami in zdravstvenimi zavarovanji, ki temeljijo predvsem na solidarnosti in vzajemnosti med zavarovanimi osebami. Primerjava med različnimi državami pokaže, kje v resnici smo.
- Zaradi obsežnih demografskih sprememb, ki se bodo v prihodnjih letih le še stopnjevale, bodo potrebne obsežne spremembe tudi na področju financiranja zdravstvenih zavarovanj. Podatki kažejo, da se bodo javni izdatki za zdravstvo zaradi staranja prebivalstva povečali od 0,5 do 2,6 odstotka BDP v letih med 2010 in 2060 (Ministrstvo za zdravje 2016a, 1).

Na osnovi pregledanega in zaznanih prednosti in slabosti, je podan predlog možnih dolgoročnih sprememb, ki bi lahko pozitivno vplivale na vzdržnost financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji. Ob tem je veliko pozornosti namenjene temu, kakšen bi moral biti sistem, če želimo, da bo dolgoročno vzdržen.

1.2 Opredelitev in obrazložitev hipotez

Teza pred začetkom pisanja magistrskega dela je bila, da bodo, če želimo v Sloveniji imeti dolgoročno vzdržen sistem zdravstvenega zavarovanja, ob pogoju, da ne krčimo trenutno obstoječih pravic zavarovanih oseb v sistemu zdravstvenega zavarovanja, v kratkem času

potrebne spremembe na področju zdravstvenega varstva in financiranja le tega preko zdravstvenih zavarovanj.

V povezavi z obravnavano temo sem postavila tri hipoteze, ki sem jih bodisi potrdila bodisi ovrgla ob zaključku priprave magistrskega dela, in so povzete v poglavju 6.

Hipoteza 1: Sistem zdravstvenega zavarovanja v posamezni državi se prilagaja potrebam in zmožnostim države in njenih državljanov in je pogojen s preteklo zgodovino na tem področju.

Obrazložitev: Analiza reform zdravstvenih zavarovanj bo pokazala, kdaj in zakaj se določen sistem zdravstvenega zavarovanja prilagaja. Moja ocena je, da so države v Evropi izrazito socialno usmerjene, in skladno s tem so oblikovani tudi sistemi zdravstvenih zavarovanj.

Hipoteza 2: Sistem obveznega in prostovoljnega zavarovanja je lahko ustrezna kombinacija, če država zagotovi ustrezno zakonodajo na tem področju. Potrebne pa bodo večje spremembe na področju celotnega sistema zdravstvenega varstva, da bo sistem dolgoročno finančno vzdržljiv.

Obrazložitev: Obstajajo različni sistemi zdravstvenih zavarovanj. V večini sistemov zasledimo delitev na obvezno ali javno zdravstveno zavarovanje in prostovoljno zavarovanje, ki praviloma zagotavlja doplačila zdravstvenih storitev do polne vrednosti. Sistemi doplačil se pojavijo, ko osnovni »državni« sistem ne zmore več kriti polne vrednosti stroškov storitev. Menim, da s pravilno razmejitvijo teh dveh zavarovanj država lahko zagotovi vzdržen sistem, a mora ob tem zagotoviti ustrezen mehanizem nadzora. Verjetno pa bodo potrebne večje sistemske prilagoditve celotnega sistema zdravstvenega varstva, da bo sistem financiranja zdravstvenega varstva dolgoročno vzdržen.

Hipoteza 3: Slovenija namenja povprečen delež BDP za zdravstvo iz sredstev zdravstvenega zavarovanja (glede na ostale države), zaradi starajočega se prebivalstva bo morala ta delež v prihodnosti povečati.

Obrazložitev: V Sloveniji v zadnjih nekaj letih narašča vpliv vedno starejšega prebivalstva na povečevanje izdatkov za zdravstvene storitve. V preteklih desetih letih je bilo v Sloveniji veliko narejenega za znižanje cen zdravstvenih storitev, vendar smo s tem le začasno zaustavili večanje deleža BDP, namenjenega za zdravstvo zaradi večanja deleža starejših oseb. Slovenija se bo morala na tem področju hitro odzvati, da bo preprečila zmanjšanje obsega pravic zavarovanih oseb, ki bo potrebno za zadrževanje deleža BDP na enaki ravni. V ta namen bo potrebno poiskati nove vire financiranja, oziroma razmisliti o košarici storitev. Z

ukinjanjem DZZ bo to še težje zagotoviti, saj s tem zdravstveni sistem lahko izgubi prek 400 mio evrov prihodkov letno.

1.3 Opredelitev raziskovalnih metod, uporabljenih v magistrskem delu

Pri izdelavi tega magistrskega dela sem uporabila dve metodi, primerjalno analizo in poglobljeni intervju.

1.3.1 Primerjalna analiza

S študijem literature s področja sistemov zdravstvenih zavarovanj je narejena primerjava v izbranih državah. Poudarek je na primerjavi predvsem naslednjih faktorjev:

- ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja (obvezno, prostovoljno),
- izvedene reforme,
- vrste storitev, ki jih krije osnovno zavarovanje, in vrste storitev, ki so državljanom na voljo s sklenitvijo dodatnega zavarovanja,
- statusne oblike zavarovalnic, ki nudijo zdravstvena zavarovanja,
- prepoznavanje posebnosti sistema zdravstvenega zavarovanja v obravnavani državi,
- primerjava nekaterih ključnih kazalnikov.

Države, ki so analizirane v tem delu, so Slovenija, Nemčija, Nizozemska, Velika Britanija, Švedska, Švica in Združene države Amerike (ZDA). Izbrane države imajo bodisi dobro urejen sistem zdravstvenega zavarovanja, bodisi imajo sistem, podoben našemu. ZDA imajo sistem, ki je bil v preteklosti predvsem trženjsko usmerjen sistem, v zadnjih šestih letih pa se je spremenil.

Narejena je tudi analiza nekaterih ključnih kazalnikov financiranja zdravstvenega sistema v Sloveniji in analiza nekaterih predlaganih reform oz. sprememb financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji v zadnjih petih letih. Na podlagi analiz so prepoznane ključne prednosti oziroma posebnosti, na osnovi katerih je oblikovan lasten predlog reforme.

1.3.2 Poglobljeni intervjuji

Z metodo poglobljeni intervju sem podrobneje analizirala sistem slovenskega sistema zdravstvenega zavarovanja in hkrati pridobila mnenja, kaj bi bilo potrebno spremeniti, in v katero smer bi se moral nadaljevati razvoj slovenskega sistema zdravstvenega varstva.

Poglobljeni intervjuji so bili izvedeni z nekaterimi glavnimi akterji in poznavalci slovenskega sistema zdravstvenega zavarovanja, s/z:

- starosto poznavanja slovenskega zdravstvenega varstva, gospodom prim. mag. Martinom Tothom,
- generalnim direktorjem ZZZS, gospodom Samom Fakinom,
- predsednikom uprave Vzajemne, gospodom Alešem Mikelnom,
- zdravnikom, bivšim ministrom in poznavalcem sistema zdravstvenega varstva, gospodom mag. Dorijanom Marušičem,
- direktorjem slovenjgraške bolnišnice, gospodom Janezom Lavretom.

Za izvedbo poglobljenih intervjujev je bil pripravljen vprašalnik, na osnovi katerega je potekal delno usmerjen intervju. Izvedeni intervjuji so dali vpogled predvsem v potrebne reforme ter prednosti in slabosti trenutnega sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja.

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

2.1 Opredelitev različnih modelov sistemov zdravstvenega varstva

Obstaja veliko teorij razvrščanja sistemov zdravstvenega varstva v nek sistem. Poskusi različnih tipizacij sistemov so odvisni od njihovih posebnosti in značilnosti. Toth (2003, 141) opredeljuje: »Ti temeljijo predvsem na načinu upravljanja sistema, na virih za njegovo financiranje, na lastnini zdravstvenih zmogljivostih in sredstev, ki jih uporablja sistem ter na nekaterih ideoloških osnovah za nastanek in delovanja sistema.« Glede na različne izpeljave teh sestavin so si države med seboj podobne ali različne in glede na to jih uvrščamo v različne skupine sistemov zdravstvenega varstva.

2.1.1 *Tipizacije sistemov zdravstvenega varstva glede na skupne značilnosti*

Poznamo več različnih tipizacij sistemov zdravstvenega varstva (Toth 2003, 141–145).

2.1.1.1 *Tipizacija na osnovi odnosa med zdravnikom in bolnikom*

Prva tipizacija je tipizacija na osnovi odnosa, ki izhaja med zdravnikom in bolnikom. Glede na to tipizacijo obstajajo štirje modeli.

Prvi model temelji v veliki večini na odnosu med bolnikom in zdravnikom. Bolnik vse storitve plača sam. Tak model ne pozna solidarnosti. Bolnik je prepuščen predvsem samemu sebi. Sistem se ne ukvarja z bolnikovimi potrebami. Edino področje, ki ga regulira, so pogoji za opravljanje dejavnosti, izobrazba zdravnikov ipd. V redkih primerih je del sistema reguliran in to le z vidika preprečevanja nalezljivih bolezni.

Drugi model je model, kjer še vedno prevladuje interes zdravnika. Vendar država že omogoča zdravstveno varstvo bolnikom na način, da jim omogoča uveljavljanje pravic do zdravstvene oskrbe brez plačila iz lastnih sredstev. V tem sistemu se že pojavlja solidarnost, dejavnost še vedno opravljajo predvsem zasebniki, ki sami tudi določajo cene storitev. Pojavljajo pa se že primeri, ko država ustanavlja svoje zdravstvene ustanove. V sistem bogatejši sloj prebivalstva ni vključen, storitve si morajo plačevati iz lastnih sredstev.

Tretji model zagotavlja financiranje zdravstvenega zavarovanja vsem prebivalcem, ki jim ni potrebno plačevati iz lastnih sredstev. Še vedno obstaja možnost doplačil, če je tako predpisano, ali če bolnik želi večji standard, kot je predpisan s strani države. Večina izvajalcev je še vedno zasebnih, nekateri pa delajo tudi v javnih službah, in zato prejemajo plačo. Država izvaja regulacijo na strani cen, zato teh ne morejo več postavljati sami.

Četrty model omogoča zdravstveno varstvo vsem prebivalcem. Zdravstvena služba v tem modelu je praktično v celoti javna in doplačil ni. Sistem se financira v celoti iz državnih sredstev, zbranih z davki.

(Toth 2003, 142)

Tabela 2.1: Povzetek značilnosti štirih modelov tipizacije modelov na osnovi odnosov med zdravnikom in bolnikom

	Prvi model	Drugi model	Tretji model	Četrty model
Financiranje	Bolnik sam.	Država, bogatejši še vedno sami.	Država, možnost doplačil.	Država v celoti.
Regulacija s strani države	Je ni na strani cen in financiranja. Izjeme so lahko nalezljive bolezni. Regulira izobrazbo zdravnikov.	Delno regulira plačila. Cene storitev še vedno postavljajo zasebniki. Regulira izobrazbo zdravnikov.	Večina stvari je reguliranih. Tudi pritisk na oblikovanje cen se povečuje.	Vse je regulirano.
Zdravstvena služba	V celoti zasebna. Sami določajo cene.	Zasebna, možnost javnih služb (redko).	Zasebna z vedno več javne službe.	Javna.
Vključenost prebivalcev	Vsak posameznik je prepuščen sebi.	Vsi razen bogatejših.	Vsi.	Vsi.
Solidarnost	Je ni.	Delno.	V večji meri.	Absolutna.

Vir. Lastno delo na osnovi Toth (2003, 141).

2.1.1.2 Tipizacija na osnovi razmerij med sredstvi in zdravstveno službo

Po tipizaciji na osnovi razmerij med sredstvi in zdravstveno službo poznamo štiri modele (Toth 2003, 142–143):

- Prvi model: javna sredstva – javna služba: po tem modelu se iz javnih sredstev financira le javna služba.
- Drugi model: javna sredstva – javna in zasebna dejavnost: iz javnih sredstev se financira tako javna kot zasebna služba. V tem primeru so stroški kriti samo do višine, ki velja za javno službo. Ta omejitev je postavljena, ker so cene storitev v zasebni dejavnosti praviloma višje kot v javni službi. Razliko plača bolnik sam iz lastnih sredstev.
- Tretji model: zasebna sredstva – zasebna zdravstvena dejavnost: v tem modelu se z zasebnimi sredstev razpolaga le v zasebni zdravstveni dejavnosti. Lahko govorimo o vzporedni dejavnosti javni službi ali pa o sistemu, kjer druge opcije ni.

- Četrty model: zasebna sredstva – zasebna in javna zdravstvena služba: v tem modelu se iz zasebnih sredstev financira tako zasebna kot javna služba. Tu gre lahko za nadstandard v javni službi, za morebitna doplačila v javni službi ipd.

2.1.1.3 Tipizacija na osnovi višine finančnih sredstev, ki so na voljo za zdravstveno varstvo

Naslednja tipizacija temelji na višini sredstev, ki jih ima posamezna država za izvajanje zdravstvenega varstva (Toth 2003, 143).

Po kriteriju finančnih virov poznamo (Roemer 1991, str. 95):

- bogate države,
- države v razvoju in prehodu od revščine k višnji stopnji gospodarske razvitosti,
- revne države,
- države, ki so zaradi pridobivanja nafte zelo bogate, a nimajo ustreznega razvitega varstva.

Toth (2003, 143) navaja, da »Kriterij finančnih virov lahko kombiniramo še z načinom zagotavljanja finančnih virov za delovanja sistema.«. Tudi tu ločimo štiri modele.

Prvi model je tržni ali podjetniško naravnani sistem. Model se ravna po tržnih zakonitostih gospodarstva. V tem modelu so v ospredju izvajalci zdravstvene službe, ki poslujejo izključno kot podjetniki, ki jim je cilj dobiček. Temu principu sledijo tudi cene zdravstvenih storitev, ki so visoke. Vloga države v tem sistemu je minimalna. Ne regulira niti kadrov, to opravljajo predvsem zasebne zavarovalnice oz. v nekaterih primerih tudi podjetja, ki nastopajo kot plačniki storitev za svoje delavce. Solidarnost v tem sistemu ni vzpostavljena, zdravstvena varnost prebivalcev je odvisna predvsem od njihove lastne plačilne sposobnosti. Nekateri tem sistemom rečejo tudi sistem brez sistema.

Drugi model je socialno naravnani sistem. V državah s tem sistemom je država krepko posegla v uravnavanje sistema. Z zakonom je uvedeno obvezno zavarovanje. V zavarovanje so vključeni vsi prebivalci, razen najbogatejših. Izvajalci so še vedno večinoma zasebniki, cene njihovih storitev so regulirane, obstajajo pa tudi javne ustanove.

Tretji model je komprehenzivni sistem. V tem sistemu ni več načel delovanja trga, celotni nadzor izvaja država. Dostopno do zdravstvenih storitev je zagotovljena vsem prebivalcem, brez izjeme, pod enakimi pogoji. Standard storitev je odvisen od višine finančnih virov, ki jih ima na voljo država. Zato se ta sistem pojavlja v bogatejših državah. Med izvajalci prevladuje javna služba, predvsem na primarni ravni je med izvajalci tudi nekaj zasebnikov, manj jih je na sekundarni in terciarni ravni, saj so bolnišnice večinoma javne.

Četrty model je socialistični sistem. Tudi za ta sistem je enako kot za komprehenzivni sistem značilno, da so iz uravnavanja sistema zdravstvenega varstva popolnoma izločena vsa načela delovanja trga. Financiranje poteka iz državnih sredstev. Izvajalci delujejo izključno v javnem sistemu, privatnih zdravstvenih ustanov ni. V tem sistemu tudi ni privatnih farmacevtskih ustanov ali drugih ustanov, ki proizvajajo karkoli povezanega z zdravstvenimi pripomočki. Ta sistem izhaja iz nekdanje Sovjetske zveze, po drugi svetovni vojni se je prenesel tudi na druge države Vzhodne Evrope. Po razpadu socialističnega političnega sistema konec prejšnjega stoletja večina držav išče nove rešitve, vendar pa je pri njih še vedno veliko značilnosti tega sistema.

(Toth 2003, 144–145)

Tabela 2.2: Povzetek značilnosti štirih modelov glede na zagotavljanje finančnih virov za delovanje zdravstvenega sistema

	Tržni model	Socialni model	Komprehenzivni model	Socialistični model
Financiranje	Privatne zavarovalnice. Plačilo iz lastnih sredstev. Humanitarne organizacije.	Država. Bogatejši si financirajo sami.	Država.	Država.
Regulacija s strani države	Zelo majhna.	Velika.	Velika.	Velika – absolutna.
Zdravstvena služba	Privat.	Javna in zasebna, ki je regulirana v delu, ki se plačuje iz javnih sredstev.	Javna.	Javna vključno s proizvodnjo zdravil in medicinsko tehničnih pripomočkov.
Vključenost prebivalcev	Odvisno od plačilne sposobnosti.	Vsi razen bogatih.	Vsi.	Vsi.
Solidarnost	Je ni.	Večinoma.	Da.	Da.
Nekatere države, ki so vključene v opazovani model	V preteklosti je bil tipičen primer ZDA. Od Obama reforme dalje se sistem spreminja.	Nemčija, Francija, Nizozemska, Belgija, Japonska, Avstralija.	Skandinavske države, Velika Britanija, Nova Zelandija, Italija, Grčija, Španija, Slovenija.	Češka, Poljska, Madžarska, Romunija, Bolgarija, Albanija, Kitajska.

Vir. Lastno delo na osnovi Toth (2003, 144–145).

2.1.2 Modeli sistemov zdravstvenega varstva

Sistemi zdravstvenega varstva so imeli, kot je zapisano v poglavju 2.1.1, v zgodovini različne razvojne poti, zato poznamo v svetu različne tipe zdravstvenega varstva, ki jih v grobem lahko razdelimo glede na prisotnost države pri upravljanju področja, vplivu države in njene

pristojnosti glede ustanavljanja zdravstvenih zavodov. Tako ločimo več tipičnih modelov, ki so v nadaljevanju podrobneje opredeljeni. V tabeli (Tabela 2.3) so opredeljena merila, po katerih ločimo, kateri sistem je uveljavljen v posamezni državi.

Tabela 2.3: Merila za razvrščanje sistemov v različne modele zdravstvenega varstva

	Bismarckov model	Beveridgov model	Semaškov model	Tržni (podjetniški) model	Model nacionalnega zavarovanja
Financiranje	Prispevki delodajalcev, delojemalcev in drugih zavezancev.	Davki, proračuni države, dežel, lokalnih skupnosti ipd.	Centralni, državni proračun.	Zasebne zavarovalnice, zasebna sredstva.	Državni sistem zavarovanj. En plačnik.
Upravljanje	Samoupravno, v njem sodelujejo predstavniki delodajalcev in zavarovanih oseb.	Državni organi ali upravni organi na nižjih ravneh.	Centralna vlada oziroma ministrstvo, zadolženo za zdravje.	Zasebna združenja, agencije itd.	Državni organi.
Sprejemanje odločitev o pravicah zavarovancev	Organi upravljanja bolniških blagajn v okvirih, kot jim jih določa zakon.	Državni organi.	Državni organi.	Ni pravic. Sistem deluje na principu ponudbe in povpraševanja.	Državni organi.
Vključenost (obvezna) prebivalcev v sistem	Vključeni vsi prebivalci, možnost izključitve posameznih skupin.	Vse prebivalstvo.	Vse prebivalstvo.	Zavarovanje ni obvezno, vključitev je prostovoljna in v mnogih primerih neizvedljiva zaradi predhodnega zdravstvenega stanja.	Vse prebivalstvo.
Solidarnost, vzajemnost	Absolutna.	Absolutna.	Absolutna.	Ne obstaja.	Absolutna.
Planiranje področja	Država in zavarovalnice.	Država.	Država.	Namesto plana deluje trg.	Država.
Izvajalci	Javni in zasebni sektor.	Javni sektor / zasebni sektor.	Javni sektor.	Privatni sektor.	Privatni sektor.
Nekatere države, ki so vključene v opazovani model	Nemčija, Avstrija, Francija, Belgija, Nizozemska, Slovenija.	Velika Britanija, Irska, Islandija, Norveška, Švedska, Finska, Danska.	V evropskih državah ga ni več. Tipični predstavniki sta še Kuba, Severna Koreja.	V Evropi te oblike ne poznamo. Pozna pa jo preko 200 držav izven EU. Tipična predstavnica je bila ZDA.	Kanada, Južna Koreja, Tajvan.

Vir: Povzeto in prirejeno po Toth (2003, 148); Feldin in drugi (2015, 24); lastno delo.

2.1.2.1 Bismarckov model

Bismarckov (korporativistični) model je model, ki ga imenujemo tudi model zdravstvenega zavarovanja oziroma model socialnega zavarovanja. Ime je dobil po nemškem kanclerju Bismarcku, ki je v 19. stoletju predlagal uvedbo OZZ. S sprejetjem zakona je nastal prvi zavarovalniški sistem na področju zdravstva.

Za sistem je značilno zlasti, da se zbrani prispevki za zdravstvena zavarovanja stekajo v posebne blagajne. Oblikovani so posebni prispevki delodajalcev in delojemalcev. Sistem blagajn deluje po načelih solidarnosti in vzajemnosti. Sprva so bili zavarovani le delavci, postopoma pa se je to razširilo tudi na njihove družinske člane, upokojence, vdove, veterane, študente, kmete itd.

Veliko vlogo pri oblikovanju pravic zavarovanih oseb imajo tudi blagajne. Slovenija je tipičen predstavnik tovrstnega modela, država pa ima velik vpliv na oblikovanje pravic zavarovanih oseb, kar sicer ni značilno za ta model. Skozi čas so blagajne prevzele tudi vlogo pogajanj za ceno zdravstvenih storitev, plač zdravnikov ter drugih pogojev izvajanja zdravstvenih storitev.

Sistem prepoznamo v več državah, vendar pa je različno urejen. Lahko je le eno zavarovanje, lahko je zavarovanj več. V nekaterih državah so osebe z višjimi prihodki izločene iz tega sistema, in se morajo vključiti v popolnoma privatno zdravstveno zavarovanje. V nekaterih državah pa imajo nekatere skupine, kot so podjetniki in samozaposlene osebe, kritje le za najdražja zdravstvena tveganja.

(Toth 2003, 145–146)

2.1.2.2 Beveridgeov model

Beveridgeov (liberalni) model se je razvil zaradi slabe zavarovanosti prebivalstva v Veliki Britaniji, in sicer sredi 20. stoletja. Do takrat je bila v Veliki Britaniji vključena v socialno zavarovanje le tretjina prebivalcev. Beveridge je bil mnenja, da se stanje lahko izboljša le, če bo v sistem posegla država in regulirala vse od financiranja, zagotavljanja zmogljivosti, organizacijo zdravstvene dejavnosti do upravljanja celotnega področja. V istem obdobju je bila vzpostavljena NHS – nacionalna zdravstvena služba (National Health Service).

Sistem se v celoti financira iz davkov oz. proračuna države. Prav tako odločitev o višini deleža sprejema vlada, in sicer letno ob sprejemu proračuna. V tej ureditvi zavarovanci nimajo velike vloge pri odločanju, ker jih zastopajo njihovi poslanci.

Zdravstvene ustanove so tako zasebne kot javne, regulirane s strani NHS.

Denar za zdravstvene storitve se zbira preko davkov in največjo vlogo pri določanju pravic in razdeljevanju denarja ima ministrstvo pristojno za zdravje.

(Toth 2003, 146–147)

2.1.2.3 Semaškov model

Semaškov (socialistični) model je zelo podoben Beveridgovemu modelu in se je pojavljal predvsem v državah nekdanje Sovjetske zveze ter je temeljil na nekoliko drugačni politični doktrini, ki je poudarjala socializem. Model, ki se imenuje po nosilcu njegove osnovne ideologije, se je razvil v prvi polovici 20. stoletja. Po drugi svetovni vojni so ga prevzele tudi nekatere države vzhodne Evrope.

Model sloni na 100-odstotnem kritju pravic iz državnega denarja. Nadzor nad vsemi funkcijami zdravstvenega sistema ima vlada, kar pomeni popolnoma monopolistično upravljanje.

Na prvi pogled je sistem podoben Beveridgovemu modelu in dejansko tudi je. Glavna razlika je v tem, da v tem sistemu niso dovoljeni privatni izvajalci zdravstvenih storitev oziroma so celo prepovedani.

Večina držav s tem sistemom se oz. se je tekom tranzicije preusmerila na Bismarckov model.

(Toth 2003, 147–149)

2.1.2.4 Tržni (podjetniški model)

Tržni model je model, ki ga v Evropi ne poznamo, je pa v svetu najbolj uveljavljen. Ima ga preko 200 držav. To je model, ki ne pozna zdravstvenih zavarovanj, obstajajo le privatna zavarovanja, ki se obnašajo skladno z zavarovalniško logiko, kar pomeni, da so kriti le bodoči dogodki, in so predobstoječa stanja praviloma izključena. Premije takih zavarovanj niso oblikovane na principu solidarnosti in vzajemnosti ampak po principu aktuarskih izračunov, ki pri izračunih upoštevajo tablice in incidence.

V tem modelu nimajo vsi prebivalci zagotovljene možnosti, da so lahko zdravstveno zavarovani, kot je to primer v prvih treh opisanih modelih. Če nimajo privatnega zavarovanja, bodisi ker si ga ne morejo privoščiti, bodisi ker ne izpolnjujejo pogojev za sklenitev zavarovanja, morajo vse storitve plačati iz lastnih sredstev, oziroma so odvisni od dobrodelnih organizacij, ki ustanavljajo zdravstvene ustanove za revne.

V tem sistemu so privatne tudi vse zdravstvene ustanove, cene njihovih storitev pa se razlikujejo od izvajalca do izvajalca.

(Toth 2003, 143; Feldin in drugi 2015, 22)

2.1.2.5 Model nacionalnega zdravstvenega zavarovanja

Nekateri viri (Feldin in drugi 2015, 24) navajajo še en model. To je model nacionalnega zavarovanja, ki je zmes med Bismarckovim in Beveridgevim modelom. Glavna razlika je, kot je razvidno iz tabele (Tabela 2.3), da sistem financira državni sistem zavarovanj, in je plačnik en sam, izvajalci pa so v privatnem sektorju.

Evropa pozna prve tri tipe zdravstvenega varstva, ne pozna pa tržnega modela. Sistem nacionalnega zdravstvenega zavarovanja pa je kombinacija prvih treh in kot tak poznan tudi v Evropi. Sistemi zdravstvenega varstva v Evropi imajo skupno predvsem zelo poudarjeno socialno razsežnost, saj zagotavljajo možnost uveljavljanja zahtev po zdravstvenih storitvah iz javnih financ za vse prebivalstvo oziroma se temu zelo približujejo. Zdravstveno varstvo v Evropi predstavlja področje, ki so ga skoraj vse države opredelile kot javni interes države, zato prebivalcem zagotavljajo zdravstveno in socialno varnost v primeru bolezni in poškodb, tako da zdravljenje ni odvisno od finančnih zmožnosti posameznika. (Toth 2003, 145)

V poglavju 3 je narejena primerjava med več državami, ki se uvrščajo v različne sisteme zdravstvenega varstva. Kot je razvidno iz podrobnejšega pregleda, v nobeni državi ni popolnoma teoretično čistega sistema, sistemi se stalno prilagajajo trenutnim potrebam in zmožnostim posamezne države, z uvajanjem popolnoma novih sestavin ali povzemanjem dobrih praks iz drugih sistemov.

2.2 Opredelitev vrst zdravstvenih zavarovanj

V večini obravnavanih držav prevladuje državno financiranje zdravstvene oskrbe oziroma financiranje s pomočjo socialnega zavarovanja. V Sloveniji to zavarovanje imenujemo obvezno zdravstveno zavarovanje. V državah, kjer so vse storitve 100-odstotno krite iz tako imenovanega obveznega zavarovanja, ni potrebe po prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih.

V državah, kjer se del doplačil financira iz prostovoljnih zavarovanj, se je trg prostovoljnih zavarovanj razvijal hkrati s sistemom javnega zdravstvenega varstva. V osnovi v Evropi prepoznamo naslednje štiri modele prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Toth 2003, 301–302; Schneider 1992, 14–15):

- Model nadomestnega zavarovanja »substitutive insurance« (delna ali popolna alternativa javnemu financiranju zdravstvenega varstva). Ta zavarovanja zagotavljajo kritja stroškov za zdravstvene storitve osebam, ki zaradi različnih razlogov niso vključene v javni sistem. Najpogostejši razlog za ne vključitev v javni sistem so

previsoki dohodki osebe. Tak sistem poznajo predvsem naslednje države: Nemčija, Nizozemska, Španija, Irska in, v manjši meri, Francija in Belgija. V zelo majhnem obsegu to poznamo tudi v Sloveniji, kot bo opisano v nadaljevanju.

- Model dopolnilnega zavarovanja »complementary insurance« (za storitve, ki jih obvezno zavarovanje ne pokriva v celoti ali tiste, ki so izločene iz obveznega zavarovanja). To zavarovanje imenujemo tudi zavarovanje za doplačila. Če oseba ne bi imela tega zavarovanja, bi morala plačati izvajalcu razliko neposredno iz lastnih sredstev. Tak sistem poznajo predvsem naslednje države: Belgija, Francija, Luksemburg in Slovenija.
- Model dodatnega zavarovanja »supplementary insurance« (zavarovanje za dostop do večje izbire storitev). Tovrstna zavarovanja krijejo stroške za zdravstvene storitve, ki niso krite v javnem sistemu. Toth (2003, 301–302) navaja, da so to »ponavadi lepotne operacije, storitve alternativne medicine, zdraviliška zdravljenja, razni medicinski pripomočki in zdravila, ki niso razvrščena na liste, posebne ugodnosti med zdravljenjem v bolnišnici, možnost do proste izbire specialista in bolnišnice itn.«
- Model vzporednega zavarovanja »parallel insurance« (zavarovanje za hitrejši dostop do storitev). Zavarovanci sicer imajo dostop do teh storitev, vendar zaradi dolgih čakalnih dob ne pridejo na vrsto. Tovrstno zavarovanje zagotavlja hitrejši dostop do storitev, vendar izven javne mreže. Zavarovanje krije tudi stroške za nadstandard med bolnišničnim zdravljenjem itn.

V slovensko zakonodajo smo opisane štiri modele prenesli v štirih oblikah prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) v 61. členu navaja:

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja krijejo zavarovancem stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki ter izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja. Takšna zavarovanja smejo na območju Republike Slovenije izvajati zavarovalnice, ki izpolnjujejo predpisane pogoje po tem zakonu in po zakonu, ki ureja zavarovalništvo.

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja se uvrščajo v zavarovalno vrsto zdravstveno zavarovanje in zavarovalno skupino premoženjska zavarovanja. Zavarovalnice iz prejšnjega odstavka lahko uvedejo naslednje tipe prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj:

- dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki ob uresničevanju pravic do zdravstvenih storitev po postopkih in pogojih, kot so predpisani v obveznem zdravstvenem zavarovanju, krije razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu s 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu z istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oziroma del te

razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravlil z najvišjo priznano vrednostjo in medicinskih pripomočkov;

- nadomestno zdravstveno zavarovanje, ki, največ v obsegu standarda obveznega zdravstvenega zavarovanja, krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki osebam, ki po predpisih Republike Slovenije ne morejo biti obvezno zavarovane;
- dodatno zdravstveno zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki in za izplačila denarnih prejemkov, ki niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in ni niti dopolnilno niti nadomestno zdravstveno zavarovanje;
- vzporedno zdravstveno zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki, ki so sicer pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, a jih zavarovanci uveljavljajo po drugačnih postopkih in ob drugih pogojih, kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje.

2.2.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje

OZZ v Sloveniji je obvezno za vse prebivalce v Republiki Sloveniji. Izvaja ga ena ustanova, to je ZZZS. Deluje predvsem na principu solidarnosti, kar pomeni »vsi za enega, eden za vse«. Toth (2012, 45) pravi, da se solidarnost odraža na več načinov. Prvi je v »načinu financiranja zavarovanja, kjer velja pravilo, da vsi prispevajo oziroma plačajo prispevke v sorazmernem deležu od višine plače ali ustvarjenega dohodka« (Toth 2012, 45), drugi je, da je, zaradi visoko razvite zavesti prebivalstva, da pomagajo eden drugemu, ko nekdo to potrebuje, nastala solidarnost med zdravimi in bolnimi, mladimi in starimi ter med premožnejšimi in revnejšimi. Lahko se zgodi, da nekdo veliko plača, in ničesar ne koristi, ali da nekdo plača malo, in veliko koristi. Solidarnost je tudi v tem, da pravice iz zavarovanja lahko koristijo tudi osebe, ki niso direktni plačniki, ker ne ustvarjajo dohodka. To so otroci, nezaposleni zakonci itd.

Obseg in pravice, ki so krite iz OZZ so opredeljene v ZZZVZZ v 13. členu, in sicer (ZZVZZ, 2016):

Obvezno zavarovanje obsega:

1. zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela;
2. zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

Z obveznim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavlja v obsegu, ki ga določa ta zakon:

1. plačilo zdravstvenih storitev;
2. nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela;
3. povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Podrobneje so pravice opredeljene v 23. členu ZZZVZZ, kjer so opredeljeni tudi deleži doplačil iz naslova DZZ. Zakon in nadaljnji podzakonski akti podrobneje urejajo način in pravice do

koriščenja storitev. Nekateri deli so obravnavani v poglavju 3, v katerem je podrobneje analizirano stanje v Sloveniji.

Prav tako je določena višina prispevka, ki jo plača posamezna skupina. In sicer (Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju 2015a, 4):

Višina prispevnih stopenj

a) Stopnja prispevkov za zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela: □

- aktivno prebivalstvo:
 - za vse pravice (delojemalci 6,36%, delodajalci 6,56%, ZRSZ 11,92%);
- upokojenci:
 - za pravice do zdravstvenih storitev, povračila potnih stroškov (5,96%);
- kmetje:
 - za zdravstvene storitve in povračila potnih stroškov (5,21% od osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje oz. 18,78% od katastrskega dohodka, 2% in 8,2%),
 - za nadomestila (1,15% od osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje),
- ostalo:
 - omejene pravice (RS 12,92%).

b.) Stopnja prispevkov za zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni:

- za vse pravice (delodajalci 0,53%);
- za pravice do zdravstvenih storitev, povračila potnih stroškov (0,18%);
- omejene pravice (RS 0,53%).

2.2.2 Dopolnilno zdravstveno zavarovanje

DZZ je zavarovanje za doplačila. Skladno s 23. členom ZZVZZ plačilo večine zdravstvenih storitev ni v celoti zagotovljeno iz OZZ. Za ta doplačila je v Sloveniji razvito DZZ, ki v celoti zagotavlja doplačila, opredeljena v 23. členu ZZVZZ. Deleži doplačil so podrobneje opredeljeni v tabeli (Tabela 3.1).

Tovrstna zavarovanja ponujajo tri zavarovalnice: Vzajemna zdravstvena zavarovalnica (Vzajemna), Adriatic Slovenica (AS) in Triglav zdravstvena zavarovalnica (TZZ).

Za doplačila so zavezani vsi prebivalci Slovenije, razen otrok do 18. oziroma do 26. leta starosti, pod pogojem, da se šolajo. Država plačuje razliko do polne cene vrednosti storitev osebam, ki so upravičene do socialne pomoči. V to zavarovanje je vključena večina prebivalcev, ki so zavezani za doplačila. Za tako visoko zavarovanost sta predvsem dva razloga. Prvi razlog je, da so doplačila lahko izredno visoka v primerih, ko je potrebna bolnišnična oskrba. Drugi razlog pa je zakonsko določena čakalna doba treh mesecev ob naknadni vključitvi, kar pomeni, da se oseba ne more zavarovati v trenutku, ko to zavarovanje

potrebuje. Prav tako se za vsako leto ne vključenosti v zavarovanje premija poveča za tri odstotke.

Zavarovalnice morajo v zavarovanje sprejeti vse osebe, ki imajo do tega pravico, ne glede na starost in predhodno zdravstveno stanje. Med zavarovalnicami je za izravnavo tveganj uvedena izravnalna shema, kjer so nekatere zavarovalnice plačnice, nekatere zavarovalnice pa prejemnice. Več o tem v poglavju 3.1.3.5.

Cena DZZ se prilagaja deležem doplačil, ki jih zagotavlja DZZ. Trenutna cena zavarovanja se pri vseh treh zavarovalnicah giblje okrog 27 evrov, najnižja je pri Vzajemni.

2.2.3 Vzporedno, nadomestno in dodatno zdravstveno zavarovanje

V Sloveniji trg vzporednih, nadomestnih in dodatnih zdravstvenih zavarovanj ni močno razvit. Pri Slovencih še vedno prevladuje prepričanje, da imajo vse pravice zagotovljene iz OZZ in DZZ, potrebe za sklenitev tovrstnih zavarovanj se večinoma zavejo, ko je za sklenitev le-teh prepozno. Ta zavarovanja se namreč ravna po izključno po zavarovalniških načelih, sprejem v zavarovanje je zelo restriktiven, zato se praviloma lahko zavarujejo le zdrave osebe, vključene so čakalne dobe in izključena predhodna bolezenska stanja ali poškodbe.

Vzporedno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji ponuja več zavarovalnic, in sicer:

- Vzajemna ponuja produkt Zdravstvena polica,
- TZZ ponuja produkt Celovita zdravstvena oskrba,
- AS ponuja dva produkta Težke bolezni in operacije ter Specialisti.

Vsa omenjena zavarovanja nudijo enake storitve, ki jih nudi javna mreža iz OZZ. Prednost teh produktov je, da zavarovanec hitreje pride do teh storitev, in nekatere lahko koristi tudi v tujini.

Nadomestno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji ponuja le Vzajemna, ki je v okviru zdravstvenega zavarovanja za tujino razvila produkt WELCOME, s katerim ponuja vsem tujcem v Sloveniji, ki ne morejo skleniti OZZ, plačilo stroškov širšega nabora zdravstvenih storitev.

Dodatno zdravstveno zavarovanje ponuja več zavarovalnic, in sicer:

- Vzajemna nudi produkte: Težje bolezni, Zavarovanje za tveganje raka, Zavarovanje za tveganje bolezni srca in ožilja, Zavarovanje za pomoč na domu, Zdravstveno zavarovanje za tujino.

- TZZ nudi produkte: Zavarovanje zdraviliškega zdravljenja po poškodbi in po prometni nesreči, Zavarovanje nadomestil, Zdravstveno zavarovanje za tujino.
- AS nudi produkte: Zavarovanje prehodne oskrbe, Zdravila, Zavarovanje za tveganje raka, Zdravstveno zavarovanje za tujino.
- Generali nudi zavarovanje Doktor 24.
- Zavarovalnica Maribor nudi zavarovanje Best Doctors.
- Merkur Zavarovalnica nudi zavarovanje Merkur Zdravje – Ambulanta.
- NLB Vita nudi zdravstveno zavarovanje za tujino.

Vsa ta zavarovanja nudijo dodatna kritja, ki jih obvezno zavarovanje ne nudi, oz. v primeru nastanka določenih bolezni zagotavljajo izplačila zavarovalnih vsot, ki zavarovancu pomagajo pri okrevanju in premostitvi težav zaradi zmanjšanja finančnih prihodkov v času bolezni. Tovrstna zavarovanja v Sloveniji še niso zaživela, ker med ljudmi še vedno prevladuje prepričanje, da jim vse storitve zagotavlja OZZ v kombinaciji z DZZ. Pobranih premij za vsa našeta zavarovanja je bilo v letu 12,5 mio evrov, od tega dobrih 5 mio evrov za zavarovanja za tujino. Delež teh zavarovanj se iz leta v leto sicer povečuje, vendar zelo počasi (Vzajemna 2016d).

2.3 Statusne oblike zavarovalnic, ki nudijo zdravstvena zavarovanja v Sloveniji

Zdravstvena zavarovanja v Sloveniji nudi več zavarovalnic, in sicer:

- ZZZS, ki nudi OZZ,
- Vzajemna, ki ponuja vse štiri oblike prostovoljnih zavarovanj,
- TZZ in AS, ki nudita tri oblike prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj,
- NLB Vita, d.d., Merkur zavarovalnica, Zavarovalnica Maribor in Generali, ki nudijo eno obliko prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Statusne oblike pravnih oseb, ki nudijo zdravstvena zavarovanja, so:

- javni zavod, katerega obliko ima ZZZS, njegovo delovanje regulirata ZZVZZ ter Zakon o javnih zavodih.
- Družba za vzajemno zavarovanje, ki je v Sloveniji ena, in sicer Vzajemna, njeno delovanje regulirajo ZZVZZ, Zakon o zavarovalništvu in Zakon o gospodarskih

družbah.

- Delniška družba, katere obliko imajo ostale zavarovalnice, njihovo delovanje regulirata Zakon o zavarovalništvu in Zakon o gospodarskih družbah.

2.3.1 Javni zavod

ZZZS se velikokrat omenja kot zdravstvena zavarovalnica, kar pa v resnici po svoji statusni obliki ni, in ne deluje po načelih zavarovalništva. Za izvajanje OZZ v Sloveniji je bil na podlagi ZZVZZ 1. 3. 1992 ustanovljen ZZZS. ZZZS ima status javne in neprofitne ustanove. Njegovo delovanje regulirata ZZVZZ in Zakon o javnih zavodih. ZZZS nastopa v pravnem prometu samostojno in brez omejitev, vendar v okvirih, ki mu jih določajo ZZVZZ, Statut ZZZS in drugi splošni akti ZZZS.

Najvišji organ upravljanja ZZZS je Skupščina, ki ima 45 članov. Skladno z Bismarckovim modelom je sistem upravljanja dvodomni, 20 članov skupščine je predstavnikov delodajalcev in 25 članov je predstavnikov delojemalcev. Člani Skupščine ZZZS so voljeni, z izjemo štirih predstavnikov delodajalcev, ki jih imenuje direktno Vlada RS. ZZVZZ v 70. členu določa, da ZZZS upravlja Skupščina, ki sprejema statut ZZZS. Vendar je v 70. členu določeno tudi, da mora k določenim aktom dati soglasje Vlada RS, kar kaže na odmik od Bismarckovega modela, in priča o vpletenosti države v obvladovanje sistema zdravstvenega varstva.

Naslednji organ upravljanja je Upravni odbor, ki šteje 11 članov. Člane imenuje Skupščina ZZZS. Dva člana Upravnega odbora imenuje Skupščina na predlog delavcev ZZZS.

Poslovodni organ ZZZS je generalni direktor. Direktorja imenuje Skupščina s soglasjem Državnega zbora. Tudi v potrebnem soglasju Državnega zbora za imenovanje generalnega direktorja se odraža vpetost države v vodenje ZZZS, kar opaža tudi Toth (2003, 468), ki pravi: »Oblast je vsekakor hotela imeti na tem mestu svojega človeka in preko njega določen vpliv na delovanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, zato je v 14 letih delovanja ZZZS dvakrat prišlo do tega, da kandidat, ki ga je predlagala in imenovala Skupščina ZZZS, ni dobil soglasja državnega zbora.«

Mandat vseh treh organov traja štiri leta.

(ZZVZZ, 2016)

2.3.2 Družba za vzajemno zavarovanje

Vzajemne zavarovalnice poslujejo na osnovi načela vzajemnosti. To pomeni, da vsi člani solidarno zagotavljajo varnost za vsakega vključenega posameznika. »Mlajši zavarovanci del

premije namenajo za medgeneracijsko vzajemnost in plačujejo višjo premijo, kot bi bila potrebna glede na izdatke, ki jih ima zavarovalnica glede na njihove škode. Starejši zavarovanci zato ne plačujejo (bistveno) višje premije kot bi bile v primeru, če bi bile določene zgolj na podlagi njihove rizičnosti.« (Vzajemna, 2016c). Pri vzajemnosti je torej ključno, da vsi, ki so vključeni v zavarovanje, prispevajo enak del pri kritju stroškov zdravstvenih storitev, ne glede na rizičnost posameznika.

»Osnovna načela vzajemnih organizacij, ki jih navaja Evropska komisija v posvetovalnem dokumentu o vzajemnih družbah, so odsotnost deležev družbe, prost vstop v članstvo, neprofitni cilji, solidarnost, demokratičnost in neodvisnost.« (Vzajemna, 2016c).

V Evropi je več kot 55 odstotkov vseh zavarovalnic vzajemnih družb ali zadrug. »Vzajemne in druge podobne zavarovalnice so imele v Evropi leta 2012 28-odstotni tržni delež, in sicer skoraj 33-odstotnega v skupini premoženjskih zavarovanj in približno 25-odstotnega pri življenjskih zavarovanjih. Vzajemni zavarovalniški sektor v Evropi tako zagotavlja zavarovalne storitve več kot 150 milijonom Evropejcev in zaposluje približno 350.000 ljudi.« (Suhadolnik 2015, 91)

Osnovna načela vzajemnih organizacij, ki so hkrati tudi ključna distinkcija med vzajemno in delniško družbo, so (Vzajemna; 2016; Suhadolnik 2015, 90–91):

- odsotnost deležev družbe (delnic) – vzajemne družbe predstavlja skupina oseb, ki so njeni člani. V vzajemnih organizacijah ni deležev, ki bi lastnikom dajali donos.
- Prost vstop v članstvo – omogoča svoboden vstop (in izstop) vsem, ki izpolnjujejo pogoje, predpisane z zakonom, statutom ipd. Pogoji so določeni skladno z načeli vzajemnosti. Večina vzajemnih organizacij je odprtih, obstajajo pa tudi zaprte, kot npr. v Franciji vzajemna zavarovalnica za motoriste, ki je nastala iz potrebe te skupine, ker je nihče drug ni želel zavarovati zaradi prevelikega rizika.
- Solidarnost med člani – to pomeni odsotnost razlikovanja med člani družbe, solidarno jamstvo ter izenačevanje dobrih in slabih tveganj.
- Demokratično vodenje – udejanjeno preko načela »en človek, en glas«.
- Neodvisnost – vzajemne družbe so zasebne in neodvisne, na njih ne vpliva država niti ozek krog lastnikov, ki imajo interes za dobiček.
- Omejena delitev dobička – dobiček se v vzajemnih družbah lahko porabi na dva načina. Prvi je, da se deli med lastnike/člane, in sicer v obliki nižjih premij, popustov ali enkratnega vračila. Drugi način pa je vrnitev dobička v družbo z namenom

izboljšanja servisiranja zavarovancev, financiranja dodatnih storitev za zavarovance, nadaljnega razvoja družbe ali za povečevanje rezerv skladno z zakoni, ki urejajo področje zavarovalništva.

V Sloveniji je bila 1. 11. 1999 ustanovljena prva in doslej edina družba za vzajemno zavarovanje. To je Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. Z ustanovitvijo te družbe se je izvajanje DZZ izločilo iz ZZZS. Delovanje družbe za vzajemno zavarovanje v Sloveniji ureja predvsem Zakon o zavarovalništvu od 76. do 112. člena (Zakon o zavarovalništvu, 2015).

