

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Tanja Peterlin

Politika zdravstvenega varstva v Združenih državah Amerike in Sloveniji

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Tanja Peterlin
Mentor: red. prof. dr. Bogomil Ferfila
Somentor: izr. prof. dr. Samo Uhan

Politika zdravstvenega varstva v Združenih državah Amerike in Sloveniji

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

»The success or failure of any government in the final analysis must be measured by the well-being of its citizens. Nothing can be more important to a state than its public health; the state's paramount concern should be the health of its people.«

Franklin Delano Roosevelt

Politika zdravstvenega varstva v Združenih državah Amerike in Sloveniji

Obstaja več definicij političnega sistema, vendar večina politologov uporablja prvine koncepta definicije političnega sistema po Eastonu. Ključna elementa političnega sistema sta njegov vnos in iznos. Eastonovo delo je nadaljeval Gabriel A. Almond. Področje političnega sistema je opredelil s pomočjo treh sklopov funkcij: sistemskih in procesnih funkcij ter policy funkcij, ki se nanašajo predvsem na implementacijo političnega sistema. S preučevanjem in primerjanjem različnih političnih sistemov lažje razumemo razvoj in oblikovanje določenega političnega procesa.

Javna politika (policy) je iznos političnega sistema. Politični sistem države, ki je posledica njenega zgodovinskega razvoja, preteklih in sedanjih socialno-ekonomskih razmer in mednarodnega okolja v katerem država koeksistira, vpliva na oblikovanje javnih politik – implementacijo političnega sistema v obliki regulacije vedenja in razdelitev koristi med različne skupine v družbi. Za preučevanje vpliva različnih prvin političnih sistemov na oblikovanje javnih politik je politika zdravstvenega varstva ena primernejših javnih politik, saj obsega številna področja in širok nabor metod, postopkov in sredstev za ohranjanje in izboljšanje zdravja posameznika in celotnega prebivalstva. Poleg tega pomembno vpliva na vsa področja v družbi. Njen rezultat pa je sistem zdravstvenega varstva, ki zahteva skupna prizadevanja kompleksne mreže posameznikov in organizacij v javnem in zasebnem sektorju, kot tudi usklajenost politike in prakse državnih organov in agencij na vseh ravneh.

Politična sistema Združenih države Amerike in Slovenije se močno razlikujeta med seboj. Med drugim imata državi različni obliki državne oblasti in državne ureditve, kar vpliva na oblikovanje in izvajanje javnih politik in posledično na politiko in sistem zdravstvenega varstva. Med slovensko in ameriško zdravstveno politiko in sistemom zdravstvenega varstva obstajajo velike razlike, ki imajo svoje korenine v zgodovinskem razvoju obeh držav, ekonomskih in družbenih okoliščinah in tudi v političnem sistemu, ki sta ga sprejeli državi. ZDA so federalna država, zato se lahko javne politike, ki niso v domeni zvezne vlade, razlikujejo od države do države. Ta državna ureditev se razlikuje od unitarne države, kot je Slovenija, kjer regionalna in lokalna oblast izvirata iz centralne oblasti. Poleg tega je od časa New Deal v Združenih državah Amerike konstantno prisotna polarizacija strankarske politike, ki onemogoča sprejetje oziroma kvalitetno implementacijo politike zdravstvenega varstva. Zato politični sistem Združenih držav Amerike predstavlja oviro pri oblikovanju politik in posledično pri sprejemu reform na področju zdravstvenega varstva. Medtem ko ima Slovenija celovit in univerzalni zdravstveni sistem, ki zagotavlja kritje zdravstvenih storitev vsem državljanom, Združene države Amerike nimajo univerzalne dostopnosti do storitev javnega zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja za vse državljanke, izdatki na prebivalca na področju zdravja pa močno presegajo stroške ostalih držav razvitega sveta.

Ključne besede: politični sistem, policy, politika zdravstvenega varstva, sistem zdravstvenega varstva.

Health care policy in United States of America and Slovenia

There are a number of political system definitions, but most politologists use the elements of the concept of the political system definition introduced by Easton. The key elements of a political system are its input and output. Gabriel A. Almond continued Easton's work. He defined a political system using three groups of functions: systemic and process functions, and policy functions referring to the implementation of the political system. Study and comparison of diverse political systems facilitate the understanding of the development and formation of a certain political process.

Public policy is an output of the political system. A political system of a state, as a consequence of its historical development, previous and present socio-economic circumstances and international environment within which the state coexists, influences the formation of public policies – the implementation of the political system in the form of behaviour regulation, and allocation of benefits among different society groups. Health care policy is one of the most suitable public policies for analyzing the influence of different elements of political systems on public policy formulation, as it encompasses a number of sectors and a wide range of methods, procedures and measures for preserving and improving health of individuals, and population in general. Its influence on all the spheres within society is substantial as well. A health care policy results in a health care system which demands joint endeavours of a complex network of individuals and organisations from both public and private sector, as well as harmonisation of policies and practices of state bodies and agencies on all levels.

The political systems of the United States of America and Slovenia differ significantly, namely the forms of national authorities and organisation of the state are different, which reflects on formation and implementation of public policies and consequently on the health care policy and system. There are great differences between the Slovenian and the American health care policy arising from the historical development of the two states, from economic and social conditions, and from the political system adopted by the states. The USA is a federal state, and consequently the public policy outside the domain of the federal government may differ from one state to the other. The organisation of the state differs from the organisation of a unitary state such as Slovenia, where the regional and local authorities stem from the central authority. Besides that, since New Deal the polarisation of the party politics has been a constant presence in the United States of America, which is preventing the passing or quality implementation of the health care policy. Therefore the political system of the United States of America acts as an obstacle in formation of policies, and consequently adoption of reforms in the field of health care. While Slovenia has a comprehensive and universal health care system, which assures health care services for all the citizens, the United States of America do not grant universal accessibility to public health care services and health insurance for all its citizens, while the cost per inhabitant in the area of health substantially exceeds the cost in other states of the developed world.

Key words: political system, policy, health care policy, health care system.

KAZALO

1 UVOD	8
2 METODOLOŠKO-HIPOTETIČNI OKVIR.....	11
2.1 Opredelitev predmeta preučevanja	11
2.2 Opredelitev ciljev preučevanja	11
2.3 Raziskovalni vprašanji	12
2.4 Raziskovalne metode.....	14
2.5 Struktura naloge	15
3 TEMELJNI POJMI	16
3.1 Politični sistem	16
3.1.1 Funkcije političnega sistema	19
3.1.2 Policy funkcije političnega sistema.....	21
3.2 Policy kot javna politika.....	22
3.2.1 Oblikovanje javne politike	24
3.2.2 Zvrsti javnih politik.....	27
3.2.3 Politični akterji v procesu oblikovanja javnih politik	28
3.2.4 Ocenjevanje in omejitve javnih politik	35
3.3 Javna politika zdravstvenega varstva	37
3.3.1 Sistem zdravstvenega varstva.....	38
3.3.2 Modeli zdravstvenih sistemov.....	40
3.3.3 Vpliv politike in ideologije na oblikovanje javne politike zdravstvenega varstva .	45
4 POLITIČNI SISTEM ZDRUŽENIH DRŽAV AMERIKE IN SLOVENIJE	51
4.1 Oblika državne ureditve v Združenih državah Amerike in Sloveniji.....	51
4.1.1 Oblika državne ureditve v Sloveniji.....	51
4.1.2 Oblika državne ureditve v Združenih državah Amerike	51
4.2 Oblika državne oblasti v Združenih državah Amerike in Sloveniji	52
4.2.1 Oblika državne oblasti v Sloveniji	52
4.2.2 Oblika državne oblasti v Združenih državah Amerike.....	55
4.3 Vpliv političnega sistema Združenih držav Amerike in Slovenije na oblikovanje javnih politik	57
5 POLITIKA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V ZDRUŽENI DRŽAVAH AMERIKE IN SLOVENIJI	61
5.1 Politika in sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji	61
5.1.1 Razvoj sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji.....	61
5.1.2 Organiziranost sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji	64
5.1.3 Financiranje sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji	65

5.2 Politika in sistem zdravstvenega varstva v Združenih državah Amerike.....	67
5.2.1 Razvoj sistema zdravstvenega varstva Združenih držav Amerike.....	67
5.2.2 Organiziranost sistema zdravstvenega varstva Združenih držav Amerike	71
5.2.3 Financiranje sistema zdravstvenega varstva Združenih držav Amerike	72
5.2.4 Vpliv ameriškega eksepcionalizma in strankarske polarizacije	79
5.3 Oglaševanje zdravil v Združenih državah Amerike in v Sloveniji	81
6 ZAKLJUČEK.....	86
7 LITERATURA.....	91

KAZALO TABEL

Tabela 3. 1: Montesquieujevi pojmi političnega sistema	17
Tabela 3. 2: Faze oblikovanja javne politike.....	26
Tabela 3. 3: Funkcije političnih strank.....	33
Tabela 3. 4: Merila za razvrščanje sistemov v modele	44
Tabela 4. 1: Strankarska delitev	59

KAZALO SLIK

Slika 3. 1: Politični sistem po Eastonu	18
Slika 3. 2: Model političnega sistema po Almondu	20
Slika 3. 3: Dejavniki, ki vplivajo na organizacijo in izvajanje zdravstvenega varstva	40
Slika 5. 1: Organi države v skrbi za zdravje prebivalcev v RS	64
Slika 5. 2: Financiranje sistema zdravstvenega varstva	65
Slika 5. 3: Trenutno stanje širitve Medicaida.....	70
Slika 5. 4: Razdelitev diskrecijskega proračuna za leto 2015	73
Slika 5. 5: Razdelitev proračuna obveznega trošenja za leto 2015	74
Slika 5. 6: Razdelitev zveznega proračuna za leto 2015	75

KAZALO GRAFOV

Graf 5. 1: Velikost trga farmacevtske industrije v letu 2013	81
Graf 5. 2: Skupna poraba za neposredno oglaševanje zdravil na recept	83
Graf 6. 1: Celotna poraba sredstev za zdravstveno varstvo kot delež BDP 2013	88
Graf 6. 2: Umrljivost novorojenčkov 2013	89
Graf 6. 3: Pričakovana življenjska doba 2013.....	90

1 UVOD

Preučevanje političnih sistemov nam omogoča vpogled v politične in družbene okvire držav ter preučevanje prednosti in slabosti določenega sistema oziroma njegovih podsistemov in s tem vpliva le-teh na družbo ter posledično na kakovost življenja državljanov. S preučevanjem in primerjanjem različnih političnih sistemov lažje razumemo razvoj in oblikovanje določenega političnega procesa, ki je posledica tudi zgodovinskega ozadja držav. »Politični sistem vsebuje v sebi načela vzajemnega odnosa med oblastjo in državo na eni strani in ostalimi sferami družbe na drugi strani, načela, ki izražajo hkrati tudi njegovo vključitev in vzajemno povezane sisteme globalne družbe /.../ Politični sistem torej lahko opredelimo kot medsebojno povezan in dovolj skladen skup družbenih odnosov, norm in ustanov, ki oblikujejo javno oblast in njen položaj v družbi« (Brezovšek in Haček 2012, 12).

Danes večina politologov pri definiranju političnega sistema uporablja prvine koncepta definicije političnega sistema po Eastonu (Danzinger 1996). Easton definira politični sistem kot: »sistem interakcij prek katerih se uveljavlja avtoritativno razporejanje dobrin, ki so v določeni družbi redke« (Easton 1965, 351). Ključna elementa političnega sistema sta vnos (v obliki političnih zahtev in politične podpore) in iznos (odločitve in akcije) (Danzinger 1996).

Eastonovo delo je nadaljeval Gabriel A. Almond, ki je deloval pod vplivom Maxa Weberja in Talcotta Parsonsa. Almond je opredelil politični sistem kot »sistem interakcij, ki obstaja v vseh neodvisnih družbah, katerega funkcija se izraža v integraciji in adaptaciji njenih pripadnikov (tako notranji kot vis-a-vis drugim družbam) s pomočjo uporabe bolj ali manj izpostavljenih sredstev prisile« (Almond 1960, 7). Področje političnega sistema je opredelil s pomočjo treh sklopov funkcij: sistemskih, procesnih in policy funkcij. Sistemske funkcije niso neposredno vključene v izvrševanje in oblikovanje politik, a so kljub temu bistvenega pomena za delovanje političnega sistema. Med sistemske funkcije štejemo politično socializacijo, politično rekrutiranje/kadrovanje in politično komunikacijo. Procesne funkcije (artikulacija interesov, agregacija interesov, avtoritativno oblikovanje politike in implementacija) so faze političnega procesa in so nujne za oblikovanje in izvrševanje javnih politik političnega sistema. Izvrševanje politik poteka v obliki policy funkcij, ki se nanašajo predvsem na implementacijo političnega sistema v obliki regulacije vedenja in razdelitev koristi in storitev med različne skupine v družbi (Jakše 2005).

Javna politika (policy) je iznos političnega sistema v obliki odločitev, ukrepov, programov, strategij in načinov delovanja sprejetih s strani vlade ali zakonodajnega telesa. (Knill in Tosun 2012). Zato je potrebno pri preučevanju javnih politik in njihovega spreminjanja znotraj države ter razlik v javnih politikah med državami upoštevati medsebojni vpliv med političnim sistemom, družbo in javno politiko (Dye 2002).

Ker je zdravje eno izmed ključnih interesnih področij tako posameznika kot družbe, je politika zdravstvenega varstva ena primernejših javnih politik za preučevanje vpliva različnih prvin političnih sistemov na oblikovanje javnih politik, saj na njo vplivajo tako vzorci oz. pričakovanja iz pretekle oziroma polpretekle zgodovine, stopnja gospodarskega razvoja, distribucija moči v družbi, mednarodno okolje itd. in s tem za preučevanje prednosti in slabosti določenega sistema oziroma njegovih podsistemov ter vpliva le-teh na družbo in posledično na kakovost življenja državljanov.

Zdravje ima tako za posameznika kot tudi za družbo velik pomen. Splošno zdravstveno stanje državljanov namreč pomembno vpliva na vsa področja v družbi, tako na področja socialne politike, katere del je, kot na ostale družbene sfere vključno z gospodarstvom. Zaradi velikega pomena zdravja države pri oblikovanju in urejanju zdravstvenih sistemov zasledujejo podobne cilje. Hsiao (2000, 16) izpostavlja tri. Doseči (1) optimalen nivo zdravja, ki je enakomerno razporejeno, (2) primerno stopnjo zavarovanja pred tveganjem za celotno populacijo in (3) največjo možno stopnjo uporabniškega zadovoljstva za celotno populacijo. Janša (2006, 1) na drugi strani kot osnovni cilj izpostavlja zagotavljanje dostopa do zdravstvenega varstva ob hkratnem ohranjanju stroškov zdravstvenega varstva na določeni ravni, pri čemer mora biti dostopnost zdravstvenega varstva pravična, kar pomeni, da mora biti za ljudi z enakimi zdravstvenimi problemi zagotovljena enaka kakovost in enak obseg zdravstvenih storitev ne glede na njihov materialni položaj.

In ravno zaradi velikih stroškov, ki so povezani s področjem zdravstvenega varstva, je to področje poleg izobraževalnih in pokojninskih sistemov eno ključnih področji, kjer se mnogo razpravlja o ustrezni in upravičeni vlogi države (Snoj 2008). Kajti kljub temu, da teoretiki govorijo o podobnih ciljih držav in pravičnosti na področju zdravstvenega varstva, je smiselno preučiti različne pristope držav k oblikovanju in izvajanju politike zdravstvenega varstva, saj v realnem svetu ne obstaja enoten konsenz kaj je na primer optimalni nivo zdravja ali pravična dostopnost zdravstvenega varstva. V vsaki družbi namreč obstajajo drugačne stopnje

tolerance pri odstopanju od idealov oziroma postavljanju meril nasploh in kategoriziranju pomembnosti posameznih segmentov znotraj zdravstvenega varstva, razlikujejo pa se tudi mejne vrednosti, ki ohranjajo zadovoljstvo družbe z razmerami na še zadovoljivi ravni.

Učinkovit sistem javnega zdravstva zahteva skupna prizadevanja kompleksne mreže posameznikov in organizacij v javnem in zasebnem sektorju kot tudi usklajenost politike in prakse državnih organov in agencij na vseh ravneh. Da lahko država odigra svojo vlogo znotraj sistema javnega zdravstva, morajo tisti, ki oblikujejo politiko, zagotoviti vso potrebno politično in finančno podporo (Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century 2003).

Zdravstvena politika obsega številna področja in širok nabor metod, postopkov in sredstev za ohranjanje in izboljšanje zdravja posameznika in celotnega prebivalstva. Eno od teh področji je tudi regulativa oglaševanja zdravil na recept oziroma brez recepta. Večina držav, med njimi tudi Slovenija (ZZdr-2, 148. člen), prepoveduje oglaševanje zdravil na recept širši javnosti, dovoljuje pa oglaševanje zdravil brez recepta s posameznimi izjemami (posamezne terapevtske skupine, oglaševanje zdravil, namenjenim otrokom, ipd). Združene države Amerike so poleg Nove Zelandije edina država, ki tovrstno oglaševanje dovoljuje skupaj s trditvami o učinkih na zdravje (Ventola 2011).

2 METODOLOŠKO-HIPOTETIČNI OKVIR

2.1 Opredelitev predmeta preučevanja

V nalogi je narejena analiza policy funkcije političnega sistema in sistema politike zdravstvenega varstva v Združenih državah Amerike in Sloveniji. Posebna pozornost je namenjena preučevanju vpliva trenutnega političnega sistema države, ki je posledica njenega zgodovinskega razvoja, preteklih in sedanjih socialno-ekonomskih razmer in mednarodnega okolja, v katerem država koeksistira, na oblikovanje javnih politik - implementacijo političnega sistema v obliki regulacije vedenja in razdelitev koristi med različne skupine v družbi. Izrecno sem se osredotočila na politiko zdravstvenega varstva. Da bi lahko preučila globino vpliva, sem analizirala sled političnega sistema vse do »okostja« - izvrševanja politike na točno določenem področju, na področju zakonodaje oglaševanja zdravil.

2.2 Opredelitev ciljev preučevanja

Cilj magistrske naloge je odgovoriti na vprašanje, kaj vpliva na nastanek razlik v javnih politikah med različnimi družbami oziroma državami. Kateri so tisti faktorji, ki vplivajo na oblikovanje trenutnega konsenza glede določene politike oziroma standardov, ki jih državljani pričakujejo, in iz kje izhajajo? Ker so javne politike del političnega sistema, je le-ta zagotovo pomemben faktor pri oblikovanju meril. Vendar, kaj vpliva na odločitve in kako skozi policy funkcijo politični sistem regulira vedenje in delitev koristi in storitev med različne skupine v družbi? In ali ti faktorji dejansko vplivajo tudi na oblikovanje pravil in na prakso državnih organov znotraj strukture določene politike (v izbranem primeru v okviru politike zdravstvenega varstva)? Odgovor bom poskušala najti s pomočjo študije primerov pravil o oglaševanju zdravil.

Za preučevanje zgornjih vprašanj sem izbrala dve državi – Združene države Amerike in Slovenijo. Kombinacija značilnosti političnih sistemov teh dveh držav mi bo omogočila analizo vpliva političnega sistema iz več zornih kotov, saj imamo na eni strani državo z dolgo tradicijo demokracije in na drugi strani državo, ki je bila še v bližnji preteklosti del države z ne ravno demokratično preteklostjo, obenem pa se državi razlikujeta tudi po obliki državne ureditve: ena je federacija, druga pa država z eno entiteto.

2.3 Raziskovalni vprašanji

Skladno s cilji preučevanja sta zastavljeni tudi raziskovalni vprašanji.

Glavno raziskovalno vprašanje se nanaša na Združene države Amerike in Slovenijo, in sicer: ***Kako tip političnega sistema v Združenih državah Amerike in v Sloveniji vpliva na oblikovanje in izvajanje politike zdravstvenega varstva in kakšne so glavne razlike med politikama zdravstvenega varstva obeh držav?***

Politični sistem je skupek institucij in norm, ki oblikujejo razmerja med javno oblastjo in preostalo družbo. Zaradi kompleksnosti pojma lahko politične sisteme analiziramo in delimo po različnih kriterijih. V magistrskem delu se bom v četrtem poglavju osredotočila na analizo oblike državne ureditve in oblike državne oblasti Slovenije in ZDA, saj obstaja bistvena razlika med državama in s tem možnost vpliva obeh značilnosti političnega sistema na oblikovanje in izvajanje javnih politik in posledično na politiko zdravstvenega varstva. V petem poglavju bom nato uporabila primerjalno metodo za primerjanje politik in sistema zdravstvenega varstva obeh držav in poskušala na podlagi najdenih razlik vzpostaviti povezavo oziroma izpostaviti morebitne ovire za razvoj kakovostne politike in sistema zdravstvenega zavarovanja z v četrtem poglavju obravnavanimi značilnostmi političnega sistema.

Znotraj zgornjega raziskovalnega vprašanja sem postavila še dve hipotezi:

H1: Koncept solidarnosti in pretežno javno financiranje zdravstvenega varstva v Sloveniji sta dediščina sistemov in ideologij iz preteklosti (teritorij Slovenije kot del Avstro-Ogrske in SFRJ).

Na področju Slovenije so se v zadnjih dveh stoletjih zamenjali štirje politični sistemi, saj je bil teritorij pod jurisdikcijo Avstro-Ogrske monarhije, Kraljevine Srbov, Hrvatov in Slovencev, Jugoslavije in po osamosvojitvi 1991 do danes Republike Slovenije. V skladu z vsemi političnimi spremembami se je vzporedno razvijal zdravstveni sistem, ki je pravno, organizacijsko in ekonomsko sledil razmeram v posameznih obdobjih. V prvem delu petega poglavja se bom zato posvetila analizi zdravstvenih sistemov na teritoriju Slovenije od začetka 19. stoletja do danes in poskušala najti vzporednice z današnjim sistemom zdravstvenega varstva, še posebej z javnim financiranjem in solidarnostjo. Kajti to sta dve

značilnosti, po katerih se Slovenski zdravstveni sistem močno razlikuje od zdravstvenega sistema Združenih držav Amerike.

H2: Zaradi oblike državne ureditve ne eni in neprestane tekme med demokrati in republikanci na drugi strani v Združenih državah Amerike je konsenz glede standardov, ki jih državljani pričakujejo od zdravstvenega varstva, manjši kot v Sloveniji.

ZDA so federalna država, kjer poleg centralne oblasti obstajajo še drugi relativno samostojni centri oblasti. Njihov federalni politični sistem obsega preko 80.000 vlad. Ustava natančno določa pristojnosti federacije in federalnih enot. Zato se lahko javne politike, ki niso v domeni zvezne vlade, razlikujejo od države do države. Kot primer naj omenim višino pomoči programa Medicaid, kjer države same določajo cenzuse in posledično nastajajo razlike med državami. Poleg tega je od časa New Deala v Združenih državah Amerike konstantno prisotna polarizacije strankarske politike, ki onemogoča sprejetje oziroma kvalitetno implementacijo politike zdravstvenega varstva. V nadaljevanju petega poglavja bom zato poskušala odgovoriti na vprašanje, ali različna družbeno-politična okolja v posameznih državah, ki so posledica federativne ureditve, in očiten boj med političnima strankama vplivata na odnos Američanov do zdravstvenega sistema oziroma na njihova pričakovanja v zvezi z njim.

Na podlagi zgornje analize primerov in analize teoretičnih izhodišč s področja političnih sistemov, javnih politik in klasifikacije sistemov zdravstvenega varstva v magistrskem delu postavljam še eno raziskovalno vprašanje, ki se nanaša na splošno tematiko:

Kako se implementacija političnega sistema v obliki regulacije vedenja in razdelitev koristi kaže na posameznih področjih javne politike – v danem primeru na področju pravil o oglaševanju zdravil?

Na koncu petega poglavja bom poskušala implementirati ugotovitve, do katerih sem prišla s pomočjo raziskovanja v magistrskem delu, na izvrševanja politike na točno določenem področju, na področju zakonodaje oglaševanja zdravil, na katerem se obravnavani državi zopet močno razlikujeta.

2.4 Raziskovalne metode

V teoretičnem delu magistrske naloge bom s pomočjo deskriptivne metode opisala in razložila pojme, teorije in procese ter izbiro, analizo in interpretacijo sekundarnih pisnih virov, s pomočjo katerih bom analizirala literaturo, ki obravnava tipe političnih sistemov in njihov vpliv na oblikovanje javnih politik, del katerih je tudi politika zdravstvenega varstva državljanov.

Empirični del bo temeljil na preverjanju hipotez in primerjavi političnih sistemov, politik zdravstvenega varstva, dostopnosti zdravil in njihovega oglaševanja v izbranih državah. Na koncu empiričnega dela bom podala sklepne ugotovitve.

Za preverjanje hipotez bom uporabila primerjalno metodo. Primerjala in analizirala bom politična sistema in politiki zdravstvenega varstva državljanov Slovenije in Združenih držav Amerike, kar bom nadgradila s študijo primera pravil o oglaševanju zdravil v obeh državah. Pri tem bom uporabila tako kvalitativne kot kvantitativne metode, in sicer:

- analizo uradnih dokumentov držav, ki urejajo področje politike zdravstvenega varstva in pravil o oglaševanju zdravil (zakoni, pravilniki, poročila, resolucije ipd.);
- analizo sekundarnih virov s področja analize političnih sistemov, politik zdravstvenega varstva izbranih držav in oglaševanja zdravil;
- statistično analizo baz podatkov oz. analizo uradnih statistik s področja porabe proračuna za zdravstveno varstvo in porabe zdravil;
- primerjalno raziskovanje v povezavi s študijo primera (iskanje podobnosti in razlik med pravili o oglaševanju zdravil v Sloveniji in Združenih državah Amerike in njihovih vzrokov).

Ker sta se sedanja politična sistema v izbranih državah razvila iz družbenega in političnega dogajanja v preteklosti, bom uporabila tudi metodo zgodovinske analize, s katero želim preveriti ali politike zdravstvenega varstva vsebujejo sestavine prejšnjih političnih sistemov.

Skozi celoten proces raziskovanja in pisanja magistrskega dela bom uporabila domačo in tujo strokovno literaturo, relevantne objave na spletu, v strokovnih revijah, v zbornikih in v drugih domačih in tujih bazah podatkov. Analizirala bom predpise in politike izbranih držav, ki urejajo področje, ki ga obravnava magistrsko delo. Do vseh virov, tako primarnih kot sekundarnih, bom pristopila s kritično distanco.

Na koncu bom preko metode sinteze spoznanj in ponovne primerjalne analize poskušala povezati dognanja o vplivu političnega sistema na oblikovanje javnih politik oz. nišno politiko zdravstvenega varstva državljanov s spoznanji iz analize študije pravil o oglaševanju zdravil v dveh izbranih državah – Združenih državah Amerike in Slovenije.

2.5 Struktura naloge

Magistrsko delo sestavlja šest osnovnih poglavij. Prvo poglavje je namenjeno uvodu v magistrsko delo. Drugo poglavje obsega predstavitev predmeta proučevanja, cilja proučevanja, raziskovalnih vprašanj in z njima povezanih hipotez ter uporabljene metodologije pri raziskovalnem delu. Sledi poglavje s predstavitvijo ključnih pojmov kot teoretično izhodišče za kasnejšo analizo. V četrtem poglavju sta predstavljena politična sistema Slovenije in Združenih držav Amerike s poudarkom na obliki državne ureditve in obliki državne oblasti, sledi analiza vpliva političnega sistema obeh držav na oblikovanje javnih politik. V petem poglavju so opisane javne politike in sistemi zdravstvenega varstva Slovenije in Združenih držav Amerike ter vpliv ameriškega eksepcionalizma in strankarske polarizacije na politiko zdravstvenega varstva. Sledi zadnje, sklepno poglavje v katerem verificiram hipoteze in odgovorim na raziskovalna vprašanja ter v zaključku podam povzetek in glavne ugotovitve.

3 TEMELJNI POJMI

3.1 Politični sistem

Politični sistem je skupek institucij in norm, ki oblikujejo razmerja med javno oblastjo in preostalo družbo. Pojem lahko opredelimo ob dveh predpostavkah: (1) obstoj okolja – sistem je namreč del okolja – in (2) prisotnost razmejitve, ki sistem loči od njegovega okolja (Della Porta 2003, 16–17).

