

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Tadej Ostrc

**Primerjava stališč uporabnikov zdravstvenih sistemov
v Sloveniji in ZDA**

magistrsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Tadej Ostrc

Mentor: izr. prof. dr. Samo Uhan

**Primerjava stališč uporabnikov zdravstvenih sistemov
v Sloveniji in ZDA**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojemu mentorju

prof. dr. Samu Uhanu

za nasvete in pomoč, spodbudo, strokovno vodenje

in vztrajanje pri izdelavi magistrskega dela.

Zahvala tudi prof. dr. Bogomilu Ferfili

za usmeritev in navdih med študijem.

Hvala očetu in mami,

da sta mi nudila možnost izobrazbe.

Zahvaljujem se ženi Lenki

in sinovoma Maksimilijanu in Otonu

za potrpežljivost in razumevanje

ter za vse svetle trenutke,

ki so mi dajali motivacijo za naprej...



IZJAVA O AVTORSTVU magistrskega dela

Podpisani/-a Tadej Ostrc, z vpisno številko 21081357, sem avtor/-ica magistrskega dela z naslovom:
PRIMERJAVA STALIŠČ UPORABNIKOV ZDRAVSTVENIH SISTEMOV V SLOVENIJI IN ZDA.

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 plagiatorstvo – 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 plagiatorstvo 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 1.9.2016

Podpis avtorja/-ice: _____

Primerjava stališč uporabnikov zdravstvenih sistemov v Sloveniji in ZDA

Zdravstveno varstvo je razvejan, odprt in dinamičen družbeni sistem. Njegov osnovni cilj je doseganje dobrega ali čim boljšega možnega zdravja prebivalstva. V večini držav predstavljajo vprašanja zdravstva enega bistvenih sestavnih delov socialne varnosti ljudi, saj je zdravje predpogoj za zaposlitev ljudi in splošno blagostanje. Zato je zadovoljstvo oziroma stališče uporabnikov zdravstvenega sistema pomembno z vidika delovanja sistema samega kot tudi nacionalnih držav.

Zdravstveni sistemi so zaznamovani s tradicijo, vrednotami in političnimi posebnostmi posameznih držav, zato se med seboj pogosto bistveno razlikujejo. Cilj vseh zdravstvenih sistemov je zagotoviti storitve, ki so usmerjene k bolniku in njegovim potrebam. Prebivalstvu omogočajo zagotoviti dostop do zdravstvenih pravic, ki mora biti pravičen. Namen magistrskega dela je primerjati stališča prebivalcev do zdravja in predvsem zdravstvenega varstva v povsem različnih sistemih zdravstvenega varstva v Sloveniji in ZDA. V Sloveniji je financiranje zdravstva javno in zasebno. Sistem zdravstvenega zavarovanja, ki se je razvil v ZDA, je profitno usmerjen in gre za tržno obliko zavarovanja, ki nima posebnih zakonskih omejitev. Sistema zdravstvenega varstva v obeh državah imata reformne tendence na eni strani zaradi zmanjševanja izdatkov in tako približevanju tržnemu modelu (Slovenija), na drugi strani pa v ZDA zaradi zagotavljanja univerzalne dostopnosti do zdravstvenih storitev.

Na podlagi podatkov, ki so bili pridobljeni v okviru raziskave Mednarodna splošna družboslovna anketa iz leta 2011, sem naredil model odvisnih in neodvisnih spremenljivk in ugotovil kateri so dejavniki, ki na individualni ravni vplivajo na posameznikovo formiranje stališč do zdravstvenega sistema v posamezni državi. Skoraj dve tretjini uporabnikov zdravstvenega sistema v ZDA meni, da je sistem neučinkovit, v Sloveniji je takih slaba tretjina. Starost, tako v Sloveniji kot v ZDA, vpliva na zadovoljstvo z zdravstvenim sistemom in sicer tako, da so mlajši manj in starejši bolj zadovoljni. Nezadovoljstvo s sistemom, mnenje o neučinkovitosti in mnenje o potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva raste s stopnjo izobrazbe. Tak trend je primerjalno bolj izrazit v Sloveniji kot v ZDA. Ugotovil sem, da so zaposleni v obeh državah bolj nezadovoljni s sistemom in da nezaposleni v večjem številu menijo, da je sistem zdravstvenega varstva učinkovit. V Sloveniji so z zdravstvenim sistemom najbolj zadovoljni tisti, ki nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja in najbolj nezadovoljni tisti z družbenega dna, v ZDA pa z vrha družbene strukture. V obeh državah vprašani menijo, da je sistem, kjer si ljudje z višjimi dohodki lahko privoščijo boljšo oskrbo nepravičen. V Sloveniji skoraj polovica tistih, ki menijo da sistem ne potrebuje nobenih sprememb, ocenjuje svoje zdravstveno stanje kot slabo. V ZDA je takih manj kot petina. Pričakoval in potrdil sem, da so državljani ZDA pripravljani plačevati višje davke, da bi bil sistem bolj uporabnikom prijazen, v Sloveniji pa je nizek odstotek tistih, ki bi bili pripravljani plačevati višje davke, tudi če so nezadovoljni s sistemom. Izstopa tudi relativno visok odstotek vprašanih v ZDA, ki menijo, da sistem ne potrebuje nobenih sprememb bi pa vseeno bili pripravljani plačevati višje davke.

Z magistrsko nalogo sem pridobil parametre, ki bodo lahko v pomoč načrtovalcem javnozdravstvene politike ter pri vzpostavitvi učinkovite mreže zdravstvenih storitev.

Ključne besede: sistem zdravstvenega varstva, pacienti, obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje, zadovoljstvo, primerjava stališč.

Comparison of user views on health care systems in Slovenia and USA

Healthcare is a diversified, open and dynamic social system. Its primary objective is to achieve good or maximize the health of the population. In most countries, health issues represent one of the essential components of the social security of people, because health is a prerequisite for the employment of people and the general well-being. Therefore, satisfaction and views of users of the health system is relevant to the functioning of the system itself as well as nation-states.

Health systems are marked by tradition, values and political specificities of individual countries, so therefore often differ substantially. The goal of all health systems is to provide services that are targeted to the patient and his needs and to ensure access to health care rights, which must be fair. The purpose of the master's thesis is to compare the views of citizens to health and in particular health care in completely different health care systems in Slovenia and the USA. In Slovenia, the financing of health care is public and private. Health insurance system, which was developed in the US, is profit-oriented and has no specific legal restrictions. Healthcare systems in both countries have reform tendencies; on the one hand due to the reduction of the expenses and so the approximations to the profit-oriented system (Slovenia) and on the other hand, in the United States in order to ensure universal access to health services.

Based on the data, which were obtained under research International Social Survey Programme of 2011, I made a model of dependent and independent variables and determined which factors at the individual level affect the individual formation of views towards health care system in each country. Almost two-thirds of the users of the health system in the United States believe that the system is inefficient; in Slovenia only a bad third. Age, both in Slovenia and in the US, has the impact on satisfaction with health systems. Younger people are less and older people are more satisfied. Dissatisfaction with the system, opinion on inefficiency and opinion on the necessity of changes in the health care system grows with the level of education. This trend is comparatively more pronounced in Slovenia than in the US. I have found that employed in both countries are more dissatisfied with the system and that the unemployed in greater numbers believe that the health care system effective. In Slovenia are most satisfied with the health care system those who do not have health insurance. Those from the social bottom are most dissatisfied in Slovenia and in the United States those from the top of the social structure. In both countries, respondents believe that system where people with higher incomes can afford better health care is unjust. In Slovenia, almost half of those who believe that the system does not require any changes assess their health status as poor; in the US less than one-fifth. I was expecting and I confirmed that US citizens are willing to pay higher taxes to make the system more user-friendly. In Slovenia there is low percentage of those who would be willing to pay higher taxes, even if they are dissatisfied with the system. Relatively high percentage of respondents in the US who believe that the system does not require any change would nevertheless be willing to pay higher taxes.

With a master's thesis, I gained parameters that can help public health policies planners and in the establishment of an effective network of health services.

Keywords: *health care system, patients, health insurance, satisfaction, comparison of user views.*

KAZALO

1	UVOD.....	11
2	ZDRAVSTVENO VARSTVO	13
3	MODELI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	14
3.1	Bismarckov ali partnerski model	14
3.2	Beveridgeov ali državno voden sistem	16
3.3	Semaškov ali socialistični model.....	17
3.4	Tržni model	17
4	DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	19
4.1	Zdravstvene storitve	21
5	ZDRAVSTVENI SISTEM V SLOVENIJI.....	22
6	ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI.....	23
6.1	Obvezno zdravstveno zavarovanje.....	24
6.2	Prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.....	26
7	ZDRAVSTVENI SISTEM V ZDA	27
8	ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V ZDA	29
	Medicare.....	32
	Medicaid	32
	Programi Managed Care.....	33
9	PRIMERJAVA RAZLIČNIH SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	35
9.1	Podobnosti in razlike med sistemoma zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in ZDA	35
10	ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV Z ZDRAVSTVENIMI STORITVAMI	36

10.1	Dejavniki, ki vplivajo na stališče uporabnikov	39
11	ZAUPANJE V ZDRAVSTVENI SISTEM	40
12	EMPIRIČNI DEL	41
12.1	Stališča do zdravja in zdravstvenega varstva – ISSP 2012	41
12.2	Raziskovalno vprašanje in glavne hipoteze	42
12.3	Metodologija	42
12.3.1	Raziskovalne metode in tehnike.....	42
12.4	Opis spremenljivk	43
12.4.1	Odvisne spremenljivke.....	43
12.4.2	Neodvisne spremenljivke	46
12.5	Primerjava med Slovenijo in ZDA	51
12.5.1	Starost.....	55
12.5.2	Izobrazba	58
12.5.3	Socialni položaj.....	59
12.5.4	Individualna ocena zdravja	65
12.5.5	Zaupanje v izvajalce zdravstvenih storitev ter mnenje o obsegu participacije pri zdravstvenem zavarovanju.....	67
12.5.6	Davki.....	70
13	SKLEPI	72
14	LITERATURA	77

SEZNAM TABEL

Tabela 2.1: Razvrščanje sistemov v modele

Tabela 11.1: Pregled spremenljivk

Tabela 11.2: Povprečje spremenljivk Z22, Z23a, Z6d in Z3 v odvisnosti tipa zavarovanja v Sloveniji in ZDA

Tabela 11.3: Porazdelitev spremenljivke Z7 o pripravljenosti plačevati višje davke v odvisnosti od zadovoljstva s sistemom zdravstvenega varstva v Sloveniji in ZDA

Tabela 11.4: Porazdelitev spremenljivke Z7 o pripravljenosti plačevati višje davke v odvisnosti od mnenja o potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji in ZDA

SEZNAM GRAFOV

Graf 11.1: Porazdelitev spremenljivke Z22 za Slovenijo

Graf 11.2: Porazdelitev spremenljivke Z22 za ZDA

Graf 11.3: Porazdelitev spremenljivke Z23a v Sloveniji in ZDA

Graf 11.4: Porazdelitev spremenljivke Z6d za Slovenijo

Graf 11.5: Porazdelitev spremenljivke Z6d za ZDA

Graf 11.6: Porazdelitev spremenljivke Z21a za Slovenijo

Graf 11.7: Porazdelitev spremenljivke Z21a za ZDA

Graf 11.8: Porazdelitev spremenljivke Z3 za Slovenijo in ZDA

Graf 11.9: Povprečja odvisnih spremenljivk za Slovenijo in ZDA

Graf 11.10: Povprečje zadovoljstva z zdravstvenim sistemom v Sloveniji in ZDA v odvisnosti od starosti

Graf 11.11: Povprečje zadovoljstva z obravnavo pri zadnjem obisku zdravnika v odvisnosti od starosti

Graf 11.12: Povprečje mnenja, da je zdravstveni sistem neučinkovit v odvisnosti od starosti

Graf 11.13: Povprečje mnenja, da bi v primeru resne bolezni dobil/a najboljše zdravljenje v odvisnosti od starosti

Graf 11.14: Povprečje mnenja o potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva v odvisnosti od starosti

Graf 11.15: Povprečje spremenljivk Z22, Z23a, Z6d, Z21 in Z3 v odvisnosti stopnje izobrazbe za Slovenijo.

Graf 11.16: Povprečje spremenljivk Z22, Z23a, Z6d, Z21 in Z3 v odvisnosti stopnje izobrazbe za ZDA.

Graf 11.17: Povprečje spremenljivk Z22, Z23a, Z6d, Z21 in Z3 v odvisnosti zaposlitvenega statusa za Slovenijo in ZDA.

Graf 11.18: Povprečje spremenljivk Z22, Z23a, Z6d, Z21 in Z3 v odvisnosti samoumestitve na družbeno lestvico za Slovenijo

Graf 11.19: Povprečje spremenljivk Z22, Z23a, Z6d, Z21 in Z3 v odvisnosti samoocene zavarovanja za Slovenijo in ZDA

Graf 11.20: Porazdelitev spremenljivke Z26 o individualni oceni zdravja v odvisnosti od mnenja o potrebnosti sprememb v zdravstvenem sistemu v Sloveniji in ZDA

Graf 11.21: Porazdelitev spremenljivke Z2b o zaupanju v zdravstveni sistem v odvisnosti od mnenja o potrebnosti sprememb sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji in ZDA

Graf 11.22: Porazdelitev spremenljivke Z2b o zaupanju v zdravstveni sistem v odvisnosti od mnenja o učinkovitosti sistema v Sloveniji in ZDA

Graf 11.23: Porazdelitev spremenljivke Z5 o pravičnosti zdravstvenega sistema v odvisnosti od mnenja o učinkovitosti sistema v Sloveniji in ZDA

Graf 11.24: Porazdelitev spremenljivke Z5 o pravičnosti zdravstvenega sistema v odvisnosti od mnenja o mnenja o potrebnosti sprememb sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji in ZDA

1 UVOD

Zdravstveno varstvo je razvejan, odprt in dinamičen družbeni sistem. Osnovni cilj zdravstvenega varstva je doseganje dobrega ali čim boljšega zdravja prebivalstva. To področje zadeva vse prebivalce določene države in se prepleta se z mnogimi drugimi področji človekovih dejavnosti ter s področjem gospodarskega in socialnega razvoja države. Zdravstveno stanje prebivalstva tako ni odvisno samo od vrste sistema zdravstvenega varstva ter zdravstvenih zmogljivosti, ampak je odvisno tudi od gospodarske moči posamezne države, ki vpliva na življenjske pogoje prebivalcev in s tem na ohranitev zdravja ljudi (Oder 2008). Za zdravje lahko rečemo, da je nenadomestljivi temelj razvoja. Hkrati so tudi možnosti krepitev (izboljšanja) zdravja odvisne od razvoja družbe (World Health Organization 1992). Nacionalni sistemi zdravstvenega varstva so v vseh državah Evrope in v svetu pod pritiski splošnih zunanjih ekonomskih, demografskih in socialnih sprememb kot tudi novih medicinskih metod in postopkov (Svenšek in Wahl 2007). Velike ekonomske spremembe v preteklosti so imele tako pozitivne kot negativne vplive na zdravje prebivalstva in na kakovost življenja. V večini držav predstavljajo vprašanja zdravstva enega bistvenih sestavnih delov socialne varnosti ljudi, saj je zdravje predpogoj za zaposlitev ljudi in mobilnost človeškega faktorja. Zdravstveno varstvo pa zagotavlja občutek varnosti v primeru bolezni (Svenšek in Wahl 2007). Zato je zadovoljstvo oziroma stališče uporabnikov zdravstvenega sistema pomembno z vidika delovanja sistema samega kot tudi nacionalnih držav. Prednostna naloga vsake zdravstvene politike mora biti vlaganje v zdravje. Ni namreč države brez pozitivnega zdravja in ni zdrave države brez njenih zdravih državljanov (Marušič 2007).

Da bi ugotovili podobnosti in razlike med posameznimi modeli zdravstvenega varstva je potrebno preučiti zdravstvene sisteme posameznih držav in nabor pravic, ki jih sistemi zagotavljajo upravičencem. Neposredna primerjava, zaradi razlik v obsegu pravic, ki jih posamezna država vključuje, seveda ni mogoča.

Raziskava Eurobarometer, izvedena v državah članicah EU, je kljub številnim metodološkim težavam in omejitvam zagotovila znanstvenikom in oblikovalcem javnozdravstvene politike koristne informacije o pogledih državljanov na zdravstveno varstvo. Spremembe v pogledih državljanov bi lahko v prihodnosti upoštevali za merjenje priljubljenosti posebnih ukrepov in reform. Povečana nezadovoljstvo ali zadovoljstvo z zdravstvenimi sistemi so lahko posredni kazalec neodobravanja ali sprejemljivosti reform javnosti (Mossialos 1997).

Ker vedno več vlad obljublja, da je eden od njihovih ciljev povečati izbiro za potrošnike in sodelovanje javnosti pri reformah je potrebnih še več raziskav, ki se osredotočajo na poglede državljanov in stališča glede zdravstvenega varstva.

V svetu so se razvili različni sistemi zdravstvenega zavarovanja zaradi različnih tradicij, kultur, vrednot ter gospodarskih in političnih usmerjenosti posameznih držav. Zdravstveno varstvo je eden od osnovnih pogojev za povečevanje produktivnosti dela, saj vpliva na življenjsko raven delavcev in družbe. Država je zaradi tega dolžna skrbeti za zdravstveno varstvo prebivalstva. Naraščajoči stroški v zdravstvu so posledica staranja prebivalstva, razvoja medicinske znanosti in opreme, vedno večje osveščenosti in vedno večjih zahtev uporabnikov. Vendar pa večji stroški ne prinašajo vedno tudi večje učinkovitosti sistema in boljšega zdravstvenega stanja prebivalstva (Kostajnshek 2004).

Namen magistrskega dela je primerjati stališča prebivalcev do zdravja in predvsem zdravstvenega varstva v povsem različnih sistemih zdravstvenega varstva v Sloveniji in ZDA. Stališča oseb oz. prejemnikov storitev zdravstvenega varstva so pomembna tako z vidika zaupanja v te institucije kot tudi za samo oceno delovanja zdravstvenega sistema.

V magistrskem delu bom primerjal stališča uporabnikov zdravstvenih sistemov v Sloveniji in ZDA, skušal določiti dejavnike, ki vplivajo na posameznikovo mnenje v Sloveniji in ZDA ter posledično primerjati dejavnike v eni in drugi državi. Sistema zdravstvenega varstva sta drugačna, a imata reformne tendence na eni strani zaradi zmanjševanja izdatkov in tako približevanju tržnemu modelu (Slovenija), na drugi strani pa v ZDA zaradi zagotavljanja univerzalne dostopnosti do zdravstvenih storitev. V času, ko je zniževanje stroškov za zdravstveno varstvo na udaru bolj kot kdaj koli prej je ključno primerjati kazalce, še posebej stališča do neenakosti dostopa do zdravstvenih storitev, poglede na razmerja zdravnik bolnik, itd.

Ugotoviti želim, kateri so dejavniki, ki na individualni ravni vplivajo na posameznikovo formiranje stališč do zdravstvenega sistema v posamezni državi. Zanima me predvsem ali gre za univerzalne dejavnike tako v Sloveniji kot ZDA, ali pa se dejavniki razlikujejo tudi zaradi specifik sistemov v posameznih državah. Podatke, ki jih bom zajel so bili pridobljeni v okviru raziskave Mednarodna splošna družboslovna anketa (International Social Survey Programme – ISSP). Podatki, ki jih bom uporabil so za Slovenijo ter ZDA, ter odražajo zaupanje v institucije zdravstvenega varstva ter izvajalce zdravstvenih storitev v teh dveh državah.

Pri pisanju magistrske naloge, predvsem pri pregledu podatkov in analizi primerjav, so mi pomagale tudi večletne izkušnje v zdravstvenem sistemu v katerem delam kot zobozdravnik, tako na primarnem nivoju, kot tudi na terciarnem tj. specialističnem področju.

Ocenjujem, da bom s to magistrsko nalogo uspešno predstavil in pridobil parametre, ki bodo lahko v pomoč načrtovalcem javnozdravstvene politike ter pri vzpostavitvi učinkovite mreže zdravstvenih storitev.

2 ZDRAVSTVENO VARSTVO

Zdravstveno varstvo je eden izmed najbolj specifičnih družbenih sistemov. Velikokrat rečemo, da je zdravje največja vrednota vsakega posameznika. Vsak posameznik mora skrbeti za svoje zdravje, dobrobit in kvaliteto življenja. Država pa je dolžna zagotoviti državljanom določeno socialno in zdravstveno varnost. Univerzalnost, solidarnost, enakost in dostop do kakovostnega varstva so tako pglavitne vrednote tega sistema (Marušič 2007). Zdravstveni sistemi so odvisni od tradicije, vrednot in političnih posebnosti posameznih držav, zato so med seboj pogosto zelo različni. Čeprav vse države ne organizirajo zdravstvenega varstva na enak način, pa je vsem skupna ista osnovna vizija – zagotavljanje kakovostnih sistemov zdravstvenega varstva, ki so učinkoviti in zasnovani kot raznolike naložbe, ki omogočajo pospeševanje gospodarske rasti in socialne kohezije (Health Care in Europe 2001). Cilj vseh zdravstvenih sistemov je zagotavljati storitve, ki so usmerjene k bolnikom in njihovim potrebam. Prebivalstvu omogočajo zagotoviti dostop do zdravstvenih pravic, ki mora biti pravičen (Kostajnshek 2004).

Zdravstveno varstvo je pogosto predmet obravnave in razprav na področju javne politike. Z vidika izdatkov je to razumljivo, saj izdatki za zdravstveno varstvo v Evropski uniji predstavljajo velik del bruto domačega proizvoda razvitih držav (v povprečju približno 8 odstotkov). Velik del teh izdatkov predstavljajo so javni izdatki – v povprečju približno 70 odstotkov. Vprašanje o upravičeni vlogi države se tako poraja, poleg izobraževalnega sistema in področja pokojnin, predvsem na področju zdravstvenega varstva (Snoj 2008).

Zdravstveno varstvo je sistem, ki zajema ukrepe v primeru bolezni. Krepitev zdravja in preventiva bolezni, zgodnje odkrivanje le-teh, zdravljenje ter rehabilitacija in omogočanje zdravstvene nege zavarovancev so pglavitne dejavnosti zdravstvenega varstva. Skratka, cilj

zdravstvenega varstva je skrbeti za čim boljše zdravje posameznika in družbe kot celote. Poznamo tri vrste oziroma dejavnosti zdravstvenega varstva.

1. primarno dejavnost,
2. sekundarno dejavnost in
3. terciarno dejavnost.

Najpomembnejša je primarna dejavnost oziroma primarno zdravstveno varstvo. Sem spadajo: zdravstveni domovi, zdravstvene postaje, lekarniška dejavnost, patronažne dejavnosti in zasebne zdravstvene dejavnosti. V sekundarno dejavnost spadajo specialistične ambulante ter splošne in specialistične bolnišnice. Terciarna dejavnost je nivo v katero spadajo klinike in inštituti.

3 MODELI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Poznamo štiri temeljne modele sistema zdravstvenega varstva. To so (Toth in drugi 2003, 145–149):

- Bismarckov ali partnerski model zdravstvenega varstva;
- Beveridgeov ali državno vodeni model zdravstvenega varstva;
- Semaškov ali model socialističnega zdravstvenega varstva in
- tržni model zdravstvenega varstva.

Za Evropo lahko rečemo, da prevladujeta Bismarckov in Beveridgeov sistem, za ZDA pa tržni sistem.