2.3.3 Delniška družba

Delniška družba je najpogostejša oblika zavarovalnice v Sloveniji. V Sloveniji so, za razliko od Evrope, tako oblikovane vse, razen ene zavarovalnice. Glavna razvojna strategija delniške družbe je zavarovanje dobička, zmanjševanje stroškov, nenehna rast, razvoj novih poslov, razvoj novih trgov. V delniški družbi vsi zavarovanci niso delničarji, pač pa obstaja nekaj lastnikov/delničarjev, ki od posloводства zahtevajo dobiček in stalno rast z namenom izplačila dividend na koncu poslovnega leta. Člani v vzajemni družbi pa zahtevajo uravnoteženo poslovanje in pokrivanje vseh nastalih potreb članov. Delniške družbe skladno z Zakonom o gospodarskih družbah poznajo eno ali dvotirno upravljanje, ki pa je odvisno od lastnikov.

V tabeli (Tabela 2.4) so prikazane bistvene značilnosti posameznih statusnih oblik. Značilnosti je še veliko več, izpostavljene so le tiste, ki so pomembne za prikaz glavnih razlik in anomalij v vodenju organizacij, ki upravljajo z zdravstvenim denarjem. Iz tabele (Tabela 2.4) najbolj izstopa dejstvo, da največjo zdravstveno blagajno v državi vodi en sam človek za nižjo plačo, kot jih imajo člani uprav v zavarovalnicah, ki nudijo DZZ.

Tabela 2.4: Povzetek primerjave vseh treh statusnih oblik v Sloveniji

Zavarovalnica	ZZZS	Vzajemna	AS, TZZ
Statusna oblika	Javni zavod.	Družba za vzajemno zavarovanje.	Delniška družba.
Lastnik	Ustanovitelj je država.	Vsi člani.	Delničarji.
Zakoni, ki urejajo delovanje	Zakon o javnih zavodih.	Zakon o zavarovalništvu, Zakon o gospodarskih družbah.	Zakon o zavarovalništvu, Zakon o gospodarskih družbah.
Upravljanje	Voljena skupščina (45 članov: 25 predstavnikov delojemalcev in 20 predstavnikov delodajalcev). Upravni odbor: 11 članov.	Voljena Skupščina (45 predstavnikov vseh zavarovancev po starostnih skupinah), Nadzorni svet: 7 članov.	Določeno v Statutu posamezne zavarovalnice.

Poslovodni organ	Generalni direktor.	Tri članska uprava.	Več članska uprava.
Višina sredstev, ki jih upravlja posamezna organizacija na področju financiranja zdravstva (podatki za leto 2014)	2.367 mio evrov.	264 mio evrov.	AS: 107 mio evrov. TZZ: 107 mio evrov.
Višina nadomestila za poslovodni organ	Plača skladno z zakonom o plačah v javnem sektorju.	Plača je primerljiva z upravami v gospodarskem sektorju in je praviloma višja kot v javnem sektorju.	Plača je primerljiva z upravami v gospodarskem sektorju in je praviloma višja kot v javnem sektorju.
Dobiček	Lahko posluje z izgubo ali presežkom.	Ne sme poslovati z izgubo. Teži k izravnemu poslovanju. Morebitni dobiček se vrne zavarovancem.	Ne sme poslovati z izgubo. Dobiček je skladno z zahtevami lastnikov.

3 PRIMERJAVA SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA IZBRANIH DRŽAV

S študijem različnih gradiv s področja sistemov zdravstvenega varstva je narejena analiza zdravstvenega varstva in zdravstvenih zavarovanj v izbranih državah. Pri tem so izpostavljena predvsem naslednja področja:

- ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja (obvezno, prostovoljno),
- vrste storitev, ki jih krije osnovno zavarovanje, in vrste storitev, ki so državljanom na voljo s sklenitvijo prostovoljnega zavarovanja,
- izvedene/morebitne aktualne reforme,
- statusne oblike zavarovalnic, ki nudijo zdravstvena zavarovanja,
- prepoznavanje posebnosti sistema zdravstvenega zavarovanja v obravnavani državi,
- primerjava nekaterih ključnih kazalnikov, ki so zbrani v poglavju 3.8, in kažejo na stanje v posameznem sistemu zdravstvenega varstva ter primerjavo med državami.

Izbrane države imajo bodisi dobro urejen sistem zdravstvenega zavarovanja bodisi imajo sistem podoben našemu. ZDA so izbrane predvsem z namenom primerjave z izrazito trženjsko usmerjenim sistemom, ki ga v Evropa ne pozna.

V poglavju 5 je na osnovi prepoznanih prednosti v tem poglavju podan predlog možnih rešitev, ki bi jih bilo smiselno vpeljati v Sloveniji, oziroma o njih razmisliti.

3.1 Slovenija

3.1.1 Ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja

V Sloveniji imamo skladno z ZZVZZ od leta 1992 Bismarckov sistem zdravstvenega varstva, ki je nadomestil socialistični samoupravni model. Začetki socialne varnosti segajo v drugo polovico 19. stoletja. Zdravstveno varstvo se je vse do 2. svetovne vojne razvijalo po Bismarckovem modelu. Po 2. svetovni vojni je bil uveden socialistični samoupravni model, ki pa ni dolgo zdržal v prvotni obliki, in se je vračal k osnovam Bismarckovega modela s ponovno vzpostavitvijo bolniških blagajn. (Toth 2003, 431–464)

Na osnovi analize in priporočil Svetovne zdravstvene organizacije so bila oblikovana izhodišča in načela novega sistema zdravstvenega varstva, ki so se odražala v novi zakonodaji. Ta načela so (Toth 2003, 465–466):

- sistem mora zagotavljati boljše zdravje prebivalstva.
- Za zdravje in zagotavljanje zdravstvenega varstva so odgovorni država, lokalne skupnosti, nosilci zdravstvenega zavarovanja, izvajalci zdravstvenih storitev in, ne nazadnje, posameznik, ki lahko največ stori za svoje zdravje s preventivo.
- Uvede se OZZ po Bismarckovem modelu, ki temelji na solidarnosti med zavarovanci, ki prispevajo skladno s svojimi dohodkovnimi možnostmi.
- OZZ mora biti dostopno vsem, ne glede na njihovo materialno ali socialno stanje.
- Zaradi majhnosti države se ustanovi le en nosilec OZZ (v Bismarckovem modelu jih je po navadi več).
- Javnemu zavodu, ki bo izvajal OZZ se zagotovi določeno avtonomijo. ZZZS naj upravljajo predstavniki delodajalcev in delojemalcev, ki imajo pravico odločati oziroma sodelovati o pravicah skladno z zakonom.
- V OZZ so obdrži vse najpomembnejše prednosti iz predhodnega obdobja (visoka stopnja zdravstvene varnosti, temelječa na solidarnosti, dostopnost vsemu prebivalstvu in razvejana in usposobljena mreža izvajalcev zdravstvenih storitev.
- Zagotovitev možnosti prostovoljnega zavarovanja za pravice, ki bodo po novem sistemu izločene iz OZZ.

V ZZVZZ je bilo tako opredeljeno OZZ, ki je zavarovanim osebam zagotavljalo dve skupini pravic:

- pravice do zdravstvenih storitev, do katerih so bile upravičene vse osebe
- in pravice do denarnih prejemkov, do katerih so bile upravičene le določene skupine zavarovanih oseb.

Do zdravstvenih storitev so bile v celoti upravičene le določene skupine prebivalcev kot so otroci do 18. leta starosti in ženske za storitve pred in po porodnega varstva. Za vse ostale skupine pa je zakon predvideval doplačila, ki bi jih zavarovane osebe morale plačati iz lastnih sredstev.

ZZVZZ je že od samega začetka v zakonu opredelil tudi možnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki je lahko zagotavljalo (Toth 2003, 471):

- doplačila do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz OZZ,
- višji standard zdravstvenih storitev od tistih v OZZ,

- zavarovanje za osebe, ki se ne morejo vključiti v OZZ (tujci).

Za doplačila se je s 1.3.1993 začelo izvajati DZZ, ki sta ga izvajala ZZZS in zavarovalnica Adriatic d.d. Že takoj na začetku se je zavarovalo več kot milijon prebivalcev, v letu 1996 je bila dosežena že skoraj 100 odstotna zavarovanost, to je 1,4 milijona prebivalcev, ki bi drugače morali iz lastnih sredstev doplačevati razliko do polne cene storitev (Toth 2003). V letu 2006 je na trg stopil še en ponudnik DZZ, to je TZZ.

Podrobneje so posamezne vrste zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji opisane v poglavju 2.2.

Tak sistem poznamo v Sloveniji še danes in se ni bistveno spremenil. Uvedenih je bilo nekaj sprememb, ki so opisane v poglavju 3.1.3.

3.1.2 Vrste storitev, ki jih krije osnovno/dodatno zavarovanje

V Sloveniji OZZ krije:

- preventivno dejavnost,
- nujno medicinsko pomoč,
- primarno zdravstveno dejavnost, kjer so zajete storitve osebnega zdravnika, ginekologa in zobozdravnika,
- specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje,
- zdravila in medicinsko tehnične pripomočke, ki jih predpiše zdravnik,
- reševalne prevoze,
- zdraviliško zdravljenje,
- nadomestilo v primeru odsotnosti z dela.

DZZ krije deleže doplačil k OZZ za vse skupine prebivalcev razen za določene primere, za katere so storitve 100 odstotno krite iz OZZ (to velja med drugim za storitve za otroke do 26. leta, zdravljenje nekaterih bolezni kot so rak, infekcijske bolezni ipd., pred in poporodno varstvo, preventivna dejavnost, nujna medicinska pomoč, poškodbe, ki izhajajo iz dela ipd.). Ostale storitve pa so krite kot je opredeljeno v tabeli (Tabela 3.1).

Ostala dodatna zavarovanja pa krijejo hitrejši dostop do storitev ali storitve, ki niso zajete v OZZ, kar je opredeljeno v poglavju 2.2.3.

3.1.3 Izvedene reforme

V nadaljevanju je opredeljenih nekaj večjih sprememb, ki so posredno ali neposredno vplivale na delovanje sistema financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji.

3.1.3.1 Standardizacija

S standardizacijo se je želelo doseči (Stepan in drugi 1999, 157–158):

- pravičnejšo delitev sredstev za zdravstvene storitve med izvajalce zdravstvenih storitev,
- zagotoviti čim bolj enak obseg storitev glede na kakovost in glede na dostopnost vsem zavarovanim osebam ne glede na mesto bivanja,
- zagotoviti enako obremenitev v zdravstvu,
- poenostaviti sklepanje vsakoletnih splošnih in področnih dogovorov,
- stimulirati izvajalec k boljšemu delu in preiti k nagrajevanju primerov in ne bolniških dni preživetih v bolnišnici idr.

Namen standardizacije je predvsem določitev kriterijev za določanje cen storitev ter za pravičnejšo razporeditev zdravstvenih zmogljivosti in programov po celotni Sloveniji. Namen te standardizacije ni bil v določanju minimalnih pogojev za delo izvajalcev in ali za postavljanje ciljnih normativov. Standardizacija se je izvajala skozi daljše obdobje na vseh nivojih, primarnem, sekundarnem nivoju. (Stepan 1999, 158). Večja standardizacija, ki bi jo na tem mestu izpostavili, je uvedba skupine primerljivih primerov (SPP). SPP sistem je kot opredeljuje Zupanc (2008, 14) »način razvrščanja bolnikov v skupine, za katere porabimo podobno količino virov, podlaga za razvrščanje bolnikov pa so statistične analize kliničnih podatkov in podatkov o porabi v virov velikih vzorcev bolnikov.« Sistem SPP se je v osemdesetih letih 20. stoletja razvil zaradi naraščajočih stroškov bolnišnic in krčenja zdravstvenih proračunov. Sistem se je uveljavil v številnih državah. Uporablja se predvsem za obračunavanje opravljenega dela v bolnišnicah. Osnovna cena posameznega primera je izračunana na podlagi statističnih izračunov, s katero izvajalec obračuna svoje delo plačniku. (Zupanc 2008)

3.1.3.2 Zmanjševanje cen storitev

Pri racionalizaciji stroškov storitev se uporablja tudi mehanizem zmanjševanja cen storitev. ZZZS kot plačnik storitev je ta ukrep izvedel večkrat.

V letu 2003 je ZZZS izkazoval primanjkljaj in takrat je bilo izvedenih več ukrepov, ki so pripomogli k zmanjševanju tega primanjkljaja. Na področju zmanjševanja cen storitev je bil

uvaden sistem zamenljivosti zdravil. Na ta način se je vplivalo na farmacevtsko industrijo in druge dobavitelje, da so znižali cene generičnih zdravil. Seznam zdravil, ki so se pocenila, je bil dolg. Določena zdravila, so se pocenila tudi za 20 odstotkov. Z znižanjem cen je ZZZS takrat prihranil 29 mio evrov na letnem nivoju in ohranil zavarovanim osebam enake pravice. Podoben ukrep je bil izveden tudi na področju medicinsko tehničnih pripomočkov, kjer se je prihranilo cca. 4 mio evrov. Prav tako so se znižale cene nekaterih operacij, kot npr. sive mreže, kjer so bile dolge čakalne dobe, in na račun znižanja cene, je bilo dejansko opravljenih več operacij. (Marn 2007)

ZZZS je ponovno začel izkazovati negativen rezultat v letu 2008. Prvi ukrepi so bili prenos deleža sredstev na DZZ, kar je opredeljeno v poglavju 3.1.3.3. Med ukrepi pa je bilo tudi ponovno zniževanje cen zdravil in v letu 2013 3-odstotno znižanje cen zdravstvenih storitev. Znižanje cen storitev je pozitivno vplivalo na stanje v zdravstveni blagajni, tako na strani OZZ kot DZZ. Na strani DZZ celo tako, da se je znižala premija. Je pa to povzročilo negativen vpliv pri izvajalcih zdravstvenih storitev, ki so poslovali z izgubami, ker se niso uspeli pravočasno prilagoditi novim razmeram.

3.1.3.3 Pregled prenosa obveznosti plačila storitev iz OZZ na DZZ

Delež zdravstvenih storitev, ki jih zavarovancem zagotavlja (plačuje) ZZZS iz OZZ, določa 23. člen ZZVZZ. Gre za razmerje med plačilom iz OZZ in plačilom iz DZZ.

ZZVZZ določa dva principa določanja obsega plačila iz OZZ:

- najmanj (90%, 80%, 70%) vrednosti¹: pri tej določitvi velja, da se odstotki obveznosti lahko spreminjajo samo s spremembo ZZVZZ²,
- največ (60%, 50%) vrednosti³: pri tej določitvi velja, da se odstotki obveznosti lahko spreminjajo s sklepom skupščine ZZZS, ki ga potrdi Vlada RS.

V obdobju finančne krize, ko je ZZZS primanjkovalo denarja, je z več ukrepi prenesel del bremena na DZZ. Najprej je to storil s spremembami 5. in 6. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ v letih 2009 do 2011. Spremenjeni deleži veljajo še danes. Ko ta mehanizem ni več zadostoval, je Vlada RS v letu 2012 v okviru ZUJF-a spremenila deleže še v prvih štirih

¹ Zdravstvene storitve, opredeljene v 2., 3. in 4. točki prvega odstavka 23. člena ZZVZZ.

² Oziroma zakona, ki spreminja ZZVZZ – npr. ZUJF.

³ Zdravstvene storitve, opredeljene v 5. in 6. točki prvega odstavka 23. člena ZZVZZ.

točkah prvega odstavka 23. Člena ZZVZZ. Spremembe so opredeljene v tabelah (Tabela 3.1 in Tabela 3.2).

Tabela 3.1: Pregled spreminjanja deležev (obveznosti plačil) glede na OZZ in DZZ

skupine storitev glede na 23. člen ZZVZZ	obveznost od 1996 dalje OZZ/DZZ	od julij 2009 do julij 2010 OZZ/DZZ	od marca 2010 dalje OZZ/DZZ	ZUJF junij 2012 OZZ/DZZ
2. tč. 1. odst.	95 (najmanj) / 5	enako	enako	90 (najmanj) / 10
3. tč. 1. odst.	85 (najmanj) / 15	enako	enako	80 (najmanj) / 20
4. tč. 1. odst.	75 (najmanj) / 25	enako	enako	70 (najmanj) / 30
5. tč. 1. odst.	70 (največ) / 30 (najmanj)	zakonsko enako	zakonsko enako	zakonsko enako
6. tč. 1. odst.	60 (največ) / 40 (najmanj)	zakonsko enako	zakonsko enako	zakonsko enako
5. tč. 1. odst.	40/60	15/85	10/90	-
5. tč. 1. odst.	30/70	-	10/90	-
6. tč. 1. odst.	25/75	10/90	10/90	-
6. tč. 1. odst.	25/75	-	10/90	-

Vir: Vzajemna (2015e) in lastno delo.

Tabela 3.2: Spremembe v deležih doplačil DZZ, ki jih je prinesel sprejem ZUJF-a

DEJAVNOST	Delež doplačil		Podrobne obrazložitve sprememb ZUJF-a
	Pred ZUJF	Po ZUJF	
Osnovna zdravstvena dejavnost	15%, 25%	20%, 30%	15% (20%) zdravljenje zaradi bolezni, 25% (30%) zdravljenje zaradi poškodbe izven dela
Zobna nega in zobna protetika	15%, 90%	20%, 90%	15% zdravljenje zobnih in ustnih bolezni, 90% zobna protetika
Specialistična ambulanta	5%, 15%, 25 %	10%, 20%, 30%	5% (10%) dializa in zdravljenje v tujini, 15% (20%) zdravljenje zaradi bolezni, 25% (30%) zdravljenje zaradi poškodbe izven dela.
Bolnišnična dejavnost	5%, 15%, 25%	10%, 20%, 30%	5% (10%) najzahtevnejše storitve, transplantacije in zdravljenje v tujini, 15% (20%) zdravljenje zaradi bolezni, 25% (30%) zdravljenje zaradi poškodbe izven dela.
Zdraviliška dejavnost	15%, 25 %, 90 %	20%, 30%, 90 %	15% (20%) zdravljenje v zdravilišču, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, zaradi bolezni, 25% (30%) zdravljenje v zdravilišču, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, zaradi poškodbe izven dela, 90% zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.
Zdravila in lekarniška dejavnost	25 %, 90 %	30 %, 90 %	25% (30%) zdravila na pozitivni listi, 90% zdravila na vmesni listi.
Medicinsko tehnični pripomočki	15 % oz. 90 %	20 % oz. 90 %	15% (20%) MTP zaradi bolezni, 25% (30%) MTP zaradi poškodbe izven dela, 90 % očesni pripomočki.
Reševalni prevozi	90%	90%	90% nenujni reševalni prevozi.

Vir: Vzajemna (2015e) in lastno delo.

Na ta način se je na zavarovalnice, ki izvajajo DZZ, preneslo približno 100 mio evrov stroškov na letni ravni. Zavarovalnice so morale skladno s tem večkrat prilagoditi/zvišati zavarovalno premijo, da so pokrile novo nastale škode.

3.1.3.4 Krčenje košarice pravic

Slovenija vse od uvedbe sistema v letu 1991 ni bistveno spreminjala košarice pravic. Posegla je v tri sklope. To je v pravice, ki niso neposredno povezane z zdravstvenimi storitvami. Prva taka pravica je pravica do pogrebne in posmrtnine, ki je bila prvič izločena iz košarice v letu 2011, a je bila zaradi pritiska javnosti vrnjena med pravice. Dokončno je bila ta pravica ukinjena leta 2014, ko je bila prenesena v pristojnost Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, a so do nje sedaj upravičene le socialno šibke osebe. ZZZS na račun letno prihrani okrog 9,6 mio evrov. (ZZZS 2014, 64)

V letu 2012 je bila spremenjena višina deleža nadomestila za odsotnost z dela. Za 10 odstotnih točk je bila znižana pri naslednjih zadržanostih od dela do 90 dni v breme ZZZS: bolezen, poškodba izven dela, poškodba po tretji osebi izven dela, transplantacija, izolacija in sprejemstvo (ZZZS 2016b).

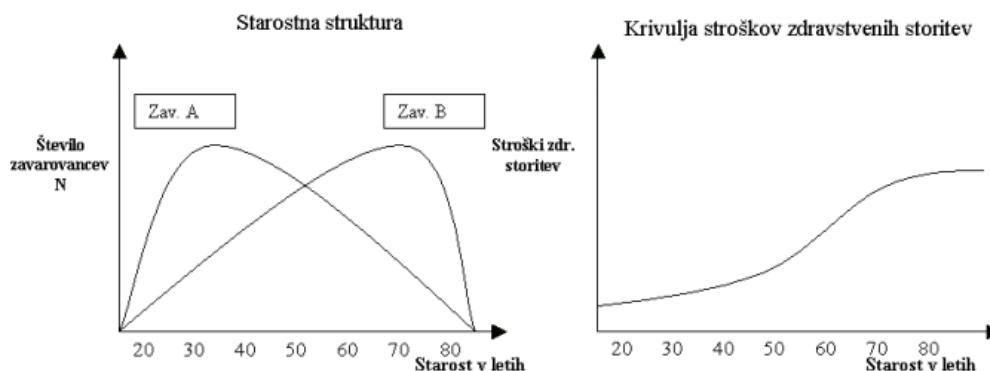
Sprememba se bila tudi pri pravici do povračila potnih stroškov, kjer je bila uvedena franšiza v višini 3 odstotkov minimalne plače v mesecu, v katerem zavarovana oseba uveljavlja povračilo. To pomeni, da mora določen znesek v vsakem mesecu oseba plačati sama, več od tega pa plača ZZZS.

3.1.3.5 Izravnalne sheme

V letu 2006 je ZZZVZZ uvedel izravnalne sheme med zavarovalnicami, ki izvajajo DZZ. Pred tem je imela zavarovalnica A, ki je imele bolj rizične zavarovance (starejše in bolj bolne zavarovance), višje škode, zavarovalnica B, ki je imela mlajše in zdrave zavarovance, pa nižje škode, kar je razvidno iz slike (Slika 3.1). Posledično so imele zavarovalnice s starejšim portfeljem višje premije za zavarovance. To pa ni bilo skladno s sistemom solidarnosti in vzajemnosti. Tako so bile v Sloveniji z letom 2006 uvedene tako imenovane izravnalne sheme, ki zagotavljajo, da imajo vse tri zavarovalnice med seboj izravnane rizike. Tako so zavarovalnice, ki imajo mlajše in posledično bolj zdrave zavarovance, plačnice in zavarovalnice, ki imajo starejše in tako bolj bolne zavarovance, prejemnice sredstev z naslova izravnalnih shem. Izračune, koliko kdo plača in koliko kdo prejme, pripravi Ministrstvo za zdravje (MZ), na osnovi podatkov, ki jih pošljejo vse tri zavarovalnice. Od začetka uveljavitve do danes je Vzajemna, ki ima najstarejši portfelj zavarovancev, prejemnica teh sredstev, ostali dve zavarovalnici pa sta plačnici.

Ta ukrep ni zmanjšal stroškov zdravstvenih sredstev, je pa vnesel večjo solidarnost med zdravimi in bolnimi ter mladimi in starejšimi na področju DZZ.

Slika 3.1: Prikaz gibanja števila zavarovancev pri zavarovalnici A in zavarovalnici B ter gibanje stroškov glede na starost zavarovancev



Vir: Šik (2005, 4).

3.1.4 Statusne oblike zavarovalnic in izvajalcev zdravstvenih storitev

OZZ nudi javni zavod, prostovoljna zdravstvena zavarovanja pa zavarovalnice, ki so privatne. Od teh je ena zavarovalnica vzajemna družba, ostale pa delniške družbe. Statusne oblike zavarovalnic v Sloveniji so podrobneje opisane v poglavju 2.3.

Status izvajalcev zdravstvenih storitev je v Sloveniji mešan. Imamo javne in zasebne izvajalce. Na primarnem nivoju je veliko zasebnikov koncesionarjev, še posebej na področju zobozdravstva, imamo jih pa tudi v ginekologiji, splošni medicini in specialističnih dejavnostih. Nekoliko drugače je na sekundarnem nivoju v delu bolnišnične dejavnosti. Tukaj je večina bolnišnic javnih, v lasti države. Imamo pa tudi primer zasebne bolnišnice, to je Kirurški sanatorij, ki oskrbuje tako paciente z zavarovanjem kot tudi samoplačnike.

3.1.5 Prepoznane posebnosti sistema zdravstvenega zavarovanja

Prepoznane posebnosti slovenskega sistema so predvsem:

- velika zavarovanost prebivalstva tako na OZZ kot DZZ in s tem zagotovljena visoka finančna in zdravstvena varnost prebivalcev.
- Ena izmed zavarovalnic za DZZ je organizirana kot vzajemna družba, kar regulira ceno na trgu in dobiček ni glavni motiv tega zavarovanja.
- V času gospodarske krize je imela država mehanizem, da je zagotovila dodatna sredstva s tem, da je del sredstev prenesla na DZZ. Slabost je v tem, da je ta urejenost ostala tudi potem, ko je bilo krize konec, in ZZZS kot nosilec OZZ zopet posluje pozitivno.

- Vir financiranja pri DZZ je mnogo bolj stabilen, saj je to organizirano na način, da se premijo prilagaja velikosti škod. Od leta 2006 se je premija tako petkrat zvišala in dvakrat znižala. Financiranje OZZ je precej bolj odvisno od gospodarskega stanja in posledično števila zaposlenih in višine plač, saj se prispevke plačuje v deležu od višine plač. Hkrati pa določene skupine plačujejo nizke prispevke in so hkrati veliki porabniki zdravstvenih storitev (npr. upokoјenci in brezposelni).
- Slovenija pozna tako Bismarckov model kot socialistični samoupralni model. Najprej je imela prvega, nato drugega, nato je ponovno uvedla prvi model. Zaradi uvedbe drugega modela po 2. svetovni vojni je v Sloveniji še danes prisotno mišljenje, da nam mora zdravstveno zavarovanje kriti vse storitve, ne glede na to ali je denarja zadosti ali ne.
- Slovenija je že izpeljala več manjših sprememb, ko je bilo to nujno potrebno zaradi prevelikega pomanjkanja sredstev v OZZ.

3.2 Nemčija

3.2.1 Ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja

Nemčija je ena prvih držav, ki je uvedla socialno in zdravstveno zavarovanje na državnem nivoju. OZZ je uvedel kancler Bismarck leta 1883 in se je postopoma razširilo na zavarovanje poklicnih nesreč in bolezni (1884), zavarovanje invalidnosti in starosti (1889), zavarovanje nezaposlenosti (1927) in zavarovanje za dolgotrajno oskrbo (1994). Bistvo Bismarckovega sistema je v obvezni vključitvi vseh prebivalcev in ločitvi prispevkov za zdravstveno varstvo od ostalih prihodkov od davkov, ki jih pobira država. Ti principi so ostali nespremenjeni vse do danes. Zdravstveno zavarovanje je tako obvezno za vse državljane in ostale prebivalce s stalnim prebivališčem. (Busse in Bluemel 2014, 21)

Vloga države v sistemu zdravstvenega varstva v Nemčiji ni velika. Določa vključenost v zavarovanje in nekatere omejitve glede višine prispevnih stopenj za vse vrste zdravstvenih zavarovanj. V njeni lasti je tudi večina univerzitetnih bolnišnic, medtem ko imajo posamezne pokrajine nekoliko večjo vlogo pri uravnavanju nekaterih javnih zdravstvenih storitev. Največjo vlogo pri upravljanju zdravstvenega sistema imajo tako imenovane bolniške blagajne in združenje izvajalcev, ki skupaj tvorijo telo imenovano »Federal Joint Committee«. V to združenje so poleg že navedenih vključeni še Združenje nemških bolnišnic in nekaj nevtrálnih posameznikov. (Busse in Bluemel 2014; 42; Bluemel in Busse 2016, 69–70)

Nemški sistem pozna (Blumel in Busse 2016, 69; Busse in Blumel, 2014, 121–130):

- OZZ, v katerega je vključenih 86 odstotkov vseh prebivalcev. Prispevna stopnja za zdravstveno zavarovanje je 14,6 odstotkov od bruto plače. Enako velja tudi za ostale skupine, kot so npr. upokojenci. Vsi, ki so vključeni v OZZ, so lahko pri isti ali drugi bolniški blagajni vključeni tudi v DZZ, ki je prav tako odvisno od plače, in znaša 0,9 odstotka. V zavarovanje so vključeni tudi družinski člani, ki so odvisni od zavarovane osebe (nezaposlen zakonec, otroci). Sredstva se zbirajo v skupnem fondu in se nato razdeljujejo po bolniških blagajnah glede na stopnjo rizičnosti zavarovanih oseb pri posamezni bolniški blagajni.
- Privatno zdravstveno zavarovanje, ki je namenjeno prebivalcem z višjimi prihodki, in prebivalcem, ki so izvzeti iz OZZ (samozaposleni), v celoti nadomešča OZZ. V tovrstno zavarovanje je vključenih okoli 11 odstotkov prebivalcev.
- Obstaja še tretja oblika za preostanek treh odstotkov prebivalcev (voja in policija), ki pa so zavarovani preko posebnih programov.

3.2.2 Vrste storitev, ki jih krije osnovno/dodatno zavarovanje

Osnovno zdravstveno zavarovanje (Statutory Health Insurance) pokriva naslednje storitve (Blumel in Busse 2016, 70):

- preventivne storitve,
- storitve na primarni ravni (osebni zdravnik),
- specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje,
- zdravljenje duševnih bolezni,
- zobozdravstvena oskrba,
- fizioterapija in rehabilitacija,
- zdravila na recept in medicinsko tehnični pripomočki,
- oskrba umirajočih in paliativna oskrba,
- nadomestilo za odsotnost z dela.

Za določene storitve morajo osebe doplačati del stroškov iz lastnih sredstev kot soudeležbo, kot na primer: za vsak dan v bolnišnici, za rehabilitacijo v bolnišnici za prvih 28 dni, za recept predpisan v ambulanti ipd.

Privatno zdravstveno zavarovanje (Private Health Insurance) je v večji meri nadomestno zavarovanje, kot opredeljeno v 3.2.1, a hkrati je tudi dodatno zavarovanje in krije določene storitve, ki jih osnovno zdravstveno zavarovanje ne krije. Te storitve so (Bluemel in Busse 2016, 70):

- dostop do boljših storitev,
- doplačila za nekatere storitve (npr. zobozdravstvo).

3.2.3 Izvedene reforme

Busse in Bluemel (2014, 238) navajata, da je bilo v Nemčiji v obdobju med letoma 1988 in 2013 izvedenih 37 pomembnejših reform s področja zdravstva. Reforme se nanašajo na vsa področja v zdravstvenem sistemu, in sicer:

- uvedba zavarovanja za dolgotrajno oskrbo (1994) in kar nekaj nadgradenj (2001, 2008 in 2012),
- uravnavanje cen zdravil (2001, 2002, 2006, 2010, 2011),
- povečevanje konkurence na področju zdravstvenih zavarovanj (2007),
- izboljšanje organiziranosti zdravstvenega sistema (2008),
- področje financiranja (1996, 2001, 2002, 2004, 2006, 2010),
- povečanje solidarnosti (1998),
- uravnavanje pravic pacientov (2013).

Iz navedenih reform je razvidno, da Nemčija sistematično pregleduje vsa področja zdravstvenega varstva in stalno uvaja spremembe, ki vplivajo na vzdržnost financiranja zdravstvenega varstva in na kvaliteto izvedenih storitev. Ravno v januarju 2016 je stopila v veljavo nova reforma, ki se ukvarja z reorganizacijo bolnišnic.

3.2.4 Statusne oblike zavarovalnic in izvajalcev zdravstvenih storitev

Osnovno zdravstveno zavarovanje nudi 124 (podatek za januar 2015) neprofitnih, nevladnih bolniških blagajn, ki si med seboj konkurirajo. Večina teh bolniških blagajn deluje po načelu vzajemnih družb. (Bluemel in Busse 2016, 69)

Privatno zdravstveno zavarovanje nudi 42 zavarovalnic (podatek za junij 2015), od katerih pa je več kot polovica, to je 24, profitnih zavarovalnic. Neprofitne organizacije so vzajemne družbe, ostale pa delniške družbe. (Bluemel in Busse 2016, 70)

Lastništvo ustanov, ki izvajajo zdravstvene storitve, je raznovrstno, tako (Busse, 2014 161):

- je bilo leta 2012 v državni lasti 2017 (59 odstotkov) bolnišnic, v lasti neprofitnih organizacij 719 (21 odstotkov) bolnišnic in 697 (20 odstotkov) privatnih profitnih bolnišnic.
- Razmerje je drugačno v ustanovah, ki se ukvarjajo z rehabilitacijo in preventivo, 232 (19 odstotkov) jih je v državni lasti, 321 (26 odstotkov) v lasti neprofitnih organizacij in 659 (55 odstotkov) v lasti profitnih ustanov.
- Večina zdravnikov in zobozdravnikov, ki ne delajo v bolnišnicah so zasebniki (Toth 2003, 177).

3.2.5 *Prepoznane posebnosti sistema zdravstvenega zavarovanja*

S študijem sistema financiranja in izvajanja zdravstvenega varstva so prepoznane predvsem naslednje prednosti:

- sistem je v svoji osnovi ostal ločen od države in država le v manjši meri vpliva na njegovo izvajanje.
- Tako za OZZ kot DZZ so osebe lahko zavarovane pri isti zavarovalnici. Obe zavarovanji se plačuje od deleža prihodkov. To je praktično za zavarovanca, da vse stvari ureja na enem mestu.
- Uvedeno imajo nadomestno zavarovanje. Določene osebe z višjimi dohodki se lahko same izločijo oziroma so avtomatsko izločene (samozaposleni) iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja in so zavarovane z nadomestnim zavarovanjem. Tak sistem bi bil v Sloveniji lahko problematičen zaradi manjšega števila prebivalstva.
- Z zdravstvenim denarjem v večji meri upravljajo neprofitne organizacije, ki delujejo po načelu vzajemnosti. Le manjši delež zavarovalnic je v privatni lasti, so pa močno regulirane s strani države v točki določanja višine premij. Urejenost takega sistema kaže na to, da se področje da regulirati, in da interes privatnih zavarovalnic ni velik, ker je princip delovanja neprofiten.
- Sistem se stalno prilagaja potrebam razvoja družbe. Tako so pravočasno vpeljali mehanizme za vzdržnost sistema (vpeljava zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, reguliranje trga zdravil itd.).
- Vsa sredstva za obvezno zavarovanje se zbira na enem mestu in se jih nato po rizičnosti zavarovanih oseb razdeli na bolniške blagajne, kjer so osebe zavarovane.

Tak sistem je smiseln, ker le na enem mestu nastajajo stroški administracije pobiranja prispevkov in izterjave, in ni potrebno vpeljevati ločenega sistema izravnalnih shem.

3.3 Nizozemska

3.3.1 Ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja

Sistem zdravstvenega zavarovanja temelji na Bismarckovem modelu, ki je bil uveden leta 1941 pod taktirko nemškega okupatorja. Sistem je z manjšimi popravki ostal več ali manj enak do leta 2006, ko je bila izvedena večja reforma, za katero je bil dosežen politični konsenz. »Nizozemski zdravstveni sistem velja po EHCI 2014 za najboljši zdravstveni sistem. Uveden je bil leta 2006, po več kot 15 letih diskusije ... in je nadomestil socialna zavarovanja in privatna zavarovanja.« (Feldin in drugi 2015, 45)

Glavne značilnosti sistema so (Feldin in drugi 2015, 47):

- zdravstveno zavarovanje je obvezno za vse prebivalce in za vse, ki plačujejo davek na plače.
- Zdravstvene zavarovalnice, ki ponujajo zdravstvene storitve po zakonu, so dolžne sprejeti v zavarovanje vsakogar, ki za to izpolnjuje pogoje skladno z zakonom.
- Sredstva za financiranje se zbirajo z linearnim davkom, ki ga zbira državni sklad, in s fiksno mesečno premijo, ki jo ločeno zbirajo privatne zavarovalnice. Sredstva, zbrana preko državnega sklada, se razdeli zavarovalnicam na podlagi strukture izdatkov, ki jih imajo posamezne zavarovalnice.
- Osebe lahko prosto izbirajo med privatnimi zavarovalnicami. Zavarovalnice si med seboj konkurirajo s kakovostjo izvajalcev storitev in z zavarovalnimi premijami.

Vloga države je predvsem v tem, da postavlja prioritete na področju zdravstvenega varstva, uvaja zakonske spremembe, ko je to potrebno, in nadzira dostopnost, kvaliteta in stroške izvajanja storitev. Delno financira tudi določene programe (preventiva in socialna podpora), ki niso pokriti v zdravstvenem zavarovanju. Država pušča veliko svobode tako zavarovalnicam kot izvajalcem, za vse pa veljajo natančno določena pravila delovanja. Hkrati na njih prelaga tudi vso odgovornost za izvedbo posla, za katerega so zadolženi. Tako se država ne ukvarja z investicijam in prenovami v zdravstvenih ustanovah, za to so zadolžene ustanove same. Država izvaja kontrole kvalitete vsakih pet let. (Schaefer in drugi 2010, 115)

Nizozemski model pozna dve vrsti zdravstvenih zavarovanj (Feldin in drugi 2015, 48–50; Wamees in drugi 2016, 115):

- osnovno zdravstveno zavarovanje, ki ima dva vira sredstev. Prvi vir so prispevki od plače v višini 7,75 odstotkov od bruto plače (samozaposleni 5,65 odstotka), pri čemer je uvedena socialna kapica, pri kateri so prispevki omejeni navzgor glede na letni dohodek. Sredstva zbira Nizozemski davčni in carinski urad. Vsa ta sredstva, ki predstavljajo 50 odstotkov vseh sredstev, so nato prenesena na skupni sklad, dodatno vplača država še prispevek za mlajše od 18 let (5 odstotkov vseh sredstev). Sklad pa nato razdeli sredstva med zavarovalnice glede na vnaprej določena pravila (število zavarovancev, rizičnost zavarovancev ipd.). Drugi vir sredstev, ki predstavlja 45 odstotkov vseh sredstev, so individualna vplačila posameznikov direktno privatnim zavarovalnicam, in sicer v obliki fiksnega mesečnega zneska. Višina zneska lahko variira glede na zavarovalnico. Najnižji znesek je 100 evrov. Uveden je tudi sistem letne odbitne franšize, kar pomeni, da morajo določen znesek zavarovanci plačati sami. Odbitna franšiza ne velja za otroke, pred in po porodno varstvo ter za obiske splošnih zdravnikov.
- Dodatno zavarovanje, ki krije storitve, ki niso krite v osnovnem zdravstvenem zavarovanju. Večina (84 odstotkov) sklene tudi to zavarovanje. Prebivalci imajo možnost to zavarovanje skleniti pri drugi zavarovalnici kot osnovno zdravstveno zavarovanje. Zavarovalne premije in produkti v tem primeru niso regulirani s strani države. Tovrstna zavarovanja ne omogočajo hitrejših oskrb ali širšega izbora bolnišnic ali specialistov. V izdatkih ta zavarovanja predstavljajo 3 do 5 odstotkov celotnih izdatkov za zdravstvo.

3.3.2 Vrste storitev, ki jih krije osnovno/dodatno zavarovanje

Košarica storitev, ki jo krije osnovno zdravstveno zavarovanje, je sestavljena iz naslednjih storitev (povzeto po Wamees in drugi 2016, 116; Feldin in drugi 2015, 47–48):

- zdravstvene storitve splošnih zdravnikov, specialističnih ter bolnišničnih,
- stroški medicinskih pripomočkov,
- stroški zdravil,
- zobozdravstvena oskrba do 18. leta starosti. Po 18. letu sta krita le še specialistično zobozdravstveno zdravljenje in pravica do proteze,

- fizioterapija do 18. leta,
- osnovno ambulantno zdravljenje za lažje in srednje težke duševne bolezni, vključno z maksimalno petimi terapijami s psihologom,
- zdravljenje težjih duševnih bolezni na specialističnem nivoju, tako bolnišnično kot ambulantno zdravljenje. V primeru, da zdravljenje traja več kot tri leta, financiranje le-tega preide pod dolgotrajno oskrbo.

Določena storitve so krite omejeno, in sicer: do tri oploditve »in-vitro« letno, do tri ure svetovanja v primeru prekomerne teže, ob prenehanju kajenja ipd.

Košarica storitev, ki jo krije dodatno zdravstveno zavarovanje, je sestavljena iz naslednjih storitev (povzeto po Wamees in drugi 2016, 115; Feldin in drugi 2015, 48):

- zobozdravstvene storitve po 18. letu,
- fizioterapija po 18. letu,
- zdravljenje po alternativnih metodah,
- psihoterapija, ki ni vključeno v košarico iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja,
- očala in leče,
- kontracepcija,
- plačilo do polne cene za zdravila.

3.3.3 Izvedene reforme

Schaefer in drugi (2010, 168–170) navajajo, da je bilo v obdobju 1989 do leta 2009 izvedenih 26 pomembnejših reform, in sicer na naslednjih področjih:

- javnega zdravstva (pet reform),
- kakovostne oskrbe (tri reforme),
- položaja pacienta v procesu zdravljenja (dve reformi),
- uvedbe novega zdravstvenega sistema (pet reform),
- socialnega zavarovanja (sedem reform),
- zdravil (štiri reforme).

V letu 2006 je bila izvedena ena največjih reform kot je opisano v poglavju 3.3.1. Vendar se, tako kažejo podatki, razvoj sistema tam ni ustavil, pač pa so spremembe nekaj, kar se stalno

dogaja. Nizozemska stalno evalvira svoj sistem in ga, glede na izsledke, prilagaja. V zadnjih par letih je pomembnejša reforma na področju razvoja zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, ki je bilo korenito spremenjeno v letu 2015. (Wamees in drugi 2016, 121)

3.3.4 Statusne oblike zavarovalnic in izvajalcev zdravstvenih storitev

Zavarovalnice, ki izvajajo financiranje zdravstvenega varstva, so privatne organizacije, ki lahko delujejo po principu profitnosti, in dobiček lahko delijo delničarjem. Zavarovalniški trg obvladuje pet večjih zavarovalnic, ki pokrivajo 80 odstotkov vseh zavarovancev, a le ena od njih deluje po principu profitnosti, ostale pa po principu neprofitnosti. (Westert in Wamees 2013, 84; Schaefer in drugi 2010, 31)

Lastništvo ustanov, ki izvajajo zdravstvene storitve, je večinoma privatno in deluje na principu neprofitnosti (načela vzajemnih družb). (Westert in Wamees 2013, 86–89)

3.3.5 Prepoznane posebnosti sistema zdravstvenega zavarovanja

S študijo nizozemskega primera so se kot glavne prednosti pokazale predvsem:

- pripravljenost države na korenite spremembe tako na področju zdravstvenega zavarovanja kot zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Izkazana sta velika politična volja in konsenz, da nove vlade ne rušijo dobrih stvari, pač pa evalvirajo sistem in ga nadgradijo, kjer je potrebno. Rezultati in kazalci kažejo, da spremembe sprejemajo pravočasno.
- Uvedba franšize z namenom, da se zajezi prekomerno koriščenje storitev. S tem se lahko učinkovito obvladuje zbrana sredstva. Za ta del ni zavarovanja. Tako se dejansko ohrani namen franšize.
- Zaupanje države zavarovalnicam in izvajalcem zdravstvenih storitev, da bodo učinkovito obvladovale sistem financiranja storitev in nudenja kvalitetnih storitev. Ob tem je razvit ustrezen sistem regulacije trga.
- Način zbiranja sredstev in delitev le-teh med zavarovalnice. Enako kot pri nemškem modelu se vsa sredstva za obvezno zavarovanje zbira na enem mestu in se jih nato po rizičnosti zavarovanih oseb razdeli na bolniške blagajne, kjer so osebe zavarovane. Tak sistem je smiseln, ker le na enem mestu nastajajo stroški administracije pobiranja prispevkov in izterjave, in ni potrebno vpeljevati še ločenega sistema izravnalnih shem.
- Tako financiranje kot izvajanje zdravstvenih storitev se izvaja v privatnih

organizacijah.

- V košarico storitev, ki jo krije dodatno zdravstveno zavarovanje, je vključeno tudi alternativno zdravljenje.

3.4 Velika Britanija

3.4.1 Ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja

»Velika Britanija je domovina in zibelka Beveridgeovega modela zdravstvenega varstva.« (Toth 2003, 150) Zdravstveno zavarovanje je bilo uvedeno v letu 1911. Prispevke so pobirale vzajemne blagajne, vplačevali pa so delavci in delodajalci. Število zavarovancev je bilo nizko, prav tako obseg storitev. Sistem se ni najbolje obnesel. 40 let kasneje je Beveridge sistem spremenil z uvedbo Nacionalne zdravstvene službe (NHS – National Health Service). V novem sistemu za zadovoljevanje zdravstvenih potreb skrbi zdravstvena služba, ki jo je ustanovila, jo organizira, upravlja in financira država. Tako je vse do danes. Vloga države je v tem sistemu zelo velika.

Sistem zdravstvenega varstva se financira iz dveh virov (Thorlby 2016, 49):

- javno financiran zdravstveni sistem pridobiva sredstva iz splošne obdavčitve, manjši del pa še iz davka na plače. Nekaj malega prihodkov je tudi iz naslova plačnikov, ki niso upravičeni do teh storitev, in pridejo v sistem kot samoplačniki. Do javno financiranega zdravstvenega sistema so upravičeni vsi prebivalci Velike Britanije. Prav tako so do storitev upravičeni tudi neprebivalci, ki imajo Evropsko zdravstveno kartico.
- Privatno zavarovanje: 10,9 odstotkov prebivalcev Velike Britanije ima prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Večino teh zavarovanj (80 odstotkov) svojim zaposlenim nudijo delodajalci, ostala pa sklepajo zavarovane osebe same. Tovrstno zavarovanje nudi storitve kot opredeljeno v 3.4.2. Osebe, ki imajo sklenjeno to zavarovanje, niso upravičene do neplačila splošnih davkov za zdravstveno varstvo, kar pomeni, da imajo sklenjeno vzporedno zdravstveno zavarovanje. Tako so dejansko upravičene do storitev po obeh kanalih. To zavarovanje krije tudi nekatere dodatne storitve, ki niso krite v javnem sistemu. Zavarovalnice lahko, zaradi velikega rizika, zavarovance tudi zavrnejo in jih ne sprejmejo v zavarovanje.

3.4.2 Vrste storitev, ki jih krije osnovno/dodatno zavarovanje

Javno financirane storitve v Veliki Britaniji so predvsem (Thorlby 2016, 50; Boyle 2011, 209–337):

- preventivne storitve vključno s presejalnimi testi, imunizacijo in cepljenjem,
- storitve osebnega zdravnika,
- specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje,
- zdravljenje duševnih bolezni,
- nujne zobozdravstvene storitve,
- fizioterapija in rehabilitacija,
- zdravila na recept,
- obiski medicinskih sester na domu,
- alternativno zdravljenje.