Politični sistem je kot podsistem (torej del) globalne družbe organizirala celota političnih dejavnosti in odnosov, političnih organizacij, skupin, institucij, strank in politične kulture. Hkrati je tudi sistem institucioniranih nosilcev politične oblasti v neki družbeni skupnosti, način njihovega konstituiranja, organiziranja in delovanja na eni strani in pa celota tistih odnosov in institucij, prek katerih se vzpostavlja organizirana vez med nosilcem politične oblasti in družbenih sil, v čigar imenu vladajo, na drugi strani. Politični sistem torej lahko opredelimo kot medsebojno povezan in dovolj skladen skup družbenih odnosov, norm in ustanov, ki oblikujejo javno oblast in njen položaj v družbi (Brezovšek in Haček 2012, 12).

Kvalifikacija političnih sistemov sega že v antično Grčijo (Herodotova delitev na podlagi kriterija »kdo vlada« na monarhijo, aristokracijo in demokracijo in Aristotelova nadgraditev na podlagi kriterija »kako vlada« na tiranijo, oligarhijo in demagogijo). Charles de Montesquieu je nadaljeval s politično teorijo (glej Tabelo 3.1.) in skupaj z Lockom ter ameriški federalisti postavil temelje nadaljnji kvalifikaciji političnih sistemov na podlagi odnosa med deli države in v državni strukturi (vertikalna in horizontalna delitev oblasti).

Tabela 3. 1: Montesquieujevi pojmi političnega sistema

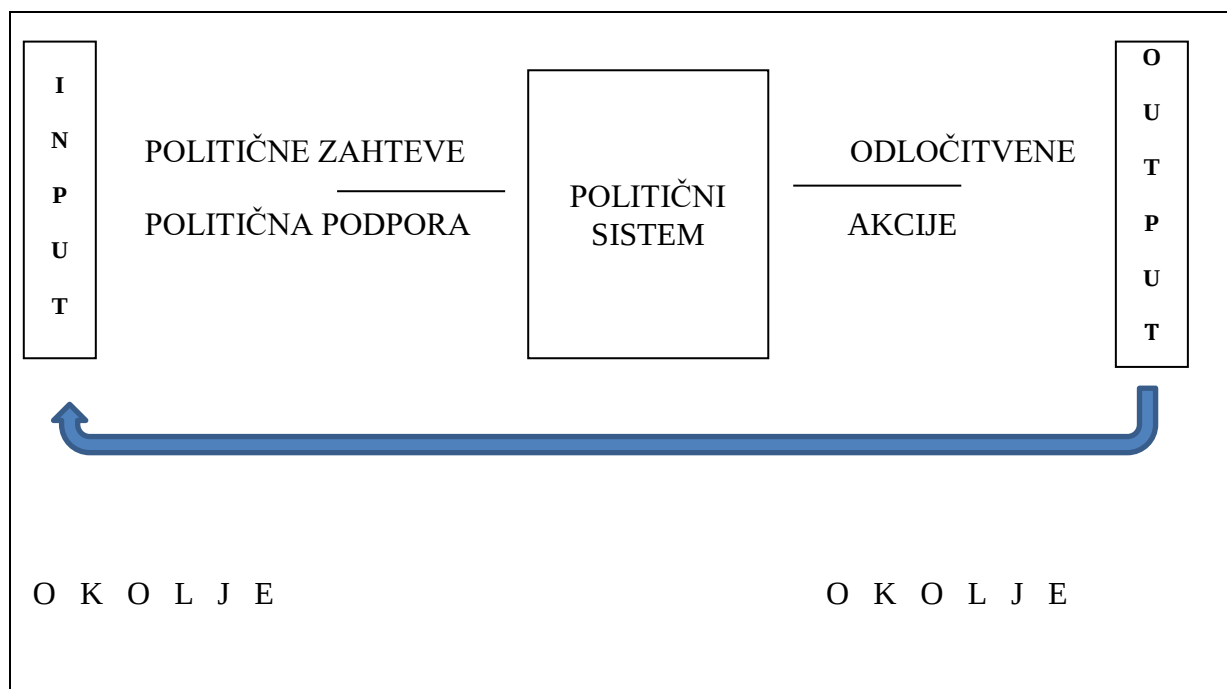
Despotija	Monarhija	Republika
neomejena oblast enega človeka	z zakoni urejena oblast enega	delitev oblasti na tri skupine ljudi
pasivno ljudstvo	aktivna poslušna elita	aktivni svobodni državljani
strah strast	čast zaupanje	razum skupništvo
	ljudska celota	

Vir: Brezovšek in Haček (2012, 13).

Danes večina politologov pri definiranju političnega sistema uporablja prvine koncepta definicije političnega sistema po Eastonu (Danzinger 1996). Easton definira politični sistem kot: »sistem interakcij prek katerih se uveljavlja avtoritativno razporejanje dobrin, ki so v določeni družbi redke« (Easton 1965, 351). Eastonova definicija političnega sistema ima tri komponente (1) politični sistem razporeja dobrine (s pomočjo politik), (2) razporejanje je avtoritativno, (3) avtoritativno razporejanje je zavezujoče za družbo kot celoto. Glede pomena »avtoritativno« Easton izpostavi: »...politika je očitno avtoritativna, ko prevlada občutek, da mora oziroma bi morala biti spoštovana ... te politike, formalne ali dejanske, so sprejete kot obvezujoče.« (Easton 1953, 133).

Easton trdi, da so politični sistemi podobni biološkim sistemom, ker imajo sposobnost prilagajanja spreminjajočemu se okolju. Na politični sistem vpliva notranje okolje (prostor znotraj družbe – ekonomski, socialni, kulturni sistem ipd.) in zunanje okolje (prostor okoli družbe – mednarodni, politični, ekonomski, socialni, kulturni in ostali sistemi). Politični sistem je odprt in prilagodljiv ter reagira na temeljne ovire iz okolja s krepitvijo ali preprečevanjem določenega delovanja ter po potrebi s spreminjanjem ciljev in struktur (Brezovšek in Haček 2012). Ključna elementa političnega sistema sta vnos - vložek (v obliki političnih zahtev in politične podpore) in iznos - politični rezultati (odločitve in akcije) (Danzinger 1996). Politični sistem zahteve pretvori v odločitve in s tem vpliva na okolje oz. družbo, katere del je. To povzroči spremembe v družbi in nov krog pritiskov ter zahtev. Učinki političnega sistema torej vplivajo na generiranje bodočih zahtev in podpore (glej Sliko 3.1).

Slika 3. 1: Politični sistem po Eastonu



Vir: Easton (1965, 32).

Eastonovo delo je nadaljeval Gabriel A. Almond, ki je deloval pod vplivom Maxa Weberja in Talcotta Parsonsa. Almond pravi, da je političen sistem tisti sistem interakcij, ki ga najdemo v vseh neodvisnih družbah in izvaja funkcijo integracije ter adaptacije (tako notranje kot vis-a-vis drugim družbam) z uporabo ali grožnjo uporabe bolj ali manj legitimne fizične prisile. Politični sistem je legitimen sistem v vsaki družbi, ki v njej ali ohranja red ali prinaša spremembe. Izraz »bolj ali manj« legitimen uporabi zato, ker ne želi izključiti totalitarnih političnih sistemov, kjer je legitimnost vprašljiva, revolucionarnih političnih sistemov, kjer se baza legitimnosti političnega sistema šele gradi, in ne-zahodnih političnih sistemov, kjer je lahko operativnih več legitimnih političnih sistemov hkrati (Almond 1970).

Politični sistem običajno opravlja funkcije ohranjanja integracije družbe, prilagajanja in spreminjanja elementov pripadnosti, verskih in gospodarskih sistemov, zaščite integritete političnega sistema pred zunanjimi nevarnostmi ali širitve v druge družbe ter konfrontacijo z njimi (Almond 1970).

Almond (1970, 11) izpostavlja štiri značilnosti političnih sistemov:

1. vsi politični sistemi imajo politične strukture, se pa te med seboj razlikujejo po stopnji in obliki strukturne specializacije;
2. v vseh političnih sistemih se izvajajo iste funkcije, ki pa jih lahko opravljajo različne politične strukture različno pogosto;
3. vse politične strukture so večfunkcionalne;
4. vsi politični sistemi so mešani sistemi v kulturnem smislu – ni samo čisto moderne ali čisto tradicionalne kulture in strukture.

Ne obstaja družba, ki bi ohranjala notranji in zunanji red brez politične strukture – t. i. legitimnih vzorcev interakcij za ohranjanje reda.

3.1.1 Funkcije političnega sistema

Almond (1970, 26–58) področje političnega sistema opredeljuje s pomočjo treh sklopov funkcij – to so sistemske funkcije, procesne funkcije in policy funkcija.

Sistemske funkcije niso neposredno vključene v izvrševanje in oblikovanje politik, vendar pa so bistvenega pomena za oblikovanje in delovanje političnega sistema. Sistemske funkcije so sestavljene iz:

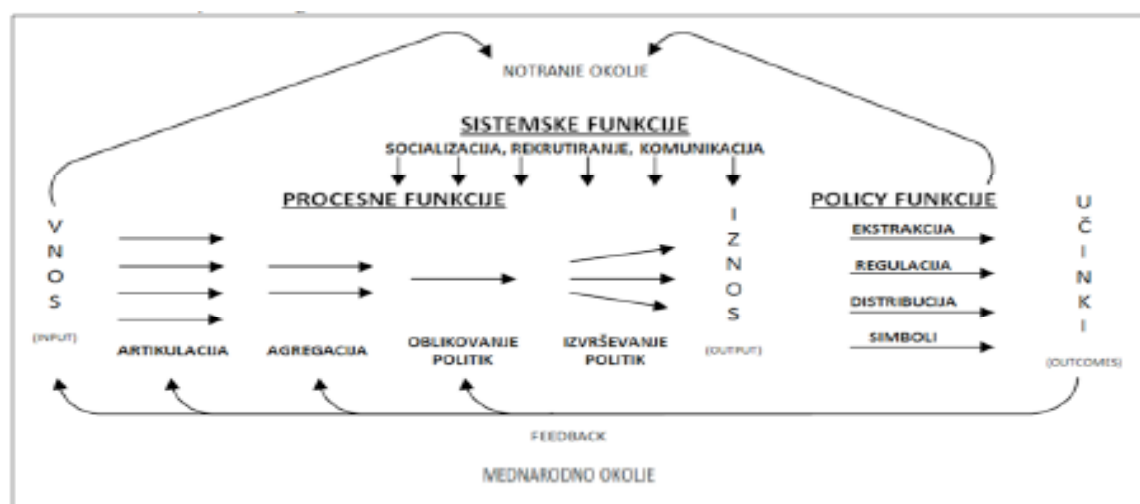
- *politične socializacije*, ki poteka v okviru formalnih in neformalnih družbenih institucij kot so družina, šola, cerkev, interesne in politične institucije, mediji ipd in služi za razvoj temeljnih stališč o političnemu sistemu in temeljnih meril za ocenjevanje političnih vlog. Politična socializacija pomembno vpliva na oblikovanje posameznikovega odnosa oziroma stališča do politike;
- *političnega rekrutiranja/kadrovanja*, ki uvaja državljane v specializirane politične vloge. Gre za izbiranje aktualnega kadra za opravljanje vodilnih funkcij v političnem sistemu, in
- *politične komunikacije* v obliki sistema medijev za prenos informacij iz družbe v politiko in obratno.

Procesne funkcije so faze političnega procesa in so nujne za oblikovanje in izvrševanje javnih politik političnega sistema.

Procesne funkcije so:

- *artikulacija interesov*, gre za mehanizme izražanja potreb in interesov državljanov in skupin ter možnosti, da izraženi interesi postanejo del procesa odločanja;
- *agregacija interesov* kot povezovanje oziroma združevanje zahtev oziroma izraženih interesov posameznikov ali skupin in njihovo vključevanje v politični sistem, npr. preko političnih strank ali interesnih skupin);
- *avtoritativno oblikovanje politike* ali izbira ene alternative, in
- *implementacija* oziroma izvrševanje izbrane alternative – politike.

Slika 3. 2: Model političnega sistema po Almondu



Vir: Birlé in Wagner (1994, 119).

Kot je razvidno iz Slike 3.2 sistem od okolja sprejema zahteve in podporo, kar predstavlja njegov vnos. Le-tega predela in ga nato vrne okolju kot iznos. Vnosi in iznosi pomenijo menjavo med okoljem in sistemom, proces predelave pa je stvar političnega sistema samega. Funkcije vnosa (sistemske in procesne funkcije) vključujejo politično socializacijo in rekrutacijo, artikulacijo in agregacijo interesov ter politično komuniciranje, funkcije iznosa (policy funkcije) pa so oblikovanje pravil, uporaba pravil in njihovo spreminjanje oziroma presojanje (Ferfila 2006).

3.1.2 Policy funkcije političnega sistema

Izvrševanje politik ali iznos poteka v obliki policy funkcij, ki se nanašajo predvsem na implementacijo političnega sistema v obliki regulacije vedenja in razdelitev koristi in storitev med različne skupine v družbi (Jakše 2005). Gre za udejanjanje sprejetih politik preko izdajanja izvršilnih predpisov, določanja financiranja, zagotavljanja potrebne podpore v osebju in tako dalje (Brezovšek in Haček 2012), torej za iznose (output) političnega sistema – sprejemanje, razlago in uporabo pravil. Nekateri iznosi so vidni in očitni (npr. sprejetje odločitve o oborožitvi države z raketami dolgega dosega, financiranje nakupa in usmeritev raket proti sovražni državi), velikokrat pa je iznose težko identificirati, saj se lahko manifestirajo v zaupnih politikah, prikritih dejanjih ali celo kot nedelovanje/nesprejemanje odločitev, kar vodi v nadaljevanje obstoječe delitve koristi in storitev med različne skupine v družbi (Danziger 1996, 151).

Almond in Powell (1992, 108–114) govorita o štirih vrstah upravljavskih učinkov političnega sistema oz. o štirih vrstah delovanja politike na celoten družbeni sistem:

- *ekstraktivni (pridobivanje virov)*: pridobivanje sredstev, s katerimi razpolaga politični sistem (denar, dobrine, storitve, ljudje ...). Politični sistem črpa vire za svoje delovanje iz okolice. Danes je najpomembnejša oblika vladnega pridobivanja virov obdavčenje in zadolževanje države pri državljanih;
- *Distributivni (delitev virov)*: oblika in način razdeljevanja dobrin in služb ter določanje, katere skupine so pri tem zapostavljene, katere pridobivajo na pomenu (kaj, kako in komu dati). Delitveno vlogo opravljajo vladni oddelki, ministrstva in odbori, ki dajejo različne dobrine posameznikom ali skupinam;
- *regulativni (uravnavanje vedenja)*: domet državno oblikovanih zahtev do družbe ter pozitivne in negativne spodbude za doseg ustreznega obnašanja posameznikov in skupin;
- *simbolični performans (simbolične predstave)*: učvrstitev identitete s pomočjo zunanjih oblik za povečanje integracijske sposobnosti političnega sistema (politični govori, simboli, državni prazniki ...).

Implementacija poteka pod vplivom notranjih in zunanjih akterjev, kar lahko povzroči, da pride do različnih učinkov (outcomes).

3.2 Policy kot javna politika

Pojem policy je rezultat etimološkega razvoja besede s koreninami v stari grščini (polis-mesto/država), sanskrtu (pur-mesto) in latinskih jezikih (politia – država). Beseda »politia« je imela velik vpliv na evropske jezike, iz nje se je neposredno razvila tudi beseda »policie«. Vse besede, ki so se razvile iz besed »politia« ali »politie«, so povezane z javnimi zadevami in vladno administracijo. Vendar pa je samo v angleško govorečih deželah prišlo do natančnega pomenskega razlikovanja med »polity«, »politics« in »policy« (Fink Hafner 2007).

Razločevanje treh pomenov politike se v slovenskem jeziku ni razvilo. Njihov pomen je:

- *polity* – politične ustanove (institucionalne strukture, politična telesa – država in njeni podrejeni deli, institucije ipd.);
- *politics* – politika kot boj za oblast (politični procesi, dejanja – strankarski razkol ...);
- *public¹ policy* – javne politike (politične vsebine – zdravstvena, gospodarska politika ipd.).

Tako polity kot politics igrata pomembno vlogo pri preučevanju spreminjanja politik (policies) in njihovih razlik med državami, saj sta pomembna dejavnika, ki vplivata na njeno oblikovanje (Knill in Tosun 2012).

V slovenščini nimamo besede, ki bi v celoti zajela pomen besede policy, zato se beseda prevaja večinoma le, kadar s pridevniki opisujemo zvrst politike kot »policy« (javna, zdravstvena, evropska ipd.) Drugače se beseda ne prevaja, ampak se uporablja kar pojem »policy«.

Policy kot javna politika je sestavljena iz iznosov (outputs) političnega procesa in odraža vpliv politične oblasti na družbo.

¹ Pridevnik »public« (javna) je pomemben, ker se pojem policy brez pridevnika »public« uporablja tudi za opis osebnih načel, zavestne usmeritve oziroma delovanja zasebnih družbenih enot ali organizacij (Fink Hafner 2007).

Heywood (1997, 382) jo definira kot:

Policy oz. politika je v širšem smislu akcijski načrt sprejet s strani posameznika, skupine, podjetja ali vlade. Označiti nekaj kot politiko pomeni, da je bila sprejeta formalna odločitev, ki opredeljuje uradne sankcije za določeno vrsto dejanj. Na javno politiko lahko zato gledamo kot na uradne ali izražene odločitve državnih organov. Vendar pa politiko razumemo predvsem kot povezavo med namerami, dejanji in rezultati. Na nivoju namer se politika odraža v naravnosti vlade (kaj vlada govori, da bo naredila). Na nivoju dejanj se politika odraža v obnašanju vlade (kaj vlada dejansko naredi). Na nivoju rezultatov se politika odraža v posledicah vladnih dejanj (vpliv države na širšo družbo).

V znanstveni literaturi obstaja splošen konsenz, da lahko javno politiko definiramo kot ukrepanje (ali neukrepanje) vlade ali zakonodajnega telesa v zvezi z določeno zadevo oziroma temo ali problemom. Ta definicija izpostavlja dve značilnosti javne politike: (1) javna politika se nanaša na dejanja javnih akterjev (parlamentov, vlad, uradov, agencij), čeprav imajo tudi drugi družbeni akterji določeno vlogo pri sprejemanju odločitev, in (2) vladno delovanje je usmerjeno na določeno zadevo, kar nakazuje, da je nabor aktivnosti namenjen reševanju določenega področja ali problema (Knill in Tosun 2012, 4–5).

Fink Hafnerjeva (2007, 15) v svoji definiciji javne politike posebej izpostavi tudi pravila obnašanja in sankcije:

Javne politike so politične odločitve oziroma uradna pravila obnašanja, ki so zavezujoča na teritoriju, ki ga upravlja in nadzoruje pristojna državna avtoriteta. Odločanje o javnih politikah je monopol političnih odločevalcev, ki odločajo tudi o uporabi inštrumentov in mehanizmov za izvajanje javnih politik. Ti vključujejo pozitivne in negativne sankcije in tudi prisilo, s katero politični odločevalci vplivajo na obnašanje ljudi in organizacij v določeni teritorialno politični enoti. O javnih politikah odločajo politični odločevalci v ustanovah političnega sistema.

Javna politika je torej vse, kar se je vlada odločila narediti oziroma ne narediti. Javne politike lahko tako nadzirajo obnašanje, organizirajo javno upravo, distribuirajo koristi, pobirajo davke – ali vse to naenkrat (Dye 2002).

Če povzamemo, je za javno politiko značilno (Birkland 2005, 17), da:

- se izvaja v imenu javnosti,
- jo pretežno oblikuje in vodi vlada,
- jo tolmačijo in izvajajo državni, javni in zasebni akterji,
- odraža željeno dejavnost vlade,
- odraža izbiro vlade o tem česa ne bo storila.

3.2.1 Oblikovanje javne politike

Čeprav oblikovanje politike (policy making) zajema tudi dejanja sprejemanja in implementacije politike, je sprejemanje odločitev in zaključkov njena glavna značilnost. Vendar je težko natančno dognati, kako in zakaj so bile odločitve sprejete. Zato je bilo razvitih več teorij oz. različnih modelov policy analize.

Dye (2002, 11–27) navaja naslednje:

- *institucionalni* (politika kot institucionalni iznos; javna politika je avtoritativno oblikovana, implementirana in vsiljena s strani vladnih institucij);
- *procesualni* (ne preučuje vsebine politike, ampak proces, preko katerega je javna politika oblikovana in implementirana ter kako se spreminja);
- *racionalni* (racionalna politika dosega »maksimalne družbene koristi«. Vlade bi morale izbirati tiste politike, ki prinesejo družbene koristi, ki presegajo vložek);
- *inkrementalni* (javna politika je nadaljevanje preteklih vladnih aktivnosti z manjšimi prilagoditvami. Zaradi pomanjkanja časa, informacij in denarja politikom preprečuje identifikacijo vseh alternativ in njihovih posledic ob implementaciji. Zato politiki v veliki večini sprejmejo legitimnost obstoječih programov in tiho pristanejo na njihovo nadaljevanje z uvedbo manjših sprememb);
- *interesno skupinski* (interakcija med skupinami je osrednji faktor oblikovanja politike. Posamezniki so pomembni samo kadar nastopajo kot del skupine ali v imenu skupinskih interesov. Skupina je glavna povezava med posameznikom in vlado, politika pa je v svojem bistvu boj med skupinami za vpliv na oblikovanje javne politike);
- *elitni* (javna politika kot zbir vrednot in izbire elite. Ljudje so apatični in slabo obveščeni o javnih politikah, ki jih dejansko oblikujejo elite);
- *javne izbire* (politika kot kolektivno odločanje vase zagledanih posameznikov. Vsi politični akterji stremijo k maksimiziranju zadovoljevanja lastnih potreb in vrednot tako

kot se to dogaja na trgu. Tako posamezniki nastopajo skupaj na političnem parketu iz istega razloga kot na trgu – zaradi skupne koristi);

- *teorije iger* (politika kot racionalna izbira v tekmovalnem okolju. Odločevalci so vpleteni v odločitve, ki so soodvisne. Odločitve je potrebno sprejemati tudi na podlagi ocene kaj bodo naredili drugi udeleženci).

Zgornjih modelov pa ne moremo jemati kot konkurenčne, ali jih oceniti kot boljše in slabše, kajti vsak od modelov nudi svoj pogled na politično življenje in fokus na različne značilnosti javnih politik.

Za razumevanje procesa oblikovanja javnih politik so politologi razvili t.i. procesualni model, ki temelji na razumevanju procesa kot zaporedja časovno ločenih in vsebinsko različnih faz, ki se odvijajo znotraj političnega sistema (Fink Hafner 2007).

V literaturi najpogosteje naletimo na 4 faze političnega procesa, ki so povezane v t.i. politični cikel (policy cycle). Kot navajajo Heywood (1997, 386–392) ter Knill in Tosun (2012, 9–10) so te štiri faze:

- *definicija problema in določanje dnevnega reda*: ta faza je ključna, ker postavlja politično agendo s tem, ko definira določeno zadevo kot problem, in določa, kako naj se ta problem obravnava. Politika ima lahko svoj izvor kjerkoli v političnem procesu – lahko se začne od zgoraj (politični voditelji, agencije, uradi ipd.) ali pa vzkljuje kot posledica pritiska javnega mnjenja, množičnih medijev, interesnih skupin itd., torej od spodaj. Bolj ko je politični sistem demokratičen in pluralen, več politik izvira od spodaj;
- *oblikovanje in sprejetje politike*; ta faza ne zajema samo preoblikovanje množice predlogov v specifična in podrobna priporočila, ampak služi tudi kot filter za predloge in celo za ponovno presojo o njihovi relevantnosti. Glavna značilnost te faze je, da bistveno zmanjša spekter akterjev, ki so vključeni v politični proces. Omeji ga namreč na »insajderje«, torej tiste, ki so ali del vladnega ustroja ali pa imajo institucionalno dostop do njega. V demokratičnih sistemih to pomeni, da je prispevek politikov k sprejemanju politike postranski kljub temu, da sprejemajo končne odločitve, saj večino dela opravijo vladni birokrati;
- *implementacija politike*; implementacija ni nekaj samoumevnega, saj se pogosto dogaja, da se politika ne udejanja kot je bilo predvideno oziroma ne izpolnjuje svojega namena zaradi pomanjkanja enotnosti učinkovitega nadzora od zgoraj in (namerne) neposlušnosti

državnih uslužbencev, ki dejansko izvajajo in nadzirajo izvajanje politike na ravni prebivalstva;

- *vrednotenje politike*. Politični proces doseže vrhunec z vrednotenjem in revidiranjem politike, kar naj bi vodilo k sprejemanju odločitve o vzdrževanju, nadgradnji ali ukinitvi politike. To je faza, ki naj bi kot povratna informacija vodila v ponoven izvor in oblikovanje politike. Žal pa vlade, kljub očitnemu velikemu pomenu za celoten politični proces, niso naklonjene zagotavljanju sredstev za vrednotenje obstoječih politik.

Tabela 3. 2: Faze oblikovanja javne politike

PROCES	AKTIVNOST	UDELEŽENCI
Identifikacija problema	Publiciteta družbenih problemov Izražanje zahtev po vladnih ukrepih	Množični mediji Interesne skupine Civilne iniciative Javno mnenje
Določitev političnega dnevnega reda	Odločitve o čem se bo odločalo, kateri problemi bodo obravnavani strani vlade	Množični mediji Elite, vključno s predsednikom Parlament Politične stranke Kandidati ministre
Oblikovanje alternativnih rešitev problema	Oblikovanje predlogov javnih politik za reševanje zadev in zajezev problemov	Vladni uradniki Parlamentarni odbori Interesne skupine Skupine strokovnjakov (Think tanks)
Uzakonitev (legitimacija) javne politike	Izbira predloga Oblikovanje politične podpore Uzakonitev Odločanje o njegovi ustavnosti	Vlada Parlament Sodstvo
Izvajanja (implementacija) javne politike	Organizacija uradov in agencij Zagotavljanje storitev in izplačil Pobiranje davkov	Vlada Uradi in agencije
Vrednotenje (evalvacija) učinkov javne politike	Poročanje o iznosih (outputs) vladnih programov Ocenjevanje vplivov javnih politik na ciljne in neciljne skupine Predlaganje sprememb in reform	Vladni uradi in agencije Parlamentarni odbori Množični mediji Skupine strokovnjakov (Think tanks)

Vir: Dye (2002, 32–33).

V Tabeli 3.2 lahko vidimo faze oblikovanja javne politike. V realnosti se te aktivnosti redko pojavljajo v danem zaporedju, korak za korakom. Pogostejše je proces sprejemanja politik spontan, aktivnosti se med seboj prekrivajo oziroma prehajajo ena v drugo, različni akterji so vpleteni v različne aktivnosti hkrati, celo pri oblikovanju politike na istem področju. Vendar pa je za analitične potrebe razumevanja *kako* se politike oblikujejo lažje razdeliti celoten proces sprejemanja politik na posamezne korake.

3.2.2 Zvrsti javnih politik

Javne politike razlikujemo med seboj na podlagi različnih kriterijev (Fink Hafner 2007, 16). Najpogostejše so imenske (nominalne) kategorije:

- *področja*, na katera posegajo (kmetijska, zdravstvena, energetska politika itd.);
- *ciljne skupine* (begunska, družinska, mladinska; družbene skupine, na katere želi država vplivati oz. pomagati reševati njihov družbeni položaj s svojim vpletanjem);
- *institucionalni okvir* (glede na to kdo politiko oblikuje in na katerem političnem teritorialnem področju velja, lahko govorimo na primer o občinski, nacionalni, skupni evropski politiki ipd.);

Lahko jih pa razlikujemo tudi glede na (1) njihove učinke (Fink Hafner 2007, 16–17):

- *urejevalne (regulativne)* – z njimi država določa pravila vedenja in nadzora;
- *razdelitvene* – z njimi država razdeljuje svoje vire;
- *prerazporeditvene (redistributivne)* – z njimi država prerazporeja delitve obstoječih virov. So najbolj konfliktna, gre pa za redistribucijo dobrin med političnimi enotami, med generacijami, med razredi, sloji itd.;
- *ustanovne (konstitucijske)* – z njimi država ustanavlja nove ali reorganizira stare ustanove;

ali glede na (2) njihovo kakovost (Fink Hafner 2007, 17):

- *materialne politike* (različne oblike in načini finančnih procesov ter zagotavljanje materialnih dobrin kot so na primer socialna pomoč, davki, subvencije, gradnja infrastrukture z državnimi sredstvi, pomoč državljanom v stvarnih dobrinah ...);
- *nematerialne politike* (določanje pravil obnašanja in ponujanje določenih storitev kot na primer delovno-zaščitni predpisi, odvoz smeti, socialno psihiatrične storitve).