3.1 Bismarckov ali partnerski model

Bismarckov model imenujemo tudi model socialnega zavarovanja in temelji na načelih obveznega zdravstvenega zavarovanja. V osemdesetih letih 19. stoletja ga je razvil kancler Bismarck. Ta model slovi kot prvi sodoben in organiziran sistem zdravstvenega varstva na svetu in obenem tudi prvi pravi zdravstveno zavarovalniški sistem. Zavezoval je vse zaposlene k obveznemu zavarovanju, zavarovanje pa je zajelo tudi družinske člane

zavarovanih delavcev (Jarc 1996). »Država je predpisala obveznost vseh državljanov, da se zdravstveno zavarujejo za rizike, ki jih prinašajo bolezni in poškodbe« (Svenšek 1996). Financiranje zavarovanja je slonelo na plačevanju prispevkov delodajalcev in delavcev (v enakem deležu), ki so bili nakazani neposredno v bolniške blagajne. »Bolniške blagajne v tem sistemu same določajo prispevne stopnje za zdravstveno zavarovanje, opredeljujejo pravice zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev in denarnih prejemkov ter vstopajo v partnerske (pogajalske) odnose z združenji pogodbenih zdravnikov, ki smejo opravljati dejavnost za zavarovane osebe, združenji zobozdravnikov in farmacevtov ter združenji bolnišnic« (Svenšek 1996).

Iz fonda bolniških blagajn se financirajo bolnišnice, ustanovljene s strani države ali zdravniki zasebniki. Večina zdravstvenih storitev je pokritih z javnofinančnimi sredstvi s katerimi upravljajo bolniške blagajne ali druge neprofitne agencije. Pravice iz naslova zavarovanja so zagotovljene skoraj vsem ali popolnoma vsem prebivalcem države. Tako privatna oblika zavarovanj in zasebna sredstva v celotnem sistemu ne dosegajo pomembnejšega deleža. »Pri plačevanju izvajalcev prevladuje način plačevanja opravljenih storitev do obsega, ki je opredeljen med partnerji ali s pogodbo med izvajalci in nosilcem zavarovanja in cene teh storitev so predmet partnerski pogajanj« (Jarc 1996).

Slovenija je ta sistem uveljavila po osamosvojitvi leta 1992. Enako ali podobno ureditev (z določenimi modifikacijami) imajo še v sosednji Avstriji, državah Beneluksa ter od velikih držav Evropske unije tudi v Franciji.

»Zdravstveno varstvo v tem sistemu je danes organizirano na osnovi pravnega sistema socialnega zavarovanja, ki ga zagotavlja eden ali več zavarovateljev, ali sistema, ki služi določenim poklicnim dejavnostim (Francija, Avstrija) in krije del tekočih stroškov za nego« (Health Care in Europe 2001). Financira se deloma iz socialnih prispevkov ki jih plačajo delodajalci na osnovi plač delavcev in deloma iz določenega dela prispevkov države. Cena storitev, ki jo plačajo zavarovatelji, se določa na osnovi kolektivnih pogodb in je predmet pogajanj med posameznimi izvajalci zdravstvenega varstva. Pacienti imajo precejšnjo svobodo pri izbiri osebnega zdravnika in ustanove v kateri želijo biti zdravljeni. V Avstriji in na Nizozemskem zdravniki splošne medicine večinoma nadzorujejo dostop do specialistov. Neomejen dostop do vseh ravni zdravstvenega varstva imajo bolniki v Nemčiji, Franciji in Luksemburgu. Večina bolnišnic v teh sistemih je javnih, razen v državah Beneluksa, kjer je večina bolnišnic v zasebni lasti (Health Care in Europe 2001).

3.2 Beveridgeov ali državno voden sistem

Beveridgeov model ali državno voden sistem zdravstvenega varstva imenujemo tudi javnofinančni model financiran z davki. Razvil se je leta 1947 v Veliki Britaniji. Nastal je zaradi potrebe, ker je bila le tretjina prebivalstva socialno zavarovana. Avtor sistema je angleški ekonomist William Henry Beveridge. Po Beveridgevem mnenju bi morala zdravstvena služba na ravni države zagotoviti, da bo vsak državljan dobil ustrezno zdravstveno obravnavo, ki jo zahteva. Država je obvezana iz proračuna tudi zagotavljati finančne, tehnološke, kadrovske in druge potrebe zdravstvenega varstva. Ta obravnava je lahko izvedena na domu ali v ustrezni ustanovi – pri splošnem zdravniku in specialistu ustrezne stroke. Vloga države pri tem je, da zagotovi dovolj sredstev za delovanje sistema. Z vzpostavitvijo takega sistema so vsi prebivalci dobili možnost za zdravstvene storitve na račun sredstev države. Nacionalna zdravstvena služba (NHS – National Health Service) je posebna organizacija zdravstvenih storitev na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Sistem dobiva sredstva iz proračuna, oziroma kot je razvidno iz imena – iz davkov. Parlament sprejema, ob vsakoletni razpravi o proračunu, tudi odločitve o obsegu denarja namenjenega za zdravstveno varstvo. Zavarovanci imajo tako celo posredno možnost soodločanja o področju, saj morajo njihove interese zastopati izvoljeni poslanci, ki so člani posameznih strank v parlamentu. Gre za močno državno voden in upravljan model. Beveridge je predpostavljal, da je vloga države razviti enakomerno mrežo zdravstvenih kapacitet in s tem zagotavljati vsem prebivalcem dostopnost do zdravstvenih storitev. »Zdravniki osnovne dejavnosti so v pogodbenem odnosu z uradom (National Health Service), ki jim določa tudi način plačevanja oziroma cene storitev« (Baggott 2004). Takšen zdravstveni sistem poznajo v Evropi poleg Velike Britanije še Švedska, Danska, Irska, Italija, Španija, Portugalska in Grčija. Zunaj Evrope pa Kanada, Avstralija in Nova Zelandija. »Država oziroma vlada določa nacionalne politične cilje v zvezi z zdravjem in jih preko sistema uresničuje« (Oder 2008).

Svobodna izbira zdravnika in bolnišnične ustanove je vprašljiva, saj javni sektor pacientom nekako določa pooblaščenega izvajalca zdravstvenih storitev. Prvi stik z bolnikom in nadzor do dostopa do specialistov v bolnišnicah v javnem sektorju imajo zdravniki splošne medicine. »Osnovno zavarovanje v veliki meri ali v celoti zagotavlja splošno zdravstveno nego, bolnišnično in ambulantno oskrbo ter porodniško zdravstveno nego« (Oder 2008). Pacienti sokrijejo stroške zobozdravstva, nekaterih preiskav, nekaterih drugih vrst zdravstvene nege (npr. fizioterapijo in psihiatrično oskrbo) in zdravila, vendar pogosto v različnem obsegu. »Financiranje se praviloma izvaja iz državnega proračuna prek davkov, kot je to v primeru

Danske, Španije, Irske, Islandije, Italije, Portugalske in Velike Britanije» (Oder 2008). Ko je plan zdravstvenega varstva določen, se višina sredstev namenjenih zdravstvenemu varstvu določi ob sprejetju proračuna v parlamentu.

3.3 Semaškov ali socialistični model

»Nastal je v času socialistične družbene ureditve v nekdanji Sovjetski zvezi in je izhajal iz ideje družbene lastnine« (Oder 2008). Ta ideja je bila integrirana tudi na področje zdravstvenega varstva. Zasebna lastnina in zasebna dejavnost sta bili namreč prepovedani. Semaškov model zdravstvenega varstva je na prvi pogled Beveridgevemu. Obema je skupno poddržavljanje zdravstvene varnosti in zdravstvene službe. To naj bi imelo za posledico povečanje zadovoljstva ljudi, boljšo dostopnost do storitev zdravstvenega varstva in s tem izboljšanje zdravja državljanov. Vendar se sistema razlikujeta v svojih ideoloških osnovah. Semaškov model poudarja državno lastnino in dostopnost do zdravstvenih storitev za vse prebivalce kot eno izmed pridobitev političnega sistema - socializma. Sprejemanje odločitev o obliki, financiranju in organiziranosti zdravstvenega varstva je v domeni države. Tudi višino sredstev, kot v Beveridgevem sistemu, določa vlada. »Ta model so uporabljale vse bivše socialistične države v Evropi. Ponekod je še v veljavi, ker reformni procesi zdravstvenega varstva v deželah v tranziciji še niso zaključeni« (Oder 2008). »Tudi za Slovenijo velja, da je v preteklosti prevzela določene značilnosti tega modela« (Korošec 2003).

3.4 Tržni model

Tipičen predstavnik tržnega sistema zdravstvenega zavarovanja so ZDA. Sistem v ZDA temelji na načelu ponudbe in povpraševanja. Zdravstveno zavarovanje je neobvezno in je stvar prostovoljne odločitve posameznika. Država pri tem nima posebne vloge, ampak poskrbi le za minimalno zdravstveno varnost. Zavarovanci si sami plačujejo zdravstvene usluge in se vključujejo v zasebne zavarovalnice, ki jim plačujejo premije za tveganja v primeru bolezni. Nosilci zdravstvenega zavarovanja so zavarovalnice (Zaletel-Kragelj in drugi 2007, 173). Država organizira dva posebna sklada: Medicare in Medicaid. Iz teh dveh skladov se pokrivajo stroški zdravljenja ljudi brez premoženja oziroma starih in onemoglih, ki nimajo svojih sredstev.

Ko primerjamo sredstva za zdravstveno varstvo moramo upoštevati tudi posamezne značilnosti zdravstvenih sistemov in predvsem obseg pravic, ki jih sistem zagotavlja državljanom. V Veliki Britaniji, na Danskem in Švedskem nadomestilo plač, potni stroški, pogrebne in posmrtnine niso vključeni v izdatke za zdravstveno varstvo. V drugih državah ne vključujejo sredstev za zdravstveno varstvo za dolgotrajno nego oziroma za nego v socialnih zavodih. V Nemčiji pa se med ta sredstva všttevajo tudi sredstva za otroške dodatke. »Slovenija ima v izdatkih obveznega zdravstvenega zavarovanja vključena nadomestila za plače za časčasne zadržanosti z dela, pogrebne, posmrtnine in nekatere druge dajatve, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar niso tipične zdravstvene storitve« (Kostajnshek 2004).

V Tabeli 2.1 so prikazani posamezni kriteriji za uvrščanje nacionalnih modelov zdravstvenega zavarovanja v posamezne kategorije.

Tabela 2.1: Razvrščanje sistemov v modele

	BISMARCKOV MODEL	BEVERIDGOV MODEL	SEMAŠKOV MODEL	TRŽNI MODEL
Financiranje	Prispevki delodajalcev, delojemalcev in drugih zavezancev	Davki, proračuni države, dežel, lokalnih skupnosti	Centralni, državni proračun	Zasebne zavarovalnice, zasebna sredstva
Upravljanje	Samoupravno, v njem sodelujejo predstavniki delodajalcev in zavarovanih oseb	Državni organi ali upravni organi na nižjih ravneh	Centralna vlada oz. ministrstvo za zdravstvo	Zasebna združenja, Agencije
Sprejemanje odločitev o pravicah zavarovancev	Organi upravljanja bolniških blagajn v okvirih, ki jih določa zakon	Državni organi	Državni organi	Ni pravic, vse temelji na načelih ponudbe in povpraševanja

Vključenost prebivalstva v sistem	Vse prebivalstvo, ponekod so izločene le nekatere skupine	Vse prebivalstvo	Vse prebivalstvo	Obveznosti zavarovanja ni
Solidarnost, vzajemnost	Absolutna	Absolutna	Absolutna	Ne obstaja
Planiranje področja	Država in nosilci zavarovanj	Država	Država	Namesto plana, deluje trg

Vir: Toth (2003, 148)

4 DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Poznamo tri vrste oziroma dejavnosti zdravstvenega varstva (Strojin in Planinšec 1998, 69):

1. primarno dejavnost,
2. sekundarno dejavnost in
3. terciarno dejavnost.

Najpomembnejša je primarna dejavnost oziroma primarno zdravstveno varstvo. Sem spadajo: zdravstveni dom, zdravstvena postaja, lekarniška dejavnost, patronažna dejavnost in zasebna zdravstvena dejavnost.

Namenjena je posamezniku, družini, lokalni skupnosti ali občini (Strojin in Planinšec 1998, 69).

Načela primarnega zdravstvenega varstva so:

- rešuje zdravstvene probleme posameznikov, družin in skupnosti;
- izvaja se v lokalni skupnosti, kjer ljudje živijo in delajo, za vse ljudi mora biti enako;
- pri načrtovanju in odločanju o vsebini, obsegu, delu in razvoju primarnega zdravstvenega varstva, kakor tudi pri odločanju o zanj potrebnih sredstvih, je udeležba javnosti nujni in obvezni pogoj;

- načelo enotnosti zdravstvenega varstva je mogoče le s pomočjo primarnega zdravstvenega varstva (Zaletel-Kragelj in drugi 2007, 179).

Nato si sledita sekundarna dejavnost, v katero spadajo specialistične ambulante ter splošne in specialne bolnišnice, in terciarna dejavnost, v katero spadajo klinike in inštituti. »Za to raven so značilne zelo specializirane institucije s strokovnjaki, ki so usposobljeni za obravnavo relativno redkih in tehnološko zelo zahtevnih medicinskih problemov« (Strojin in Planinšec 1998).

Zdravstvena dejavnost je javna služba, ki jo mora zagotavljati država. Obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih opravljajo zdravstveni delavci. Vsi ljudje morajo biti obravnavani pod enakimi pogoji. Vsakdo ima pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda, do posvetovanja z različnimi specialisti, dobiti zdravnikovo mnenje oziroma postavljeno diagnozo za svojo bolezen, odkloniti ali privoliti v medicinski poseg, do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, zahtevati tajnost podatkov, zapisanih v kartotekah, seznanitev s stroški zdravljenja ipd. (Cvetko 1992, 35–36).

Zdravstvena dejavnost ima tudi nalogo ohranjanja zdravja. Iz tega razloga to ni področje, ki se lahko v celoti prepusti tržnemu sistemu. »Zdravstveno stanje ljudi naj namreč ne bi bilo odvisno od njihovega ekonomskega in socialnega položaja« (Forštnarič 1996). Zato mora biti zdravstveni sistem oblikovan tako, da zagotavlja vsaj približno egalitarnost pri nudenju osnovnih zdravstvenih potreb.

Po Murrayu in Frenku naj bi vsak zdravstveni sistem upošteval tri cilje:

- »zdravje populacije,
- odzivnost,
- solidarnost v financiranju« (Murray in Frenk 2000, 719–721).

»Zdravje populacije je osnovni namen vsakega zdravstvenega sistema. Odsevalo naj bi zdravje posameznikov skozi njihovo življenje in vključevalo tako preventivo kot zdravljenje bolezni in rehabilitacijo po poškodbah« (Murray in Frenk 2000, 719).

»Zdravstveni sistem mora biti tudi uporabnikom prijazen oziroma odziven. Odzivnost kot lastnost zdravstvenega sistema pomeni način obravnave pacientov, na primer takojšnja oskrba, primeren odnos osebja, urejenost prostorov, itd.« (Murray in Frenk 2000, 720).

»Solidarnost v financiranju pomeni, da vsako gospodinjstvo oz. posameznik plača za zdravstveno varstvo takšno ceno, ki je sorazmerna z njegovim dohodkom. Tako naj bi zelo revni plačali malo ali nič, bogatejši pa več. Pogostost uporabe zdravstvenega sistema in stopnja tveganja za določene bolezni naj ne bi vplivala na višino plačila« (Murray in Frenk 2000, 721).

4.1 Zdravstvene storitve

Obiski v zdravstveni ustanovi oz. pri zdravniku so največkrat povezani z neugodnimi občutki, kot so bolečina po raznih posegih ali terapijah, nelagodje in strah. Zdravstvena obravnava je velikokrat neizogibna ali celo življenjskega pomena in zato je obisk zdravstvenih ustanov velikokrat nujen.

»Pacient zaradi pomanjkanja znanja ne odloča sam, katerih storitev bo deležen, ampak o tem odloča zdravnik« (Kovačič 2008). Ocena zdravnikovih odločitev je s pacientovega vidika zato težka in je primoran zdravniku in posredno sistemu zaupati. Bolnik običajno tako ne more sam izbirati storitev glede na svoje želje in materialne zmožnosti.

»Storitve v javnem zdravstvu so večinoma brezplačne, saj v odnos med uporabnikom (bolnikom) in izvajalcem (zdravstveno organizacijo) posega plačnik storitev (zavarovalnica)« (Kovačič 2008). Zaposleni v zdravstvu delajo v posebnem delovnem okolju. Pomagati morajo pacientom in velikokrat tudi svojcem na primeren in human način, čeprav so pogosto okoliščine težke. »Pacienti so velikokrat bolni in pod stresom. Tovrstne okoliščine lahko povzročijo, da so pacienti mnogo bolj čustveni, zahtevni, občutljivi in odvisni od drugih in pogosto je naporno obravnavati takšne paciente« (Berry in Bendapudi 2007).

Izid zdravljenja oziroma zdravstvene storitve je, sicer redko, lahko tudi morebitna škoda zaradi zapletov ali stranskih učinkov zdravljenja. Strokovne odločitve zdravniškega osebja so zato prilagojene individualno in pogosto so zdravniki podvrženi ti. cost/benefit situaciji, kjer je potrebno tehtati med zdravstveno koristjo in možnostjo škodljivosti za bolnika. Pri določenih zdravstvenih storitvah, kot je na primer dolgotrajno zdravljenje, končni rezultat ne more biti dosežen takoj in kljub temu, da je storitev strokovna in pravilna se v določenih primerih pojavi verjetnost, da prognoza bolezni ali zdravljenja ni predvidljiva. Končni rezultat zdravljenja pogosto zahteva tudi brezpogojno sodelovanje bolnika.

5 ZDRAVSTVENI SISTEM V SLOVENIJI

Zdravstveni sistem v Sloveniji sestavljajo zdravstvena politika (država), zdravstvena dejavnost (izvajalci), zdravstveno zavarovanje (plačniki) in uporabniki. V sistem zdravstvenega varstva so vključene tudi službe in zavodi, katerih delo je na kakršenkoli način povezano z zdravjem, izobraževanjem in usposabljanjem zdravstvenih delavcev, medicinska znanost in zdravstvena tehnologija. Zdravstveni sistem oblikuje in določa zdravstvena politika, izvaja pa javna zdravstvena služba in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (Gorup 2006).

Največji vpliv na zdravstveni sistem ima državna zdravstvena politika. »Zdravstveno politiko določa Vlada Republike Slovenije v sodelovanju z Zdravstvenim svetom, Zdravniško in Lekarniško zbornico, Združenjem javnih zdravstvenih zavodov, Svetom za zdravje in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije« (Gorup 2006). Način vodenja, upravljanja in strategije za nadaljnji razvoj sistema se prilagajajo stanju obstoječega sistema zdravstvenega varstva, socioekonomskemu in demografskemu stanju prebivalstva, potrebam pacientov po zdravstvenih storitvah ter finančnim, kadrovskim in drugim zmogljivostim, ki so pogojujejo delovanje sistema zdravstvenega varstva (Gorup 2006).

V Sloveniji imamo organizirano javno zdravstveno službo, ki izvaja zdravstveno dejavnost v okviru pravic, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje. Javna zdravstvena služba obsega tri ravni: primarno, sekundarno in terciarno. Na primarni ravni se izvajajo zdravstvene dejavnosti in opravljajo zdravstvene storitve, ki zadostijo potrebam prebivalstva v nekem lokalnem okolju. Na primarnem nivoju predstavlja za prebivalce prvi stik z javno zdravstveno službo osebni zdravnik. Zdravstvena dejavnost primarnega nivoja obsega osnovno zdravstveno in lekarniško dejavnost, ki jo izvajajo zdravstveni domovi, zasebniki s koncesijo in lekarne. Zdravstvena dejavnost sekundarnega nivoja obravnava zahtevnejše zdravstvene primere, ki jih osebni zdravniki in specialisti na primarni ravni niso sposobni rešiti ali pa je potrebno opraviti zahtevnejše posege in so zaradi tega pacienti napoteni k specialistom, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni. Na tej ravni poznamo splošne in specialne bolnišnice, ki izvajajo storitve specialističnih ambulant in bolnišničnega zdravljenja, medicinsko rehabilitacijo in zdravstveno nego. Terciarni nivo javne zdravstvene službe obravnava najtežje in najbolj zapletene zdravstvene primere in posege. Taki posegi so zaradi zahtevnosti in pogoste multidisciplinarnosti zelo dragi in predstavljajo v sistemu velike stroške. Na terciarni ravni javne zdravstvene službe se nahajajo klinike in inštituti, ki poleg

opravljanja najzahtevnejših zdravstvenih posegov (zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti jih ni možno opravljati na nižjih ravneh), opravljajo tudi znanstvenoraziskovalno in izobraževalno delo za dodiplomski in podiplomski študij. Vse tri ravni morajo biti medsebojno usklajene in dobro organizirane. (Gorup 2006).

Zdravstveno zavarovanje, kot del sistema zdravstvenega varstva, je sestavljeno iz obveznega in dodatnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. »Obvezno zdravstveno zavarovanje je predpisano z zakonom in je obvezno za vse, ki imajo stalno prebivališče na območju Republike Slovenije ali pa v Sloveniji opravljajo kakršnokoli pridobitno dejavnost« (Gorup 2006). Z vključenostjo v obvezno zdravstveno zavarovanje smo državljani zavarovani za tveganja, ki jih prinašajo bolezni in poškodbe. »Poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja je na voljo tudi dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki v celoti krije stroške nekaterih zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije oziroma jih krije le v določenem odstotku« (Gorup 2006).

Upravljanje zdravstvenega varstva v Sloveniji je tristransko. Tristransko zato, ker pri njegovem upravljanju sodelujejo tri strani oziroma tri ravni. Prva stran je država. Zdravniška zbornica predstavlja izvajalce zdravstvenih storitev in ZZZS predstavlja vse uporabnike zdravstvenih storitev (Gorup 2006).

6 ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI

V Evropi obstajata dva načina solidarnega zbiranja sredstev: na podlagi davkov (Beveridgeov model) in na podlagi socialnega zdravstvenega zavarovanja (Bismarckov model). Solidarnost naj bi bil temelj javnega sistema (Keber 2003). Po tem načelu naj bi vsak državljan po svojih ekonomskih zmožnostih prispeval za plačilo zdravljenja drugim, ki ga potrebujejo. Plačujejo se prispevki in premije in to državljanom zagotavlja zdravstvene storitve iz naslova obveznega socialnega zdravstvenega zavarovanja. Problem se pojavlja pri doplačilih uporabnikov. To zmanjšuje solidarnost in revnim prebivalcem zmanjša dostopnost do tistih pravic, tudi tistih, ki jih zagotavlja javno financiranje. Financiranje se je v bistvu preneslo z zdravih na bolne in od ekonomsko močnejših na ekonomsko šibkejše. V večini evropskih držav je prostovoljno zavarovanje solidarnostno usmerjeno v premožnejše sloje prebivalstva. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je seveda finančno mnogo manj učinkovito kot obvezno.

V Sloveniji poznamo dve obliki zavarovanj, in sicer obvezno in prostovoljno dopolnilno zavarovanje. »Nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja je Zavod za zdravstveno zavarovanje RS, prostovoljno dopolnilno zavarovanje pa izvajajo zavarovalnice« (ZZVZZ 1992). »Namen prostovoljnega zavarovanja je, da zavarovanec na podlagi sklenjene pogodbe z zavarovalnico po načelu vzajemnosti in solidarnosti plača določen znesek, zavarovalnica pa je obvezna v primeru kakršne koli bolezni, zanj plačati zdravstveno storitev« (Cvetko 1992, 28–29).

Partnerski pristop in oblikovanje obsega ter vsebine programa zdravstvenega varstva, poleg tega pa tudi določanje cen zdravstvenih storitev je temeljna značilnost sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Sistem deluje na principu, da država določi pravila v okviru zakonov. Partnerji nato delujejo v okviru teh pravil in imajo vnaprej določene pristojnosti in vlogo pri odločanju. To imenujemo partnerski sistem, ki ga sestavljajo trije partnerji (včasih s popolnoma različnimi interesi). Prvi partner so zavarovanci, katerih cilj je biti in ostati zdravi, v primeru poškodbe ali morebitne bolezni pa dobiti ustrezno medicinsko pomoč. Združeni so v ZZZS, ki jim ob plačilu prispevka, zagotavlja zdravstveno varstvo. Drugi partner so zaposleni v zdravstvu. Želja teh je delati v dobrih delovnih pogojih in za to dobiti ustrezno plačilo. »Država, ki zastopa družbene interese in ima med partnerji nadrejen položaj. Njena vloga je izvajanje arbitraže v primeru nastalih problemov, ki bi lahko ovirali delovanje sistema« (Oder 2008).