Obseg storitev je določen s strani lokalnih skupnosti, vendar pa so na državnem nivoju podane smernice, ki jih morajo pri tem upoštevati.

Privatno zdravstveno zavarovanje (Private Health Insurance) zagotavlja predvsem hitrejši in boljši dostop do storitev, še posebej za izbrane bolnišnične postopke ipd. Po drugi strani pa večina polic privatnega zdravstvenega zavarovanja izključuje duševne bolezni, storitve s področja porodništva, nujnih storitev in storitve splošnih zdravnikov. Za storitve kot je zobozdravstvo, obstajajo posebna zavarovanja.

3.4.3 Izvedene reforme

Boyle (2011, 346–347) navaja, da je bilo v obdobju od 1997 do 2010 izvedenih 38 reform oziroma večjih sprememb. Le te se nanašajo na:

- prenos določenih pooblastil na lokalne nivoje oblasti,
- dvig kvalitete pri izvajanju storitev,
- prosto izbiro pacienta, kje se bo zdravil,
- širitev mreže za večjo in hitrejšo dostopnost do storitev ipd.

V letu 2014 je Nacionalna zdravstvena služba izdala dokument »Pogled za pet let vnaprej«, ki opredeljuje izzive, ki jih čakajo, in opredelila niz strategij, s katerimi jih bo reševala.

Načrtujejo vzpostavitev tako imenovanih »vanguards«, to je čuvajev v kombijih, s katerimi bi radi zagotovili večjo dostopnost za vse prebivalce. Z njimi bodo obiskovali tudi domove za starejše in podobno. Vzpostavili bodo 37 takih točk. Upajo, da bodo tako hitreje odkrili visoko rizične bolnike, ki se sedaj niso odločali za obisk zdravnika, oziroma so se za to odločali prepozno. Glavni poudarek novih reform je na preventivi.

3.4.4 Statusne oblike zavarovalnic in izvajalcev zdravstvenih storitev

Nacionalna zdravstvena služba je državna ustanova, ki ima svoje podružnice na lokalnih nivojih.

Zavarovalnice, ki nudijo privatna zavarovanja so privatne, večinoma vzajemne zdravstvene zavarovalnice. V Sloveniji je najbolj poznana zavarovalnica Bupa.

Lastništvo izvajalcev zdravstvenih storitev je mešano. Tako je (Thorlby 2016, 51):

- 66 odstotkov zdravnikov na primarni ravni zasebnikov,
- bolnišnice so v pretežni državni lasti, razen bolnišnic, ki izvajajo storitve za privatne zavarovalnice, ki nudijo prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

3.4.5 Prepoznane posebnosti sistema zdravstvenega zavarovanja

Študij britanskega modela je pokazal naslednje posebnosti:

- v zdravstveno varstvo so avtomatsko vključeni vsi prebivalci. Določen delež prebivalcev je dvojno zavarovan, ker prebivalci, ki jim podjetje plača zavarovanje pri privatnih zavarovalnicah, niso izključeni iz plačevanja davkov. Literatura navaja, da so avtomatsko zavarovani tudi vsi z Evropsko kartico, kar pa dejansko velja za vse države, in Velika Britanija pri tem ni izjema.
- Skoraj 11 odstotkov prebivalcev ima sklenjeno vzporedno zdravstveno zavarovanje, ki jim omogoča zdravljenje v privatnih bolnišnicah. Tako lahko dejansko pridejo na vrsto prej kot v javnem sistemu. Slabost tega zavarovanja je, da zavarovalnice določenih oseb, ki predstavljajo prevelik zdravstveni rizik, ne zavarujejo.
- Zavarovanje se financira iz davkov, kar je lahko prednost in slabost. Prednost zato, ker lahko država kadarkoli poveča delež davkov, ki jih nameni za zdravstveno varstvo, in pomanjkljivost v tem, da če denarja ni, ga tudi za zdravstvo ni. Košarica je v takem okolju lahko zelo nestabilna, čakalne dobe se lahko povečujejo.
- Reforma, ki se jo lotevajo trenutno, temelji na povečanju preventive in s tem zgodnejšem odkrivanju kroničnih bolezni ali potencialno nevarnih bolezni, in bo lahko

zanimiva z vidika dolgoročnega obvladovanja zdravja prebivalcev in posledično zmanjševanje stroškov.

- V košarico storitev je vključeno tudi alternativno zdravljenje.

3.5 Švedska

3.5.1 Ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja

Švedski zdravstveni sistem je sistem, ki ga prav tako kot sistem v Veliki Britaniji, uvrščamo v Beveridgov model. Sistem je organiziran na treh nivojih: državnem, regionalnem in lokalnem. Na državni ravni je Ministrstvo za zdravje in socialne zadeve odgovorno za splošno zdravje in zdravstveno oskrbo. To izvaja preko osmih nacionalnih agencij. Na regionalnem nivoju je 21 deželnih svetov, pristojnih za organiziranje in nudenje zdravstvene oskrbe. Lokalna raven (290 občin) pa je odgovorna za zagotavljanje storitev na primarnem nivoju. (Feldin in drugi 2015, 78; Glenngard 2016, 153; Annel in drugi 2012, 17)

Za švedski sistem je značilno, da temelji na naslednjih treh principih (Glenngard 2016, 153):

- človeško dostojanstvo: kar pomeni, da imajo vsi enake pravice ne glede na status v skupnosti,
- solidarnost: tisti, ki ga bolj potrebujejo, imajo prednost pri zdravljenju,
- stroškovna učinkovitost: pri sprejemanju potrebnih odločitev, mora biti upoštevano zdravo razmerje med stroški in dobrobitmi zdravstvene oskrbe.

V zdravstveni sistem so vključeni vsi prebivalci države. Nujne storitve so zagotovljene vsem ostalim prebivalcem Evrope. Migranti imajo pravico do nujne pomoči, razen v primerih otrok in pred in poporodnega varstva mater, ki se jim nudi večji obseg pravic.

Sistem zdravstvenega varstva se financira iz naslednjih virov (Glenngard 2016, 153; Feldin in drugi 2015, 80):

- javna sredstva, ki se zagotavljajo iz davkov, ki jih zaračunavajo deželni sveti in občine. Del sredstev zagotovi tudi vlada. Davki se zaračunavajo proporcionalno glede na prihodke prebivalcev. Del sredstev se zagotovi iz raznih subvencij ter državnih pomoči. Ta sredstva pokrijejo 84 odstotkov vseh stroškov za zdravstvene storitve (podatek za leto 2013).
- Privatno financiranje v obliki privatnega zavarovanja, ki ga ima okrog 500.000 prebivalcev. To zavarovanje posameznikom zagotavljajo podjetja. Iz tega vira se

pokrije največ 2 odstotka vseh izdatkov za zdravstveno varstvo.

- Neposredno plačilo iz lastnih sredstev, ki ga morajo prebivalci plačati kot doplačilo oz. soudeležbo pri določenih storitvah kot navedeno v poglavju 3.5.2. Teh sredstev je med 15 do 16 odstotkov.

3.5.2 Vrste storitev, ki jih krije osnovno/dodatno zavarovanje

Podobno, kot v sistemu Velike Britanije, tudi v švedskem sistemu ni točno določenega obsega kritja zdravstvenih storitev. Javno financirano zdravstvo tako krije predvsem (povzeto po Feldin in drugi, 2015, 79; Glenngard 2016, 154):

- preventivno oskrbo,
- zdravstveno oskrbo na primarni ravni, kjer so uvedena doplačila za vsak obisk,
- specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje, kjer so prav tako uvedena doplačila za vsak posvet in bivanje v bolnišnici,
- nujno medicinsko pomoč,
- zdravila, predpisana na recept, katerih stroške do določenega zneska plačajo osebe same, nato pa se delež doplačil zmanjšuje,
- zdravljenje duševnih bolezni,
- storitve rehabilitacije,
- pomoč invalidnim osebam in prevoze,
- nego na domu,
- dolgotrajno oskrbo, vključno z nego v domovih za ostarele in umirajoče,
- zobozdravstvene storitve za otroke do 20. leta. Nad to starostjo prejmejo fiksen znesek letno za preventivo, nato do določenega zneska plačajo vse sami, nad tem zneskom pa se delež doplačila zmanjšuje.

Privatno zdravstveno zavarovanje (Private Health Insurance) zagotavlja predvsem hitrejši dostop do specialističnih ambulantnih storitev in hitrejše zdravljenje v izbranih primerih.

3.5.3 Izvedene reforme

Na Švedskem reforme pogosto predlagajo lokalne skupnosti. V zadnjih desetih letih so se reforme, predlagane na tem nivoju, osredotočale na razvoj primarnega zdravstva in

koordiniranje oskrbe starejših ljudi. Švedska je namreč ena redkih držav, ki skuša oskrbo za ostarele čim dlje zagotavljati na njihovem domu. (Anell in drugi 2012, 104)

V obdobju od leta 2000 do 2012 je bilo izvedenih preko 17 reform, ki so bile usmerjene predvsem na naslednjih sedem področij (Anell in drugi 2012, 104–106):

- nadaljnja specializacija in koncentracija storitev na sekundarnem nivoju,
- regionalizacija zdravstvenih storitev v smislu zagotavljanja možnosti prehoda med pokrajinami,
- izboljšanje koordinacije nege, še posebej za starejše prebivalce,
- povečanje izbire izvajalcev in privatizacija z namenom razvoja primarnega nivoja,
- privatizacija in uvedba konkurence na farmacevtskem področju,
- spremembe pri subvencijah in doplačilih za zdravila in zobozdravstvene storitve,
- povečanje pozornosti na javno primerjavo kazalcev kvalitete in učinkovitosti posameznih izvajalcev in ovrednotenje investicij za zdravstveno oskrbo.

3.5.4 Statusne oblike zavarovalnic in izvajalcev zdravstvenih storitev

Osnovno zdravstveno financiranje zagotavljajo okraji in občine, ki so javne ustanove (Feldin in drugi 2015, 79).

Privatno zdravstveno zavarovanje izvajajo privatne zavarovalnice, ki so tako profitne kot neprofitne.

Izvajalci na primarnem nivoju so tako javni kot zasebni. Enako velja za specialistično ambulantno zdravljenje in za ustanove, ki skrbijo za ostarele na domu, oz. domove za ostarele. Na Švedskem je sedem univerzitetnih bolnišnic in 70 lokalnih bolnišnic. Šest jih je privatnih, od teh so tri neprofitne, ostalo pa so javne bolnišnice. (Anell in drugi 2012, 156)

3.5.5 Prepoznane posebnosti sistema zdravstvenega zavarovanja

Posebnosti, ki so bile prepoznane ob pregledu švedskega modela financiranja zdravstvenega varstva, so predvsem:

- sredstva za financiranje zdravstvenega varstva se zbira iz davkov in delno iz proračuna. Zavarovani so vsi prebivalci. Posebej je urejeno tudi zavarovanje migrantov, ki jih je na Švedskem veliko, zato je bilo področje smiselno urediti.
- Uvedena so doplačila za nekatere storitve, za katera se ne da zavarovati. Doplačila, ki

so dejansko financiranje direktno iz lastnih sredstev, predstavljajo kar velik delež, to je okrog 15 odstotkov. Uvedena so na večini področij in so uveljavljena kot doplačilo pri vsakem obisku ali kot samoudeležba do določene vsote, ko plačila posameznika dosežejo to vsoto, plačevanje nadaljnjih stroškov zagotavlja sistem. Tako je npr. urejeno področje zdravlil. Tak način spodbuja posameznika, da se zaveda, koliko posamezna storitev stane, in tako posledično bolj skrbi za svoje zdravje.

- Določene storitve so delno izločene iz košarice, to velja npr. zobozdravstvene storitve.
- Razbrati je jasno vizijo, na katerih področjih morajo razvijati sistem, da bo učinkovit. Pravočasno so začeli urejati tudi sistem za dolgotrajno oskrbo.
- Kljub Beveridgovemu modelu, ki je izrazito državno naravnano, je v sistem vpeljeno delegiranje odgovornosti države na nižje nivoje, okraje in občine. Na ta način se država razbremeni in razprši odgovornost izvajanja, hkrati pa obdrži nadzor.
- Zaradi narave samega sistema zdravstvenega varstva praktično ni prostovoljnih zavarovanj. Obstaja majhen delež vzporednih zavarovanj, ki pa, glede na delež (en odstotek), ne predstavljajo signifikantnega pomena v sistemu zdravstvenega varstva Švedske.
- Zanimiva je definicija solidarnosti, ki pravi, da imajo prednost pri zdravljenju tisti, ki ga bolj potrebujejo. To konkretno pomeni, da imajo določene storitve prednost pred drugimi, ker so nujnejše za ohranjanje kvalitetnega življenja.

3.6 Švica

3.6.1 Ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja

Švica je ena od držav, ki so zgodaj vpeljale zdravstveno zavarovanje, že v 19. stoletju, in sicer Bismarckov model. Zavarovanost je bila majhna, zato so se pojavljale razne anomalije, na primer, da so imeli ženske in starejši višje premije, da so zavarovalnice lahko zavrnile starejše osebe ipd. Sistem se je postopoma razvijal, zavarovanost je počasi rastla in dosegla skoraj 100 odstotkov že pred uvedbo novega sistema v letu 1996, ki je vpeljeval:

- povečanje solidarnosti z vpeljavo univerzalnega kritja in zagotovitev subvencij za ljudi z nižjimi prihodki, da bi si lahko privoščili zavarovanje (29 odstotkov prebivalcev prejema subvencije).
- Obvladovanje naraščajočih stroškov za zdravstveno varstvo z vpeljavo ukrepov, ki so usmerjeni v potrebe prebivalcev in tudi v ponudbo izvajalcev.

- Povečanje košarice storitev in zagotovitev visokih standardov zdravstvenih storitev.

(De Pietro in drugi 2015, 22–24; Feldin in drugi 2015, 73)

Glavne značilnosti švicarskega sistema so (Feldin in drugi 2015, 72; Camenzind 2016, 161):

- zdravstveno zavarovanje je obvezno za vse, ki bivajo v Švici. Vsak, ki se preseli v Švico, se mora v roku treh mesecev zavarovati.
- Zdravstveni sistem je decentraliziran, veliko vlogo pri financiranju imajo kantoni, ki licencirajo izvajalce, koordinirajo storitve v bolnišnicah in subvencionirajo institucije in organizacije.
- Javno zdravstvo se financira z obveznim zavarovanjem, davki in socialnimi zavarovanji (nezgodno zavarovanje, zavarovanje za primer invalidnosti, starostno in vojaško zavarovanje).
- Prebivalci Švice lahko sklenejo tudi privatno prostovoljno zavarovanje kot opredeljeno v poglavju 3.6.2. Premije so omejene navzdol in navzgor. Prostovoljno zavarovanje se lahko sklene tudi za mladoletne osebe, ki imajo nižjo premijo.
- Privatne zavarovalnice lahko osebe tudi zavrnejo, vendar le za prostovoljno zavarovanje, za obvezno zavarovanje pa to ni mogoče.
- Odrasle osebe plačujejo soudeležbo. Lahko se odločijo za višjo soudeležbo, kar pomeni nižjo premijo.

3.6.2 Vrste storitev, ki jih krije osnovno/dodatno zavarovanje

V okviru švicarskega zdravstvenega sistema imajo prebivalci krite naslednje storitve (Feldin in drugi, 2015, 72; Camenzind 2016, 162):

- določene preventivne ukrepe (nekatera cepljenja, presejalni testi, preiskave za zgodnje odkrivanje bolezni ipd.),
- večino zdravstvenih storitev na primarni ravni in specialističnih ter bolnišničnih zdravljenj,
- večino zdravil in medicinsko tehničnih pripomočkov,
- zdravstveno oskrbo na domu,
- fizioterapijo,
- psihiatrično zdravljenje,
- dentalno zdravljenje ter očala in leče, vendar le za otroke,

- pred in po porodno varstvo.

Dodatno zavarovanje zagotavlja 32,1 odstotkov vseh izdatkov za zdravstvo, in sicer krije (Camezind 2016, 162):

- storitve, ki niso zagotovljene v osnovnem zdravstvenem zavarovanju (7,3 odstotkov),
- svobodno izbiro zdravnika v bolnišnici in nadstandardno oskrbo v bolnišnici.

3.6.3 Izvedene reforme

Izvedba zdravstvene reforme je težka, ker je potrebno pridobiti strinjanje številnih vpletenih strani. To je običajno težka, včasih nemogoča naloga, kar posledično zahteva veliko časa. Kljub temu so reforme na koncu le sprejete, predvsem zaradi močne politične volje in stabilnosti pri sklepanju kompromisov. Kljub dolgemu sprejemanju reform so te po navadi trdne in skoraj nikoli neuspešne. V obdobju 2000 do 2014 je bilo predlaganih 24 reform z različnih področij in le tri so bile zavrnjene, od tega ena z referendumom. Zanimivo je, da sta bili dve reformi z referendumoma potrjeni. To sta bili reformi za razvoj nacionalnih programov na področju raziskav odpornosti na antibiotike in bolnišnične infekcije ter uvedba soodgovornosti države in kantonov za visoko kvaliteto primarno varstvo prebivalcev. Reforme posegajo na zelo različna področja, od financiranja zdravstva, organiziranosti bolnišničnega zdravljenja, do izboljšanja preventive. (De Pietro in drugi 2015, 203–207)

Švica ima jasne prioritete, da do leta 2020 izvede več reform, s katerimi namerava zagotoviti (Camenzind 2016, 168):

- izboljšanje kvalitete življenja,
- promoviranje enakih možnosti za vse in samoodgovornost,
- kvaliteto in stalno izboljšave le te na področju oskrbe,
- večjo transparentnost,
- boljše vodenje in koordinacijo sistema.

3.6.4 Statusne oblike zavarovalnic in izvajalcev zdravstvenih storitev

OZZ nudijo konkurenčne neprofitne zavarovalnice, ki jih je okrog 100. Sredstva dobijo iz enotnega vira, to je s centralnega fonda, na osnovi porazdelitvenih faktorjev kot so tveganost, starost, spol zavarovancev posamezne zavarovalnice. Zavarovalnice nudijo tudi prostovoljna zdravstvena zavarovanja, tako da imajo za ta del ponavadi hčerinsko družbo, ki je profitna. Zakonsko je prepovedano, da bi zavarovalnice podale podatke, ki jih imajo o zavarovancih iz

obveznega dela, uporabile pri sprejemu v zavarovanje za prostovoljna zdravstvena zavarovanja, vendar je to težko nadzorovati. (Camenzind 2016, 161–162)

Izvajalci na primarni ravni in specialistično ambulantni ravni so večinoma zasebni, lahko pa uporabljajo javne kapacitete. 70 odstotkov bolnišnic od 293 bolnišnic je javnih ali so javno financirane privatne bolnišnice. Camenzind (2016, 161–162)

3.6.5 *Prepoznane posebnosti sistema zdravstvenega zavarovanja*

Ob preučitvi švicarskega sistema financiranja zdravstvenega varstva velja izpostaviti naslednje:

- zavarovani so vsi prebivalci Švice, vključno z vsemi priseljenci, ki se morajo zavarovati v roku treh mesecev, ko se preselijo v Švico. Na ta način ni težav z nezavarovanostjo prebivalstva. Sredstva se zbira na enem mestu in se jih nato razdeli glede na riziko zavarovancev na zavarovalnice, kjer so osebe zavarovane. Enako kot pri Nemčiji in Nizozemski se s tem racionalizirajo stroški, zato ni potreben dodaten sistem izravnalnih shem.
- Upravljanje zdravstvenega varstva Švice je dokaj decentralizirano, vsa izvajalska raven je prenesena na kantone, državi pa ostaja strateška raven.
- Neprofitne zavarovalnice nudijo OZZ in hkrati s svojo hčerinsko profitno družbo tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki je dokaj razširjeno, saj je 30 odstotkov ljudi dopolnilno zdravstveno zavarovanih.
- Uvedena so letna doplačila za storitve, ki jih zavarovanci plačajo neposredno iz lastnih sredstev, lahko pa se za njih tudi dopolnilno zdravstveno zavarujejo. Prostovoljno zdravstveno zavarovani so lahko tudi otroci. Dodatno zavarovanje omogoča tudi prosto izbiro zdravnika, ki bo osebo zdravil, kar je zanimiva opcija zavarovanja.
- Določene storitve, kot npr. zobozdravstvo, so v večji meri izključene.
- Skoraj 30 odstotkov ljudi ima subvencionirano plačilo premij za zdravstveno zavarovanje, ker si plačila ne morejo privoščiti. To je zanimiv mehanizem za uravnavanje solidarnosti.
- Izvajalci zdravstvenih storitev, v primeru plačila iz lastnih sredstev, ne smejo zaračunati višje cene za storitev, kot jo zaračunajo v okviru zdravstvenega zavarovanja.
- Pregled reform in visoka implementacija vpeljanih reform kaže na vztrajnost pri

doseganju političnega konsenza za izpeljavo reform do točke, da so sprejete in implementirane v prakso. Primer švicarskega modela reform kaže tudi na to, da je reforme smiselno uvajati počasi, premišljeno in po posameznih segmentih.

3.7 Združene države Amerike

3.7.1 Ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja

V ZDA so imeli popolnoma drugačen sistem financiranja zdravstvenega sistema, kot ga pozna Evropa. Njihov sistem je bil do leta 2010 tržno naravnan, kar pomeni, da je bil popolnoma odvisen od ponudbe in povpraševanja. Večina kritičnih skupin je bila brez zavarovanja in posledično brez zadovoljive zdravstvene oskrbe.

V letu 2010 so bile narejene pomembne spremembe, ker je administracija v času mandata predsednika Obame želela temeljito prenoviti to področje. Vloga države se tako povečuje.

Reforma je vzpostavila »deljeno odgovornost« med vlado, zaposlenimi in posamezniki, z namenom, da bi imeli vsi Američani zagotovljen dostop do dosegljivega in kvalitetnega zdravstvenega zavarovanja. Sistem ima še vedno veliko lukenj in med seboj ni dovolj povezan. Država financira programe za starejše od 65 let in ljudi s posebnimi potrebami ter sodeluje s posameznimi državami z namenom, da se zagotovi ustrezno zdravstveno varstvo za najbolj rizične skupine prebivalcev z nizkimi prihodki. (Mossialos in drugi 2016, 171)

Sistem še vedno ne dosega celovite pokritosti vseh prebivalcev z zdravstvenim zavarovanjem, kot je to primer v ostalih opazovanih državah. Kaže pa se napredek. Če je bilo v letu 2011 zavarovanih 56 odstotkov prebivalcev za primarno zdravstveno varstvo, je bilo teh v letu 2014 66 odstotkov. Teh 66 odstotkov se razdeli na 55 odstotkov zavarovanih preko delodajalca, 14, 6 odstotka pa jih je bilo upravičenih do kritja neposredno. Nekateri prebivalci imajo tudi več kot eno zavarovanje. V letu 2011 je bilo popolnoma brez zavarovanja 16 odstotkov vseh prebivalcev, leta 2014 je bilo takih še 10 odstotkov. (Mossialos in drugi 2016, 171; Thomson in drugi 2013, 128)

3.7.2 Vrste storitev, ki jih krije osnovno/dodatno zavarovanje

V Združenih državah Amerike so vsa zavarovanja zgolj privatna zavarovanja. Usmeritev s strani države je, da so v zavarovanje zajeta naslednja kritja (Mossialos in drugi 2016, 122):

- ambulantna oskrba pacientov,
- nujne medicinske storitve,

- bolnišnično zdravljenje,
- pred in po porodno varstvo mater in novorojenih otrok,
- psihiatrično zdravljenje in zdravljenje odvisnosti,
- storitve laboratorijev,
- zdravila na recept,
- storitve rehabilitacije in pripomočki, povezani z njo,
- preventivna dejavnost in obvladovanje kroničnih bolezni ter
- pediatrično zdravljenje vključno z zdravljenjem zob in skrb za oči.

Nekatere storitve v okviru javnih programov so na voljo določenim šibkejšim skupinam prebivalstva. Vidnejša javna programa sta Medicare in Medicaid. V okviru teh programov se zagotavlja zdravstvena oskrba (predvsem nujna) za nelegalno priseljene prebivalce in revnejše prebivalce, predvsem otroke revnih družin. (Mossialos in drugi 2016, 171)

3.7.3 Izvedene reforme

Vidnejša reforma je reforma, že omenjena v poglavju 3.7.1. Reforma še ni zaključena, do 100 odstotne zavarovanosti prebivalstva je še dolga pot. Nekoliko se je napredovanje ustavilo v letu 2012, ko je vrhovno sodišče odločilo, da je vpeljava reforme opsijska za posamezne države, in jo je tako vpeljalo le 30 od 50 držav. (Mossailos in drugi 2015, 178)

3.7.4 Statusne oblike zavarovalnic in izvajalcev zdravstvenih storitev

Vse zavarovalnice so privatne, večinoma profitne. Izvajalci zdravstvenih storitev so večinoma privatni izvajalci. Večina bolnišnic (70 odstotkov) je neprofitnih.

3.7.5 Prepoznane posebnosti sistema zdravstvenega zavarovanja

Sistem zdravstvenega varstva v ZDA je v zadnjih petih letih naredil opaznejši premik k zagotavljanju ustrežnejšega zdravstvenega varstva za vse prebivalce. Narejenih je bilo veliko korakov za povečanje zavarovanosti prebivalstva, in glede na opsijsko odločitev za vpeljavo reforme, se je zanjo odločilo kar nekaj držav (30 od 50).

Izpostaviti velja še dejstvo, da je veliko bolnišnic neprofitnih, in to kljub izrazito tržno naravnani družbi.

3.8 Primerjava nekaterih skupnih kazalcev za izbrane države

Opazovane države v poglavjih 3.1 do 3.7 smo primerjali še po nekaterih skupnih kazalnikih. Iz javno dostopnih virov ni bilo mogoče zagotoviti podatkov za vse države pri vseh kazalnikih, prav tako ni bilo mogoče zagotoviti enotnega leta za primerjavo med vsemi kazalci. Vsi podatki so od leta 2011 dalje.

Primerjava števila prebivalcev v tabeli (Tabela 3.3) nam kaže, da je Slovenija med opazovanimi državami najmanjša. Število prebivalcev narašča v Veliki Britaniji in ZDA, kar je predvsem posledica priseljevanja.

Kazalnik delež prebivalcev, starih nad 65 let (Tabela 3.3), nam pokaže, da je Slovenija nekje na sredini med opazovanimi državami. Največji delež prebivalcev nad 65 let ima Nemčija, najmanjšega pa ZDA. Nižji delež od Slovenije ima Nizozemska, podobnega pa Velika Britanija in Švica. Pri vseh državah, razen pri Švedski, vidimo, da je delež prebivalstva, starega nad 65 let, v letih med 2011 in 2013 narastel.

Tabela 3.3: Primerjava števila prebivalcev in delež prebivalcev nad 65 let

	Slovenija	Nemčija	Nizozemska	Velika Britanija	Švedska	Švica	ZDA
Število prebivalcev v mio							
2011	2,1	81,4	16,7	61,8	9,5	7,9	311,6
2013	2,1	80,7	16,8	64,1	9,6	8,1	316,1
Delež prebivalcev nad 65 let							
2011	16,5 %	20,7 %	15,9 %	16,2 %	19,3 %	17,1 %	13,2 %
2013	17,1 %	21,1 %	16,8 %	17,1 %	19,0 %	17,3 %	14,1 %

Vir: OECD (2013); Feldin in drugi(2015); Thomson in drugi (2013); Mossialos in drugi (2016); Statistični urad RS (2016).

Kazalnik umrljivosti dojenčkov na 1000 živorojenih (Tabela 3.4) Slovenijo uvršča med boljše države. Boljši rezultat ima le Švedska. Slovenija ima skoraj najnižjo pričakovano življenjsko dobo, nižjo imajo le ZDA.

Slovenija ima poleg ZDA najmanjše število zdravnikov na 1000 prebivalcev (Tabela 3.4), to je 2,5 zdravnika. Pod tri zdravnike na 1000 prebivalcev imata še Nizozemska in Velika Britanija.

Države z Beveridgovim sistemom imajo manjše število obiskov pri zdravniku in posvetovanj na zdravnika kot države z Bismarckovim sistemom. To bi lahko kazalo na višjo kakovost storitev (daljši posveti) oz. na nižjo produktivnost. Vendar pa nadaljnji pregled kazalnikov

kaže na to, da gre za nižjo produktivnost. Tudi ostali kazalniki so namreč nižji kot pri državah z Bismarckovim sistemom. To ni direktno razvidno iz tabele (Tabela 3.4), ker tu primerjamo le sedem držav. V literaturi, kjer je narejena primerjava večih držav, je to dejstvo bolj vidno. Slovenija ima primerljivo število obiskov pri zdravniku in število obiskov na zdravnika. Hkrati pa ima najmanjše število pregledov z MRI in CT, kar je lahko odraz slabše tehnične opremljenosti. Države z Beveridgovim sistemom prednjačijo pri zasedenosti postelj, kar je posledica manjšega števila postelj v državah z Bismarckovim sistemom. V Sloveniji je zasedenost števila postelj relativno nizka, kar lahko kaže na preveliko število postelj, tudi zaradi uvajanja novih tehnologij ter dejstva, da se veliko postopkov seli iz bolnišničnega v ambulantno zdravljenje. (Feldin in drugi 2015, 37)

Tabela 3.4: Izbrani zdravstveni kazalniki v letu 2011 oziroma kot opredeljeno

	Slovenija	Nemčija	Nizozemska	Velika Britanija	Švedska	Švica	ZDA
Umrljivost dojenčkov na 1000 živorojenih (2012)	2,9	3,6	3,6	4,3	2,1	3,8	6,1
Pričakovana življenjska doba (2013)	80,1	80,8	81,3	81,1	81,9	82,8	78,7
Število zdravnikov na 1000 prebivalcev	2,5	3,84	2,96	2,81	3,86	3,83	2,46
Število obiskov pri zdravniku na prebivalca/leto	6,5	9,7	6,6	5,0	3,0	4,0	4,1
Število obiskov na zdravnika	2.605	2.524	2.227	1.847	777	1.048	1.678
Število pregledov – MRI na 1000 preb.	31,5	95,2	49,9	41,4	np	np	102,7
Število pregledov – CT na 1000 prebivalcev	51,3	117,1	70,7	77,5	np	np	273,8
Zasedenost postelj za kurativno zdravljenje v %	68,9	79,0	48,6	84,3	np	89,1	64,4
Model zdravstvenega varstva	Bismarck	Bismarck	Bismarck	Beveridge	Beveridge	Bismarck	Tržni*

Vir: OECD (2013); Feldin in drugi (2015); Thomson in drugi (2013); Mossialos in drugi (2016); Statistični urad RS (2016).

Opomba: * ZDA postopno prehaja iz tržnega v mešani (Bismarck/Beveridge) sistem

V tabeli (Tabela 3.5) je prikazan naslednji sklop kazalnikov, ki prikazuje, da ima Slovenija najnižje izdatke za zdravstvo na prebivalca med vsemi opazovanimi državami, in sicer za kar

1.000 USD nižje od naslednje države, to je Velike Britanije. Feldin in drugi (2015, 29) ugotavljajo, da imajo višje izdatke tiste države, ki imajo več plačnikov storitev, kar v našem primeru drži. To bi lahko napeljevalo na trditev, da so takšni sistemi bolj potratni, kar pa se ob podrobnejšem pogledu ne potrdi. Na primer Nizozemska ima višje stroške, ker ima v sistem zdravstvenega zavarovanja vpeljeno tudi zavarovanje za dolgotrajno oskrbo.

Verjetno je bolj relevantna primerjava med državami glede na delež BDP, ki ga države namenjajo za zdravstvo. V tabeli sta prikazana tako skupni delež BDP, kot delež javnih izdatkov v BDP. Slovenija ima v obeh primerih najnižji BDP, zato je nujno, da na tem delu sprejme ustrezne ukrepe, da bo zagotovljenih zadosti sredstev za naraščajoče potrebe, ki so ocenjene s povečanim BDP do leta 2060. Majcen in Čok (2014) ocenjujeta, da bomo samo do leta 2025 potrebovali dodatnih 150 mio evrov za kritje povečanih stroškov zaradi staranja prebivalstva. V primeru, da bomo želeli zagotoviti krajše čakalne dobe, nove tehnologije ipd. pa bo potrebnih še več sredstev.

Nadalje so v tabeli (Tabela 3.5) opredeljeni viri, iz katerih se financira sistem zdravstvenega varstva. Slovenija ima daleč najnižji delež sredstev iz državnega proračuna med vsemi državami. Hkrati pa ima največji delež (če ne upoštevamo ZDA) sredstev iz privatnega zavarovanja, kar je posledica visoke zavarovanosti DZZ. Delež plačila storitev iz lastnih sredstev je visok pri državah, ki imajo nižji delež pri privatnih zdravstvenih zavarovanjih. Hkrati pa je ta delež dokaj visok tudi v Sloveniji, kar je zelo verjetno posledica dolgih čakalnih dob, zaradi katerih si zavarovanci veliko storitev plačujejo sami, kar je razvidno tudi iz tabele (Tabela 3.7). Nizozemska in Velika Britanija imata najnižji skupni delež plačil direktno iz lastnih sredstev in plačil iz privatnega zavarovanja.

Tabela 3.5: Izdatki za zdravstveno varstvo in viri financiranja v letu 2011 oz. kot opredeljeno

	Slovenija	Nemčija	Nizozemska	Velika Britanija	Švedska	Švica	ZDA
Izdatki:							
Izdatki za zdravstvo na prebivalca v USD	2421	4495	5099	3405	3925	5643	8508
Skupni % BDP	8,9 %	11,3 %	11,9 %	9,4 %	9,5 %	11 %	17,7 %
Delež % BDP v javnih izdatkih v letu 2013	5,7 %	7,6 %	7,2 %	7,8 %	6,9 %	np	np
Delež BDP v letu 2060 za zdravstveno varstvo po AWG scenariju*	7,5 %	8,9 %	8,8 %	9,8 %	8,0 %	np	np

Viri sredstev:							
Državni proračun	1,7 %	6,9 %	8,1 %	82,8 %	81,6 %	18,9 %	5,6 %
Socialno zavarovanje	71,3 %	70,1 %	77,5 %	0,0 %	0,0 %	45,9 %	43,1 %
Privatno iz lastnih sredstev	12,2 %	12,4 %	6,0 %	9,9 %	17,2 %	25,8 %	12,1 %
Privatno zavarovanje	13,6%	9,7 %	5,6 %	3,0 %	0,3 %	8,6 %	35,2 %
Ostali viri	1,1 %	0,9 %	2,9 %	4,2 %	1,0 %	0,8 %	4,0 %

Vir: OECD (2013 155, 157, 165); Feldin in drugi (2015, 31); European Commission (2015, 135).

Opomba: * Glej Prilogo A

Tabela 3.6 prikazuje delež prebivalcev, ki imajo privatno zdravstveno zavarovanje iz naslova OZZ oziroma DZZ. Velika Britanija in Švedska kot predstavnici Beveridgovega modela nimata tovrstnih privatnih zavarovanj, zato je delež enak nič. Poznata le nadomestna in vzporedna zavarovanja. Nemčija in Nizozemska poznata privatno zavarovanje tudi za OZZ. Švica in Nemčija pa poznata, tako kot Slovenija, DZZ kot privatno zavarovanje, s tem, da je delež zavarovanosti v Sloveniji najvišji, kar je logično glede na višino doplačil, ki jih krije. Prikaz nam kaže, da je možno tako OZZ kot DZZ organizirati kot javno in kot privatno zavarovanje.

Tabela 3.6: Delež prebivalcev s privatnimi zavarovanji za OZZ oz. DZZ v letu 2011

Vrsta privatnega zavarovanja	Slovenija	Nemčija	Nizozemska	Velika Britanija	Švedska	Švica	ZDA
Osnovno zavarovanje	0 %	11 %	89 %	0 %	0 %	0 %	53 %
Dopolnilno / dodatno zavarovanje	73 %	21 %	0 %	0 %	0 %	30 %	8 %
Skupaj privatno zavarovanje	73 %	32 %	89 %	0 %	0 %	30 %	61 %

Vir: Prirejeno po OECD (2013, 139).

V vseh opazovanih državah poznajo tudi doplačila iz lastnih sredstev za zdravstvene storitve (Tabela 3.7), za Veliko Britanijo in ZDA ni bilo mogoče najti podatkov. Doplačila so logična v vseh opazovanih državah, razen v Sloveniji. Glede na ugotovitve v predhodnih podpoglavjih tega poglavja imajo namreč vse države izločene določene storitve iz košarice storitev oziroma imajo uvedeno participacijo, kar pomeni, da morajo zavarovanci bodisi doplačati storitve ali pa morajo do določenega letnega zneska storitve plačevati sami. V Sloveniji so vse storitve krite iz OZZ ali DZZ, razen terapevtskih naprav, kot so npr. očala, za katere je potrebno večji delež doplačati iz lastnih sredstev v primeru nadstandarda, kar je v večini primerov. Prav tako je potrebno plačevati uporabnino za npr. invalidski voziček, zato so v tej kategoriji v Sloveniji

logična doplačila. Logična so doplačila tudi v kategoriji Zdravila, in sicer za zdravila za zdravljenje prehladov, morebitna homeopatska zdravila ter doplačila za originalna zdravila.

Nelogična pa so doplačila v kategoriji Kurativno zdravljenje in Zobozdravstvena oskrba. To kaže na težave na teh področjih, in sicer predolge čakalne dobe in višji standard storitev pri npr. zobozdravstvenih storitvah.

Tabela 3.7: Deleži plačil iz lastnih storitev glede na storitve v letu 2013

Storitev	Slovenija	Nemčija	Nizozemska	Velika Britanija	Švedska	Švica	ZDA
Kurativno zdravljenje *	30 %	28 %	20 %	np	32 %	55 %	np
Zobozdravstvena oskrba	9 %	21 %	12 %	np	26 %	26 %	np
Zdravila	40 %	27 %	33 %	np	31 %	13 %	np
Terapevtske naprave **	21 %	24 %	31 %	np	10 %	2 %	np
Drugo	-	-	4 %	np	1 %	4 %	np

Vir: Prirejeno po OECD (2014, 111).

Opombe:

*vključno z rehabilitacijo in pomožno oskrbo

**vključno z medicinsko tehničnimi pripomočki kot so očala, slušni pripomočki, invalidski vozički ipd.

Primerjava porabe sredstev glede na opredeljene skupine storitev (Tabela 3.8) nam kaže, da je Slovenija dokaj primerljiva z Nemčijo. Švedska kot edina opazovana država z Beveridgovim sistemom (za Veliko Britanijo ni podatkov) ima veliko manjši delež v bolnišničnem zdravljenju na račun ambulantnega zdravljenja. Največ za bolnišnično zdravljenje porabijo ZDA, več kot polovico vseh sredstev. Najmanj med vsemi državami, če ne upoštevamo ZDA, ki ima drugačen sistem, nameni za zdravstvene storitve zaradi dolgotrajne oskrbe, kar lahko razložimo tudi s tem, da ima Slovenija najkrajšo pričakovano življenjsko dobo in dokaj neurejeno področje dolgotrajne oskrbe. Švedska in Nizozemska namenita že četrtno sredstev za dolgotrajno oskrbo, kar je posledica že vzpostavljenega sistema dolgotrajne oskrbe. Slovenija ima najvišji delež porabe sredstev za medicinske izdelke. (OECD, 2015)

Tabela 3.8: Poraba sredstev po skupinah storitev v letu 2013

Storitev	Slovenija	Nemčija	Nizozemska	Velika Britanija	Švedska	Švica	ZDA
Bolnišnično zdravljenje	30 %	29 %	31 %	np	23 %	28 %	18 %
Ambulantno zdravljenje	28 %	30 %	22 %	np	34 %	33 %	52 %
Dolgotrajna oskrba	10 %	14 %	26 %	np	25 %	19 %	6 %
Medicinski izdelki	24 %	20 %	12 %	np	13 %	13 %	13 %

Druge storitve	8 %	8 %	8 %	np	5 %	6 %	11 %
-----------------------	-----	-----	-----	----	-----	-----	------

Vir: Prirejeno po OECD (2015, 169).

V tabeli (Tabela 3.9) so prikazane čakalne dobe za tri tipične operacije. Podatki so na voljo le za tri izmed sedmih opazovanih držav. Slovenija ima pri vseh operacijah najdaljše čakalne dobe, razen pri sivi mreni, če bi gledali samo napotnice z oznako hitro, kar pa ni realno. Slovenija ima na tem področju veliko možnosti za izboljšave, za kar pa bodo potrebna dodatna sredstva.

Tabela 3.9: Čakalne dobe za določene operacije v dnevih v letu 2013

Operacija	Slovenija	Nemčija	Nizozemska	Velika Britanija	Švedska	Švica	ZDA
Operacija sive mrene* – povprečje	27,4 76,3	np	33,9	69,1	np	np	np
Operacija sive mrene* – mediana **	14 58	np	np	60	np	np	np
Zamenjava kolka* – povprečje	125,2 306,3	np	38,4	90,4	np	np	np
Zamenjava kolka* - mediana **	90 228	np	np	78	np	np	np
Zamenjava kolena* – povprečje	135,4 327,3	np	39,1	96,7	np	np	np
Zamenjava kolena* – mediana **	90 246	np	44	82	np	np	np

Vir: Prirejeno po OECD (2014, 117); ZZZS (2015, 146).

Opombi:

* Pri Sloveniji je prva vrednost z oznako na napotnici hitro in druga z oznako redna

** »Mediana je vrednost, ki ločuje distribucijo v dva enakovredna dela, kar pomeni, da ima polovica pacientov daljšo čakalno dobo, polovica pa krajšo.« (ZZZS 2014, 146)

4 ANALIZA USTREZNOSTI OBSTOJEČEGA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI IN PREDLAGANIH SPREMEMB

V Sloveniji imamo obstoječ sistem zdravstvenega zavarovanja od leta 1992. Sistem smo vpeljali ob osamosvojitvi in brez večjih težav prešli iz tipično socialistično samoupravnega modela zdravstvenega varstva v Bismarckov model zdravstvenega varstva. Brez večjih težav smo sprejeli tudi sistem doplačil in sprejeli novo zavarovanje za doplačila, to je DZZ. Kmalu po uvedbi je bilo večina prebivalcev Slovenije zavarovanih tako za OZZ kot DZZ. Izvedena reforma kaže, da je mogoče vpeljati nov sistem, če je to potrebno, in je za to dosežen politični konsenz.

Sistem v vsem skoraj 25-letnem obdobju ni doživel večjih sprememb. Izvedenih je bilo nekaj manjših sprememb, s katerimi se je blažilo trenutne težave v financiranju. Nekatere spremembe so podrobneje opisane v poglavju 3.1.3.

Dejstvo, da sistem še vedno relativno zadovoljivo funkcionira, kaže na to, da je bil v osnovi dobro postavljen. Vendar pa drži tudi to, da razvitejše države v tako dolgem obdobju praviloma izvedejo številne obsežne reforme, z namenom, da zagotovijo vzdržnost sistema.

V Sloveniji, predvsem zaradi velikega obsega košarice storitev, uvajanja novih tehnologij ter staranja prebivalstva in posledično večjega števila bolnih, naraščajo izdatki za zdravstvene storitve, posledično daljšajo čakalne dobe, kar pomeni, da storitve niso več dostopne vsem prebivalcem pravočasno. Zaradi dolgotrajnega čakanja na ustrezno zdravljenje se njihovo zdravstveno stanje slabša, ko pridejo na vrsto so stroški zdravljenja višji, saj je to bolj zahtevno in dolgotrajno. Številni ukrepi, izvedeni v zadnjih nekaj letih, so zagotovili obvladovanje cen zdravstvenih storitev, za njihovo dolgoročno obvladovanje pa bodo potrebni še dodatni ukrepi.

V predhodnih poglavjih je podrobneje opisan sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. V tem poglavju so predstavljeni izzivi, ki čakajo Slovenijo, da bo sistem financiranja zdravstvenega varstva še naprej oziroma ponovno finančno vzdržen.

V strokovni javnosti so različna mnenja o tem, kaj so dejanski izzivi v sistemu slovenskega zdravstvenega varstva. Po pregledu vseh dokumentov so se kot glavni problemi oziroma izzivi potrdili naslednji:

- podaljševanje čakalnih dob, ki so na nekaterih področjih že nedopustno dolge.
- Padanje kvalitete storitev.

- Širok obseg košarice zdravstvenih storitev, ki vsebuje tudi storitve, ki po svoji naravi niso zdravstvene.
- Slabo upravljanje zdravstvenih domov in bolnišnic, kar se odraža predvsem v neobvladovanju stroškov in, posledično, v negativnem finančnem poslovanju.
- Pojavlja se vprašanje, ali nimamo preveč razširjene mreže izvajalcev zdravstvenih storitev, pojavljajo se težnje po zaprtju npr. določenih porodnišnic in bolnišnic.
- Financiranje je neustrezno, predvsem se v vseh obdobjih izpostavlja nujnost ukinitve DZZ, vendar pa analize in podatki v tem magistrskem delu kažejo, da to ni glavni problem, in da ukinitve le-tega ne bo rešila problema financiranja.
- Stroški poslovanja in dobički zavarovalnic za DZZ so nepotrebni in previsoki. Podrobnejša analiza nam pokaže, kakšno je dejansko stanje na tem področju. Za popolnejšo sliko je narejena tudi primerjava z ZZZS.

V magistrskem delu se osredotočamo predvsem na izziv financiranja zdravstvenega varstva, ki pa je povezan tudi z drugimi področji. Nekatere omenjamo tudi v tem delu.

V nadaljevanju je narejena presoja vzdržnosti trenutnega sistema financiranja zdravstvenega varstva, in sicer z naslednjih vidikov:

- opredelitev nekaterih ključnih slabosti oziroma prednosti obstoječega sistema, ki so podkrepljene s kazalniki, ki kažejo na trenutno stanje financiranja sistema zdravstvenega varstva.
- Analizirane so nekatere predlagane reforme oziroma spremembe, ki so jih podali različni akterji v obdobju zadnjih petih let. Narejen je kratek povzetek vsake predlagane reforme oz. spremembe in njihovih posebnosti.
- Ocenjen je vpliv staranja prebivalstva na povečanje stroškov za zdravstvene storitve.
- Podan je pogled nekaterih slovenskih strokovnjakov na trenutno ureditev in potrebne spremembe sistema zdravstvenega varstva.

V poglavju 5 so prepoznane priložnosti za izboljšanje sistema financiranja zdravstvenega varstva glede na vse analize v poglavju 3 in 4 ter podan predlog možne reforme oziroma sprememb, ki je nastal na podlagi vseh pregledanih gradiv, razgovorov, analiz in lastnih izkušenj na tem področju.

4.1 Ključne slabosti oziroma prednosti na področju financiranja sistema zdravstvenega varstva

V tem poglavju so izpostavljene nekatere ključne prednosti in slabosti, pravzaprav izzivi oziroma očitki načinu financiranja sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. Vsi so podkrepljeni oziroma obrazloženi s številkami, podatki oziroma izračuni, obravnavani pa so tudi v ostalih delih četrtega poglavja.