3.2.3 Politični akterji v procesu oblikovanja javnih politik

Politični akterji so posamezniki ali skupinske entitete (kolektivi, združenja, korporacije), ki imajo določeno politično preferenco in jo želijo uveljaviti preko sodelovanja v procesu oblikovanja javne politike. Njihove vloge ter značilnosti so odvisni predvsem od oblike in značilnosti političnega sistema. Čeprav se lahko pojavi tudi vpliven posameznik, pri oblikovanju politik praviloma sodelujejo kolektivni akterji ali organizacije.

Da bi razumeli, kako akterji vplivajo na javno politiko, moramo razumeti njihove (Knill in Tosun 2012, 56):

- *zmogljivosti* (sredstva, ki jih imajo na voljo za vplivanje na potek sprejemanja politike oz. za usmerjanje procesa oblikovanja politike v smer, ki jo preferirajo);
- *percepcije* (glede na to kako akterji gledajo na oz. dojemajo določen problem, bodo preučili možne rešitve in se opredelili katera je za njih najbolj sprejemljiva);
- *preference* (tukaj lahko razlikujemo med javnimi in privatnimi akterji – glede na to ali delajo v državnem ali zasebnem interesu).

a. Izvršilna oblast

Ko govorimo o izvršilni oblasti kot akterju, govorimo o ljudeh, ki jo sestavljajo. V parlamentarnem in polpredsedniškem političnem sistemu sestavljajo izvršilno oblast premier in ministri, ki sestavljajo vlado. Število in pomembnost ministrstev so od države do države spreminja, prav tako vpliv predsednika vlade oz. moč, ki jo ima nad ministri. Ministrstva morajo biti oblikovana tako, da uživajo podporo parlamenta. Zato se oblikujejo enostrankarske ali koalicijske vlade. Manevrski prostor vlade pri oblikovanju zakonodaje se veča z manjšanjem števila koalicijskih partnerjev (Knill in Tosun 2012).

Pri predsedniškem političnem sistemu obstoj izvršilne oblasti ni odvisen od večinske podpore zakonodajnega telesa, ki ga potrebujejo »le« za potrjevanje zakonov, ki jih predlaga predsednik. Znotraj izvršilne oblasti je predsednik suveren in se avtonomno odloča o tem, kakšno vlogo oziroma vpliv pri njegovih odločitvah bodo imeli člani njegovega kabineta. Zato je v predsedniških političnih sistemih celoten proces oblikovanje javnih politik bolj neposredno odvisen od preferenc enega človeka (Knill in Tosun 2012).

Vlada ima nalogo usmerjanja, urejanja ali nadzorovanja zadev in procesov, ki zadevajo državljane, hkrati pa mora poskrbeti za stabilnost v družbi in jo vzdrževati (Miller, 1987). Torej je njena naloga usmerjati nacionalno politiko, nadzorovati njeno izvrševanje in zagotavljati njeno podporo.

b. Zakonodajna oblast

Zakonodajna oblast v procesu oblikovanja javnih politik izvaja tri osnovne funkcije (Kreppel 2008, 125–128):

- *kot predstavniki ljudstva zagotavljajo legitimnost političnega sistema*, pri tem pa je pomemben občutek državljanov, da so zastopani njihovi interesi;
- *ima nadzor in pregled nad delom izvršilne oblasti*. V predsedniškem sistemu je sicer nadzor zelo omejen, ker izvršilna oblast ne izhaja iz zakonodajne in ji ne odgovarja. Vendar pa ima tako v predsedniškem kot parlamentarnem sistemu zakonodajna oblast pregled nad javnimi politikami, saj ima številna orodja monitoringa dela izvršilne oblasti, kot so to parlamentarni odbori, preiskovalne komisije, interpelacije ipd., oziroma neposredno s sprejemanjem proračuna;
- *potrjuje zakone*. V praksi je sicer izvršilna oblast tista, ki dominira v procesu oblikovanja politike, vendar zakonodajna oblast ostaja akter oblikovanja politike s podajanjem mnenja o predlagani politiki s strani izvršilne oblasti, z vlaganjem veta, z oblikovanjem predlogov itd. (odvisno od političnega sistema).

Pri tem je potrebno izpostaviti, da se funkcije različno udejanjajo glede na politični sistem. Pri parlamentarnem in polpredsedniškem sistemu je zaradi povezave med parlamentarno večino in izvršilno oblastjo tveganje za konflikt med obema vejama oblasti bistveno manjše, medtem, ko je v predsedniškem sistemu zaradi jasne delitve predsedniške funkcije in funkcije Kongresa kongresa konflikt bolj verjeten.

Zakonodajna oblast ima različen vpliv na proces oblikovanja javne politike (Mezey, 1979):

- *aktivni vpliv* (aktivno in avtonomno oblikuje javno politiko – primer: Kongres v ZDA);
- *reaktivni vpliv* (reagira in skuša vplivati na politiko, ki jo oblikuje vlada – primer: westminstrski parlamentarni sistem);

- *marginalni vpliv* (manj pomemben partner pri oblikovanju javne politike. Vlada jo nadzoruje v tolikšni meri, da je njen prispevek v procesu oblikovanja javne politike neznaten – primer: poljski Sejm pred 1989);
- *minimalni vpliv* (značilnost držav »tretjega sveta«, kjer je vloga zakonodajne oblasti zagotavljanje legitimnosti režima – primer: Malawi).

Vloga zakonodajne veje oblasti pri procesu oblikovanja javne politike je torej odvisna od političnega sistema države oziroma delitve moči med posameznimi vejami oblasti.

c. Sodna oblast

Sodna oblast je tretja veja državne oblasti, ki uveljavlja pravno državo s tem, da zagotavlja skladnost sprejetih zakonov z ustavo in skrbi, da se kršitve zakonov sodno sankcionirajo. V preteklosti sodišča niso igrala pomembne vloge pri oblikovanju politike, dokler ni začela večinoma parlamentarna manjšina (opozicija) strateško izkoriščati orodje ustavne presoje predlaganih ali sprejetih zakonov. Sodstvo lahko tako razveljavi zakon oziroma ga razglasi za neustavnega. Moč sodne oblasti nad procesom oblikovanja politike je torej v interpretaciji in uporabi ustave in zakonov. Poleg tega sodišča s svojimi razsodbami vplivajo tudi na določanje političnega dnevnega reda in lahko v določenih političnih sistemih prepovejo določenim akterjem sodelovanje pri sprejemanju politike. Na koncu pa je potrebno opozoriti tudi na to, da lahko sodišča zaradi političnih preferenc sodnikov dajejo prednost predlogom določene politične opcije v državi (Knill in Tosun 2012).

d. Javna uprava (angl. Bureaucracy)

Pri implementaciji javnih politik je izvršilna oblast odvisna od birokratskega stroja, ki ga sestavlja množica uradnikov, ki so med seboj v hierarhičnem odnosu (Kettl 2008). Uradniki niso vpleteni samo v implementacijo javnih politik ampak tudi v proces oblikovanja javnih politik, saj posedujejo potrebna postopkovna in specialistična znanja s področja posameznih javnih politik. V tem se skriva njihova moč vplivanja na proces oblikovanja javne politike, saj razpolagajo z informacijami in se sami odločajo katere možnosti bodo predstavili politikom in s tem vplivali na njihove odločitve.

Poznamo več tipov javnih uprav ali »birokracij«, ki imajo različen vpliv na oblikovanje javnih politik (Echebarría in drugi 2006, 71-73):

- *klientelistična birokracija*, kjer so posamezniki imenovani na podlagi njihove politične lojalnosti. Za tak klientelistični birokratski ustroj je značilna nizka avtonomnost in tehnična zmogljivost uradnikov. Gre za podaljšano roko politične stranke na oblasti. Njena vloga pri oblikovanju in implementaciji politike je zanemarljiva, razen na operativnem nivoju osnovnih in rutinskih nalog;
- *meritokratska birokracija*, kjer so posamezniki imenovani na podlagi svojega znanja in izkušenj. Za tak birokratski ustroj je značilna visoka stopnja avtonomnosti in tehničnih zmogljivosti uradnikov. Tovrstna birokracija izraža strokovna mnenja in je aktivna v procesu oblikovanja javnih politik. Je pomemben akter pri ohranjanju stabilnosti javnih politik in njihove usmerjenosti v javno dobro. Zato je bolj usmerjena v oblikovanje politik kot v njihovo implementacijo. Pogosto zahteva avtonomijo v odločanju, kar lahko vodi v konflikte z drugimi deli izvršilne oblasti;
- *administrativna birokracija*, kjer je avtonomnost uradnikov relativno visoka, vendar je njihova tehnična zmogljivost nizka. Predvsem gre za aparat, ki izvaja administrativne funkcije na osnovi formalnih pravil ocenjevanja delovne uspešnosti, ki pa niso uporabljena v praksi. Zaposlovanje uradnikov temelji bolj na podlagi politične pripadnosti kot pa na podlagi njihovih profesionalnih izkušenj in znanj, vendar pa imajo kljub temu dokaj visoko stopnjo varnosti zaposlitve. Zaradi naštetih razlogov je njihova stopnja kompetence in usmerjenost k visoki produktivnosti nizka. Tovrstna birokracija nima sposobnosti, da bi igrala pomembno vlogo v procesu sprejemanja javnih politik, zato tudi ne more vplivati na procese odločanja. Nekaj pomena ima pri implementaciji, vendar bolj v smislu birokratizacije – uvajanja pravil in procesov – kot pa dejanskega izvajanja;
- *paralelna birokracija* (tehnični ali projektni timi) z nizko stopnjo avtonomnosti in visoko stopnjo tehnične zmogljivosti. Gre za pogodbene strokovnjake, menedžerje, ki običajno niso del stalnega birokratskega ustroja države in so najeti zaradi svojega specialističnega znanja, da bi s tem zadovoljili določene tehnične zahteve. V določenih primerih imajo timi najetih strokovnjakov odločilno vlogo pri sprejemanju javnih politik na posameznih področjih, lahko so tudi desna roka vrha izvršilne oblasti, lahko pa se samo osredotočajo

na zagotavljanje izvajanja določene javne politike, projekta ali javnih storitev. Ker ostajajo izolirani in omejeni na ozka področja, imajo majhen vpliv na proces oblikovanja javnih politik.

Demokratske države se sicer v zadnjih letih trudijo, da bi z reformami svojo birokracijo približale meritokratskemu tipu, vendar kljub sprejetju novih zakonov na področju javne uprave ti zakoni velikokrat niso uspešno implementirani zaradi političnih faktorjev (politično kadrovanje je še vedno oblika »politične valute«) in fiskalnih faktorjev (zaradi inflacijskega tveganja povezanega z reformo zaposlovanja v javnem sektorju).

e. Politične stranke

Politične stranke opravljajo funkcije, ki so ključnega pomena za delovanje sodobnih držav, še posebno današnjih demokracij. Njihova najpomembnejša funkcija je komunikacijska vez med vladajočimi in vladanimi. Poleg tega delujejo tudi kot sredstvo informiranja, izobraževanja in vplivanja na javno mnenje (Beslin in drugi 1992).

Če se osredotočimo neposredno na proces oblikovanja politike, je vloga političnih strank, da vplivajo na ideje in prepričanja državljanov o javnih politikah in s tem vplivajo na njihove volilne odločitve, saj te vplivajo na moč določene stranke na področju zakonodajne in/ali izvršilne oblasti. Opcije, ki jih politične stranke ponujajo volivcem, so močno zaznamovane s temeljnimi načeli in ideologijo strank. Kako močno stranke vplivajo na proces oblikovanja politike pa je predvsem odvisno od strukture političnega sistema (dvo- ali večstrankarski sistem), od politične podpore volivcev in od intenzivnosti strankarskega povezovanja z interesnimi skupinami in/ali drugimi strankami.

Tabela 3. 3: Funkcije političnih strank

Koordinacija	- ohranjanje discipline in komunikacije znotraj parlamentarne skupine - kooordiniranje delovanja parlamentarne skupine pri podpori ali nasprotovanju vladnim predlogom - organiziranje političnih aktivnosti za svoje podpornike - strukturiranje povezav med nosilci javnih funkcij in organiziranimi podporniki med državljani
Vodenje volilnih kampanj in oblikovanje konkurence	- zagotavljanje kandidatov in povezovanje posameznih kandidatov s prepoznavnimi simboli, zgodovino in pričakovanim timsko usmerjenim obnašanjem - oblikovanje političnih programov - rekrutacija in organizacija delavcev v okviru volilnih kampanj
Izbira in rekrutiranje osebja	- izbira volilnih kandidatov - rekrutacija in/ali izbira primernih kandidatov za politične funkcije v državi - rekrutacija in socializacija političnih aktivistov in potencialnih kandidatov za politične funkcije - integracija novih državljanov v obstoječ politični sistem
Zastopanje	- zastopanje članov in podpornikov znotraj vladnih teles - organizacijsko utelešenje na področju politične sfere demografsko ali ideološko določenih kategorij državljanov

Vir: Katz (2011, 223).

V Tabeli 3.3 lahko vidimo glavne funkcije političnih strank, ki so koordinacija, vodenje volilnih kampanj, izbira in rekrutiranje osebja in zastopanje.

f. Interesne skupine

Interesne skupine so organizacije (nevladne organizacije, lobiji, interesna združenja ipd.), ki dajejo vladi predloge zaradi želje po večji skladnosti javnih politik z njihovimi interesi. Razlikujemo med zasebnimi in javnimi interesnimi skupinami. Zasebne interesne skupine običajno zastopajo interese posameznikov, ki želijo vplivati na javne politike, da bi delovale v skladu z njihovimi ozkimi (običajno ekonomskimi) interesi. Javne interesne skupine pa v veliki večini zastopajo interese širše populacije, ne le interesov njihovih članov. Njihove aktivnosti so intenzivne predvsem na okoljskem področju, na področju človekovih pravic, miru, enakosti spolov ipd.

Erne (2011, 268–270) navaja štiri načine vplivanja interesnih skupin na oblikovanje javnih politik: (1) notranje lobiranje, ki temelji na poznanstvih med člani interesnih skupin in politiki, (2) zunanje lobiranje, ki vključuje medijsko aktivnost in kampanje v podporo ali proti določeni politiki, (3) vlada zasebnih interesov, kjer zasebne interesne skupine sprejemajo zakonsko obvezujoče odločitve in (4) oblikovanje struktur za politično izmenjavo z odločevalci, kjer interesne skupine dobijo dostop do procesa oblikovanja politike, vendar morajo dati odločevalcem nekaj v zameno (običajno znanja, ekspertize, garancijo za doseg konsenza ipd.). Vse interesne skupine v tem primeru nimajo enakih možnosti, saj je ta odvisna od sredstev, ki so na voljo za menjavo. Zato na tem področju prevladujejo delavske ali gospodarske interesne skupine.

g. Strokovnjaki

S tem pojmom označujemo posameznike ali skupine, ki lahko vplivajo na oblikovanje javnih politik zaradi informacij, ki jih zagotavljajo odločevalcem. Za razliko od interesnih skupin strokovnjaki nimajo političnih interesov, njihov cilj je zagotavljanje nepristranskih podatkov, znanja, potrebnega za oblikovanje učinkovitih javnih politik.

3.2.4 Ocenjevanje in omejitve javnih politik

Pri ocenjevanju javnih politik se ne smemo omejiti samo na uspešnost doseganja postavljenih ciljev določene javne politike in vladnih aktivnosti (iznosov ali angl. »outputs«), ampak na celotni zbir posledic, torej na *učinek* (angl. »policy impact«) javne politike. Merjenje iznosov je pomembno pri opisovanju javne politike in razlaganju njenih determinant, pri ocenjevanju učinka pa moramo identificirati spremembe v družbi, ki so povezane z vladnimi ukrepi. Dye (2002, 313) pravi, da so učinek javne politike vsi njeni vplivi na situacijo v realnem svetu:

- vpliv na ciljno situacijo ali skupino;
- vpliv na neciljno situacijo ali skupino (angl. »spillover effect«);
- vpliv na bodoče in trenutne razmere;
- neposredni stroški v smislu virov namenjenih politik;
- posredni stroški vključno z oportunitetnimi stroški ostalih področij.

Takojšnje in prihodnje koristi in stroški morajo biti merjeni na simbolični in dejanski ravni. Simbolična raven zadeva percepcijo posameznikov o vladnih ukrepih in njihov odnos do letih. Posamezniki, skupine in celotne družbe pogosto ocenjujejo javne politike po kriteriju dobrega namena namesto po dejanskih oprijemljivih dosežkih (Dye 2002, 55).

Pri preučevanju javnih politik Dye (2002) opozarja, da se moramo zavedati tudi njihovih omejitev in vpliva političnega sistema na njihove vsebine, saj:

- V določenih primerih sama definicija družbenega problema onemogoča njihovo rešitev. Če je problem definiran v relativnem in ne v absolutnem smislu, se lahko zgodi, da ga javna politika nikoli ne bo mogla rešiti. Relativno neskladje v družbi ne more biti odpravljeno. Tudi neznatno ima lahko še vedno veliko simbolno vrednost.
- Pričakovanja lahko vedno presežejo zmožnosti vlade. Napredek na področju določene javne politike lahko vedno povzroči povečanje pričakovanj.
- Politike, ki rešijo problem določene skupine ali družbe, lahko povzročijo novega v drugi skupini ali družbi, kar predstavlja velik izziv vladam pluralnih družb.
- Določenih družbenih sil ni mogoče zaježiti tudi če je to zaželeno. Vlade ne morejo zaustaviti določenih družbenih sprememb.
- Ljudje se pogosto prilagodijo javnim politikam in jim na ta način odvzamejo učinkovitost.
- Družbeni problem ima lahko več vzrokov; v takih primerih niti dobra javna politika ne more rešiti problema sama.

- Rešitev določenega problema lahko vodi v porabo sredstev, ki so je višja kot cena samega problema. V vsaki družbi tako obstajajo problemi, ki so enostavno predragi, da bi jih reševali.
- Politični sistemi niso zasnovani tako, da bi dovoljevali izključno racionalne odločitve. Reševanje družbenega problema večinoma zahteva racionalni model, vendar pa vlade niso zmožne pristopiti k reševanju problema na racionalen način. Namesto tega politični sistem postreže z vplivom interesnih skupin, elitnih preferenc, institucionalnih sil in majhnih sprememb pred racionalizmom. Demokratični sistemi so zasnovani tako, da preferirajo množični vpliv, pa če je ta racionalen ali ne. Izvoljeni politiki reagirajo na zahteve svojih volivcev, kar lahko v celoti prepreči racionalni pristop k problemu.
- Težko je oceniti vpliv javnega mnenja na oblikovanje javnih politik, saj javnost nima mnenja o vseh političnih vprašanjih, javno mnenje ni stabilno, oblikovalci politik ga lahko narobe interpretirajo ali pa manipulirajo z njim. Javna politika se zato pogosteje prilagaja mnenju elit kot mnenju množice.
- Določitev agende je odločilna faza političnega procesa. Preprečevanje določenim stanjem v družbi, da bi poslala politične teme (neodločanje), je pomemben del politične taktike prevladujočih interesov.
- Množični mediji igrajo pomembno vlogo pri določanju agende, saj s poročanjem določajo, katere zadeve bodo prišle na politični parket.
- Oblikovanje politike v veliki meri poteka izven formalnih vladnih aktivnosti. Nevladne, zasebne, svetovalne organizacije in združenja raziskujejo politične alternative, svetujejo vladam, oblikujejo politični konsenz in celo posredujejo oziroma zagotavljajo podatke vrhovnemu državnemu vodstvu.
- Pozornost medijev in političnih analitikov je sicer usmerjena na glavne politične akterje (predsednik, premier, ministri ipd.). Vendar lahko nepolitični odločevalci v gospodarstvu in ekonomiji, fundacije, množični mediji in različne interesne skupine v ozadju medtem določajo politične agende in postavljajo glavne politične cilje.
- Strankarstvo ima pomemben vpliv pri sprejemanju zakonov.
- Implementacija politike je pomembna komponenta procesa sprejemanja politike. Birokrati ustvarjajo politiko s tem, ko se vključujejo v nalogo implementacije – oblikujejo pravila, razsojajo v posameznih primerih, se ravna po lastni presoji. Zaradi profesionalnih in osebnih motivov so birokrati nagnjeni k večanju moči in funkcij svojih agencij in uradov ter večanju njihovih proračunov.

- Ocena vpliva politike je zadnji korak v procesu oblikovanja politike, ki naj bi identificirala nove probleme in znova pognala celoten proces. Vendar pa je sistematično ocenjevanje politike relativno redek pojav, saj prihajajo ocene v obliki pritožb interesnih skupin, ki sledijo svojim ciljem, o neprimernosti zakonov in porabe, v obliki pritožb posameznikov, pristranskega poročanja medijev, zaslišanj v okviru parlamentarnih komisij, kjer stranke merijo svoje moči ipd.

3.3 Javna politika zdravstvenega varstva

Zdravstvena politika obsega metode, postopke in sredstva za uresničevanje zdravstvenega varstva prebivalstva. Izvajanje zdravstvene politike je odvisno od političnih, družbeno-ekonomskih, socialnih, kulturnih, tehničnih in drugih pogojev, predvsem pa od materialnih in človeških potencialov v konkretnem družbenem okolju /.../. Končni cilj ustrezne zdravstvene politike je ohranjanje in izboljševanje zdravja posameznika in celotnega prebivalstva, ki bo omogočilo slehernemu človeku družbeno produktivno in kvalitetno življenje (Komadina 1980, 307).

Cilj politike zdravstvenega varstva je varovanje in izboljšanje zdravstvenega stanja posameznikov in družbe kot celote. Ker na zdravje v veliki meri vplivajo dejavniki zunaj zdravstvenega področja, mora biti učinkovita zdravstvena politika del vseh relevantnih javnih politik, zlasti:

- socialne politike,
- obdavčitvene politike,
- okoljske politike,
- izobraževanja.
- raziskav.

Sama zdravstvena politika ne more vplivati na vse dejavnike zdravja, zato se pojavlja potreba po usklajenem delovanju, skupnih strategijah in pobudah z ostalimi področji javnih politik, ki vplivajo na zdravje, saj je mogoče samo tako zagotoviti primerno reševanje zdravstvenih problemov, ki se pojavljajo v družbi. Poleg tega, da je zdravje samo po sebi vrednota, je tudi predpogoj za gospodarsko blaginjo. Učinkovito upravljanje z zdravjem družbe spodbuja njen razvoj (European Commission). Zato je zdravstvena politika del splošne politike družbenega razvoja, ki izraža socialne in ekonomske cilje družbene skupnosti.

Zdravstvena politika skrbi za izbiro, uzakonitev in udejanjanje globalnih ciljev sistema zdravstvenega varstva (Kersnik 2010). Glede na to, da se zdravstveno varstvo ne more odvijati nenačrtno, stihjsko, je zdravstvena politika instrument uresničevanja zdravstvenega varstva.

Takšni pogoji zahtevajo od nosilcev odločanja, da so sposobni (Komadina 1980, 308):

- oblikovati zdravstveno politiko ter opredeljevati prioritete cilje in naloge;
- smotrno razporejati zmogljivosti in sredstva za uresničevanje zdravstvene politike;
- evalvirati delo in razvoj zdravstva vključno z učinki doseženih rezultatov in
- sprejeti poduk zaradi neuspehov.

Najpomembnejši dejavniki, ki bistveno vplivajo na koncept zdravstvene politike in organiziranost zdravstva, so družbenopolitični sistem, patologija prebivalstva, demografske značilnosti prebivalstva, materialne možnosti družbe ter izkušnje in tradicija v organiziranju zdravstvenega varstva in zdravstvene dejavnosti.

3.3.1 Sistem zdravstvenega varstva

»Sistem zdravstvenega varstva je sistem družbenih, skupinskih in osebnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanja bolezni, zgodnje odkrivanje bolezni, njeno pravočasno zdravljenje ter nego in rehabilitacijo obolelih in poškodovanih« (Kos, 3).

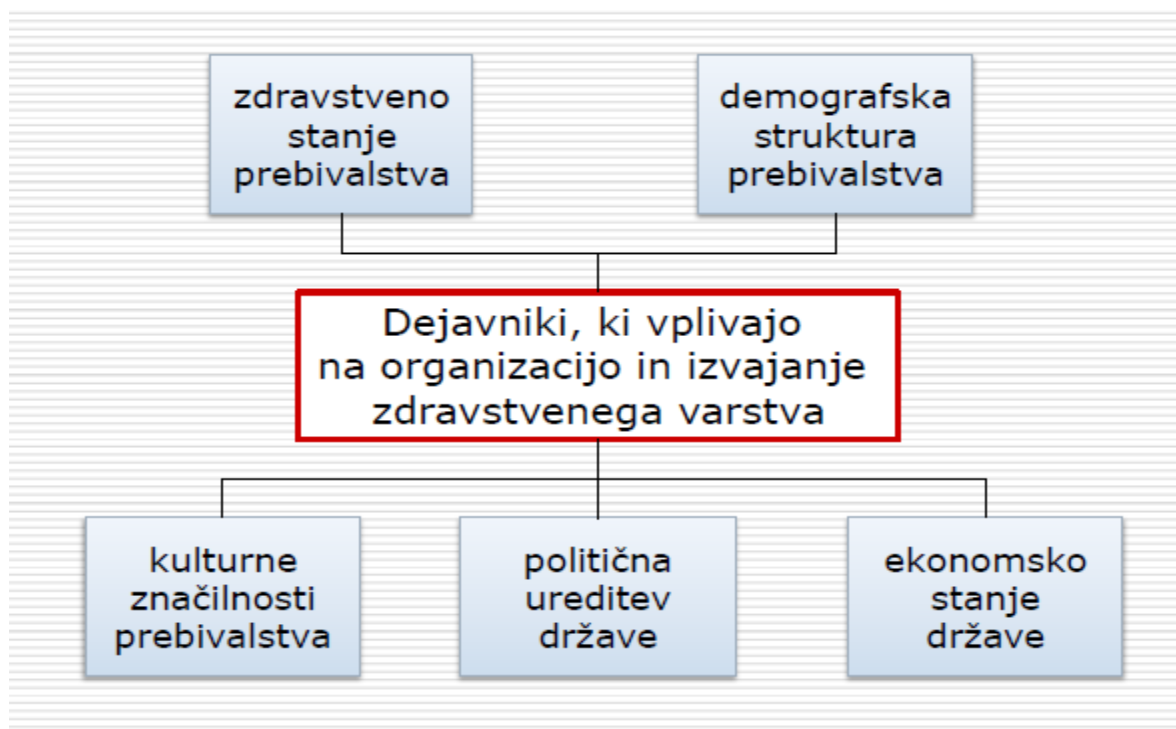
Sistem zdravstvenega varstva se kot organizirana družbena dejavnost posebnega družbenega pomena uresničuje v zdravstvenih in drugih organizacijah ter v skupnostih, ki prispevajo k izboljševanju zdravja. Je podsistem v sistemu celostne skrbi za zdravje prebivalstva, ki obsega:

- *izobraževalni sistem*, ki ne zajema samo izobraževanja zdravstvenega kadra ampak tudi izobraževanje splošne populacije o skrbi za svoje zdravje;
- *sistem zdravstvenega varstva*;
- *sistem socialnega varstva*, ki zagotavljanja minimalne pogoje za življenje tistega dela prebivalstva, ki ne more aktivno delati (npr. starostniki);
- *civilno iniciativo*, ki bdi nad političnimi odločitvami države, ki bi lahko bile škodljive za zdravje prebivalstva.