6.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje

»Obvezno zdravstveno zavarovanje izvaja ZZZS, ki je na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) začel z delom 1. marca 1992. Obvezno zdravstveno zavarovanje se izvaja po načelih socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, starimi in mladimi, bogatimi in revnimi« (ZZS 2009a).

Večino sredstev zbere ZZZS s prispevki zavezancev. Pristojnosti v smislu nadziranja obračunavanja in plačevanja prispevkov ima ZZZS (Košir in Mencej 1992, 68–71). Manjši del sredstev prispeva tudi država – predvsem za infrastrukturo javnih zavodov in zdravstveno obravnavo oseb, ki si same ne morejo plačati prispevkov. V sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja sodelujejo država (Ministrstvo za zdravstvo), izvajalci zdravstvenih storitev (Zdravniška zbornica, Skupnost socialnih zavodov, Lekarniška zbornica, Skupnost naravnih

zdravilišč in združenje zdravstvenih zavodov) ter predstavnik zavarovancev (ZZZS). Partnerji se med seboj pogajajo o obsegu programa in razdelitvi sredstev, ki so zbrani s premijami obveznega zdravstvenega zavarovanja. To predstavlja približno 90 % vseh zbranih sredstev za zdravstveno zavarovanje. Razdeljevanje sredstev je dvostopenjsko. Najprej je potrebno uskladiti zdravstvene potrebe in možnosti na nacionalni ravni. Nato se sredstva razdelijo po posameznih dejavnostih v zdravstvu in po območjih v državi. Druga faza pomeni razdeljevanje sredstev med posamezne izvajalce, ki delujejo v mreži javne zdravstvene službe (Oder 2008).

»Za zavarovance je z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju predpisana obveznost plačevanja prispevkov, pri čemer je predpisano tudi, kdo je zavezanec za njihovo plačevanje in s tem zavezanec za prijavo osebe v obvezno zdravstveno zavarovanje, vrsta prispevkov in osnova od katere se le-ti plačujejo ter tudi obseg pravic« (Kogovšek Vidmar 2000).

»Plačilo predpisanih prispevkov je vezano na vir, ki zavarovancu zagotavlja osnovno socialno varnost (zaposlitev, pokojnina, samostojna dejavnost, invalidnine, lastna sredstva, družbene pomoči). V primeru, da slovenski državljan s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji ne izpolnjuje pogojev, da bi bil zavarovan po kateri od točk iz Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ga mora v obvezno zdravstveno zavarovanje prijaviti občina, kjer stalno prebiva« (ZZZS 2009a).

»Obvezno zdravstveno zavarovanje omogoča zavarovanim osebam uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev, zdravil, medicinsko-tehničnih pripomočkov ter do denarnih nadomestil (nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela, pogrebna in posmrtnina ter povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem pravic do zdravstvenih storitev« (Kogovšek Vidmar 2000).

Obvezno zdravstveno zavarovanje se izvaja po principu:

Zdravstvene storitve na podlagi veljavne slovenske kartice zdravstvenega zavarovanja opravi osebni zdravnik s svojimi sodelavci, po potrebi tudi specialisti v ambulantah in bolnišnicah, zdraviliščih ter klinikah in inštitutih. Nekatere storitve plača ZZZS v celoti, za druge pa mora zavarovana oseba doplačati razliko do polne vrednosti storitev, in sicer iz lastnih sredstev, v kolikor nima urejenega prostovoljnega (dopolnilnega) zdravstvenega zavarovanja. V katerih primerih in za katere zavarovane osebe obvezno zdravstveno zavarovanje krije zdravstvene

storitve v njihovi polni vrednosti ter v katerih je potrebno le doplačilo, je določeno v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZZS 2009a).

Določenim skupinam zavarovanih oseb je v celoti zagotovljeno tudi plačilo storitev iz pravil Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. »Kadar gre za nujno zdravljenje, zavarovana oseba pa za doplačila nima sklenjenega prostovoljnega (dopolnilnega) zdravstvenega zavarovanja« (ZZVZZ 1992). »Določenim skupinam zavarovanih oseb, ki jih določajo člani Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, razliko med vrednostjo zdravstvene storitve, ki se krije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in polno vrednostjo zdravstvene storitve, krije proračun Republike Slovenije« (ZZZS 2009a).

6.2 Prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je bilo uvedeno z namenom, da bi vsak državljan tudi finančno prispeval k ohranjanju in izboljšanju lastnega zdravja. Ko posameznik uveljavlja zdravstvene storitve je namen doplačil osebnega in prostovoljnega zavarovanja opominjati zavarovance, da zdravstvene storitve niso brezplačne in da jih je potrebno plačati. Tako je bilo z zakonom uvedeno prostovoljno zavarovanje. To naj bi dopolnjevalo obvezno zavarovanje in bilo sestavni del celotnega sistema zdravstvenega zavarovanja. Vsak posameznik se lahko vključi v sistem prostovoljnega zavarovanja, vendar s tem pristane na pogoje zavarovatelja. Zakonska podlaga namreč dopušča možnost, da ne samo ZZZS, ampak tudi druge zavarovalnice nudijo zavarovalne sheme za pravice oziroma storitve, ki niso del obveznega zavarovanja. Storitve prostovoljnega zavarovanja so smiselne, ko je sistem obveznega zavarovanja tog in ne vključuje varstva posameznih zdravstvenih tveganj. Prostovoljno zavarovanje je pogojeno z oceno zdravstvenih tveganj, obsegom ali standardom storitev, številom zavarovancev in višino premije. »Prostovoljno zavarovanje mora imeti razpoznaven interes, saj se financira po načelih vzajemnosti« (Oder 2008).

»Prostovoljno zdravstveno zavarovanje izvajajo na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (zakon) zavarovalnice (ZZZS 2009b):

- Adriatic Slovenica d.d.,
- Triglav, zdravstvena zavarovalnica d.d.,

- Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z.«

»Prostovoljna zdravstvena zavarovanja delimo na (ZZZS 2009b):

- prostovoljna zavarovanja za razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije v celoti,
- dopolnilna zdravstvena zavarovanja,
- prostovoljna zavarovanja za večji obseg pravic ali za višji standard storitev, kot je to določeno v obveznem zavarovanju, in za dodatne pravice, ki niso zajete v obveznem zavarovanju – dodatna oz. nadstandardna zdravstvena zavarovanja.«

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje krije razliko med polno vrednostjo opravljenih zdravstvenih storitev in vrednostjo, ki se krije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju določa, katere zdravstvene storitve se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja krijejo v celoti (100%) in katere le v določenem odstotku. »Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju določa tudi posebne skupine zavarovanih oseb, katerim so vse storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja krite v celoti, ter zavarovane osebe, katerim razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev krije proračun RS« (Toth in drugi 2003, 471). Prostovoljno zdravstveno zavarovanje sklepamo sami, vendar je priporočljivo, da se v primeru, da posameznik ne spada v eno od zgoraj navedenih skupin, zavaruje za razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije v celoti (ZZZS 2009b).

7 ZDRAVSTVENI SISTEM V ZDA

Zdravstveni sistem v ZDA se razlikuje od sistemov zdravstvenega varstva, ki so se razvili v Evropi. »V Evropi prevladujeta dva modela zdravstvenega varstva - državno vodeni ter partnerski model, medtem ko je v ZDA značilen tržni model zdravstvenega varstva, ki temelji na zasebnem zdravstvenem zavarovanju« (Kostanjšek 2004). Zdravstvenega varstva v tržnem modelu delodajalci niso dolžni zagotavljati svojim delavcem. Odločitev o tem, ali so posamezniki zdravstveno zavarovani pri kateri od zasebnih zavarovalnic ali pa stroške zdravstvenih storitev plačajo iz svojih sredstev, je domena vsakega posameznika (Kostanjšek 2004).

»Poseganje države v tržni zdravstveni sistem je minimalen in temelji na načelih ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah« (Kostanjšek 2004). Država v tem sistemu ne zagotavlja državljanom nikakršnega osnovnega zdravstvenega varstva, ne predpiše oblike upravljanja ter lastništva zdravstvenih kapacitet in ne določi oblike financiranja storitev v okviru zdravstva. Bolniki, ki potrebujejo zdravstvene storitve si te zagotovijo iz lastnih sredstev in ta sredstva nimajo javnofinančnega izvora. Zavarovanci zavarovalnicam nakazujejo premije in se samo odločajo med različnimi programi, ponudniki in tveganji, ki jih posamezni tipi zavarovanj pokrivajo. »Z zavarovanji pred posameznimi zdravstvenimi tveganji se ukvarjajo predvsem zasebne zavarovalnice« (Toth in drugi 2003, 145). Delovanje tržnega sistema je torej prepuščeno tržnim zakonitostim, bolniki pa si zdravljenje zagotovijo iz lastnih sredstev. »V ZDA tako poznajo različne načine plačevanja zdravstvenih storitev - plačilo preko zasebnih zdravstvenih zavarovanj, državno financiranje in plačilo iz lastnega žepa« (Kostanjšek 2004).

Kot je ugotovil Garbajs (2008): »V ZDA ima 55 odstotkov vseh prebivalcev skupinsko zdravstveno zavarovanje, ki ga plačuje delodajalec. Okoli 3 odstotke prebivalcev ima individualno zdravstveno zavarovanje, ki ga plačujejo iz lastnih virov.« V ZDA 45,8 milijonov ljudi nima nikakršne oblike zdravstvenega zavarovanja. Taki morajo zdravstvene storitve kriti iz svojih sredstev neposredno izvajalcem zdravstvenih storitev. »Poleg zasebnih zdravstvenih zavarovanj v ZDA poznamo dva vladna programa zdravstvenega zavarovanja, ki zavaruje 27 odstotkov ljudi. Medicare je namenjen starejšim od 65 let in invalidom, Medicaid pa najrevnejšemu prebivalstvu« (Garbajs 2008).

Zdravstvene storitve so največkrat zelo drage in ni veliko ljudi, ki je zmožno plačila iz lastnega žepa. Če so ljudje zdravstveno zavarovani, in tako zavarovanje zmanjšuje tveganje, da si storitev v nekem trenutku ne morejo privoščiti, je to najboljša rešitev. Plačilo stroškov v tem primeru krije zasebna zdravstvena zavarovalnica, ki sredstva prejme od zavarovancev v obliki zavarovalnih premij. Tak način zdravstvenega zavarovanja zavarovancem omogoča, da zdravstveno oskrbo prejmejo pravočasno, zdravstvene ustanove pa imajo zagotovljeno plačilo za zdravstvene storitve. »Med drugo svetovno vojno je bilo prepovedano povečevanje plač in cen, dovoljeno pa je bilo prejemati določene ugodnosti, ki jih je imel delavec poleg redne plače« (Garbajs 2008). Zaradi vojne je primanjkovalo delazmožnih ljudi in podjetja so, zato da bi privabila delavce, ponujala dodatne ugodnosti. »Nekatera podjetja so začela ponujati zdravstveno zavarovanje in trend se je nadaljeval tudi po drugi svetovni vojni. Skupinsko

zdravstveno zavarovanje se je zato povečalo s prvotnih 12 milijonov v letu 1940 na 162 milijonov ljudi v letu 2002« (Claxton 2002).

Večina bolnišnic v ZDA je zasebnih. Financiranje bolnišnic poteka zato na različne načine. Tudi zdravniki so večinoma zasebniki, ki zdravijo svoje bolnike v zasebnih ordinacijah in bolnicah, ki jih ustanovijo zavarovalnice. Taki zdravniki niso v delovnem razmerju z bolnišnico. Zdravniki, ki niso zaposleni v bolnišnicah, a v njih zdravijo svoje bolnike, jim izstavijo račune na osnovi opravljenih storitev in cene oblikujejo sami. Bolniki plačujejo račune neposredno zdravnikom in nato zahtevajo povračilo od zavarovalnic. Če je cena storitev višja, kot bi jo poravnal na primer Medicare, si jo bolnik plača sam ali pa dodatno zavarovanje (Toth in drugi 2003, 217–218). Tudi neprofitne humanitarne in cerkvene organizacije so lahko ustanovitelji bolnišnic. Za vojne veterane ali pa za zdravljenje oseb iz programa Medicaid je ustanovitelj bolnišnic država.

8 ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V ZDA

Profitno usmerjen sistem zdravstvenega zavarovanja, ki se je razvil v ZDA, se bistveno razlikuje od sistema zdravstvenega zavarovanja, ki ga poznamo v Evropi. Tržna oblika zavarovanja ni omejena z zakonskimi akti, državne intervencije so omejene in usmerjene predvsem na kontroliranje zdravstvenih izdatkov. V ZDA obstaja cela vrsta različnih zavarovalnic, ki imajo svoja pravila. Vsaka odloča o tem, katere stroške krije in katerih ne. Poslovanje zavarovalnic temelji na tem, da dosežejo na koncu poslovnega leta dobiček. »V želji po doseganju dobička zavarovalnice finančno spodbujajo zdravnike in lekarne, da jim prihranijo denar, kar lahko vodi v to, da zavarovanci pri zdravljenju niso deležni vseh najboljših možnosti, saj jih zdravniki skušajo usmeriti k cenejšim in ne najbolj učinkovitim programom« (Kostajnshek 2004, 25). Vendar zavarovanci lahko prosto izberejo zavarovalnice in s tem tudi obsege rizikov, ki naj bi jih krilo tako zavarovanje. Premije za zdravstveno zavarovanje se štejejo med davčne olajšave in to ustreza predvsem prebivalcem z visokimi dohodki. Revnejšim prebivalcem zdravstveno zavarovanje precej razbremeni življenjske stroške, če jim delodajalci pokrijejo vsaj del premije za zdravstveno zavarovanje. Obseg zdravstvenega zavarovanja, storitev in dostop do zdravstvenih uslug v ZDA so odvisni predvsem od zmožnosti plačila. V Evropi je praviloma zdravstveno zavarovanje privilegij vsakega zaposlenega, delodajalci v ZDA pa niso dolžni zagotavljati zdravstvenega varstva

zaposlenim. Lahko se zgodi, da oseba v primeru bolezni ali poškodbe, kljub zdravstvenemu zavarovanju, ki ga ima, zaide v velike finančne težave (Kostajnshek 2004).

Država, združenja delodajalcev in zavarovalnice so temeljni vir financiranja ameriškega zdravstva in to imenujemo ti. »third part« financiranje. Sredstva za plačevanje zdravljenj zbira tretja stran in ni v domeni bolnikov in bolnišnice, ki sta neposredno udeležena v proces in izvedbo zdravstvenih storitev. »Ameriška vlada financira zdravstveno varstvo z neposrednim financiranjem zdravstvenih programov, medicinskih in zdravstvenih raziskav, pa tudi z izgradnjo zdravstvenih ustanov. Z državnimi plačili so subvencionirane aktivnosti državno in lokalno vodenih bolnišnic, na področju zdravstvenega zavarovanja pa država največ sredstev nameni za plačilo zdravstvenih storitev vojnim veteranom, vojaškim uslužbencem, invalidom, starejšim osebam in upravičencem do socialne pomoči« (Kostajnshek 2004).

»Neposredne transakcije med bolniki in ponudniki zdravstvenih storitev, ki jih poznamo skoraj na vseh drugih trgih, so redke in se pojavljajo le na trgu zdravil in pri določenih oblikah domače nege bolnika ter pri storitvah plastične kirurgije in pri psihiatričnih zdravljenjih« (Kostajnshek 2004). Gretzen opisuje ameriški sistem kot sistem (Gretzen 1999, 107): »... ki je poznan kot sistem osebne oskrbe, dokazuje, da gre za izrazito kolektivno organiziran in financiran sistem z zelo zapletenim prekrivanjem javnih in zasebnih zavodov«. Največ izdatkov (okoli 36%) v sistemu zdravstvenega varstva v ZDA je namenjenih za bolnišnice. Največ teh bolnišnic je splošnih na določenem območju in v njih delujejo zdravniki kot zunanji bolnišnični zdravniki. Zdravniki tako niso zaposleni bolnišnici, ampak le napotijo bolnike v to ustanovo in jih potem tam obravnavajo. Zdravnik ima lahko sklenjeno pogodbo tudi v dveh ali več bolnišnicah. V ZDA je običajno, da večina zdravnikov splošne medicine in specialistov dela tudi v bolnišnicah. V tipični ameriški bolnišnici neodvisni zdravniki opravljajo zdravstvene storitve na podlagi plačila oziroma honorarja. Tiste bolnišnice, ki poslujejo z namenom ustvarjanja dobička, predstavljajo le okoli 10% vseh posteljnih zmogljivosti. Te največkrat ne sprejemajo ljudi, ki nimajo sredstev za preživljanje. Tudi izvajanje pripravništev in strokovnega izobraževanja v teh ustanovah ne izvajajo, kar jih loči od neprofitnih bolnišnic. »Obstajajo pa tudi bolnišnice z brezplačnim zdravljenjem in zaposlenimi zdravniki, ki jih upravljajo velike veteranske organizacije ameriške vojske, nekateri državni zavodi za duševno prizadete, nekatere občine in večja mesta« (Garbajs 2008). Običajne občinske in območne bolnišnice izvajajo predvsem nujno medicinsko pomoč.

V ZDA okoli 41 milijonov ljudi nima dostopa do zdravstvene oskrbe, kar predstavlja za državo velik problem. Večinoma so to mladoletni brezposelni, osebe in družine, ki imajo zelo nizek dohodek, brezdomci, kratka osebe brez zavarovanja, a jim je potrebno nuditi zdravstveno varstvo. »Če prištejemo še tiste državljane, ki so brez zavarovanja začasno, pridemo do mnogo večje številke« (Kostajnshek 2004). »V letih 2001–2002 je bilo brez zdravstvenega zavarovanja 74,7 milijona Američanov, mlajših od 65 let. Od tega jih je bilo 30,1% brez zavarovanja samo kratek čas, 65% jih je bilo v tem obdobju brez zdravstvenega zavarovanja več kot šest mesecev, 24% pa jih ni imelo zavarovanja v celotnem dvoletnem obdobju« (Families USA 2004).

V ZDA je med osebami brez zdravstvenega zavarovanja največ zaposlenih, kar je na prvi pogled presenetljiv podatek. »Takšnih je kar 70,7% vseh prebivalcev, ki nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja« (Families USA 2004). Večinoma so to zaposleni pri majhnih delodajalcih in ti ne ustvarjajo velikih presežnih prihodkov. Iz tega razloga tudi ne morejo nuditi zavarovanja svojim delavcem. Delodajalci se izogibajo plačevanju zdravstvenega zavarovanja starejšim zaposlenim, saj imajo ti večja tveganja za hujše in dolgotrajnejše bolezni. Na drugi strani pa delodajalci delavcu pogosto tudi nudijo možnost zavarovanja, a delavci največkrat nimajo dovolj lastnih sredstev, da bi prispevali za svoj del premije. »Do začasnega nezavarovanja pa pride tudi ob menjavi službe, pri odpuščanju delavcev in podobno« (Kostajnshek 2004). Zdravstvena oskrba teh skupin je praviloma v domeni bolnišnic, katerih stroški obsegajo v povprečju 6% izdatkov za zdravstvene storitve, ki jih opravijo a zanje ne dobijo plačila. Sredstva za to se zbirajo iz presežnih fondov pri povračilih bolnikov z zavarovanjem. Zavarovalnice, ki sklenejo zdravstvena zavarovanja z zaposlenimi in podjetji, nimajo interesa kriti teh stroškov, ker bi lahko s temi sredstvi financirale druge dejavnosti (predvsem izobraževanja in raziskovalne projekte), ki so tudi v interesu javnosti (Kostajnshek 2004).

Zdravstveno varstvo je v ZDA pretežno v lasti zasebnikov. Toth navaja nekaj izjem (Toth in drugi 2003, 215):

- Medicare,
- Medicaid,
- Children`s Health Insurance Program in
- Veterans Health Administration.

To so programi, na katerih naj bi danes slonel zdravstveni sistem v ZDA. V ospredju sta programa Medicare in Medicaid, ki sta opredeljena kot nacionalna programa za zdravstveno zavarovanje. Kongres ju je ustanovil že leta 1965, in sicer za dobrobit državljanov ZDA (Toth in drugi 2003).

MEDICARE

Zvezna vlada financira Medicare – program za zavarovanje upokojencev oziroma oseb, ki so starejše od 65 let. Medicare so ZDA uvedle že leta 1965. Tak sistem je v svetovnem merilu unikum, ker obveznega zavarovanja za starejšo populacijo ne pozna nobena druga država. Plačila iz tega programa zajemajo okoli 20% vseh osebnih stroškov za zdravstveno varstvo. Zato lahko rečemo, da Medicare največji zavarovalni sklad v ZDA. Program se deli na dva dela – del A in del B. Del A pokriva stroške, ki nastanejo ob zdravljenju v bolnišničnih ustanovah in je obvezen. Del B pokriva stroške obiskov pri zdravniku in je prostovoljen. Zdravniki zaračunavajo svoje storitve tako v delu A kot v delu B. Bolnišnice ustvarijo večino svojega prometa v delu B. Sredstva za del A se zbere z 2,9% davkom na plače (prispevajo ga zaposleni in delodajalci –vsak po 1,45%). Sredstva za del B se zberejo iz vplačil – premij, ki so jih dolžni kriti uporabniki sami in nekaj tudi iz državnih prihodkov, tudi ostalih davkov (Kostajšek 2004).

MEDICAID

Osebe z nizkimi dohodki so lahko vključene v državni program Medicaid. Tudi ta program je bil ustanovljen leta 1965. Medicaid je financiran s strani zvezne vlade in tudi vlad posameznih držav. Program Medicaid predstavlja za ZDA zelo visoke stroške, saj vlada zanj namenja vsako leto približno 25% sredstev iz dela proračuna, ki je namenjen za zdravstvo. V program so vključene osebe, ki niso zavarovane po nobenem od ostalih zavarovalnih programov. Upravljanje programov Medicaid v posameznih državah je regulirano v skladu z navodili na zvezni ravni. Kljub temu pa vsaka država predpisuje lastne zahteve za vključenost v program, določa višino kritja in višino odobrenih stroškov. Zdravstvena oskrba je največkrat v domeni mestnih bolnišnic. Problem sistema je, da lahko zavarovanci v teh ustanovah poiščejo pomoč le v primeru nujnih medicinskih stanj, ne omogoča pa jim kontinuiranega zdravstvenega varstva. Sistem je neučinkovit tudi zaradi zdravnikov z zasebnimi ordinacijami ter bolnišnicami in dobivajo nizke honorarje ter neradi sprejmejo takšne bolnike. Zastarelost, togost in nelogičnost takih programov, ki omogočajo uveljavljanje in financiranje zdravstvenih storitev v ZDA sproža debate o reformah, ki bi naredili take programe

preglednejše in bolj logične. Upajo, da bi tako lahko programi z novimi pravili – kot v sistemu Managed Care, prinesli boljše rezultate. Razvoj Managed Care programov sicer še ni zaključen in zvezna vlada na tem področju resno zaostaja za zasebnim sektorjem, a vseeno se tudi Medicare vedno pogosteje vključuje v različne programe Managed Care (Kostajnshek 2004).