Ključne obravnavane prednosti, slabosti oziroma očitki načinu financiranja sistema zdravstvenega varstva so:

- ključna prednost obstoječega sistema zdravstvenega varstva je visoka zavarovanost prebivalstva tako na OZZ kot DZZ in s tem zagotovljena visoka finančna varnost v primeru nastanka bolezni (glej 4.1.1).
- Posamezne kategorije zavezancev za plačilo prispevka OZZ so neenakomerno obremenjene. Podrobnejši vpogled v nadaljevanju nam pokaže, da so višine prispevnih stopenj zelo različne (glej 4.1.2).
- Premija DZZ je za vse prebivalce enaka, tako ni solidarna in se neprestano viša. DZZ je ves čas »jabolko spora« in nanj letijo navedeni očitki. Upravičenost vseh očitkov je opredeljena v poglavju 4.1.3.
- Stroški poslovanja in dobički zavarovalnic za DZZ so nepotrebni in previsoki. Podrobnejša analiza nam pokaže, kakšna je dejanska slika tega področja (glej 4.1.4).
- DZZ je nepotrebno in bi ga bilo potrebno ukiniti. Podrobnejša analiza nam pokaže, kolikšen delež stroškov storitev po dejavnostih krije DZZ, in da bi njegova ukinitve, brez ustreznega nadomestila zanj, lahko povzročila velik primanjkljaj potrebnih sredstev v sistemu zdravstvenega varstva (glej 4.1.5).
- Čakalne dobe so eden večjih problemov v našem sistemu zdravstvenega varstva. Na nekaterih področjih so zelo dolge in se le še podaljšujejo in težko je oceniti, koliko sredstev je potrebnih za zmanjšanje čakalnih dob. Podan je podroben pregled, kje se pojavljajo čakalne dobe, in kakšni so trendi (glej 4.1.6).
- Mreža izvajalcev zdravstvene dejavnosti je v Sloveniji zelo razvejana in pogosto se izpostavlja vprašanje ali je ustrezna ali preobsežna in povzroča nepotrebno administrativne in fiksne stroške, ne glede na to ali so letni programi zdravstvenih storitev realizirane ali ne. Več podrobnosti je opredeljenih v 4.1.7.

4.1.1 Visoka zavarovanost prebivalstva za OZZ in DZZ

Slovenija velja za državo, kjer je visoka zavarovanost prebivalstva tako za OZZ kot za DZZ.

V Sloveniji so skladno z ZZVZZ vse osebe s stalnim bivališčem zavezane, da so vključene v OZZ. Tako je bilo konec leta 2014 zavarovanih 2.076.233 oseb. Od teh je bilo 1.541.395 zavezancev za plačilo prispevkov za OZZ in 534.838 njihovih družinskih članov. Družinski člani niso zavezani za plačilo prispevkov za OZZ, so pa upravičeni do večine pravic iz OZZ. Družinski člani so otroci do 26. leta, ki se šolajo, in pa partnerji ali starši zavezancev za prispevek v primeru, da nimajo drugih prihodkov.

Vključenost v DZZ ni obvezna. Skladno z ZZVZZ so nekatere storitve predmet doplačila za določene skupine oseb (osebe, stare nad 26 let oziroma že prej, če se ne šolajo). Ker so doplačila relativno visoka, je bilo v Sloveniji v DZZ na dan 31.12.2015 vključenih 1.440.186 oseb (Vzajemna 2016a). Teh oseb je dejansko še nekoliko več, ker v to številko niso vključene osebe, ki imajo DZZ v mirovanju zaradi različnih razlogov, najpogostejši razlog pa je, ker kot socialno šibke osebe uveljavljajo pravico do plačila polne vrednosti storitev iz OZZ. Teh oseb je, po lastni oceni, okrog 40.000. Po podatkih SURS-a (SURS 2016) je bilo na dan 31.12.2015 1.507.865 oseb starih 27 in več let. Glede na ta podatek lahko ocenimo, da je bila v Sloveniji konec leta 98-odstotna zavarovanost. Dejansko je bila malo manjša, ker moramo upoštevati dejstvo, da se vsi, stari med 19 in 26 let, ne šolajo in so prav tako zavezanci za doplačila. Če v izračun vzamemo še polovico teh oseb (87.464) je delež zavarovanosti nekoliko manjši, in sicer 93-odstoten, kar še vedno pomeni visoko stopnjo zavarovanosti na področju DZZ.

4.1.2 Obremenjenost posameznih kategorij zavezancev za plačilo prispevkov OZZ

Kot je razvidno iz pregleda prispevnih stopenj (Tabela 4.1), je veliko kategorij zavezancev za prispevek, ki pa se med seboj pomembno razlikujejo. Najbolj so obremenjeni zaposleni in brezposelni, v času, ko so še prijavljeni na Zavodu za zaposlovanje in prejemajo denarno nadomestilo. Ostale skupine so mnogo manj obremenjene, čeprav imajo določene vrste prihodkov, npr. kmetje in upokojenci. To postavlja sistem solidarnosti v delu, ki se nanaša na prihodke, pod vprašaj, zato bi bilo smiselno v tem delu uvesti večjo pravičnost glede na dejanske prihodke posameznikov.

OZZ loči dva termina, in sicer zavarovana oseba in zavarovanec. Zavarovana oseba je vsaka oseba, ki ima pravico do zdravstvenih storitev v skladu z ZZVZZ. Zavarovanec je ožji pojem, ki pomeni osebo, ki je skladno z ZZVZZ zavezana za plačevanje prispevkov za OZZ. V tabeli (Tabela 4.1) so opredeljene kategorije zavarovancev, ki plačujejo prispevke za OZZ. Iz tabele

je razvidno, da je zavezancev za plačilo okrog 1,5 milijona, od teh je dobra polovica zaposlenih oz. samozaposlenih, ki imajo tudi najvišjo prispevno stopnjo, in v blagajno prispevajo 80 odstotkov vseh prihodkov s tega naslova. Naslednja kategorija, ki predstavlja dobro tretjino vseh zavezancev za prispevek in prispeva 16 odstotkov vseh prihodkov, so upokojenci. Njihova prispevna stopnja je relativno nizka, saj predstavljajo skupino prebivalcev, ki povzroča višje stroške zdravstvenih storitev. Kategorij z nizko prispevno stopnjo je še več, in sicer: 1.) Kmetje, ki imajo dve različni stopnji. Nižjo, 6,36-odstotno, imajo kmetje, ki so vključeni v zdravstveno in pokojninsko zavarovanje in višjo, 18,78-odstotno, ki jo imajo kmetje, ki so vključeni le v zdravstveno zavarovanje (Ministrstvo za finance 2015, 12); 2. Zavarovanci po 20. točki, ki ne izpolnjujejo pogojev, da bi bili zavarovani po kateri koli drugi točki 15. člena ZZVZZ (ZZZS 2016c), in 3. Zavarovanci po 21. točki, ki so osebe, ki jim je Center za socialno delo priznal pravico do plačila prispevka za OZZ in 4.) še nekatere druge manjše skupine zavarovancev, ki so v tabeli opredeljene pod Ostalo.

Tabela 4.1: Pregled prispevnih stopenj glede na kategorije zavarovancev

Kategorija zavarovanca	Število zavarovancev	Prispevna stopnja	Mesečni prispevek na zavarovanca v €	Plačani prispevki v tisoč €
Zaposleni	719.510	13,45%	203	1.749.203
– od tega delodajalci	719.510	7,09%	104	900.581
– od tega delojemalci	719.510	6,36%	95	848.622
Samostojni podjetniki	70.315	13,45%	129	109.187
Kmetje	12.819	18,78% ali 6,36%	40	6.085
ZPIZ za upokojence	547.513	5,96%	56	364.940
Brezposelni	19.931	11,92%	104	24.827
Zavarovanci po 20. točki	70.821	5,96%	20	17.051
Zavarovanci po 21. točki	53.065	2,00%	28	17.766
Ostalo ***	47.421	različno	44	25.043
Skupaj	1.541.395			2.314.101

Vir: Letno poročilo ZZZS (2015, 93).

Opomba: *** Ostale skupine zavarovancev, ki niso zajete v nobeno kategorijo: vključeni so prispevki za pripornike, zamudne obresti, pozneje plačani ukinjeni prispevki, prispevki, ki jih plačuje RS, prispevki za zavarovance iz 17. in 18. člena ZZVZZ, prispevki od nadomestil iz invalidskega zavarovanja ter nerazporejeni prispevki.

4.1.3 Višina premije DZZ, koncept solidarnosti in prilagajanje premije škodnemu rezultatu DZZ

DZZ poznamo že od ustanovitve nove države. Sprva je bila višina premije odvisna od starosti zavarovanca, kar pomeni, da so starejši plačevali več in mlajši manj, oziroma so se za mlajše oblikovale matematične rezervacije za starost. Prav tako so zavarovalnice, ki so imele starejše

zavarovance, imele višje premije, ker so škode starejših zavarovancev višje. Tak sistem ni bil solidaren niti pravičen. Zato je bila v letu 2006 sprejeta sprememba ZZVZZ, ki je vpeljala izravnalne sheme (glej 3.1.3.5), s čimer je omogočila izravnavo odhodkov za zdravstvene storitve med zavarovalnicami za DZZ, in sicer zaradi večjih odhodkov za zdravstvene storitve starejših zavarovancev. Od tega leta dalje so premije med zavarovalnicami med seboj primerljive in niso odvisne od starosti zavarovancev. Iz tabele (Tabela 4.2) je razvidno, da ima Vzajemna vseskozi najnižjo premijo DZZ, razen v letu 2006, ko je na trg vstopila tudi TZZ, ki pa je imela najnižjo premijo le prvo leto delovanja. Višina premije za DZZ se prilagaja višini odhodkov za zdravstvene storitve, zato se je premija večkrat povišala zaradi povečanih stroškov za zdravstvene storitve, dvakrat pa se je znižala, ker so bili odhodki za zdravstvene storitve nižji od načrtovanih. V letu 2012 je videti večji porast stroškov za zdravstvene storitve zaradi ZUJF-a (glej 3.1.3.3). Vzajemna kot vzajemna družba ohranja najnižjo ceno zavarovanja na trgu in tako zagotavlja, da je premija regulirana na celotnem trgu. To se je potrdilo tudi ob zadnjem znižanju, leta 2014, ko sta ji z znižanjem premij sledili tudi ostali dve zavarovalnici.

Tabela 4.2: Gibanje cen DZZ od leta 2007 dalje in primerjava med zavarovalnicami

	od 1.3.2014	od 1.7.2012	od 1.3.2011	od 1.3.2010	od 1.3.2009	od 1.11.2007	od 1.10.2006	od 1.3.2006
Vzajemna	26,79	27,76	23,88	22,55	23,12	21,10	20,11	19,17
	od 1.6.2014	od 1.7.2012	od 1.3.2011		od 1.2.2009	od 1.8.2007	od 1.10.2016	od 1.3.2016
TZZ	27,51	28,54	25,10	ni spremembe	23,89	21,98	19,99	19,16
	od 1.6.2014	od 1.7.2012	od 1.3.2011		od 1.1.2009	od 1.10.2007	od 1.10.2016	od 1.3.2016
AS	27,49	28,50	25,70	ni spremembe	23,85	21,95	20,09	19,24

Vir: Lastno delo na osnovi podatkov: AS (2007–2015); TZZ (2008–2015); Vzajemna (2007–2015).

4.1.4 Stroški poslovanja ter dobiček/ presežek ZZS in zdravstvenih zavarovalnic

Vse predlagane reforme oz. vsi predvolilni programi v preteklosti, ki so predlagali ukinitve DZZ, so to utemeljevali predvsem z dejstvom, da imajo zavarovalnice visoke obratovalne stroške in dobičke, ki bi jih lahko namenili neposredno za zdravstvene storitve, če bi bilo zavarovanje drugače urejeno.

Primerjava v tabeli (Tabela 4.3) nam pokaže, da je ZZS v letu 2014 za svoje delovanje porabil 1,8 odstotkov vseh čistih prihodkov, zavarovalnice pa 10,8 odstotkov vseh čistih prihodkov. Razlika je na prvi pregled velika. Podrobnejša analiza podatkov pa nam pokaže, da zavarovalnice približno eno tretjino stroškov (Slovensko zavarovalno združenje 2011, 41), ki jih porabi za svoje delovanje, vračajo nazaj v sistem, in bi nastali tudi v primeru, da bi DZZ izvajal npr. ZZS. Ti tako imenovani drugi obratovalni stroški so predvsem:

- stroški delovanja KZZ, ki ga zavarovalnice plačujejo ZZZS. »Zavarovalnice sofinancirajo vzdrževanje sistema kartice zdravstvenega zavarovanja v višini 49 odstotkov vseh stroškov, ki jih ima ZZZS kot nosilec omenjenega sistema« (Slovensko zavarovalno združenje 2011, 41).
- Stroški opreme za izmenjavo podatkov med izvajalci zdravstvenih storitev in zavarovalnicami.
- Stroški pobiranja premij (stroški tiska, poštne, provizij podjetjem ter ZPIZ, da mesečno nakazujejo premije za zaposlene oz. upokojujence) ter posledično stroški izterjave za neplačane premije.
- Stroški kontrole izplačila škod: skladno z ZZVZZ morajo zavarovalnice voditi škode tako po zavarovancih kot po storitvah (Slovensko zavarovalno združenje 2011, 43).

Če odštejemo opredeljeno tretjino stroškov, bi tako čisti obratovalni stroški predstavljali 7,2 odstotka od čistih prihodkov.

Podatki v zadnjih dveh alinejah so še posebej zanimivi, če upoštevamo, da teh aktivnosti ZZZS na strani OZZ ne izvaja. Pobiranje in izterjavo prispevkov zanj brezplačno izvaja Finančna uprava RS (FURS). ZZZS tudi ne vodi evidence stroškov zdravstvenih storitev po zavarovancu. V primeru, da bi ZZZS to izvajal sam, bi mu obratovalni stroški narasli.

Poleg tega zavarovalnice za DZZ plačujejo vsem izvajalcem med 0,75 in 1,25 odstotka stroškov vseh obračunanih zdravstvenih storitev za poročanje podatkov po zavarovancih, kar je zahteva skladno z ZZVZZ. To znese na leto okrog 3 mio evrov in za toliko so višji odhodki za škode. Tudi tega stroška ZZZS nima. (Slovensko zavarovalno združenje 2011, 41)

Tako ZZZS kot zavarovalnice izkazujejo dobiček oziroma presežek v letu 2014. Med zavarovalnicami velja izpostaviti Vzajemno in AS, ki sta imeli dobiček pod 2 mio evrov. Vzajemna je imela prvotno za 12 mio evrov višji dobiček, ki pa ga je vrnila zavarovancem. Enako je storila tudi v letu 2013.

Analiza teh podatkov nam pokaže, da z ukinitvijo DZZ ne bomo pridobili veliko dodatnega denarja, ki bi ga lahko neposredno porabili v sistemu, ker bi določeni stroški ostali. Prav tako vsaj ena zavarovalnica vrača denar zavarovancem v primeru, kadar je pobranih prispevkov več, kot jih je potrebno za kritje škod. Posledično je bila v letu 2014 znižana premija DZZ. Smiselno bi bilo razmisliti, da bi v ZZVZZ uvedli določbo, da bi bilo tako ravnanje obvezno za vse zavarovalnice.

Tabela 4.3 Stroški delovanja ZZZS in zavarovalnic v letu 2014

Postavke v bilancah ZZZS v evrih za leto 2014	
Čisti prihodki z naslova prispevkov in drugih prihodkov	2.367.451.643
Čisti odhodki za zdr. storitve, zdr. dejavnost in denarne dajatve	2.305.349.450
Razlika Prihodki – Odhodki	62.102.193
Obratovalni stroški	41.492.391
Presežek	15.673.683
Postavke v bilancah zavarovalnic v evrih za leto 2014	
Čisti prihodki od zavarovalnih premij	477.761.789
Čisti odhodki za škode	413.479.677
Razlika Prihodki – Odhodki	64.282.112
Obratovalni stroški - skupaj	51.378.098
Čisti obratovalni stroški	34.252.065
Drugi obratovalni stroški	17.126.033
Čisti dobiček	11.705.034

Vir: ZZZS (2015); AS (2007–2015); TZZ (2008–2015); Vzajemna (2007–2015); Slovensko zavarovalno združenje (2011, 40).

Opomba: Čisti matematični izračun podatkov v zgornji tabeli bi pokazal, da se številke ne ujemajo. Tako je zato, ker v tabeli niso prikazani vsi podatki. Pri OZZ manjkajo rezerve, pri DZZ pa drugi zavarovalni odhodki in prihodki, ki vplivajo na končen rezultat.

4.1.5 Odhodki po dejavnostih iz naslova OZZ in DZZ v evrih

V Sloveniji smo v letu 2014 iz OZZ in DZZ zbrali 2.845 mio evrov in jih za zdravstveno dejavnost direktno namenili 2.718 mio evrov. Ukinitvev DZZ bi pomenila, da je potrebno nadomestiti najmanj 15,2 odstotka sredstev, ki jih sedaj namenjata OZZ in DZZ skupaj (Tabela 4.4).

Tabela 4.4: Prihodki iz zdravstvenih zavarovanj

	Čisti prihodki v mio evrov 2014 iz prispevkov in premij	Čisti odhodki v mio evrov 2014 (brez stroškov poslovanja)
OZZ *	2.367	2.305
DZZ	478	413
Delež DZZ	16,8 %	15,2 %

Vir: ZZZS (2015); AS (2007–2015); TZZ (2008–2015); Vzajemna (2007–2015).

Opomba: * Pri OZZ so zajeti prihodki OZZ in ostali prihodki, ki zajemajo plačila države za socialno ogrožene in zapornike, sredstva iz mednarodnih sporazumov in regresnih zahtevkov.

Nadaljnja analiza nam prikazuje, koliko stroškov zdravstvenih storitev dejansko plačuje OZZ in koliko DZZ. Ob tem je smiselno izpostaviti dejstvo, da OZZ plačuje stroške storitev le v obsegu, ki je določen z vsakoletnim splošnim in področnimi dogovori, zavarovalnice pa morajo plačati vse opravljene storitve, tudi če te presegajo plan. To konkretno pomeni, da nikoli točno ne vedo, kakšne bodo škode konec leta, še posebej pri storitvah, za katere plačujejo 90-odstotni delež doplačil.

Primerjava je narejena na osnovi klasifikacije, ki jo ima ZZSZ za OZZ. Temu so v tabeli prilagojeni podatki za DZZ, kot osnova za izračun so upoštevani podatki Vzajemne, ki so, glede na deleže po storitvah in skupen znesek za DZZ, preračunani za vse zavarovalnice.

Podatki so razdeljeni v tri skupine (Tabela 4.5):

- prva skupina so zdravstvene storitve, kjer večji delež predstavljata specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje. DZZ v tem delu plača 12 odstotkov vseh stroškov. Večji delež stroškov, to je 19 odstotkov, krije DZZ v osnovnem zdravstvenem varstvu. Podrobnejša analiza podatkov, ki so bili na voljo v letnem poročilu ZZSZ in podatkih Vzajemne, nam pokaže, da je npr. za zobozdravstvene storitve ZZSZ plačal 49 mio, zavarovalnice za DZZ pa dobrih 44 mio evrov, kar je dobrih 47 odstotkov.
- Druga skupina je ostala zdravstvena dejavnost, kjer glavnino stroška predstavljajo zdravila, zavarovalnice za DZZ plačajo kar 36 odstotkov tega stroška. Ta delež je tako visok, ker za vsa zdravila na vmesni listi DZZ krije kar 90 odstotkov stroškov.
- V tretji skupini so denarne dajatve, za katere zavarovalnice za DZZ ne plačujejo doplačil. V tabeli vidimo še postavko za pogrebne in posmrtnine, ki so le ukinjene konec leta 2013, prikazani stroški so bili plačani za leto 2013.

Za vse izdatke za vse zdravstvene storitve plačuje OZZ 85 odstotkov in DZZ 15 odstotkov. Iz podatkov vidimo, da so največji deleži doplačila za osnovno zdravstveno varstvo, od tega največ za zobozdravstvo, in za zdravila, predvsem tista na vmesni listi. To sta dve skupini storitev, pri katerih bi bili zavarovanci najbolj prizadeti, če bi DZZ samo ukinili, in ga ne nadomestili z drugim zavarovanjem. Smiselno bi bilo razmisliti, da bi omenjene storitve izločili iz košarice storitev oz. zanje oblikovali ločeno košarico.

Večja doplačila glede na absolutne vrednosti so tudi za specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje, za katere so stroški storitev visoki in bi ukinitve DZZ v teh primerih zavarovance še bolj prizadela, ker bi bili soočeni z visokimi doplačili.

Tabela 4.5: Primerjava odhodkov po dejavnostih z naslova OZZ in DZZ za leto 2014

	OZZ	DZZ	Skupaj	Delež OZZ	Delež PZZ
Osnovno zdravstveno varstvo	386.471.991	91.205.455	477.677.446	81%	19%
Spec. amb. in bolnišnično zdravljenje	1.092.384.833	150.117.875	1.242.502.708	88%	12%
Dejavnost socialnih zavodov	120.067.853	0	120.067.853	100%	0%
Dejavnost obv. soc. varnosti in transferi neprofitnim org.	69.591.431	0	69.591.431	100%	0%
Skupaj zdravstvene storitve (1-4)	1.668.516.108	241.323.330	1.909.839.438	87%	13%
Zdravila in ortopedski pripomočki	351.293.170	171.787.442	523.080.612	67%	33%
– za zdravila	278.342.609	158.586.971	436.929.580	64%	36%
– za medicinske pripomočke	59.280.742	13.200.471	72.481.213	82%	18%
– za cepiva in pripravke za hemofilike	13.669.819	0	13.669.819	100%	0%
Zdravljenje v tujini – napotitve	5.664.478	0	5.664.478	100%	0%
Mednarodno zavarovanje	50.108.165	368.905	50.477.070	99%	1%
Skupaj ostala zdravstvena dejavnost (6+7+8)	407.065.813	172.156.347	579.222.160	70%	30%
Denarne dajatve:	229.767.530	0	229.767.530	100%	0%
– za nadomestila odsotnosti	225.545.479	0	225.545.479	100%	0%
– za pogrebne, posmrtnine	1.177.555	0	1.177.555	100%	0%
– za potne stroške, dnevnice, prevoze	2.762.128	0	2.762.128	100%	0%
– povračila zavarovalnicam – soc. ogroženi	282.368	0	282.368	100%	0%
Skupaj vsi izdatki za izvajanje zdravstvenega varstva (5+9+10)	2.305.349.451	413.479.677	2.718.829.128	85%	15%

Vir: Lastni izračuni na osnovi ZZZS (2015); Vzajemna (2016f).

Opomba k podatkom v tabeli: Določene postavke kot so ne nujni reševalni prevozi in zdraviliško zdravljenje, ki niso ločeno prikazane med podatki ZZZS, so bili razporejene med druge postavke, in sicer med osnovno in specialistično oz. bolnišnično zdravljenje. Nadomestilo, ki ga zavarovalnice plačujejo za posredovanje podatkov od izvajalcev zdravstveni storitev, je razdeljeno po deležu med vse storitve.

4.1.6 Čakalne dobe

Čakalne dobe lahko razdelimo na čakalne dobe v primarnem in sekundarnem oz. terciarnem varstvu. Na primarni ravni se z daljšimi čakalnimi dobami, razen na področju zobozdravstva, v Sloveniji ne srečujemo (ZZZS 2015, 44). Čakalne dobe na področju zobozdravstva so prikazane na sliki v prilogi C. Na nekaterih področjih zelo dolge, predvsem na področju protetike in področju ortodontije, kjer so čakalne dobe nad 18 in 28 mesecev. Ostala področja imajo čakalno dobo pod 6 mesecev, najkrajše so čakalne dobe za zdravljenje zob otrok in protetiko pri otrocih. Za zobozdravstvene storitve Slovenci veliko plačujemo iz lastnih sredstev. Glede na podatek v tabeli (Tabela 3.7) porabimo 9 odstotkov vseh doplačil iz lastnih sredstev, ki znašajo okrog 423 mio evrov, za zobozdravstvo, kar predstavlja približno 38 mio evrov. V primeru, da bi vsi ti zavarovanci koristili zobozdravstvene storitve v javnem sistemu, bi se čakalne dobe še povečale.

Popolnoma drugačna pa je slika na sekundarnem oziroma terciarnem nivoju, kjer se praktično pri vseh storitvah srečujemo s čakalnimi dobami. Podrobneje so čakalne dobe prikazane v tabeli v prilogi C. »Najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve določa Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenju čakalnih seznamov ... V Pravilniku so opredeljene stopnje nujnosti (nujno, hitro in redno) in izjeme.« (ZZZS 2015, 46)

V letu 2014 se je v primerjavi z letom 2013 pričakovana čakalna doba podaljšala pri nekaj več kot pol storitvah (pri 37 od 60 storitvah oziroma ambulantah), vendar so čakalne dobe večinoma ostale v okviru dopustnih čakalnih dob (stopnja redno). Dopustne čakalne dobe so bile presežene pri: artroplastiki kolena, drugih posegih na perifernem ožilju, operacijah krčnih žil, ortopedskih operacijah rame (samo terapevtski posegi na rami), posegih in operacijah hrbtenice, posegih in operacijah v ustih, grlu in žrelu, operacijah kile – odrasli, koronarni angiografiji in PTCA, v revmatološki ambulanti. Pri 23 storitvah se je čakalna doba skrajšala. Največje skrajšanje pričakovane čakalne dobe je bilo doseženo pri RTG skeleta, operacijah na odprtem srcu, operacijah kile pri otrocih ter RTG hrbtenice. Največje podaljšanje pričakovane čakalne dobe je bilo pri koronarni angiografiji in PTCA, sklerozaciji krčnih žil ter v ginekološki ambulanti – sekundarna raven. (ZZZS 2015, 46–47)

Iz navedenega je razvidno, da je področje čakalnih dob problematično predvsem na sekundarnem nivoju. Težko je podati oceno oziroma izračunati, koliko denarja bi potrebovali, za občutno skrajšanje čakalnih dob oziroma njihovo odpravo. Ocene, podane na podlagi izvedenih intervjujev, so med 120 do 300 mio evrov potrebnih dodatnih sredstev. Metodologije za natančen izračun ni.

4.1.7 Mreža izvajalcev zdravstvene dejavnosti

Ključni izzivi za upravljalce vseh javnih sistemov so trije: kako proizvesti storitve, kako plačati zanje in kako jih dostaviti državljanom, da bodo dostopali do storitev na enakopraven način. ... Pri upravljanju javnih omrežij se torej srečajo finance, proizvodnja storitev in potrebe državljanov, osrednji izziv pa je, kako dimenzionirati distribucijski sistem tako, da bo znotraj obstoječih sredstev mogoče maksimizirati tako potrebe uporabnikov kot tudi potrebe izvajalcev javnih storitev. (Rus 2013, 2)

Mreža izvajalcev zdravstvene dejavnosti v Sloveniji je zelo razvejana, imamo:

- 62 zdravstvenih domov (Petrič 2013, 8),
- 26 bolnišnic, od tega dva univerzitetna klinična centra, deset splošnih bolnišnic, sedem specializiranih bolnišnic, pet psihiatričnih bolnišnic in dve porodnišnici. Porodniške oddelke ima tudi vseh deset splošnih bolnišnic in oba klinična centra (Ministrstvo za zdravje 2016b),
- eno privatno bolnišnico, Kirurški sanatorij Rožna dolina,
- preko 1.600 izvajalcev koncesionarjev.

Slovenska mreža izvajalcev zdravstvene dejavnosti je zelo razvejana in vsaka splošna bolnišnica pokriva vse specialnosti. Reforme se tega področja dotikajo le obrobno ali pa ne celovito. Ureditev tega področja bi lahko prinesla znatne prihranke zaradi plačevanja storitev, ki se jih sedaj plačuje glede na zmogljivosti in ne glede na izvedene storitve, zato kapacitete niso enakomerno izkoriščene, poleg tega pa tudi večjo kakovost storitev zaradi

večje specializiranosti na določenem področju. Ključni izziv je tako v ustreznem dimenzioniranju sistema zdravstvene mreže kot ugotavlja že Rus (2013).

4.2 Analiza nekaterih predlaganih reform/sprememb v zadnjih petih letih

Analiziranih je pet reform oziroma dokumentov, ki so v zadnjih petih letih predlagali spremembe na področju sistema zdravstvenega varstva oziroma financiranja le-tega, in sicer:

- Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji s strani Ministrstva za zdravje,
- Projekt prenove gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva s strani Ekonomske fakultete v Ljubljani,
- Ocena dolgoročne javno finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema in možnih virov financiranja s strani Inštituta za ekonomska raziskovanja,
- Organizacija zdravstvenega sistema in sistema dolgotrajne oskrbe v Sloveniji s strani Vzajemne zdravstvene zavarovalnice,
- Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020 s strani Ministrstva za zdravje iz leta 2011.

4.2.1 Pregled in ocena dokumentov v sklopu »Analize zdravstvenega sistema v Sloveniji« Ministrstva za zdravje

WHO in European Observatory in Health Systems and Policies sta v letu 2015 za MZ pripravila analizo sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. V okviru te analize je analiziranih več področij, med drugim tudi pregled virov financiranja zdravstvenega varstva, v okviru katerega sta relevantna dva dokumenta »Ocena financiranja zdravstva« in »Preučitev upravičenosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja«. Ta dva dokumenta sta predmet analize v tem poglavju.

4.2.1.1 Ocena financiranja zdravstva

Analiza ugotavlja, da sistem kot ga ima Slovenija trenutno, to je da se plačuje prispevke iz plač za OZZ in premija za DZZ, ne zagotavlja dovolj velike razpršenosti prispevkov za financiranje zdravstvenega varstva, kar je lahko problematično v primeru večjih kriz, kot se je zgodilo v letih 2009 in 2010. Problem bo nastal tudi s staranjem prebivalstva in vedno manjšim deležem delovno aktivnih. V preteklosti se je kot dober mehanizem blaženja pomanjkanja denarja izkazalo DZZ, na katerega se je prenesel strošek pokrivanja izgub iz OZZ. (Ministrstvo za zdravje 2015a)

Dolgoročno se predlaga, da se razmisli o (Ministrstvo za zdravje 2015a, 8–22):

- širitvi prispevnih osnov, ki poleg dohodkov zaposlenih zajema tudi druge vire. Za primer navaja Francijo, kjer se kot osnova za plačilo prispevkov upošteva vse prihodke posameznika in ne le plačo.
- Uvedbi proticikličnega mehanizma s katerimi bi blažili morebitne ponovne padce prihodkov v zdravstveno blagajno, kot se je zgodilo v preteklih letih. Kot primer se navaja Litvo, ki je naredila sledeče:
 - vlada izvaja transferje za brezposelne in ekonomsko manj aktivne iz državnega proračuna.
 - Transferje se izračunava glede na povprečne plače zadnjih dveh let pred transferjem in tako nenadni padec povprečnih plač ne vpliva takoj na višino transferja.
 - Rezerve, ki se naberejo v času boljših let, se zbirajo v skladu za zdravstveno zavarovanje in koristijo v času slabših let.
- Ne krčenju košarice pravic, pač pa naj se več pozornosti nameni kakovosti oskrbe in obravnavi pacientov. Hkrati se predlaga, da se delež doplačil iz DZZ ne povečuje več, in revidira izdatke za zdravstvo, ki jih državljani plačajo direktno iz lastnih sredstev in vpliv teh plačil na preskakovanje čakalnih dob.

V tabeli (Tabela 4.6) je prikazanih pet scenarijev, ki so predlagani za pridobivanje dodatnih virov financiranja. V dokumentu ni opredeljeno, koliko dodatnih virov sredstev je potrebnih za stabilizacijo sistema zaradi staranja prebivalstva in dolgih čakalnih dob.

Tabela 4.6: Pregled podanih predlogov s področja financiranja zdravstva

Scenariji pridobitve dodatnih sredstev
Scenarij 1: Povišanje prispevne stopnje za upokojence - 20-odstotno zvišanje - povišanje plača direktno proračun - pričakuje se 73 mio evrov dodatnih prihodkov na leto S tem se poveča razpršenost virov financiranja in omogoča hitro prilagoditev v prihodnosti, če bo to potrebno.
Scenarij 2: Proračunski transfer za otroke - 20 evrov na mesec na otroka - povišanje plača direktno proračun - pričakuje se 89 mio evrov dodatnih prihodkov na leto S tem se poveča razpršenost virov financiranja in znaten nov vir financiranja.

Scenarij 3: Splošno zvišanje prispevnih stopenj

- 3-odstotno zvišanje prispevnih stopenj
- povišanje plača vsak posameznik
- pričakuje se 69 mio evrov dodatnih prihodkov na leto

Ta scenarij ne rešuje temeljnega izziva razpršenosti in odvisnost od prispevka ostaja.

Scenarij 4: Razširitev prispevne stopnje na vse vrste prihodkov

- dodatna 2-odstotna obdavčitev dohodkov, ki niso plača
- povišanje plača vsak posameznik, ki ima še druge dohodke poleg plače
- pričakuje se 15,8 mio evrov dodatnih prihodkov na leto

Ta scenarij izboljšuje pravičnost financiranja in povečuje vzdržnost financiranja. Ne zajema vseh možnih opcij, kot je npr. obdavčitev kapitala.

Scenarij 5: Poenotenje stopenj za zaposlene in nezaposlene

- prispevek za brezposelne se poveča iz 104 na 203 evre na mesec
- prispevek plača proračun
- pričakuje se 4 mio evrov dodatnih prihodkov na leto

S tem scenarijem se izboljšuje procikličnost.

Vir: Ministrstvo za zdravje (2015a); Ministrstvo za zdravje (2016a).

Z uvedbo vseh petih scenarijev hkrati bi zagotovili dodatnih 250,8 mio evrov. Trenutno so potrebe glede na druge podatke (glej 4.2.3) manjše, zato ne bi bilo potrebno sprejeti vseh scenarijev hkrati. Scenariji ne opredeljujejo, ali bo državni proračun sposoben vplačevati dodatna sredstva v zdravstveno blagajno, in kako bodo ta sredstva zagotovljena. V primeru ukinitve DZZ, kar je tudi eden izmed scenarijev, opredeljenih v poglavju 4.2.1.2, ta sredstva ne bi pokrila izpada vira financiranja DZZ. Podani predlogi so, v kombinaciji z vsemi ostalimi predlogi, ki so obravnavani v magistrskem delu, dobra podlaga za pripravo najbolj učinkovitega in sprejemljivega predloga.

4.2.1.2 Preučitev upravičenosti DZZ

Druga analiza ugotavlja, da je v Sloveniji visoka stopnja zavarovanosti za DZZ. To je predvsem posledica narave zavarovanja, ki zagotavlja doplačila k OZZ in dostopnosti cene zavarovanja. Gospodinjstvom zagotavlja finančno varnost. V času krize je sistem DZZ omogočil prenos javnih izdatkov iz OZZ na DZZ in tako zagotovil nadaljnje pokrivanje potreb brez neposrednih doplačil iz lastnih sredstev. DZZ pa je problematično z vidika transakcijskih stroškov, ki jih povzroča. Ti stroški so: dobički, administracijski stroški in stroški, povezani z izvajanjem predpisov. (Ministrstvo za zdravje 2015b, 1)

Analiza predlaga štiri možnosti nadaljnje obravnave DZZ, ki so predstavljene v tabeli (Tabela 4.7).

Tabela 4.7: Možnosti nadaljnje obravnave DZZ

Možnosti obravnave DZZ												
Možnost 1: Odprava doplačil												
Slovenija ima v primerjavi z drugimi državami zakonsko urejena doplačila na vseh ravneh. V drugih državah predvsem primarna in sekundarna raven nimata toliko doplačil kot Slovenija. Ali jih sploh ni ali pa so veliko manjša. S popolno ukinitvijo DZZ bi nastala velika vrzel v financiranju zdravstvenih storitev. Zato bo potrebno poiskati dodatne vire financiranja, ki so opredeljeni v možnosti 2 in v poglavju 4.2.1.1.												
Možnost 2: Zamenjava DZZ z obvezno dajatvijo ali prispevkom												
V primeru, da doplačila ostanejo, se lahko uvede novo shemo predplačil, ki jo bo upravljal ZZZS. Ta sistem ima dve prednosti: - ni potrebe po ustvarjanju dobička, - manjši administracijski stroški, ker s temi sredstvi upravlja le en subjekt. Slabost je predvsem v izgubi delovnih mest v zavarovalniški dejavnosti, ki sedaj pokriva DZZ. 404 mio evrov izdatkov bi zahtevalo letno plačilo okoli 262 evrov na posameznika (povprečna premija za DZZ je 330 evrov na posameznika v letu 2014). Ob tem analiza ne upošteva stroškov administracije, ki bodo nastali z upravljanjem teh sredstev in drugih stroškov, ki so opredeljeni v tabeli (Tabela 4.3). Predlog je, da se ne ohrani sedanjega načina plačevanja, to je enako za vse zavezanca za doplačila, pač pa se uvede plačilo glede na plačilno sposobnost posameznika. Predlagana sta dva pristopa: - poveča se prispevna stopnja za 17,5 odstotka, kar bi lahko negativno vplivalo na bogatejše prebivalstvo. V letu 2014 je bilo prihodkov z naslova pobranih prispevkov za OZZ 1.882 mio evrov. 17,5-odstotno povečanje pomeni 329,4 mio evrov V letu 2014 je vseh prihodkov za OZZ 2.368 mio evrov, 17,5-odstotno povečanje pomeni 414,4 mio evrov. Podatki prikazujejo, da se bodo morali dejansko povečati vsi prihodki za 17,5 odstotkov in ne le prihodki z naslova prispevkov, da se bo pokrilo izpad iz naslova DZZ. - Plačilo glede na dohodek, vendar so opredeljeni 4 razredi <table><tr><th>Stopnja dohodka</th><th>Znesek v evrih</th></tr><tr><td>Pod 60 % povprečnega dohodka</td><td>14</td></tr><tr><td>Od 60 % do 140 % povprečnega dohodka</td><td>17,5</td></tr><tr><td>Od 140 % do 200 % povprečnega dohodka</td><td>24,5</td></tr><tr><td>Nad 200 % povprečnega dohodka</td><td>30</td></tr><tr><td>Skupaj (mio evrov na leto)</td><td>310,4</td></tr></table> Kot razvidno iz tabele bi na ta način pridobili 310,4 mio evrov, kar je najmanj 100 mio evrov premalo. Konkretna kalkulacija, ki je bila uporabljena v tej analizi, namreč temelji na podatkih pred letom 2009, ko so se deleži doplačil začeli spreminjati in se je posledično povečala premija DZZ (glej 3.1.3.3).	Stopnja dohodka	Znesek v evrih	Pod 60 % povprečnega dohodka	14	Od 60 % do 140 % povprečnega dohodka	17,5	Od 140 % do 200 % povprečnega dohodka	24,5	Nad 200 % povprečnega dohodka	30	Skupaj (mio evrov na leto)	310,4
Stopnja dohodka	Znesek v evrih											
Pod 60 % povprečnega dohodka	14											
Od 60 % do 140 % povprečnega dohodka	17,5											
Od 140 % do 200 % povprečnega dohodka	24,5											
Nad 200 % povprečnega dohodka	30											
Skupaj (mio evrov na leto)	310,4											
Možnost 3: Boljša regulacija in nadzor DZZ												
Pri tretji možnosti je rešitev podana na predpostavki, da ni mogoče na hiter način izpeljati Možnosti 1 ali Možnosti 2 »in da je DZZ nepogrešljiv del infrastrukture financiranja zdravstvenega varstva« (Ministrstvo za zdravje 2015b, 5). Ukinitve bi povzročila povečanje plačil iz lastnih sredstev pri Možnosti 1 in težavo pri zbiranju dodatnih sredstev pri Možnosti 2. Zato je boljša opcija Možnost 3, kjer se uredi področje izvajanja obstoječega DZZ. Ključni cilji, ki jih želi doseči Možnost 3 so: - zagotoviti cenovno dostopnost, - ublažiti regresivnost financiranja ter - ovrednotiti in spodbujati učinkovitost. Urediti je potrebno naslednja področja: - spremljanje pokritosti prebivalstva za zagotovitev finančne zaščite pred doplačili.												

- spremljanje gibanja cen za zagotovitev dostopnosti (cena se prilagaja škodnemu dogajanju),
- spremljanje učinkovitosti financiranja preko DZZ v povezavi stroški škod v deležu premij, v povezavi s selekcijo in izravnavo tveganj (izravnalne sheme).

Analiza ugotavlja trenutno stanje opredeljenih področij DZZ:

- **Pokritost prebivalstva z DZZ** je 95 odstotna v primerjavi z vsemi zavezanci za doplačila. Analiza ugotavlja večji upad v letih 2008–2010 za cca. 28.000 zavarovancev. Obrazložitev, zakaj se je to zgodilo, niso identificirali. Dejanski razlog je v tem, da je bilo zaradi krize več ljudi upravičenih do plačila storitev iz naslova proračuna. Ti zavarovanci imajo še vedno sklenjeno DZZ, vendar je v mirovanju, in v podatkih, ki jih ima Ministrstvo za zdravje, ti zavarovanci niso prikazani.⁴
- **Transakcijski stroški:** Zavarovalna premija kaže trend rasti, in sicer za 40 odstotkov od leta 2006 do leta 2013. To je primerljivo z ostalimi zavarovalnicami v Evropi, ki zavarujejo doplačila. Analiza ugotavlja, da so varčevalni ukrepi le malo vplivali na višino premije v letu 2014, ko se je premija znižala. Ob podrobnejšem pregledu dogajanja bi ugotovili, da je razlog za visok dvig premije prenos stroškov iz OZZ na DZZ, ko so se škode povečale za 100 mio na leto (glej poglavje 3.1.3.3). Transakcijski stroški rastejo ob enakem številu zavarovancev, kar kaže na neučinkovitost poslovanja zavarovalnic. Razlog povečanja transakcijskih stroškov ni v dobičkih pač pa v povečanih stroških poslovanja zavarovalnic. Kljub temu analiza ugotavlja, da ima Slovenija v primerjavi z Evropo še vedno nizke transakcijske stroške. Obstaja nevarnost, da se bodo transakcijski stroški še dvignili v primeru zahtev Solventnosti II.
- **Struktura in vedenje trga:** trg je oligopolni, in sicer DZZ nudijo tri zavarovalnice. Cene se po navadi premikajo skupaj in nikoli navzdol (za Slovenijo ta ugotovitev ne drži). Oglaševanje, blagovne znamke in rastoče marže so glavni način konkurence. V Sloveniji trg ni rasel, opaziti pa je premike zavarovancev med zavarovalnicami. Analiza ugotavlja prehode predvsem mlajših zavarovancev, ki so bolj zdravi. To naj bi na strani stroškov uravnale izravnalne sheme. Vendar pa analiza ugotavlja, da izravnalne sheme verjetno niso ustrezne, in bi jih bilo potrebno ponovno pregledati in s tem zaustaviti spodbude (nagrade) zavarovalnic za prehode mlajših zavarovancev. »Bolj izpopolnjeno izenačevanje tveganj bi pomagalo znižati transakcijske stroške zavarovalnic«. (Ministrstvo za zdravje 2015b, 13)
- **Premije DZZ:** Premije so regresivne in ne upoštevajo prihodka posameznika. V primeru previsoke premije se revnejši posamezniki lahko odločijo, da se ne bodo zavarovali. V Sloveniji za enkrat tega še ni zaznati. Da bi preprečili regresivnost imamo dve opciji:
 1. Sprememba premijske politike DZZ na način, da se vpelje plačilo glede na prihodek. To je težko izvedljivo, ker zavarovalnice nimajo podatkov o prihodkih posameznikov.
 2. Uvedba ukrepov za revne prebivalce, in sicer: brezplačno DZZ za prebivalce, ki imajo nižji dohodek od določenega s strani države. Druga možnost je, da se revnim prebivalcem, ki imajo prihodke pod določeno mejo, enkrat letno da vavčer v višini npr. 100 evrov, ki jim je v pomoč pri plačevanju premije DZZ. Sredstva za pokrivanje obeh možnosti se pridobi z uvedbo davka na DZZ, ki ga sedaj ni.

Možnost 1: Brez sprememb

Ostane enako kot do sedaj.

Vir: Ministrstvo za zdravje (2015b); Ministrstvo za zdravje (2016a); lastno delo.

Kljub štirim predlaganim možnostim je v sklepnih besedah analize ponovno poudarjeno, da je slovensko DZZ uspešno in zagotavlja dobro finančno varnost posameznikov. Delež DZZ (48-odstotni v letu 2013) v zasebnih izdatkih je v Sloveniji drugi najvišji v Evropi in šesti na svetu. Pred Slovenijo je Francija, ki ima 59-odstotno pokritost. V analizi je predlagano, da se razmisli o uvedbi dodatnih kritij v DZZ, ki se jih trenutno v veliki meri plačuje direktno iz

⁴ Vse tri zavarovalnice trimesečno pošiljajo MZ podatke za potrebe izravnalnih shem. Podatki vključujejo število aktivnih zavarovancev (to so zavarovanci, ki imajo zagotovljeno kritje po polici) in vsi izdatki za stroške zdravstvenih storitev v opazovanem obdobju.

lastnih sredstev, npr. zobozdravstvo. Boljši nadzor in ureditev DZZ lahko odpravita prepoznane pomanjkljivosti tega področja. (Ministrstvo za zdravje 2015b, 15). Glede na podano analizo je razvidno, da je sistem DZZ dober, da so potrebne nekatere spremembe, in da ni glavni vir težav v financiranju zdravstvenega varstva.

4.2.1.3 Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva

Ministrstvo za zdravje (2016a, 1) navaja »na podlagi rezultatov Analize zdravstvenega sistema je nastala Resolucija o Nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 ... , ki upošteva tako naraščanje stroškov v zdravstvu in demografske spremembe kot tudi dejstvo, da hočemo v Sloveniji tudi v prihodnje stalno izboljševati zdravstvene izide.« Resolucija še ni javno objavljena. Prvič je bila dana v javno obravnavo junija 2015. V verziji dokumenta iz konec oktobra 2015 je razvidno, da se dejansko dotika večine ključnih področij in za vsako področje so postavljeni ukrepi z roki za izvedbo in kazalniki učinka.⁵ (Ministrstvo za zdravje 2015c)

4.2.2 Pregled in ocena dokumenta »Projekt prenove gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva« Ekonomske fakultete v Ljubljani

Julija 2015 je Ekonomska fakulteta na posvetu predstavila svoj predlog reforme zdravstvenega sistema, ki ga je pripravila v sodelovanju z zdravniško stroko, zavarovalnicami in farmacevti.