Sistem zdravstvenega varstva sestavljajo uporabniki, zdravstvena dejavnost (izvajalci), zdravstveno zavarovanje (plačniki) in zdravstvena politika (država), ki v sistemu zdravstvenega varstva izoblikuje družbeni interes ter ga v njem tudi uresničuje tako, da bodisi neposredno posega v upravljanje organizacij zdravstvenega varstva, bodisi da z ustreznimi ukrepi regulira delovanje in učinke delovanja zdravstvenih organizacij (Keber 2003). Je organizacijski sistem, ki povezuje politične, administrativne, družbene in zasebne proizvodne in storitvene dejavnosti. Družbeno politično okolje, v katerem deluje, se ves čas spreminja. Sistem zdravstvenega varstva, gospodarska razvitost in politične opredelitve glede doseganja globalnih ciljev sistema so v medsebojni odvisnosti (Štruc 2010). Osnovni cilj vseh sistemov zdravstvenega varstva je zagotoviti univerzalen dostop do zdravstvenih pravic ob hkratnem ohranjanju stroškov na določeni ravni. Dostop do zdravstvenega varstva mora biti pravičen, zagotovljena mora biti enaka kakovost zdravstvenih storitev za ljudi, ki imajo enake zdravstvene potrebe.

Splošna deklaracija o človekovih pravicah (25. člen) pravi: »Vsakdo ima pravico do takšne življenjske ravni, ki zagotavlja njemu in njegovi družini zdravje in blaginjo, vključno s hrano, obleko, stanovanjem, zdravniško oskrbo in potrebnimi socialnimi storitvami; pravico do varstva v primeru brezposelnosti, bolezni, delovne nezmožnosti, vdovstva ter starosti ali druge nezmožnosti pridobivanja življenjskih sredstev zaradi okoliščin, neodvisnih od njegove volje«. Žal so možnosti za uresničevanje pravice do zdravstvenega varstva pogojene z zdravstveno politiko, z materialnimi možnostmi vsake posamezne družbene skupnosti, s sistemom organiziranja zdravstva in s položajem, ki ga ima zdravstveno varstvo v hierarhiji vrednot. Tako je obseg pravic do zdravstvenega varstva in razvoj zdravstvene dejavnosti odvisen od družbeno-političnih in družbeno-ekonomskih okoliščin. Učinkovit sistem javnega zdravstva, ki lahko zagotavlja zdravo družbo, zahteva skupna prizadevanja zapletene mreže posameznikov in organizacij v javnem in zasebnem sektorju, kot tudi uskladitev politike in prakse vladnih javnih zdravstvenih organov na državni in lokalni ravni. Na Sliki 3.3 so prikazani dejavniki, ki vplivajo na organizacijo in izvajanje zdravstvenega varstva.

Slika 3. 3: Dejavniki, ki vplivajo na organizacijo in izvajanje zdravstvenega varstva



Vir: Kos (15).

3.3.2 Modeli zdravstvenih sistemov

V sodobnem svetu srečujemo različne družbeno-politične ureditve in posledično različne sisteme zdravstvenega varstva. V grobem bi lahko ocenili, da je toliko sistemov zdravstvenega varstva, kolikor je sistemov družbeno-političnih ureditev.

Korenine sedanjih sistemov zdravstvenega varstva segajo v srednji vek. Člani cehov so ustanavljali sklade za podporo ostarelim ter bolnim, cerkve so ustanavljale dobrodelne organizacije. Prvi sodobni sistem zdravstvenega varstva pa je ustanovil Bismarck v 20. stoletju v Nemčiji z namenom zagotoviti zdravstvene storitve industrijskim delavcem s shemo zdravstvenega zavarovanja. Nato je bilo v Angliji uvedeno obvezno zavarovanje za rudarje, v ZDA pa je Henry Kaiser razvil prvi program socialnega zdravstvenega zavarovanja, ki ima danes nekaj milijonov zavarovancev.

Kasneje so se sistemi zdravstvenega varstva širili na druge celine in se prilagajali tamkajšnjim političnim, družbenim, kulturnim in ekonomskim razmeram. Vse značilnosti različnih sistemov so šle skozi različne razvojne poti in so tudi posledica političnih odločitev vladajočih političnih struktur določenega časa (Toth 2003).

Sisteme zdravstvenega varstva delimo glede na:

- vlogo države in njeno prisotnost pri upravljanju, njen vpliv in pristojnosti na področju ustanavljanja in lastnine zdravstvenih zavodov ter socialne varnosti ljudi;
- kako in iz katerih virov se sistem financira (davki, obvezni ali prostovoljni prispevki, zavarovanja, premije, članarine);
- vlogo in položaj izvajalcev v sistemu.

Glede na zgornje značilnosti v literaturi najpogosteje zasledimo delitev na Bismarckov ali partnerski model zdravstvenega varstva, Beveridgev ali državno vodeni sistem zdravstvenega varstva, Semaškov model zdravstvenega varstva in tržni sistem zdravstvenega varstva (Kersnik 2013; Kos; Obradović 2009; Toth 2003):

a. Bismarckov ali partnerski model zdravstvenega varstva

V Bismarckovem ali partnerskem modelu zdravstvenega varstva, ki ga je leta 1883 predlagal nemškemu parlamentu Otto von Bismarck, država postavi okvirje in pravila urejanja področja zdravstvenega varstva z zakoni, dejansko urejanje in izvajanje pa prepušča nosilcem posameznih skupinskih interesov (partnerjem), ki so pri tem do določene mere avtonomni. Država se vmeša le v primeru večjih nesporazumov, ki bi lahko ogrozili uresničevanje funkcij s področja zdravstvenega varstva. Vloga države pri financiranju je majhna, razen v primeru ogroženih skupin (brezposelni ...). Sistem temelji na načelu obveznega zdravstvenega zavarovanja; vsi, ki prejemajo kakršnekoli dohodke, so dolžni plačevati prispevke »bolniškim blagajnam«. Te določajo prispevne stopnje za zdravstveno zavarovanje, opredeljujejo pravice zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev in denarnih prejemkov ter vstopajo v partnerske odnose z združenji zdravstvenih delavcev, saj se z njimi pogajajo o cenah storitev, včasih tudi o njihovih plačah in drugih pogojih izvajanja zdravstvenih dejavnosti. Najbolj znan je »tripartitni partnerski model«, kjer kot nosilci nalog nastopajo ministrstvo za zdravje, združenja zdravstvenih delavcev ter združenja zavarovancev in plačnikov prispevkov za

zdravstveno varstvo in zavarovanje. Med njimi potekajo nenehna pogajanja, saj si njihovi interesi nasprotujejo. V večini držav s tem modelom obstaja kombinacija med obveznim zdravstvenim zavarovanjem oziroma prispevki in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem. Poznajo ga v Nemčiji, Avstriji, Franciji, Belgiji, Luksemburgu, na Nizozemskem in Japonskem. Značilen pa je tudi za Slovenijo, kjer je zdravstveno zavarovanje del socialne varnosti, katere osnovna načela so solidarnost, demokratičnost, socialna pravičnost, enakost in pravno varstvo pravic vseh, ki so do pravic iz tega področja upravičeni. Bismarckov model je kasneje prerasel v model socialnega zdravstvenega zavarovanja.

b. Beveridgev ali državno vodeni sistem zdravstvenega varstva

Beveridgev ali državno vodeni sistem zdravstvenega varstva je nastal leta 1948 v Veliki Britaniji, njegov ustanovitelj je bil sir William Henry Beveridge. To je sistem, v katerem država prevzame vlogo vodenja in upravljanja sistema zdravstvenega varstva in s tem zagotovi celotno socialno in zdravstveno varnost svojim državljanom. O pravicah ljudi do zdravstvenih storitev, o delovanju in upravljanju zavodov, njihovi lastnini ipd. odloča država preko parlamenta, vlade, ministrstva ali drugih upravnih organov, pristojnih za zdravstvo in finance. Sistem se financira iz proračunskih sredstev (davkov) in ne iz prispevkov delodajalcev in delojemalcev, se pa kombinira s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji. O deležu proračuna, namenjenega sistemu zdravstvenega varstva, odloča država. Obseg pravic prebivalstva do storitev zdravstvenega varstva je omejen, pravice pa se pridobijo iz naslova državljanstva. S sistemom upravlja razvejani administrativni aparat, ki deluje na državni, regionalni in lokalni ravni. Službe so vertikalno povezane, pri čemer sprejema odločitve najvišja raven, nižje ravni imajo predvsem izvedbene in nadzorne naloge na svoji območjih. Izvajalci so državni uslužbenci ali zasebniki v pogodbenem razmerju z upravnimi organi države. Beveridgev ali državno vodeni sistem zdravstvenega varstva je značilen za Veliko Britanijo, Irsko, Islandijo, Švedsko, Finsko, Dansko, Španijo, Portugalsko, Italijo, Grčijo, Kanado, Kostariko in Nikaragvo.

c. Semaškov model zdravstvenega varstva

Semaškov model zdravstvenega varstva se je razvil v prvi polovici 20. stoletja v nekdanji Sovjetski zvezi, ko so oblast prevzeli boljševiki in uvedli socialistično družbeno ureditev. Je vzporednica Beveridgevemu modelu, razlika je ideološka. V njem je oblast odgovorna za

zagotavljanje sredstev za financiranje sistema zdravstvenega varstva. Odločitve se sprejemajo na najvišji ravni, nižje ravni niso pristojne za odločanje, ampak samo izpolnjujejo navodila z vrha. Sistem temelji na predpostavki uveljavljanja pravic vseh prebivalcev do zdravstvenih storitev, brez razlikovanja in doplačil, saj je socialistična družba preko svojih državnih institucij dolžna zagotoviti vse dobrine, povezane z zdravjem. Vse stroške krije državni proračun, brez prostovoljnih zavarovanj. Zdravstvena služba je v celoti poddržavljena, zasebne dejavnosti ni. Semaškov model je značilen za vse bivše socialistične države v Evropi, Kubo, Vietnam in Severno Korejo. Zelo uspešen je v Estoniji, Litvi in na Poljskem. Določene značilnosti tega sistema pa je v preteklosti prevzela tudi Slovenija kot del Jugoslavije.

d. Tržni sistem zdravstvenega varstva

V tržnem sistemu zdravstvenega varstva vladajo načela ponudbe in povpraševanja; to je profitno naravnan sistem. Država ne zagotavlja skoraj nobene socialne in zdravstvene varnosti. Vloga države oziroma njene pravne regulative je ohlapna, država s svojimi zakoni državljanom ne zagotavlja skoraj nikakršne zdravstvene in socialne varnosti oziroma le minimalno, prav tako ne predpisuje načina in oblik financiranja zdravstvenih storitev. Zato si posamezniki zdravstvene storitve zagotavljajo z lastnimi sredstvi, ki niso del javnih financ države. Posamezniki se odločajo med prostovoljnimi zavarovanji, ki jih ponujajo predvsem zasebne zavarovalnice, ki ovrednotijo stopnjo ogroženosti posameznika in mu na podlagi tega izračunajo višino premije, pri tem pa lahko plačilo zdravstvenih storitev celo zavrnejo. Najbolj značilen predstavnik tega sistema so ZDA.

Tabela 3.4 povzema značilnosti opisanih modelov zdravstvenega varstva. In sicer z merili za razvrščanje sistemov, ki so financiranje, upravljanje, sprejemanje odločitev o pravicah, (obvezna) vključenost prebivalstva v sistem, solidarnost ter vzajemnost in planiranje področja.

Tabela 3. 4: Merila za razvrščanje sistemov v modele

	Bismarckov model	Beveridgev 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 (obvezna) 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).

V razpravi o sistemih zdravstvenega varstva moramo upoštevati vlogo, ki jo imajo države preko svojih inštitucij. Popolnoma nacionalizirani ali popolnoma privatizirani sistemi v praksi ne obstajajo. Zato določeni avtorji delijo zdravstvene sisteme na liberalne (značilen za ZDA in v določeni meri za Švico), nacionalne in vmesne oziroma kombinirane (ta dva sistema prevladujeta v evropskih državah).

Tipičen primer nacionalnega sistema je sistem zdravstvenega varstva v Veliki Britaniji. Zanj je značilen univerzalni dostop do zdravstvene oskrbe, organizacijska struktura sistema določa način dostopa do specialistov, financiranje v večini temelji na davkih. Obstaja tudi sistem zasebnikov, ki je usmerjen h kumuliranju dobička tako v segmentu zavarovanj kot v segmentu zdravstvenih storitev. Poleg Velike Britanije ima podoben sistem tudi Švedska, le da je tam tudi privatni sektor večinoma neprofiten (Busoi 2010).

Vmesni oziroma kombinirani sistem združuje značilnostih ostalih dveh sistemov; univerzalni dostop, pluralno organiziran zdravstveni sistem in financiranje, ki sicer v večini temelji na prispevkih, razmerje med zasebnim in javnim sektorjem pa se med državami razlikuje. Delež financiranja zdravstvenih storitev iz naslova davkov je nižji kot v nacionalnem in višji kot v liberalnem sistemu (Busoi 2010).

3.3.3 Vpliv politike in ideologije na oblikovanje javne politike zdravstvenega varstva

Javne politike v in izven zdravstvenega področja imajo pomemben vpliv na zdravje populacije in njegove neenakosti v družbi. Zato se je potrebno na eni strani zavedati ne samo primernih opcij javnih politik, ampak tudi vedeti, kako lahko politika in proces oblikovanja javnih politik vplivata na njihovo implementacijo. Zavedati se moramo tudi dejstva, da so politično nevtralne intervencije za izboljšanje javnega zdravja fikcija (Barnier in Clavier 2011). Vendar pa analitiki in raziskovalci na področju javnega zdravja redko upoštevajo vpliv sprememb na makro nivoju (politična ideologija, institucije ...) na oblikovanje različnih predlogov javnih politik ali na izbor znanstvenih dognanj in strokovnjakov, ki bodo vključeni v oblikovanje javnih politik.

Vsebina politike vključuje izražene ali neizražene cilje in namere ter redefinicijo problema, ki ga javna politika rešuje. Poleg tega vključuje tudi instrumente (zakonodajo, upravne postopke, podzakonske akte ipd.) in mehanizme (proračun, denarne ali profitne spodbude ipd.) za zagotavljanje reševanja problema s področja javne politike.

Spreminjajoča se konstrukcija akterjev, javnega mnenja, medijske izpostavljenosti, vzorcev sprejemanja odločitev, ureditve administracije, mehanizmov dodeljevanja sredstev, preteklih politik, zakonodaje in političnih institucij vpliva na oblikovanje javne politike. Vsi naštet dejavniki vplivajo na raziskave, prakso in politiko javnega zdravja. Izbire in sprejete odločitve političnih odločevalcev so posledica kompleksne interakcije interesnih skupin, omejenih z zgodovinskimi, političnimi in družbenimi silami in zapuščino (Barnier in Clavier 2011).

Politika vpliva na izvor, oblikovanje in implementacijo javnih zdravstvenih politik, saj določa, kdo je upravičen do zdravstvenega varstva, katera so prioriteta področja javnega zdravja, kdo bo zagotavljal izvajanje storitev, komu bodo pripadale subvencije in kako bo denar dodeljen in porabljen na posameznih področjih (Buse in Glassman 2008). Kljub

priznanemu pomenu obstaja med znanstveniki tudi široko strinjanje, da so politika in politična vprašanja redko analizirana in pogosto prezrta na vseh nivojih identifikacije, razvoja in procesa implementacije javnih politik v zdravstvenem sektorju. Vendar obstaja nekaj znanstvenikov in njihovih študij, ki so se posvetili tej tematiki. V nadaljevanju bomo predstavili njihove ugotovitve.

Gostin (1995, 337–339) na primer navaja, da je za oblikovanje kakovostnih politik zdravstvenega varstva pomembnih več dejavnikov. Prvič, potrebna je objektivnost in nepristranskost oblikovalcev politike. To pomeni, da med oblikovalci ne sme obstajati navzkrižje interesov ali neprimerna finančna ali strokovna korist. Oblikovalci politik morajo biti sposobni razumeti predstavljene podatke in argumente, jih oceniti kar se da objektivno in najti pravo ravnotežje med konkurenčnimi vrednotami. Drugič, oblikovalci politik morajo biti javno odgovorni za svoje odločitve. Če znanost ali obstoječe družbene vrednote ne podpirajo določene odločitve, morajo biti na voljo demokratična sredstva za njeno spremembo. Demokratične družbe uspevajo na načelu, da so dejanja vlade, ki vplivajo na posameznika in skupnosti, predmet družbenega nadzora. Volitve so priložnost državljanov, da zahtevajo pojasnila, in priložnost za vlado, da pojasni in zagovarja svoje odločitve. Tretjič, organi odločanja morajo biti organizirani tako, da lahko prejmejo in ocenijo vse objektivne informacije o vseh vidikih zdravstvene politike. Vladni organi imajo pogosto dostop do množice informacij, vendar je lahko ocenjevanje njihove kredibilnosti težavno. Prejmejo namreč podatke od najrazličnejših lobistov in interesnih skupin. Oblikovalci politike lahko prepoznajo potencialno pristranski vir, vendar pa imajo težave pri tehtanju relativne vrednosti informacij, ki jih prejmejo. Poleg prejemanja informacij iz različnih »tradicionalnih« virov politiki potrebujejo dostop do objektivnih in popolnih informacij iz znanstveno nevtralnih virov. To vključuje podatke in navedbe o znanstvenih, etičnih, socialnih in pravnih vidikih posameznega vprašanja. Odločevalci lahko pridobijo informacije iz enega ali več objektivnih virov, da bi oblikovali dobro zdravstveno politiko. Četrto, odločevalec mora imeti oblikovana merila za sprejem odločitve. Objektivna merila usmerjajo odločevalce pri oblikovanju ciljev, izbiri sredstev in vzpostavitvi znanstvenih, socialnih in etičnih parametrov za sprejemanje odločitev. Prav tako zmanjšajo samovoljnost ali pristranskost, ki sta pogosto neločljivo povezani s postopki odločanja. Petič, pri oblikovanju politike je potrebno do odločitve priti s pravičnim postopkom. Ta zahteva skrben premislek o vseh pomembnih dejstvih in argumentih. Pravičen postopek omogoča, da imajo vse osebe ali organizacije z legitimnim interesom na izbranem področju oblikovanja politike možnost na razumen način predstaviti svoje dokaze

ali argumente. S tem se doseže natančnejše ugotavljanje dejstev in večjo enakost in pravičnost zainteresiranih posameznikov in skupin. Teh pet elementov politike (sprejemanje nepristransko odločitev, odgovornost, zbiranje popolnih in objektivnih informacij, uporaba premišljenih meril in pošten postopek) je pogosto v pomoč pri razvoju kakovostnih politik zdravstvenega varstva.

Politične ideologije vplivajo na oblikovanje in delovanje zdravstvenih sistemov. Nekateri avtorji govorijo o »ideološkem faktorju« kot osnovi za njihovo oblikovanje in ločijo tri pristope (Busoi 2010, 4):

- *konzervativni pristop* temelji na principu »enakosti pred zakonom«; edina vloga države je zagotavljanje spoštovanja zakonov, planiranja ni, trg je prost in deluje na principu ponudbe in povpraševanja;
- *liberalni pristop* temelji na principu »enakih možnosti«, ki ne morejo biti prepuščene zakonom prostega trga. Vmešavanje države je dovoljeno v duhu doseganja boljšega zdravstvenega stanja družbe. V praksi je ta sistem vplival na države, ki so sprejele nacionalni sistem zdravstvenega varstva ali sistem z državnimi zdravstvenimi zavarovalnicami;
- *radikalni pristop* temelji na principu »enakosti rezultatov«. Vmešavanje države je dovoljeno, ne glede na obseg. Glavni značilnosti tega pristopa sta centralizirano načrtovanje in financiranje.

Ameriški raziskovalci pod vodstvom profesorja V. Navarre so leta 2006 objavili analizo s pomočjo katere so poskušali najti povezavo med politiko in javnimi politikami ter posledično povezavo s sistemi zdravstvenega varstva v Evropi in Severni Ameriki med 1950-2000.

Identificirali in analizirali so štiri politične tradicije (Benach in drugi 2006):

- *socialdemokratsko*,
- *krščansko demokratsko (konzervativno)*,
- *liberalno*,
- *konzervativno –avtoritarno (diktature)*.

Ugotovili so, da so države, ki so imele v izbranem časovnem obdobju na oblasti večinoma socialdemokratske stranke (Švedska, Norveška, Danska, Finska, Avstrija), sprejele politike

zdravstvenega varstva naklonjene prerazporejanju sredstev, univerzalnemu zdravstvenemu varstvu in socialnim prejemkom za vse državljane, k družini usmerjenim zdravstvenim storitvam (nega na domu, nega otroka), s socialnimi izdatki skoraj 30 % BDP in zdravstvenim proračunom v višini 7,2 % BDP. Poleg tega so uvedle tudi politike za izboljšanje zdravja in dobrega počutja žensk (nadomestila za brezposelnost za matere samohranilke, porodniška ipd.).

Države, vodene s strani krščansko demokratskih strank (Italija, Danska, Zahodna Nemčija, Belgija, Francija), so bile nekoliko manj naklonjene prerazporeditvenim politikam. Čeprav so prav tako podpirale univerzalno zdravstveno varstvo za vse državljane, niso implementirale k družini usmerjenih zdravstvenih storitev (nega na domu, nega otroka). Javni izdatki so bili nižji; socialni izdatki so znašali okoli 28 % BDP, zdravstveni proračun pa je dosegal 6,4 % BDP.

Države, vodene s strani liberalnih strank (Velika Britanija, Irska, Kanada, ZDA), so bile veliko manj naklonjene prerazporeditvenim politikam, niso podpirale univerzalne pravice do socialnih prejemkov, razen do univerzalnega zdravstvenega varstva, ki je bilo sprejeto v vseh državah razen v ZDA, s socialnimi izdatki okoli 24 % BDP in zdravstvenim proračunom v višini 5,8 % BDP.

Kjer so bili na oblasti diktatorji (Španija, Portugalska) ali avtoritarni režimi (Grčija), so bile slabo razvite socialne države s šibkim sistemom javnih transferjev in slabim javnim zdravstvenim sistemom, s socialnimi izdatki okoli 14 % BDP in zdravstvenim proračunom v višini 4,8 % BDP.

Izsledki analize kažejo tudi na dejstvo, da ima lahko velika sprememba na političnem parketu takojšen učinek na zdravstveno stanje prebivalstva – kot na primer v Vzhodni Nemčiji, kjer se je splošno zdravstveno stanje izboljšalo takoj po združitvi obeh delov. Kljub temu je viden najmočnejši vpliv politike na oblikovanje javnih politik in posledično na zdravje populacije v primeru daljšega, kumulativnega obdobja vladanja določene politične stranke. V kolikor stranka na oblasti oblikuje koalicio z drugimi političnimi strankami, koalicijski partnerji nekoliko preoblikujejo obstoječe javne politike. Tako ima na primer Avstrija, za razliko od ostalih držav, vodenih s strani socialdemokratskih strank, manjši delež zaposlenih žensk, kar

je posledica več let trajajoče koalicije s krščansko demokratsko stranko, ki ni podpirala oblikovanje javne politike s spodbudami za njihovo zaposlovanje.

Gilson in Thomas (2004) sta na podlagi analiz Južnoafriške republike in Zambije opazila močan vpliv znotrajdržavnih političnih dejavnikov in akterjev na implementacijo politike financiranja zdravstvenega varstva, na odločitve kateri sistemi niso primerni in kakšna bo podrobna ureditev financiranja. Med njimi so bili ministri za zdravje in finance, poslanci, akademski analitiki in sindikati. Ugotovili so, da imajo tehnični strokovnjaki in analitiki, ki delajo bodisi znotraj bodisi zunaj vlade, različen in pogosto omejen vpliv na oblikovanje politike, ki jo je potrebno sprejeti.

Prinja (2010, 64) navaja, da je splošno sprejeto mišljenje, da oblikovanje politike na področju zdravja poganjajo »trije I-ji« – ideje, interesi in inštitucije. Ideje se nanašajo na način dojemanja določenega problema. Rešitve, ki so s tem kompatibilne, imajo veliko verjetnost, da bodo sprejete. Koalicija, ki oblikuje javno politiko, je sestavljena iz politikov, uradnikov, strokovnjakov in drugih akterjev s podobnimi prepričanji in ideologijo, ki vplivajo na izbrano področje javne politike. Kot primer lahko navedemo tržno usmerjeno reformo zdravstvenega sistema, ki je mogoča v koaliciji z neoliberalno ideologijo »Država je neučinkovit mehanizem razporejanja sredstev«.

Tipičen primer je tudi odnos do tobačne industrije. Zaradi prevladujočega individualizma in nezaupanja v vmešavanje države v pravice posameznika, kar sta karakteristiki političnega sistema ZDA na makro nivoju, je angažiranje sodstva v boju proti tobačni industriji v ZDA prva izbira, medtem ko evropske države dajejo prednost zviševanju davkov, prepovedi oglaševanja tobačnih izdelkov in prepovedi kajenja, saj velja kajenje kot dejavnik vpliva na zdravje za domeno države (Barnier in Clavier 2011). Kajenje je obratno sorazmerno z višino davka, posebno v skupini mladoletnikov in revnih. Vendar pa sprejetje tovrstne prodavčne politike zahteva politično ideologijo, ki podpira vpletanje države v družbeno življenje. Kajti tisti, ki so proti aktivni vlogi države, bodo zagovarjali idejo, da je nedemokratično vplivati na vedenje ljudi, ker bi bila to kršitev pravice posameznika do svobodne izbire.

Lahko rečemo, da ima zdravstveni sektor posebne lastnosti, ki vplivajo na politično okolje (in ki ga razlikujejo od drugih družbenih sektorjev). Država je namreč lahko tako ponudnik kot kupec storitev, obenem pa sodeluje pri regulativi, raziskavah, usposabljanju in drugih

funkcijah. Pri izvajanju storitev je lahko v konkurenčnem ali partnerskem odnosu z zasebnim sektorjem, ki ga prav tako ureja. Pri opravljanju svoje izvajalske in regulativne funkcije je država močno odvisna od informacij, ki jih ji lahko zagotavljajo samo sektorji, ki jih sama nadzoruje. Asimetrija informacij je pogosto večji problem kot pri drugih družbenih sektorjih. Reševanje zdravstvenih vprašanj je pogosto zelo odmevno in zahteva odziv javnosti. Interesi profesionalcev (zdravnikov ...) in farmacevtske industrije imajo velik vpliv na oblikovanje politike, saj posedujejo znanje in tehnologijo, ki rešuje življenje. Kljub temu, da so te lastnosti nasploh značilne za zdravstveni sektor, vsi analitiki poudarjajo, da jih je treba umestiti v kontekst prostora in časa (Brugha in drugi, 2008) .

Čeprav ni vedno mogoče izluščiti dokazov, je jasno, da sta politika in ideologija dejavnika, ki vplivata na odločitve, katera izmed opcij javne politike bo sprejeta in katera ne. Organizacija javnega zdravstva ni nobena izjema. Eden od kazalcev vpliva politike in ideologije je dejstvo, da v državah s podobno geografsko lokacijo, podobno številčnostjo prebivalstva in podobno zgodovinsko tradicijo obstajajo razlike v organizaciji in delovanju sistema zdravstvenega varstva. Znotraj EU ni mogoče najti dveh identičnih sistemov. Na vse so vplivale in jih oblikovale vladajoče politične stranke (Busoi 2010).

Težava je, da cilji niso vedno skladni z različnimi akterji, ki zastopajo različne interese in vrednote. Zato je prišlo med analitiki do strinjanja, do so javne politike same po sebi politične, politika zdravstvenega varstva pa ni nobena izjema.

4 POLITIČNI SISTEM ZDRUŽENIH DRŽAV AMERIKE IN SLOVENIJE

Politične sisteme lahko analiziramo in delimo po različnih kriterijih. V nalogi se bom, zaradi relevantnosti in raziskovalnih vprašanj ter z njimi povezanih hipotez, osredotočila na obliko državne ureditve in obliko državne oblasti Slovenije in ZDA, saj obstaja bistvena razlika med državama in s tem možnost vpliva značilnosti obeh na sprejemanje javnih politik.