PROGRAMI MANAGED CARE

Program Managed Care je ob uvedbi vzbujal upe, da bo spremenil organiziranje, izvajanje storitev in finančno strukturo programov zdravstvenega varstva. Ideja programa Organizacije Managed Care (Managed Care Organization – MCO) je, da nastopa kot posrednik v zdravstvu s tem, da z zavarovanci – delavci in njihovimi delodajalci sklepa pogodbe in jim nudi zdravstvene storitve s katerimi ima sklenjene dogovore. Med bolnikom in zdravnikom je mediator – menedžer, ki ima vlogo organizacije, spremljanja, vodenja in nadziranja zdravljenja. Organizacija Managed Care ima finančno odgovornost za zdravljenje in mora biti, v skladu s tržnim sistemom, konkurenčna na področju stroškov in kakovosti. Tradicionalne zavarovalnice so primerjalno dražje, imajo visoke administrativne stroške in plačila izvajajo z zamudo. Managed Care mora imeti zadostno število pogodbenikov za izvajanje zdravstvenih storitev. Pogajanja s ponudniki privedejo do popustov, jamstva za izdatke so določena, zagotovljeni so statistični podatki predvsem o času delovanja in izkoriščenosti zmogljivosti, redno se preverja tudi kakovost storitev. »Pri tradicionalnem zavarovanju zavarovanec le plača predloženi račun, ima komajda stik z zdravnikom, nima pa pravice zahtevati poročil, pridobitve soglasja ali kakršnegakoli nadzora. Managed Care danes sestavljajo organizacije za ohranjanje zdravja (Health Maintenance Organizations – HMO), prednostne izvajalske organizacije (Preferred Provider Organizations – PPO) in pogodbe »storitveno mesto« (Point of Services – POS)« (Gretzen 1999, 114).

Organizacije za ohranjanje zdravja so izredno dobro organizirane in zato bolje vodijo politiko dostopnosti, uveljavljanja storitev in izkoriščenosti zmogljivosti. Omejitve se pojavljajo le pri tem, da lahko pacienti v tej shemi poiščejo zdravniško pomoč le pri izvajalcih, ki so sklenili pogodbe s HMO. Splošni zdravnik je tisti, ki odloči o nujnosti zdravljenja in tudi izda napotnico. Pred sprejemom v bolnišnično ustanovo mora pacient dobiti dovoljenje tega »nadzornega« zdravnika. Poznamo dva tipa HMO – odprti tip, pri katerem sodeluje vsaka bolnišnica ali zdravnik, ki pristane na pravila HMO in zaprti tip, kjer so izvajalci omejeni le na delovanje v okviru HMO (Kostajnshek 2004).

»Pri PPO si bolniki izberejo zdravnika ali bolnišnico z določenega seznama, vendar za napotitev v bolnišnico ne potrebujejo soglasja, tudi večina kirurških posegov se odredi brez posvetovanj. PPO prevzamejo kritje celotnih stroškov za vse storitve, ki so opravljene v omrežju pogodbenih strank, nekatere prevzamejo tudi delne stroške zdravljenja pri zdravnikih ali bolnišnicah, ki niso del njihove mreže« (Kostajnshek 2004).

»POS je program, ki jamči za kritje celotnih stroškov znotraj določene HMO (ali PPO), ki tvori jedro, pa tudi za kritje delnih stroškov (običajno od 60% do 80%), ki so nastali pri zdravljenju zunaj lastnih ustanov. Ta oblika daje zavarovancem možnost svobodne izbire zdravljenja, vendar pa ni popolna in ima tudi višje premije« (Kostajnshek 2004).

Tendenca razvoja programa Managed Care gre v smeri, da bi se vanj vključevale tudi osebe, ki so starejše od 65 let in so trenutno vključene v program Medicare. (Kostajnshek 2004).

Zdravstveno zavarovanje v ZDA ima mnoge pomanjkljivosti:

- Nesodobno, nelogično ter nepregledno financiranje;
- Program Medicare, ki je stroškovno neučinkovit in nerentabilen;
- Ocenjuje se, da naj bi 41 milijonov državljanov ZDA ne imelo dostopa do zdravstvenih storitev;
- Delavci (predvsem tisti, ki so zaposleni za določeno časovno obdobje) so brez zdravstvenega zavarovanja, saj jim ga delodajalci niso obvezani zagotavljati;
- Izdatki države za zdravstveno varstvo naraščajo progresivno;
- »Sistem zdravstvenega varstva temelji na zasebnih sredstvih, zato je naraščajoče stroške težko kontrolirati in obvladovati« (Kostajnshek 2004).

Premije za zdravstveno zavarovanje naj bi se v prihodnje zviševale. Docteur, Suppanz in Woo (2003) pravijo: »Po napovedih naj bi se izdatki za zdravstveno varstvo v naslednjih desetih letih povečali iz 14 na 17% BDP, ob tej visoki rasti stroškov pa je vedno več ljudi nezavarovanih«. Prioriteta ameriške javnosti je, da zdravstvo postane univerzalno. Ne soglašajo pa s tem, da se zaradi reforme visoki zdravstveni stroški še bolj povečajo.

9 PRIMERJAVA RAZLIČNIH SISTEMOV ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

9.1 Podobnosti in razlike med sistemoma zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in ZDA

ZDA so med gospodarsko najbolj razvitimi državami in ni presenetljivo, da imajo tržni sistem zdravstvenega varstva, saj težijo k čim večjemu dobičku. Načelo solidarnosti in socialni vidik sta ji tuja (Toth in drugi 2003). ZDA nima enotnega nacionalnega zdravstvenega varstva in tako je posameznik prisiljen sam skrbeti za svoje zdravje, čeprav včasih tega ne zmore, kajti tega si enostavno ne more privoščiti (Toth in drugi 2003). Na drugi strani pa imamo Slovenijo, ki je socialna država in je posameznik vedno na prvem mestu in kjer ni prevladoval denar kakor v kapitalistični ZDA. Slovenija je bila vedno zagovornica načela, da bi se v primeru prevlade tržnega sistema v državi, porušilo ravnovesje socialne pravičnosti. »Zdravje za RS ni običajno tržno blago, temveč je javna dobrina« (Zaletel-Kragelj in drugi 2007, 205).

Slovenija namenja zdravstvu predvsem javna sredstva. Ostali vir sredstev pa predstavljajo zasebna zavarovanja, ki jih imenujemo tudi prostovoljna dopolnilna zavarovanja. Pri nas je, ne glede na status posameznika in ne glede na materialno in socialno stanje, vsak vključen v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja. V ZDA so tako zavarovani le nekateri, saj ta pravica pripada ljudem, ki so starejši od 65 let. S sedanjo reformo Slovenija stremi k privatizaciji zdravstva in tržnemu modelu. Po drugi strani se ZDA želijo čim bolj približati evropskemu sistemu zdravstvenega varstva. Trenutno v ZDA prevladujejo zavarovalnice, ki obvladujejo trg zdravstvenega zavarovanja. »Za primerjavo sistema zdravstvenega varstva posameznih držav sta v uporabi največkrat finančna kazalca: delež sredstev za zdravstvo v BDP in poraba sredstev za zdravstveno varstvo na prebivalca« (Kostajnshek 2004).

Če zaključimo lahko ugotovimo velik razkorak med zdravstvenima sistemoma v Sloveniji in ZDA. V Republiki Sloveniji so obvezno zavarovani vsi državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem, medtem ko imajo v ZDA unikatni sistem obveznega zavarovanja samo osebe, ki so starejše od 65 let. V Sloveniji so vse osebe, ki so zaposlene obvezno zdravstveno zavarovane. Na drugi strani pa tržni sistem v ZDA delodajalcem ne narekuje, da bi morali za svoje zaposlene zagotavljati zdravstveno zavarovanje. Tudi iz tega razloga delavci večkrat menjajo službe, saj je možnost zdravstvenega zavarovanja lahko velik bonus. V Sloveniji je obvezno zavarovanje domena ZZZS in dodatno zavarovanje nudi le nekaj

zavarovalnic. V ZDA obstaja veliko podjetij – zdravstvene zavarovalnice, ki prosto delujejo na trgu in se tako tudi obnašajo. Na eni strani je to dobrodošlo, saj lahko privede do boljše kvalitete zdravstvenih uslug, vendar je jasno, da zavarovalnice primarno ustvarjajo dobiček. Bolniki v Sloveniji zdravstvenih storitev ne plačujejo neposredno in zato se velikokrat obnašajo neracionalno, saj so sredstva za zdravljenje ob primernem zavarovanju zagotovljena. »Pričakujejo največjo količino in kakovost zdravstvenih storitev, kar pa ni vedno izvedljivo« (Forštnarič 1996, 11–12). Po drugi strani pa si v ZDA bolniki, tudi če bi hoteli, ne morejo/zmorejo privoščiti kakovostne oskrbe. Finančni propad posameznika lahko povzroči poškodba ali že daljša in hujša bolezen, zaradi katere je posameznik dlje časa hospitaliziran. Število Američanov brez zavarovanja je predvidoma 41 milijonov. »Ameriška vlada se zaveda, do so potrebne korenite spremembe njihovega zdravstvenega sistema, precejšnje spremembe pa se obetajo tudi v Sloveniji« (Kostajnshek 2004).

10 ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV Z ZDRAVSTVENIMI STORITVAMI

»Zadovoljstvo je, kot mnoge psihološke koncepte, lahko razumeti in težko definirati. Povezano je s pacientovimi prejšnjimi izkušnjami v zvezi z zdravstvom in njegovimi pričakovanji, ki jih oblikuje glede na to, kar sliši o določeni zdravstveni organizaciji« (Kovačič 2008). Pričakovanja se tako izoblikujejo na podlagi lastnih izkušenj, v kontaktu s prijatelji ter sorodniki ter s pomočjo medijev, dandanes pa predvsem svetovnega spleta.

Zadovoljstvo pacientov je lahko tudi eden od parametrov kakovosti v določenem zdravstvenem sistemu (predvsem del, ki govori o subjektivni kakovosti). V raziskovanje pacientovega zadovoljstva so vključena različna področja: sociologija, psihologija in presenetljivo tudi trženje. Pacient, ki je zadovoljen namreč bolj dosledno sledi navodilom ter redkeje menja zdravnika, se prej odpravi k zdravniku, in splošno veliko bolj proaktivno in učinkoviteje sodeluje pri procesu zdravljenja (Braunsberger in Gates 2002). Pri zadovoljnih pacientih med procesom zdravljenja obstaja večja verjetnost za pozitivno prognozo.

Pacienti so, preko javnih občil, vedno bolj osveščeni in imajo tudi željo, da aktivneje sodelujejo v postopkih zdravljenja. Zagotavljanje zadovoljstva uporabnikov v preteklosti ni bil primarni cilj med izvajalci zdravstvenih storitev. Pacienti so prihajali na zdravljenje v

vsakem primeru. Dandanes so pacienti podvrženi veliki izbiri zdravstvenih storitev in na možnost izbire posredno ali neposredno vpliva tudi sama oblika zdravstvenega sistema. Pacienti si, glede na mnenje o kakovosti storitev v določeni ustanovi, sami izberejo kraj in način zdravljenja. Iz tega vidika je za poslovanje in ugled zdravstvenih ustanov nujno, da ohranjajo zaupanje bolnikov in svojih uporabnikov.

Zadovoljstvo pacientov je skupek njihovega pozitivnega vrednotenja različnih dimenzij zdravstvenih storitev. »Ugotovljeno je bilo, da se pacienti bolj zanesejo na zdravnika, ki ima primeren način komuniciranja, kot pa na samo točnost in strokovnost informacij, ki jih prejmejo glede svojega zdravljenja« (Kolodinsky 1999). Tako vidimo, da tudi dejavniki, ki niso direktno s področja medicine (tudi primeren odnos in izbor načina komunikacije s pacienti) vplivajo na zadovoljstvo pacientov v zdravstvu. Vpliv na zadovoljstvo ima tako več posameznih področij: dostopnost, zaupnost osebnih podatkov, način komunikacije, itd. Zdravnikovo zaznavanje profesionalne kredibilnosti in komunikacije se razlikuje od pacientovega zaznavanja (Aileni 2003). Zdravstveno osebje tako ocenjuje svoje delo na bolj naravosloven oziroma tehničen način. Pacienti pa zaradi nižje stopnje izobrazbe in znanja na tem področju velikokrat dajo večji poudarek na ostale dejavnike oskrbe.

Spremljanje zadovoljstva oz. stališč pacientov mora imeti pomembno vlogo pri načrtovanju in delovanju zdravstvenega sistema, ki naj bi temeljil na ljudeh. Takšen sistem se odzove na posameznikove potrebe in skupaj z njimi sprejema odločitve, kar vodi k izboljšanju bolnikovega zdravstvenega stanja. Tako informacije – stališča pacientov vplivajo tudi na splošno izboljšanje kakovosti pri zdravljenju in so gonilo prihodnjega razvoja. Vse višji stroški v zdravstvu in stremenje k bolj racionalni porabi sredstev namenjenih za zdravstvo so dodaten razlog, da se višina in način sredstev, porabljenih v te namene, preverja. Preučevanje bolnikovih izkušenj in vrednotenje teh izkušenj je tudi eden izmed načinov, kako vključiti pacienta v proces zdravljenja.

Pri preučevanju stališč pacientov oziroma uporabnikov zdravstvenih storitev predstavljajo omejitve metodološki problemi, ki jih moramo upoštevati preden se lotimo raziskovanja tega vprašanja. Pri merjenju zadovoljstva se moramo zavedati, da je to subjektivna ocena posameznika in tega ne moremo objektivizirati. Tudi tisti deli zdravljenja, ki so izmerljivi, recimo stopnja kakovosti medicinske opreme, niso popolnoma objektivni. Ne ocenjujemo namreč dejanske opreme, ampak opremo ocenimo. Tudi pacient lahko ovrednoti opremo kot

kvalitetno ali slabo, sprejemljivo oziroma nesprejemljivo – to je seveda subjektivno in na to vpliva vsak posamezni in situacije v katerih je.

Pomemben podatek je tudi, da določeni pacienti pogosteje obiskujejo zdravstvene ustanove, medtem ko določeni tja pridejo le občasno. Na oceno lahko zelo vpliva čas in vzrok zadnjega zdravljenja pri zdravniku. Če mine od obiska več časa, se pacient morda težje spominja kakšne so bile okoliščine med njegovo obravnavo. Na mnenje vsekakor vpliva tudi skupek lastnosti pacienta, npr. pismenost, kognitivne sposobnosti, splošna razgledanost, težje jezikovno izražanje ali etnično in kulturno ozadje.

»Večina raziskav, ki so se ukvarjale z zadovoljstvom pacientov, je pokazala, da pacienti največkrat prekomerno izražajo zadovoljstvo« (Lehmann in drugi 1988). Lehman in sodelavci (1988) vidijo vzroke za to v:

- *Zadovoljni pacienti raje sodelujejo v tovrstnih raziskavah. Nezadovoljni pacienti včasih z zavračanjem sodelovanja kažejo svoje nezadovoljstvo in zato več anketiranih pacientov izraža zadovoljstvo.*
- *Nekateri anketiranci se bojijo, da bo izražanje nezadovoljstva vodilo k slabši obravnavi ob njihovem naslednjem obisku v zdravstveni ustanovi.*
- *Vpliv na anketirance lahko ima t.i. Hawthornov učinek, po katerem že sama pozornost s strani izvajalcev raziskave vodi k večjemu zadovoljstvu.*
- *Anketiranci naj bi izražali nezadovoljstvo samo v primeru zelo negativnih dogodkov, v ostalih primerih pa izražajo zadovoljstvo.*
- *Vzroki lahko izvirajo tudi iz metodologije raziskave. V primeru intervjuja lahko prisotnost anketarja povzroči bolj pozitivne odgovore, t.i. družbeno zaželeno odgovore. Drug metodološki vzrok je dolžina raziskave; če je raziskava predolga se lahko anketiranci izogibajo podajanju negativnih mnenj, saj takim odgovorom večkrat sledijo dodatna vprašanja.*
- *Na mnenje anketiranca vpliva vrsta zunanjih dejavnikov. Pacienti tako pogosto niso že na začetku kritični, ampak raje počakajo, da si ustvarijo dokončno mnenje.*
- *Ugled zdravstvene ustanove vpliva na izražanje zadovoljstva.*

10.1 Dejavniki, ki vplivajo na stališče uporabnikov

Zdravstveno stanje pacienta

Braunsberger in Gates sta leta 2002 razvila hipotezo, da naj bi k boljšemu zdravstvenemu stanju prispevalo tudi splošno zadovoljstvo pacienta (Braunsberger in Gates 2002). Bolj zadovoljni pacienti na splošno bolj aktivno in učinkovito sodelujejo v zdravstvenem procesu.

Pacienti, ki imajo slabše zdravstveno stanje so po nekaterih raziskavah bolj nezadovoljni (Cohen 1996). »Zdravstveno stanje pacienta namreč vpliva na obnašanje pacienta in na njegov stil komuniciranja« (Hall, Milburn in Epstein 1993). Težji bolniki, ki so pod stresom tudi zaradi svojega bolezenskega stanja, imajo posledično tudi slabši odnos z zdravstvenim osebjem. »Pacienti, ki imajo resnejše zdravstvene težave, so bolj nagnjeni k negativnemu načinu komuniciranja« (Hall in drugi 1996). Nemalokrat je neprimeren oziroma negativen tudi odziv osebja, kar vodi do manjšega zadovoljstva pacienta.

Spol

Vpliv spola bolnika na zadovoljstvo ali nezadovoljstvo z zdravstvenim sistemom ni popolnoma pojasnjen. Raziskava Choia in sodelavcev (2005) je pokazala, da med spoloma ni bistvene razlike v zadovoljstvu s storitvami v zdravstvu. Nasprotno pa je Cohen (1996) uspel dokazati, da so ženske bolj nezadovoljne. Zdravniki naj bi imeli, po raziskavi iz leta 1996, boljši odnos do pacientov moškega spola (Hall in drugi 1996). Hall (2003) je uspel dokazati pozitivno povezavo med zdravnikovo naklonjenostjo do določenega pacienta in stopnjo zadovoljstva pacienta ter tudi zdravnika.

Starost

»Različna področja zdravstvenih storitev so različno pomembna v določeni starosti. Tako za delovno aktivne velja, da ocenjujejo zdravstvene storitve predvsem z vidika dostopa do zdravstvenih storitev« (Malnar 2002, 194). Starejšim pacientom je bolj pomembno, da jih vsakokrat obravnava isti zdravnik, na drugi strani pa je mlajšim pacientom bolj pomembna tehnična dovršenost storitev v zdravstvu (Choi in drugi 2005). »Starejši pacienti so bolj zadovoljni kot mlajši« (Kinnersley in drugi 1996). Razlog verjetno tiči tudi v tem, da imajo starejši pacienti iz preteklosti določene izkušnje s storitvami v zdravstvu. Takrat je bilo področje medicine tudi manj razvito (težja dostopnost do zdravstvenih ustanov, slabša medicinska oprema, ni bilo primernih zdravil za določena stanja, itd.). S tega vidika imajo

starejši pacienti nižjo stopnjo pričakovanja in njihove želje so zato lažje uresničljive. Mlajši pacienti so tudi na splošno manj tolerantni in bolj nagnjeni k temu, da izrazijo lastno nezadovoljstvo.

Izobrazba

V literaturi zasledimo, da pacienti z nižjo izobrazbo manj izražajo nezadovoljstvo s storitvami v zdravstvu kot pacienti, ki imajo višjo stopnjo izobrazbe. Višja pričakovanja in bolj izoblikovane kriterije imajo bolj izobraženi, zato so ob slabše opravljene storitvi bolj razočarani (Hall in Dornan 1990). »Izobraženi namreč lažje prepoznajo svoje zdravstvene potrebe in si tudi finančno lažje zagotovijo dostop do zdravstvenih storitev kot tisti, ki so neizobraženi. Za manj izobražene je tako bolj verjetno, da se ne zavedajo možnosti, ki jih imajo, oziroma ne poznajo svojega položaja in pravic v zdravstvu« (Malnar 2002, 194). »Najbolj kritični ocenjevalci odnosa zdravstvenih delavcev do ljudi niso med najbolj izobraženimi, ampak tisti s strokovno šolo, medtem ko so najbolj nekritični ocenjevalci tisti z osnovno šolo ali manj« (Malnar 2002, 197).

Nagnjenost k depresiji

Costello in sodelavci (2008) so ugotovili, da so, v primeru nedoseženih pričakovanj, bolj nezadovoljni pacienti, ki imajo depresijo. Newsome in Wright (1999) sta ugotovila, da ima čustveno stanje, v katerem se nahaja pacient, vpliv tudi na stopnjo njegovega zadovoljstva.

Zadovoljstvo pacienta je na splošno v pozitivni zvezi s splošnim zadovoljstvom v življenju (Roberts, Pascoe in Attkisson 1983). Tisti, ki imajo višjo stopnjo zadovoljstva v življenju, boljše ocenijo tudi zdravstvene storitve. Zanje obstaja zato večja verjetnost, da so bolj tolerantni ter imajo manj zahtev tudi glede področja storitev v zdravstvu.

11 ZAUPANJE V ZDRAVSTVENI SISTEM

Almond in Verba (2015) sta že leta 1963 poudarila, da je zaupanje izrednega pomena za nemoteno delovanje demokracije. Zaupanje se je uveljavilo kot eno osrednjih modalitet pri raziskovanju na področju političnih kultur (Inglehart 1997). Stopnja legitimnosti političnega sistema je drugačna v različnih kulturno-zgodovinskih sistemih in to velja upoštevati tudi pri raziskovalnem delu na področju odnosa ljudi do posameznih političnih sistemov. To ima za

posledico tudi različne stopnje zaupanja v posamične sisteme znotraj države. V »starih« demokracijah lahko govorimo o visoki stopnji zaupanja v institucije. V »novih« demokratičnih sistemih pa govorimo o naraščajočem trendu zaupanja. Ko govorimo o analizi zaupanja v institucije lahko izhajamo iz Eastna (1975): »Politično zaupanje je občutje, da so v političnem procesu upoštevani lastni interesi.« Vrednotenje ima praviloma vzroke v moralnih normah in vrednotnih merilih. Pozitivno vrednost pripisujemo osebam ali institucijam, ki jim zaupamo in do osebe ali institucije izražamo pozitivno občutje. Vendar zaupanje posameznim osebam v določenem sistemu samo po sebi ne pomeni tudi zaupanja v institucije. Če posplošimo - kdor občuti splošno zaupanje v demokracijo, ne more čutiti zaupanja tudi do popolnoma vseh demokratičnih institucij. Če merimo zaupanje, to ne pomeni le oris predmeta zaupanja, ampak je potrebno vključiti tudi pričakovanja, vrednostna merila in vrednotene lastnosti. Na zaupanje vplivajo tudi kratkoročne okoliščine in ga lahko znižajo tudi nezadostni rezultati, določene spremembe v institucijah...

12 EMPIRIČNI DEL

12.1 Stališča do zdravja in zdravstvenega varstva – ISSP 2012

Mednarodna družboslovna anketa (ISSP) je kontinuiran program mednarodnega sodelovanja v letnih anketah, ki pokrivajo pomembne teme za družboslovno znanstveno raziskovanje. Združuje že obstoječe družbeno-znanstvene projekte in usklajuje raziskovalne cilje ter tako dodaja posameznim nacionalnim raziskavam mednarodni in medkulturni vidik. Vsaka raziskava vsebuje vprašanja o odnosu posameznika do različnih družbenih tem kot so pravni sistem, spol in gospodarstvo. Poglobljeno obravnavane teme zajemajo okolje, vlogo vlade, družbeno neenakost, socialno podporo, vlogo družine in spola, delovno usmeritev, vpliv religije, vedenja in verovanj na družbene in politične preference, ter nacionalno identiteto. Sodelujoče države so različne od enega do drugega tematskega modula. Prva raziskava je bila izvedena v letih 1985/86 v šestih državah, danes pa ima ISSP 40 držav članic po vsem svetu (ADP 2013).

Raziskave se izvajajo letno, vsebine so različne in se ponavljajo na nekaj let. Anketiranje se izvaja osebno na terenu in z vprašalniki v papirnati obliki. Vprašalnik je standardiziran in večina vprašanj je zaprtega tipa. Leta 2011 je bila opravljena raziskava z naslovom »Slovensko javno mnenje 2011, zdravje in zdravstveno varstvo« (Health, ISSP 2011), ki jo je

izvedel Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij na FDV (Toš 2013).