Predlog reforme je poimenovan Projekt prenove gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva, ki vsebuje 82 sklepov. Priprave predloga so se lotili sistematično in so najprej identificirali pet kritičnih področij v zdravstvu, to so (Vzajemna 2015b, 6–8):

- problematika dolgih čakalnih vrst, ki je povezana s slabšanjem kakovosti in izgubami v zdravstvu, kar je posledica omejenih sredstev in povečevanja potreb, ki so povezane s staranjem prebivalstva in miselnostjo ljudi, da jim vse pripada.
- Problematika doplačil, ki je izgubila svoj pomen z uvedbo DZZ, saj se ljudje tako ne zavedajo koliko storitve dejansko stanejo, ker jih ne plačujejo neposredno iz lastnih sredstev, ampak preko DZZ.
- Problematika regulacije košarice zdravstvenih storitev. Tega ne more delati trg, ker je potrebno zagotavljati visok nivo solidarnosti, in mora tu prevzeti svojo vlogo država.

⁵ Sami ukrepi niso analizirani, ker končna verzija dokumenta ni dostopna.

- Problematika mreže izvajalcev zdravstvenih storitev in spodbujanja k boljši performanci in kakovosti, Košarici zdravstvenih storitev mora slediti tudi mreža izvajalcev zdravstvenih storitev. To pa je potrebno spodbuditi s primernimi mehanizmi.
- Problematika organiziranosti izvajalcev zdravstvenih storitev, ki so večinoma javni zavodi (zdravstveni domovi in bolnišnice), in bi bilo potrebno razmisliti o spremembah na tem področju.

Na osnovi identificiranih področij so v tabeli (Tabela 4.8) povzeti glavni predlogi, predvsem tisti, ki se neposredno povezani z zagotavljanjem vzdržnosti zdravstvenega sistema in njegovega financiranja.

Tabela 4.8: Pregled podanih predlogov

Predlogi reforme
Temeljni cilj, ki ga zasleduje je doseganje čim boljšega zdravstvenega stanja prebivalstva z upoštevanjem načel: solidarnosti, dostopnosti, kakovosti in učinkovitosti.
V ospredju reforme je še vedno solidarnost, in sicer solidarnost glede na: - zdravstveno stanje, - dohodek, - starost, - spol, - mesto bivanja, - glede na zaposlitveni status. Solidarnost je mogoče uresničiti znotraj sistema, ki je obvezen za vse in se financira skozi obvezno zavarovanje ali financiranje države. Višina sredstev določa obseg košarice storitev.
Oblikovanje košarice A Košarico A v celoti krije OZZ, ki ga izvaja ZZZS. Oblikuje se glede na višino zbranih sredstev in glede na potrebe prebivalstva. Pričakuje se, da se bo s tem odpravilo čakalne vrste. Sredstva za to košarico se zbirajo s prispevki delodajalcev in delojemalcev. Košarica A bi zajemala: - preventivo, - urgenco, - bolnišnično zdravljenje, - dolgotrajno varstvo, - paliativno oskrbo, - za otroke do končane srednje šole in starostnike nad 65 let in brezposelne ta košarica zajema tudi ostale storitve kot so primarna zdravstvena dejavnost, zobozdravstvo, specialistični pregledi, zdravila in medicinsko tehnični pripomočki, ki so za ostale izključene iz košarice. Za košarico A bi namenili 2 mrd evrov sredstev, kot si jih že danes zbere iz OZZ.
Oblikovanje košarice B Košarica B bi se financirala iz privatnega OZZ, ki bi ga izvajale zavarovalnice. V zavarovanje morajo sprejeti vse, ki izpolnjujejo pogoje skladno z zakonodajo. Storitve v košarici B določa Vlada RS, in sicer so v košarici B storitve: - zdravstvene storitve po MKB-10 do višine 3.000 evrov,

- storitve primarnega varstva (osnovne zdravstvene in diagnostične storitve) zobozdravstvena dejavnost, specialistični pregledi brez napotitve iz bolnišničnega varstva, rehabilitacija, zdravila in medicinsko tehnični pripomočki, porodništvo in babiška nega, prevozi, - zdraviliško zdravljenje, - zdravljenje v tujini. Sredstva bi se zbirala na osnovi enotne premije pri zavarovalnicah, kar pomeni, da ni vzpostavljena dohodkovna, naselitvena in zaposlitvena solidarnost. Vzpostavljen je sistem izravnalnih shem. Za košarico B bi namenili 0,5 mrd sredstev, kar je približno toliko kot se namenja trenutno z naslova DZZ.
Izvajanje financiranja posamezne košarice Financiranje košarice A izvaja ZZSZ, ki je izključno v javni lasti. Morebitni dobiček je namenjen povečevanju košarice A ali se ga vloži v rezervni sklad. Financiranje košarice B izvajajo zdravstvene zavarovalnice, ki delujejo po načelu profitnosti. Zavarovalnice lahko nudijo tudi druga zdravstvena zavarovanja.
Izvajalci zdravstvenih storitev Izvajalci storitev za košarico A so lahko javni ali zasebni, delovati pa morajo po načelu neprofitnosti. Izvajalce izbira in potrjuje Vlada RS na predlog Ministrstva za zdravje. Izvajalci storitev za košarico B so lahko javni ali zasebni, izbirajo pa jih zavarovalnice same in se z njimi dogovarjajo za cene in pogoje. V primeru košarice B izvajalci delujejo kot profitne organizacije.

Vir: Tajnikar in drugi (2015).

Predlog reforme sledi enakim načelom, kot jih je izpostavil tudi Evropski svet leta 2006, tako da so v predlogu upoštevane smernice Evropske unije, s katerimi so vzpostavljene vrednote, ki naj bi jih sistemi zdravstvenega varstva članic EU zasledovali.

Predlog reforme Ekonomske fakultete spreminja obstoječi sistem zdravstvenega varstva v več točkah, ki prinašajo določene prednosti in določene pomanjkljivosti, in sicer:

- uvaja košarici A in B, ki se ju financira ločeno. Košarico A se v celoti financira kot javno OZZ, ki upošteva vsa načela solidarnosti. Košarico B pa se v celoti financira kot privatno OZZ, ki pa ne upošteva vseh načel solidarnosti, temveč le solidarnost glede na zdravstveno stanje, starost in spol. Dejansko se v tej točki obdrži obstoječi koncept solidarnosti OZZ in DZZ.
- Financiranje košarice B ostaja enako, kot je bilo sedaj DZZ, torej enaka premija za vse. Če bo premija v tem delu zelo povišana, si jo nekatere skupine prebivalcev ne bodo mogle več privoščiti, zato ne bo več zagotovljena zdravstvena varnost za vse.
- Vsebino košarice A pomembno spreminja, saj iz nje v celoti izloča primarno zdravstveno oskrbo, zobozdravstvo, zdravila in še kar nekaj storitev, ki veljajo za »cenejše«. Nudi storitve, ki so drage, in si jih posameznik samoplačniško ne bi mogel privoščiti.
- Predlog reforme omogoča hitro spreminjanje vsebine košarice A in B, in sicer tako da se jo prilagaja višini razpoložljivih sredstev, s tem, da se premijo za košarico B lahko

tudi hitro prilagodi, če je to potrebno. Na ta način se lahko zagotavlja sistem brez čakalnih vrst, saj se nudi le toliko storitev, da ni čakalnih vrst.

- Zaradi popolne ločitve financiranja košaric A in B se zavarovalnicam da aktivno vlogo pri dogovarjanju z izvajalci, celo večjo kot ZZZS, kjer vlogo dogovarjanja z izvajalci prevzame Vlada RS.
- Uvaja možnost zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev, s tem, da morajo v primeru zagotavljanja storitev iz košarice A delovati neprofitno, v primeru zagotavljanja storitev iz košarice B pa lahko delujejo profitno. Delovanje po načelu profitnosti je lahko v primeru izvajanja zdravstvenega varstva vprašljivo, saj se takoj pojavi vprašanje, če je to delovanje v dobrobit zavarovanca. V tem primeru bi bilo smiselno točno opredeliti, za kaj se profit lahko porabi. Opravičljivi nameni bi bili npr. vlaganje v infrastrukturo in dodatne zdravstvene zmogljivosti, vlaganje v razvoj in izobraževanje kadrov ipd.

Predlog reforme je zanimiv še z enega vidika. Če bi postopoma ukinili obvezno vključenost v košarico B, kot je predlagano, bi se verjetno določen del prebivalstva, ki skrbi za svoje zdravje, iz te košarice počasi izločil, ker dejansko storitev iz košarice B ne potrebuje. V primeru, da bi potrebovali obisk pri splošnem zdravniku, pa bi si ga lahko privoščili in plačali neposredno z lastnimi sredstvi. Še vedno pa bi ostali zavarovani za primere storitev iz košarice A, kjer so zajete vse drage storitve, ki si jih posameznik ne bi mogel privoščiti, npr. v primeru hujše prometne nesreče. Naslednja skupina, ki bi se iz takega sistema izključila, je skupina bogatejših, ker bi si storitve iz košarice B, v primeru, da bi jih potrebovali, lahko privoščili. Ob izločitvi teh dveh skupin pa bi se lahko zgodilo, da sredstva, vložena v košarico B, ne bi zadostovala za kritje vseh stroškov storitev iz košarice B.

Predlog reforme vključuje skoraj vsa kritična področja. Manjka predlog reorganizacije zdravstvene dejavnosti ter konkreten predlog kaj je potrebno izvesti v okviru posameznega dela predlagane reforme, kdo mora to izvesti in do kdaj. Problematičen je tudi vidik profitnosti v primeru košarice B, zato bi v zvezi s tem veljalo še enkrat razmisliti in redefinirati pravila. Zdravstveno varstvo je v celoti v javnem interesu, zato bi moral celoten sistem delovati neprofitno oziroma za dobrobit zavarovanih oseb. Drug kritičen moment pa je vprašanje obveznosti zavarovanja za košarico B.

4.2.3 Pregled in ocena dokumenta »Ocena dolgoročne javno finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema in možnih virov financiranja« Inštituta za ekonomska raziskovanja

Dr. Majcen in dr. Čok z Inštituta za ekonomska raziskovanja sta v letu 2014 naredila oceno dolgoročne javno finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema in možnih virov financiranja. Študija vključuje projekcijo povečevanja izdatkov v sistemu zdravstvenega varstva, prikaz dveh vrst primanjkljajev in scenarije pokritja le-teh. Prvi primanjkljaj je izračunan na predpostavki, da se ohranja DZZ, drugi pa na predpostavki, da se ga ukinja. Ostale predpostavke, upoštevane pri izračunih:

- v izračunih so upoštevni izdatki za zdravstvene storitve, ki jih krijeta OZZ in DZZ.
- Za izračun izdatkov do leta 2060 je uporabljen referenčni AWG (Ageing Working Group) scenarij⁶, ki predvideva dvig deleža javnih izdatkov BDP za zdravstvo za 1,1 odstotne točke od leta 2010 do leta 2060, in za dolgotrajno oskrbo za 1,6 odstotne točke v enakem obdobju. Pri izdatkih za bolniške odsotnosti je upoštevana le 50-odstotna rast javnih izdatkov za zdravstvo.
- Privatni izdatki za zdravstvo rastejo enako kot javni izdatki.
- Za izdatke, ki jih sedaj krije zdravstveno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, se upošteva AWG scenarij za dolgotrajno oskrbo.
- Upoštevani viri za pokrivanje izdatkov za zdravstvo so: prispevki za OZZ, nedavčni prihodki, sredstva ZPIZ-a za zdravstveno zavarovanje upokojencev in sredstva iz naslova DZZ ter viri gospodinjstev iz lastnih sredstev.
- Za izračun virov se upošteva sedanji sistem plačevanja prispevkov za OZZ in premij za DZZ, rast plač, demografske spremembe ter sedanji pokojninski sistem s predvidenimi spremembami zaostrovanja sprememb upokojevanja.

(Majcen in Čok 2014)

Podatki v tabeli (Tabela 4.9) kažejo na to, da bo, ob enaki strukturi izdatkov za zdravstvene storitve in enakih virih financiranja zdravstvenih storitev ter upoštevanju posledic demografskih gibanj, rasti BDP in ostalih nedemografskih dejavnikov, nastal primanjkljaj na

⁶ Več v prilogi A.

strani virov financiranja zdravstvenih storitev. To avtorja imenujeta Primanjkljaj I. V tabeli pa je prikazan še Primanjkljaj 2, ki upošteva ukinitve DZZ, in posledično toliko večji primanjkljaj. (Majcen in Čok 2014, 45)

Tabela 4.9: Izdatki in viri sredstev zdravstvenega sistema v obdobju od 2012 do 2060

	Vrednost v 2012 (mio EUR)	2012	2025	2060
Skupaj vsi izdatki (v deležu BDP)	3.238,45	9,17	9,85	11,06
Skupaj vsi viri (v deležu BDP)	3.241,98	9,18	9,42	9,64
Primanjkljaj I (% v BDP)		-0,01	0,43	1,43
Primanjkljaj I v BDP-ju iz leta 2012 (v mio EUR)		-3,5	152,1	503,8
DZZ v letu 2012 v mio EUR		486,4	491,3	477,9
Primanjkljaj II v BDP-ju iz leta 2012 (mio EUR)		464,9	643,4	981,7

Vir: Prirejeno po Majcen in Čok (2014, 43).

Ob vseh navedenih predpostavkah sta avtorja pripravila pet scenarijev, in sicer dva za pokrivanje Primanjkljaja I in tri za pokrivanje Primanjkljaja II. Scenariji vključujejo pokrivanje primanjkljaja z:

- dvigovanjem prispevne stopnje samo na strani delojemalca, za delodajalca ostaja enaka.
- Uvedbo zasebnih plačil v obliki participacije in sicer pri dveh storitvah (prvi kurativni obisk zdravnika in izdaja zdravila na recept) ter uvedba letne odbitne franšize (znesek, ki ga posameznik plača vsako leto sam, stroške vseh storitev nad tem zneskom nato krije zdravstveno zavarovanje).

Izračuni v scenarijih se nanašajo na leto 2025, ko Primanjkljaj I znaša 152,1 mio evrov in Primanjkljaj II znaša 643,3 mio evrov. Scenariji so prikazani v tabeli (Tabela 4.10).

Tabela 4.10: Pregled podanih scenarijev za kritje Primanjkljaja I in Primanjkljaja II

Primanjkljaj I – ohranitev DZZ
Scenarij 1: Dvig prispevne stopnje za OZZ Za kritje primanjkljaja v višini 152,1 mio evrov je potreben dvig prispevne stopnje za 1,2 odstotne točke (iz 13,45 odstotkov na 14,65 odstotkov). Dvig prispevne stopnje bi zagotovil dodatnih 161,8 mio evrov in hkrati zmanjšal prihodke v državni proračun za 40,4 mio evrov z naslova dohodnine.
Scenarij 2: Uvedba zasebnih plačil v obliki participacije Za kritje primanjkljaja v višini 152,1 mio evrov je potrebno uvesti: - participacijo pri receptu v višini 1 evrov, kar prinese prihranke v višini 11,8 mio evrov, - participacija pri prvem obisku v višini 10 evrov, kar prinese prihranke v višini 46,8 mio evrov, - letno odbitno franšizo v višini 100 evrov, kar prinese prihranke v višini 99,1 mio evrov.

Skupaj prihranki iz naslova uvedbe zasebnih plačil v obliki participacije znašajo 157,7 mio evrov.
Primanjkljaj II – ukinitve DZZ
Scenarij 3: Dvig prispevne stopnje za OZZ Za kritje primanjkljaja v višini 643,3 mio evrov je potreben dvig prispevne stopnje za 4,8 odstotne točke (iz 13,45 odstotkov na 18,25 odstotkov). Dvig prispevne stopnje bi zagotovil dodatnih 647,4 mio evrov in hkrati zmanjšal prihodke v državni proračun za 160,6 mio evrov z naslova dohodnine.
Scenarij 4: Uvedba zasebnih plačil v obliki participacije Za kritje primanjkljaja v višini 643,3 mio evrov je potrebno uvesti: - participacijo pri receptu v višini 2 evrov, kar prinese prihranke v višini 23,6 mio evrov, - participacija pri prvem obisku v višini 20 evrov, kar prinese prihranke v višini 93,6 mio evrov, - letno odbitno franšizo v višini 950 evrov, kar prinese prihranke v višini 534,1 mio evrov. Skupaj prihranki iz naslova uvedbe zasebnih plačil v obliki participacije znašajo 651,3 mio evrov.
Scenarij 5: Dvig prispevne stopnje za OZZ in uvedba zasebnih plačil v obliki participacije Za kritje primanjkljaja v višini 643,3 mio evrov je potreben dvig prispevne stopnje za 2,4 odstotne točke (iz 13,45 odstotkov na 15,85 odstotkov), kar bi zagotovilo 323,7 mio evrov in uvesti: - participacijo pri receptu v višini 2 evrov, kar prinese prihranke v višini 23,6 mio evrov, - participacija pri prvem obisku v višini 20 evrov, kar prinese prihranke v višini 93,6 mio evrov, - letna odbitna franšiza v višini 250 evrov, kar prinese prihranke v višini 210,8 mio evrov. Prihranki iz naslova uvedbe zasebnih plačil v obliki participacije znašajo skupaj 328,0 mio evrov. Skupaj prihranki iz obeh naslovov znašajo 651,7 mio evrov, hkrati so nižji prihodki v državni proračun iz naslova dohodnine za 81,1 mio evrov.

Vir: Majcen in Čok (2014, 48–61).

Ocena dolgoročne javno finančne vzdržnosti, ki sta jo naredila dr. Majcen in dr. Čok, nam kaže, da bi samo za pokrivanje povečanih izdatkov zaradi staranja prebivalstva do leta 2025 potrebovali dodatnih 152 mio evrov. Scenariji, ki sta jih pripravila, kažeta dva načina za pridobitev dodatnih sredstev, ki bi ju veljalo proučiti ob pripravi celovite reforme.

Pri svoji projekciji nista upoštevala zmanjšanja čakalnih dob, za kar bi potrebovali dodatnih najmanj 120 mio evrov. Prav tako nista upoštevala drugih možnih virov financiranja, kot so npr. trošarine, ki se jih sedaj ne namenja za financiranje zdravstvenih storitev, ali dodatne vire iz sredstev proračuna.

4.2.4 Pregled in ocena dokumenta »Organizacija zdravstvenega sistema in sistema dolgotrajne oskrbe v Sloveniji« Vzajemne zdravstvene zavarovalnice

Vzajemna je bila ustanovljena z namenom izvajanja DZZ. Deluje kot vzajemna družba, ki je že od začetka svojega delovanja aktivna pri podajanju predlogov in komentarjev na aktualne predlagane reforme. V letu 2015 je pripravila svoj predlog organizacije zdravstvenega sistema in sistema dolgotrajne oskrbe.

Vzajemna je pri pripravi svojega predloga izhajala iz izkušenj drugih držav (Nemčija, Nizozemska, Velika Britanija, Latvija) in hkrati upoštevala družbene, politične, geografske in zgodovinske specifičnosti Slovenije (Vzajemna 2015a, 3). V tabeli (Tabela 4.11) so povzeti ključni poudarki Vzajemninega predloga.

Tabela 4.11: Pregled podanih predlogov

Predlogi reforme
Cilji, ki jih je pri pripravi svojega predloga zasledovala Vzajemna. - zagotoviti dolgoročno stabilnost in vzdržnost sistema ter hkrati fleksibilnost, - zagotoviti transparentnost sistema z jasno določeno košarico pravic storitev, - odpraviti slabosti obstoječega sistema in ob tem obdržati pozitivne strani, kot je visoka stopnja solidarnosti in vzajemnosti, - zagotoviti hiter in enostaven dostop do kakovostnih storitev tako zdravstvene kot dolgotrajne oskrbe, - zaradi naraščanja stroškov je potrebno zagotoviti enakomernejšo obremenjenost akterjev, ki financirajo sistem, tako da celotnega bremena ne nosijo samo zavarovanci, - doseči boljšo učinkovitost delovanja sistema na strani plačnikov in na strani izvajalcev storitev, in sicer preko regulirane konkurence.
Vire financiranja se še naprej zagotavlja iz javnih sredstev, in sicer iz: - prispevkov delodajalcev in delojemalcev, pri čemer se enakomerneje obremenijo vse zavezanke, - davkov kot so trošarine za alkohol, tobak, sladke pijače, nezdrava prehrana itd., - prispevkov lokalnih skupnosti. Zaradi naraščanja potreb po finančnih sredstvih zaradi staranja prebivalstva, novih tehnologij in novih načinov zdravljenja bo potrebno zagotoviti dodatna sredstva. Da bomo to zagotovili, je potrebno ohraniti obstoječi vir financiranja iz zasebnih sredstev in pridobiti nove vire financiranja, v nasprotnem primeru bo potrebno zmanjšati pravice. Kot vire iz zasebnih sredstev se predlaga obvezno zasebno zavarovanje, kot druge dodatne vire pa trošarine, ki bodo dejansko namenjene za zdravstvo. Predlaga se uvedbo novega zavarovanja, in sicer za poškodbe pri delu in poklicne bolezni. To je že sedaj vključeno v OZZ, vendar so sredstva združena skupaj z ostalimi sredstvi za zdravstvene storitve, in ni upoštevana rizičnosti posameznega delodajalca. Z ločitvijo tega zavarovanja se bo povečalo zavedanje delodajalcev, da morajo bolj poskrbeti za preventivo. Vpeljuje se davčne spodbude, v smislu, da se zavarovanje za dolgotrajno oskrbo lahko uveljavlja kot davčna olajšava. Tako bi se povečalo tovrstno zavarovanje tudi pri mlajših, ne le pri generacijah, ki oskrbo že potrebujejo. Sredstva pobirata dva javna sklada (ločeno za zdravstvo in ločeno za dolgotrajno oskrbo) in jih delita zavarovalnicam, ki izvajajo obe vrsti zavarovanj. S tem načinom se vnaša konkurenčnost med zavarovalnicami, ki na trgu tekmujejo za pridobitev zavarovancev.
Izvajalci zdravstvenih storitev Izvajalcem se podeli večja avtonomija, jih preoblikuje v podjetja javnega pomena, jim omogoči upravljanje in prevzem odgovornosti za rezultate. Predvidena je vpeljava merljivih kazalnikov kakovosti, ki bodo zagotavljali primerjavo med izvajalci.
Košarica pravic Oblikuje se univerzalna košarica, ki jo krijejo prispevki in obvezno privatno zavarovanje. Košarica zajema naslednje storitve (Vzajemna 2015a, 10): - storitve/zdravila/medicinski pripomočki za zdravljenje in rehabilitacijo bolezni ter posledic bolezni oziroma poškodb, na katere človek ne more vplivati ali pa zahtevajo dolgotrajno zdravljenje oz. ozdravitev ni možna oz. zaradi bolezni ni sposoben več opravljati dela (rak, psihične bolezni), - storitve/zdravila/medicinski pripomočki pri nosečnosti, porodu, umetni oploditvi, - bolnišnična obravnava do določenega standarda, - medicinski del dolgotrajne oskrbe, - osnovna zdravstvena dejavnost, - kronične bolezni,

- preventiva,
- specialistične ambulate in diagnostika.

Kar nekaj storitev je iz košarice izvzetih, za ta del je predlagan razvoj prostovoljnih zavarovanj. Izvzete storitve so predvsem storitve s področja zobozdravstva, nadstandardne storitve, storitve, povezane z adrenalinskimi športi, storitve estetske kirurgije ipd.

Vloge posameznih akterjev v sistemu

Podrobneje so definirane vloge posameznih akterjev v sistemu zdravstvenega varstva. MZ ostaja nosilec zdravstvene politike in strategije. ZZZS zbira prispevke in prevzema večjo vlogo pri izvajanju nacionalne strategije. Zavarovalnice postanejo kupci storitev. Izvajalci zdravstvenih storitev dobivajo več avtonomije pri upravljanju javnih zavodov. Mrežo še vedno delno regulira država, vendar ne v celoti. Podeljevanje koncesij se ukinja.

Vir: Vzajemna (2015a).

Predlog Vzajemne uvaja sistem uravnane konkurence kot ga pozna Nizozemska, kjer je sistem uspešen. To pomeni, da se denar zbira na enem mestu, in se ga nato deli zavarovalnicam, pri katerih imajo zavarovanci sklenjeno zavarovanje. Predlog obravnava večino področij in ponuja konkretne rešitve. Jasno določi pristojnosti posameznih akterjev v sistemu. Opredeli novo zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, vendar z njim le delno rešuje tematiko povečanja zdravstvenih storitev zaradi starosti. Manjka pa področje preventive in promocije zdravja kot pomembnega elementa dolgoročne vzdržnosti sistema.

4.2.5 Pregled in ocena dokumenta »Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020« Ministrstva za zdravje iz leta 2011

Leta 2011 je MZ pod vodstvom ministrstva Dorjana Marušiča predstavilo predlog nadgradnje zdravstvenega sistema do leta 2020. Temeljna načela, ki jih zasleduje predlog reforme, so (Ministrstvo za zdravje 2011a, 6):

1. Zagotavljanje geografske dostopnosti do zdravstvenih storitev preko decentralizacije in krepitve regionalizacije ob istovrstnem zagotavljanju razvoja strokovnosti ter prenašanju in povezovanju znanja med ravnmi.
2. Zagotovitev kakovostne dostopnosti preko zagotavljanja kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev.
3. Zagotavljanje finančne dostopnosti s strateškim zagotavljanjem storitev posameznim kategorijam prebivalstva preko definiranja košarice zdravstvenih storitev v skladu z načeli klinične in stroškovne učinkovitosti ter sprememb sistema zdravstvenega zavarovanja.

Na osnovi identificiranih področij so v tabeli (Tabela 4.12) povzeti ključni predlogi reforme iz leta 2011.

Tabela 4.12: Pregled podanih predlogov

Predlogi reforme
Ključni izzivi (Ministrstvo za zdravje 2011a, 6):
- Preventiva in promocija zdravja - Finančna vzdržnost zagotavljanja zdravstvenega varstva

- Učinkovito upravljanje z javnimi sredstvi ter ločitev javnega in zasebnega
- S potrebami državljanov usklajeno vlaganje v človeške vire in zdravstvene tehnologije
- Optimizacija pretoka podatkov in informacij ter analiz

Preventiva in promocija zdravja

V Sloveniji kazalci pričakovane življenjske dobe in nekateri drugi izbrani kazalniki zdravja kažejo na stalno izboljševanje zdravja. Največje breme v Sloveniji predstavljajo kronične nenalezljive bolezni in so največji vzrok za obolevnost, zmanjšano kakovost življenja in prezgodnjo umrljivost. Vzrok za te bolezni je predvsem nezdrav življenjski slog. Načrtovane aktivnosti za izboljšanje stanja na tem področju:

- krepitev dejavnosti promocije zdravja s ključnim ciljem, da bodo prebivalci znali sami poskrbeti za svoje zdravje. Zajeti so vsi pomembni segmenti: vrtci, šole, delovna okolja in lokalne skupnosti.
- Krepitev preventivnih programov v primarnem zdravstvenem varstvu s čimer se načrtuje učinkoviteje obvladovati kronične bolezni in le-te pravočasno zaznati tudi pri bolj ranljivih skupinah (manj izobraženih in revnejših prebivalcih).
- Zdravje postane razvojni cilj vseh resorjev.
- Zagotovitev ustrezne strokovne podpore na tem področju izvajalcem javne službe, lokalnim skupnostim in nevladnim organizacijam.

Slovenija je država, ki ima visok delež financiranja zdravstvenih storitev iz privatnih sredstev, in sicer okrog 28 odstotkov, od tega 46,9 odstotka z naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Cilj je povečanje deleža javnih sredstev na vsaj 80 odstotkov. To bi bilo izvedeno s prenosom teh sredstev med javna sredstva. Prav tako je cilj, da se delež BDP ne zmanjšuje, pač pa postopno povečuje do leta 2020 (vrednost ni podana).

Druga problematika so čakalne dobe in reforma predvideva, da bi z zmanjšanjem administrativnih stroškov dopolnilnih zdravstvenih zavarovalnic zmanjšali oziroma postopoma anulirali le-te.

Predlagani ukrepi so:

- redefiniranje statusa zavarovanih oseb v pet skupin in nova definicija družinskega člana (le otrok in partner).
- Sprememba zavarovalnih osnov ter prispevnih stopenj v smeri enake obravnave vseh posameznikov. Določena je najnižja zavarovalna osnova, ki je 60 odstotkov povprečne letne plače, najvišja pa 3,5-kratnik povprečne letne plače. S tem je predlagana uvedba socialne kapice. Prispevek za poškodbe pri delu se plačuje od vseh dohodkov iz dela. Ukinitev plačanega dneva za krvodajalce.
- Redefiniraje osnovne košarice pravic v smeri, da bodo vse pravice iz osnovne košarice zagotovljene iz javnih sredstev, to je OZZ. Košarica bo vsebovala vse za zdravje pomembne storitve in definiran bo standard in dostopnost. Izločene bodo nekatere storitve, kot so ne nujni reševalni prevozi, delno zdravišiško zdravljenje, pogrebne, posmrtnine, izobraževanje v okviru terciarja in raziskovalna dejavnost, pripravništvo in specializacije, plačilo nadomestil odsotnosti z dela za brezposelne. Financiranje prostega dneva za krvodajalce. Dodatno pa bodo vključene investicije v javne zdravstvene zavode.
- Uvedba nove dajatve kot nadomestilo za DZZ, ki je dohodkovno solidarna, kar pomeni da je višina prilagojena na dohodek posameznika.
- Predlaga se nov način upravljanja ZZZS, s ciljem, da namesto vloge pasivnega prejemnika in razdeljevalca sredstev prevzame vlogo aktivnega naročnika in kupca zdravstvenih storitev z dodeljenimi vsemi potrebnimi pooblastili.

Učinkovito upravljanje z javnimi sredstvi ter ločitev javnega in zasebnega

Javnim zavodom je potrebno zagotoviti večjo avtonomijo pri upravljanju in poslovanju. Z vzpostavitvijo odgovornosti menedžmenta za poslovanje skladno s cilji, z upoštevanjem razpoložljivih virov in odgovorno kadrovsko politiko se lahko pričakuje izboljšave pri upravljanju in poslovanju javnih zavodov. Predlaganih je več ukrepov:

- redefinicija javne mreže zdravstvene dejavnosti, kjer se, skladno z jasnimi usmeritvami in merili, določenimi v zakonu o zdravstveni dejavnosti, postavi novo mrežo, v katero se smiselno poveže staro mrežo. Poudarek je na zmanjševanju števila javnih zavodov.
- Mreženje izvajalcev zdravstvene dejavnosti, kar izhaja iz predhodne točke. Z optimizacijo procesov (strokovnih in poslovnih) se bo zgodilo združevanje izvajalcev in tako optimiralo stroške na vseh ravneh.
- Širjenje avtonomije javnih zavodov: najprej se izvede pilotno za izvajalce na primarni, sekundarni in terciarni ravni, nato se, v primeru ugodnih ocen, prenese na vse izvajalce.
- Do uvedbe avtonomnih javnih zavodov po vsej Sloveniji so predvidene naslednje spremembe: poslovna in strokovna funkcija direktorja se združita v eno. Svet zavoda se spremeni v nadzorni svet. V zakonu se podrobneje opredeli nekatera druga področja vodenja zavoda kot so splošni akti, finančno

poslovanje in oblikovanje cen storitev. - Močno se regulira področje zaposlovanja zdravnikov v ustanovah izven matične ustanove. Določi se pogoje, ki morajo biti izpolnjeni, da se tako dovoljenje lahko podeli. - Vpeljuje se delovne normative, ki bodo natančno določali delovno obveznost posameznika. - Spreminja se proces podeljevanja koncesij, in sicer iz lokalnega na državni nivo. - Regulira se zasebno dejavnost pri javnih izvajalcih, točno je določeno, kaj se sme in česa ne. - Nadzor Ministrstva za zdravje se spreminja iz nadzora zgolj nad zakonitostjo delovanja, v nadzor nad kakovostjo, strokovnostjo in varnostjo dela pri izvajalcu.
S potrebami državljanov usklajeno vlaganje v človeške vire in zdravstvene tehnologije Načrtuje se aktivnejša vloga MZ pri načrtovanju potreb po zdravstvenih delavcih. Prvi korak je določanje vpisnih mest v srednješolske in visokošolske programe. Sledi povečan nadzor nad izvajanjem izobraževalnih programov. V preteklosti se je načrtovanje in uvajanje novih tehnologije izvajalo stihijsko. Načrtuje se večjo urejenost tega področja z jasno določenimi smernicami in pravili za vrednotenje novih predlaganih tehnologij. Načrtovana je uvedba sveta za vrednotenje zdravstvenih tehnologij.
Optimizacija pretoka podatkov in informacij ter analiz V dobi vse večje informatizacije se to postopoma uvaja tudi na področje zdravstva. Načrtuje se povezavo vseh zdravstvenih ustanov in s tem zagotovitev pretoka podatkov o pacientu. Načrtuje se uvedbo zdravljenja na daljavo, ki bo omogočala obravnavo urgentnih primerov in spremljanje kroničnih bolnikov.

Vir: Ministrstvo za zdravje (2011a); Ministrstvo za zdravje (2011b).

Na osnovi pregleda obeh dokumentov, ki opredeljujeta reformo, predlagano v letu 2011, lahko izpeljemo naslednje zaključke:

- močno se povečuje poudarek na preventivnem delu, kar dolgoročno lahko prinese prihranke zaradi boljšega zdravstvenega stanja prebivalstva.
- Predlaga se povečanje deleža javnih sredstev za zagotavljanje zdravstvenih storitev. Povečevanje deleža neposrednih izdatkov iz lastnih sredstev namreč pomeni poslabševanje dostopnosti zdravstvenih storitev, kar je značilno za manj razvite države. Povečanje se predvideva z ukinjanjem DZZ in zvišanjem prispevne stopnje za delojemalce. S prihranki pri administrativnih stroških delovanja obstoječih treh zavarovalnic, ki nudijo DZZ, se načrtuje zmanjšanje čakalnih dob.
- Predlaga se redefiniranje košarice zdravstvenih storitev, tako da se nekatere storitve ali ukine ali prenese na druge vire, ker narava teh pravic ni zdravstvena. V dokumentu je pripravljen konkreten predlog, na katera ministrstva se posamezne postavke prenese.
- Predlaga se redefiniranje zdravstvene mreže, ki stremi k zmanjševanju oziroma združevanju javnih zavodov, jasno so nakazane usmeritve, kako bo to izvedeno. Jasno je nakazan tudi poseg v načrtovanje in izobraževanje zdravstvenih delavcev, potrebnih za nemoteno izvajanje sistema.
- Reforma je usmerjena na sistematično uvajanje novih tehnologij, informatizacijo poslovanja in uvajanje telemedicinskih storitev.

- Na koncu je podan že dokaj konkreten plan aktivnosti, ki bi bile potrebne za izvedbo predlagane reforme.

Predlog reforme obravnava skoraj vsa kritična področja, vključno s predlogom aktivnosti in opredelitvijo konkretnih ciljev, ki se jih želi doseči. Edino področje, ki ga ne obravnava, je staranje prebivalstva in s tem povezano zagotavljanje dodatnih sredstev zaradi povečanja potreb po zdravstvenih storitvah.

4.3 Analiza vpliva staranja prebivalstva na povečevanje stroškov za zdravstvene storitve

Na izdatke za zdravstvene storitve vpliva več faktorjev, najpomembnejša sta povpraševanje po določenih storitvah in zmožnost nudenja le-teh. Povpraševanje je pogojeno predvsem s strukturo in številom prebivalcev, zdravstvenim stanjem populacije, finančno zmožnostjo države in posameznikov ter določbami, ki urejajo dostop do storitev. Na drugi strani pa zmožnost nudenja storitev zajema razpoložljivost in oddaljenost zdravstvenih storitev, tehnološki razvoj in okvir, ki določa zakonske določbe o zdravstvenih storitvah. (European Commission 2015, 115)

Povpraševanje po zdravstvenih storitvah je močno povezano z zdravstvenim stanjem prebivalstva, ki je v močni korelaciji s starostjo prebivalstva in deležem starejših prebivalcev v celotni populaciji. Pri starejših ljudeh se namreč pogosto razvije več bolezni hkrati, kar zahteva dražjo zdravstveno oskrbo. Stroški se povečajo po 55. letu za moške in 60. letu za ženske. Tako je staranje prebivalstva eden izmed glavnih vzrokov za povečevanje stroškov za zdravstvo. (European Commission 2015, 115)

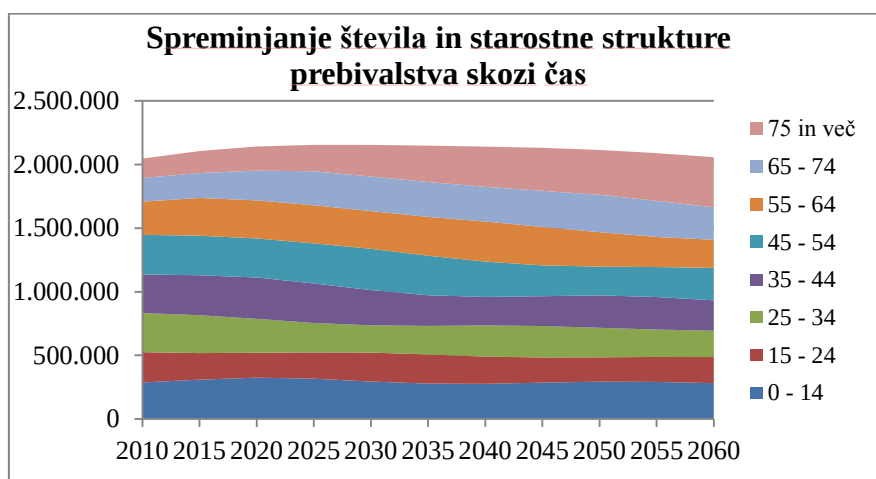
Staranje prebivalstva vpliva na financiranje še z dveh drugih vidikov (European Commission 2015, 115–116):

- zaradi dolge življenjske dobe, ki pa se ne odraža v izboljševanju zdravstvenega stanja starejših prebivalcev, povečani stroški nastajajo dalj časa in se tako stalno povečujejo in zahtevajo dodatne vire financiranja.
- Zdravstvo v mnogih državah financira v veliki večini delovno prebivalstvo. Zaradi naraščanja deleža starejšega prebivalstva se bo v Evropi koeficient starostne odvisnosti starejših spremenil s 27,8 v letu 2014 na 50,1 odstotka v letu 2060, kar pomeni, da bo 100 delovno aktivnih skrbelo za 50 starejših prebivalcev. To posledično pomeni, da bo manj ljudi prispevalo sredstva za financiranje javnega zdravstva, hkrati pa bo vedno večji delež starejšega prebivalstva potreboval več sredstev za zdravljenje.

Ta vpliv bo nekoliko omililo dejstvo, da daljša delovna doba vpliva na bolj zdrav slog in način življenja delovnega prebivalstva, in tako tudi na bolj zdravo prebivalstvo. Poleg tega so mnoge raziskave pokazale, da se stroški za zdravljenje znižajo po 85. letu starosti.

Iz projekcije na sliki (Slika 4.1) je razvidno, da se bo starostna struktura spremenila tudi v Sloveniji. Pričakovana življenjska doba za moškega se bo do leta 2060 podaljšala s 75,8 let na 84 let in za žensko z 82,3 na 88,8 let. Delež prebivalcev, starih nad 65 let, se bo povečal s 16,5 na 31,6 odstotka do leta 2060. V Sloveniji je napoved koeficienta starostne odvisnosti še nekoliko slabša kot v Evropi, in sicer naj bi se povečal s 23,8 v letu 2010 na 57,6 odstotkov do leta 2060. Glede na delež prispevkov, ki jih v Sloveniji plačujejo upokojenci, bo to predstavljalo izziv za pridobivanje dodatnih sredstev. (Statistični urad RS 2016)

Slika 4.1: Spreminjanje števila in starostne strukture prebivalstva do leta 2060



Vir: Statistični urad RS (2016).

V tabeli (Tabela 4.13) so predstavljeni podatki za evropske države, in sicer, koliko sredstev se nameni za zdravstvo na prebivalca in kolikšen je delež BDP za zdravstvo (iz vseh virov, javnih in privatnih). Slovenija nameni 8,7 odstotka BDP za zdravstvene storitve, kar je malo več od povprečja EU28, ki je 8,4 odstotka BDP. Če pa pogledamo izdatek na prebivalca, ki znaša 1.881 evrov, je Slovenija pod povprečjem EU28, ki znaša 2.163 evrov. Najvišji delež BDP imajo Nizozemska, Francija, Belgija in Avstrija. To so države, ki imajo že razvito tudi zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, ki je prikazano v tem deležu. V tabeli so prikazani tudi viri financiranja, in sicer, ali je vir zaseben ali javen. V okviru javnih sredstev je možno financiranje s strani države (Beveridgov model) ali s strani zavarovanja (Bismarckov sistem) in glede na to so tudi razdeljena sredstva. Iz tabele (Tabela 4.13) vidimo, da tudi države, ki imajo Bismarckov model, za financiranje zdravstvenega varstva namenjajo veliko več

sredstev iz državnega proračuna kot Slovenija. Slovenija nameni najmanj (razen Hrvaške), 3,2 odstotka, medtem, ko nekatere države namenijo precej več, npr. Nizozemska (7,2 odstotka), Belgija (11,4 odstotka), Avstrija (31,3 odstotka) itd. To Sloveniji daje manevrski prostor za iskanje možnih alternativ za zagotovitev dodatnih sredstev iz državnega proračuna. S 15,2 odstotka zasebnih sredstev Slovenija med vsemi državami nameni največ sredstev za prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Podoben delež namenja še Francija (13,9 odstotka), ki ima tudi visoko zavarovanost na področju DZZ. Z deležem neposrednih doplačil direktno iz lastnih sredstev pa je Slovenija z 12,6 odstotka pod povprečjem Evrope, kjer je ta 21,3 odstotka.

Tabela 4.13: Pregled izdatkov za zdravstvo na prebivalca in delež BDP ter razporeditev sredstev glede na vir financiranja v % v letu 2013

	PPP € na prebivalca za zdravstvo	% BDP za zdravstvo	delež javnih sredstev		delež zasebnih sredstev			% BDP brez neposrednih plačil
			država	OZZ	PZZ	neposredna plačila	ostalo	
Avstrija	3.551	10,1	31,3	44,9	5	17,4	1,4	8,3
Belgija	3.274	10,2	11,4	66,4	4,1	17,9	0,2	8,4
Bolgarija	889	7,7	11,7	40,7	2	45,6	0	4,2
Ciper	1.728	7,4	46,3	1,5	5	47,2	0	3,9
Češka	1.562	7,1	6	78,2	0,2	14,7	0,9	6,1
Danska	3.475	10,4	84,3	0	1,9	13,7	0,1	9,0
Estonija	1.180	6	11	66,7	0,2	21,8	0,3	4,7
Finska	2.592	8,6	60,8	14,2	2,1	19,3	3,6	6,9
Francija	3.174	10,9	4	74,7	13,9	6,7	0,7	10,2
Grčija	1.830	9,2	25	40,5	3	30,7	0,8	6,4
Hrvaška	1.133	7,2	3,1	75,8	8,7	12,4	0	6,3
Irska	2.745	8,1	67,4	0,1	13,4	16,9	2,2	6,7
Italija	2.319	8,8	77	0,4	1	21,6	0	6,9
Litva	1.197	6,1	64,2	0	2	33,8	0	4,0
Latvija	505	5,3	8,7	57,4	2	31,9	0	3,6
Luksemburg	3.246	6,6	8,6	74	4,6	11,6	1,2	5,8
Madžarska	1.298	7,4	8,8	55,8	2,7	28,1	4,6	5,3
Malta	1.921	9,1	66,4	0	2,3	31,3	0	6,3
Nemčija	3.632	11	6,6	69,7	9,3	13,5	0,9	9,5
Nizozemska	3.885	11,1	7,2	80,4	5,9	5,3	1,2	10,5
Poljska	1.157	6,4	9,6	61	4	23,6	1,8	4,9
Portugalska	1.875	9,1	65,4	1,2	5,3	27,2	0,9	6,6
Romunija	753	5,6	12,2	66,5	0	20,3	1	4,5
Slovaška	1.531	7,6	6,7	67,6	0	23,3	2,4	5,8
Slovenija	1.881	8,7	3,2	67,8	15,2	12,6	1,2	7,6
Španija	2.160	8,8	66,6	4,9	4,4	23,8	0,3	6,7
Švedska	3.658	11	84,1	0	0,6	14,8	0,5	9,4
Velika Britanija	2.410	8,5	83,3	0	3,4	9,5	3,8	7,7
Povprečje EU28	2.163	8,4	33,6	39,7	4,4	21,3	1,1	6,6

Vir: ZZSZ (2016, 148–149); lastni izračuni.

Evropska komisija vsakih nekaj let pripravi poročilo o staranju prebivalstva, v katerem po različnih scenarijih oceni povečevanje stroškov v Evropi na različnih področjih, med drugim tudi na področju zdravstva. Pripravili so več scenarijev, po katerih ocenjujejo delež povečanja

BDP iz naslova javnih izdatkov. Scenariji so različni, in sicer čisti demografski, dohodkovno elastični, visoko delovno intenzivni itd. Posamezen scenarij je opredeljen v Prilogi A. V tabeli (Tabela 4.14) vidimo, da se bo delež BDP za javne izdatke povečal od najmanj 0,6 odstotne točke do največ 2,8 odstotne točke do leta 2060.

Tabela 4.14: Projekcija javnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v obdobju 2010–2060 po različnih scenarijih

Scenariji	Delež v BDP (v %)							Sprememba v ods. točkah BDP
	2013	2020	2025	2030	2040	2050	2060	2013-2060
1. Čisti demografski scenarij	5,7	6	6,2	6,5	6,9	7	7,1	1,4
2. Scenarij daljšega pričakovanega trajanja življenja	5,7	6	6,3	6,6	7	7,3	7,4	1,7
3. Scenarij konstantnega zdravja	5,7	5,8	6	6,1	6,3	6,3	6,3	0,6
4. Scenarij izdatkov povezanih s smrtjo	5,7	6	6,2	6,4	6,8	6,9	6,9	1,3
5. Scenarij dohodkovne elastičnosti	5,7	6	6,3	6,6	7,1	7,2	7,3	1,6
6. Scenarij konvergence v izdatkih na prebivalca k povprečju EU28	5,7	6,1	6,4	6,7	7,3	4,6	7,7	2,1
7. Scenarij visoke delovne intenzivnosti	5,7	6,2	6,4	6,8	7,5	8	8	2,4
8. Scenarij indeksacije po komponentah izdatkov	5,7	5,9	6	6,2	6,5	6,5	6,5	0,9
9. Scenarij ne-demografskih dejavnikov	5,7	6,2	6,6	7,1	7,9	8,3	8,5	2,8
10. Referenčni AWG scenarij	5,7	5,9	6,2	6,4	6,8	6,9	6,8	1,2
11. AWG tvegani scenarij	5,7	6,1	6,5	6,8	7,3	7,5	7,5	1,9
12. TFP tvegani scenarij	5,7	5,9	6,2	6,4	6,7	6,8	6,8	1,2

Vir: European Commission (2015, 368).