4.1 Oblika državne ureditve v Združenih državah Amerike in Sloveniji

4.1.1 Oblika državne ureditve v Sloveniji

Slovenija je unitarna (enotna) država, je ozemeljsko celovita država z lokalno samoupravo. V unitarni državi centralna oblast poseduje vso legitimno moč, lahko pa delegira pristojnosti in funkcionalno odgovornost teritorialnim enotam (regijam, prefekturam, departmentom, upravnim enotam ...). Enote obstajajo le zaradi priročnosti in kot pripomoček centralni oblasti, ki lahko kadarkoli odvzame podeljene pristojnosti. Glavna prednost unitarnih držav je prisotnost jasne hierarhične oblasti.

4.1.2 Oblika državne ureditve v Združenih državah Amerike

ZDA so federalna (zvezna) država, kjer poleg centralne oblasti obstajajo še drugi relativno samostojni centri oblasti. Njihov federalni politični sistem obsega preko 80.000 vlad. Federalizem je politična ureditev, v kateri je oblast razdeljena na osrednjo federalno oziroma zvezno oblast in na oblast federalni enot; obe stopnji oblasti sta na svojem področju delovanja suvereni. Pisana ustava, ki je nujna pri federalno urejenih državah, natančno določa pristojnosti federacije in federalnih enot, v primeru spora med federacijo in federalnimi enotami odloča ustavno sodišče (Bealey 1999). V večini federacij imajo federalne enote zagotovljen svoj glas v zakonodajnem procesu s predstavništvom v zgornjem domu parlamenta. V ZDA ima vsaka država ne glede na število prebivalcev v zgornjem domu (senatu) po dva predstavnika. Tako v ZDA velja načelo popolne enakosti predstavništva enot. V federalizmu gre za delitev oblasti med vladaми, kjer nima vlada na nobenem nivoju pravice nadvladati drugo na vseh področjih politike. Bistvo federacije je sodelovanje ter usklajevanje in ne hierarhija.

4.2 Oblika državne oblasti v Združenih državah Amerike in Sloveniji

4.2.1 Oblika državne oblasti v Sloveniji

V parlamentarni demokraciji, kot jo poznamo v Sloveniji, sta zakonodajna in izvršilna veja oblasti, ki sta odgovorni za zasnovo in implementacijo zakonov, v rokah parlamenta in vladne ekipe.

Zakonodajna in izvršilna oblast sta enakopravni, imata odnos medsebojnega dinamičnega ravnotežja in vzajemnega delovanja druga na drugo (Ribičič 2000). Veje oblasti niso jasno ločene, saj imata izvršilna in zakonodajna oblast velik vpliv ena na drugo. Vlada namreč ne more delovati brez zaupnice parlamenta. Državni zbor je v močnejšem položaju kot vlada – za nadzor nad vlado ima namreč na voljo celo vrsto mehanizmov (poslansko vprašanje, interpelacija, nezaupnica, zaupnica in ustavna obtožba). Sodna veja pa je na drugi strani samostojna in neodvisna od ostalih dveh vej oblasti.

Slovenski parlament je dvodomen, sestavljen iz Državnega zbora in Državnega sveta. Posebnosti družbenega organiziranja in značilnosti zgodovinskega razvoja Slovenije so narekovale razvoj dvodomnosti – na eni strani politično predstavništvo strank v Državnem zboru in na drugi zastopstvo organiziranih družbenih interesov in lokalnih skupnosti v Državnem svetu. Za slovenski parlament je značilna asimetrična dvodomnost, saj ustava ne predvideva enake politične moči za oba domova (Slovensko predsedstvo EU 2008).

Državni zbor predstavlja vse ljudstvo in temelji na načelu ljudske suverenosti. Je najvišji zakonodajni organ, sestavljen iz 90 poslancev, ki imajo 4-letni mandat. Njegove najpomembnejše funkcije so:

- *zakonodajna funkcija*: sprejema ustavo, zakone in druge splošne akte, svoj poslovnik, državni proračun in zaključni račun proračuna, ratificira mednarodne pogodbe, razpisuje referendum;
- *volilna funkcija*: voli oziroma imenuje predsednika vlade in ministre, sodnike, sodnike ustavnega sodišča, guvernerja centralne banke, člane računskega sodišča, varuha človekovih pravic itd.;

- *nadzorna funkcija*: lahko postavlja poslanska vprašanja, izvaja parlamentarne preiskave, izglasuje (ne)zaupnico vladi, vloga interpelacije o delu vlade ali ministra in ustavne obtožbe;
- poleg tega razglašajo vojno in izredno stanje ter odločajo o uporabi obrambnih sil.

Vlada je nosilka izvršilne veje oblasti in najvišji organ državne uprave. V skladu z ustavo, zakoni in drugimi splošnimi akti državnega zbora določa, usmerja in usklajuje izvajanje politike države. Kot najvišji organ državne uprave pa izdaja predpise in sprejema pravne, politične, ekonomske, finančne, organizacijske in druge ukrepe za urejanje področij v pristojnosti države. Njene funkcije na področju zakonodajne iniciative vključujejo vlaganje zakonskih predlogov DZ, predlaganje državnega proračuna, nacionalnih programov in drugih splošnih aktov, s katerimi določa politične usmeritve za posamezna področja v pristojnosti države. Vlada deluje na kabinetni način s poudarjeno vlogo predsednika vlade. Sestavljajo jo predsednik vlade in ministri (Slovensko predsedstvo EU 2008). Predsednika vlade predlaga predsednik republike, volijo ga poslanci državnega zbora z absolutno večino. Ministre predlaga predsednik vlade, imenuje in razrešuje pa jih parlament.

Izvedba načela delitve oblasti postavlja vlado v položaj, da ni le izvršilno-tehnični organ parlamenta, temveč samostojna veja oblasti, ki je splošno pristojna za določanje in vodenje politike države; je organ strateškega odločanja. Nadzor parlamenta oz. pri nas državnega zbora pa je vzpostavljen predvsem preko institutov poslanskih vprašanj, interpelacije in glasovanja o nezaupnici.

Pri razmerju med državnim zborom in vlado je značilna mešanica elementov skupščinskega in parlamentarnega sistema. Zakon določa, da mora vlada zgolj izvajati točno tisto politiko, ki jo sprejema državni zbor. Na zahtevo državnega zbora pa morajo vlada oz. ministri državnemu zboru tudi poročati.

Vlada ima 4 temeljne funkcije:

- *koordinativna funkcija*: vlada je prek ministrstev pristojna za koordinacijo delovanja državne uprave in njeno usklajeno izvrševanje nalog;

- *nadzorna funkcija*: v okvirju te funkcije vlada nadzira delovanje ministrstev in upravnih organov;
- *iniciativna funkcija*: vlada parlamentu predlaga v sprejem zakone ter druge pravne akte in državni proračun;
- *izvršilna funkcija*: vlada skrbi za izvrševanje vseh sprejetih zakonov, daje smernice ministrom za izvajanje politik in za izvrševanje zakonov, drugih predpisov in splošnih aktov.

Pravosodni sistem je t. i. tretja veja oblasti. Naloga sodne veje oblasti je odločanje o pravicah in dolžnostih državljanov in o obtožbah zoper njih. Vsa sodišča v Sloveniji delujejo v skladu z načeli ustavnosti, neodvisnosti in zakonitosti (Slovensko predsedstvo EU 2008). Sodniki so pri opravljanju svoje funkcije neodvisni. Vezani so na ustavo in zakon. Sodišča so okrajna in okrožna, višja sodišča so pritožbena sodišča. Najvišje sodišče v sodnem sistemu je Vrhovno sodišče.

Predsednik republike predstavlja državo in je vrhovni poveljnik njenih obrambnih sil. Razpisuje volitve v DZ, razglša zakone, po posvetu z vodji poslanskih skupin predlaga DZ mandatarja za sestavo vlade, predlaga ustavne sodnike, člane računskega sodišča, postavi in odpokliče veleposlanike, sprejema poverilna pisma tujih diplomatov, odloča o pomilostitvah itd. Kot predsednik nima vpliva na sestavo vlade – to je v pristojnosti predsednika vlade in DZ. Predsednik republike pa lahko razpusti DZ, če ta tudi po drugem predlogu (ki lahko prihaja tudi iz DZ) ne izvoli mandatarja za sestavo vlade. Kadar se DZ zaradi izrednih razmer ali vojnega stanja ne more sestati, lahko predsednik na predlog vlade izdaja uredbe z zakonsko močjo (Slovensko predsedstvo EU 2008).

4.2.2 Oblika državne oblasti v Združenih državah Amerike

Predsedniški sistem se je oblikoval prav v ZDA z ustavo leta 1787, ki v prvih treh členih definira izvršilno, zakonodajno in sodno oblast. Za predsedniški politični sistem je značilno, da je predsednik kot šef države in vlade individualni organ (Grad 2000). V predsedniškem sistemu izvršilno oblast vodi predsednik kot individualni državni organ, ki je pri svojih odločitvah popolnoma neodvisen od kongresa. Kongres ga lahko samo obtoži (impeachment) in obsodi, na drugi strani pa predsednik ne more razpustiti parlamenta. Zato je v predsedniškem sistemu ločitev med zakonodajno in izvršilno vejo oblasti jasna. Predsednika izvoli ljudstvo na neposrednih volitvah. Predsedniški sistem dodeljuje predsedniku večje pristojnosti kot jih imajo predsedniki v ostalih demokratičnih političnih sistemih. Pri izvajanju mu pomagata kabinet in obsežna državna uprava.

Kabinet predsednika sestavlja 15 departmentov (med njimi je tudi Department za zdravje in socialna vprašanja), ki jih vodijo sekretarji (ministri v parlamentarnem sistemu) in državni tožilec. Vsi člani kabineta so odvisni, podrejeni in odgovorni predsedniku. Predsednikov kabinet ni izvršilno telo, je namreč brez pooblastil, da bi odločal o vladni politiki.

Predsednik ima veliko moč, saj mu ustava podeljuje pet najpomembnejših vlog v državi, in sicer:

- funkcijo predsednika države;
- funkcijo predsednika vlade;
- funkcijo vrhovnega poveljnika vojske;
- funkcijo vrhovnega diplomata;
- funkcijo poosebljanja prioritete države.

Polega zgoraj omenjenih funkcij predsednik še:

- imenuje zvezne sodnike;
- imenuje veleposlanike in podpisuje mednarodne pogodbe;
- predlaga proračun;
- odloča o državnih birokratih;
- izreka pomilostitve zapornikov;
- potrjuje (podpisuje) in implementira zakone.

Čeprav ameriški predsednik kot nosilec izvršilne oblasti po ustavi nima formalne pravice do zakonodajne pobude, s svojimi predlogi resnično daje pobudo za večji del zakonodaje. Na začetku vsakega leta predsednik Kongresu poda poročilo o stanju, v katerem predstavi zunanje in notranjepolitične razmere, opozori na ključna vprašanja in predstavi najpomembnejše zakone, ki bi jih bilo treba sprejeti. Vsi predlogi zakonov, ki jih sprejme Kongres, stopijo v veljavo šele s predsednikovim podpisom. Če se predsednik s predlogom zakona ne strinja, lahko nanj vloži veto, ki pa ga lahko Kongres preglasuje z dvotretjinsko večino, kar pa se v praksi ne dogaja. Predsednik je torej ključna politična oseba v državi.

Zakonodajno vejo oblasti predstavlja Kongres. Ameriški Kongres je sicer prav tako kot naš parlament dvodomen, vendar je sestava drugačna. Spodnji dom se imenuje predstavniški dom in ima 435 članov, število članov, ki zastopa posamezno zvezno državo, pa je odvisno od velikosti oziroma prebivalstva posamezne države. Zgornji dom se imenuje Senat in v njem sta po 2 predstavnika vsake države.

V Kongresu sta oba domova skoraj enako močna, v čemer so razlikuje od ostalih dvodomnih parlamentov, kjer je večinoma eden bolj pomemben od drugega (Ferfila 2001).

Po ustavi je naloga Kongresa, da ustvarja in sprejema nove zakone, spreminja že obstoječe, ustanavlja sodišča, napoveduje vojno in zbora vojsko, ustanavlja poštno urade, plačuje dolgove, uvaja davke, takse, carine in trošarine, zagotavlja skupno obrambo in splošno blaginjo ZDA, si izposoja denar v imenu ZDA, izvaja kongresne preiskave ter preučuje delo izvršilne oblasti. Na ta način lahko obtožuje državne uradnike, tudi predsednika. Odnos med Kongresom in predsednikom temelji na neodvisnosti, ker predsednik ni voljen s strani Kongresa in mu ta ne določa pravic, nima pooblastil, da bi ga lahko odstavil, predsednik pa hkrati ne more biti član Kongresa (Ferfila 2003). Ima pa predsednik z vetom možnost vplivanja na sprejemanje zakonov.

Če se v našem političnem sistemu vlada sestavlja glede na razmerja moči v parlamentu, je kabinet ameriškega predsednika popolnoma ločen od kongresa, kar lahko pripelje do razmer, ko predsednikova stranka in stranka z večino v parlamentu nista ista stranka, kar lahko izjemno zmanjša učinkovitost izvršilne oblasti.

Poglavitna ustavna funkcija Kongresa je oblikovanje politik, zato lahko rečemo, da je kongres »policymaker«. Vendar kongres praviloma postavi široke cilje politik, birokracija pa je tista, ki potem cilje izvršuje oziramo uresničuje, pri čemer ima več ali manj diskrecijskih pravic (Ferfila 2003).

4.3 Vpliv političnega sistema Združenih držav Amerike in Slovenije na oblikovanje javnih politik

Politični sistem Združenih držav Amerike predstavlja oviro pri oblikovanju politik in posledično pri sprejemu reform na področju zdravstvenega varstva. Ker se javne politike na številnih področjih, kot na primer na področju šolstva, socialnih transferjev, zdravja, transporta itd., razlikujejo od države do države, so Združene države Amerike zelo primerne za primerjalno analizo oz. za preverjanje hipoteze o vplivih oblike državne ureditve in oblasti ter strankarske polarizacije oblikovanje javne politike.

Združene države Amerike imajo federalno državno ureditev, v kateri imajo zvezne države velik obseg pooblastil in kjer vlada zgodovinski odpor do centraliziranega načrtovanja, upravljanja in nadzora, bodisi na zvezni ali državni ravni. Federalizem je definiral ustavno delitev oblasti med zvezno vlado in državami. Poudaril je neodvisnost vseh ravni oblasti, s tem, da je dal določena področja – kot na primer zunanjo politiko – v ekskluzivno upravljanje zvezne vlade, medtem ko so ostala področja (med njimi tudi zdravstvena politika) odgovornost posameznih držav. Ta državna ureditev se razlikuje od unitarne države, kot je Slovenija, kjer regionalna in lokalna oblast izvira iz centralne oblasti. Federalni sistem, zaradi svoje strukture, povzroča težave pri implementaciji politike preko mej različnih nivojev oblasti.

Ameriški federalizem oblikuje posebne probleme in priložnosti na področju javnih politik. Federalizem neposredno povečuje razdelitveno (angl. allocative) funkcijo oblasti. Decentralizacija namreč dovoljuje vladam držav, da oblikuje storitve v skladu z zahtevami oziroma povpraševanjem. Paketi javnih storitev in njihova cena se tako med posameznimi državami razlikuje. Konkurenca sili vlade, da postajajo bolj učinkovite v svoji razdelitveni funkciji, kar ima za posledico višjo kakovost javnih storitev za nižjo ceno. Prebivalci migrirajo v tisto državo, kjer je razdelitvena shema za njih najbolj primerna. Na drugi strani pa federalizem ne vpliva pozitivno na prerazporeditveno funkcijo, Kot primer naj omenim

višine socialnih prejemkov, kjer države določajo njihove višine na isti ravni ali malo pod višino sosednjih držav, saj se bojijo priseljevanja revnih in brezposelnih. S tem postavljajo višine prejemkov pod dejansko željo svojih državljanov (Dye 2002).

Na drugi strani so tu determinante predsedniškega političnega sistema. Z njegovo delitvijo oblasti je veliko težje sprejeti celovite, racionalne in trdno oblikovane politične programe kot v parlamentarnem sistemu. V primerjavi s parlamentarnim sistemom, kjer je vlada odvisna od zakonodajne oblasti, saj jo parlament potrjuje in ji lahko izglasuje nezaupnico, so v predsedniškem sistemu vse tri veje oblasti strogo ločene in neodvisne. Kar predstavlja novo oviro močni centralni oblasti, saj predsednik kot izvršilna oblast težko doseže sprejetje svojih programov za oblikovanje politik v zakonodajni veji. Še več, prisotnost dveh enako močnih domov v Kongresu (senata in predstavniškega doma) dodatno zmanjšuje moč in otežuje sprejetje novih politik. Tudi, če ima predsednikov predlog večino v enem domu ni nujno, da bo zbral večino v drugem.

Institucionalna struktura predsedniškega sistema in federalizma, ki predvideva delitev oblasti med tri veje, delitev oblasti znotraj zakonodajne veje ter delitev oblasti med zvezno vlado in zveznimi državami, otežuje sprejetje reform na področju javnih politik bolj kot jih institucionalna struktura parlamentarnih in unitarnih držav.

Tradicionalna literatura s področja ameriške državne politike navaja, da imajo značilnosti političnega sistema države, predvsem dvostrankarska tekmovalnost in participacija volivcev, neposreden vpliv na javne politike. Smiselno namreč je, da povečanje tekmovalnosti med strankama pozitivno vpliva na proračun namenjen izobraževanju, socialnim transferjem, zdravstvu itd., saj poskušata stranki s tovrstnimi spodbudami višati svojo priljubljenost pri volivcih. Končen rezultat tekme je dvig porabe in večje število oz. večja kakovost storitev. Vendar so raziskave pokazale, da je ekonomska razvitost držav večji faktor pri oblikovanju javnih politik posameznih držav. Večina povezav med političnimi variablami in iznosi (outcomes) javnih politik je dejansko posledica dejstva, da ekonomska razvitost vpliva tako na politične dejavnike kot na iznose javnih politik. Kljub temu so uspeli politologi dokazati, da lahko nekatere razlike v javnih politikah med posameznimi državami pripišemo strankarskemu tekmovanju in participaciji volivcev. Predvsem to velja za socialno politiko, kjer prihaja do konflikta med tistimi, ki imajo in tistimi, ki nimajo, kar povečuje vpliv politične tekme in participacije (Dye 2002).

Ameriški politični sistem je dvostrankarski, občasno se sicer poleg demokratske in republikanske stranke pojavi še kakšna druga stranka, vendar brez vidnejšega vpliva. Glavna funkcija strank je pretvorba interesov ljudi v vladne politike. In ameriški stranki dobro opravljata to nalogo izražanja volje in interesov ljudi. Vendar je na drugi strani problematična mlačnost oz. dvoumnost političnega dialoga (Ferfila 2003). Nobena od strank noče zavzeti radikalnejšega stališča glede določenega družbenega problema, kar bi vodilo do večje spremembe javne politike, saj je glavnina volivcev sredinsko usmerjenih in bi v takem primeri izgubila volilno bazo. Zato prihaja le do manjših sprememb v javnih politikah ne glede na to katera stranka zmaga na volitvah. Problem je tudi, da demokratska in republikanska stranka nimata v vseh državah enake volilne baze (glej Tabelo 4.1). Strankarski sistem vsake države je namreč odsev različnih povezav oziroma koalicij med ključnimi družbenimi skupinami v ZDA, ki imajo različne položaje v posameznih državah.

Tabela 4. 1: Strankarska delitev

Delitev 1: Jug usmeritev		Delitev 2: New Deal usmeritev		Delitev 3: Post-New Deal usmeritev	
demokratska	republikanska	demokratska	republikanska	demokratska	republikanska
črnci nizek doh. ruralno preb.	belci visok doh. urbano preb. univer. izob.	katoliki nizek doh. sindikati ženske	protestanti visok doh. univer. izob.	črnci katoliki urbano preb. sindikati nizek doh. ženske judje	belci protestanti visok doh. univer. izob.
South Carolina Mississippi Alabama Texas Louisiana Georgia Virginia North Carolina Oklahoma Florida Tennessee		Vermont Maine New Hampshire Massachusetts Arizona New Mexico Connecticut Montana Rhode Island Minnesota Colorado Utah Iowa South Dakota North Dakota Idaho Nebraska Washington Oregon		Illinois New York Michigan Delaware New Jersey Maryland California Pennsylvania Ohio Wisconsin Missouri Nevada Indiana Kansas	

Vir: Brown v Dye (2002, 283).

Tako na primer igra v prvi delitvi (Jug) rasa glavno vlogo pri razlikovanju med strankama, v drugi delitvi (New Deal) igra to vlogo podpora katoličanov oziroma podpora protestantov, pri tretji delitvi pa igrata pomembno vlogo tako rasa kot družbeni razred. Ostale družbene skupine dopolnjujejo zavezništva.

5 POLITIKA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V ZDRUŽENI DRŽAVAH AMERIKE IN SLOVENIJI

5.1 Politika in sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji

5.1.1 Razvoj sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji

V zadnjih 200 letih je na teritoriju današnje Slovenije prišlo do številnih sprememb na področju zdravstvenega varstva. Poleg razvoja je na sistem vplivala tudi družbenopolitična in ekonomska situacija. Na področju Slovenije so se v tem obdobju zamenjali štirje politični sistemi, saj je bil teritorij današnje Slovenije pod jurisdikcijo Avstro-Ogrske monarhije, Kraljevine Srbov, Hrvatov in Slovencev, Jugoslavije in po osamosvojitvi 1991 do danes Republike Slovenije. V skladu z vsemi spremembami se je vzporedno razvijal tudi zdravstveni sistem, ki je pravno, organizacijsko in ekonomsko sledil razmeram v posameznih obdobjih.

Začetki razvoja zdravstvenega sistema segajo v 19. stoletje. Predpisi Avstro-Ogrske monarhije iz leta 1820 in 1837 so od delodajalcev zahtevali, da poskrbijo za zdravljenje svojih delavcev v prvih štirih tednih bolezni, čemur so se delodajalci izmikali. Zato so po vzoru drugih zahodnoevropskih držav začeli delavci ustanavljati društva in druge oblike povezovanja z namenom medsebojne pomoči v primeru bolezni, poškodb ipd. Tako so se razvile »bratske skladnice«, ki so skrbele za stare, onemogle in bolne člane ter za njihove vdove ter sirote. Leta 1854 je bilo uvedeno obvezno zavarovanje rudarjev in topilniških delavcev, 1869 pa je bilo podobno zavarovanje uzakonjeno še za železničarje (Štruc 2010, 21–22). Prvi zakon o obveznem bolniškem zavarovanju, ki je bil zapisan v »Državnem zakoniku«, je bil sprejet leta 1888, podpisal pa ga je Franc Jožef. Pomenil je začetek uvajanja partnerskega modela zdravstvenega varstva. Po sprejetju zakona so se postopoma ustanovljale »bolniške blagajne«, ki so določale obseg pravic članov, višino prispevkov, višino rezervnega sklada, sestavo nadzornega sveta, glavnega zbora in njihovih pooblastil. Prvi zakon o obveznem zdravstvenem zavarovanju je bil sprejet 1892 leta. Obvezno zavarovanje so plačevali tako delavci kot delodajalci v obliki prispevkov, saj je zavarovanje temeljilo na delovnem razmerju. Zdravstvena služba je bila do prve svetovne vojne zasebna. Zdravniki z zasebno prakso so prejeli od občin minimalno nadomestilo za zdravljenje oseb brez

dohodkov oziroma brez zavarovanja in premoženja ter za opravljanje javno-zdravstvenih nalog (cepljenje ipd.) (Kos, 16; Toth 2003, 432–434).

Leta 1918, ko je Slovenija postala del Kraljevine Srbov, Hrvatov in Slovencev, je narodna vlada za Slovenijo bolniške blagajne nadomestila z Okrajno bolniško blagajno v Ljubljani. Ta se je čez štiri leta v skladu z zakonom o zavarovanju delavcev preimenovala v Okrožni urad za zavarovanje delavcev na področju Dravske banovine (Janša 2006, 9). S priključitvijo k Jugoslaviji leta 1945 je Slovenija sprejela nov sistem zdravstvenega varstva, ki se je uveljavljal postopoma in je prevladoval vse do osamosvojitve. V novem sistemu zdravstvenega varstva je bila oblast odgovorna za zagotavljanje sredstev za financiranje sistema zdravstvenega varstva. Odločitve so se sprejemale na najvišji ravni, sistem je temeljil na predpostavki uveljavljanja pravic vseh prebivalcev do zdravstvenih storitev, brez razlikovanja in doplačil, saj je bila socialistična družba preko svojih državnih institucij dolžna zagotoviti vse dobrine, povezane z zdravjem. Vse stroške je kril državni proračun, brez dodatnih prostovoljnih zavarovanj. Kot posledica socialističnega političnega sistema so zdravstveni zavodi postali last države, vsi zdravniki so postali državni uslužbenci, saj je bila zdravstvena služba v celoti podržavljena; zasebne dejavnosti ni bilo. Po osamosvojitvi leta 1991 je bilo politično okolje v državi dovolj stabilno za implementacijo reform v ekonomskem in socialnem sektorju, ki so bile nujne za zagotavljanje stabilnosti države (Albreht in drugi 2009, xix).

Z namenom izgradnje modernega zdravstvenega sistema je Slovenija leta 1992 ukinila samoupravne interesne zdravstvene skupnosti, ki so bile zapuščina Jugoslavije, njenega političnega sistema ter ideologije, in se lotila reforme zdravstvenega sistema. Razlogi za reformo so bili predvsem v prejšnjem sistemu financiranja, ki je zaradi ideologije teoretično zagotavljal zdravstveno varstvo vsem, v praksi pa je povzročal velike težave v delovanju in poslovanju zdravstvenih zavodov, saj je bil celoten sistem zdravstvenega varstva v veliki večini financiran s sredstvi iz prispevkov, torej z javnimi sredstvi, ki pa niso zadostovali za vzdržno, dolgoročno in kakovostno delovanje zdravstvenega sistema. Poleg tega v obstoječem sistemu uporabniki niso imeli možnosti izbire osebnega zdravnika, obstoj in razvoj zasebnega sektorja na področju zdravstvenih storitev pa je bil prepovedan (Kos, 16; Štruc 2010, 22-23). Nova vlada je želela državljanom zagotoviti visoko raven zdravstvene varnosti ter univerzalno dostopnost zdravstvenih storitev na podlagi solidarnosti. Reforma je vsebovala določila v smeri vzpostavitve Bismarckovega oziroma t.i. partnerskega modela zdravstvenega varstva.

Temeljila je predvsem na uvedbi obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, zasebne zdravstvene prakse in ponovni uvedbi profesionalnih združenj – Zdravniške in Farmacevtske zbornice.