12.2 Raziskovalno vprašanje in glavne hipoteze

1. Ugotoviti želim kateri so dejavniki, ki na individualni ravni vplivajo na posameznikovo formiranje stališč do zdravstvenega sistema v posamezni državi. Ugotoviti želim ali gre za univerzalne dejavnike tako v Sloveniji kot ZDA, ali pa se dejavniki razlikujejo tudi zaradi specifik sistemov v posameznih državah.
2. Na podlagi podatkov, ki so bili pridobljeni v okviru raziskave Mednarodna splošna družboslovna anketa (International Social Survey Programme – ISSP) iz leta 2011 sem naredil model odvisnih in neodvisnih spremenljivk, ki jih bom primerjal.
3. Model je sestavljen iz dveh posamičnih sklopov, glede na državo (Slovenija ali ZDA), a bodo spremenljivke v obeh delih enake, tako da bo pozneje mogoča tudi primerjava obeh držav.

12.3 Metodologija

12.3.1 Raziskovalne metode in tehnike

Prvi pristop je bil zbiranje informacij, virov ter primerne literature za ureditev baze podatkov. Za sistematski pregled tematike s področja zdravstvenega varstva sem uporabil primarne (dokumenti, poročila, zakoni) in sekundarne vire (monografske publikacije in strokovni članki).

Magistrsko delo ima teoretično osnovo v dostopni tuji in domači literaturi, kot tudi v vseh dostopnih virih, ki bodisi teoretično bodisi praktično obravnavajo izbrano tematiko.

Moje delo temelji na komparativni analizi podatkovnih baz (sekundarnih podatkov).

Podatke, ki sem jih zajel so bili pridobljeni v okviru raziskave Mednarodna splošna družboslovna anketa (International Social Survey Programme – ISSP). Podatki, ki jih bom uporabil so za Slovenijo ter ZDA, ter odražajo zaupanje v institucije zdravstvenega varstva ter izvajalce zdravstvenih storitev v teh dveh državah.

Pri pisanju magistrske naloge, predvsem pri iskanju in pregledovanju podatkov in posameznih študij primerov so mi pomagale večletne izkušnje v zdravstvenem sistemu v katerem delam kot zobozdravnik, tako na primarnem nivoju, kot tudi na terciarnem tj. specialističnem področju.

Z uporabljenimi metodologijami bom v magistrskem delu skušal zavreči ali potrditi postavljene trditve.

12.4 Opis spremenljivk

12.4.1 Odvisne spremenljivke

Odvisne spremenljivke odražajo stališča do zdravstvenega sistema v državi. Spremenljivke obsegajo splošno zadovoljstvo s sistemom, stališče o učinkovitosti sistema ter stališče glede potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva.

1. Splošno zadovoljstvo s sistemom

Z22 (Toš 2013)

- Kako ste nasploh zadovoljni ali nezadovoljni s sistemom zdravstvenega varstva v Sloveniji?
- *In general, how satisfied or dissatisfied are you with the health care system in the United States? Are you...*

Vrednost

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | popolnoma zadovoljen |
| 2 | zelo zadovoljen |
| 3 | dokaj zadovoljen |
| 4 | ni zadovoljen, ni nezadovoljen |

- 5 dokaj nezadovoljen
- 6 zelo nezadovoljen
- 7 popolnoma nezadovoljen
- 97 se ne nanaša
- 98 ne vem
- 99 b.o.

Z23a (Toš 2013)

- Kako ste bili zadovoljni ali nezadovoljni s tem, kako so vas obravnavali ...ko ste nazadnje obiskali zdravnika? (odnos, zdravljenje in sam pregled kot celota)
- *How satisfied or dissatisfied were you with the treatment you received... When you last visited a doctor?*

Vrednost

- 1 popolnoma zadovoljen
- 2 zelo zadovoljen
- 3 dokaj zadovoljen
- 4 niti zadovoljen, niti nezadovoljen
- 5 dokaj nezadovoljen
- 6 zelo nezadovoljen
- 7 popolnoma nezadovoljen
- 97 se ne nanaša
- 98 ne vem

2. Stališče o učinkovitosti sistema

Z6d (Toš 2013)

- V celoti gledano je zdravstveni sistem v Sloveniji neučinkovit.
- *In general, the health care system in the United States is inefficient.*

Vrednost

- 1 močno soglašam
- 2 soglašam
- 3 niti-niti
- 4 ne soglašam
- 5 sploh ne soglašam
- 8 ne vem
- 9 b.o.

Z21a (Toš 2013)

- V primeru, da bi resno zboleli, kakšna je verjetnost, da bi dobili ali ne bi dobili...najboljše razpoložljivo zdravljenje v Sloveniji?
- *How likely is it that if you become seriously ill, you would get or not get... The best treatment available in the United States*

Vrednost

- 1 zagotovo bi dobil
- 2 verjetno bi dobil

- 3 enake možnosti
- 4 verjetno ne bi dobil
- 5 zagotovo ne bi dobil
- 8 ne vem
- 9 b.o.

3. Stališče glede potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva

Z3 (Toš 2013)

- Kaj bi nasploh rekli za zdravstveni sistem v Sloveniji? Ali menite, da...?
- *In general, would you say that the health care system in the United States....*

Vrednost

- 1 ne potrebuje nobenih sprememb
- 2 potrebuje le nekaj sprememb
- 3 potrebuje veliko sprememb
- 4 mora biti v celoti spremenjen
- 8 ne vem
- 9 b.o.

12.4.2 Neodvisne spremenljivke

Neodvisne spremenljivke sem razdelil na več sklopov. Sklop sociodemografskih spremenljivk obsega posameznikovo starost, izobrazbo in socialni položaj (zaposlitev, materialni položaj, tip zdravstvenega zavarovanja). Individualna ocena zdravja je drugi sklop spremenljivk. Zaupanje v izvajalce zdravstvenih storitev ter mnenje o obsegu participacije pri zdravstvenem zavarovanju pa sem opredelil v tretjo skupino – vrednotne spremenljivke.

Tabela 11.1: Pregled spremenljivk

NEODVISNE SPREMENLJIVKE			ODVISNE SPREMENLJIVKE		
sociodemografske spremenljivke	individualna ocena zdravja	zaupanje v izvajalce zdravstvenih storitev in participacija	splošno zadovoljstvo s sistemom	stališče o učinkovitosti sistema	stališče glede potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva
posameznikova starost	Z26	Z2b	Z22	Z6d	Z3
izobrazba		Z5	Z23a	Z21a	
socialni položaj		Z7			
zaposlitev					
samoumestitev na družbeno lestvico					
Z30					
tip zdravstvenega zavarovanja					

Glede na teoretsko predznanje in izkušnje sklepam, da bodo neodvisne spremenljivke različno vplivale na stališče do zdravstvenega sistema. Tako bi lahko individualna ocena zdravja pozitivno vplivala tako neposredno kot tudi posredno preko zaupanja v izvajalce zdravstvenih storitev na stališče do zdravstvenega sistema. Sociodemografske spremenljivke npr. so prav tako neodvisne in vplivajo na stališče do zdravstvenega sistema. Tako lahko izobrazba posredno vpliva na stališče do zdravstvenega sistema tudi preko zaposlitve in materialnega

položaja, kar je glede na teoretsko predznanje pomembno predvsem pri ZDA, kjer ni univerzalnega modela zdravstvenega zavarovanja.

1. Sklop sociodemografskih spremenljivk

- posameznikova starost
- izobrazba
- socialni položaj
 - zaposlitev
 - samoumestitev na družbeno lestvico
 - samoocena zavarovanja
 - tip zdravstvenega zavarovanja

Samoocena zavarovanja

Z30 (Toš 2013)

- Ko pomislite na to, kaj vse krijejo vaše police zdravstvenega zavarovanja, ali bi rekli, da...
- *Thinking about your health insurance coverage would you say you are very well covered, well covered, or not well covered.*

Vrednost

- 1 ste zelo dobro zavarovani
- 2 ste dobro zavarovani
- 3 niste dobro zavarovani
- 6 se ne nanaša
- 8 ne vem
- 9 b.o.

2. Individualna ocena zdravja

Z26 (Toš 2013)

- Kaj bi na splošno rekli, ali je vaše zdravje ...
- *In general, would you say your health is ...*

Vrednost

- | | |
|---|-------------|
| 1 | odlično |
| 2 | zelo dobro |
| 3 | dobro |
| 4 | zadovoljivo |
| 5 | slabo |
| 8 | ne vem |
| 9 | b.o. |

3. Zaupanje v izvajalce zdravstvenih storitev ter mnenje o obsegu participacije pri zdravstvenem zavarovanju

Z2b (Toš 2013)

- Koliko zaupate... zdravstvenemu sistemu v Sloveniji?
- *In general, how much confidence do you have in... The health care system in the United States?*

Vrednost

- | | |
|---|------------------|
| 1 | popolnoma zaupam |
| 2 | precej zaupam |
| 3 | bolj malo zaupam |
| 4 | zelo malo zaupam |
| 5 | sploh ne zaupam |
| 8 | ne vem |
| 9 | b.o. |

Z5 (Toš 2013)

- Ali je pravično, ali ni pravično, da si ljudje z višjimi dohodki lahko privoščijo boljšo zdravstveno oskrbo kot ljudje z nizkimi dohodki?

- *Is it fair or unfair that people with higher incomes can afford better health care than people with lower incomes? Would you say it is...*

Vrednost

- 1 zelo pravično
- 2 deloma pravično
- 3 niti pravično, niti nepravično
- 4 deloma nepravično
- 5 zelo nepravično
- 8 ne vem, ne morem izbrati
- 9 b.o.

Z7 (Toš 2013)

- Koliko bi bili pripravljeni plačevati višje davke za to, da bi izboljšali raven zdravstvene preskrbe za vse ljudi v Sloveniji?
- *How willing would you be to pay higher taxes to improve the level of health care for all people in the United States? Would you be ...*

Vrednost

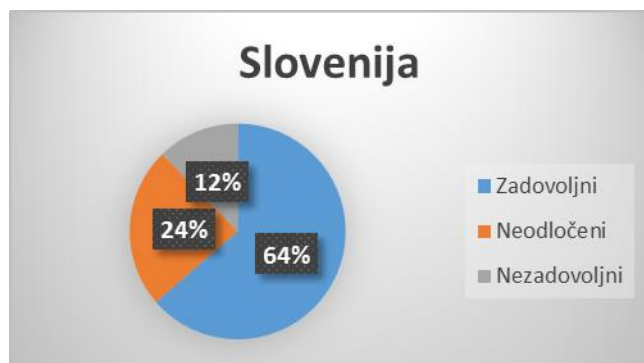
- 1 zelo pripravljen
- 2 kar precej pripravljen
- 3 niti pripravljen, niti nepripravljen
- 4 kar precej nepripravljen
- 5 zelo nepripravljen
- 8 ne vem, neodločen
- 9 b.o.

Primerjal bom spremenljivke za obe državi in ugotovil ali obstajajo določene univerzalne spremenljivke, ki vplivajo na stališče do zdravstvenega sistema ali pa se razlikujejo. Iz razlik bom posredno skušal ugotoviti ali sama oblika zdravstvenega sistema oz. specifične sistemov vplivajo na stališča uporabnikov zdravstvenih storitev v Sloveniji in ZDA.

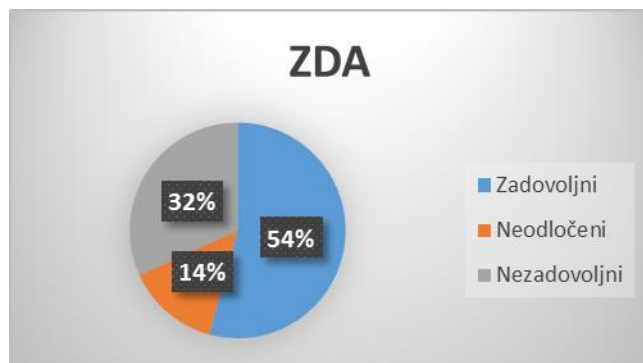
12.5 Primerjava med Slovenijo in ZDA

Z22 Zadovoljstvo z zdravstvenim sistemom

Graf 11.1: Porazdelitev spremenljivke Z22 za Slovenijo



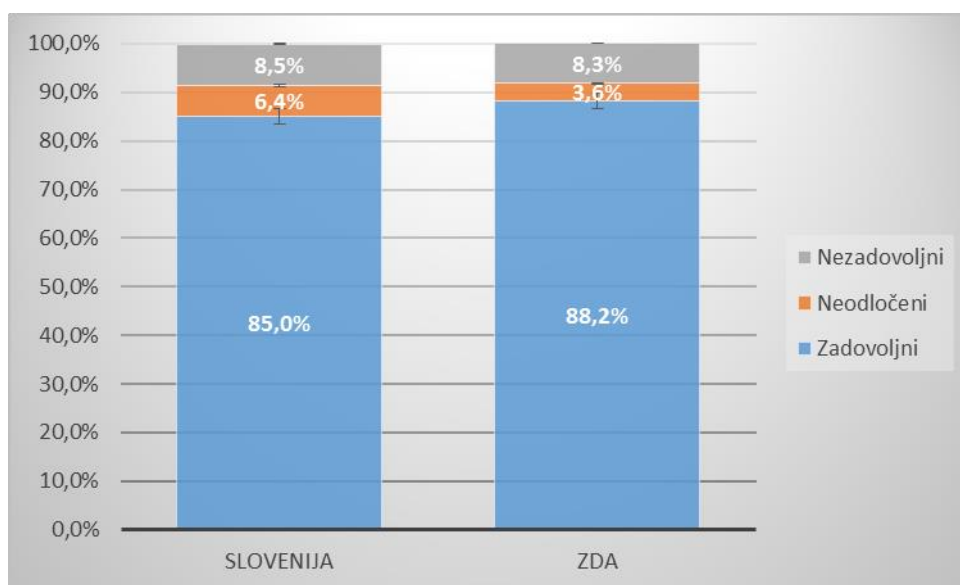
Graf 11.2: Porazdelitev spremenljivke za ZDA



Iz porazdelitev spremenljivke Z22, ki obsega oz. preverja zadovoljstvo z zdravstvenim sistemom vidimo, da je v Sloveniji nekoliko več zadovoljnih (64%), kot v ZDA (54%). Večjo razliko opazimo pri nezadovoljnih, saj jih je v Sloveniji le 12%, v ZDA pa skoraj tretjina vseh vprašanih.

Z23a Zadovoljstvo z obravnavo pri zadnjem obisku zdravnika

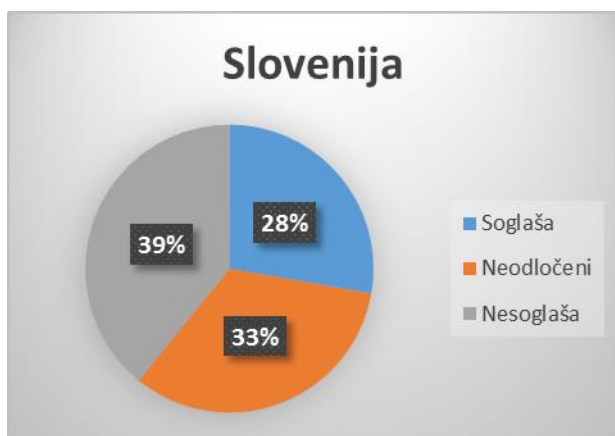
Graf 11.3: Porazdelitev spremenljivke Z23a v Sloveniji in ZDA



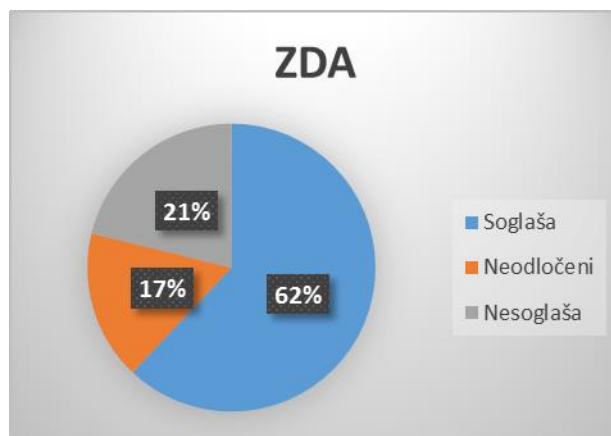
Pri zadnjem obisku zdravnika med Slovenijo in ZDA ni bistvenih razlik, saj je velika večina vprašanih zadovoljnih z obravnavo.

Z6d Zdravstveni sistem je neučinkovit

Graf 11.4: Porazdelitev spremenljivke Z6d za Slovenijo



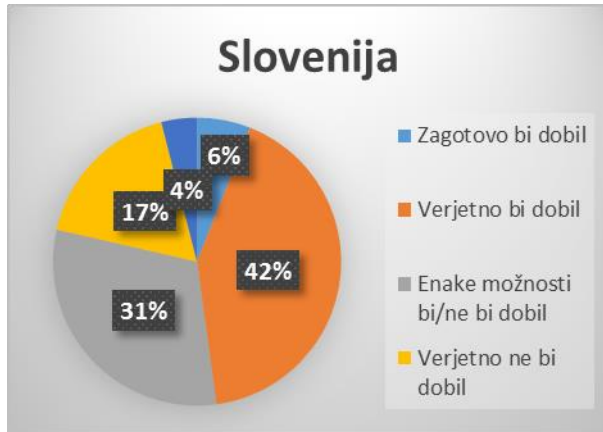
Graf 11.5: Porazdelitev spremenljivke za ZDA



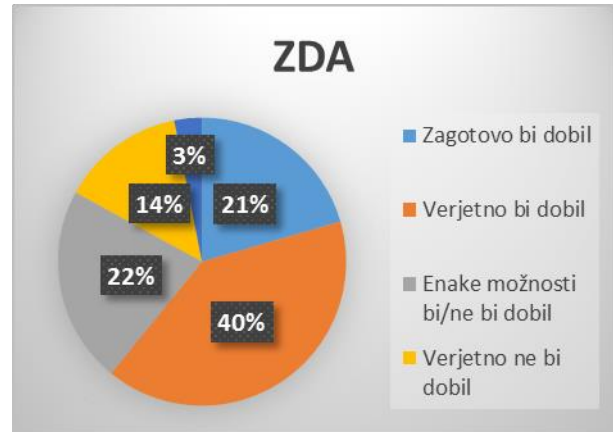
Pri izražanju zadovoljstva ni bilo bistvenih razlik. Večje neskladje se pokaže pri kritiki. Skoraj dve tretjini vprašanih (62%) v ZDA meni, da je zdravstveni sistem v njihovi državi neučinkovit, dočim je takih v Sloveniji manj kot tretjina (28%). Tudi pri tistih, ki ne soglašajo se pokaže razlika in sicer je takih 39% v Sloveniji in 21% v ZDA. Jasnega odgovora na to razliko ne moremo dati, saj je seveda odziv na tako vprašanje kompleksen, odvisen od pozitivnih in negativnih izkušenj v preteklosti, kulturnega ozadja, političnega sistema, sistema vrednot, itd.

Z21a V primeru resne bolezni; najboljše razpoložljivo zdravljenje

Graf 11.6: Porazdelitev spremenljivke Z21a za Slovenijo



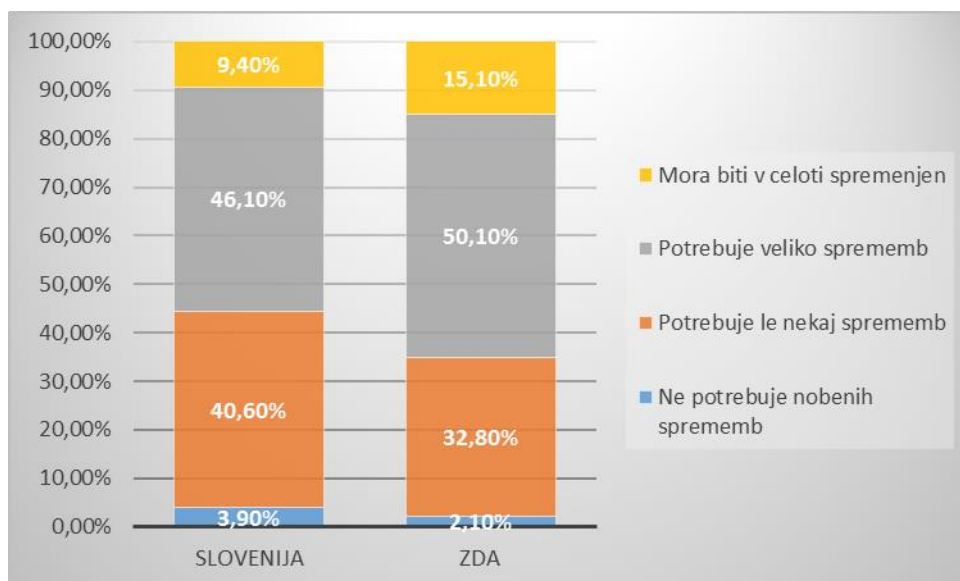
Graf 11.7: Porazdelitev spremenljivke Z21a za ZDA



Vprašanje Z21a je med vsemi odvisnimi spremenljivkami najbolj osebno in kot tako pokaže posameznikov individualen odnos do sistema. Velika razlika je med tistimi, ki izražajo stališče, da bi zagotovo dobili najboljše možno zdravljenje v primeru bolezni. V ZDA je takih ena petina (21%), v Sloveniji pa le 6%. Nerazumljiv je tak izid predvsem, če se navežemo na prejšnjo spremenljivko, kjer je bilo nezadovoljstvo precej večje v ZDA. Tudi tak odziv je zagotovo posledica specifične vrednot v obeh državah. Deleži tistih, ki pravijo, da bi verjetno dobili tako zdravljenje, da imajo enake možnosti da bi/ne bi dobili, verjetno ne bi dobili in zagotovo ne bi dobili so v obeh državah približno enaki (Slovenija 42%, 31%, 17%, 4%; ZDA 40%, 22%, 14%, 3%).

Z3 Potrebnost sprememb v sistemu zdravstvenega varstva

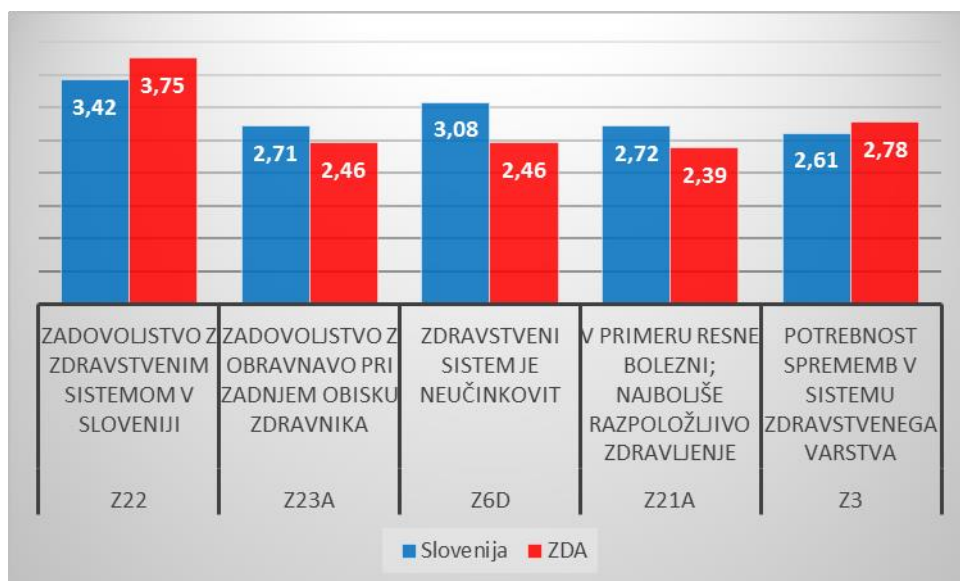
Graf 11.8: Porazdelitev spremenljivke Z3 za Slovenijo in ZDA



V primerjavi stališč vprašanih v obeh državah glede potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva jih v ZDA nekoliko več meni, da sistem potrebuje več sprememb (v celoti spremenjen 15,1%; veliko sprememb 50,1%), kot v Sloveniji (v celoti spremenjen 9,4%; veliko sprememb 46,1%). Tak izid je v sorazmerju z prejšnjimi spremenljivkami, predvsem z večjim odstotkom tistih v ZDA, ki menijo, da je sistem neučinkovit.