Majcen in Čok (2014) sta naredila oceno potrebnih dodatnih sredstev na podlagi referenčnega AWG scenarija, ki je kombinacija demografskega scenarija, scenarija konstantnega zdravja in scenarija dohodkovne elastičnosti. Ta scenarij predvideva, da se bo BDP do leta 2060 povečal za 1,2 odstotni točki. Pri izračunu potrebnih dodatnih sredstev sta upoštevala predpostavke, ki so podrobneje opredeljene v poglavju 4.2.3.

Tabela 4.15: Potrebna dodatna sredstva po Referenčnem AWG scenariju do leta 2060

	Vrednost v 2012 (mio EUR)	2020	2025	2030	2040	2050	2060
Skupaj vsi izdatki (v deležu BDP)	3.238,45	9,55	9,85	10,15	10,59	11,00	11,06
Skupaj vsi viri (v deležu BDP)	3.241,98	9,33	9,42	9,47	9,53	9,68	9,64
Primanjkljaj (% v BDP)		0,22	0,43	0,68	1,06	1,32	1,43
Primanjkljaj v BDP-ju iz leta 2012 (v mio EUR)		77,2	152,1	241,7	374,2	466,6	503,8

Vir: Prirejeno po Majcen in Čok (2014, 43).

Iz tabele (Tabela 4.15) vidimo, da bomo do leta 2060, ob navedenih predpostavkah, potrebovali 503,8 mio dodatnih sredstev v primeru, da v sedanjem sistemu zdravstvenega varstva ne spremenimo ničesar. Ta izračun vsebuje zgolj izračune za povečanje zdravstvenih storitev zaradi starosti ne pa tudi potreb po dodatnih sredstvih zaradi dolgotrajne oskrbe starajočega se prebivalstva. Slovenija je glede na navedene podatke pred velikim izzivom, da

sprejme več ustreznih ukrepov, da bo zadostila potrebam starajočega se prebivalstva. Potrebno bo sprejeti več ukrepov, ki bodo imeli dolgoročen vpliv, in ne le enkratnega učinka. Tu govorimo predvsem o ustrezni preventivi vseh starostnih skupin prebivalstva. Potrebno bo razmisliti o ustreznosti košarice, o ustreznih višinah prispevnih stopenj vseh kategorij zavarovancev itd. Nekaj konkretnih predlogov, kaj lahko naredimo, je podanih v poglavju 5.2.

4.4 Pogled slovenskih strokovnjakov na trenutno ureditev in predlagane reforme sistema zdravstvenega varstva

Sistem zdravstvenega varstva je eden pomembnejših sistemov v vsaki razviti državi, zato so reforme tega področja zelo zahtevne. V proces priprave in izvajanja reform morajo biti vključeni vsi ključni deležniki. Za namen priprave magistrskega dela so bili izvedeni intervjuji z nekaterimi predstavniki posameznih področij, vendar ne vseh, ker se nekateri povabljeni zaradi drugih obveznosti niso odzvali povabilu na intervju. Pomembnejši akter, ki manjka je MZ, vendar to ne predstavlja večjega problema, ker je njegovo mnenje povzeto v poglavju 4.2.1 iz javno dostopnih dokumentov.

Intervjuji so bili izvedeni z naslednjimi strokovnjaki oziroma predstavniki določenega področja:

- z enim izmed najboljših poznavalcev sistema slovenskega zdravstvenega varstva, gospodom prim. mag. Martinom Tothom,
- generalnim direktorjem ZZZS, gospodom Samom Fakinom,
- predsednikom uprave Vzajemne, gospodom Alešem Mikelnom,
- zdravnikom in bivšim ministrom za zdravje, gospodom mag. Dorijanom Marušičem,
- direktorjem bolnišnice Slovenj Gradec, gospodom Janezom Lavretom.

V nadaljevanju so na kratko povzeti njihovi pogledi na probleme v sistemu zdravstvenega varstva in možne rešitve.

4.4.1 Intervju s prim. mag. Martinom Tothom

Gospod Martin Toth je svoje delovno kariero posvetil preučevanju sistemov zdravstvenega varstva in sodeloval pri uvedbi novega sistema zdravstvenega varstva leta 1991. Sodeloval je tudi pri reformiranju sistemov v večini držav bivše Jugoslavije. Po profesiji je zobozdravnik, ortodont, večino svoje profesionalne kariere pa je delal na ZZZS in svetoval tudi ministrom za zdravje.

Največji izzivi v sistemu zdravstvenega varstva

Zdravstveni sistem je kompleksen družbeni sistem, ki je podvržen nenehnim spremembam iz okolja, ki vplivajo na zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe, na možnosti njihovega zadovoljevanja in finančne vire. Potrebno je nenehno prilagajanje, kar pomeni, da so potrebne nenehne reforme oziroma spremembe. Ko govorimo o reformi, je to temeljitejši poseg v deležnike v sistemu, in sicer, kako se naj spremenijo njihove vloge, financiranje, košarica pravic itd. Temeljite reforme od leta 1991 dalje ni bilo. Tudi v letu 1991 reforma ni bila izvedena do konca, ker se ni želelo uvajati prevelikih sprememb in s tem povzročiti nezadovoljstva pri ljudeh. V prihodnjih letih se reforma ni nadaljevala, ker je bilo denarja dovolj, ker je bila prispevna stopnja višja (16-odstotna). Težave z leti naraščajo, daljšajo se čakalne vrste, ljudje sami plačujejo storitve, bolnišnice so v izgubi itd. Družbeni sistem ne prenese revolucije, pač pa evolucijo. Razvoja na tem področju ni bilo, in dolgoročne strategije na tem področju država ni imela nikoli. In še danes ne vemo, kaj točno bi. Nobena predlagana reforma v preteklosti ni bila celovita.

Zakon o zdravstveni dejavnosti je iz leta 1970 in mreža izvajalcev ni več aktualna, prilagojena potrebam. Potrebna je racionalizacija mreže, ki bi temeljila na potrebah ljudi, demografskih spremembah. Dovolj bi bilo 14 do 16 zdravstvenih domov, imamo pa jih 64. En zdravstveni dom pokrije potrebe med 50 do 60 tisoč prebivalcev. Z manjšim številom zdravstvenih domov bi zmanjšali stroške administracije, ki se sedaj podvajajo. Enaka težava je tudi pri bolnišnicah, ker nekatere enostavno nimajo dovolj pacientov, npr. porodnišnice. Potrebno bi bilo prestrukturiranje in tudi s tem bi nastali prihranki. Zdravstvena mreža je ob reformi leta 1991 ostala nespremenjena.

Večjo pozornost bi bilo potrebno usmeriti na primarno dejavnost, da bi se na tem nivoju pokrilo čim več potreb prebivalcev. Zdravniki bi morali vedeti več o pacientih, sedaj pa jih le pošiljajo k specialistom. Doplačila iz lastnih sredstev na primarni dejavnosti niso smiselna, ker bi se zdravstveno stanje prebivalstva lahko poslabšalo, ker ne bi šli k zdravniku tudi, ko bi bili bolni.

Oblikovanje košarice zdravstvenih storitev: vsega, kar bi ljudje rabili in potrebovali, ni sposobna zagotoviti nobena družba. Potrebno je določiti prioritete. Največja prioriteta je doseganje boljšega zdravja, druga pa je upoštevanje potreb prebivalstva, vendar smiselno. Na osnovi tega se planira košarico storitev za daljše obdobje, vsebino košarice se spreminja postopoma. Košarico mora določiti medicinska stroka v sodelovanju z ZZZS in MZ.

V družbi bi morala biti primarna skrb, skrb za zdravje. Zdaj je na prvem mestu skrb za bolne. S preventivo bi lahko poskrbeli, da bi bilo manj bolnih, in posledično bi bilo manj stroškov zdravstvenih storitev. Skrb bi se morala začeti v vrtcih, šolah, da se otrokom privzgojijo ustrezne navade. Za zdravje bi moral skrbeti tudi delodajalec z ustreznimi ukrepi, športnimi dejavnostmi ipd.

Ne podpira kazni, da bi ljudje, ki ne skrbijo za svoje zdravje, plačevali več. Podpira uvedbo tobačnega zakona, ki bi pobrane trošarine od cigaret vrnil nazaj v zdravstveni sistem za preventivo in bi tako zagotovili varovanje zdravja. Enako velja za trošarine od prodanih alkoholnih pijač, sladkih pijač ipd.

Potrebna je jasna strategija s konkretnimi cilji in kazalniki, kaj želimo doseči do določenega leta, in potem aktivnosti usmeriti v uresničevanje ciljev. Strategija se ne bi smela menjati z vsako menjavo vlade.

Zdravstveno zavarovanje

OZZ izvaja en zavod. Na trgu bi lahko imeli več kompetitivnih zavarovalnic na tem področju, ki bi med seboj tekmovali v pogojih nudenja storitev, kakovosti, ceni ipd.

Problematika DZZ v Sloveniji je predvsem v tem, da je zakon pustil prevelik razpon v deležih, ki se jih lahko prilagaja. Država je ta mehanizem izkoristila in prevladala del stroškov na državljane, premija se je povečala in ljudje so nezadovoljni. V področnem zakonu bi bilo potrebno določiti fiksni znesek plačila. DZZ je legitimno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, zato se mora ravnati skladno z evropsko direktivo o premoženjskih zavarovanjih, ki določa, da je na področju zdravstvenih zavarovanj možna regulativa s strani države, če je zavarovanje v javnem interesu, in v okviru tega država lahko regulira tudi premijski sistem. To pozna Nizozemska, kjer poznajo javni-privatni mik, kjer je regulacija javna, sredstva in izvajanje zavarovanj pa so zasebni. Če ukinemo DZZ, bo potrebo povečati prispevno stopnjo, kar pa bo vplivalo na konkurenčnost gospodarstva. Potrebno je urediti DZZ skladno z evropsko regulativo, določiti premijsko stopnjo in v ZZVZZ določiti točne deleže zdravstvenih storitev, ki jih plačuje DZZ.

Profitnost v zdravstvenih zavarovalnicah, ki delujejo v javnem interesu, ne bi smela obstajati.

Staranje prebivalstva

Družba postaja staroživa (delež starejših prebivalcev se povečuje) in stroški se bodo povečali. Potreben bo dodaten vir prihodkov. Varstvo starejših ljudi je potrebno urediti tako, da so čim dlje doma. Dober primer je Kanada, kjer v skupnostih skrbijo eden za drugega. Zavarovanje

za dolgotrajno oskrbo tega dela ne bo pokrilo, ker le to krije le nego onemoglih ljudi, in ne tudi zdravstvenih storitev. To mora kriti zdravstveno zavarovanje. Stroški zdravstvenih storitev rastejo za 2–3 odstotke hitreje od rasti BDP, zato bo sredstva potrebno pridobivati iz zasebnih sredstev, ker javni sistem tega ne bo prenesel. Določene storitve, ki niso zdravstvene storitve, bo potrebno izločiti iz košarice, kot so prevozi, bivanje v bolnišnici ipd. oz. take, ki niso prioritete za ohranitev zdravja kot je npr. protetika, očala.

Potrebno bo razmisliti, kje vzeti dodatna sredstva. Postaviti si moramo cilj, kako bomo dosegli povprečen delež BDP, to je cca. 12 odstotkov. To bo potrebno narediti s postopnim zmanjševanjem določenih pravic in povečevanjem drugih pravic. Vseh pravic ne bo mogoče pokriti.

Izvajalci zdravstvenih storitev

Uvesti bi bilo potrebno štiri stebri sistema financiranja izvajalcev, ki upošteva opravljeno količino storitev, zahtevnost opravljenih storitev, kakovost opravljenih storitev, doseganje ciljev. Cilj je izboljševanje kazalnikov npr. pri sladkornih bolnikih. In če se je stanje bolnikov izboljšalo, bo izvajalec dobil več denarja za izvajanje drugih storitev, in bo tako motiviran za izboljševanje zdravstvenega stanja prebivalstva.

Izvajalci zdravstvenih storitev so lahko tudi privatni, vendar pa profitnost pri izvajalcih, ki delujejo v javnem interesu, ne bi smela obstajati. Profit, ki nastane se mora vrniti nazaj v sistem.

4.4.2 Intervju z generalnim direktorjem ZZZS Samom Fakinom

Samo Fakin je od leta 2007 generalni direktor ZZZS. Po poklicu je zdravnik. Kot zdravnik je delal v Trbovljah, nato pa je bil v letih od 1992 do 1994 direktor Zdravstvenega doma Trbovlje. Od leta 1994 do leta 1996 je bil svetovalec generalnega direktorja ZZZS za področje zdravstvene ekonomike. Od leta 1996 do 2002 je bil direktor Splošne bolnišnice Celje. Bil je tudi član strokovnega sveta pri MZ ter sekretar v Službi Vlade Republike Slovenije za razvoj, in sicer za področje reform v zdravstvu.

Največji izzivi v sistemu zdravstvenega varstva

Glavni razlog, da se ne sprejme ustrezne reforme, je v tem, da država trenutno ne vidi večjih težav v financiranju zdravstvenega varstva. Denarni tok je ustrezen, denarja je trenutno dovolj, seveda pa se ob tem prezre 200 tisoč čakajočih. O zdravstvenem varstvu odločajo ljudje, ki o tem vedo malo ali nič. Pri reformah manjkata dva pomembna dela, to sta: področje

o organizaciji zdravstvene službe in način izvedbe reforme s konkretnimi projektnimi plani. Verjetno bo prej kolaps sistema, preden bo izvedena reforma.

Ključna področja, ki bi jih bilo potrebno urediti so: upravljanje služb v zdravstveni dejavnosti, optimizirati stroške v zdravstvenem sistemu, dogovoriti se, kako se bo urejalo nove pravice skladno s potrebami, strategija kadrov, opreme, čakalne dobe in financiranje.

Največji problem financiranja je v tem, da se kot država nismo odločili, kolikšen del BDP bomo namenili iz javnih sredstev (tu DZZ ni zajeto). Trenutno evropsko povprečje je 9 odstotkov. Težava je tudi v tem, da MZ sprejema ukrepe brez ZZZS, in je posledično ob sprejemu določenega ukrepa stroškov dejansko več, kot na podlagi narejene kalkulacije.

V košarico zdravstvenih storitev se lahko poseže le s HTA (Health Technology Assessment) študijami, ki bodo opredelile posledice in učinke predvidenih sprememb. Vidi nevarnost delitve na košarico A in B, ob tem, da bi bila košarica B neobvezna. Če pa bo le-ta obvezna, pa ne vidi smiselnosti delitve. Brez resnih posledic ni mogoče poseči v košarico storitev. ZZZS ne razpolaga z vsemi podatki, da bi lahko sprejemal take odločitve. Slabša oskrba zob npr. lahko vpliva na mnoge bolezni, zato je ni smiselno ukiniti brez tehtnega razmisleka.

Za skrajšanje čakalnih dob bi potrebovali približno 120 mio evrov, 20 mio evrov za ambulantno specialistično zdravljenje in 100 mio evrov za bolnišnično zdravljenje. Poleg tega vsako leto rabimo cca. 20 mio evrov več zaradi staranja prebivalstva in zaradi novejših tehnologij. 30 do 35 mio evrov mora biti vsako leto rezervirano za nove tehnologije.

Cene storitev v preteklosti so se znižale, ker so bili izvajalci v to prisiljeni. Pri zdravilih in medicinsko tehničnih pripomočkih je plačevanje v redu urejeno in so dejanski prihranki. Cene zdravstvenih storitev pa so se nižale ad-hoc, npr. zmanjkalo je 3 odstotke sredstev in potrebno je bilo znižati cene storitev. Na drugi strani pa se ni optimiralo poslovanja v bolnišnicah, zato so poslovale z izgubo. Ko je bilo v zdravstveni blagajni več denarja, so se cene storitev ponovno povečale, kar pomeni, da dejanskega učinka ukrepa ni bilo.

ZZZS-ju manjkata dve službi: analitska služba za zdravstveni sistem, ki bi morala določati zdravstvene storitve, standarde in stroške ter služba za zdravstveno varstvo, ki bi se ukvarjala s kvaliteto storitev izvajalcev. Ustanoviti ju ZZZS ne more, ker mora od leta 2009 zmanjševati število zaposlenih.

Smiselno je vpeljevati nove napredne tehnologije, ker mlajša generacija raste s tehnologijo, skladno s potrebami prebivalstva se bo razvilo tudi to področje. Obstajata že dva pilotna projekta Teletransfuzija in Telekap. Ko bo izvedena ocena uspešnosti in smiselnosti teh

projektov, se ju bo uvedlo tudi širše. Določene storitve morajo vpeljati izvajalci sami, samoiniciativno in nato pridobiti sredstva zanje v pogajanjih. Npr. pošiljanje opomnikov za pregled preko SMS sporočil, komunikacija z zdravnikom preko interneta ipd.

Možni prihranki:

- z zmanjšanjem bolniških odsotnosti za tretjino, prihranimo 70 mio evrov. To se lahko zagotovi z dobrimi odnosi v podjetju, z upoštevanjem zakona o varnosti pri delu ter promocijo varovanja zdravja na delovnem mestu.
- Radikalen ukrep bi bil popolnoma ukiniti prodajo tobačnih izdelkov, kar bi pomenilo zmanjšanje določenih bolezni in posledično manj stroškov.
- Veliko več bi morali delati na promociji zdravja na splošno in promociji zdravja na delovnem mestu. Smiselna bi bila uvedba telovadbe na delovnem mestu. Ključen problem je, ker se sedaj več sredstev kot za preventivo namenja za promocijo slabe hrane in pijače, kar posledično pomeni, da se pojavijo bolezni kot posledica slabega prehranjevanja.

Zdravstveno zavarovanje

ZZZS ni monopolist, pač pa monopsonist, kar pomeni da ni edini prodajalec, pač pa edini kupec storitev. Več kupcev je možnih le ob močni regulaciji s strani države.

DZZ se ne sme ukiniti, dokler se ne najde sredstev iz drugega vira. Izvajalci DZZ nimajo veliko kompetenc. Ne pogajajo se za cene, ne določajo cen storitev, so le plačnik storitev. DZZ bi lahko zamenjali z davkom, ki bi ga v enaki višini plačevali vsi državljani. Za izvajanje je dovolj le ena zavarovalnica. Druga možnost je povečanje prispevne stopnje. V konkurenčnosti gospodarstva ne vidi večjega problema. Potrebno bi bilo le spodbuditi razvoj gospodarstva, povečati produktivnost in denarja za financiranje bi bilo dovolj.

Vzajemno bi pripojil nazaj k ZZZS kot hčerinsko družbo, bila bi le ena zavarovalnica za vso Slovenijo. Prihranke zaradi zmanjšanja stroškov za administracijo bi namenili za skrajšanje čakalnih dob in postopoma še za nove zdravstvene storitve.

Staranje prebivalstva

Vpliv staranja prebivalstva na BDP bo do leta 2020 cca. 0,5 odstotka na letnem nivoju. Težko je napovedati, kako bo naprej. Ta sredstva bo potrebno dobiti iz splošnih davkov, to pomeni uvedbo mešanega Bismarck/Beveridgovega sistema.

Izvajalci zdravstvenih storitev

Managerji v javnih zavodih nimajo mehanizmov za učinkovito upravljanje javnih zavodov. Izvajalcem zdravstvenih storitev ni potrebno, da delujejo po načelih privatnega sektorja, dovolj je, da se jim da več kompetenc. Potrebno bi bilo spremeniti Zakon o javnih zavodih. Uvesti bi bilo potrebno plačilo po delu. Smiselna bi bila uvedba kategorije dobička in ena tretjina dobička bi bila namenjena za plače zaposlenim kot nagrada za dobro delo. Preostali dobiček pa bi se namenilo za nadaljnji razvoj. Podan je bil primer izvajalca Osnovno zdravstvo Gorenjske, ki deluje združeno na celotnem področju, zato ne nastajajo nepotrebni stroški podvojene administracije. V Sloveniji je preveč zdravstvenih domov. Potrebna bi bila reorganizacija zdravstvene mreže, kar lahko naredi država.

Izvajalci zdravstvenih storitev bi lahko imeli dobiček, če bi bili izpolnjeni nekateri osnovni predpogoji: ni čakalnih dob, ustrezna kvaliteta in doseženi cilji.

Ustanoviti bi bilo potrebno javno gospodarsko družbo za upravljanje bolnišnic in nanjo prenesti pristojnosti MZ s tega področja. Delovala bi nepolitično in v korist prebivalstva.

4.4.3 Intervju s predsednikom zavarovalnice Vzajemne Alešem Mikelnom

Aleš Mikeln je po izobrazbi univerzitetni diplomirani inženir strojništva, z diplomom iz MBA. Svojo kariero je pred prihodom na Vzajemno, kjer je predsednik uprave, gradil v gospodarstvu, kjer je bil direktor družbe Swaty Comet in predsednik uprave Palome.

Največji izzivi v sistemu zdravstvenega varstva

Največji izziv v sistemu zdravstvenega varstva ni v financiranju, temveč v sami organizaciji dela znotraj mreže zdravstvene dejavnosti. Problematično je vodenje javnih zavodov, kjer managerji ne morejo voditi le-teh na pravi način, tj. kot pravi managerji. Nimajo pravih pooblastil in pristojnosti. Managerji nimajo motiva, da bi dobro delali. Če imajo dobiček, imajo pri sprejemanju proračuna za naslednje leto težave. V primeru, da delajo slabo, imajo pokrito izgubo in dobijo pomoč. Lahko bi rekli, da sistem nagrajuje slabo delo. Problematična je tudi prevelika politična vpetost v delovanje javnih zavodov.

Drug ključen izziv, ki ga vidi, je v organizaciji mreže, predvsem z vidika ali je trenutna mreža ustrezna in ali res potrebujemo toliko bolnišnic, porodnišnic itd. Tudi v tem delu je prevelika politična vpetost, predvsem na lokalnem nivoju, kjer si vsaka občina želi svoj zdravstveni dom. Danes razdalje niso več težava, in bi bile lahko bolnišnice bolj specializirane itd. Uvedli bi lahko telemedicino in spremljanje na daljavo in druge sodobne tehnologije.

Naslednji izziv so parametri kakovosti pri izvajanju zdravstvenih storitev, ki danes niso postavljeni.

Veliko pozornosti bo potrebno nameniti košarici storitev, v kateri je danes vse. Za vse storitve ni denarja, zato so čakalne vrste. Zasebne zavarovalnice se ne morejo pogajati za cene storitev v košarici. Npr. DZZ krije 90 odstotkov stroškov ne nujnih reševalnih prevozov, za ceno pa se zavarovalnice za DZZ ne morejo pogajati. Iz košarice bi bilo potrebno izločiti, kar vanjo ne sodi (specializacije zdravnikov), odločiti se bo potrebno o morebitni izločitvi določenih storitev, kot so zobozdravstvene storitve, zdravila na vmesni listi ipd. iz košarice za OZZ. Smiselno bi bilo uvesti doplačila pri zdravnikih na primarnem nivoju, kar bi verjetno povzročilo manjše število obiskov.

Smiselno bi bilo s spremembo področnega zakona omogočiti, da bi lahko zavarovalnice sklepale pogodbe o izvajanju storitev le z določenimi izvajalci in ne z vsemi. Tako bi se vzpostavilo konkurenco na trgu in povečalo kakovost storitev. Po eni strani imamo sistem, ki je zelo reguliran, po drugi strani pa ni konkurence ne pri izvajalcih ne pri plačnikih.

Interes za spremembo sistema imajo plačniki (vse tri zavarovalnice) in zavarovanci. Ta interes bi moral imeti tudi ZZS.

Zdravstveno zavarovanje

Določeni izzivi so tudi pri financiranju. Spremenil bi OZZ na način, da bi bilo urejeno kot zavarovanje in ne kot dajatev. Uvedel bi konkurenco tudi v delu OZZ. Uvedel bi pogajanja z izvajalci, ki bi ga izvajale vse zavarovalnice.

DZZ je bil večkrat amortizer v primerih, ko je na strani OZZ zmanjkalo denarja. Denarja bo še zmanjkovalo, prispevkov za OZZ ne bomo mogli povečevati, vsaj pri delu zaposlenih ne. Potrebno bi bilo pregledati višine prispevnih stopenj za vse kategorije zavezancev, ker so določene skupine privilegirane. Dodaten vir denarja bi bila lahko dodatna sredstva iz proračuna, iz katerega se sedaj za zdravstvo namenja le tri odstotke denarja. Razmisliti velja o tem, da bi ljudje, ki ne pazijo na svoje zdravje, plačevali višje prispevke oziroma premije. Enako velja za ekstremne športnike. To bi morali opredeliti v strategiji zdravstvene politike. Če želimo imeti zdrave prebivalce, moramo spodbujati zdrav način življenja.

Ponovno je s strani MZ podan predlog (kot že večkrat v preteklosti), da se DZZ ukine, ker naj sistem ne bi bil dovolj solidaren. Solidaren dejansko ni na strani prihodkov, ker vsi plačujejo enako premijo, je pa solidaren po drugih parametrih in je vzajemen. Na DZZ bi lahko naredili naslednje: ločili košarici na OZZ in DZZ, ki bi 100 odstotno plačevalo storitve iz svoje

košarice, za katero bi se lahko pogajalo za cene in izvajalo nadzor izvajalcev. Spremenil bi veljavnost zavarovanj DZZ iz enega na pet let in tako bi se izognili kolobarjenju zavarovancev in porabi denarja za provizije in darila zavarovancem ob prestopu. Reguliral bi dobičke. Zanimiv sistem financiranja imajo v Belgiji, kjer imajo sedem zavarovalnic za obvezno, dopolnilno in dodatna zdravstvena zavarovanja. Po zakonu so vse zavarovalnice vzajemne družbe in zadeve so tako bolj transparentne. Dobiček se vrača v zdravstvo.

Staranje prebivalstva

Denarja bo zmanjkovalo zaradi staranja prebivalstva. Denarja bo zmanjkalo tako za zdravstvene storitve kot za dolgotrajno oskrbo.

Izvajalci zdravstvenih storitev

Izvajalci zdravstvenih storitev imajo določene zakonske omejitve pri vodenju zavodov. Zaenkrat nimajo pravega motiva, da bi poslovali uspešno. Že zdaj so določene izjeme, ki poskušajo voditi bolnišnice kot managerji. Problem so nizke plače v javnih zavodih in nemožnost odpuščanja slabih delavcev, nagrajevanja dobrih delavcev itd. Izvajalcem zdravstvenih storitev bi bilo potrebno dati več pooblastil. Dati bi jim morali možnost razdeliti dobiček, delno kot nagrado zaposlenim za dobro delo, delno za investiranje v novo opremo in nove tehnologije.

4.4.4 Intervju z zdravnikom Dorijanom Marušičem

Dorjan Marušič je matematik in zdravnik specialist interne medicine. Bil je direktor Bolnišnice Izola, državni sekretar, minister in svetovalec generalnega direktorja ZZZS. Trenutno opravlja delo zdravnika specialista v dveh svojih ambulantah, sodeluje v novih razvojnih projektih s področja zdravstva doma in v tujini.

Največji izzivi v sistemu zdravstvenega varstva

Ni strateškega naročanja oziroma ni razvito, ne na nivoju ministrstva, ne na nivoju plačnika, ne na nivoju izvajalcev. Najprej je potrebno določiti realne potrebe državljanov po storitvah. To niso želje posameznikov ali skupin, to so dejanske potrebe. Potrebe je potrebno prioritizirati. Nato je potrebno potrebe poskušati pokriti z javnimi sredstvi. Popolnega pokritja ni mogoče nikoli doseči. Razliko se lahko pokrije z zasebnimi sredstvi – z doplačili, zavarovanji ali neposredno iz lastnih sredstev. Doslej še nismo razvili orodij za določanje realne potrebe in naročanja na njihovi podlagi. Ni standardiziranih postopkov plačevanja storitev. Danes se ne pogovarjamo več o finančni vzdržnosti ampak o vzdržnosti celotnega sistema. Posebej je pomembna košarica zdravstvenih storitev, ki zajema kakovostno in varno

opravljene storitve v času, kraju in prostoru. V košarici so tudi vse storitve bolnišnic in zdravstvenih domov. Potrebe ugotavljamo na naslednji način. Vzamemo, vse kar se opravi v zdravstvu, in vse, kar čaka v zdravstvenem sistemu (osebe, ki so napotene), ker je to že realna potreba, ker je o tem presodil zdravnik. Upoštevati je potrebno, da bi določeno, kar je bilo narejeno, lahko bilo narejeno drugače, npr. namesto v bolnišnici, bi bilo lahko narejeno v ambulantni ipd. Kar je bilo obdelano, je potrebno pogledati kaj bi bilo lahko drugače, kar pa čaka, je potrebno postaviti na prioriteto listo. Tako se približujemo realnim potrebam. V preteklosti je bila narejena raziskava, ki je pokazala, da bi pet bolnišnic pokrilo vse potrebe. Razviti je potrebna orodja, ki zmanjšujejo nepotrebne sprejeme v bolnišnice. Tako se lahko omeji preveliko potrošnjo pri izvajalcih. Nato je potrebno določiti ustrezne prioritete, npr. kaj pomeni čakanje na srčno operacijo in kaj čakanje na operacijo kolka pri devetdesetih letih. Z vgrajenimi vsemi ustreznimi orodji gre sistem proti nekemu transparentnemu in optimalnemu določanju potreb skladno s sredstvi.

Reforme se ne sprejemajo, ker se hitro spreminjajo vlade in naslednje vlade ne nadaljujejo začetega dela. Države rabijo dolgo časa za sprejem reform oz. večje spremembe, tudi 20 do 25 let. Reforma pomeni korenito spremembo. Ni nujno, da sistem potrebuje korenito spremembo, lahko spremembo potrebuje le del sistema npr. sistem zbiranja sredstev. Reforma vedno potrebuje dodatna sredstva. Za uvedbo reform oz. sprememb je potrebna podpora predsednika vlade, minister za zdravje mora biti med prvimi možmi v vladi.

Preventivo mora plačevati država iz proračuna. Zdravstveno zavarovanje mora plačevati storitve. Razne specializacije, »screening« test, uvajanje novih tehnologij ne sodijo v košarico, ki jo plačuje zdravstveno zavarovanje. Za to so namenjene trošarine in druga sredstva iz državnega proračuna.

Nihče ne bi smel čakati več kot tri mesece na indiciran pregled. Koliko denarja rabimo za odpravo čakalnih dob, je težko izračunati. Lahko izračunamo, koliko rabimo, da oseba vstopi v sistem – na prvi pregled, ne vemo pa, kaj vse bo še rabila po prvem pregledu, in zato je težko izračunati dejanski strošek za odpravo čakalnih dob.

Predlaga uvedbo javne, neprofitabilne, neodvisne, avtonomne agencije za sistematično izvajanje vseh nalog s področja upravljanja sistema kakovosti in varnosti. Financirajo jo bolnišnice. Agencija mora delovati popolnoma nepolitično.

Zdravstveno zavarovanje

Uvedbe konkurence ZZZS ne vidi kot rešitev, ki bi prinesla veliko koristi. Možno bi bilo, da bi bil ZZZS blagajna za npr. javne uslužbenke, druga zavarovalnica spet za drugo skupino

ljudi. Pri plačniku ne vidi večje dodane vrednosti z uvedbo konkurence, vidi pa jo pri izvajalcih, kjer se lahko vzpostavi konkurenčnost na nivoju kakovosti.

V času, ko je bil minister, ga je shema OZZ/DZZ motila zaradi systemskega nivoja. Namreč, zaradi samega sistema urejenosti DZZ, ki doplačuje storitve, je kakršnikoli sistem racionalizacije ali spodbude, ki se jih je želelo vpeljati v sistem, ne samo prihranil sredstva v OZZ, pač pa dvigoval tudi profit v DZZ. Na strani DZZ ni regulacije. In v zasebnih zavarovalnicah sistema ne more regulirati država.

Košarica pravic mora biti krita iz javnih sredstev. Samo nihče ne upa povedati, kaj je košarica. Za storitve izven košarice bi lahko bilo privatno zavarovanje.

Ostala prostovoljna zdravstvena zavarovanja se ne bodo razvila, dokler sistem čakalnih dob ne bo urejen, in bo možno priti do zdravnika specialista ali na operacijo hitreje, preko vez. Ko bo ta sistem ustrezno reguliran in nadzorovan, se bo povečalo zanimanje za tovrstna zavarovanja, ki omogočajo hitrejši dostop do storitev.

Staranje prebivalstva

Po 85. letu starosti začnejo stroški zdravstvenih storitev padati, še posebej v državah, kjer delajo veliko na preventivi pred zlomi kolkov in ključnic, uvajajo paliativno oskrbo ipd. Tako, da ne drži, da stroški eksponentno rastejo s starostjo, če so pravočasno sprejeti pravi ukrepi. Če bomo delali le na kurativi, bodo stroški rastli. Dodatne stroške lahko uravnavamo z določitvijo ustrezne košarice in določanjem prioritet.

Izvajalci zdravstvenih storitev

Potrebno bi bilo povečati avtonomijo izvajalcev. ZUJF jim je vzel vse pristojnosti. S povečevanjem pristojnosti jim ministrstvo ne bi več krilo izgub ipd. Avtonomija bi jim omogočala, da upravljajo s kadri, in jih plačajo po delu, opredelijo delo v javnem in privatnem delu. Država se verjetno ne bo odpovedala lastništvu. Tudi evropska praksa ne pozna veliko zasebnih profitnih izvajalcev. Dobiček bi se preusmerjal v nagrajevanje, novo opremo. Sedaj so motivirani, da imajo izgubo in čim daljše čakalne dobe, ker tako dobijo dodatni denar. Država kot ustanoviteljica pa je dolžna pokriti morebitne izgube.

4.4.5 Intervju z direktorjem bolnišnice Slovenj Gradec Janezom Lavretom

Gospod Janez Lavre je zdravnik, specialist interne medicine. Že deveto leto je direktor bolnišnice v Slovenj Gradcu.

Največji izzivi v sistemu zdravstvenega varstva

Največja težava financiranja celotnega sistema zdravstvenega varstva, ki jo vidi gospod Lavre, je v tem, da nimamo točno opredeljene vsebine košarice zdravstvenih storitev, kaj je standard v njenem okviru in kaj je nadstandard. Košarica ne sledi tehnološkemu razvoju in prav tako ne cene storitev. Premalo se zavedamo, da z napredkom tehnologije ne bomo mogli obdržati vseh storitev v enakem obsegu, oziroma bo za določene storitve potrebno zavarovanje za nadstandard.

Standarde bi moral postavi ZZZS, pri tem pa bi morali sodelovati tudi stroka in MZ, ki bi zagotovil prilagojenost standardov potrebam prebivalstva.

Do sedaj ni bila izvedena še nobena reforma, ker za to ni dovolj politične volje. Potrebna je iniciativa z najvišjega nivoja, to je s strani predsednika vlade, ki mora reformo vzeti za svojo prioriteto nalogo. Opredeliti je potrebno jasne cilje in se jih držati, če želimo, da bi katerakoli reforma uspela. Problem se bo pojavil, ko ne bo več denarja, in se bo zgodil zlom finančnega sistema v Sloveniji in država ne bo vplačala svojega dela v sistem zdravstvenega zavarovanja (brezposelni, socialno šibki ipd.)

Problem čakalnih dob vidi v tem, da sistem deluje tako, da čim daljše čakalne dobe ima izvajalec zdravstvenih storitev, več denarja dobi, oziroma dobi dodatne programe.

Prava strategija bi morala opredeliti tudi krepitev zdravja in kaznovati slabe razvade kot so kajenje in pitje. »Kaznovati« bi bilo smiselno tudi »nepravilno ravnanje« kroničnih bolnikov. Za vse, ki se ne držijo navodil, in ne skrbijo za svoje zdravje, bi lahko uvedli malus na premijo oziroma prispevke.

Uvajati bi bilo potrebno ustrezne programe v šole, v okviru katerih bi otroke vzgajali, kako skrbeti za svoje zdravje.

Zdravstveno zavarovanje

Meni, da je denarja v sistemu zaenkrat dovolj, da je nepravilno razdeljen, in da plačnik storitve ZZZS nima konkurence, kar ni dobro. Pri ZZZS se mu zdi problematično tudi upravljanje, ker imajo večino v skupščini sindikati, ki še vedno pričakujejo, da je vsebina košarice zdravstvenih storitev neomejena, sredstev za to pa počasi zmanjkuje.

Problematika DZZ je dejansko samo »nabiranje političnih točk« v predvolilnem času. Sistem zdravstvenega zavarovanja kot je, je bolj ali manj ustrezen, potrebno pa bi bilo uvesti konkurenco na področju OZZ. Za Slovenijo bi zadoščalo do pet zavarovalnic, ki bi nudile tako OZZ kot DZZ.

Zavarovalnice so lahko profitne ali neprofitne, mora pa biti jasno določeno, kam se razporeja dobiček. Profitnost ni problematična, če so vzpostavljeni vsi ostali mehanizmi, kot so košarica in standardi.

Staranje prebivalstva

Problematiko staranja prebivalstva bi se moralo reševati z novim zavarovanjem za dolgotrajno oskrbo. S tem zavarovanjem bi moral biti pokrit tudi zdravstveni del, ki bi se prelil v zdravstveno blagajno, in bi se tako pokrilo višje stroške zaradi staranja prebivalstva.

Izvajalci zdravstvenih storitev

Trenutno ni veliko mehanizmov, da bi lahko javni zavod vodil kot manager, ker mu vse določajo drugi. Da bi lahko uspešno vodil bolnišnico kot manager, bi moral imeti proste roke pri upravljanju in sprejemanju odločitev.

Problem je tudi v tem, da bolnišnice ne morejo same kadrovati, ker specializacije določa Zdravniška zbornica centralizirano v Ljubljani. Plače zdravnikom ne more določati sam, ne more »outsourcati« storitev čiščenja, kuhinje itd.

Bolnišnice bi lahko bile profitne, s tem, da bi bilo določeno, kam se usmerja dobiček, in sicer predvsem v razvoj.

Telemedicina – korak naprej

V Bolnišnici Slovenj Gradec so izvajali pilotni projekt »Telemedicine«, za katerega so pridobili evropska sredstva. V okviru projekta so spremljali okrog 550 pacientov, od teh je bilo 400 sladkornih bolnikov in 150 bolnikov s srčnim popuščanjem. Preko tehnologije so na daljavo dnevno spremljali parametre in na osnovi rezultatov prilagajali terapijo. Za 30 odstotkov so zmanjšali porabo insulina. Posledično se dolgoročno zmanjša število amputacij udov zaradi sladkorne bolezni. Projekt je zaključen, 50 najtežjih bolnikov še vedno spremljajo. Prihranki na tem področju so dolgoročno lahko veliki, in smiselno bi bilo telemedicino uvesti na več področij in po vsej Sloveniji.

4.5 Ključne ugotovitve analize ustreznosti obstoječega sistema in predlaganih sprememb

Ključne ugotovitve tega poglavja lahko strnemo v štiri področja, ki jih v nadaljevanju povzemamo:

- ustreznost obstoječe ureditve financiranja sistema zdravstvenega varstva in zagotovitev dodatnih sredstev zaradi večanja potreb,

- ustreznost obstoječe košarice zdravstvenih storitev,
- problematika čakalnih dob in
- ustreznost ureditve mreže izvajalcev zdravstvenih storitev.

Posamezna ugotovitev je v nadaljevanju podrobneje obrazložena. Ugotovitev, ki izstopa iz vseh intervjujev, in jo velja posebej omeniti na tem mestu pa je, da nobena reforma ne bo uspešno realizirana brez ustrezne prioritete Vlade in brez aktivne vloge predsednika vlade, ministra za zdravje in ministra za finance.

Ustreznost obstoječe ureditve financiranja sistema zdravstvenega varstva

V obstoječi ureditvi imamo enega ponudnika OZZ, to je ZZZS, in vsi predlogi to obliko ohranjajo. S tem, da Vzajemnin predlog spreminja vlogo ZZZS pri OZZ, in sicer je ZZZS le še zbiralec in razporejevalec sredstev med zavarovalnice. Trije intervjuvanci (Toth, Mikeln in Lavre) pa predlagajo uvedbo konkurence ZZZS in tako več ponudnikov OZZ. Tudi Fakin dopušča to možnost, vendar ob močni regulaciji s strani države.

V obstoječi ureditvi imamo tri zavarovalnice, ki izvajajo DZZ. Mnenja o tem, kako v bodoče urediti to področje, so si zelo različna. Lahko jih razdelimo v dve skupini. Prva skupina želi ukinitve DZZ zaradi prevelikih administrativnih stroškov in preoblikovanje v neko drugo dajatev. Ta predlog podpira analiza MZ iz leta 2015 ter predlog reforme MZ iz leta 2011. Tej ideji je naklonjen tudi Marušič, ker je mnenja, da na način, kot je organizirano sedaj, da je vključitev v DZZ praktično obvezna, ne dosega svojega namena, zato je vseeno, če je to del javnih sredstev v celoti. Ideji je delno naklonjen tudi Fakin, vendar ob pogoju, da se pred tem zagotovi sredstva iz drugega naslova. Druga skupina (vsi ostali) pa bi okrepila vlogo DZZ oziroma zavarovalnicam dodelila več pristojnosti, predvsem pri pogajanjih z izvajalci in oblikovanju cen. Dejstvo je, da so zavarovalnice sedaj le plačnice storitev, za cene katerih se pogajajo MZ, ZZZS ter izvajalci zdravstvenih storitev. Fokus pogajanj je tako usmerjen na področja, ki za OZZ predstavljajo glavnino odlivov. Za skupine storitev, za katere zavarovalnice plačujejo 90 odstotkov doplačila, pa se ne pogaja nihče.

Predlogov za pridobitev dodatnih sredstev je več, in sicer od povišanja oziroma sprememb prispevnih stopenj (Ministrstvo za zdravje 2015 in 2011, Inštitut za ekonomska raziskovanja, Fakin) do spremembe zdravstvene košarice (ostali). Predlog, ki se večkrat pojavi, je uvedba doplačil za storitve na primarnem in sekundarnem nivoju (Ekonomska fakulteta, Inštitut za ekonomska raziskovanja, Mikeln in Lavre). Toth pa meni, da doplačila na primarnem nivoju niso ustrezna, in jih predlaga le na sekundarnem nivoju.

Ustreznost obstoječe košarice zdravstvenih storitev

Slovenija ima obsežno košarico zdravstvenih storitev, ki se financira iz dveh virov (OZZ in DZZ). Košarice, kot jo poznamo ne ohranja noben predlog, Ministrstvo za zdravje (2015) in Inštitut za ekonomska raziskovanja, tega vprašanja v svojih predlogih ne omenjata. Ostali predlogi predlagajo ločeno košarico za storitve A in B. Ob tem se ena košarica financira iz OZZ in druga iz DZZ. Predlog MZ iz leta 2011 predlaga samo eno košarico, ker predlaga ukinitve DZZ.

V predlogih se omenja tudi izločitev nekaterih storitev iz košarice razen predlogov Ministrstva za zdravje (2015a) in Inštituta za ekonomska vprašanja, ki obdržita vsebino košarice nespremenjeno. V ostalih predlogih se predlaga izločitev storitev kot so zobozdravstvo, in storitve, ki niso zdravstvene po svoji naravi, kot so npr. ne nujni reševalni prevozi, pripravništva in specializacije zdravnikov, uvajanje novih tehnologij ipd. Ob tem Fakin navaja, da je potrebno biti zelo pazljiv, Toth pa, da je nujno, da vsebino košarico določi medicinska stroka, za katero je prva prioriteta pri oblikovanju košarice doseganje boljšega zdravja, druga prioriteta pa je upoštevanje potreb prebivalstva.

Problematika čakalnih dob

Zaradi pomanjkanja sredstev se v Sloveniji daljšajo čakalne dobe. Zaenkrat, zaradi različnih razlogov, ta problem še ni eskaliral tako močno, da bi povzročil tolikšno negodovanje pri prebivalcih, da bi se uprli ipd. Sistem zdravstvenega varstva ne zagotavlja dodatnih sredstev za odpravo čakalnih dob in podatki kažejo, da se te podaljšujejo (glej 4.1.6). Prebivalci to problematiko rešujejo na več načinov, tudi tako, da si storitve na katere je potrebno dolgo čakati, plačajo sami, ali si preko poznanstev uredijo pregled mimo čakalnih dob. Tega vprašanja se v predlogih reform dotika le MZ (2011), ki bi za skrajšanje čakalnih dob uporabilo sredstva, ki bi jih pridobili z naslova ukinitve DZZ in posledično manjših administrativnih stroškov. Tega vprašanja smo se nekoliko bolj dotaknili v intervjujih, kjer pa je bilo izpostavljeno (Marušič), da je težko oblikovati metodologijo, po kateri bi izračunali, koliko sredstev je dejansko potrebnih za skrajšanje čakalnih dob, poleg tega je najprej potrebno določiti, koliko je še sprejemljiva čakalna doba. Fakin ocenjuje, da je potrebnih cca. 120 mio evrov, ob tem pa Marušič meni, da je to dovolj le za prvo obravnavo, ne pa tudi za nadaljnje postopke zdravljenja. Neka pavšalna ocena je, da je potrebnih okrog 300 mio evrov dodatnih sredstev za skrajšanje čakalnih dob.

Ustreznost ureditve mreže izvajalcev zdravstvenih storitev

Mreža izvajalcev zdravstvenih storitev v Sloveniji je razvejana, in kot pravi Toth, v ta del reforma v letu 1991 ni posegala, in mreža je ostala enaka in praktično nespremenjena v delu javnih zdravstvenih ustanov (zdravstveni domovi in bolnišnice), dodatna pa se je razvejala mreža privatnih izvajalcev, ki imajo s strani države oziroma lokalnih skupnosti podeljene koncesije.

Vsi predlogi (razen MZ (2015a) in Inštitut za ekonomska raziskovanja) predlagajo spremembe v mreži izvajalcev zdravstvenih storitev. Vsi se strinjajo, da je potrebno postaviti novo mrežo, da je zdravstvenih domov in bolnišnic preveč, in da je potrebno določiti standarde in merila za oblikovanje zdravstvenih domov. Nadalje je potrebna večja specializacija bolnišnic, ker danes, ko je zagotovljena hitra dostopnost praktično na drug konec Slovenije, ni več potrebe po tem, da ima vsaka bolnišnica pokrite vse specialnosti, in zato dostikrat neizkoriščene kapacitete.

Vsi (razen že omenjenih dveh akterjev, ki tega področja ne omenjata) se bolj ali manj strinjajo tudi, da je potrebno dodeliti več pristojnosti direktorjem zdravstvenih ustanov pri vodenju letih. Današnja ureditev jim omogoča malo manevrskega prostora, ker imajo praktično vse predpisano. Več o posameznih predlogih pa je navedeno znotraj tega poglavja.

5 PREDLOG MODELA SPREMEMB V SISTEMU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA S Poudarkom na zdravstvenih ZAVAROVANJIH

V tem poglavju so v prvem delu identificirani potencialni predlogi, ki izhajajo iz analiz v predhodnih poglavjih, in bi jih bilo smiselno vključiti v pripravo nove reforme. Na osnovi teh in nekaterih drugih zanimivih predlogov je v drugem delu podan predlog, kako se lotiti reforme, katera področja je potrebno urediti, opredeljeni so tudi nekateri konkretni predlogi, kako zagotoviti dodatna sredstva, oziroma kako optimizirati sedanji sistem zdravstvenega varstva z namenom dolgoročne vzdržnosti sistema zdravstvenega varstva.