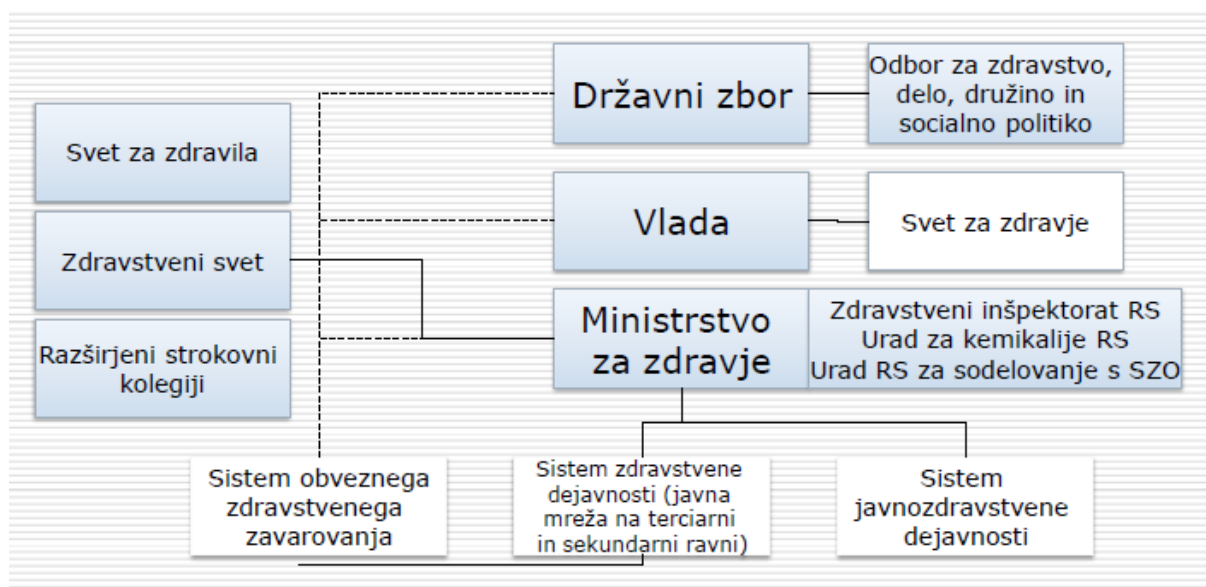
Uvedba obveznega zdravstvenega zavarovanja pomeni, da se morajo vsi državljani zavarovati za uveljavljanje zdravstvenih storitev v obsegu, ki jih zagotavlja zakon. Obvezno zdravstveno zavarovanje se udejanja v obliki plačila prispevkov zaposlenih in delodajalcev. V primeru, da oseba nima dohodkov, jo mora zavarovati občina. Obvezno zavarovanje zagotavlja zavarovanim osebam dostop do zdravstvenih storitev, zdravil, medicinsko-tehničnih pripomočkov ter do denarnih nadomestil. Po zakonu so zavarovane osebe zavarovanci, nezaposleni zakonski partnerji ter otroci. Poleg tega zakon določa tudi posebne skupine zavarovanih oseb, katerim država delno ali v celoti krije razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev (Štruc 2010, 23 in 26). Zaradi sistema v bivši Jugoslaviji, ko so bile vse zdravstvene storitve krite s strani države, je obstajala bojazen, da državljani ne bodo pripravljeni dajati zasebnih sredstev za zdravstvene storitve in bodo raje sprejeli manjše pravice ter okrnjeno koriščenje zdravstvenih storitev. Kljub temu se je Slovenija odločila za uvedbo obveznega in prostovoljnega zavarovanja (Kogovšek 2000, 20). S tem je naredila korak naprej pri zagotavljanju visokega standarda zdravstvenih storitev in je obenem zmanjšala pritisk na javna sredstva. Sistem zdravstvenega zavarovanja je obvezujoč in zagotavlja univerzalno kritje (99 % vse populacije). Višina prispevka je odvisna od višine dohodka posameznika (Albreht in drugi 2009, 49).

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje krije doplačila do polne cene zdravstvenih storitev in zdravil. Poleg obveznega in prostovoljnega zavarovanja je nov sistem omogočil tudi profitna zavarovanja, ki krijejo nadstandardne storitve. Prostovoljna zavarovanja (vključno s profitnimi zavarovanji) v Sloveniji igrajo pomembnejšo vlogo kot v večini drugih članic OECD, saj predstavljajo slabih 15 % vseh sredstev za porabo sistema zdravstvenega varstva (OECD Health Statistics 2015).

5.1.2 Organiziranost sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji

Vloga države je skrb za zadovoljivo delovanje sistema zdravstvenega varstva in pravično delitev ekonomskih bremen, kar država udejanja skozi politiko zdravstvenega varstva. Država ima administrativne in regulatorne funkcije, ki jih izvaja preko Ministrstva za zdravje, državnih agencij in uradnikov. Sprejema zakone in podzakonske akte, standarde, ki zagotavljajo preventivo pred širjenjem nalezljivih bolezni, zagotavljajo zdravju prijazno okolje in delovna mesta.

Slika 5. 1: Organi države v skrbi za zdravje prebivalcev v RS



Vir: Kos (38).

Slovenija ima relativno centraliziran sistem (glej Sliko 5.1). Svet za zdravje nudi vladi strokovno pomoč pri odločanju o zadevah s področja zdravja. Ministrstvo za zdravje je odgovorno za zagotavljanje zdravstvenega varstva državljanov. To pomeni, da ministrstvo skrbi za oblikovanje, implementacijo, regulacijo in nadzor nad izvajanjem nalog javnega zdravstva. Ustanavlja bolnišnice in javne zdravstvene inštitucije na sekundarni in terciarni ravni, potrjuje direktorje zdravstvenih inštitucij itd.

Država je lastnica in upravnica javnih zavodov na sekundarni in terciarni ravni, javne zavode na primarni ravni pa ustanavljajo občine.

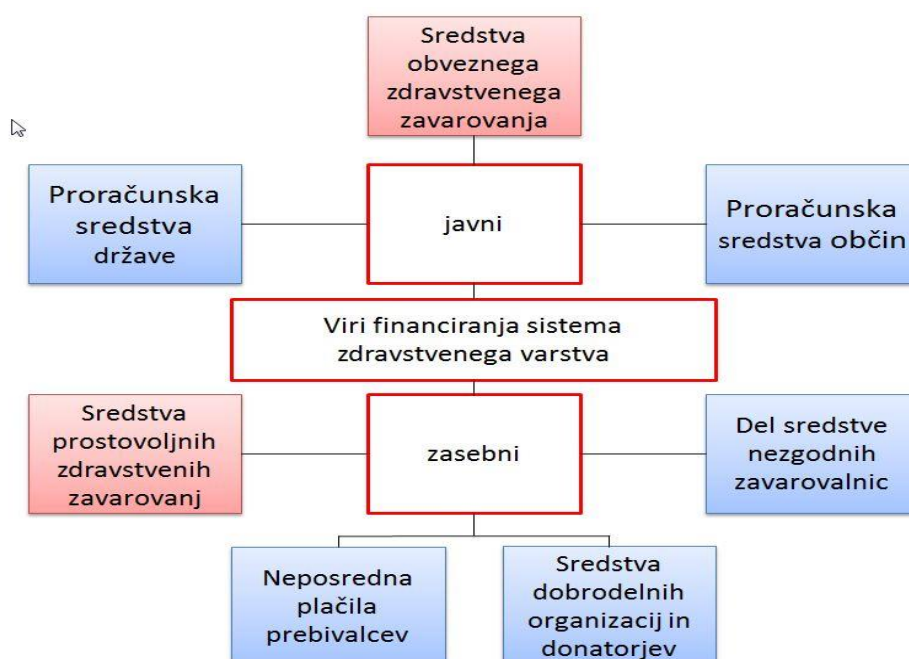
Ministrstvu za zdravje je pri opravljanju funkcij v pomoč Zdravstveni svet, ki je najvišji strokovno usklajevalni in posvetovalni organ na področju zdravstvene dejavnosti, zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja (Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje).

Na oblikovanje politike javnega zdravstva močno vplivata Zdravniška in Farmacevtska zbornica s svojimi interesi in z lobiranjem na političnem področju. Poleg zbornic je pomemben akter pri oblikovanju politike tudi farmacevtska industrija, saj ima Slovenija dve močni farmacevtski podjetji (Krka in Lek), ki sta velika izvoznika in delodajalca z visoko izobraženo delovno silo.

5.1.3 Financiranje sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji

Sistem javnega zdravstva se financira iz javnih in zasebnih sredstev (glej Sliko 5.2), kot so na primer obvezno zdravstveno zavarovanje, davki, prostovoljna zavarovanja in neposredna plačila prebivalcev (angl. OOP – Out-of-Pocket). Glavnino sredstev za javno zdravje predstavljajo prilivi iz naslova obveznega zavarovanja.

Slika 5. 2: Financiranje sistema zdravstvenega varstva



Vir: Kos (17).

Zavod za Zdravstveno varstvo Slovenije ima nadzor nad obveznim zavarovanjem, dodatno prostovoljno zavarovanje pa pokrivajo zasebne zavarovalnice. Partnerski model, ki ga je z reformo zdravstvenega sistema uvedla Slovenija, zahteva sodelovanje in dogovarjanje med partnerji oziroma predstavniki različnih interesov (delodajalci, delavci, zavarovalnicami, ministrstvom za zdravje itd.). Partnerji skupaj oblikujejo dogovore o cenah storitev, o pogojih izvajanja zdravstvenih dejavnosti, o programu zdravstvenih storitev ter izhodiščih za njihovo uresničevanje itd. (Toth 2003, 465).

Večina izdatkov (skoraj 86 %) je javnih, pridobivajo se iz prispevkov in delno iz proračuna (OECD Health Statistics 2015). Zdravstvene storitve so dostopne vsem državljanom.

Po zgoraj narejeni analizi politike in zdravstvenega sistema Slovenije lahko potrdim prvo hipotezo: ***»Koncept solidarnosti in pretežno javno financiranje zdravstvenega varstva v Sloveniji sta dediščina sistemov in ideologij iz preteklosti (teritorij Slovenije kot del Avstro-Ogrske in SFRJ).«***

Kajti solidarnost na področju zdravstvenega varstva ima svoje korenine že v 19. stoletju, ko so delavci ustanavljali društva in druge oblike povezovanja z namenom medsebojne pomoči v primeru bolezni in poškodb; sčasoma so se razvile »bratske skladnice«, ki so skrbele za stare, onemogle in bolne člane ter za njihove vdove ter sirote.

Javno financiranje zdravstvenega varstva je uzakonila že Avstro-Ogrska z uvedbo Bismarckovega sistema zdravstvenega varstva, ki je privedel do ustanavljanja »bolniških blagajn«, v katere so se plačevali prispevki in iz njih financirale zdravstvene storitve, do katerih so bili vsi upravičeni (tudi tu se je nadaljevala prisotnost solidarnosti). Javno financiranje sistema zdravstvenega varstva je bilo prisotno tudi v Jugoslaviji, kjer je bila oblast odgovorna za zagotavljanje sredstev za financiranje sistema zdravstvenega varstva iz državnega proračuna.

Obe pozitivni značilnosti preteklih sistemov je želela Slovenija državljanom zagotoviti tudi z reformo po osamosvojitvi, da bi s tem zagotovila visoko raven zdravstvene varnosti ter univerzalno dostopnost zdravstvenih storitev.

5.2 Politika in sistem zdravstvenega varstva v Združenih državah Amerike

5.2.1 Razvoj sistema zdravstvenega varstva Združenih držav Amerike

Združene države Amerike so zelo raznolika in zapletena družba. Širok spekter organov in skupin, ki želijo vplivati na politiko, onemogoča sistematično in celovito analizo procesa oblikovanja zdravstvene politike (Gostin 1995).

Klasični ameriški federalizem predpostavlja, da ima zakonodajna oblast posebno pooblastilo za oblikovanje politike. Pravica sprejemanja zakonov je dana samo zakonodajni veji oblasti, ki pa lahko delegira oblikovanje zakonov in njihovo izvrševanje izvršilni oblasti. Sodstvu in izvršilni veji oblasti (razen z vetom) ni dovoljeno posegati v zakonodajna pooblastila. V teoriji niti izvršilna niti sodna veja oblasti nimata mandata za oblikovanje zdravstvene politike (Gostin 1995).

Nacionalna zdravstvena politika je del socialne politike, nanjo pa 'posledično' vplivajo različni družbeni in ekonomski dejavniki. Narava in zgodovina obstoječih institucij, splošna klima javnega mnenja, ritualizirane metode reševanja družbenega konflikta in splošni cilji ter družbene vrednote – vse to igra pomembno vlogo pri oblikovanju javne politike. Pomemben vidik ameriške družbe, ki ga moramo poznati, da bi razumeli politični proces v Združenih državah Amerike, vključuje ideološko usmerjenost, federalizem in zgodovinske okoliščine (Benjamin in drugi, 2006).

Zdravstveni sistem Združenih držav je unikaten med sistemi razvitejših držav. Združene države nimajo enotnega zdravstvenega sistema, univerzalnega sistema zdravstvenega varstva, ki bi zagotavljal zavarovanje vsem državljanom, zakon, ki to določa, pa še ni v celoti implementiran.

Zdravstveni sistem Združenih držav Amerike bi najlažje opisali kot hibridni sistem, saj gre za mešanico privatnega in vladnega zdravstvenega varstva, kjer je večina zdravstvenih storitev opravljenih v privatnem segmentu (Department for Professional Employees).

Začetki zdravstvenega varstva v Združenih državah segajo v 19. stoletje, ko so zdravniki različnih specialnosti, velikokrat pomanjkljivo strokovni, tekmovali med seboj za zagotovitev

zdravstvene oskrbe prebivalcev. Kakovost se je do začetka dvajsetega stoletja postopoma dvignila, na kar so vplivali različni dejavniki (izboljšave na področju usposabljanja zdravnikov, boljša kakovost bolnišnic in združitve konkurenčnih zdravnikov pod okriljem lokalnih ter državnih zdravstvenih združenj in na nacionalni ravni prek organizacije imenovane American Medical Association (v nadaljevanju AMA)). Ker so bili stroški zdravstvenih storitev visoki, se je začel oblikovati sistem zasebnega zdravstvenega zavarovanja, da bi jih bili ljudje sposobni plačevati. Sistem ima svoje začetke okoli leta 1930 z ustanovitvijo neprofitnih programov imenovanih Blue Cross za bolnišnično oskrbo in kmalu za tem programov Blue Shield za zdravniško oskrbo. Programa sta bila neprofitna in nista zahtevala denarnih rezerv, ki so značilne za komercialna zavarovanja. Programi Blue Cross and Blue Shield so dobili vidnejšo konkurenco v obliki komercialnih (profitnih) zavarovanj po koncu 2. svetovne vojne. Število Američanov z zasebnim zdravstvenim zavarovanjem je močno naraslo v štiridesetih in petdesetih letih 20. stoletja. Medtem ko je imelo leta 1939 le 6 milijonov Američanov eno izmed zdravstvenih zavarovanj, je to število do leta 1950 naraslo na 75 milijonov ljudi – polovica prebivalstva Združenih držav Amerike. Do sprejetja programov Medicare in Medicaid leta 1965 se je število ljudi z zdravstvenim zavarovanjem še naprej večalo in doseglo 156 milijonov – 80 % ameriškega prebivalstva (Rice 2013, 33–35).

Do sprejema Affordable Care Act-a (v nadaljevanju ACA) je imela večina Američanov zavarovanja, ki so jih ponujala podjetja, v katerih so bili zaposleni. Združene države Amerike so bile edina razvita država s takim sistemom. Podjetja so začela ponujati zavarovalne police med drugo svetovno vojno, da bi pritegnila sposobne delavce iz zmanjšanega bazena delovne sile. Strmo naraščanje prebivalcev z zasebnim zavarovanjem v omenjenem obdobju je bilo tudi posledica dejstva, da prispevki delodajalca za zdravstveno zavarovanje delavca niso bili obdavčeni. Do sredine šestdesetih let 20. stoletja sistematični vladni program za zdravstveno zavarovanje ni obstajal, vendar pa je bilo potrebe o zdravstvenih zavarovanjih izpolnjeval sistem, ki je temeljil na delovnem razmerju.

Pred uveljavitvijo ACA je bilo več neuspešnih prizadevanj, da bi zagotovili univerzalno dostopnost zdravstvenega zavarovanja vsem državljanom Združenih držav Amerike. Prva prizadevanja segajo v začetek 20. stoletja, vendar so bila neuspešna zaradi močnega nasprotovanje interesih skupin kot je na primer AMA, zadržanosti Američanov do t.i. »vladnega prevzema« sistema zdravstvenega varstva, težav pri doseganju soglasja tudi med skupinami, ki so podpirale koncept, in težav pri doseganju soglasja v in med obema

domovoma Kongresa in predsednikom. Prva prava priložnost za zvezni zakon je nastopila sredi leta 1930, ko je bil sprejet Zakon o socialnem varstvu, ki je zagotavljal starostne pokojnine in zavarovanje brezposelnih. Nekateri člani Rooseveltove administracije so verjeli, da je to primeren čas, da se z zakonom zagotovi tudi univerzalen dostop do zdravstvenega zavarovanja. Vendar je bilo jasno, da je vključitev zdravstvenega zavarovanja sporno, in da bi s tem postavili pod vprašaj sprejetje starostnih pokojnin in zavarovanja brezposelnih. S smrtjo Roosevelta leta 1945 je Truman postal prvi predsednik, ki je aktivno zagovarjal univerzalen dostop do zdravstvenih storitev kot osnovno pravico posameznika. Čeprav so imeli demokrati predsednika iz svojih vrst in prevlado v obeh domovih Kongresa, je bil zakon blokiran s strani koalicije republikancev in konservativnih demokratov iz držav južnega dela Združenih držav Amerike. Ponovno zanimanje za zdravstveno varstvo se je pojavilo v šestdesetih letih 20. stoletja, v času predsednikov Kennedyja in Johnsona. Ta interes sicer nikoli ni prinesel tehtnega predloga za univerzalno pokritost, je pa privedel do sprejetja programov Medicare in Medicaid. V začetku leta 1970 je Nixonova administracija predlagala program za sistem zdravstvenega varstva za celotno populacijo. Ta prizadevanja je blokirala predvsem leva delavska struja, ki je želela počakati na sistem, ki bi bil bolj podoben sistemu »enega plačnika« (angl. Single-payer System). Clintonov predlog je v veliki meri temeljil na nadzorovani konkurenci zasebnih zavarovalnic, vendar je ta predlog leta 1994 umaknil. Univerzalna dostopnost je bila tako na dnevnem redu šele ob izvolitvi predsednika Obame in ob poznejšem sprejetju ACA leta 2010 (Rice 2013, 41–42). ACA predstavlja najpomembnejšo zdravstveno reformo v Združenih državah Amerike po letu 1965 (sprejetje programov Medicare in Medicaid). Politična kultura je močno vplivala na vsebino ACA. V Združenih državah Amerike verjamejo v konkurenčnost trga. Pravice posameznika in osebna odgovornost za situacijo, v kateri se je znašel posameznik, pa sta pomembni politični vrednoti. Vsebina ACA odraža splošno ameriško naklonjenost k minimalnemu poseganju zvezne vlade v državne zadeve; cilji morajo biti zato doseženi s čim manjšim poseganjem zvezne vlade v državne politike.

Kot del širšega načrta, s katerim bi zajeli na milijone nezavarovanih Američanov z nizkimi dohodki, je ACA znatno razširil program Medicaid in med upravičence do Medicaida uvrstil vse državljane, mlajše od 65 let in z dohodkom na ali pod 138 % ravni revščine na zvezni ravni. Čeprav naj bi širitev Medicaida v okviru ACA zajela vse zvezne države, je sodba vrhovnega sodišča leta 2012 to preprečila in omogočila, da se države same odločajo, ali bodo sprejele nove pogoje (Paradise 2015, 9. marec). Poleg nižanja cen zusa za dodelitev pomoči

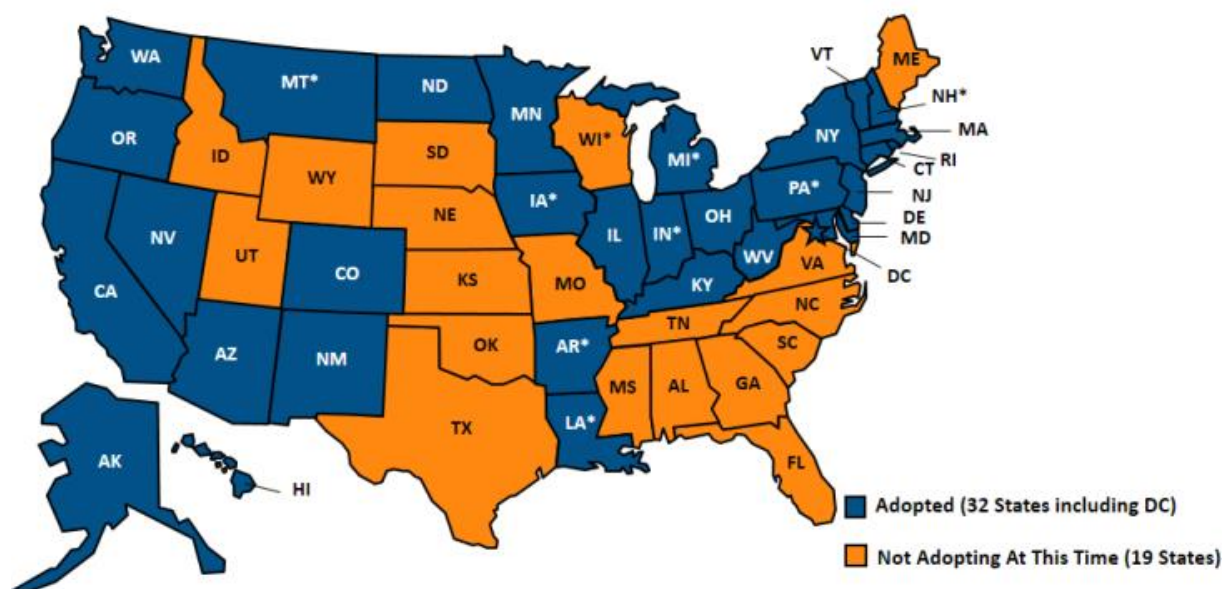
program Medicaid ACA odpravlja tudi diskriminacijo, ki je veljala za posameznike brez otrok, ki so bili avtomatsko izključeni iz programa pomoči. Poleg tega ni več diskriminacije na podlagi predhodnih bolezenskih stanj, zaradi katerih so lahko zavarovalnice zavrnile plačilo stroškov zdravljenja.

ACA zagotavlja Američanom boljšo zdravstveno varnost z vzpostavitvijo celovite reforme zdravstvenega zavarovanja, ki bo (Medicaid.gov):

- razširila kritje,
- poskrbela za odgovornost zavarovalnic,
- znižala stroške zdravstvenega varstva,
- zagotovila večjo izbiro in
- izboljšala kakovost oskrbe za vse Američane.

Kot je razvidno na Sliki 5.3 je do aprila 2016 32 držav (vključno z Zvezni okrožjem Kolumbija ali t.i. D.C.-jem) sprejelo razširitev pravic Medicaida, 19 držav do sedaj razširitve ni sprejelo.

Slika 5. 3: Trenutno stanje širitve Medicaida



Vir: Paradise 2015 (9. marec).

Kongresni Urad za proračun (CBO) je ocenil, da bo ACA zmanjšal število nezavarovanih prebivalcev za 32 milijonov, pri čemer bo leta 2019, ko naj bi vsi sprejeti ukrepi dosegli svoj učinek, ostalo nezavarovanih 23 milijonov prebivalcev. Med starejšimi, ki jih pokriva Medicaid, CBO predvideva, da bo ACA povečal delež zavarovancev pod 65 let s 83 % na 94 % (Wikipedia, The Free Encyclopedia (a)).

5.2.2 Organiziranost sistema zdravstvenega varstva Združenih držav Amerike

Da bi vlada lahko odigrala svojo vlogo znotraj sistema javnega zdravstva, morajo oblikovalci politik zagotoviti politično in finančno podporo, ki je potrebna za močne in učinkovite vladne agencije s področja javnega zdravja. Razdrobljenost vladnih infrastruktur na področju javnega zdravja je deloma posledica načina, kako so se skozi zgodovino razvijale vloge in odgovornosti vlad na zvezni, državni in lokalni ravni. Zgodovina tudi pojasnjuje, zakaj Združene države nimajo celovite nacionalne zdravstvene politike. Zvezna in državne vlade si delijo odgovornost za zagotavljanje zdravja javnosti. Iz zgodovinskega in ustavnega vidika je javno zdravje veliki meri v rokah državnih in lokalnih oblasti. Zvezna vlada pa ima na drugi strani vire, strokovno znanje in dolžnost oceniti stanje zdravja naroda in predlagati načine za njegovo izboljšanje (Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century, 2003). Na zdravstveni sistem Združenih držav Amerike lahko gledamo kot na več sistemov, ki delujejo neodvisno eden od drugega, vendar z občasnim sodelovanjem.

Na področju zdravstva zakonodajna veja ustvarja zdravstveno politiko in razporeja sredstva za njeno implementacijo. Izvršilna veja oblasti mora delati v okviru, ki ga je opredelila zakonodajna oblast, in skrbeti za izvajanje zakonodaje in oblikovanje predpisov za uveljavljanje zdravstvene politike. Na zveznem nivoju je Ministrstvo za zdravje (Department of Health and Human Services) vodilni organ, odgovoren za izvajanje zdravstvene politike. Njegove funkcije so iniciativa, oblikovanje predlogov in implementacija Kongresnih in predsedniških odločitev. Kongres nadzira delo ministrstva in zvezne agencije preko odborov, ki nadzirajo izvajanje programov in delitev sredstev. Več odborov tako v Predstavniškem domu kot v Senatu je pristojno za nadzor programov ministrstva in dejavnosti v zvezi z zdravjem.

Vladne organizacije v 50 zveznih državah so glavni akterji sistema zdravstvenega varstva v Združenih državah Amerike. Z zvezno vlado si delijo pomembno vlogo na področju financ,

načrtovanja, upravljanja, regulacije in zagotavljanja zdravstvenega varstva preko Medicaida, storitev na področju duševnega zdravja, javnih bolnišnic in zdravstvenih uradov. Vendar pa federalna državna ureditev prinaša tudi neenakosti v obsegu storitev v različnih državah (Rice in drugi 2013).

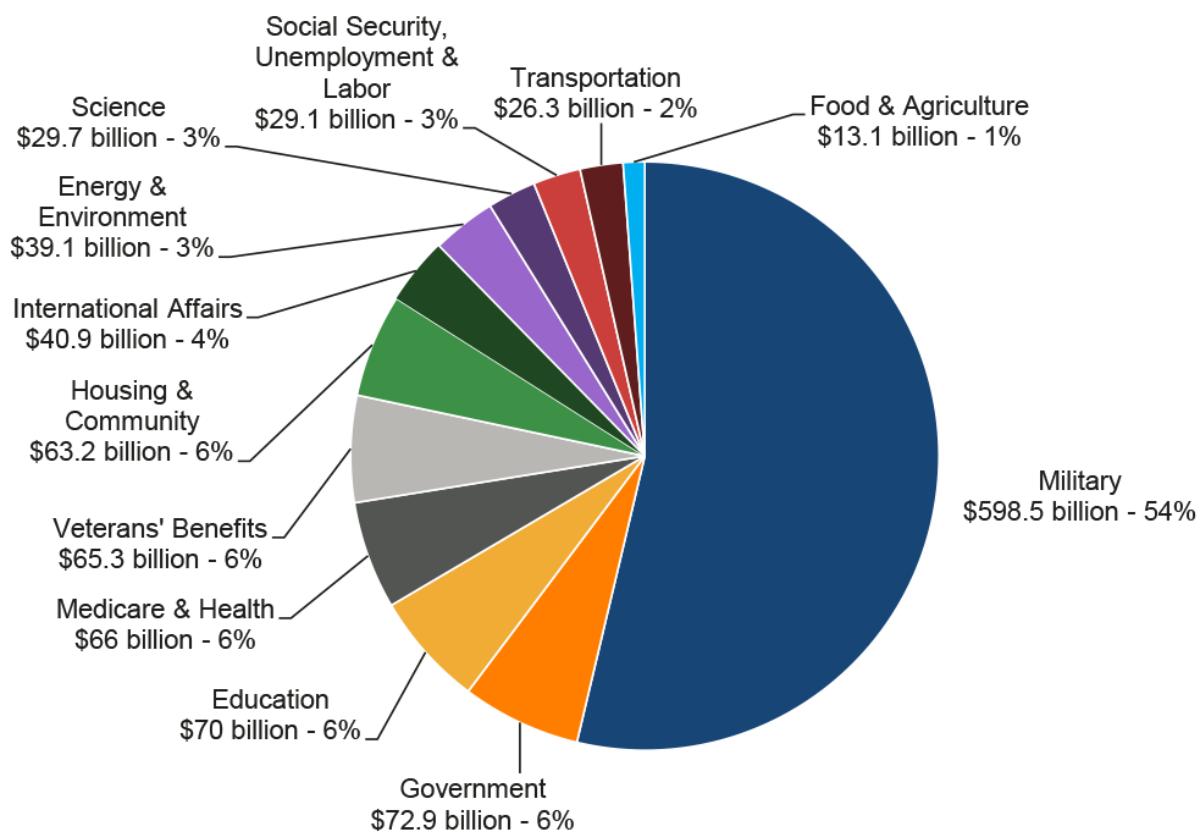
Sistem zdravstvenega varstva v ZDA je mešanica zasebnih in javnih komponent, kjer igra zasebni sektor pomembnejšo vlogo, saj zaposluje večino zdravnikov, opravi večino storitev in je lastnik in upravitelj večine zdravstvenih ustanov, čeprav so nekatere izmed teh tudi v lasti zveznih, državnih in mestnih oblasti. Na nacionalnem nivoju zdravstvene ustanove sicer niso dostopne splošni javnosti, so pa ji na voljo na lokalnem nivoju. Bolnišnice so neprofitne in profitne. Delež neprofitnih ostaja sicer že desetletja razmeroma stabilen, približno 70 %, kljub temu, da je skoraj 80 % vseh bolnišnic v zasebni lasti.