Povprečja odvisnih spremenljivk

Graf 11.9: Povprečja odvisnih spremenljivk za Slovenijo in ZDA

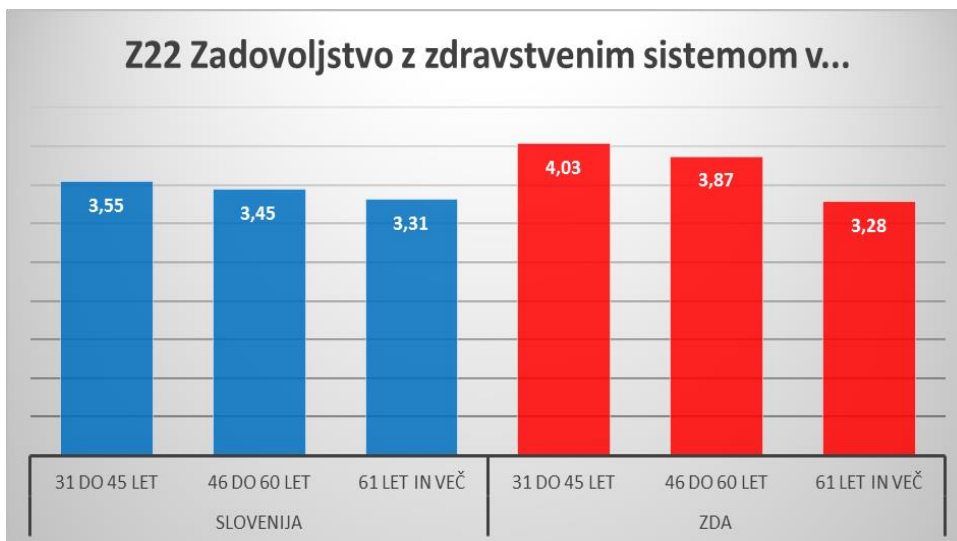


Graf 11.9 primerjano prikazuje povprečja odvisnih spremenljivk v obeh državah. Največja razlika se pokaže pri spremenljivki Z6d – Neučinkovitost zdravstvenega sistema, kjer je povprečje za Slovenijo 3,08 in 2,46 za ZDA.

12.5.1 Starost

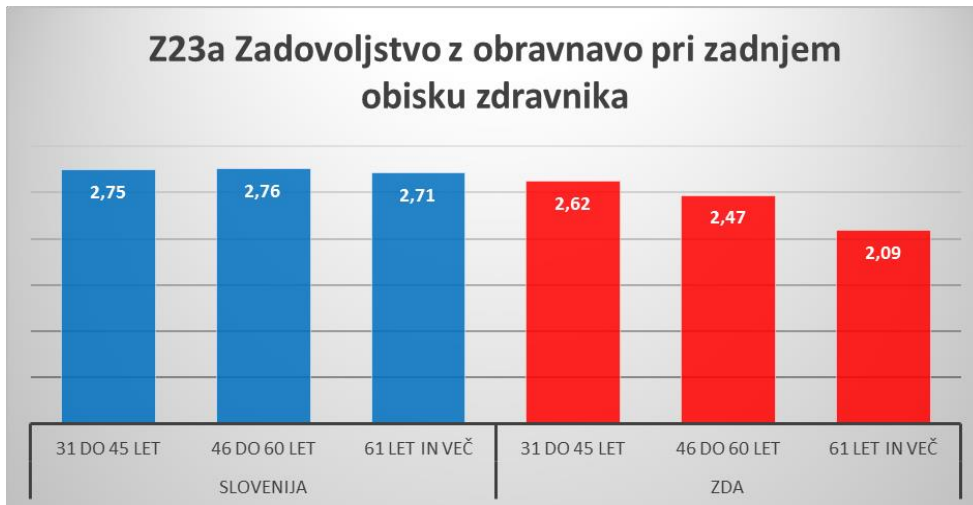
Starost naj bi pomembno vplivala na zadovoljstvo z zdravstvenim sistemom in sicer naj bi bili starejši pacienti bolj zadovoljni kot mlajši.

Graf 11.10: Povprečje zadovoljstva z zdravstvenim sistemom v Sloveniji in ZDA v odvisnosti od starosti



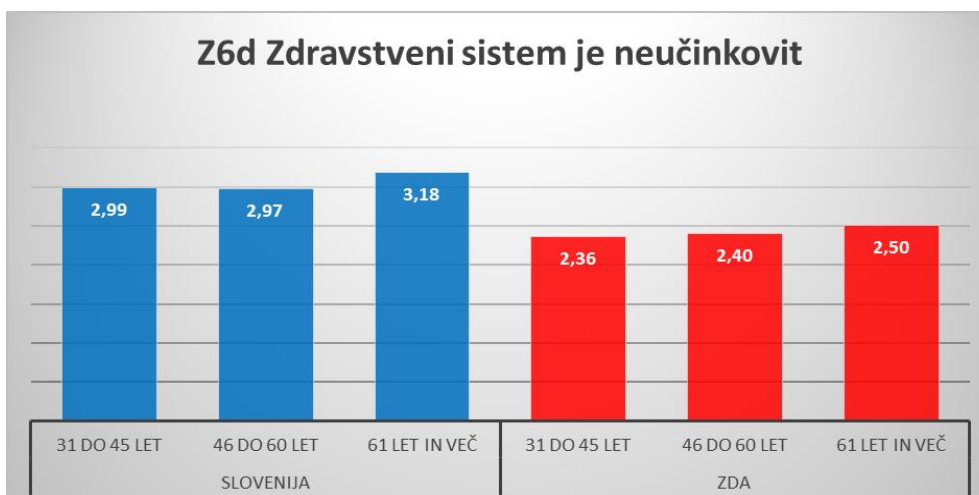
Na našem vzorcu lahko potrdimo tezo iz teoretičnega dela, saj je iz grafa 11.10 razvidno, da so povprečne vrednosti zadovoljstva pri mlajših pri obeh državah višje kot pri starejših. Vrednosti so pri delovno aktivnih, 31 – 60 let, pri ZDA višje.

Graf 11.11: Povprečje zadovoljstva z obravnavo pri zadnjem obisku zdravnika v odvisnosti od starosti



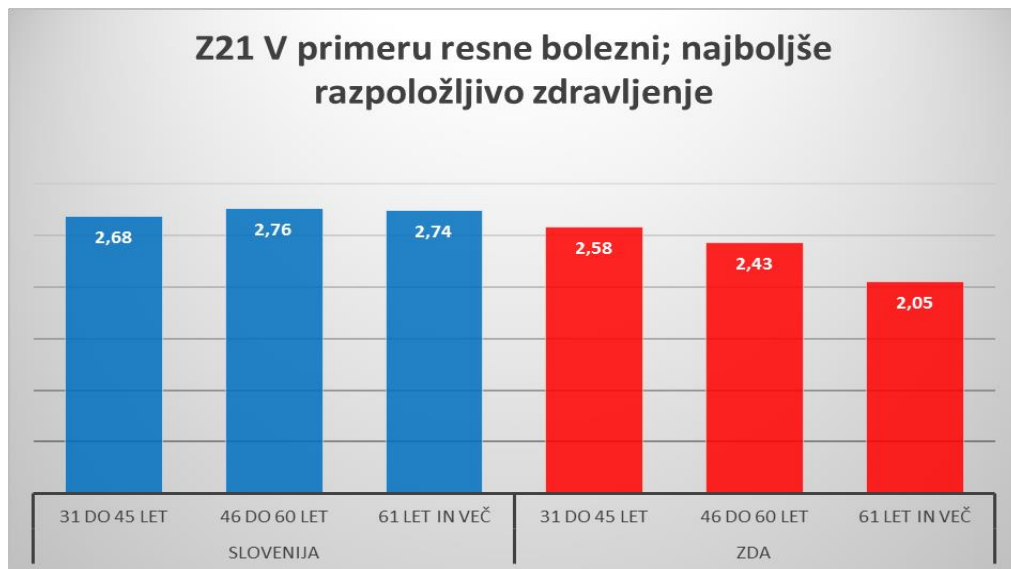
Tudi pri merjenju zadovoljstva z obravnavo pri zadnjem obisku zdravnika je zadovoljstvo v obeh državah višje pri mlajših in bolj izraženo pri ZDA, kar je zopet v neskladju s teorijo, saj naj bi starejši bolj tolerantni in manj nagnjeni k izražanju nezadovoljstva. Je pa tudi res, da starejši pogosteje obiskujejo zdravnika in so lahko tako bolj kritični.

Graf 11.12: Povprečje mnenja, da je zdravstveni sistem neučinkovit v odvisnosti od starosti



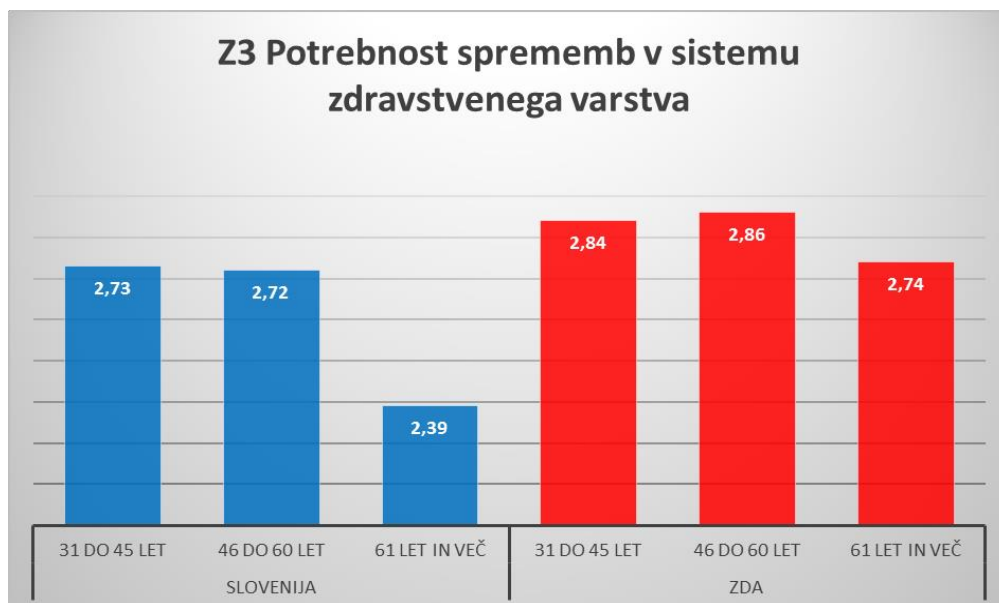
Pri vprašanju neučinkovitosti sistema so skupine v posamezni državi precej izenačene. Povprečne vrednosti v skupinah 31–45, 46–60 in 61 let in več so v Sloveniji (2,99; 2,97; 3,18) višje kot v ZDA (2,36; 2,40; 2,50).

Graf 11.13: Povprečje mnenja, da bi v primeru resne bolezni dobil/a najboljše zdravljenje v odvisnosti od starosti



Tudi pri tej zvezi med starostjo in mnenja, da bi v primeru resne bolezni dobil/a najboljše zdravljenje je pri ZDA nakazano, da je pri starejših manj zaupanja, da bi dobili tako zdravljenje. Pri vzorcu Slovenije ni bistvenih razlik med starostnimi skupinami.

Graf 11.14: Povprečje mnenja o potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva v odvisnosti od starosti

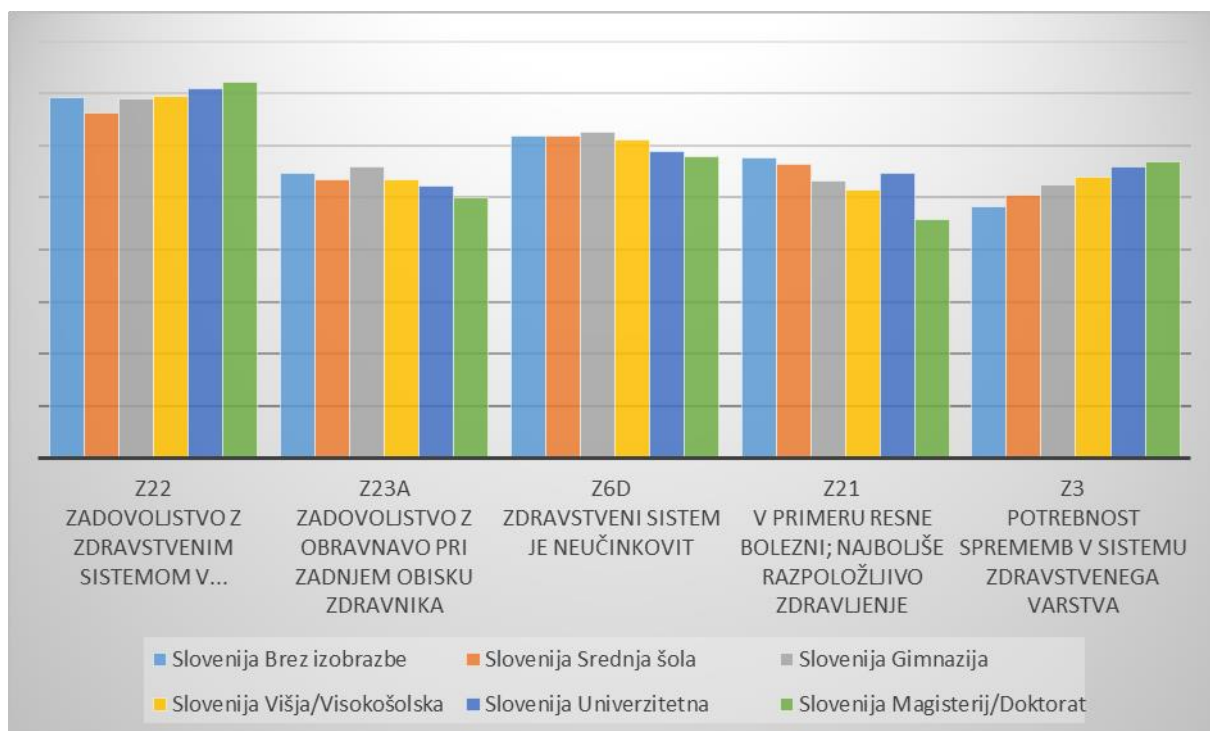


Na vzorcu Slovenije je med delovno aktivnim prebivalstvom (31–60 let) povprečje mnenja o potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva 2,7. Pri starejših (61 let in več) v Sloveniji je povprečje mnenja 2,4 in tukaj se potrди teza iz literature, da je pri starejših manj nezadovoljstva. Tudi pri ZDA je tak trend nakazan, vendar ni tako izrazit, saj je med delovno aktivnim prebivalstvom povprečje 2,8 oziroma 2,9, pri starejših pa 2,74.

12.5.2 Izobrazba

V pregledu literature sem ugotovil, da pacienti z nižjo izobrazbo izražajo večje zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami kot pacienti z višjo izobrazbo. Bolj izobraženi imajo tudi višja pričakovanja in strožje standarde glede zdravstvenih storitev, zato so posledično bolj razočarani.

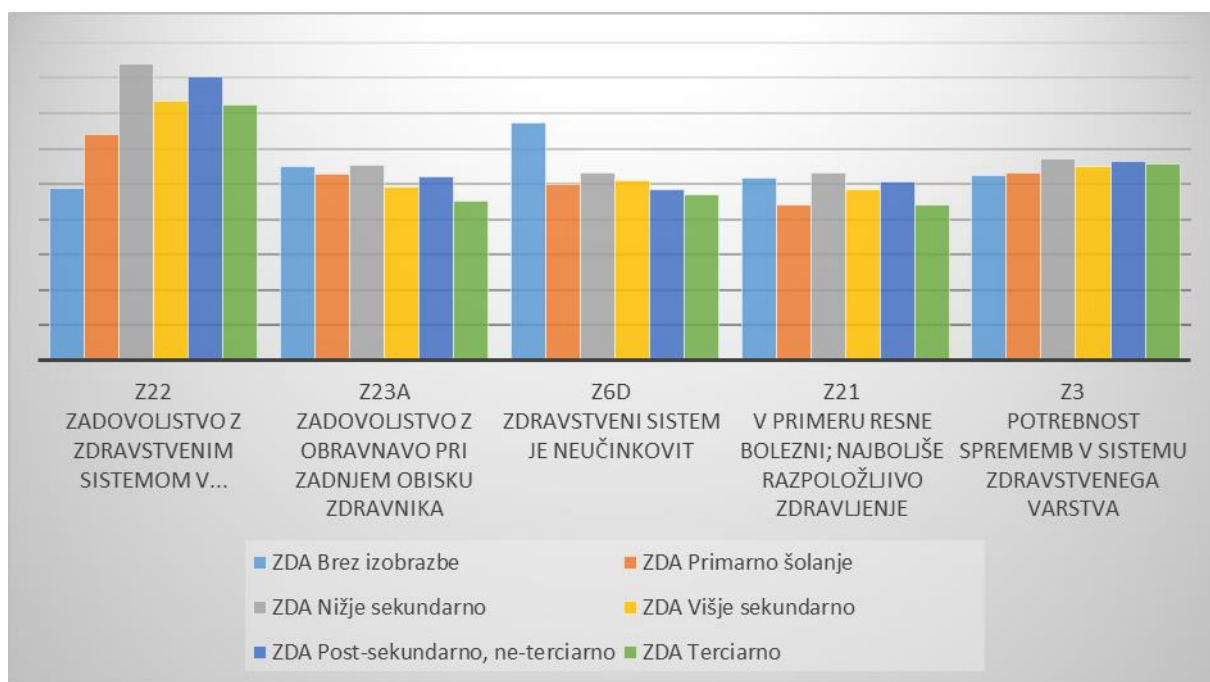
Graf 11.15: Povprečje spremenljivk Z22, Z23a, Z6d, Z21 in Z3 v odvisnosti stopnje izobrazbe za Slovenijo



Iz grafa 11.15 lahko glede na posamično spremenljivko potrdimo ali ovržemo ugotovitve iz literature oziroma teorije. Pri zadovoljstvu z zdravstvenim sistemom v Sloveniji je nakazan trend, da so bolj izobraženi bolj zadovoljni. Pri zadovoljstvu z obravnavo, mnenju da je

zdravstveni sistem neučinkovit in mnenju, da bi v primeru resne bolezni dobili ustrezno zdravljenje je trend tak, da je povprečje nižje pri bolj izobraženih v Sloveniji. Najbolj izrazit je pa graf pri spremenljivki Z3. Tudi iz literature lahko razberemo, da bolj izobraženi izražajo večjo potrebo po spremembah v sistemu zdravstvenega varstva.

Graf 11.16: Povprečje spremenljivk Z22, Z23a, Z6d, Z21 in Z3 v odvisnosti stopnje izobrazbe za ZDA



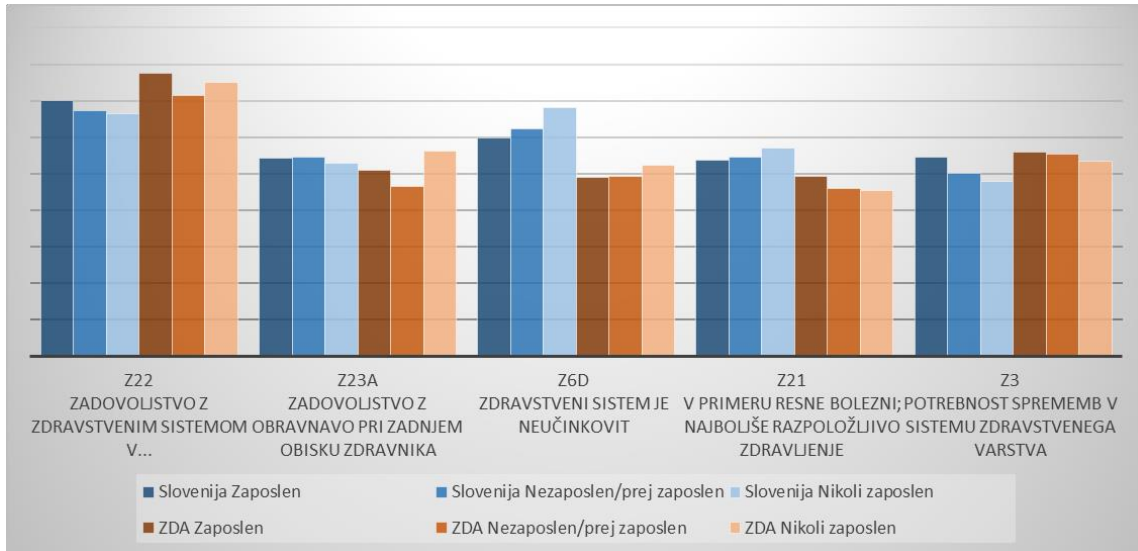
Pri ZDA ni linearnih trendov, v smeri bolj ali manj izobraženih. Zanimivo je izrazito višje povprečje pri mnenju, da je zdravstveni sistem neučinkovit pri najmanj izobraženih v ZDA, kar je v skladu s teoretičnimi osnovami opisanimi v prejšnjih poglavjih.

12.5.3 Socialni položaj

Socialni položaj lahko merimo z objektivnimi ali subjektivnimi parametri. V svoji nalogi sem uporabil zaposlitev in tip zavarovanja kot objektivna parametra in samoumestitev na družbeno lestvico ter samooceno zavarovanja kot subjektivna parametra.

Zaposlitev

Graf 11.17: Povprečje spremenljivk Z22, Z23a, Z6d, Z21 in Z3 v odvisnosti zaposlitvenega statusa za Slovenijo in ZDA

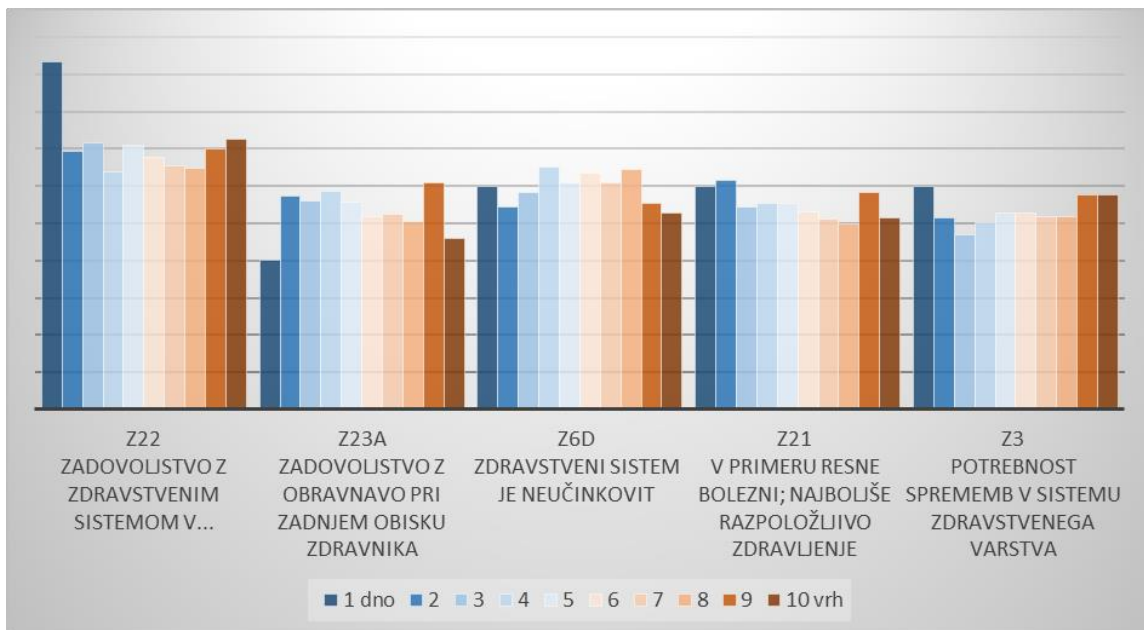


Pri spremenljivki Z22, ki nakazuje zadovoljstvo z zdravstvenim sistemom vidimo, da so pri obeh državah zaposleni bolj zadovoljni kot nezaposleni, kar lahko odraža splošno zadovoljstvo z družbenim sistemom. Pri spremenljivki Z6d, ki kaže na strinjanje s trditvijo, da je zdravstven sistem neučinkovit je nakazan trend tako v Sloveniji, kot v ZDA, da se zaposleni manj strinjajo s to trditvijo kot nezaposleni. Glede na teoretično predznanje preseneča le del grafa, ki kaže povprečje potrebnosti sprememb zdravstvenega varstva. Tukaj je pri Sloveniji in ZDA skoraj identičen graf. Kaže, da zaposleni bolj menijo, da so potrebne spremembe v sistemu zdravstvenega varstva. To bi lahko razumeli tako, da imajo nezaposleni v večini primerov dostop do zdravstvenih inštitucij ne glede na trajanje in vzrok nezaposlenosti, kar jim seveda ustreza in se zato ne opredeljujejo za spremembe.