5.1 Pregled možnosti vpeljave posameznih posebnosti opazovanih držav, predlaganih reform in izsledkov intervjujev v slovenski sistem zdravstvenega varstva

Z analizo sistemov v posameznih državah, analizo nekaterih ključnih kazalnikov, analizo posameznih predlaganih reform/sprememb ter izvedenih intervjujev, so se pokazale nekatere prednosti oziroma priložnosti, ki bi jih bilo smiselno podrobneje analizirati, in razmisliti o uvedbi v slovenski sistem zdravstvenega varstva. Prav tako velja, da so v slovenskem sistemu določene prednosti, ki jih je smiselno obdržati, in so tudi poudarjene v tem poglavju. Na koncu pa so opredeljene nekatere prepoznane kritične točke slovenskega sistema zdravstvenega varstva.

V nadaljevanju je podanih nekaj konkretnih predlogov za nadaljnji razmislek in poglobljeno analizo. Predlogi so strukturirani v več smiselnih sklopov.

Izvedba reform sistema zdravstvenega varstva

Slovenija od leta 1992, ko je ponovno uvedla Bismarckov model, ni izvedla nobene večje reforme. Večkrat se je predvsem OZZ znašlo v t. im. rdečih številkah, kar se je reševalo na več načinov, ki so opisani v poglavju 3.1.3. Predlaganih je bilo več reform, vendar pri nobeni ni bilo doseženega političnega konsenza, ko pa je bil (reforma v letu 2011), je kmalu zatem prišlo do menjave vlade, in ves proces se je začel od začetka. Analiza sistemov v izbranih državah je pokazala, da je smiselno podrobneje preučiti proces sprejema zdravstvenih reform predvsem v Švici, na Nizozemskem in v Nemčiji, in se iz njih naučiti, kako učinkovito pristopiti k sprejemanju in uvajanju reform. V Sloveniji imamo dovolj strokovnjakov, ki znajo pripraviti dobre predloge reform, kar so v preteklosti tudi že naredili. Nikoli nismo uspeli doseči političnega konsenza, potrebnega za izvedbo predlaganih reform in jih realizirati.

Slovenija je še mlada država, ki na tem področju nima veliko izkušenj, zato je smiselno pogledati, kako ti postopki potekajo v državah z daljšo tradicijo, se od njih učiti oziroma prevzeti dobre prakse, in jih prilagoditi na naše okolje. Za najpomembnejše se je izkazalo, da se izvajanje reforme ne ustavi ob vsaki menjavi vlade, ampak se njeno izvajanje nemoteno nadaljuje. V nasprotnem primeru, reforme ni mogoče uspešno izpeljati do konca.

Sistem zdravstvenega varstva na splošno

Sistem zdravstvenega varstva je zelo obsežen. Ker celoten sistem ni bil predmet analiziranja v magistrskem delu, nismo prepoznali vseh priložnosti za izboljšanje. Prepoznanih je bilo nekaj priložnosti, ki so:

- povečati poudarek na preventivni dejavnosti za vse starostne skupine in tako dolgoročno vlagati v boljše zdravje prebivalstva in posledično bodo stroški manjši oziroma bodo počasneje rasli zaradi staranja prebivalstva. Na ta način bi bolj uspešno obvladovali povečevanje stroškov vedno starejšega prebivalstva.
- Prenos določenih opravil, ki jih sedaj izvaja država, na nižje nivoje. Potrebno bi bilo povečati avtonomnost izvajalcev v zdravstveni mreži pri upravljanju. Povečati oz. dodeliti avtonomnost zavarovalnicam pri pogajanjih z izvajalci. Država bi morala zaupati izvajalcem in zavarovalnicam, da bodo učinkovito in uspešno izvajale svoj posel, in vzpostaviti ustrezno regulacijo z mehanizmi nadzora.
- Smiselno bi bilo organizirati posebno nevladno službo ali agencijo, ki bi se neodvisno in nepolitično ukvarjala z razvojem sistema zdravstvenega varstva, in predlagala potrebne spremembe. Ko bi bile spremembe sprejete, bi jih bilo potrebno do konca implementirati, menjava vlade jih ne bi smela zaustaviti. Na ta način bi dovolj hitro prepoznali potrebne spremembe in jih tudi pravočasno izpeljali (npr. uvedba zavarovanja za dolgotrajno oskrbo).

Financiranje zdravstvenega varstva

Slovenija ima sistem zdravstvenega zavarovanja, kot ga pozna Bismarckov model od leta 1992, ko smo uvedli nov model zdravstvenega varstva. Evropske države, ki poznajo ta model, so ga tekom let prilagodile trenutnim potrebam v svojih državah. Slovenija pa sistema na konceptualni ravni ni bistveno spreminjala od leta 1992.

Smiselno bi bilo preučiti možnost, da se v enotno blagajno zbira vse prispevke za OZZ in premije za DZZ, nato pa se denar razdeli zavarovalnicam glede na rizičnost zavarovancev. S

tem bi se izognili pobiranju prispevkov in premij na štirih mestih (FURS oz. ZZZS in vse tri zavarovalnice), in tudi izravnalnimi shemami kot jih Slovenija pozna danes.

Potrebno bo razmisliti in analizirati, kolikšno število zavarovalnic bi bilo glede na zgornji predlog optimalno. Analiza kaže na zelo različne prakse, od malo (pet zavarovalnic na Nizozemskem, ki pokrivajo 80 odstotkov trga) do veliko (124 zavarovalnic v Nemčiji oz. 100 v Švici). V Nemčiji to konkretno pomeni, da ima vsaka blagajna v povprečju 650 tisoč zavarovancev, v Švici pa le 79 tisoč zavarovancev, medtem ko ima vsaka izmed petih največjih zavarovalnic na Nizozemskem v povprečju 2,7 milijona zavarovancev. Glede na velikost Slovenije in število prebivalcev bi verjetno ustrezalo, da bi imeli od tri do maksimalno pet zavarovalnic.

Skoraj vse opazovane države poznajo sistem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v takšni ali drugačni obliki. Večina držav z Bismarckovim modelom ima tudi DZZ. V Sloveniji imamo največjo zavarovanost v segmentu DZZ, kar je posebnost v Evropi. Višjo zavarovanost na področju DZZ ima le Francija. Z nekaj popravki in večjo regulacijo bi sistem lahko uspešno funkcioniral naprej. Prepoznane so tri pomembnejše stvari, ki bi jih bilo smiselno urediti pri DZZ:

- prva stvar je uvedba neprofitnosti poslovanja zavarovalnic, ki izvajajo DZZ, in potrditev povišanja premije s strani države, ki povišanja ne sme zavrniti, če so podani vsi upravičljivi razlogi za povišanje premije. S tem bi se izognili očitkom, da zavarovalnice samovoljno in kartelno dvigujejo premijo.
- Druga stvar, ki bi jo bilo nujno urediti, je omejitev možnosti prehajanja zavarovancev med zavarovalnicami, ker to povzroča visoke transakcijske stroške (provizije zavarovalnim zastopnikom in nagrade zavarovancem ob prehodu). S to regulacijo bi se izognili očitkom, da imajo zavarovalnice visoke obratovalne stroške.
- Tretja stvar, ki bi jo bilo smiselno izvesti, je omogočiti zavarovalnicam, da se lahko pogajajo za cene zdravstvenih storitev. Danes DZZ plačuje npr. 90 odstotkov za ne nujne reševalne prevoze, za zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, za očesne pripomočke in za zdravila na vmesni listi (Tabela 3.2). Ker DZZ plača tako velik delež, ZZZS in država nimata interesa za pogajanja za cene teh storitev v okviru vsakoletnih pogajanj. Zavarovalnice, ki izvajajo DZZ, bi lahko s pogajanjem na tem področju dosegle dodatne prihranke.

Podrobnejša analiza slovenskega financiranja sistema zdravstvenega varstva je pokazala, da je sistem DZZ v času krize amortiziral izgube v OZZ, in se je sistem izkazal za dobrega. Nečesa,

kar je dobro, ni smiselno ukinjati, kot je opredeljeno že zgoraj, je potrebno le urediti stvari, ki znotraj DZZ niso najbolj optimalne.

Primerjava sredstev, iz katerih se financira sistem zdravstvenega varstva, je pokazala, da je Slovenija med državami, ki namenijo najmanj denarja za zdravstveno varstvo iz državnega proračuna. Ker bo Slovenija morala najti nove vire sredstev, je ta vir eden izmed potencialnih virov glede na nizek le 3-odstotni delež sredstev, ki jih trenutno namenja državni proračun v zdravstveni sistem.

Pregled načina financiranja OZZ je pokazal, da so posamezne skupine zavezancev za plačilo prispevkov zelo neenakomerno razporejene glede na obremenjenost. Največ plačujejo dejansko zaposleni pri delodajalcih (teh zavezancev je manj kot polovica). Ostale skupine pa veliko manj, in to je področje, ki bi ga bilo smiselno temeljito preučiti, in uvesti enake stopnje za vse kategorije zavarovancev oz. jih vsaj približati. Druga možnost, ki je predlagana v dveh predstavljenih predlogih (glej 4.2.1.1 in 4.2.2) pa je, da se uvede prispevek na vse prihodke, ki jih ima določena oseba, ne le na plačo. V predlogu iz leta 2011 (glej 4.2.5) je predlagana odprava neenake obravnave posameznikov pri plačevanju prispevkov in ustrezna uskladitev prispevnih stopenj posameznih kategorij zavarovancev, in sicer z uvedbo najnižje in najvišje zavarovalne osnove. Ob tem je prvič predlagana tudi uvedba socialne kapice. Ta predlog v ozadju še ni imel končnih izračunov vpliva predlaganega na višino pobranih sredstev.

V Sloveniji je bila 1. 1. 2009 uvedena sprememba, da država plačuje prispevke za socialno šibke, ki jim s tem prihrani približno 50 evrov stroškov na mesec (22 evrov za OZZ in 27 evrov za DZZ). Prebivalci se, ker imajo vse krito, ne zavedajo, koliko jim država dejansko pomaga. Švica je v ta namen uvedla pomoč pri plačilu teh prispevkov, in državljanom, ki ne zmorejo plačevati, pomaga z določeno letno vsoto, ki jo lahko porabijo v ta namen. Rešitev se zdi zanimiva z vidika povečevanja zavedanja prebivalcev z naslova koliko stvari stanejo in da jim država dejansko pomaga, ker trenutno ne zmorejo sami.

Košarica zdravstvenih storitev

Slovenija ima v primerjavi z drugimi državami zelo obsežno košarico zdravstvenih storitev z zelo majhnimi omejitvami. To je sicer dobro z vidika državljanov in za zagotavljanja popolne zdravstvene in finančne varnosti. Tako obsežna košarica pa je z leti prinesla dva negativna efekta. Prvi je, da je začelo zmanjkovati denarja za kritje vseh storitev, ki jih državljani potrebujejo, posledično so se začele pojavljati čakalne dobe, ki so na nekaterih področjih že zelo dolge. Drugi pa je, da državljani pričakujejo, da jim mora zavarovanje zagotavljati vse pravice, in da njim samim ni za zdravje potrebno narediti ničesar. Smiselno bi bilo preučiti

možnosti za izločitev določenih storitev iz košarice. Zaradi sistema kot ga imamo, v Sloveniji praktično ni možnosti za razvoj ostalih oblik prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Dodaten vir sredstev iz tega naslova bo možen šele, ko bo določena drugačna košarica storitev, in ko bodo urejene čakalne dobe na nacionalnem nivoju, in jih ne bo mogoče več preskakovati. V Veliki Britaniji ima kar 11 odstotkov prebivalcev vzporedno zavarovanje, ki jim omogoča hitrejši dostop do storitev.

Praktično v vseh obravnavanih državah (razen v Sloveniji) je zobozdravstvo izključeno iz obveznega oz. javnega zavarovanja. V Sloveniji imamo v zdravstvenem zavarovanju še določene druge storitve, ki niso tipične zdravstvene storitve, zato bi veljalo razmisliti ali jih izločiti iz košarice ali pa prenesti na druge ustanove. Te storitve so predvsem ne nujni reševalni prevozi, plačevanje pripravništev in specializacij zdravnikov, dražje plačevanje storitev na terciarni ravni, bivanje v bolnišnici, plačevanje dneva odsotnosti za krvodajalce ipd. Potrebno pa bi bilo razmisliti o vključitvi v košarico storitev za nove storitve, ki jih druge države že uvajajo, npr. alternativno zdravljenje, storitve telemedicine ipd.

Večina opazovanih držav (Švedska, Nemčija, Nizozemska, Švica) pozna tudi franšizo v smislu letnega zneska, do katerega si državljani storitve plačujejo sami, ali pa sistem doplačil, kjer morajo določene stvari doplačati, npr. obisk pri zdravniku, zdravila na recept, bivanje v bolnišnici ipd. To ne velja le za nujne storitve in za storitve za določene občutljive skupine kot so otroci in starostniki. Smiselno bi bilo razmisliti, ali bi v Sloveniji taka rešitev povzročila zmanjšanje obsega uveljavljanja storitev na primarni ravni. Zavarovanja za franšize ali doplačila ne bi smelo biti, ker bi z možnostjo zavarovanja predstavljeni rešitvi izgubili svoj namen. Tak način spodbuja posameznika, da se zaveda, koliko storitve stanejo, da niso poceni, in tudi zato bolj skrbi za svoje zdravje.

V opazovanih državah poznajo sistem ločenih košaric zdravstvenih storitev, v katerem so storitve v eni košarici krite iz javnih sredstev, storitve iz druge košarice pa so krite iz zasebnih sredstev. Tak predlog je podan tudi v nekaterih predlogih reform oziroma sprememb, opredeljenih v poglavju 4.2. Ločeni košarici imata številne prednosti, kot so: jasna opredelitev, kaj krije ena in kaj druga košarica, jasna razmejitev med javnimi in zasebnimi sredstvi, česar sedaj ni, možnost neposrednih pogajanj plačnika storitev za cene le-teh, kar sedaj zavarovalnicam za DZZ ni zagotovljeno. Obstaja pa nevarnost, da se, če zavarovanje za storitve iz košarice, ki bo krita iz zasebnih sredstev, ne bo obvezno, ljudje v to zavarovanje ne bodo vključevali, kar bo povzročilo manjšo zavarovanost in posledično večalo ceno zavarovanja zaradi manjšega števila vključenih in večje stopnje tveganosti, ker se bodo vključevali tisti, ki bodo storitve že potrebovali.

Nekatere kritične točke sistema zdravstvenega varstva in financiranja le-tega

V prejšnjih točkah je bila večina kritičnih točk že izpostavljenih in delno tudi že predlagane možne rešitve. Na tem mestu jih še enkrat povzemamo, ker so pomembne za vsebino, obravnavano v naslednjem poglavju. Področja, ki so se izkazala za najbolj kritična in potrebna reforme, so:

- določitev jasne strategije države na področju zdravstvenega varstva in sklenitev ustreznega političnega konsenza.
- Pridobivanje dodatnih sredstev za financiranje povečanega obsega potreb zaradi staranja prebivalstva in čakalnih dob.
- Ureditev področja financiranja v delu zbiranja sredstev za DZZ.
- Racionalizacija obstoječe košarice storitev, pri čemer je potrebno razmisliti o obsegu košarice in možnosti delitve košarice na del, ki je financiran iz javnih sredstev in del, ki je financiran iz zasebnih sredstev.
- Dolge čakalne dobe na sekundarnem in terciarnem nivoju ter na primarnem nivoju pri zobozdravstvenih storitvah.
- Reorganizacija mreže zdravstvene dejavnosti, kjer je potrebno razmisliti o manjšem številu ustanov in večji specializiranosti le-teh, predvsem na sekundarnem nivoju, in o povečanju avtonomnosti pri upravljanju le-teh.

Nekateri izmed omenjenih predlogov v tem podpoglavju so podrobneje razdelani v naslednjem podpoglavju, kjer je opisan predlog reforme zdravstvenega varstva, s poudarkom na zagotavljanju zadostnih sredstev za financiranje, da bi sistem dolgoročno ostal vzdržen.

5.2 Predlog reforme sistema zdravstvenega varstva s poudarkom na vzdržnem zdravstvenem zavarovanju

Reformiranje sistema zdravstvenega varstva je zahteven in dolgoročen proces. Toth je v intervjuju dejal, da je proces spreminjanja zdravstvenega sistema evolucija in ne revolucija, kar pomeni, da mora potekati postopoma in dalj časa.

Predlog, ki je podan v magistrskem delu, je le eden izmed predlogov, ki ni v celoti razdelan z vseh vidikov, ker bi bilo za to popolno analizo potrebnega več časa, kadrovskih in finančnih resursov ter dostop do ustreznih podatkov, potrebnih za podrobnejše analize. Izpostavljene pa so nekatere ključne točke, ki so se izkazale kot kritične, in bi jih bilo potrebno urediti,

navedene so na koncu prejšnjega podpoglavja (5.1). Vse točke so posredno ali neposredno povezane s financiranjem sistema zdravstvenega varstva, to je z zdravstvenim zavarovanjem, ne pa s sistemom plačevanja zdravstvenih storitev, ki v magistrskem delu ni obravnavan. Način plačevanja zdravstvenih storitev tudi vpliva na vzdržnost sistema zdravstvenega varstva, zato bi morala celovita reforma zajemati tudi predlog sprememb na tem področju, ki pa v tem predlogu niso predstavljene.

Iz predhodnih poglavij izhaja, da v Sloveniji potrebujemo oz. bomo dolgoročno potrebovali:

- med 120 in 300 mio evrov za skrajšanje čakalnih dob,
- dodatnih 500 mio evrov do leta 2060 zaradi staranja prebivalstva, da bomo zagotavljali enako oskrbo zdravstvenih storitev, kot jo imamo danes.

Samo ta dva navedena podatka nas opozarjata, da je potrebno zagotoviti dodatna sredstva in racionalizirati nekatera druga področja, da bomo zagotovili stabilen in vzdržen sistem financiranja zdravstvenega varstva. V nadaljevanju je podanih nekaj konkretnih predlogov, kako lahko to naredimo. Potrebno bo postopno uvajanje in prilagajanje, ker bi hkratna uvedba vseh mehanizmov lahko pomenila prevelik šok za vse udeležene strani.

5.2.1 Cilji, vrednote in načela, ki jih zasleduje predlog modela reforme

Ključni cilj prenove sistema zdravstvenega varstva je vzpostaviti sistem zdravstvenega varstva, ki bo dolgoročno vzdržen, prožen, solidaren in bo zadovoljeval potrebe prebivalcev s kakovostnimi, varnimi in hitro dostopnimi zdravstvenimi storitvami.

Sistem zdravstvenega varstva bo zasledoval vrednote in načela, ki jih je opredelil Svet Evropske unije leta 2006, in jih morajo imeti vsi evropski zdravstveni sistemi.

Vrednote so (Official Journal of the European Union 2006, 2):

- univerzalen dostop do storitev, kar pomeni, da imajo vsi enak dostop do storitev, in ni nihče izključen iz zdravstvene oskrbe.
- Dostop do kakovostnih storitev, kar pomeni, da morajo biti storitve kvalitetne in enake za vse.
- Pravičen (nepriistranski) dostop do storitev: kar pomeni enak dostop za vse, ne glede na potrebe, etično pripadnost, raso, starost, spol, socialni status ali plačilno sposobnost.
- Solidarnost, ki se nanaša predvsem na finančno ureditev v smislu, da se zagotovi tak sistem plačevanja, da so storitve dostopne vsem.

Načela, h katerim mora stremeti sistem zdravstvenega varstva, so (Official Journal of the European Union 2006, 2–3):

- kakovostna oskrba pacientov: to mora biti doseženo s permanentnim usposabljanjem kadra, na podlagi jasno postavljenih nacionalnih standardov in dostopa do najboljših praks s področja kakovosti, preko stalnega spodbujanja inovativnosti in stalnega spremljanja kakovosti v zdravstvenem sistemu.
- Varnost: vsak sistem mora zagotoviti sistematičen pristop k zagotavljanju varnosti pacientov, vključno s spremljanjem tveganih faktorjev in zagotavljanjem ustreznega usposabljanja zdravstvenega osebja.
- Na dokazih in etiki utemeljena oskrba: vsi sistemi morajo zagotoviti, da so pri zdravstveni oskrbi ustrezno postavljene prioritete na način, da zagotavljajo potrebe pacientov s sredstvi, ki so na voljo za zdravljenje celotne populacije.
- Vključenost pacientov: cilj sistema zdravstvenega varstva je, da je usmerjen k pacientu. To konkretno pomeni, da je pacient vključen v zdravljenje, da se mu vse opcije predstavijo transparentno, da je sproti informiran o poteku zdravljenja, in da ima prosto izbiro izvajalca zdravstvenih storitev.
- Odškodnina: pacienti imajo v primeru napake pravico do odškodnine, kar vključuje transparenten proces postopka pritožbe, in jasno informacijo o tem, kakšna odškodnina jim pripada.
- Zasebnost in zaupnost osebnih informacij, ki morata biti zagotovljeni v nacionalni zakonodaji.

5.2.2 Viri financiranja sistema v predlaganem modelu financiranja zdravstvenega varstva

Sistem financiranja zdravstvenega varstva je odvisen od modela zdravstvenega varstva. Predlog ohranja Bismarckov model, ki temelji na zbiranju prispevkov za zdravstvena zavarovanja, ki se stekajo v posebne blagajne, zato so oblikovani posebni prispevki delodajalcev in delojemalcev. Sistem blagajn deluje po načelih solidarnosti in vzajemnosti (Toth 2003, 145–146).

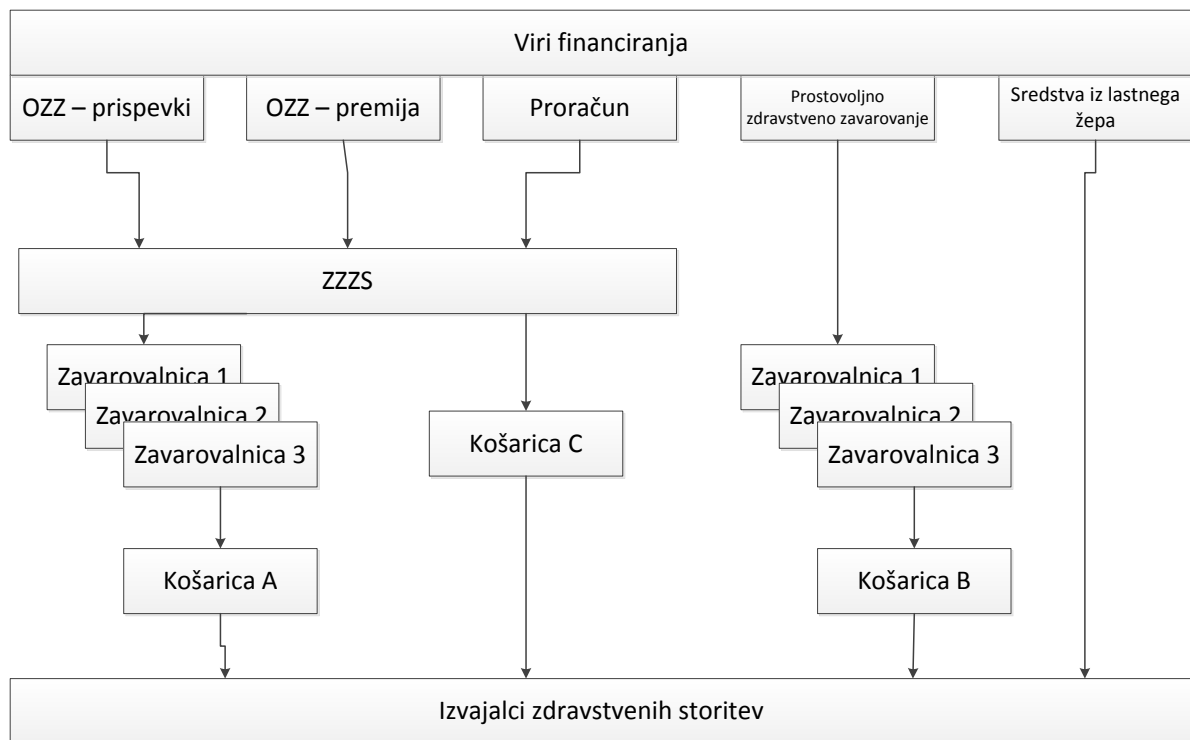
Predlog uvaja nekoliko drugačen sistem financiranja, in sicer se, kot je razvidno iz poglavja 5.2.3, košarico storitev razdeli na tri košarice:

- Košarico A, ki je univerzalna in vsebuje storitve, ki so pomembne z vidika družbe in posameznika za dolgoročno zdravstveno varnost prebivalcev. Košarico A se financira

iz sredstev, ki jih prispevajo vsi prebivalci.

- Košarico B, ki zajema določene storitve, ki povečujejo zdravstveno varnost prebivalcev. Košarico B se financira izključno iz privatnih sredstev.
- Košarico C, ki zajema preventivne storitve in uvajanje novih tehnologij, in jo financira izključno država.

Slika 5.1: Shema novega sistema financiranja



5.2.2.1 *Financiranje Košarice A - univerzalne košarice zdravstvenih storitev*

Košarica A se financira iz dveh virov. Tako Vir 1 kot Vir 2 financirata storitve iz ene univerzalne košarice. Oba vira poznamo že sedaj, in ju ohranjamo s spremembami, ki so opredeljene v nadaljevanju, in s katerimi pridobimo dodaten vir sredstev za financiranje. Oba vira ohranjamo predvsem zaradi lažjega prilagajanja premije privatnega zdravstvenega zavarovanja v primeru, da je potreben hiter priliv dodatnega denarja.

Največja novost tega predloga je, da se oba vira zbirata v eni blagajni, to je ZZZS, in nato razdelita med zavarovalnice, ki financirajo storitve iz Košarice A.

Zavarovanost za košarico A je obvezna za vse prebivalce Slovenije, od katerih so določeni zavezanci za plačilo prispevka in premije.

Vir 1: Prispevna stopnja za obvezno javno zdravstveno zavarovanje za Košarico A

Dosedanjo ureditev kategorij in višino prispevnih stopenj nekoliko spreminjamo, kot je opredeljeno v nadaljevanju. Ločimo naslednje kategorije zavarovanih oseb, od katerega so vse razen zadnje kategorije zavezanci za plačilo prispevka za obvezno javno zdravstveno zavarovanje:

- zaposleni in samozaposleni vključno s kmeti,
- brezposelne osebe,
- upokojenci,
- ostali (socialno šibke osebe, osebe, ki imajo določene prihodke oz. lastna sredstva),
- tujci,
- družinski člani.

V prvi kategoriji so zaposleni, samozaposleni in kmetje. Med njimi ne sme biti nobenih razlik v višini prispevkov, ki jih plačujejo, ker vsi delajo z namenom, da zaslužijo za preživetje. Za vse te kategorije velja enaka višina prispevka, to je 13,45 odstotka od zaslužka. Delež se lahko brez težav izračuna pri zaposlenih in samozaposlenih, nekoliko težje pri kmetih. Nujno je potrebno najti ustrezen način, saj trenutni prispevek kmetov znaša povprečno zgolj 40 evrov mesečno na zavarovanca, kar je petkrat manj, kot plačujejo zaposleni.

Druga kategorija zavezancev za prispevke so brezposelni, ki bi morali v času prejemanja nadomestila plačevati enak delež doplačil kot zaposleni, kar pomeni, da se prispevek poveča z 11,92 na 12,92 odstotka (brez prispevne stopnje za poškodbe pri delu).

Naslednja kategorija so upokojenci, ki trenutno predstavljajo 35 odstotkov vseh zavezancev za prispevek, prispevajo pa slabih 16 odstotkov vseh sredstev. Glede na to, da je to skupina, ki povzroča največ stroškov v sistemu zdravstvenega varstva (poleg otrok), in glede na to, da bo ta skupina še rasla, in skladno s projekcijami še poviševala stroške, bi bilo tudi za to skupino potrebno dvigniti prispevno stopnjo s 5,96 na 10 odstotkov (brez prispevne stopnje za poškodbe pri delu in še nekoliko zmanjšana, ker nimajo pravice do nadomestila za odsotnost z dela ipd.). Na ta način bi zagotovili oz. povečali solidarnost, ki je v tem trenutku na tem mestu majhna.

V nadaljevanju so opredeljene še tri kategorije: ostalo, tujci in družinski člani.

- V kategorijo ostalo so vključeni vsi dosedanji zavarovanci po 20. in 21. točki 15. člena ZZVZZ (socialno šibke osebe, ki imajo nek vir dohodka) ter zaporniki itd., za katere prispevke plačuje država. Teh oseb je kar precej (11 odstotkov) in prispevajo skupno

2,5 odstotka sredstev, kar je malo. V tem delu bi bilo potrebno razmisliti o uvedbi prispevka od vsega dohodka za osebe, ki sedaj plačujejo mesečno dobrih 22 evrov, in povečanju prispevka za socialno šibke, za katere sedaj plačuje država. Ta kategorija bi morala prinašati večji delež prihodkov, kot jih prinaša v tem trenutku. V izračunih smo le nekoliko povečali mesečni prispevek na zavarovanca, ker bi za točne izračune potrebovali več podatkov. Smiselno bi bilo uvesti najmanjši znesek, ki bi ga morala oseba plačati, in nato višino regulirati glede na prihodke, ki jih ima. Nekaj podobnega predlaga že MZ (2011b, 7).

- Kategorija tujci je kategorija, ki je sedaj po večini nedotaknjena, ker nimajo podlage za zavarovanje, in imajo težave z zavarovanjem v Sloveniji. Sedaj imajo možnost ali uporabljati Evropsko kartico za nujne storitve ali se zavarovati z nadomestnim zavarovanjem, ki ga z omejenimi kritji nudi trenutno le Vzajemna. Dober primer je Švica, kjer se morajo v roku treh mesecev zavarovati vsi, ki tam bivajo. Potrebno bi bilo razmisliti o uvedbi posebne prispevne stopnje za to kategorijo. V nadaljnjih izračunih ni upoštevana.
- Zadnja kategorija so družinski člani, ki so otroci, dokler se šolajo, vendar ne dlje kot do 26. leta starosti, in nezaposleni partnerji, ki nimajo svojih dohodkov. Ta kategorija še naprej ne plačuje nobenih prispevkov.

Glede na novo določitev prispevnih stopenj lahko pričakujemo 285 mio evrov dodatnih sredstev, kot je razvidno iz tabele (Tabela 5.1). Iz tabele je razvidno tudi, da se povečajo prihodki predvsem pri kategoriji upokojenci in ostalo, kjer bo morala dodatna sredstva zagotoviti država iz proračuna. To je eden od ukrepov za povečanje sredstev iz proračuna, ki je predlagan v poglavju 5.1. Poviševanje prispevne stopnje pri upokojencih se lahko uvaja postopoma, po 0,2 odstotka na leto, in se tako zagotovi postopen in lažji prehod. To je možno tudi zato, ker se število starejših prebivalcev prav tako povečuje postopoma. Spremembo višine ostalih prispevnih stopenj predlagamo takoj.

Tabela 5.1: Prihodki z naslova novih prispevnih stopenj

Kategorija zavarovanca	Število zavarovancev	Prispevna stopnja sedaj	Prispevna stopnja - nova	Mesečni prispevek na zavarovanca v €	Plačani prispevki v tisoč €	Projekcija Mesečni prispevek na zavarovanca v €	Projekcija Plačani prispevki v tisoč €
Zaposleni	719.510	13,45%	13,45%	203	1.749.203	203	1.749.203
Samostojni podjetniki	70.315	13,45%	13,45%	129	109.187	129	109.187
Kmetje	12.819	6,36%	13,45%	40	6.085	84	12.868
ZPIZ za upokojence	547.513	5,96%	10,00%	56	364.940	93	612.315
Brezposelni	19.931	11,92%	12,92%	104	24.827	113	26.910
Ostalo	171.307	različno	različno	od 20 do 44 evrov	59.860	od 34 do 56 evrov	89.184
Skupaj	1.541.395				2.314.101		2.599.668

Vir: Letno poročilo ZZZS (2015, 93) in lastni izračuni.

Vir 2: Premija za obvezno privatno zdravstveno zavarovanje za Košarico A

Drugi vir za Košarico A predstavlja privatno zdravstveno zavarovanje, ki je preoblikovano DZZ, kot ga pozna Slovenija sedaj. Pri preoblikovanju bi večino značilnosti ohranili, nekatere pa bi spremenili. Ohranili bi:

- vključenost v zavarovanje za vse nad 18. letom starosti, ki se ne šolajo oziroma po 26. letu starosti. Premijo plačujejo tudi družinski člani, ki so stari nad opredeljeno starostjo.
- Enako višino premije za vse vključene v zavarovanje.
- Prednost hitrega prilagajanja premije zavarovanja povečanim potrebam prebivalstva po zdravstvenih storitvah.

Predlagane novosti pa so:

- obvezno vključenost v zavarovanje.
- Ukinja se sistem doplačil, saj se sredstva iz obeh virov stekata v eno blagajno in nato razdelijo med zavarovalnice.
- Vzpostavitev reguliranega delovanja zavarovalnic, ki izvajajo financiranje Košarice A v smislu nadzora nad delovanjem, porabo administrativnih stroškov in upravljanja z dobičkom.
- Opcija je določanje premije glede na višino prihodkov, vendar tega ne predlagamo, ker je višina premije zaenkrat dosegljiva za vse zavarovance. Dolgoročno pa se lahko ta del tudi spremeni, tako da bo premija odvisna od višine prihodkov. Vendar predlagamo postopno uvajanje.

Prihodki, zbrani s premijami, bi ostali približno enaki, znašali bi približno 500 mio evrov.

Drugi možni viri financiranja Košarice A

V tem delu opredeljujemo nekatere vire, ki jih sedanja ureditev že pozna, in bi jih dodatno nadgradili, hkrati pa predlagamo nekaj novih, ki bi jih bilo smiselno podrobneje preučiti, in postopoma implementirati v sistem. S tem bi v sistemu lahko zagotovili dodatna sredstva, ko bodo le-ta potrebna, brez višanja prispevnih stopenj za vse prebivalce.

Tabela 5.2: Možni dodatni viri financiranja košarice A

Ukrep	Ocenjena dodatna sredstva oz. prihranek na letni ravni
Povečanje prihodkov na osnovi Zakona o obveznih zavarovanjih v prometu. V Sloveniji trenutno zavarovalnice iz avtomobilskih zavarovanj vplačujejo 6 odstotkov avtomobilskih škod, kar je v letu 2015 zneslo 18,5 mio evrov (MZ 2015b; ZZS 2016a). Če bi se ta delež povečal na 15 odstotkov kot je v nekaterih drugih državah (MZ 2011b), bi to zagotovilo dodatna sredstva.	27,75 mio evrov.
Doplačila na primarnem nivoju za zdravila in prvi obisk pri zdravniku (Majcen in Čok 2014): - participacijo pri receptu v višini 1 evrov, kar prinese prihranke v višini 11,8 mio evrov, - participacija pri prvem obisku v višini 10 evrov, kar prinese prihranke v višini 46,8 mio evrov. Z uvedbo doplačil bi verjetno dosegli dva učinka. Zavedanje ljudi o višini in posledično racionalnejše odločanje o obisku zdravnika in pridobili nekaj dodatnih sredstev za financiranje storitev.	58,6 mio evrov.
Višanje oziroma nižanje premije zaradi zdravega/nezdravega/nevarnega načina življenja. Zavarovancem bi se, na podlagi njihovega življenjskega sloga, premija za košarico A lahko zvišala ali znižala. Življenjski slog bi spremljali po določenih, vnaprej znanih parametrih. Zdrav način življenja bi se dokazoval z aktivnim življenjskim slogom, kar danes omogočajo mobilne aplikacije, ter z nekaterimi kazalci fizične pripravljenosti. O nezdravem življenjskem slogu pa bi bili zdravniki zavezani obvestiti zavarovalnico, ko bi bili doseženi določeni parametri. Višjo premijo bi plačevali tudi posamezniki, ki se ukvarjajo z adrenalinskimi športi, kjer je verjetnost poškodbe zelo povečana. V primeru, da bi bila poškodba posledica določenega športa, in ne bi plačevali višje premije, bi morali določen del storitev plačati sami.	Učinek je težko oceniti. Ocenjujemo, da bi se izravnal med tistimi, ki bi plačevali nižjo in tistimi, ki bi plačevali višjo premijo. Postopoma pa bi se trend lahko obrnil v smer, da bi se zaradi zdravega načina življenja stroški začeli zmanjševati.
Uvedba telemedicine na primarnem nivoju. Z uvedbo tega modela, bi zavarovanci pred obiskom zdravnika na primarni ravni, morali poklicati, usposobljeno osebje bi izpeljalo poseben triažni postopek, določeno število primerov bi bilo rešenih brez obiska pri zdravniku. Uvedba telemedicine na sekundarnem nivoju za spremljanje kroničnih bolnikov. V Sloveniji je bil pilotni projekt že izveden. Hitro odkrivanje poslabševanja bolezni lahko prepreči višje stroške oziroma jih na dolgi rok celo zmanjša. Rezultatov pilotnega projekta žal nismo uspeli pridobiti.	Primarni nivo znižanje stroškov za najmanj 5 odstotkov: 24,9 mio evrov. Sekundarni nivo: znižanje stroškov ni ocenjeno.
Reorganizacija mreže zdravstvene dejavnosti. Zmanjšanje števila zdravstvenih domov in specializiranost bolnišnic lahko dolgoročno prinese zmanjšanje administrativnih stroškov in večjo kvaliteto izvedenih storitev.	Ni ocenjeno.
Zmanjšanje stroškov zaradi učinkovitega programa javnega zdravja. Učinkovito izvajanje programa bo lahko dolgoročno zmanjšalo stroške zdravstvenih storitev. Primer: če bi uspeli zmanjšati bolniško odsotnost nad 30 dni, ki gre v breme OZZ za tretjino, bi na letnem nivoju prihranili okrog 70 mio evrov.	70 mio evrov.
Ukinitev nekaterih storitev iz košarice A, ki niso zdravstvene storitve: • nenujni reševalni prevozi: okrog 21,5 mio evrov, • zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega	Ocena: 108 mio evrov.

• zdravljenja: okrog 18 mio evrov, • zobozdravstvene storitve za starejše od 20 let in mlajše od 70 let – okrog 68,5 mio evrov.	
Skupaj:	289 mio evrov.

Vir: Lastno delo; Ministrstvo za zdravje (2011b, 11); ZZZS (2016); Majcen in Čok (2014, 48–61).

S pregledom in uskladitvijo prispevnih stopenj med vsemi kategorijami zavarovancev kot je opredeljeno v tabeli (Tabela 5.1), ter z dodatnimi racionalizacijami kot so opredeljene in delno ocenjene v tabeli (Tabela 5.2), lahko dolgoročno pridobimo dodatnih skoraj 600 mio evrov. Podan predlog nakazuje, da je mogoče z racionalizacijami nekaj prihraniti. Se pa ob podaji predlogov zavedamo, da tega ni mogoče izvesti hitro, potrebna je postopna uvedba, kar je, glede na postopno potrebo po več denarja, tudi možno izvesti. Najbolj pomembno je k realizaciji pristopiti čim prej.

5.2.2.2 *Financiranje Košarice B*

Določene storitve bodo iz univerzalne košarice A izločene, oblikovana bo košarica B kot je opredeljeno v poglavju 5.2.3. Košarica B se v celoti financira izključno iz zasebnih virov, in sicer kot neposredno plačilo iz lastnih sredstev, lahko pa zavarovalnice za te storitve oblikujejo zavarovalne produkte.

5.2.2.3 *Financiranje Košarice C*

Košarica C vsebuje tri ključne storitve, za katere bo potrebno zagotoviti sredstva za izvajanje. Vse storitve se mora financirati iz državnega proračuna.

Za zagotavljanje preventivnih storitev iz Košarice C država zagotovi sredstva iz namenskih trošarin za tobak, alkohol, sladke pijače, nezdravo hrano ipd. Ta sredstva se mora striktno nameniti za preventive storitve in osveščanje prebivalstva o škodljivem vplivu teh substanc ter o vplivu zdravega načina življenja na stanje brez bolezni in poškodb. Če želimo imeti zdrave prebivalce, moramo spodbujati zdrav način življenja.

Sredstva za uvajanje novih tehnologij se zagotovi iz morebitnih presežkov pri poslovanju zavarovalnic, ki izvajajo OZZ. V primeru, da presežkov ni, mora sredstva za ta del zagotoviti država iz proračuna.

Sredstva v primeru epidemioloških bolezni zagotavlja država iz državnega proračuna.

5.2.3 Opredelitev košarice zdravstvenih storitev

V Sloveniji imamo trenutno zelo široko košarico zdravstvenih storitev. Večina storitev je kritih v določenem deležu iz OZZ in v določenem deležu iz DZZ. Nov predlog uvaja popolno ločitev košaric na tri košarice. Pred določitvijo vsebine novih košaric smo iz košarice zdravstvenih storitev izločili določene storitve, ki niso zdravstvene. Te storitve so: ne nujni reševalni prevozi, plačevanje pripravništev in specializacij zdravnikov, dražje plačevanje storitev na terciarni ravni, bivanje v bolnišnici, plačevanje dneva odsotnosti za krvodajalce.

5.2.3.1 Košarica A

Temeljni cilj uvedbe košarice A je zagotoviti storitve vsem prebivalcem Slovenije pod enakimi pogoji, v enakem obsegu in brez čakalnih dob. Vsebina košarice mora biti usklajena z razpoložljivimi sredstvi obveznega (javnega in privatnega) zdravstvenega zavarovanja in potrebami prebivalstva. S košarico A se zagotavlja solidarnost glede na bolezen, dohodek, starost, spol, mesto bivanja in zaposlenost oziroma brezposelnost. V Košarici A so krita bolezenska stanja in storitve, za katere obstaja konsenz v družbi, da se morajo zagotoviti vsakomur ne glede na njegov socialni status. Košarica A tako vsebuje predvsem naslednje storitve:

- zdravljenje nujnih zdravstvenih stanj (urgenca, nujna medicinska pomoč, nujni prevozi).
- Osnovna zdravstvena dejavnost, kjer se uvede mehanizem doplačil.
- Bolnišnična obravnava do določenega standarda, vključno s porodom in zdraviliškim zdravljenjem, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja. V ta del so vključena tudi zdravila in medicinsko tehnični pripomočki, ki so potrebni za zdravljenje v bolnišnici. Izločeno je bivanje v bolnišnici, za kar morajo pacienti doplačati določen znesek na dan. Znesek bi bil omejen navzgor za največ en teden. Standard, ki je krit v Košarici A, je natančno opredeljen, in sicer z načinom zdravljenja, materiali, ki se jih uporablja pri zdravljenju in rehabilitaciji, opredeljenimi zdravili za zdravljenje in časovnimi okviri za zagotovitev storitev (Vzajemna, 2015).
- Specialistična ambulantna dejavnost in diagnostika, vključno z vodenjem nosečnosti in umetno oploditvijo.
- Zdravljenje in rehabilitacija bolezni ter posledic bolezni oz. poškodb, na katere človek ne more vplivati, ali zahtevajo dolgotrajno zdravljenje oz. ozdravitev ni možna oz. zaradi bolezni ni več sposoben opravljati dela, npr. kronične bolezni, rak, psihiatrične

storitve in druge podobne bolezni, ki so podrobneje opredeljene v posebnih aktih. V ta del so vključena tudi zdravila in medicinsko tehnični pripomočki za zdravljenje teh bolezni.

- Medicinski del dolgotrajne oskrbe.
- Zobozdravstveno zdravljenje za otroke do 20. leta in za starejše od 70. leta, pri otrocih je vključeno tudi ortodonsko zdravljenje.

Ključna novost pri oblikovanju nove Košarice A je, da bo vsaka oseba, ki bo zavezanec za plačevanje prispevka in premije, z izbrano zavarovalnico podpisala zavarovalno pogodbo, v kateri bodo jasno opredeljene pravice, ki jim za plačane prispevke in premijo pripadajo, in tudi dolžnosti in posledice v primeru nezdravega načina življenja, kar lahko vpliva na višino premije, ki jo zavarovanec plačuje. V zavarovalni pogodbi bodo opredeljene tudi pravice za družinske člane, ki bodo po osebi zavarovani. Ob spremenjenih okoliščinah se spremeni tudi zavarovalno pogodbo.

5.2.3.2 *Košarica B*

V Košarici B so storitve, ki so izločene iz Košarice A, in so bile do sedaj krite iz OZZ ali pa sploh niso bile krite. To so storitve, ki niso nujne storitve z vidika ohranjanja določenega življenjskega standarda, oziroma storitve, za katere si prebivalci lahko privoščijo, da jih plačajo neposredno iz lastnih sredstev, ali pa se za njih zavarujejo pri zavarovalnicah.

Te storitve pa so:

- zobozdravstveno zdravljenje in preventiva za osebe med 20. in 70. letom,
- ortodontske storitve,
- nadstandardne storitve,
- alternativno zdravljenje,
- lepotne storitve,
- bolnišnična obravnava nad določenim standardom,
- zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.

Doplačil, ki so opredeljena pri določenih storitvah v košarici A, ni mogoče zavarovati.

5.2.3.3 *Košarica C*

Predlagamo še oblikovanje Košarice C, v kateri so storitve, ki so nacionalnega pomena. V ta del bi vključili predvsem:

- program javnega zdravja, v katerem je močan poudarek na preventivni dejavnosti v vseh starostnih skupinah. Z močnim program na tem področju se lahko dolgoročno zmanjšajo stroški v Košarici A, ki bodo v prihodnosti nastajali zaradi staranja prebivalstva in nezdravega načina življenja. Stroški se bodo zmanjšali predvsem zaradi zgodnejšega odkrivanja kroničnih bolezni in potencialno nevarnih bolezni, ter zaradi preprečevanja nastanka kroničnih bolezni.
- Raziskave, razvoj in uvajanje novih tehnologij. Uvajanje novih tehnologij je drago, v začetni fazi ni znano ali bo ustrezno ali ne. Dolgoročno lahko nove tehnologije, v primeru, da se izkažejo za uporabne, prinesejo večjo zdravstveno varnost prebivalcev in hitrejše zdravljenje, zato je njihovo uvajanje v nacionalnem interesu.
- Zdravljenje bolezni, ki so epidemiološkega izvora, in lahko stroški zdravljenja v določenem trenutku presežejo finančne zmožnosti zdravstvenega zavarovanja.

5.2.4 *Vloge akterjev v sistemu zdravstvenega varstva*

Podan predlog predlaga, da se v določenih točkah zmanjšuje vloga države, v določenih pa povečuje. Enako velja tudi za ostale akterje, kot so ZZZS in zavarovalnice. Ključni element predloga pa je uvajanje konkurence med plačniki zdravstvenih storitev in med izvajalci.