5.2.3 Financiranje sistema zdravstvenega varstva Združenih držav Amerike

Zdravstveno varstvo je najhitreje rastoč strošek zvezne porabe. Njegov obseg se je s 7 % zveznega proračuna v letu 1976 povečal na več kot 25 % v letu 2015. V letu 2015 je bil zvezni proračun ZDA 3,8 bilijona dolarjev. Proračun se deli na 3 dele (1) na diskrecijsko trošenje (Discretion Spending), (2) obvezno trošenje (Mandatory Spending) in (3) obresti na dolg (Interest in Debt) (National Priorities Project).

Proračun za diskrecijsko trošenje in njegovo razdelitev določa Kongres vsako leto. Slika 5.4 prikazuje razporeditev 1,11 bilijona dolarjev diskrecijskega denarja v letu 2015.

Slika 5. 4: Razdelitev diskrecijskega proračuna za leto 2015

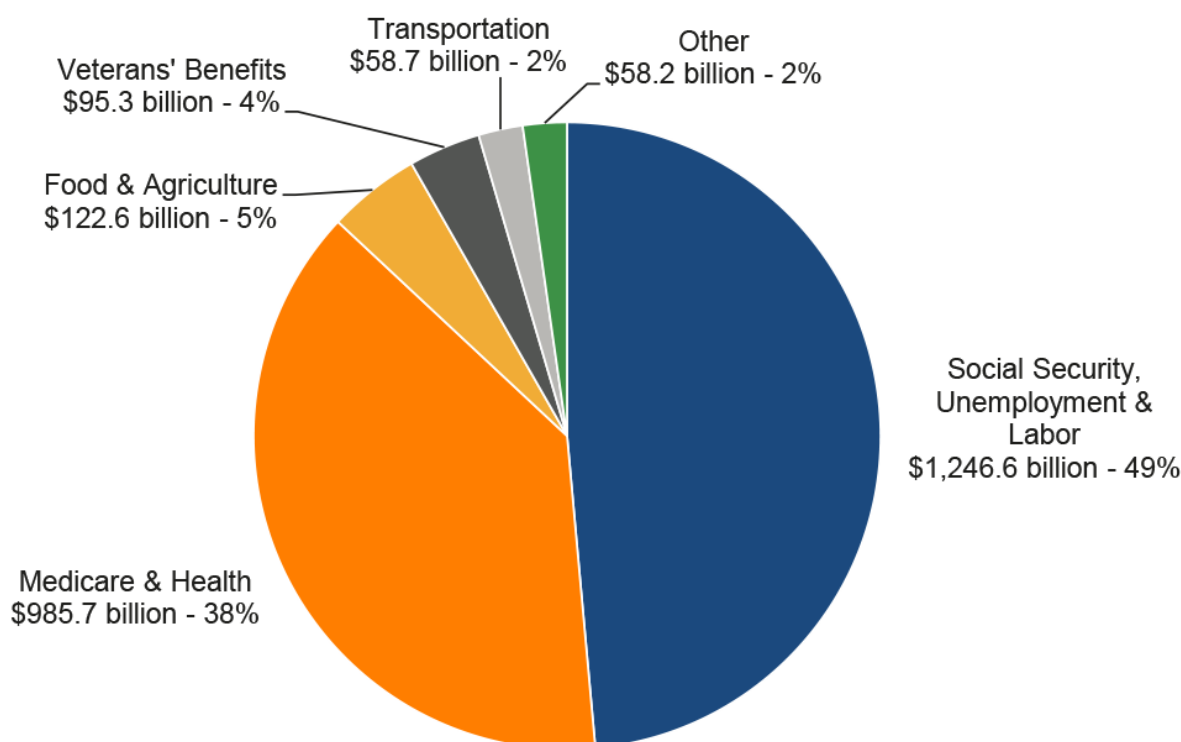


Vir: National Priorities Project.

Kot je razvidno iz zgornje slike, Združene države Amerike namenijo iz proračuna za diskrecijsko porabo 66 milijard dolarjev za Medicare in ostale potrebe s področja zdravja, kar je 6 % celotnega proračuna.

Proračun za obvezno trošenje je določen z zakoni in ga Kongres ne spreminja vsako leto. Obsega skoraj 2/3 zveznega proračuna. V njem prevladujejo izdatki za socialno varnost in zdravstveno varstvo. V letu 2015 je proračun znašal 2,45 bilijona dolarjev, od tega je bilo namenjeno zdravstvenemu varstvu 985,7 milijard dolarjev, kar je 38 % celotnega proračuna (glej Sliko 5.5).

Slika 5. 5: Razdelitev proračuna obveznega trošenja za leto 2015

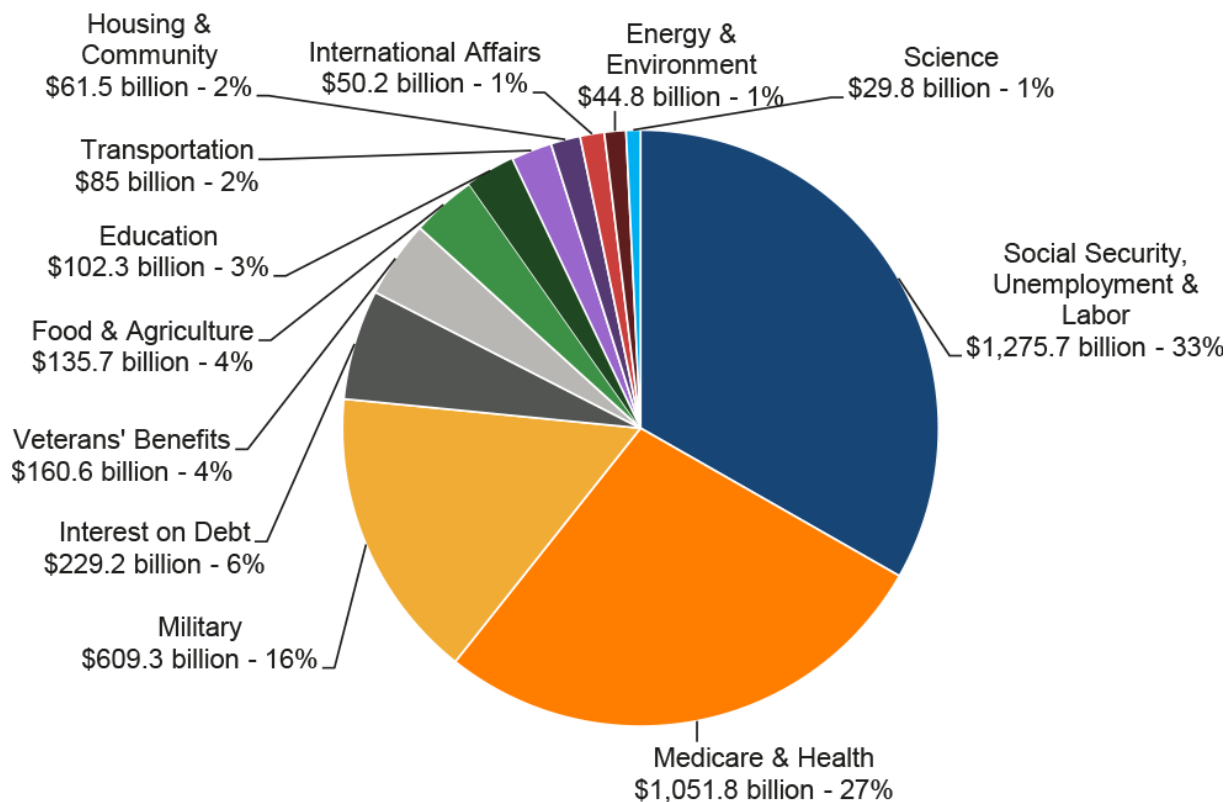


Vir: National Priorities Project.

Večina stroškov programov, ki jih pokriva proračun obveznega trošenja, je določenih s pravili o upravičenosti do pridobivanja sredstev. Kongres sprejme program in določi kriterije za presojo upravičenosti do prejema podpore ali pomoči. Količina denarja, namenjenega programu, je tako določena s številom upravičencev. Kongres ne odloča vsako leto o višini sredstev za vključene programe, ampak periodično pregleduje pravila za upravičenost in spreminja cenzus za kvalificiranje in znesek pomoči ter s tem regulira višino denarja namenjenega programu.

Če združimo vse tri komponente zveznega proračuna, lahko vidimo razporeditev različnih kategorij porabe (glej Sliko 5.6). Zdravstvenemu varstvu je namenjenih skoraj 1,052 bilijona dolarjev, kar predstavlja 27 % celotnega zveznega proračuna.

Slika 5. 6: Razdelitev zveznega proračuna za leto 2015



Vir: National Priorities Project.

Nadzor nad stroški zdravstvenih storitev je ključni izziv zakonodajalcem. V Kongresu so republikanci predlagali racionalizacijo in zmanjšanje Medicaida, da bi s tem znižali porabo za zdravstveno varstvo. Na drugi strani so nekateri demokrati predlagali sistem »pay-for-performance«, ki predvideva plačilo glede na kakovost opravljene storitve. Medtem začetne študije kažejo, da bi se lahko rast stroškov za zdravstveno varstvo zaradi ACA dejansko upočasnila, čeprav je morda za tovrstne trditve še prezgodaj.

Kljub ogromni porabi javnih sredstev, programoma Medicaid in Medicare ter drugim zveznim in državnim programom za pomoč Američanom, ki ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v omenjena program, jih je bilo pred sprejetjem ACA več kot 15 % brez kakršnega koli

zdravstvenega zavarovanja. Gallup² poroča, da je bilo v Združenih državah v prvem četrtletju leta 2015 nezavarovanih 11,9 % odraslih, kar pomeni, da zaradi sprejetja ACA upada število nezavarovanih odraslih oseb (Marken 2016, 7. januar). Večinoma gre za delovno aktivno prebivalstvo z družinami, ki zaradi svojih malenkost previsokih dohodkov ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v program Medicaid in so premladi za vključitev v program Medicare (Dye 2002, 112).

Leta 1965 ustanovljena Medicare in Medicaid sta prva večja zvezna programa za zdravstveno zavarovanje. Pred tem je bilo običajno, da so bili ostareli ljudje brez zdravstvenega zavarovanja, obstajali pa so številni dobrodelni programi za bolnike z nizkimi dohodki.

Medicaid je glavni nacionalni program zdravstvenega zavarovanja za ljudi z nizkimi dohodki in največji vir zagotavljanja javnega zdravja, saj je do njega danes upravičenih skoraj 70 milijonov Američanov. Posamezne države same oblikujejo in izvajajo program Medicaid znotraj pravil, ki jih postavi zveza vlada. Program se financira tako z zveznimi kot državnimi sredstvi. Za Medicaid se namenja skoraj tretjina celotne zvezne porabe na področju zdravstvenega varstva (National Priorities Project; Paradise 2016, 9. marec).

Medicaid je skupen program med federacijo in zveznimi državami, ki zagotavlja zdravstvene storitve državljanom z nizkimi dohodki. Zvezne države imajo dokaj široka pooblastila in nosijo skoraj polovico stroškov. Večina sredstev gre za potrebe ostarelih ali ljudi s posebnimi potrebami. Poleg njih so do storitev Medicaida avtomatsko upravičene tudi ženske in otroci, ki prejemajo socialno pomoč, vsi prejemniki denarne pomoči v okviru SSI³ (Supplement Security Income) in tisti, ki so se znašli v eksistencialnih težavah zaradi visokih stroškov zdravljenja. Medicaid krije tudi stroške dolgotrajne domače oskrbe bolnika, vendar le v primeru, ko je upravičenec za nego porabil vse svoje prihranke in dohodke.

Pravila za dodelitev sredstev Medicaid se trenutno razlikujejo od države do države, vendar pa številne države ne zagotavljajo kritja za odrasle, ki niso invalidi ali starejši od 65 let in so brez otrok (Luhby 2013, 1.julij). Velike razlike med državami so tudi glede tega, katere storitve so

² Gallup, Inc., je ameriško podjetje za raziskave in svetovanja za učinkovito upravljanje podjetjih (<http://www.gallup.com/home.aspx>).

³ SSI je zvezni program, namenjen ostarelim, slepim in invalidom, ki imajo malo ali nič dohodka in jim za sredstva za nakup osnovnih življenjskih potrebščin. Program se ne financira iz sredstev za socialno varnost.

vključene v Medicaid in kakšno je plačilo zdravnikom in bolnišnicam za obravnavo v program vključenih pacientov.

Medicare je bil tako kot Medicaid sprejet leta 1965 kot amandma k Zakonu o socialnem varstvu (Social Security Act). Je program zveznega zdravstvenega zavarovanja za več kot 52 milijonov starejših in invalidnih upravičencev, ki jim zagotavlja »predplačniška« bolnišnična zavarovanja in ugodna prostovoljna zdravstvena zavarovanja za ostarele. Medicare se izvaja neposredno preko zvezne administracije. Namenjen je izključno starejšemu delu populacije. Upravičenost ni odvisna od dohodka, ampak od starosti. Medicare predstavlja več kot polovico vse zvezne porabe na področju zdravstvenega varstva. (National Priorities Project; Dye 2002).

Upravičenci Medicare so (National Committee to Preserve Social Security and Medicare):

- posamezniki stari 65 let ali več, ki so upravičeni do socialne podpore;
- invalidi, mlajši od 65, ki so opravičeni do socialne podpore;
- posamezniki vseh starostnih skupin, pri katerih je bolezen napredovala v zadnji stadij.

Preostalih 14 % javne porabe v sistemu zdravstvenega varstva vključuje izdatke za Children's Health Insurance Program (CHIP), ki je zvezno-državni program za pomoč 8,1 milijonu otrok v družinah, ki ne izpolnjujejo pogojev za Medicaid, za programe Nacionalnega zdravstvenega inštituta (National Institutes of Health) in za Centre za nadzor in preprečevanje bolezni (Centers for Disease Control and Prevention) (National Priorities Project).

V Združenih državah Amerike so javni viri leta 2013 predstavljali 48 % vseh izdatkov za zdravstveno varstvo, 40 % virov so predstavljala plačila zasebnih zavarovalnic, preostalih 12 % pa tako imenovani OOP (Out-of-pocket) viri, to so neposredna plačila posameznikov. Čeprav sta deleža javnih in zasebnih sredstev za zdravstvo primerljiva, je le manjšini (30 %) kril zavarovanje sistem javnega financiranja (Medicare, Medicaid in drugi programi). Stroške zdravstvenega varstva so večini Američanov (54 %) krile zasebne zavarovalnice. 9,9 % Američanov je plačevalo premije neposredno zavarovalnicam (Rice in drugi 2013, xxii), večina zavarovanj pa je bila sklenjenih pri delodajalcih. Veliki delodajalci, javni ali zasebni, namreč ponujajo svoja zdravstvena zavarovanja zaposlenim. Delodajalci tako plačajo večino premij za zdravstvena zavarovanja. Od svojih zaposlenih ob tem zahtevajo plačilo določenega deleža, ki jim ga običajno odštejejo od plače. Nekateri delodajalci te participacije zaposlenih

sicer ne prakticirajo, medtem ko drugi zahtevajo, da zaposleni plačajo polovico ali celo večji delež premije. Združene države Amerike za zdravstveno varstvo porabijo približno 16 % BDP (OECD Health Statistics 2015).

Glede na do sedaj obravnavane značilnosti politike in sistemov zdravstvenega varstva Združenih držav Amerike in Slovenije lahko potrdim tudi drugo hipotezo: »Zaradi oblike državne ureditve na eni in neprestane tekme med demokrati in republikanci na drugi strani v Združenih državah Amerike je konsenz glede standardov, ki jih državljani pričakujejo od zdravstvenega varstva, manjši kot v Sloveniji.

Ker so Združene države Amerike federalna država, to omogoča vladam držav članic dokaj veliko samostojnost pri oblikovanju lastne politike zdravstvenega varstva, kar se odraža tudi v različnih cenzusih za vključitev v program Medicaid, kjer je celo Vrhovno sodišče pritrdilo suverenosti zveznih držav. Ta odločitev je bila izrabljena na političnem parketu, saj v določenih državah z republikansko oblastjo namerno ne razširijo pravic, da bi s tem pokazali držo proti demokratični vladi na zvezni ravni, pa čeprav na račun omejevanja pravic lastnih volivcev. Sprva se zdi logično, da povečanje tekmovalnosti med strankama pozitivno vpliva na področja kot so izobraževanje, socialni transferji, zdravstvo itd., saj naj bi poskušali nasprotni stranki s spodbudami višati svojo priljubljenost pri volivcih. Vendar pa v primeru ameriških demokratov in republikancev to ne velja, saj nobena od strank noče zavzeti radikalnejšega stališča glede določenega družbenega problema, kar bi vodilo do večje spremembe javne politike. Poleg tega demokratska in republikanska stranka nimata v vseh državah enake volilne baze in morata zato programe prilagajati volilni bazi v dotični državi.

Čeprav so vsi državljani Združenih držav Amerike, Američani dejansko živijo v različnih okoljih, ki so posledica tako oblike državne ureditve kot dvostrankarstva in njihove tekme za prevlado tako na zvezni ravni kot v posameznih državah. To skupaj s specifičnimi političnimi vrednotami – poudarjenimi pravicami posameznika in osebna odgovornost za situacijo, v kateri se je znašel posameznik – negativno vpliva na oblikovanje enotnih pričakovanj, kaj naj bi zdravstveni sistem nudil in pod kakšnimi pogoji.

5.2.4 Vpliv ameriškega eksepcionalizma in strankarske polarizacije

Ameriški eksepcionalizem se izraža v dveh dejstvih. (1) Združene države niso nikoli orale ledine na področju sprejemanja pomembnih socialnih politik. Socialna varnost, nadomestila, zavarovanje za primer brezposelnosti in sistem socialnih stanovanj so bili uzakonjeni kasneje kot v Evropi. (2) Obseg javnih izdatkov za socialne programe je bil na splošno manjši kot v Evropi. Razpoznavni lastnosti ameriškega zdravstvenega sistema sta odsotnost programa obveznega in univerzalnega zdravstvenega zavarovanja in relativno nizka raven javnih izdatkov za zdravstveno varstvo. Čeprav elementi sistema nacionalnega zdravstvenega zavarovanja že obstajajo v obliki programa Medicare za starejše in invalide in Medicaid za revne, sta bila ta dva programa sprejeta kasneje kot so države Evrope sprejele podobne programe. Še več, dolgo pred sprejetjem teh dveh programov so se Združene države Amerike odločile za sistem zasebnega zdravstvenega zavarovanja (leta 1930) (Rodwin 1987, 120–121).

Kot poudarja Kronenfeldova (1997), ima osnovna ideološka usmerjenost Ameriške družbe dva vidika: kapitalistični ekonomski sistem in klasični liberalizem, danes imenovan s strani konzervativcev individualizem, ki dojema posameznika kot osnovo ter razlog za oblikovanje vlade in je bil že od ustanovitve osnova ideološke usmerjenosti Združenih držav Amerike. Da bi preprečili oblasti, da državljanom vsili samovoljne odločitve, je najbolje, da so vlade in vladne politike po obsegu majhne in omejene, da lahko posamezniki ohranijo možnost izbire. Večina stvari, ki vpliva na dobrobit posameznika, vključno z odgovornostjo za lastno zdravje, je izbira in odgovornost posameznika. Močne vlade in vladne politike so včasih nujno zlo za boj proti drugim silam, predvsem ekonomskim, vendar pa ostaja glavni poudarek na posamezniku. S političnim liberalizmom je močno povezan ekonomski dvojček – kapitalizem. Kapitalizem predpostavlja delovanje svobodne tržne ekonomije in konkurence. Kombinacija obeh ideologij prinese prepričanje, da bi celotna družba delovala bolje, če bi vsak posameznik znotraj družine v največjem možnem obsegu aktivno zasledoval svojo dobrobit.

Pri preučevanju povezave med temeljnimi vrednotami, zlasti med individualizmom, nezaupanjem do oblasti, socialno pravičnostjo ter razdeljevalno pravičnostjo in razvojem zdravstvene politike ter sistema zdravstvenega varstva, ki je izjemen tako v sredstvih, ki jih porabi, kot v obsegu populacije, ki je izključena iz uporabe njegovih storitev, se moramo zavedati, da temeljne vrednote ne usmerjajo politike v eno smer, saj obstaja stalna napetost med varovanjem osebne svobode in prizadevanjem za enakopravnost, ki je del ameriške

družbene pogodbe. Ameriški zdravstveni sistem je rezultat dolgoletnega boja o tem, ali bi morala vlada obravnavati zdravstveno oskrbo kot tržno blago ali kot javno dobro.

Vendar tudi takrat ko Američani prepoznajo resno socialno težavo in se zatečejo k vladi po rešitev, imajo reforme slabe možnosti, ker je nezaupanje ustanoviteljev in njihovih sodržavljancev v centralizirano oblast omogočilo oblikovanje političnih institucij, preko katerih je relativno enostavno blokirati ukrepe in izredno težko doseči dogovor med institucijami. Ker večina reform zdravstvenega varstva vključuje znatno ekonomsko prerazporeditev in regulacijo posameznikov in organizacij, decentralizacija oblasti in moči prevlada nad željo po reformah.

Zaradi družbenih vrednot Američani raje podpirajo individualne cilje in napredek kot pa družbene cilje ali izboljšanje javnih ali kolektivnih rezultatov. Zato v zadnjem času pogosto oživljanje "konzervativne" ideologije in v bistvu klasičnega liberalizma, ki poudarja osebno neodvisnost in odgovornost, zasebno lastnino in tržno razdeljevanje sredstev, daje zagon javnim političnim iniciativam, ki lahko še poslabšajo obstoječo družbeno neenakost.

V zadnjih dvajsetih letih je prišlo do povečanja polarizacije strankarske politike in tudi polarizacije pri oblikovanju notranjih politik. Strankarska polarizacija je sicer že od New Deal v tridesetih letih 20. stoletja dokaj konstantna na področju zdravstvene in drugih socialnih politik. Zato so bili v zadnjih sedemdesetih letih predlogi za vzpostavitev nacionalnega zdravstvenega zavarovanja obravnavani in zavrnjeni med predsedovanjem Trumana, Kennedy, Johnsona, Nixona in Clintona.

Republikanci podpirajo vladno pomoč za zdravstveno varstvo, brezposelnost in socialno varstvo le v skrajnem primeru, ko posameznik v tržnem gospodarstvu ne more poskrbeti zase. Večina demokratov podpira »dekomodifikacijo«⁴ socialnih pravic, pokojnin in zdravstvenega zavarovanja. Trenutne razlike med republikanci in demokrati se polarizirajo okoli vprašanja tržne pravice v nasprotju s socialno pravičnostjo, vprašanja zdravstvene oskrbe kot tržne dobrine (na podlagi individualnega truda in zmožnosti plačila) v nasprotju z javnim dobrom (glede na potrebe ali družbeni prispevek), ravnovesja med zasebnim in javnim sektorjem, in

⁴ »dekomodifikacija« je videnje stvari, storitev itd. kot pravice in ne kot blaga, ki ga je potrebno plačati ali s katerimi se trguje (Wikipedia, The Free Encyclopedia (b)).

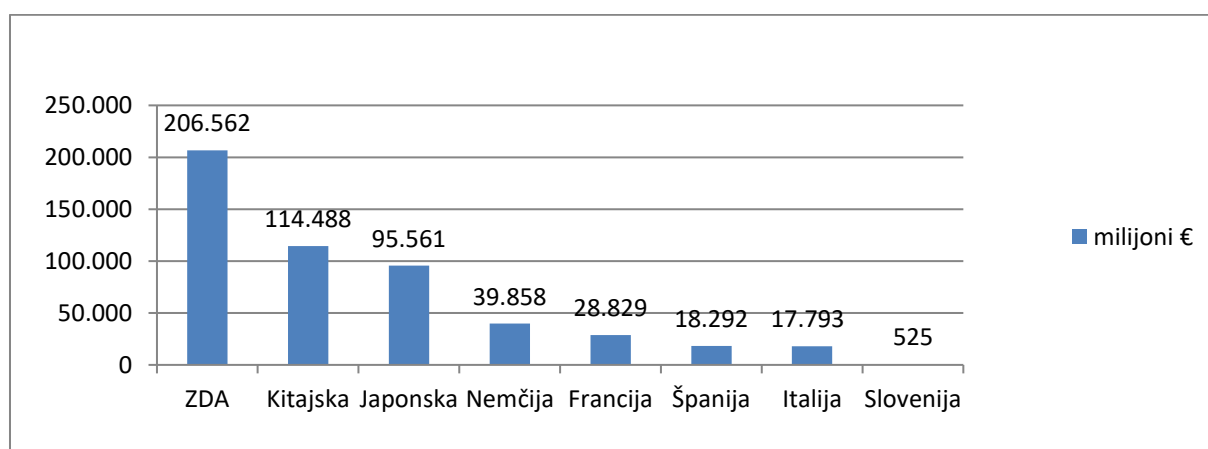
okoli vloge zvezne vlade na področju javnega zdravja in zdravstvenega varstva (Benjamin in drugi 2006, 14).

Če povzamem, so štirje med seboj povezani elementi ameriškega karakterja odločilno vplivali na razvoj ameriške medicine in zdravstvene politike (Benjamin in drugi 2006, 9): (1) individualizem in strast do svobode, (2) zakoreninjeno nezaupanje v oblast, še posebej v vladne organe, (3) nedosledno vztrajanje pri socialni enakosti in (4) razdeljevalna pravičnostjo preko trga.

5.3 Oglaševanje zdravil v Združenih državah Amerike in v Sloveniji

Zdravje je velikega pomena za posameznika in za družbo. Splošno zdravstveno stanje državljanov pomembno vpliva na vsa področja v družbi, zato zdravstvena politika obsega številna področja in širok nabor metod, postopkov in sredstev za ohranjanje in izboljšanje zdravja posameznika in celotnega prebivalstva. Eno od teh področij je tudi regulativa oglaševanja zdravil na recept oziroma zdravil brez recepta. Ker je trg farmacevtske industrije velik (glej Graf 5.1), prinaša velike dobičke, farmacevtska podjetja zaposlujejo ogromno število delavcev in so močni izvozniki, je to področje še posebej pomembno tako za državo, katere naloga je pripraviti primerno regulativo, ki bo varovala zdravje posameznikov, kot za farmacevtsko industrijo, ki mora uspešno lobirati na področju oglaševanja zdravil in s tem zagotoviti svoje interese za večanje prodaje in dobička.

Graf 5. 1: Velikost trga farmacevtske industrije v letu 2013



Vir: Association of the European Self-Medication Industry

V znanstveni literaturi lahko zasledimo množico definicij oglaševanja, ki so si med seboj dokaj podobne oziroma se dopolnjujejo. Vendar nobena ne razkriva manipulacijskega značaja oglaševanja. Kajti jasno je, da oglasi vplivajo na dožemanje lastnih potreb in prebujajo željo po stvareh, ki jih velikokrat ne potrebujemo, kar je na področju oglaševanja zdravil še posebej delikatno zaradi morebitnega učinka oziroma vpliva na potrošnikovo zdravje.

Ker se v magistrskem delu osredotočam na javne politike, ki procesirajo zakone, podzakonske akte in drugo regulativo, naj navedem nekaj uradnih definicij oglaševanja in oglasov.

46. člen Zakona o medijih Republike Slovenije navaja (ZMed-UPB1):

Oglaševalske vsebine po tem zakonu so oglasi in druge vrste plačanih obvestil (v nadaljevanjem besedilu: oglasi), katerih objavo naroči pravna ali fizična oseba z namenom, da bi s tem pospeševala pravni promet proizvodov, storitev, nepremičnin, pravic ali obveznosti, pridobivala poslovne partnerje, ali si v javnosti ustvarjala ugled in dobro ime. Oglasi se objavljajo za plačilo ali drugo podobno nadomestilo ali z namenom samooglaševanja.