Samoumestitev na družbeno lestvico

Samoumestitev na družbeno lestvico največkrat realno pokaže dejansko sliko socialne strukture družbe posamezne države. Posameznik na 10–stopenjski družbeni lestvici (1 je najnižje, 10 je najvišji sloj) umesti sebe glede na samozaznavo.

Graf 11.18: Povprečje spremenljivk Z22, Z23a, Z6d, Z21 in Z3 v odvisnosti samoumestitve na družbeno lestvico za Slovenijo

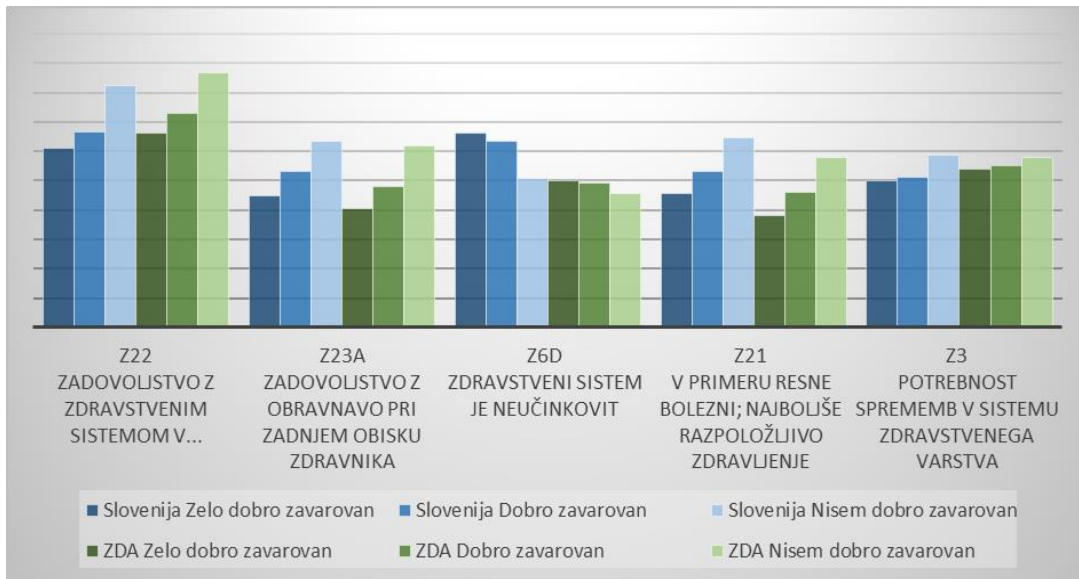


Rezultati pri spremenljivkah Z22 in Z3 so kontradiktorni, saj so posamezniki z družbenih robov (tako revni kot bogati) najbolj zadovoljni s sistemom zdravstvenega varstva, po drugi strani pa izražajo te skupine tudi največjo potrebo po spremembi v sistemu zdravstvenega varstva. Pri mnenju o neučinkovitosti sistema – Z6d imajo najvišje povprečje srednji sloji, najmanj pa se s to trditvijo strinjajo višji in najvišji sloji.

Samoocena zavarovanja

Pri vprašanju Z30: »Ko pomislite na to, kaj vse krijejo vaše police zdravstvenega zavarovanja, ali bi rekli, da...« so raziskovalci skušali izmeriti samooceno kritosti zavarovanja.

Graf 11.19: Povprečje spremenljivk Z22, Z23a, Z6d, Z21 in Z3 v odvisnosti samoocene zavarovanja za Slovenijo in ZDA



Tisti, ki menijo, da so dobro in zelo dobro zavarovani, izražajo v obeh državah v povprečju nižje zadovoljstvo. Podobno je pri zadovoljstvu z obravnavo pri zadnjem obisku zdravnika in možnosti za najboljše razpoložljivo zdravljenje v primeru resne bolezni. Nižje vrednosti zaznamo tudi pri dobro in zelo dobro zavarovanih pri vprašanju potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva. Tisti, ki menijo, da je zdravstveni sistem neučinkovit v povprečju menijo, da so zelo dobro ali dobro zavarovani.

Tip zavarovanja

Tipe zavarovanj v Sloveniji in ZDA je zaradi popolnoma drugačne zdravstvene politike in ureditve nemogoče primerjati. Vendar ta spremenljivka med vsemi najbolj izraža razlike med samima sistemoma in jo je zato vredno primerjati ter interpretirati.

Tabela 11.2: Povprečje spremenljivk Z22, Z23a, Z6d in Z3 v odvisnosti tipa zavarovanja v Sloveniji in ZDA

<i>Država</i>	<i>Tip zdravstvenega zavarovanja</i>	<i>Z22 Zadovoljstvo z zdravstvenim sistemom</i>	<i>Z23a Zadovoljstvo z obravnavo pri zadnjem obisku zdravnika</i>	<i>Z6d Zdravstveni sistem je neučinkovit</i>	<i>Z3 Potrebnost sprememb v sistemu zdravstvene ga varstva</i>
Slovenija	nimam zdravstvenega zavarovanja	3,00	3,75	2,33	2,50
	samo obvezno zdravstveno zavarovanje	3,43	2,70	3,08	2,60
	obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje	3,50	2,75	3,13	2,63
ZDA	nimam zdravstvenega zavarovanja	4,43	3,00	2,50	2,91
	Javno/državno zavarovanje	3,57	2,40	2,58	2,73
	Zasebno zavarovanje	3,58	2,32	2,50	2,75
	Zavarovanje preko delodajalca/sindik	3,73	2,39	2,38	2,76

	ata				
	Javno/državno in zasebno zavarovanje	3,37	2,13	2,43	2,86
	Javno/državno in zavarovanje preko delodajalca/sindikata	3,36	2,42	2,46	2,61
	Zavarovanje preko delodajalca/sindikata in zasebno zavarovanje	3,91	2,51	2,12	2,86
	Zavarovanje preko delodajalca/sindikata, zasebno zavarovanje in javno/državno	3,62	2,57	2,65	2,68
	Veteransko zavarovanje	3,68	2,39	2,64	2,57

V Sloveniji so z zdravstvenim sistemom najbolj zadovoljni tisti, ki nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja. Zanimiva je primerjava zadovoljstva ob zadnjem obisku zdravnika, kjer so tisti s prostovoljnim in/ali obveznim zdravstvenim zavarovanjem manj zadovoljni od tistih, ki zavarovanja sploh nimajo. Jasno iz tega sledi, da tisti, ki nimajo zdravstvenega zavarovanja najmanjkrat menijo, da je zdravstveni sistem učinkovit. Povprečna vrednost pri mnenju o potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva pa je podobna tako pri tistih, ki nimajo zavarovanja ali pa imajo samo obvezno zdravstveno zavarovanje in/ali tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

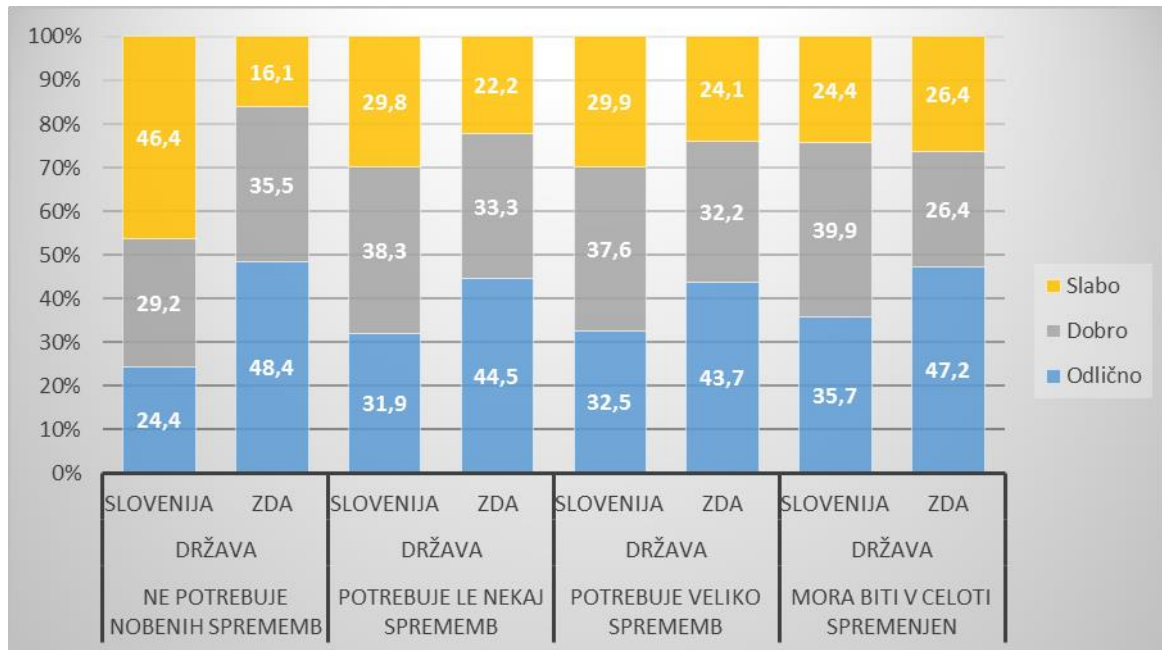
V ZDA so z zdravstvenim sistemom najbolj zadovoljni tisti, ki sploh nimajo zdravstvenega zavarovanja. Ta skupina je, podobno kot v Sloveniji, bila najbolj zadovoljna ob zadnjem obisku zdravnika. Mnenje, da je zdravstveni sistem neučinkovit je najnižje v skupini, ki ima najširši nabor zavarovanja (preko delodajalca/sindikata in zasebno zdravstveno zavarovanje) in zanj tudi največ prispeva. Je pa ta skupina vprašanih, skupaj s tistimi, ki nimajo urejenega zavarovanja, pri vrhu tistih, ki menijo, da obstaja potreba po spremembah v sistemu zdravstvenega varstva. To je razumljivo, saj so na eni strani v tej skupini tisti, ki sami največ prispevajo za zavarovanje, na drugi strani pa tisti, ki si zaradi socioekonomskih razmer zavarovanja najbrž ne morejo privoščiti in si želijo drugačnega modela zdravstvenega sistema/zavarovanja.

12.5.4 Individualna ocena zdravja

Po nekaterih raziskavah naj bi zadovoljstvo pacienta vodilo k njegovemu boljšemu zdravstvenemu stanju (Braunsberger in Gates 2002). Zadovoljni pacienti na splošno bolj aktivno in učinkovito sodelujejo v zdravstvenem procesu.

Pacienti s slabšim zdravstvenim stanjem so po nekaterih raziskavah manj zadovoljni (Cohen 1996). Zdravstveno stanje pacienta namreč vpliva na obnašanje pacienta in na njegov stil komuniciranja (Hall, Milburn in Epstein 1993). Težji bolniki so zaradi svoje bolezni pod stresom, kar ima lahko vpliv na odnos pacienta z zdravstvenim osebjem.

Graf 11.20: Porazdelitev spremenljivke Z26 o individualni oceni zdravja v odvisnosti od mnenja o potrebnosti sprememb v zdravstvenem sistemu v Sloveniji in ZDA

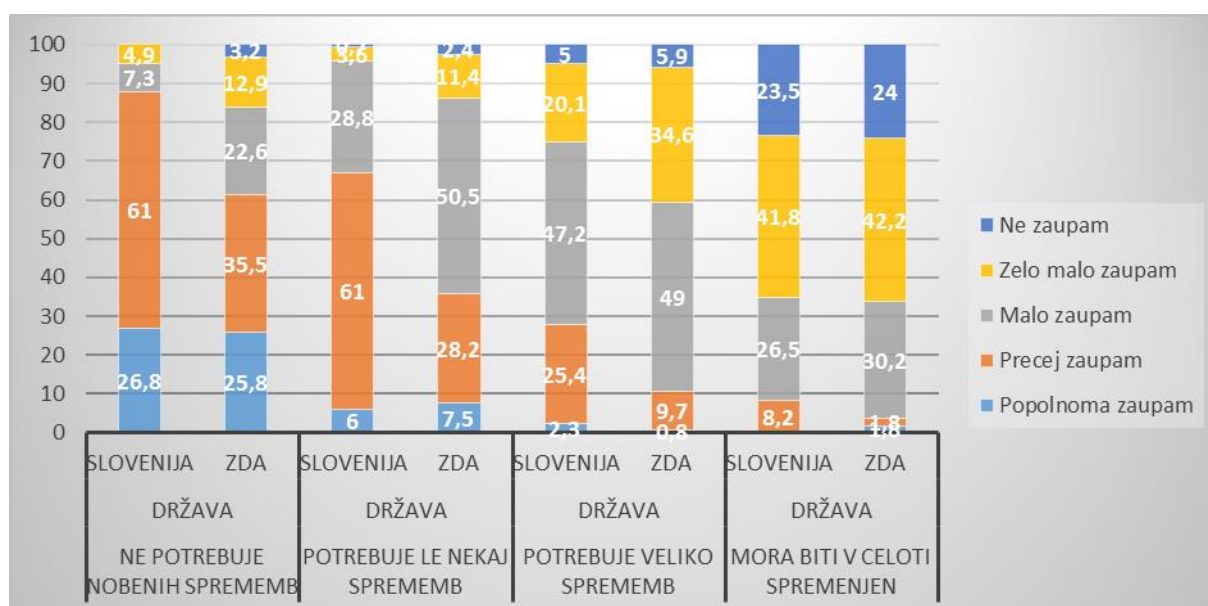


Iz grafa 11.20 je moč razbrati razlike in tudi podobnosti v stališčih med Slovenijo in ZDA o potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva v odvisnosti od zdravstvenega stanja vprašanih. Največja razlika je pri vprašanih, ki menijo, da sistem zdravstvenega varstva ne potrebuje sprememb. Tako v Sloveniji 46,4% tistih, ki menijo da sistem ne potrebuje nobenih sprememb ocenjuje svoje zdravstveno stanje kot slabo. V ZDA je takih le 16,1%. Nasprotno pa je v ZDA 48,4% takih, ki menijo da je njihovo zdravje odlično in menijo, da sistem ne potrebuje nobenih sprememb. Porazdelitev med tistimi, ki menijo, da sistem zdravstvenega varstva potrebuje le nekaj ali veliko sprememb je podobno. Med tistimi, ki menijo, da mora biti sistem v celoti spremenjen je v obeh državah večina tistih, ki ocenjujejo svoje zdravje kot odlično ali dobro (Slovenija: 35,7% in 39,9%; ZDA 47,2% in 26,4%). Le manjši delež tistih, ki ocenjujejo svoje zdravje kot slabo tudi meni, da je potrebno sistem popolnoma spremeniti (Slovenija 24,4%; ZDA 26,4%). Verjetno je potrebno dodati k vzrokom, ki sem jih našel v literaturi tudi tega, da se tisti, ki so bolj bolni manj ukvarjajo s spremembami v zdravstvenem sistemu in so mu, če so hudo bolni, tudi primorani zaupati.

12.5.5 Zaupanje v izvajalce zdravstvenih storitev ter mnenje o obsegu participacije pri zdravstvenem zavarovanju

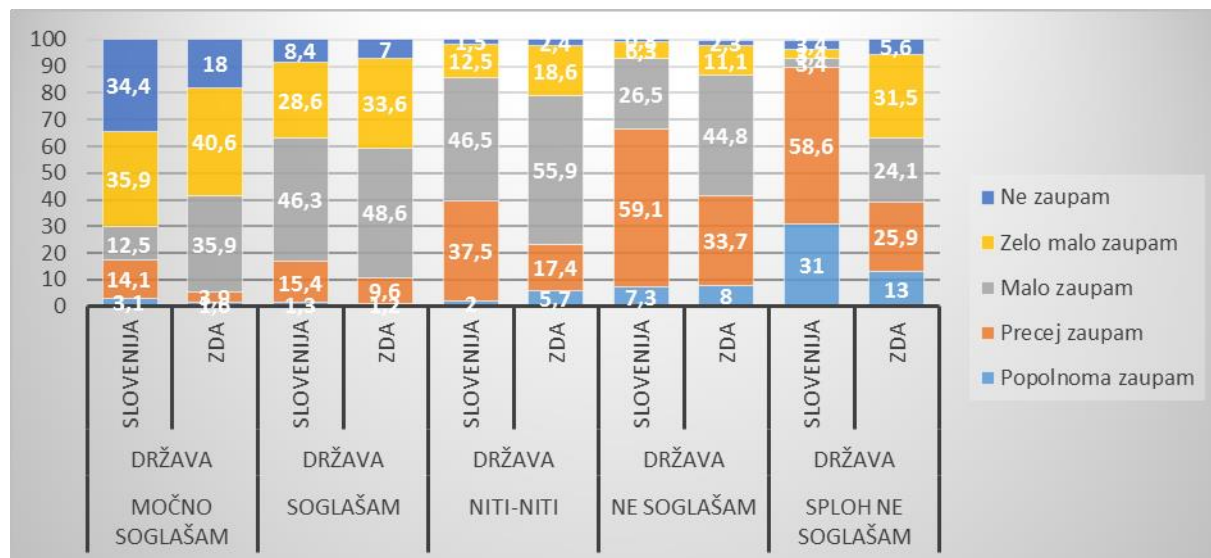
Zaupanje v zdravstveni sistem

Graf 11.21: Porazdelitev spremenljivke Z2b o zaupanju v zdravstveni sistem v odvisnosti od mnenja o potrebnosti sprememb sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji in ZDA



Na grafu 11.21 lahko opazimo predvsem večje razlike med državama pri tistih, ki menijo, da sistem ne potrebuje ali pa potrebuje le nekaj sprememb. V Sloveniji kar 87,8% tistih, ki precej ali popolnoma zaupajo sistemu meni, da le-ta ne potrebuje nobenih sprememb. V ZDA je takih le 71,7%. Še večja razlika je pri tistih, ki menijo, da sistem potrebuje le nekaj sprememb (Slovenija 67%, ZDA 35,7%). Skoraj identični pa so podatki za skupino vprašanih, ki menijo, da mora biti sistem v celoti spremenjen in mu ne zaupajo ali zelo malo zaupajo. V Sloveniji je takih 65,3% in v ZDA 66,2%. Rezultat je glede na podatke iz literature pričakovan, saj zaupanje sorazmerno vpliva na mnenje o potrebnosti sprememb.

Graf 11.22: Porazdelitev spremenljivke Z2b o zaupanju v zdravstveni sistem v odvisnosti od mnenja o učinkovitosti sistema v Sloveniji in ZDA

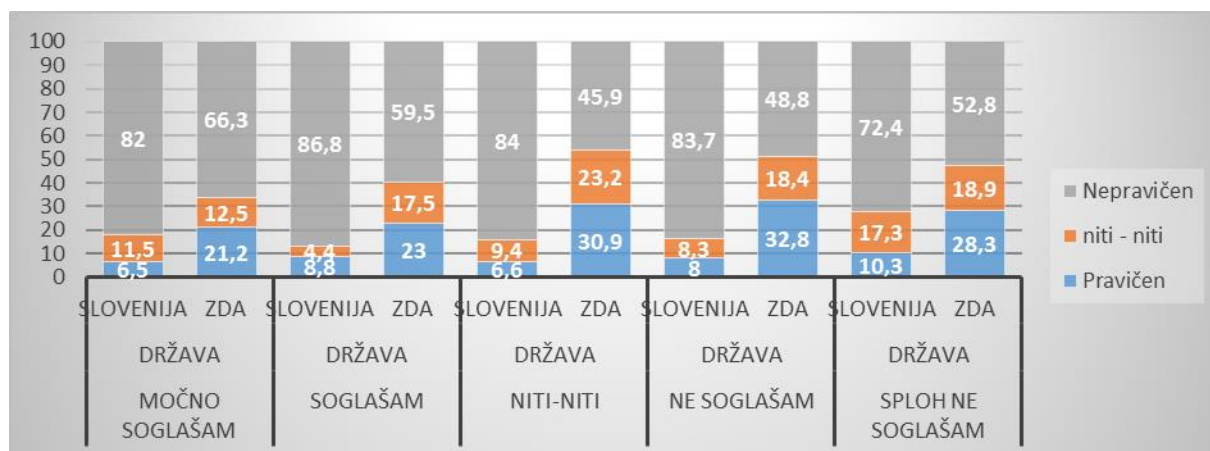


Razumljivo je, da je med tistimi, ki močno soglašajo, da je sistem v Sloveniji ali ZDA neučinkovit, večina tistih, ki mu zelo malo ali ne zaupajo (Slovenija 70,3%, ZDA 58,6%). Že pri tem podatku je vidno, da določene razlike med državama obstajajo in najverjetneje je to posledica splošnih kulturnih razlik med državljani obeh držav. Med tistimi, ki sploh ne soglašajo s tem, da je sistem neučinkovit je v Sloveniji kar 89,6% takih, ki sistemu popolnoma ali precej zaupajo, v ZDA pa le 38,9%.

Pravičnost zdravstvenega sistema

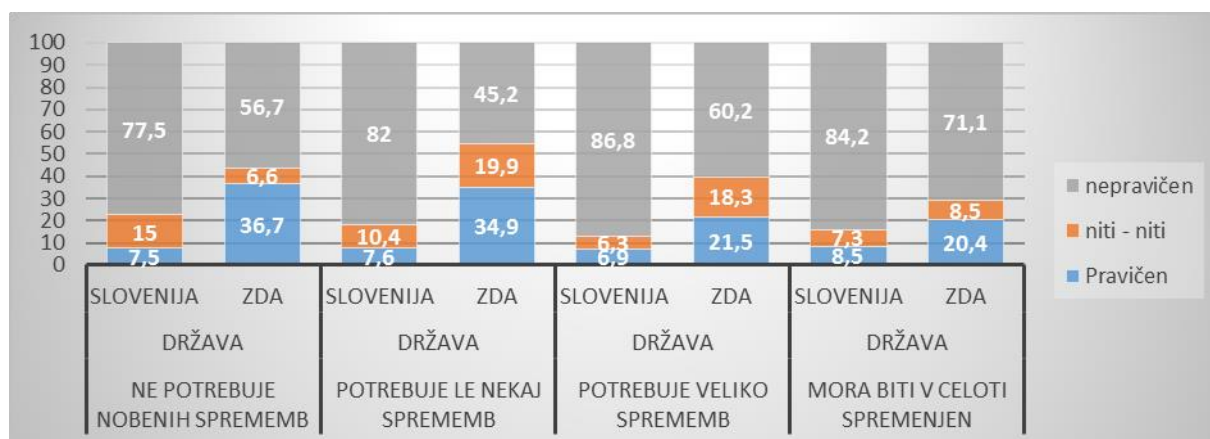
Mnenje o pravičnosti zdravstvenega sistema oziroma o pravičnosti, da si lahko ljudje z višjimi dohodki privoščijo boljšo zdravstveno oskrbo kot ljudje z nizkimi dohodki seveda vpliva tako na mnenje o učinkovitosti sistema (bolj učinkovit je sistem, kjer si vsi lahko privoščijo enako oskrbo), kot tudi na mnenje o potrebnosti sprememb (sistem, kjer si lahko samo tisti z višjimi dohodki privoščijo oskrbo potrebuje spremembe).