V sistemu zdravstvenega varstva je veliko akterjev. Na tem mestu opredeljujemo nekatere pomembnejše in njihovo novo oziroma spremenjeno vlogo. Na grobo jih lahko uvrstimo v tri skupine:

- uporabnike zdravstvenih storitev,
- izvajalce zdravstvenih storitev in
- kreatorje sistema zdravstvenega varstva. V to skupino sodijo država, ZZZS, zavarovalnice in druge institucije, zadolžene za nadzor in kreiranje zdravstvene politike.

V nadaljevanju so na kratko opisane njihove nove vloge v predlaganem modelu.

Ministrstvo za zdravje in Agencija za razvoj zdravstvene politike

MZ mora biti aktivni kreator in nosilec zdravstvene strategije. Da bo sistem zdravstvenega varstva učinkovito funkcioniral, potrebuje na prvem mestu učinkovito državo, ki se bo hitro

prilagajala novim potrebam prebivalcev in razpoložljivim finančnim sredstvom. Glavne naloge MZ so, da:

- sprejema strategijo zdravstvenega varstva, nacionalne programe in zakonske ter druge akte, s katerimi se določajo glavne usmeritve na področju zdravstvene politike.
- Zagotavlja, da je javni interes na področju zdravstvenega varstva zagotovljen. To izvaja z raznoraznimi nadzori in regulacijo področja. Poseben nadzor je namenjen delovanju zavarovalnic, kjer so zakonsko določena pravila delovanja, ki so podrobneje opredeljena pri zavarovalnicah.
- Zagotavlja finančna sredstva za košarico C, in sicer predvsem iz naslova trošarin in za financiranje določenih kategorij prispevkov v košarici A.
- Ustanovi posebno agencijo, ki bo popolnoma neodvisno od ministrstva strokovno in nepolitično izvajala naslednje naloge:
 - pripravljanje novih predlogov za dolgoročno finančno vzdržnost sistema zdravstvenega varstva in posredovanje predlogov ministrstvu v obravnavo.
 - Zagotavljanje ustreznih podlag za vzpostavitev mreže zdravstvene dejavnosti skladno z vnaprej določenimi merili na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Izvajanje stalnega nadzora in preverjanje ustreznosti postavljene mreže in po potrebi prilagajanje skladno z novo nastalimi potrebami.
 - Določanje in spreminjanje košarice zdravstvenih storitev A in C skladno z razpoložljivimi sredstvi.
 - Določanje standardov kakovosti izvajalcev.
 - Oblikovanje standardov glede dostopnosti, materialov, zdravil, medicinsko tehničnih pripomočkov, zdravstvenih storitev (Vzajemna 2015, 17).
 - Določanje novih tehnologij za poskusno uvajanje in ocenjevanje uspešnosti ter predlaganje uvrstitve v košarico A.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Glavna naloga ZZZS je pobiranje prispevkov in premij za OZZ. ZZZS ima pregled nad vsemi zavarovanimi osebami v Sloveniji in opozarja na morebitno nezavarovanost in izterjuje neplačane prispevke oziroma premije.

Zbrana sredstva ZZZS razdeli zavarovalnicam glede na število zavarovancev pri posamezni zavarovalnici in glede na rizičnost zavarovanih oseb. Rizičnost zavarovancev se določa

obdobno na podlagi podatkov o starosti in bolezenskih stanjih zavarovancev posamezne zavarovalnice, ki jih zavarovalnice obdobjno pošiljajo ZZZS.

ZZZS direktno financira košarico C. Na podlagi prijavljenih preventivnih programov in glede na razpoložljiva sredstva izbere preventivne programe, ki bodo financirani v določenem letu. Prav tako financira testiranje novih tehnologij, kot jih določa Agencija za razvoj zdravstvene politike. Ugotavlja tudi uspešnost izvajanja teh programov na podlagi vnaprej postavljenih meril, ki jih postavi Agencija za razvoj zdravstvene politike.

ZZZS pripravi vsakoletna izhodišča za pogajanja z izvajalci zdravstvenih storitev, v katerih sodelujejo zavarovalnice. Posledično izvaja tudi nadzor nad sklepanjem pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev, in zagotavlja, da je mreža izvajalcev ustrezno pokrita, tako, da imajo zavarovanci ustrezen dostop do storitev, ne glede na to, pri kateri zavarovalnici imajo sklenjeno zavarovanje. ZZZS ima vlogo arbitra, kadar je to potrebno.

ZZZS postavlja tudi ustrezne standarde za izmenjavo podatkov med ZZZS in zavarovalnicami ter med izvajalci in zavarovalnicami. ZZZS zagotavlja nadaljnji razvoj kartice zdravstvenega zavarovanja in prevzema razvoj ostalih e-področij, kot so e-karton, e-recept itd. (Vzajemna, 2015).

ZZZS preverja izvajanje standardov pri izvajalcih zdravstvenih storitev, na podlagi standardov, kot jih je določila Agencija za razvoj zdravstvene politike. Rezultati so javno dostopni in so ena izmed podlag zavarovalnicam pri vsakoletnem pogajanju z izvajalci.

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Vloga Nacionalnega inštituta se ne spreminja.

Agencija za zavarovalni nadzor

Vloga Agencije za zavarovalni nadzor se ne spreminja.

Zavarovalnice, ki izvajajo zdravstveno zavarovanje

Zagotavljanje OZZ je javni interes, zato je delovanje zavarovalnic močno regulirano s strani države, in sicer:

- zavarovalnice morajo biti vzajemne družbe (primer Belgije).
- Izvajajo lahko le osebna zavarovanja.
- Premijo za privatni del OZZ lahko povišajo po predhodni odobritvi s strani Agencije za razvoj zdravstvene politike.

- Delež obratovalnih stroškov za delovanje zavarovalnic je določen v zakonu. Omejeni so stroški za provizije in nagrade zavarovancem zaradi prehajanja med zavarovalnicami.
- Dobiček je reguliran, točno je določeno, za kaj se ga porabi (za skrajševanje čakalnih dob pri zavarovancih posamezne zavarovalnice, za financiranje novih tehnologij ipd.).
- Izvajanje OZZ mora biti ločeno od ostalih zavarovanj, ki jih izvajajo, podatkov iz OZZ ne smejo uporabiti za sklepanja zavarovanj za storitve v košarici B (primer Švice).

Glavne naloge zavarovalnic so tako:

- sklepanje zavarovalnih pogodb z zavarovanci, pri čemer je v zavarovalni pogodbi jasno opredeljeno, kaj zavarovancem pripada na podlagi sklenjene pogodbe.
- Pogajanja in sklepanje pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev za izvajanje zdravstvenih storitev iz košarice A, tako da zagotovijo obljubljeni v zavarovalnih pogodbah zavarovancev. Pri pogajanjih so pomembne dostopnost, kvaliteta in cena storitev. Zavarovalnicam ni potrebno skleniti pogodb z vsemi izvajalci, če ne dosegajo zahtevane kakovosti. Zagotovljena pa morajo biti osnovna načela glede dostopnosti.
- Plačevanje storitev, ki so bile dogovorjene v pogodbi z izvajalci zdravstvenih storitev.

Mreža izvajalcev zdravstvene dejavnosti

Mreža izvajalcev zdravstvenih storitev se preoblikuje in racionalizira. Ne plačuje se več praznih kapacitet, pač pa le še dejansko izvedene storitve. Na ta način se bodo bolnišnice postopoma specializirale in posledično zagotovile večjo kakovost svojih storitev.

Spremeni se sistem upravljanja na način, da imajo direktorji zdravstvenih domov in bolnišnic več pristojnosti za vodenje ustanov, in so nagrajeni, če delajo dobro. To konkretno pomeni, da poslujejo pozitivno, in dosegajo zastavljene cilje, ki so jim vsako leto določeni v pogodbah z zavarovalnicami.

Uporabniki storitev

Zavarovanci lahko sklenejo zavarovanje pri katerikoli zavarovalnici, in lahko zavarovalnico zamenjajo vsakih pet let. Če imajo tehtne razloge, kot so neizpolnjevanje obljub iz zavarovalne pogodbe, lahko osebno odpovejo zavarovalno pogodbo v poslovalnici zavarovalnice. Zavarovanci lahko zavarujejo tudi svoje družinske člane pri zavarovalnici, pri kateri so zavarovani sami.

5.2.5 Predlog aktivnosti za vzpostavitev novega modela financiranja sistema zdravstvenega varstva

Nobena reforma ne bo uspela, če ne bo postavljen dober projektni plan, roki in odgovorni nosilci za izvedbo posameznih aktivnosti. Aktivnosti, ki jih bo potrebno izvesti, je veliko. V tabeli (Tabela 5.3) je navedenih le nekaj ključnih. Koordinacijo vseh aktivnosti mora prevzeti MZ, oziroma mora dodeliti ustrezna pooblastila novi Agenciji za razvoj zdravstvene politike, ko bo ta ustanovljena.

Tabela 5.3: Projektni načrt aktivnosti z roki in odgovornimi za izvedbo

	Aktivnost	Odgovoren	Rok
1.	Priprava predloga nadgradnje sistema zdravstvenega varstva z vsemi potrebnimi izračuni	Ministrstvo za zdravje	Leto 2016
2.	Sprememba ZZVZZ	Ministrstvo za zdravje	30.6.2017
3.	Sprememba Zakona o zdravstveni dejavnosti	Agencija za razvoj zdravstvene politike	31.12.2017
4.	Sprememba Zakona o javnih zavodih	Agencija za razvoj zdravstvene politike	31.12.2017
5.	Oblikovanje novih košaric zdravstvenih storitev	Agencija za razvoj zdravstvene politike	30.6.2017
6.	Postavljanje sistema standardov	Agencija za razvoj zdravstvene politike	31.12.2017
7.	Vpeljava novega sistema zbiranja in razdeljevanja sredstev	Agencija za razvoj zdravstvene politike ZZZS	31.12.2017
8.	Vpeljava novega sistema pogajanj	Agencija za razvoj zdravstvene politike. Zavarovalnice	S 1.1.2018
9.	Vpeljava sistema spremljanja standardov in ocenjevanja izvajalcev zdravstvenih storitev	ZZZS	31.12.2018
10.	Vpeljava sistema uvajanja novih tehnologij	Agencija za razvoj zdravstvene politike.	31.12.2018
11.	Vpeljava vseh mehanizmov za stalno spremljanje dela zavarovalnic, izvajalcev zdravstvenih storitev itd.	Ministrstvo za zdravje Agencija za razvoj zdravstvene politike ZZZS	31.12.2018

Vir: Lastno delo; Ministrstvo za zdravje (2011a); Ministrstvo za zdravje (2015c).

Drug pomemben element, ki ga je potrebno doseči za uspešno realizacijo načrtanega, je zaveza, da se bo načrt uresničevalo tudi ob morebitnih spremembah v vladi, in sicer se lahko načrt v določenih točkah prilagodi, vendar mora to biti narejeno v roku npr. treh mesecev po

imenovanju nove vlade. Na ta način bo zagotovljena nadaljevanje že začelih sprememb kljub spremembam v vladi.

Zelo pomemben element uspeha je tudi ustrezno informiranje in komuniciranje z javnostjo. Potrebno je prikazati, kaj bodo spremembe prinesle, in kakšne dobrobiti lahko prebivalci pričakujejo.

5.2.6 *Kratek povzetek podanega predloga reforme*

Podan predlog odgovarja na naslednja kritična področja:

- predlaga spremembe v financiranju in predlaga nove vire financiranje ter potencialne prihranke.
- Oblikuje tri košarice storitev.
- Opredeljuje nove vloge akterjev v sistemu in uvaja novo službo, ki je potrebna, da bo sistem deloval celovito.
- Ne povečuje stroškov administracije na področju financiranja, ker je razporedil vloge obstoječih akterjev v sistemu financiranja zdravstvenega varstva, in sicer je zavarovalnicam dal v celoti vlogo plačnika in naročnika, ZZZS pa je dal novo vlogo zbiralca in razporejevalca sredstev, usmerjevalca ter nadzornika. Nova nastala služba ne bo povzročala dodatnih stroškov, ker se bo vanjo razporedilo zaposlene z MZ in ZZZS.
- Predlaga način kako pristopiti k izvajanju reforme.

6 PREGLED HIPOTEZ S SKLEPI

Postavljene so bile tri hipoteze, od katerih so bile, s poglobljeno analizo sistemov sedmih držav, pregledom aktualnih reform ter poglobljenimi intervjuji z več slovenskimi strokovnjaki na področju zdravstvenega varstva, vse potrjene.

Hipoteza 1: Sistem zdravstvenega zavarovanja v posamezni državi se prilagaja potrebam in zmožnostim države in njenih državljanov in je pogojen s preteklo zgodovino na tem področju.

Hipoteza je bila potrjena. Pregled sistemov različnih držav je pokazal, da se je sistem razvijal glede na prvoten razvoj tega področja v posamezni državi. Za večino opazovanih državah (Nemčija, Nizozemska Velika Britanija, Švica in Švedska) tudi velja, da so potrebe državljanov usklajene z zmožnostmi države, in se sistem temu stalno prilagaja z ustreznimi reformami. Opazovane države so bile med prvimi državami, ki so uvajale sisteme zdravstvenega varstva. Tako Nemčija kot Velika Britanija sta ustanoviteljici modelov, ki jih imata še danes. To sta Bismarckov in Beveridgov model. Ostale opazovane države so prav tako gradile vsaka svoj sistem na osnovi, na kateri je bil prvotno oblikovan na določenem področju. Tako imata Švica in Nizozemska še vedno Bismarckov model, ki pa se je prilagajal potrebam prebivalcev v določenem okolju, zato je bilo uvedenih kar nekaj reform. Enako velja za Švedsko, ki ima še vedno Beveridgov sistem z nekaterimi spremembami.

Hipoteze je bilo nekoliko težje potrditi pri Združenih državah Amerike in Sloveniji. Vendar se je tudi v njunih primerih izkazalo, da hipoteza drži.

ZDA so imele do leta 2010 tipičen tržni sistem zdravstvenega varstva, ki se je začel spreminjati z reformo v letu 2010. Reforma je bila potrebna z vidika prilagoditve potrebam državljanov in zmožnosti države. Če bi reforma v celoti uspela, bi lahko rekli, da hipoteza v delu, da je sistem pogojen s preteklo zgodovino na tem področju, ni potrjena. Vendar je ravno zgodovina preprečila, da bi bila reforma v celoti uvedena. Zaradi odpora, ki ga je reforma izzvala, je bila sprejeta odločitev, da se države znotraj ZDA lahko same odločajo o implementaciji sprememb v financiranju zdravstvenega varstva. Za implementacijo se je odločilo 60 odstotkov držav, kar je še vedno veliko. Vidimo pa, da zgodovina močno vpliva na sprejem novih večjih sprememb. Potrjuje se tudi pravilo, da je uvajanje sistemskih sprememb evolucija in ne revolucija.

Slovenija je država, ki je prehajala iz enega modela v drugega. Iz Bismarckovega modela v socialistični samoupravni model in nazaj v Bismarckov model. Zaradi prehajanja iz modela v model in zaradi pričakovanj prebivalcev se v Sloveniji sistem zdravstvenega varstva prilagaja

željam prebivalstva in zmožnostim države drugače, kot bi pričakovali, to je z uravnavanjem pravic glede na razpoložljiva sredstva. Potrebe prebivalcev so velike in med njimi še vedno prevladuje prepričanje o upravičenosti do kritja vseh zdravstvenih in nezdravstvenih storitev iz sredstev za OZZ in DZZ. Temu pa ne sledijo zmožnosti države oz. sredstev, ki jih ima za to na voljo. Sistem se je zato prilagodil na več načinov. In sicer s prenašanjem večjega deleža doplačil na DZZ, z daljšanjem čakalnih dob in minimalnim manjšanjem košarice pravic. Drugih večjih prilagoditev pa zaradi pretekle zgodovine Slovenija ni uspela realizirati do danes.

Hipoteza 2: Sistem obveznega in prostovoljnega zavarovanja je lahko ustrezna kombinacija, če država zagotovi ustrezno zakonodajo na tem področju. Potrebne pa bodo večje spremembe na področju celotnega sistema zdravstvenega varstva, da bo sistem dolgoročno finančno vzdržljiv.

Hipoteza 2 se nam v delu, da je sistem obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja lahko ustrezna kombinacija, potrdi v več točkah.

Primerjava sistemov opazovanih držav nam pokaže, da praktično vse države poznajo sistem prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v takšni ali drugačni obliki. Opazovane države, predstavljene v poglavju 3, poznajo večinoma nadomestno in dodatno zavarovanje, manj pa dopolnilno. Dopolnilno zavarovanje poznajo še Francija, Belgija in Luksemburg (Feldin in drugi 2015, 32).

Prostovoljna zavarovanja predstavljajo pomemben vir sredstev v opazovanih državah, iz katerih se posredno ali neposredno financira sistem zdravstvenega varstva. To je manj razvidno pri državah, ki imajo Beveridgov sistem. Švedska nima veliko prostovoljnih zavarovanj, nasprotno pa se je močan sistem nadomestnih zavarovanj razvil v Veliki Britaniji in funkcionira.

Sistem DZZ v Sloveniji zagotavlja, da prebivalci ne plačujejo visokih doplačil, ki izhajajo iz trenutne zakonodaje (Tabela 3.2). DZZ v Sloveniji je bilo odličen amortizer v času krize, da se je v sistemu ohranil enak vir prihodkov. To se je zagotovilo s spremembo deležev doplačil zdravstvenih storitev. Brez tovrstnega zavarovanja bi Slovenija imela večje težave v času gospodarske krize.

Podrobnejša analiza slovenskega sistema financiranja zdravstvenega varstva je potrdila drugi del hipoteze, da bodo potrebne večje spremembe, če bomo želeli, da bo sistem dolgoročno vzdržen. S sredstvi, s katerimi se trenutno financira javno zdravstvo, ni moč zagotoviti vseh potreb, zato nastajajo dolge čakalne dobe. Hkrati pa staranje prebivalstva prinaša dodatne

potrebe po novih virih financiranja. Prikazane projekcije kažejo na to, da bo leta 2060 potrebnih dodatnih 500 mio evrov na leto ob nespremenjenih ostalih faktorjih. Z namenom, da se bo dolgoročno zagotovilo ustrezna sredstva, je potrebno čim prej pristopiti k iskanju novih virov sredstev in racionalizaciji delovanja sistema zdravstvenega varstva na vseh nivojih. Nekaj konkretnih predlogov je podanih v poglavjih 4 in 5. Predvsem v poglavju 5 je podan malo drugačen, lasten pogled na možne rešitve.

Hipoteza 3: Slovenija namenja povprečen delež BDP za zdravstvo iz sredstev zdravstvenega zavarovanja (glede na ostale države) in bo morala ta delež v prihodnosti povečati glede na starajoče se prebivalstvo.

Hipoteza se potrdi v poglavju 4.3. V opazovanem letu 2013 je bil v Sloveniji delež vseh izdatkov za zdravstvo 8,7 odstotkov BDP, kar je malo nad povprečjem deleža BDP za zdravstvo v EU28, ki znaša 8,4 odstotke. Najvišji delež ima Nizozemska, 11,11 odstotkov in najnižji Latvija, 5,3 odstotkov.

Hipoteza govori o deležu, ki se ga namenja za zdravstvo iz naslova zdravstvenih zavarovanj, to pomeni vsa sredstva, razen neposrednih plačil iz lastnih sredstev. V tem delu vidimo, da Slovenija namenja neposredno iz lastnih sredstev 12,6 odstotka vseh sredstev, kar je pod povprečjem EU28, ki znaša 21,3 odstotka neposrednih plačil iz lastnih sredstev. Delež Slovenije je nižji zaradi DZZ, ki zavaruje skoraj vsa doplačila. Če neposrednih doplačil ne upoštevamo pri izračuna deleža BDP (Tabela 4.13) vidimo, da je povprečen delež BDP v EU 6,6-odstoten, Delež BDP v Sloveniji pa 7,6-odstoten, kar Slovenijo uvršča še malo višje od povprečja.

Oba opazovana podatka, celoten delež BDP in delež BDP, ki upošteva le sredstva zdravstvenih zavarovanj, se gibljeta le nekoliko nad povprečjem, zato lahko trdimo, da je hipoteza v tem delu potrjena.

Nadalje projekcije kažejo, da se bo prebivalstvo staralo, in se bo pričakovana življenjska doba daljšala. Različne projekcije, ki so prikazane v tem magistrskem delu, kažejo da bo zaradi staranja prebivalstva postopoma potrebnih več virov sredstev oziroma druge racionalizacije za zagotovitev dolgoročne vzdržnosti financiranja sistema zdravstvenega varstva. Kot ugotavljamo že pri Hipotezi 2, je potrebno čim prej pristopiti k reformam, ki bodo zagotovile boljši dostop do storitev in več sredstev za financiranje novo nastalih potreb. Čim hitreje se bo spremembe začelo izvajati, lažje bo zagotoviti, da se bo sistem lahko počasneje in bolj postopno prilagajal.

7 LITERATURA

1. Adriatic Slovenia. 2007–2015. *Letna poročila za leta 2006 do 2014*. Dostopno prek: <http://www.as-skupina.si/sl/financno-sredisce/letna-porocila> (22. april 2016).
2. --- 2016. *Informacija o zdravstvenih zavarovanjih*. Spletna stran. Dostopno prek: <http://www.adriatic-slovenica.si/za-fizicne-osebe/vrste-zavarovanj/zdravje/> (22. april 2016).
3. Anell, Anders, Anna H. Glenngård, in Sherry Merkur. 2012. *Sweden: Health systems in review*. Health systems in Transition 14. (5). Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Dostopno prek: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/sweden-hit-2012> (18. marec 2016).
4. Albreht, Tit, Eva Turk, Martin Toth, Jakob Ceglar, Stane Marn, Radivoje Pribaković Brinovec in Marco Schäfer. 2009. *Slovenia: Health system review*. Health systems in Transition 11. (3). Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Dostopno prek: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/slovenia-hit-2010> (18. Marec 2016).
5. Bluemel, Miriam in Reinhard Busse. 2016. The German Health care System, 2015. V *2015 International Profiles of Health Care Systems*, ur. Elias Mossialos, Martin Wenzl, Robin Osborn in Dana Sarnak, 69–76. The Commonwealth Fund. Dostopno prek: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf?la=en (18. marec 2016).
6. Boyle, Sean. 2011. *United Kingdom (England): Health system review*. Health systems in Transition 13 (1). Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Dostopno prek: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/united-kingdom,-england-hit-2011> (18. marec 2016).
7. Busse, Reinhard in Miriam Bluemel. 2014. *Germany: Health systems review*. Health systems in Transition 16. (2). Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Dostopno prek: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/germany-hit-2014> (18. marec 2016).

8. Camenzind, Paul. 2016. The Swiss Health care System, 2015. V *2015 International Profiles of Health Care Systems*, ur. Elias Mossialos, Martin Wenzl, Robin Osborn in Dana Sarnak, 161–169. The Commonwealth Fund. Dostopno prek: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf?la=en (18. marec 2016).
9. European Commission. (2015), *The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*. European Economy 3, 2015. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf (15. april 2016).
10. Feldin, Aljoša, Arjana Brezigar-Masten, Igor Masten, Sašo Polanec. 2015. *Pomen konkurence in učinkovitost financiranja zdravstvenih storitev v Sloveniji*. Raziskava izdelana za Vzajemno zdravstveno zavarovalnico Vzajemne.
11. Glenngard, Anna H. 2016. The Swedish Health care System, 2015. V *2015 International Profiles of Health Care Systems*, ur. Elias Mossialos, Martin Wenzl, Robin Osborn in Dana Sarnak, 153–160. The Commonwealth Fund. Dostopno prek: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf?la=en (18. marec 2016).
12. Majcen, Boris in Mitja Čok. 2014. *Ocena dolgoročne javno finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema in možnih virov financiranja*. Inštitut za ekonomska raziskovanja. Raziskava dostopna prek: <http://www.zav-zdruzenje.si/wp-content/uploads/2014/04/Studija.pdf> (15. april. 2016).
13. Marn, Urša. 2007. "Zdravstvena blagajna lahko prenese vse. Ampak zavedati se je treba, da bo zaradi takšnih posegov prisiljena zmanjšati sedanji program, to pa pomeni slabše razmere za zavarovane osebe, za izvajalce zdravstvenih storitev in slabše razvojne možnosti celotnega področja." - Borut Miklavčič. Mladina. 19. 15.5.2007. Dostopno prek: <http://www.mladina.si/93438/zdravstvena-blagajna-lahko-prenese-vse-ampak-zavedati-se-je-treba-da-bo-zaradi-taksnih-posegov-pr/> (10. april 2016).
14. Ministrstvo za finance, Finančna uprava RS. 2015. *Prispevki za socialno varnost: Brošura o plačevanju prispevkov za socialno varnost*. Dostopno prek: http://www.fu.gov.si/fileadmin/Internet/Davki_in_druge_dajatve/Podrocja/Prispevki_za_socialno_varnost/Opis/Podrobnejši_opis_2_izdaja_Brosura_o_placevanju_prispevkov_za_socialno_varnost.pdf (15. marec 2016).

15. Ministrstvo za zdravje. 2011a. *Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020*. Dostopno prek: http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2011/zdravstvena/NADGRADNJA_ZDRAVSTVENEGA_SISTEMA_DO_LETA_2020_pdf_160211.pdf (1. april 2016).
16. --- 2011b. *Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020: korak naprej*. Dostopno prek: http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2011/zdravstvena/NZS_2020__korak_naprej_200711.pdf (1. april 2016).
17. --- 2015a. *Ocena financiranja zdravstva*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/analiza_zdravstvenega_sistema/ (15. marec 2016).
18. --- 2015b. *Preučitev upravičenosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/analiza_zdravstvenega_sistema/ (15. marec 2016).
19. --- 2015c. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva: »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« 2015–2025 – osnutek z dne 26. oktober 2015*. Interno gradivo.
20. --- 2016a. *Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji: Povzetek in ključne ugotovitve*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/analiza_zdravstvenega_sistema/ (15. marec 2016).
21. --- 2016b. *Podatek o številu bolnišnic*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/za_javnost_pogosto_iskane_vsebine/strokovne_institucije_koristne_povezave/javni_zavodi_bolnisnice/ (22. april 2016).
22. Mossialos, Elias, Martin Wenzl, Robin Osborn in Dana Sarnak, 2016. *2015 International Profiles of Health Care Systems*. The Commonwealth Fund. Dostopno prek: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf?la=en (14. marec 2016).
23. OECD. 2013. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing. Dostopno prek: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> (15. marec 2016).
24. --- 2014. *Health at a Glance: Europe 2014*. OECD Publishing. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf (22. marec 2016).
25. --- 2015. *Health at a Glance 2015*. OECD Publishing. Dostopno prek: <http://www.bedrepsykiatri.dk/media/51164/health-at-a-glance-2015.pdf> (22. marec 2016).

26. Official Journal of the European Union. 2006. *Council Conclusions on Common values and principles in European Union*. 2006/C 146/01 Dostopno prek: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF> (15. februar 2016).
27. Petrič, Dušanka, Matija Žerdin. 2013. *Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji*. Ministrstvo za zdravje, Direktorat za zdravstveno varstvo. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mreza_na_primarni_sekundarni_in_terciarni_ravni/Mreza_za_ZS_13-11-2013-lektorirano.pdf (10. april 2016).
28. Pietro De, Carlo, Paul Camenzind, Isabelle Sturny, Luca Crivelli, Suzanne Edwards-Garavoglia, Anne Spranger, Friedrich Wittenbecher in Wilm Quentin. 2005. *Switzerland: Health systems review*. Health systems in Transition 17. (4). Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
29. Rice, Thomas, Pauline Rosenau in Lynn Y. Unruh. 2013. *United States of America: Health systems review*. Health systems in Transition 15. (3). Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Dostopno prek: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/united-states-of-america-hit-2013> (1. marec 2016).
30. Roemer, Milton Irwin. 1991. *National Health Systems of the World: Volume I*. Oxford University Press.
31. Rus, Andrej. 2013. *Mreža v omrežju interesov: zdravstvena reforma*. Dnevnik: 63. (277). Dostopno prek: <https://www.dnevnik.si/1042614999/mnenja/mnenja/mreza-v-omrezju-interesov> (1. april 2016).
32. Schaefer, Villemjin, Madelon Kroneman in Wienke Boerma. 2010. *Netherlands: Health systems review*. Health systems in Transition 12. (1). Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Dostopno prek: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/netherlands-hit-2010> (1. marec 2016).
33. Slovensko zavarovalno združenje. 2011. *Dopolnilno zdravstveno zavarovanje in zdravstvena reforma*. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje. Dostopno prek: <http://www.zav-zdruzenje.si/wp-content/uploads/2013/08/DZZ-in-zdravstvena-reforma-zbornik-14.3.2011.pdf> (3. marec 2016).

34. Statistični urad RS. 2016. *Podatki o starosti prebivalcev in projekcije do leta 2060*. Dostopno prek <http://www.stat.si/statweb> (28.3.2016).
35. Stepan, A. (ur.) več avtorjev. 1999. *Sistemi financiranja v zdravstvu*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
36. Suhadolnik Gramc, Polona. 2015. Zaupanje potrošnikov kot temelj delovanja zavarovalnice. V 22. *Dnevi slovenskega zavarovalništva*. 85–96. Slovensko zavarovalno združenje.
37. Šik, Alenka. 2005. *Izravnalne sheme in trg zdravstvenih zavarovanj*. Prezentacija z 12. dnevv slovenskega zavarovalništva. Dostopno prek: <http://www.zav-zdruzenje.si/wp-content/uploads/2013/01/Izravnalne-sheme-in-trg-zdravstvenih-zavarovanj.pdf> (17. marec 2016).
38. Tajnikar, Maks, Petra Došenovič Bonča, Mitja Čok, Polona Doamdenik, Jože Sambt, Branko Korže, Brigita Skela Savič, Tina V. Vavpotič. 2015. *Projekt prenove gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva: rezultati in sklepi*. Ekonomska fakulteta. Dostopno prek: http://efnet.si/wp-content/uploads/Projekt-prenove-gospodarskih-vidikov-slovenskega-zdravstva_sklepi1.pdf (1. marec 2016).
39. Thomson, Sarah, Robin Osborn, David Squires in Miraya Jun 2013. *International Profiles of Health Care Systems, 2013*, The Commonwealth Fund. Dostopno prek: http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_Thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf (3. marec 2016).
40. Thorlby, Ruth. 2016. The English Health care System, 2015. V 2015 *International Profiles of Health Care Systems*, ur. Elias Mossialos, Martin Wenzl, Robin Osborn in Dana Sarnak, 49-58. The Commonwealth Fund. Dostopno prek: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf?la=en (11. marec 2016).
41. Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
42. --- 2012. *Socialno zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje.
43. Triglav zdravstvena zavarovalnica. 2008–2015. *Letna poročila za leta 2007 do 2014*. Dostopno prek: <http://www.zdravstvena.net/o-zavarovalnici/letna-porocila> (22. april 2016).

44. --- 2016. *Informacija o zdravstvenih zavarovanjih*. Dostopno prek: <http://www.zdravstvena.net/zavarovanja/> (22. april 2016).
45. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica. 2007–2015. *Letna poročila za leta 2006 do 2014*. Interno dostopna.
46. --- 2015a. *Organizacija zdravstvenega sistema in sistema dolgotrajne oskrbe v Sloveniji: predlog Vzajemne zdravstvene zavarovalnice*. Interno gradivo.
47. --- 2015b. *Zdravstvo potrebuje sistemsko ureditev: intervju z dr. Maksom Tajnikarjem*. Novice Vzajemne, št. 3, 2015, str 6–8. Interno gradivo.
48. --- 2016a. *Podatki o številu zavarovancev iz izravnalnih shem*. Interno gradivo.
49. --- 2016b. *Informacija o zdravstvenih zavarovanjih*. Dostopno prek: <https://www.vzajemna.si/sl/zavarovanja/> (22. april 2016).
50. --- 2016c. *O vzajemnosti*. Dostopno prek: <https://www.vzajemna.si/sl/o-vzajemni/o-vzajemnosti/> (22. april 2016).
51. --- 2016d. *Podatki o premiji z naslova zdravstvenih zavarovanj*. Interno gradivo.
52. --- 2016e. *Podatki o spreminjanju deleža doplačil iz naslova DZZ*. Interno gradivo.
53. --- 2016f. *Odhodki po dejavnostih iz naslova DZZ*. Interno gradivo.
54. Zakon o zavarovalništvu (ZZavar-1). Ur. L. RS 93/2015 (7. december 2015).
55. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. 2016. IUS Info. Dostopen prek: <http://www.iusinfo.si/Zakoni/Besedilo.aspx?SOPi=Z921CBHZ&Datum=1.1.2016> (22. februar 2016).
56. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2014. *Poslovno poročilo za leto 2013*. Dostopno prek: [http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/39fb1122938d85f0c1257c9300462956/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%202013_april%202014.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/39fb1122938d85f0c1257c9300462956/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%202013_april%202014.pdf) (22. februar 2016).
57. --- 2015a. *Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju*. Ljubljana. Dostopno prek: http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/pod_OZZ?OpenView&count=1000 (22. februar 2016).
58. --- 2015b. *Poslovno poročilo za leto 2014*. Dostopno prek: <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/9B52139ED62405F7C1257DFD00573AF8?OpenDocument> (22. februar 2016).

59. --- 2016a. *Poslovno poročilo za leto 2015*. Dostopno prek: [http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/817e8f5609c531d2c1257f7600499948/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202015_sprejeto%20na%20seji%20Skup%C5%A1%C4%8Dine_30.3.2016.pdf](http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/817e8f5609c531d2c1257f7600499948/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202015_sprejeto%20na%20seji%20Skup%C5%A1%C4%8Dine_30.3.2016.pdf) (15. april 2016).
60. --- 2016b. *Višina odstotka nadomestila plače*. Dostopno prek: https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/nadomestila/nadom_place/nadom_visina/ (1. april 2016).
61. --- 2016c. *Kategorije zavarovanih oseb*. Dostopno prek: https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/vkljucitev_ozz_kzz/kategorije_oseb/ (1. maj 2016).
62. Zupanc, Irena (ur.). 2008. *SPP: skupine primerljivih primerov: vprašanja in odgovori o sistemu razvrščanja bolnišničnih obravnav (SPP) in financiranju bolnišnic*. Ljubljana. Inštitut za varovanje zdravja RS. Dostopno prek: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/pub_spp_vprasanja_in_odgovori.pdf (1. april 2016).
63. Wamees, Jost, Patrick Jeuriseen in Gert Wetert. 2016. The Dutch Health care System, 2015. V *2015 International Profiles of Health Care Systems*, ur. Elias Mossialos, Martin Wenzl, Robin Osborn in Dana Sarnak, 115–122. The Commonwealth Fund. Dostopno prek: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf?la=en (1. marec 2016).
64. Westert, Gert in Jost Wamees. 2013. The Dutch Health care System, 2013. V *International Profiles of Health Care Systems, 2013*, ur. Sarah Thomson, Robin Osborn, David Squires in Miraya Jun, 85–93. The Commonwealth Fund. Dostopno prek: http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_Thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf (1. marec 2016).

PRILOGA A: PREGLED SCENARIJEV IN UPORABLJENIH PREDPOSTAVK ZA DOLGOROČNO OCENO JAVNIH IZDATKOV ZA ZDRAVSTVO

Evropska komisija je za vse članice EU pripravila 11 različnih scenarijev projekcij izdatkov za zdravstvo in obstoječe vire financiranja z osnovno predpostavko, da se sistemi v opazovanem obdobju ne bodo spreminjali. Vsi scenariji upoštevajo spremembe v demografski strukturi prebivalstva, razlikujejo pa se pri ostalih predpostavkah kot so pričakovano trajanje življenja, dohodkovna elastičnost povpraševanja po zdravstvenih storitvah, višina stroškov v zadnjih letih življenja ipd. Referenčni AWG scenarij je kombinacija treh scenarijev: demografskega, konstantnega zdravja in dohodkovne elastičnosti. (Majcen in Čok 2014)

	Projekcije prebivalstva	Starostni profili izdatkov za zdravstvo	Gibanje stroškov na enoto	Dohodkovna elastičnost povpraševanja
I. Čisti demografski scenarij	EUROPOP2010	2010 profili konstantni	GDP <i>per capita</i>	1,0
II. Scenarij daljšega pričakovanega trajanja življenja	Zivljenjsko pričakovanje višje za 1 leto 2060	2010 profili konstantni	GDP <i>per capita</i>	1,0
III. Scenarij konstantnega zdravja	EUROPOP2010	Premik starostnih profilov iz 2010 skladno z življ. pričakovanjem	GDP <i>per capita</i>	1,0
IV. Scenarij izdatkov povezanih s smrtjo	EUROPOP2010	2010 profili konstantni (ločitev profilov za umrle in preživele)	GDP <i>per capita</i>	1,0
V. Scenarij dohodkovne elastičnosti	EUROPOP2010	2010 profili konstantni	GDP <i>per capita</i>	1,1 v letu 2010 konvergira k 1,0 do leta 2060
VI. Scenarij konvergence v izdatkih na prebivalca k povprečju EU27	EUROPOP2010	2010 profili konvergirajo k povprečnim EU 27 profilom	GDP <i>per capita</i>	1,0
VII. Scenarij visoke delovne intenzivnosti	EUROPOP2010	2010 profili konstantni	GDP za delovne ure	1,0
VIII. Scenarij indeksacije po komponentah izdatkov (plača, zdravila, materialni stroški ...)	EUROPOP2010	2010 profili konstantni	Indeksacija po komponentah izdatkov	1,0
IX. Scenarij ne-demografskih dejavnikov	EUROPOP2010	2010 profili konstantni	GDP <i>per capita</i>	1,3 v letu 2010 konvergira k 1,0 do leta 2060
10. Referenčni AWG scenarij	EUROPOP2010	Premik starostnih profilov iz 2010 za polovico višjega življenjskega pričakovanja	GDP <i>per capita</i>	1,1 v letu 2010 konvergira k 1,0 do leta 2060
11. AWG tvegani scenarij	EUROPOP2010	Premik starostnih profilov iz 2010 za polovico višjega življenjskega pričakovanja	GDP <i>per capita</i>	1,3 v letu 2010 konvergira k 1,0 do leta 2060

Vir: Majcen in Čok (2014, 37).

PRILOGA B: VPRAŠALNIK ZA POGLOBLJENI INTERVJU

1. Kaj vidite kot trenutno najbolj pereč/e problem/e financiranja zdravstvenega sistema v Sloveniji?
2. Sistem se praktično od leta 1992, ko je bil sprejet ZZVZZ ni spremenil. Delno se je redefinirala košarica (ukinitve nekaterih pravic), postavil se je sistem referenčnih cen pri zdravilih, spremenili so se deleži doplačil (povečanje na račun DZZ). Predlaganih je bilo kar nekaj reform in predlogov in nobena od teh reform ni bila sprejeta oz. ni bil dosežen družbeni konsenz, da bi se v celoti uveljavila. Zakaj po vašem mnenju? Kaj je preprečevalo sprejem oz. implementacijo? Zakaj v Sloveniji, razen manjših, nujnih sprememb, ne moremo implementirati večje reforme že zadnjih 15 let? Ali reformo z vidika financiranja sploh potrebujemo? Ali je res financiranje največji problem ali bi se morda z enakimi sredstvi ob boljši organiziranosti doseglo večje rezultate?
3. Od nastopa nove vlade 2013 se pripravlja novo reformo. Tokrat je več različnih akterjev pripravilo svoje predloge reform/predlogov sprememb. Reformo bo potrebno izvesti, ker bo denarja zmanjkalo zaradi staranja prebivalstva? Kaj bi bilo potrebno narediti, da bo tokrat uspelo?
4. Kaj je po vašem mnenju največji problem pri dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju? Zakaj ga vsaka vlada želi ukiniti?
- Podvprašanja:
 - Kje dobiti sredstva, ki se sedaj zberejo iz DZZ, če se le-to ukine?
 - Kako bi ga lahko bolje regulirali, da ne bi bil ob vsaki reformi kamen spotike?
 - Ali bi morale biti vse zavarovalnice, ki nudijo to zavarovanje, v tem delu neprofitne, ker gre za nacionalni interes?
 - Ali bi bilo drugače, če bi zavarovalnice imele večjo vlogo pri pogajanjih in določanju cen, in bi tako vplivale na cene storitev in ne bi bile samo pasivne plačnice?
 - Ali konkurenca za vsako ceno (visoki stroški za pridobivanje zavarovancev) zagotavlja svoj namen, to je zagotavljanje najboljših cen in storitev za zavarovance?
5. ZZZS ima vlogo monopolista na obveznem zdravstvenem zavarovanju. Večkrat je bilo že slišati idejo, da se tudi na tem delu vzpostavi konkurenco? Kako bi to vplivalo na finančno vzdržnost zdravstvenega sistema po vašem mnenju. Kje so prednosti in kje so možne pasti?

6. Staranje prebivalstva močno vpliva na dvig deleža BDP, ki ga porabimo za zdravstvo? Kje bomo dobili dodatna sredstva za financiranje le-tega?
7. Statusne oblike izvajalcev zdravstvenih storitev – ali bi več zasebnih izvajalcev prineslo boljše upravljanje z denarjem? Profitnost ali neprofitnost zasebnih izvajalcev? Ali so profiti upravičeni v zdravstvenem sistemu? Regulacija profita?
8. Dobre prakse iz tujine: Ali se vam kakšen primer zdi ustrezen, da bi ga lahko brez večjih težav v celoti ali vsaj delno prenesli v Slovenijo? Zakaj da, zakaj ne?
9. Telehealth: Katere so prednosti? Kaj so lahko prihranki itd?
10. Vaš pogled/predlog, kako zagotoviti finančno vzdržnost zdravstvenega sistema v Sloveniji

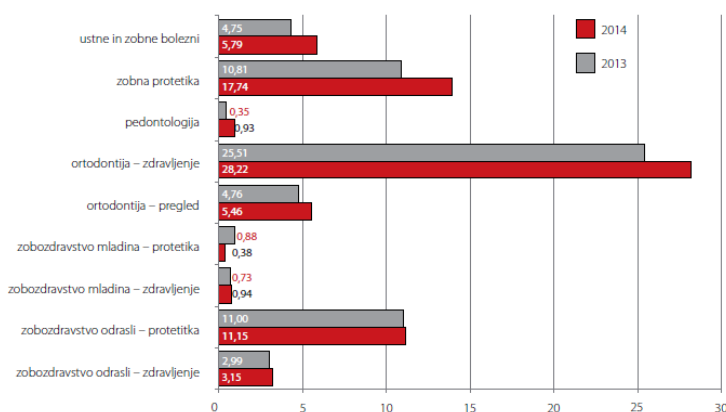
PRILOGA C: PREGLED ČAKALNIH DOB ZA IZBRANE ZDRAVSTVENE STORITVE

Povprečne pričakovane čakalne dobe za izbrane storitve oziroma programe v letih 2013 in 2014.

storitev / ambulanta	čakalna doba v dnevih			storitev / ambulanta	čakalna doba v dnevih		
	31. 12. 2013	31. 12. 2014	indeks		31. 12. 2013	31. 12. 2014	indeks
Ambulanta za maksilofacialno kirurgijo	166,0	187,6	113,0	Operacija karpalnega kanala	101,2	120,2	118,8
Ambulanta za oralno kirurgijo	130,3	136,9	105,0	Operacije kile-odrasli	178,7	210,6	117,8
Dermatološka ambulanta	129,9	134,5	103,5	Operacije kile-otroci	33,2	21,8	65,6
Diabetološka ambulanta	51,3	60,9	118,6	Operacije krčnih žil	316,0	329,9	104,4
Fizioterapija na primarni ravni	105,1	102,8	97,8	Operacije na odprtem srcu	153,1	73,3	47,9
Ginekološka ambulanta – sekundarna raven	36,4	63,4	174,2	Ortopedska operacija rame (samo terapevtski posegi)	398,8	414,7	104,0
Kardiološka ambulanta	127,6	132,2	103,6	Operacija sive mrene (katarakta)	122,7	108,0	88,0
Nevrološka ambulanta	98,3	107,7	109,6	Operacija ščitnice (tudi obščitnice)	141,8	121,6	85,8
Očesna ambulanta – pregled vida za očala	115,1	126,3	109,7	Operacije žolčnih kamnov	98,6	138,2	140,2
Ortopedska ambulanta	102,0	94,0	92,2	Posegi in operacije hrbtenice	344,3	568,3	165,1
Psihiatrična ambulanta	77,3	60,9	78,8	Posegi in operacije nosu in obnosnih votlin	101,6	164,7	162,1
Revmatološka ambulanta	337,6	433,0	128,2	Posegi na ušesu in mastoidu	127,5	150,8	118,3
Urološka ambulanta	165,4	161,7	97,7	Posegi in operacije v ustih, grlu in žrelu	209,6	233,9	111,6
Angiografija (brez koronarne angiografije)	60,4	57,0	94,3	Posegi na arterijah (brez PTA)	32,8	50,2	153,0
Artroplastika gležnja	360,0	325,7	90,5	PTA (perkutana transluminalna angioplastika)	88,1	103,0	116,9
Artroplastika kolena	481,4	406,9	84,5	Koronarna angiografija in PTCA	97,6	289,5	296,6
Artroplastika kolka (protetika, endoproteza)	407,2	360,5	88,5	Rtg abdominalna	14,3	15,6	109,3
CT angiografije	85,0	118,5	139,4	Rtg glave	23,4	23,8	101,6
CT glave in vratu	63,5	59,5	93,7	Rtg hrbtenice	60,9	42,9	70,4
CT skeleta	54,6	64,5	118,1	Rtg ledvic in sečnega mehurja	25,6	24,6	96,1
CT srca	81,4	95,1	116,8	Rtg mamografija	81,2	106,9	131,7
CT toraks in abdomen	70,1	84,2	120,0	Rtg PC	40,5	47,7	117,8
Drugi posegi na perifernem ožilju	308,8	367,4	119,0	Rtg skeleta	94,3	43,9	46,6
Elektroencefalografija (EEG)	51,0	78,4	153,7	Sklerozacija krčnih žil	90,0	160,8	178,7
Elektromiografija (EMG)	158,7	117,0	73,7	Terapevtske artroskopije (kolenske križne vezi, kolena)	225,6	189,7	84,1
MR angiografije	111,3	105,5	94,8	ultrazvok dojke	118,4	135,5	114,5
MR glave in vratu	115,6	140,3	121,4	ultrazvok mehkih tkiv	106,4	88,5	83,2
MR skeleta	116,7	148,4	127,2	ultrazvok rame	108,4	82,9	76,5
MR srca	66,3	91,6	138,2	ultrazvok srca	161,4	142,8	88,5
MR toraks in abdomen	107,3	105,1	97,9	ultrazvok vratnih žil	136,7	161,4	118,1

Vir: ZZSZ (2015, 47).

Ponderirane povprečne realizirane čakalne dobe v mesecih v zobozdravstvu v letih 2013 in 2014



Vir: ZZSZ (2015, 48).