Graf 11.23: Porazdelitev spremenljivke Z5 o pravičnosti zdravstvenega sistema v odvisnosti od mnenja o učinkovitosti sistema v Sloveniji in ZDA



Med tistimi, ki menijo, da je sistem neučinkovit je v Sloveniji 82% takih, ki menijo, da je sistem, kjer si lahko tisti z višjimi dohodki privoščijo boljše zdravstveno oskrbo nepravičen. V ZDA je takih 66,3%. Glede na specifičnost sistema v ZDA bi seveda pričakovali višji odstotek kot v Sloveniji.

Graf 11.24: Porazdelitev spremenljivke Z5 o pravičnosti zdravstvenega sistema v odvisnosti od mnenja o mnenja o potrebnosti sprememb sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji in ZDA



Tudi med tistimi, ki menijo, da mora biti sistem v državi v celoti spremenjen je v Sloveniji več takih, ki menijo, da je sistem, kjer si lahko ljudje z višjimi dohodki privoščijo boljše oskrbo nepravičen (84,2%) kot v ZDA (71,1%).

12.5.6 Davki

Davki so v večini držav glavni vir polnjenja zdravstvene blagajne. Od razpoložljivosti sredstev je odvisno tudi delovanje sistema in to končno vpliva na stališča uporabnikov o sistemu zdravstvenega varstva. Med državama nedvomno obstaja razlika med samima sistemoma, vendar je tudi odnos do davkov v državah verjetno različen. Tako bi pričakovali, da bi državljani ZDA bili pripravljene plačevati višje davke, da bi bil sistem bolj uporabnikom prijazen, v Sloveniji je odnos do davkov izrazito negativen in pričakujemo tudi nizek odstotek tistih, ki bi bili pripravljene plačevati višje davke.

Tabela 11.3: Porazdelitev spremenljivke Z7 o pripravljenosti plačevati višje davke v odvisnosti od zadovoljstva s sistemom zdravstvenega varstva v Sloveniji in ZDA

<i>Z7 Pripravljenost plačevati višje davke</i>					
Z22 - Zadovoljstvo z zdravstvenim sistemom			Pripravljen	niti - niti	Nepripravljen
Popolnoma zadovoljen	Država	Slovenija	26,7%	26,7%	46,6%
		ZDA	48,0%	6,2%	45,8%
Zelo zadovoljen	Država	Slovenija	30,2%	32,6%	37,2%
		ZDA	40,3%	15,9%	43,8%
Dokaj zadovoljen	Država	Slovenija	18,9%	34,8%	46,3%
		ZDA	42,9%	18,4%	38,7%
Niti – niti	Država	Slovenija	19,7%	30,7%	49,6%
		ZDA	39,6%	28,9%	31,5%
Dokaj nezadovoljen	Država	Slovenija	22,1%	25,9%	52,0%
		ZDA	55,2%	13,2%	31,6%
Zelo nezadovoljen	Država	Slovenija	21,4%	14,3%	64,3%
		ZDA	56,3%	11,1%	32,6%

Popolnoma nezadovoljen	Država	Slovenija	11,1%	11,1%	77,8%
		ZDA	52,6%	10,5%	36,9%

Iz tabele 11.3 lahko razberemo pričakovane rezultate, saj je med tistimi v Sloveniji, ki so popolnoma zadovoljni kar 46,6% vprašanih nepripravljenih plačevati višje davke. V ZDA je razmerje med tistimi, ki so popolnoma zadovoljni in so pripravljeni ali nepripravljeni plačevati višje davke 48% : 45,8%. Vendar je v Sloveniji tudi med tistimi, ki so popolnoma nezadovoljni s sistemom kar 77,8% takih, ki so nepripravljeni plačevati višje davke, v ZDA pa bi jih bilo med popolnoma nezadovoljnimi več kot polovica pripravljenih plačevati višje davke (52,6%).

Tabela 11.4: Porazdelitev spremenljivke Z7 o pripravljenosti plačevati višje davke v odvisnosti od mnenja o potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji in ZDA

<i>Z7 Pripravljenost plačevati višje davke</i>					
Z3 - Potrebnost sprememb v sistemu zdravstvenega varstva			Pripravljen	ni - ni	Nepripravljen
Ne potrebuje nobenih sprememb	Država	Slovenija	20,5	23,1	56,4
		ZDA	40,7	3,8	55,5
Potrebuje le nekaj sprememb	Država	Slovenija	20,1	33,9	46
		ZDA	37,7	19,5	42,8
Potrebuje veliko sprememb	Država	Slovenija	22,5	32,9	44,6
		ZDA	50,8	17,2	32
Mora biti v celoti spremenjen	Država	Slovenija	17,5	25,8	56,7
		ZDA	53,9	9	37,1

Med tistimi, ki menijo, da mora biti sistem zdravstvenega varstva v celoti spremenjen je v ZDA kar 53,9% takih, ki bi bili pripravljene plačevati višje davke. V Sloveniji je takih le 17,5%. Zato pa v Sloveniji opazimo izrazito nepripravljenost plačevati višje davke tudi med tistimi, ki menijo, da bi moral biti sistem v celoti spremenjen (56,7%). Izstopa tudi relativno visok odstotek vprašanih v ZDA, ki menijo, da sistem ne potrebuje nobenih sprememb bi pa vseeno bili pripravljene plačevati višje davke (40,7%).

13 SKLEPI

V svetu so se razvili različni sistemi zdravstvenega zavarovanja zaradi različnih tradicij, kultur, vrednot ter gospodarskih in političnih usmerjenosti posameznih držav. Zdravstveno varstvo je eden od osnovnih pogojev za povečevanje produktivnosti dela, saj vpliva na življenjsko raven delavcev in družbe. Država je zaradi tega dolžna skrbeti za zdravstveno varstvo prebivalstva. Naraščajoči stroški v zdravstvu so posledica staranja prebivalstva, razvoja medicinske znanosti in opreme, vedno večje osveščenosti in vedno večjih zahtev uporabnikov. Vendar pa večji stroški ne prinašajo vedno tudi večje učinkovitosti sistema in boljšega zdravstvenega stanja prebivalstva (Kostajnshek 2004).

Leta 1992 smo v Sloveniji vpeljali sistem socialne varnosti, je osnovan na podlagi obveznega zdravstvenega zavarovanja ter na konceptih partnerstva. Leta 1993 se je kot dopolnilo obveznemu zdravstvenemu zavarovanju vpeljalo, z zakonsko podlago, še prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Ideja tega je bila, da se razbremeni javne izdatke za obvezno zdravstveno zavarovanje in ljudi opominjati, da sami prevzamejo skrb za svoje zdravje. V Sloveniji se zdravstvo financira na eni strani javno (iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja in proračunskih sredstev), na drugi strani pa iz zasebnih vložkov (predvsem vplačevanje premij prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja). Večino sredstev predstavljajo izplačila iz blagajne obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki jih ZZZS zbere (na zakonski podlagi) iz prispevkov delodajalcev in delavcev. Zavarovanci niso omejeni pri uveljavljanju pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zdravljenje si lahko izberejo pri kateremkoli zdravniku in/ali zavodu, ki so vključeni v mrežo javnih zdravstvenih služb. Na drugi strani koncesije omogočajo vključevanje v sistem javne zdravstvene službe tudi zasebnim zavodom in zdravnikom zasebnikom. V svetu (in Slovenija ni izjema) se pojavlja trend povečevanja izdatkov za zdravstveno varstvo in zaradi tega so javnofinančne izgube

vedno večje. Zaradi tega je v večini držav prisotna želja po manjših ali večjih reformah v zdravstvu.

V ZDA se je razvil sistem zdravstvenega varstva, ki je tržno usmerjen in je zaradi tega precej različen od sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. Zdravstveno zavarovanje v ZDA je profitno usmerjeno in zakonsko neregulirano. Trg tako pozna veliko zavarovalnic, ki delujejo samostojno in same, v smislu korporativnega upravljanja, določajo katere pravice so iz naslova zavarovanja krite in katere ne. Obstaja pa v ZDA unikum na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj so vanj vključene vse osebe starejše od 65 let (Medicare). Ameriški zdravstveni sistem dobiva financiranje pretežno po načelu »tretje strani«, kar predstavlja vlado, združenja delodajalcev in zavarovalnice. Le-te zbirajo sredstva s katerimi se nato plača proces zdravljenja. Tako bolniki in ponudniki zdravstvenih storitev niso neposredno vključeni v ta sistem, čeprav so neposredni uporabniki oziroma ponudniki zdravstvenih storitev. »Delež javnih sredstev za zdravstvo je v letu 2002 znašal le okoli 44% vseh izdatkov, kar je bistveno manj kot v Sloveniji (okoli 78%), so pa izdatki na prebivalca za zdravstvo v ZDA (4887 USD na prebivalca v letu 2001) več kot trikrat višji kot v Sloveniji (1462 USD na prebivalca) in tudi drugih evropskih državah« (Kostanjšek 2004). Pereč problem v ZDA predstavljata ogromno število ljudi brez dostopa do zdravstvenega varstva (okoli 41 milijonov) in nenehno povečevanje izdatkov za zdravstveno varstvo s strani države. Ob primerjavi sistemov zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji in ZDA lahko trdimo, da kazalniki zdravstvenega varstva v Sloveniji kažejo, da se lahko primerjamo tako z ZDA, kot tudi preostalo Evropo. Zaključimo lahko, da sta sistema v Sloveniji in ZDA v osnovi res različna, vendar so globalni trendi v zahodnem svetu podobni in zato so podobni tudi problemi, ki jih srečujeta.

Na podlagi podatkov, ki so bili pridobljeni v okviru raziskave Mednarodna splošna družboslovna anketa (International Social Survey Programme – ISSP) iz leta 2011 sem naredil model odvisnih in neodvisnih spremenljivk in ugotovil kateri so dejavniki, ki na individualni ravni vplivajo na posameznikovo formiranje stališč do zdravstvenega sistema v posamezni državi. Stališča do sistema zdravstvenega varstva so povezana s pacientovimi prejšnjimi izkušnjami v zvezi z zdravstvom in njegovimi pričakovanji, ki jih oblikuje glede na to, kar sliši o določeni zdravstveni organizaciji oziroma sistemu. Tudi zdravstveno stanje, starost, spol in sociodemografsko ozadje vplivajo na stališče glede učinkovitosti sistema, stališče glede potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva in splošno zadovoljstvo s sistemom.

S komparativno analizo podatkovnih baz za Slovenijo in ZDA sem ugotovil, da v stališčih uporabnikov – pacientov glede sistema zdravstvenega varstva obstaja veliko podobnosti. Vendar skoraj dve tretjini uporabnikov zdravstvenega sistema v ZDA meni, da je sistem neučinkovit, v Sloveniji je takih slaba tretjina.

V skladu s pričakovanji iz teoretičnih podatkov sem ugotovil, da starost, tako v Sloveniji kot v ZDA, vpliva na zadovoljstvo z zdravstvenim sistemom in sicer tako, da so mlajši manj in starejši bolj zadovoljni. Primerjalno med obema državama je stopnja zadovoljstva višja v Sloveniji.

Tudi pri stopnji izobrazbe sem potrdil navedbe iz prejšnjih raziskav in sicer, da nezadovoljstvo s sistemom, mnenje o neučinkovitosti in mnenje o potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva raste s stopnjo izobrazbe. Tak trend je primerjalno bolj izrazit v Sloveniji kot v ZDA.

Socialni položaj lahko merimo z objektivnimi ali subjektivnimi parametri. Zaposlitev in tip zavarovanja sta v moji nalogi predstavljala objektivna parametra, samoumestitev na družbeno lestvico ter samoocena zavarovanja pa subjektivni spremenljivki. Ugotovil sem, da so zaposleni v obeh državah bolj nezadovoljni s sistemom in da nezaposleni v večjem številu menijo, da je sistem zdravstvenega varstva učinkovit. Tako je tudi potrebnost po spremembah večja pri zaposlenih kot pri nezaposlenih. Posebnih razlik med Slovenijo in ZDA v tem segmentu nisem opazil. Tip zavarovanja v Sloveniji in ZDA je zaradi popolnoma drugačne zdravstvene politike in ureditve nemogoče primerjati. Vendar ta spremenljivka med vsemi najbolj izraža razlike med samima sistemoma in jo je zato vredno primerjati ter interpretirati. V Sloveniji so z zdravstvenim sistemom najbolj zadovoljni tisti, ki nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja. Na drugi strani pa tisti, ki imajo tako obvezno kot tudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje večkrat menijo, da je sistem učinkovit. Samoumestitev na družbeno lestvico pokaže dejansko sliko socialne strukture posamezne države. Ko sem primerjal povprečja spremenljivk v odvisnosti od samoumestitve na družbeno lestvico sem ugotovil, da so v Sloveniji najbolj nezadovoljni tisti z družbenega dna, v ZDA pa z vrha družbene strukture in podobna slika je tudi pri potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva. Srednji sloj v obeh državah pa najbolj meni, da je zdravstveni sistem v državi učinkovit. V obeh državah so najbolj nezadovoljni tisti, ki menijo, da niso dobro zavarovani in ti čutijo tudi največjo potrebo po potrebnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva. Tisti, ki menijo da so dobro zavarovani pa v obeh državah smatrajo sistem kot učinkovit. V obeh državah pa

vprašani menijo, da je sistem ,kjer si ljudje z višjimi dohodki lahko privoščijo boljšo oskrbo nepravilčen.

Zdravstveno stanje posameznika mogoče v največji meri vpliva na stališče glede sistema zdravstvenega varstva. V Sloveniji kar 46,4% tistih, ki menijo da sistem ne potrebuje nobenih sprememb ocenjuje svoje zdravstveno stanje kot slabo. V ZDA je takih le 16,1%. Nasprotno pa je v ZDA 48,4% takih, ki menijo da je njihovo zdravje odlično in menijo, da sistem ne potrebuje nobenih sprememb.

V Sloveniji kar 87,8% tistih, ki precej ali popolnoma zaupajo sistemu meni, da le-ta ne potrebuje nobenih sprememb. V ZDA je takih le 71,7%. Skoraj identični pa so podatki za skupino vprašanih, ki menijo, da mora biti sistem v celoti spremenjen in mu ne zaupajo ali zelo malo zaupajo. V Sloveniji je takih 65,3% in v ZDA 66,2%. Tako je razumljivo, da je med tistimi, ki močno soglašajo, da je sistem v Sloveniji ali ZDA neučinkovit, večina tistih, ki mu zelo malo ali sploh ne zaupajo. Med tistimi, ki soglašajo s tem, da je sistem učinkovit je v Sloveniji kar 89,6% takih, ki sistemu popolnoma ali precej zaupajo, v ZDA pa le 38,9%. Tako vidimo, da določene razlike med državama obstajajo in najverjetneje je to posledica splošnih kulturnih razlik in političnih sistemov med državljani obeh držav.

Med državama nedvomno obstaja razlika med samima sistemoma, vendar je tudi odnos do davkov v državah verjetno različen. Tako sem pričakoval in potrdil, da bi državljani ZDA bili pripravljene plačevati višje davke, da bi bil sistem bolj uporabnikom prijazen, v Sloveniji pa je odnos do davkov izrazito negativen in je tudi nizek odstotek tistih, ki bi bili pripravljene plačevati višje davke, tudi če so nezadovoljni s sistemom. Izstopa tudi relativno visok odstotek vprašanih v ZDA, ki menijo, da sistem ne potrebuje nobenih sprememb bi pa vseeno bili pripravljene plačevati višje davke (40,7%).

Univerzalnega odgovora na zastavljeno raziskovalno vprašanje iz teh podatkov ne morem podati. Lahko pa po opravljenem pregledu literature ter empiričnem primerjanju spremenljivk zaključim, da zagotovo na stališča uporabnikov zdravstvenih sistemov v Sloveniji in ZDA vplivajo starost, stopnja izobrazbe (bolj v ZDA), zaposlenost, stopnja oziroma tip zavarovanja. Tudi zdravstveno stanje posameznika ter družbeni položaj vplivata na stališča uporabnikov zdravstvenih sistemov v obeh državah, vendar je med obema država pri teh spremenljivkah velika razlika in menim, da bi bilo te parametre smotrno podrobneje obdelati.

Z magistrsko nalogo sem pridobil parametre, ki bodo lahko v pomoč načrtovalcem javnozdravstvene politike ter pri vzpostavitvi učinkovite mreže zdravstvenih storitev.

14 LITERATURA

- ADP. *Mednarodna splošna družboslovna anketa: Opis serije*. 2013. Dostopno prek: <http://www.adp.fdv.uni-lj.si/opisi/issp/> (23. maj 2016)
- Aileni, Vidyadhar Reddy. 2003. Consumer Satisfaction and Perceived Quality of Out-patient Health-care Services. *Global Business Review* 4(1):41–56.
- Almond, Gabriel Abraham in Sidney Verba. 2015. *The civic culture: Political attitudes and democracy in five nations*: Princeton University Press.
- Baggott, Rob. 2004. *Health and health care in Britain*. London: Palgrave Macmillan.
- Berry, Leonard L in Neeli Bendapudi. 2007. Health care a fertile field for service research. *Journal of Service Research* 10(2):111–122.
- Braunsberger, Karin in Roger H Gates. 2002. Patient/enrollee satisfaction with healthcare and health plan. *Journal of Consumer Marketing* 19(7):575–590.
- Choi, Kui-Son, Hanjoon Lee, Chankon Kim in Sunhee Lee. 2005. The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service. *Journal of Services Marketing* 19(3):140–149.
- Claxton, Gary. 2002. *How private insurance works: a primer*: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.
- Cohen, Gary. 1996. Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social science & medicine* 42(7):1085–1093.
- Costello, Brian A, Thomas G McLeod, G Richard Locke III, Ross A Dierkhising, Kenneth P Offord in Robert C Colligan. 2008. Pessimism and hostility scores as predictors of patient satisfaction ratings by medical out-patients. *International journal of health care quality assurance* 21(1):39–49.
- Cvetko, Aleksej. 1992. *Zdravstveno zavarovanje po novem*. Ljubljana: Enotnost.
- Docteur, Elizabeth, Hannes Suppanz in Jaejoon Woo. 2003. The US health system: an assessment and prospective directions for reform. *Economic department working papers No.350*. OECD.

- Easton, David. 1975. A re-assessment of the concept of political support. *British journal of political science* 5(04):435–457.
- Families USA. 2004. One in Three: Non-Elderly Americans Without Health Insurance, 2002–2003.
- Forštnarič, Mateja. 1996. *Kakovost zdravstvenih storitev v obeh uporabnikov in izvajalcev. Diplomsko delo*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
- Garbajs, Blaz. 2008. *Detajlisticne zdravstvene ambulante v ZDA in možnosti njihove uvedbe v Sloveniji. Diplomsko delo*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
- Gorup, Luka. 2006. *Management v zdravstvu Republike Slovenije. Diplomsko delo*. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
- Gretzen, E. Thomas. 1999. Združene države Amerike. v *Sistemi financiranja v zdravstvu*, ur. Stepan Adolf. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Hall, Judith A. 2003. Some observations on provider–patient communication research. *Patient Education and Counseling* 50(1):9–12.
- Hall, Judith A in Michael C Dornan. 1990. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social science & medicine* 30(7):811–818.
- Hall, Judith A, Michael A Milburn in Arnold M Epstein. 1993. A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Medical care* 31(1):84–94.
- Hall, Judith A, Debra L Roter, Michael A Milburn in Lawren H Daltroy. 1996. Patients' health as a predictor of physician and patient behavior in medical visits: a synthesis of four studies. *Medical care* 34(12):1205–1218.
- Health Care in Europe. 2001. Dostopno prek: <http://stats.oecd.org/wbos/ViewHTML.aspx?HideTopMenu=yes&OpenMetadata=on> (25. april 2016).
- Inglehart, Ronald. 1997. *Modernization and postmodernization: Cultural, economic, and political change in 43 societies*. Vol. 19: Cambridge Univ Press.

- Jarc, Suzana. 1996. Zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji. *Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu* 12:32 – 35.
- Keber, Dušan. 2003. Zdravstvena reforma. ur. Ministrstvo za zdravje. Ljubljana.
- Kinnersley, Paul, Nigel Stott, Tim Peters, Ian Harvey in Paul Hackett. 1996. A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Family Practice* 13(1):41–51.
- Kogovšek Vidmar, Tatjana. 2000. *Polozaj, vloga in smeri razvoja lekarniske farmacije v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Ljubljana: Lekarniska zbornica Slovenije.
- Kolodinsky, Jane. 1999. Consumer satisfaction with a managed health care plan. *Journal of Consumer Affairs* 33(2):223–236.
- Korošec, Romana. 2003. *Izzivi obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Magistrsko delo*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
- Košir, Tone in Meta Mencej. 1992. *Zdravstveni zakoni : zakoni s pojasnili in komentarjem : po novem*. Ljubljana: Center marketing.
- Kostajnshek, Barbika. 2004. *Primerjava sistemov zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in ZDA. Diplomsko delo*. Ljubljana : Ekonomska fakulteta.
- Kovačič, Polona. 2008. *Zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami. Diplomsko delo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Lehmann, François, Denise Fontaine, André Bourque in Luc Côté. 1988. Measurement of patient satisfaction: The Smith-Falvo patient-doctor interaction scale. *Canadian Family Physician* 34:2641.
- Malnar, Brina. 2002. Sociološki vidiki zdravja. v *Družbeni vidiki zdravja*, ur. Niko Toš in Brina Malnar. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Marušič, Dorjan. 2007. Zdravje v Evropski uniji – danes in jutri. *Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu*. 23(3):67.
- Mossialos, Elias. 1997. Citizens' views on health care systems in the 15 member states of the European Union. *Health economics* 6(2):109–116.

- Murray, Christopher JL in Julio Frenk. 2000. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the world Health Organization* 78(6):717–731.
- Newsome, PRH in GH Wright. 1999. A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British dental journal* 186(4):161–165.
- Oder, Majda. 2008. *Primerjava sistemov zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja med Slovenijo in izbranimi evropskimi državami. Magistrsko delo*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
- Roberts, Robert E, Gregory C Pascoe in C Clifford Attkisson. 1983. Relationship of service satisfaction to life satisfaction and perceived well-being. *Evaluation and Program Planning* 6(3–4):373–383.
- Snoj, Alenka. 2008. *Sistemi zdravstvenega varstva v EU. Magistrsko delo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Strojin, Tone in Viktor Planinšec. 1998. *Uvod v zdravstveno pravo : (izbrana poglavja iz zdravstvene zakonodaje)*. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije.
- Svenšek, Rosvita. 1996. Analitična primerjava sistemov zdravstvenega varstva v Evropi. *Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu* 12(1):41–50.
- Svenšek, Rosvita in Jana Wahl. 2007. Sistem financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev / Financing system of health care services. *Bilten: ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu* 23(1):5–20.
- Toš, Niko. 2013. *Vrednote V Prehodu VII. Slovenija v mednarodnih in medčasovnih primerjavah: SJM-ISSP 1991-2012*. Dunaj, Ljubljana: Echoraum.
- Toth, Martin, Boris Kramberger, Marjan Premik, Miran Kalčič, Dušan Kidrič in Franc Košir. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije*.
- World Health Organization. 1992. Health dimensions of economic reform.
- Zaletel-Kragelj, Lijana, Ivan Eržen, Marjan Premik in Majda Pahor. 2007. *Uvod v javno zdravje: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje*.
- ZZVZZ. 1992. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ur. l. RS 9/1992.

ZZZS. Obvezno zdravstveno zavarovanje 2009a. Dostopno prek:
<http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/875E847A07B8589AC1256D34002A1360>
(26. april 2016).

ZZZS. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje 2009b. Dostopno prek:
<http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/52D9D035D538D7A1C1256D34002A6FB>
D (26. april 2016).