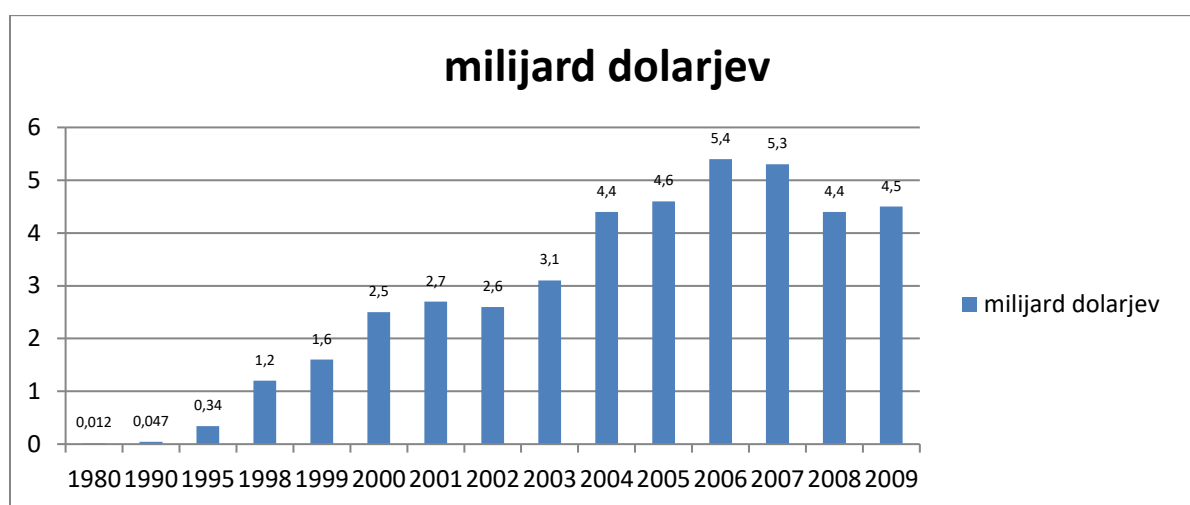
Ameriško marketinško združenje opredeljuje oglaševanje kot: »Postavitev objav in prepričljivih sporočil v času in prostoru, zakupljenih pri kateremkoli množičnem mediju s strani podjetij, neprofitnih organizacij, vladnih agencij in posameznikov, ki si prizadevajo obvestiti in/ali prepričati člane določenega ciljnega trga ali javnost o svojih izdelkih, storitvah, organizacijah ali idejah« (American Marketing Association).

Večina držav, med njimi tudi Slovenija (ZZdr-2, 148. člen), prepoveduje oglaševanje zdravil na recept širši javnosti, dovoljuje pa oglaševanje zdravil brez recepta s posameznimi izjemami (posamezne terapevtske skupine, oglaševanje zdravil, namenjenih otrokom ipd).

Združene države Amerike so poleg Nove Zelandije edina država, ki dovoljuje tovrstno oglaševanje skupaj s trditvami o učinkih na zdravje. Farmacevtska industrija in njihovi lobiji so poskušali odpraviti prepovedi neposrednega oglaševanja zdravil na recept tudi v EU, vendar neuspešno. Leta 2008 je 22 od 27 držav članic zavrnilo celo predlog, ki bi dovoljeval zelo omejeno »informiranje pacientov« (Ventola 2011).

Neposredno oglaševanje laični javnosti je v Združenih državah Amerike v zadnjih nekaj desetletjih hitro naraščalo. Poskočilo je predvsem po letu 1997 (glej Graf 5.2), ko je Agencija za hrano in zdravila (FDA), ki je pristojna za regulacijo oglaševanja zdravil na recept, dodatno omilila zakonodajo na tem področju. Danes je to najpomembnejša in zelo učinkovita oblika komunikacije farmacevtske industrije z laično javnostjo, saj je ocenjeno, da vsak dolar, porabljen za neposredno oglaševanje zdravil na recept, zviša prodajo za 2,2 do 4,2 dolarja (Ventola 2011).

Graf 5. 2: Skupna poraba za neposredno oglaševanje zdravil na recept



Vir: Ventola (2001).

Neposredno oglaševanje zdravil na recept končnim kupcem nadzira FDA, vendar pa ga lahko prepove samo Kongres. Republikanci so sicer zelo zaskrbljeni zaradi visokih stroškov zdravstvenega varstva in posledično večje davčne obremenitve Američanov, kar je posledica tudi vse večjega obsega oglaševanja zdravil. Oglaševanje namreč ozavešča ljudi o boleznih in simptomih, ki jih spremljajo. To povzroča večji obisk pri zdravnikih in zahteve pacientov po predpisovanju zdravil. Ameriško zdravniško društvo (AMA) je novembra 2015 glasovalo za prepoved tovrstnega oglaševanja, ker bi lahko taka prepoved pomagala zmanjšati ceno zdravil na recept. Vendar si tako demokrati kot republikanci ne želijo na dnevnem redu teme o prepovedi neposrednega oglaševanja zdravil. Zato je verjetnost, da bi Kongres zaostril pogoje oglaševanja ali ga celo prepovedal. V Washingtonu je namreč najmočnejši ravno farmacevtski

lobi, ki je na zadnjih volitvah 2012 60 % denarja namenil republikancem in 25 % demokratom (Demco in Karlin 2015, 12. januar).

Farmacevtska industrija pri oklepanju deregulacije področja oglaševanja zdravil izkorišča tudi temeljne vrednote ameriške družbe. Tako je že leta 1963 vložila prvo tožbo proti FDA glede pravil na področju oglaševanja zdravil pod pretvezo, da FDA izkorišča potrošnika "kot sredstvo ali izgovor za večanje vladnega vpliva na račun moči in neodvisnosti zasebnega podjetništva" (Ruge 1967, 650).

Tudi Vrhovno sodišče je odločilo, da verodostojno komercialno nagovarjanje, kot je oglaševanje, če le ni varljivo ali zavajajoče, prav tako spada pod svobodo govora in ima pravico do varstva v skladu z ustavo. Zato regulacija oglaševanja vključno z oglaševanjem zdravil ne sme kršiti pravice do svobode govora, ki je zagotovljena v Prvem amandmaju (Furberg in drugi, 2009).

Glede na obravnavane teme v magistrskem delu o političnih sistemih, oblikovanju, implementaciji javnih politik ter značilnostih politike in sistemov zdravstvenega varstva v Združenih držav Amerike in v Sloveniji ter na osnovi pregleda situacije na področju oglaševanja zdravil v izbranih dveh državah lahko odgovorim na raziskovalno vprašanje ***»Kako se implementacija političnega sistema v obliki regulacije vedenja in razdelitev koristi kaže na posameznih področjih javne politike – v danem primeru na področju pravil o oglaševanju zdravil?«***

U unitarnem in parlamentarnem sistemu, kakršnega imamo v Sloveniji, je lažje doseči konsenz glede regulative točno določenega področja znotraj javne politike. Tako je oglaševanje zdravil na recept prepovedano in tudi pomembnejše razprave o umiku prepovedi tovrstnega oglaševanja v preteklosti ni bilo, saj obstaja splošno sprejet konsenz, da je za predpisovanje zdravil na recept pristojna stroka. V Združenih državah Amerike je sicer področje oglaševanja zdravil v pristojnosti zvezne vlade (kar pomeni, da tokrat ne povzroča dodatnega zapleta morebitna delitev pristojnosti med različnimi nivoji oblasti), vendar pa ima vpliv na sprejetje regulative oblika državne oblasti, saj kljub zainteresiranosti predsednika Obame za ukrepanje zaradi visokih stroškov za zdravstveno varstvo Kongres ni naklonjen spremembam in je zato malo verjetno, da bi zakon potrdila oba domova.

Na tem mestu bi se rada dotaknila še lobiranja s strani farmacevtske industrije. Zainteresiranost za vplivanje na politiko je v Združenih državah razumljivo veliko večjo, saj gre za neprimerljivo večji trg kot je trg Slovenije. V kolikor bo kdaj v Sloveniji prišlo do sprostitev regulative na področju zdravil na recept zaradi farmacevtskega lobija, bo to zgolj posledica lobiranja na ravni EU in njenega skupnega trga.

6 ZAKLJUČEK

Med slovensko in ameriško zdravstveno politiko in sistemom zdravstvenega varstva obstajajo velike razlike, ki imajo svoje korenine v zgodovinskem razvoju obeh držav, ekonomskih in družbenih okoliščinah in tudi v političnem sistemu, ki sta ga sprejeli državi.

Slovenija ima sodoben sistem zdravstvenega varstva, ki se lahko primerja s sistemi ekonomsko najrazvitejših držav. Ta dosežek je posledica dolge tradicije javnega zdravstva, primernost sistema zdravstvenega zavarovanja in predanosti Slovencev konceptu solidarnosti v primeru bolezni ali poškodb (Albreht in drugi 2009, 147). Slovenski sistem javnega zdravstva ima nekaj posebnosti, ki izvirajo iz določenih struktur v preteklosti in odražajo različne poti razvoja nacionalnega sistema javnega zdravstva in sistema zdravstvenega zavarovanja. Te posebnosti lahko vidimo v razsežnosti prostovoljnega dodatnega zavarovanja in v dejstvu, da je večina specializiranih ustanov še vedno v javni lasti. Slovenija se je odločila, da bo imela en sam Zavod za zdravstveno zavarovanje, ki izvaja racionalen pristop k organizaciji obveznega zavarovanja v državi.

Slovenija ima celovit in univerzalni zdravstveni sistem, ki zagotavlja kritje zdravstvenih storitev vsem državljanom v obsegu, ki ga določajo zakon in podzakonski akti. Ne obstajajo razlike med pravicami do zdravstvenih storitev med različnimi družbenimi skupinami. Obstaja zelo majhna skupina ljudi (približno 30.000 ljudi, kar je manj kot 2 % celotnega prebivalstva), ki nima državljanstva ali stalnega prebivališča v Sloveniji in zato ni zajeta v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja. Vsem državljanom je zagotovljen prost dostop do zdravstvenih storitev na primarni ravni. Dostop na sekundarni in terciarni ravni je bolnikom zagotovljen na podlagi napotnice, ki jo izda njihov osebni zdravnik.

V Ustavi kot najvišjem pravnem aktu Republike Slovenije je zapisana pravica do zdravstvenega varstva in pravica do zdravega življenjskega okolja. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju določa, da ima vsakdo pravico do najvišje možne stopnje zdravja in dolžnost skrbeti za svoje zdravje, da nihče ne sme ogroziti zdravja drugih in da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva ter dolžnost, da prispeva k njegovemu uresničevanju skladno s svojimi možnostmi.

Po osamosvojitvi je Slovenija izvedla reformo zdravstvenega sistema, ki je poleg sprememb v sistemu financiranja zdravstvenega varstva (uvedba obveznega zdravstvenega zavarovanja v obliki prispevkov zaposlenih in delodajalcev, ki temeljijo na solidarnosti, prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in profitnih zavarovanj) uvedla tudi zasebno zdravstveno dejavnost in vključitev zasebnih zdravstvenih delavcev v mrežo javne službe. S tem je omogočila konkurenco med javnim in zasebnim sektorjem, ki lahko prispeva k izboljšanju zdravstvenih storitev (Toth 2003, 465).

Za Slovenijo je značilen Bismarckov ali partnerski model zdravstvenega varstva, kjer je, za razliko od tržnega sistema zdravstvenega varstva Združenih držav Amerike, zdravstveno zavarovanje del socialne varnosti, katere osnovna načela so solidarnost, demokratičnost, socialna pravičnost, enakost in pravno varstvo pravic vseh, ki so do pravic upravičeni. Za uresničevanje teh pravic morajo prispevati sredstva vsi, odvisno od svojih ekonomskih zmožnosti.

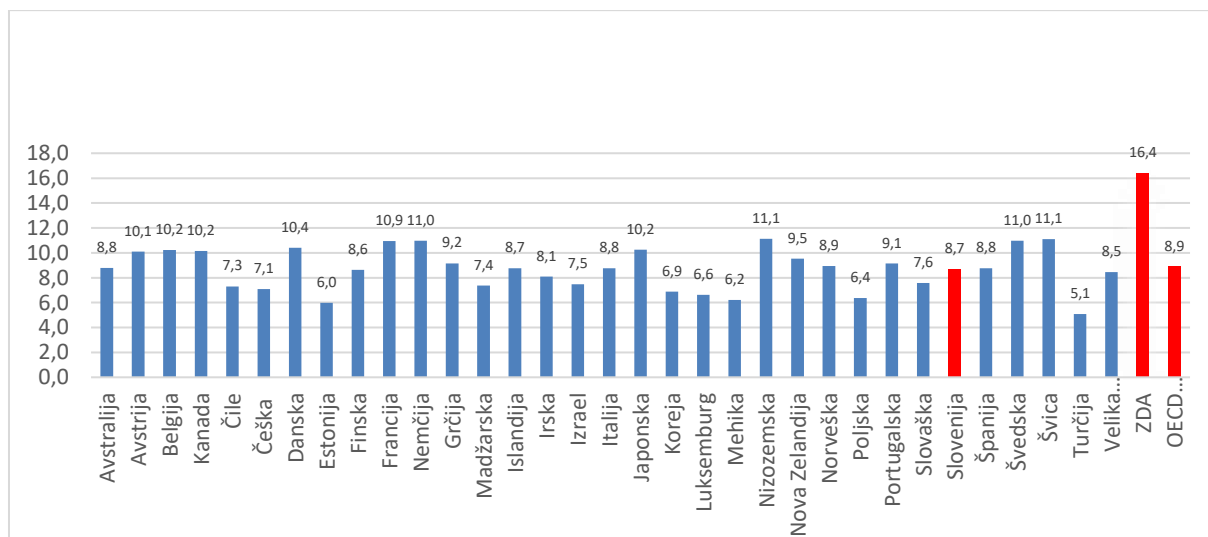
Na drugi strani je zdravstveni sistem Združenih držav Amerike, ki ima tako velike prednosti kot opazne slabosti. Premore namreč veliko dobro usposobljenih zdravstvenih delavcev, velik izbor kakovostnih specialistov ter sekundarnih in terciarnih ustanov, opravlja obsežene raziskave na zdravstvenem področju, na določenih področjih zdravljenja ima najboljše medicinske rezultate na svetu. Obenem pa nima univerzalne dostopnosti do storitev javnega zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja za vse državljane, izdatki na prebivalca na področju zdravja močno presegajo stroške ostalih držav razvitega sveta, ima neenako razdelitev sredstev med državami in med različnimi družbenimi skupinami, kar 11,9 % odraslih oseb pa je brez kakršnega koli zdravstvenega zavarovanja.

Tudi Združene države Amerike so sprejele reformo zdravstvenega sistema, in sicer s sprejetjem ACA leta 2010. Z ACA se sicer približujejo modelu "socialnega zavarovanja", kjer bi morali vsi posamezniki skleniti zdravstveno zavarovanje, finančno pomoč pa bi prejeli tisti, ki jo potrebujejo. Vendar, ker zaradi federativnega sistema obstajajo številna področja, na katerih si zvezna vlada in države delijo oblast, to povzroča neenakost med državami. Države imajo namreč različno visoke cenzuse za vstop v programe pomoči, splošno zdravje ljudi pa se močno razlikuje od države do države. Pri sodelovanju med zvezno vlado in državami glede ACA gre za poskus uravnoteženja decentralizacije in centralizacije. To kaže na odprt značaj federalizma Združenih držav Amerike, ki omogoča, da lahko tiste države, ki želijo, presežejo

zvezne zahteve, ob enem pa dopušča, da države, ki ne želijo sprejeti določil ACA, tega ne storijo. Zdravstveni sistem ZDA je tako še vedno nepravičen kar se tiče dostopa do zdravstvenih storitev.

Ker imajo Američani dolgo tradicijo protivladne države (sumničenje glede pretiranih vladnih pooblastil), močne vere v individualizem in sprejemanja zakonitosti prostega trga, dojemajo zdravstveni sistem kot tržno blago in ne kot javno dobro, kar jih razlikuje od Slovencev. Tudi razumevanje državljanstva, na katerega so, poleg družbene ter etične heterogenosti, zopet vplivale individualistične vrednote, predstavlja nasprotje v primerjavi s Slovenijo, kjer razumevanje državljanstva temelji na solidarnosti in univerzalnih pravicah. Razlika je v tem, da je Slovenija v veliki meri uspela zagotoviti določeno obliko zdravstvenega zavarovanja vsem državljanom. Združene države tega niso uspele storiti, saj je bilo od začetka njihovega obstoja omejeno število družbenih skupin, za katere je obstajal konsenz, da potrebujejo ali pa si zaslužijo posebno zdravstveno oskrbo ali plačilo za zdravstvene storitve. Ko so Američani postavljeni pred odločitev, ali naj se uvede pravica, ki se financira iz davkov, ali naj se nezavarovane posameznike prepusti samim sebi, raje izberejo slednje.

Graf 6. 1: Celotna poraba sredstev za zdravstveno varstvo kot delež BDP 2013



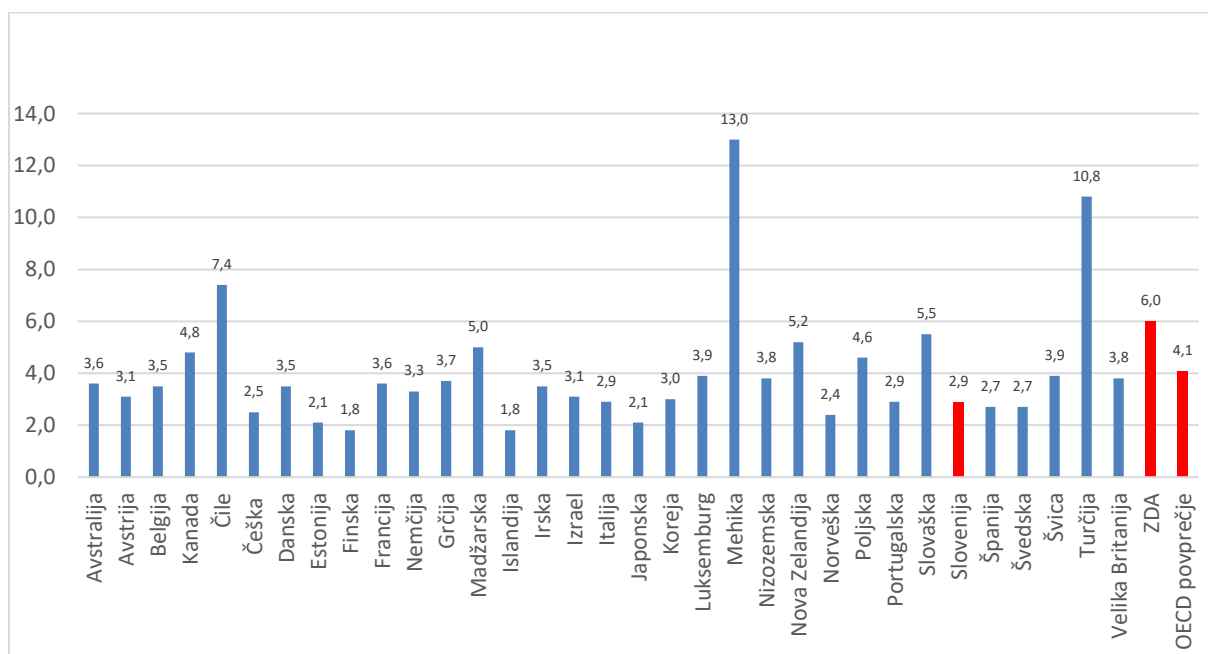
Vir: OECD Health Statistics 2015.

Kot je razvidno iz Grafa 6.1 Združene države Amerike porabijo za zdravstvo več denarja na prebivalca kot katera koli druga država članica OECD (kar 27 % več kot Švica, ki je imela v

letu 2013 drugo najvišjo porabo). Njihova poraba sredstev za zdravstveno varstvo je v letu 2013 predstavljala kar 16,4 % BDP, kar je daleč največji delež BDP med državami članicami OECD. Poraba Slovenije za zdravstveno varstvo je na drugo strani predstavljala le 8,7 % BDP, kar je pod povprečjem držav članic OECD.

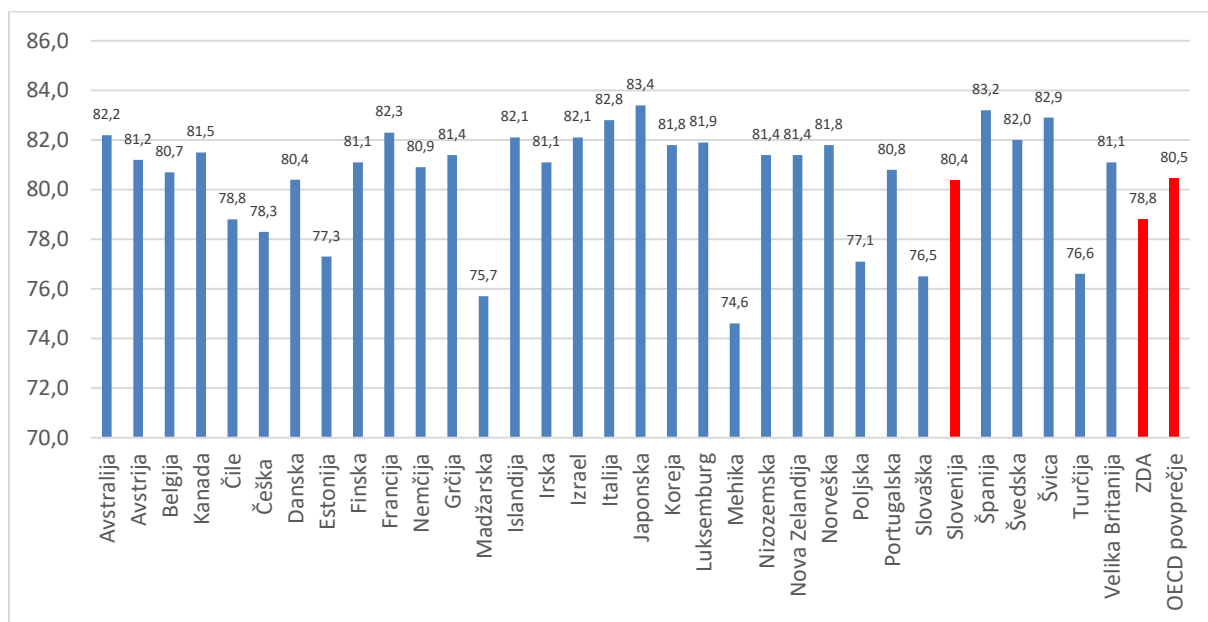
Združene države se kljub ogromni količini denarja, ki ga namenijo za zdravstveno varstvo, ne uvrščajo visoko na lestvici kazalnikov kakovosti zdravja prebivalstva (glej Graf 6.2 in Graf 6.3). Umrljivost novorojenčkov je nad povprečjem OECD, pričakovana življenjska doba pa pod povprečjem. Slovenija na obeh področjih dosega dobre rezultate, saj je umrljivost novorojenčkov med najnižjimi med državami članicami OECD, pričakovana življenjska doba pa le malenkost pod povprečjem.

Graf 6. 2: Umrljivost novorojenčkov 2013



Vir: OECD Health Statistics 2015.

Graf 6. 3: Pričakovana življenjska doba 2013



Vir: OECD Health Statistics 2015.

Glede na zgornje podatke lahko sklepamo, da slovenski sistem zdravstvenega varstva, ki zagotavlja univerzalni dostop do zdravstvenih storitev, zagotavlja višji nivo zdravja svojih državljanov kljub omejenim sredstvom, tehnologiji in razvojnim možnostim.

7 LITERATURA

1. Albreht, Tit, Olga Avdeeva, Jakob Ceglar, Ewout van Ginneken, Stane Marn, Radivoje Pribaković Brinovec, Marco Schäfer, Martin Toth in Eva Turk. 2009. Slovenia: Health system review. *Health Systems in Transition* 11(3): 1–168. Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/96367/E92607.pdf?ua=1 (27.april 2016).
2. Almond, Gabriel A. 1960. Introduction: A Functional Approach to Comperative Politics. V *The Politics of the Developing Areas*, ur. Gabriel A. Almond in James S. Coleman, 3-64. Princeton: Princeton University Press.
3. Almond, Gabriel A. in Bingham Powell jr., ur. 1992. *Comparative Politics Today: a World View*, 5. izdaja. New York: Harper Collins.
4. *American Marketing Association*. Dostopno prek: <https://www.ama.org/resources/Pages/Dictionary.aspx?dLetter=A#advertising> (2. maj 2016).
5. *Association of the European Self-Medication Industry*. Dostopno prek: <http://www.aesgp.eu/facts-figures/market-data/total/> (2. maj 2016).
6. Bealey, Frank. 1999. *The Blackwell Dictionary of Political Science*. Oxford: Blackwell publishers. Dostopno prek: <http://diabuiman.ru/to-dictionary-a-users.pdf> (20. marec 2016).
7. Benach, Joan, Carme Borrell, Carles Muntaner, Vicente Navarro, Isabel M. Pasarín, Águeda Quiroga, Maica Rodríguez-Sanz, Núria Vergés. 2006. Politics and health outcomes. *Public Health* 368 (9540): 1033–1037. Dostopno prek: <http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2006/09/politics-and-health-outcomes-lancet-9-14-061.pdf> (20. april 2016).
8. Benjamin, A.E., Dorothy Lee, Philip Lee in Thomas Oliver. 2006. Politics, Health Policy, and the American Character. *Stanford Law and Policy Rewiew* 17 (7): 7–32. Dostopno prek: https://journals.law.stanford.edu/sites/default/files/stanford-law-policy-review/print/2006/01/lee_17_stan._l._poly_rev._7.pdf (29.april 2016).
9. Bernier, Nicole F. in Carole Clavier. 2011. Public Health Policy Research: Making the Case for a Political Science Approach. *Health Promotion International* 26 (1): 109–116. Dostopno prek: http://www.medsp.umontreal.ca/irspum_db/pdf/23268.pdf (13. april 2016).
10. Birkland, Thomas A. 2005. *An introduction to the policy process: Theories, Concepts, and Models of Public Policy Making*, 2. izdaja. Armonk (N.Y.) - London: M. E. Sharpe, cop.

11. Birle, Peter in Christopher Wagner. 2003. Vergleichende Politikwissenschaft: Analyse und Vergleich politischer System. V *Politikwissenschaft: Eine Einführung*, 4. izdaja, ur. Manfred Mols, Hans-Joachim Lauth in Christian Wagner, 99–134. Munchen-Wien-Zurich: Paderborn.
12. Brezovšek, Marjan in Miro Haček. 2012. *Politični sistem Republike Slovenije*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. Dostopno prek: <http://www.fdv.uni-lj.si/docs/default-source/zalozba/pages-from-politichni-sistem-republike-slovenije.pdf?sfvrsn=2> (6. februar 2016).
13. Brugha, Ruairi, Lucy Gilson, Susan F. Murray, Jeremy Shiffman, Helen Schneider in Gill Walt. 2008. Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning* 23 (5): 308–331. Dostopno prek: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/23/5/308.full.pdf+html> (19. april 2016).
14. Buse, Kent in Glassman Amanda. 2008. Politics, and Public Health Policy Reform. V *Encyclopedia of Public Health*, ur. Kris Haggenhougen in Stella Quah. Številka 5, 163–170. San Diego: Academic Press. Dostopno prek: http://www.brookings.edu/~media/research/files/articles/2008/9/public-health-glassman/09_public_health_glassman.pdf (27. marec 2016).
15. Busoi, Cristian Silviu. 2010. Health Systems and the Influence of Political Ideologies. *Management and Health* 14(2): 4–6. Dostopno prek: <http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/viewFile/103/234> (15. april 2016).
16. Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century, Board on Health Promotion and Disease Prevention. Institute of Medicine (U.S.). 2003. *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. Washington, D.C: The National Academies Press.
17. Danziger, James N. 1996. *Understanding the Political World: a Comparative Introduction to Political Science*, 3. izdaja. White Plains: Longman Publishers USA.
18. Della Porta, Donatella. 2003. *Temelji politične znanosti*. Ljubljana: Sophia.
19. Demko, Paul in Sarah Karlin. 2015. GOP Candidates Stuck on Drug Prices: They Blame Skyrocketing Costs on Over-regulation and Bad Actors, but Offer Consumers Little Hope of Relief. *Politico* (12. januar). Dostopno prek: <http://www.politico.com/story/2015/11/drug-costs-gop-candidates-prescriptions-216292> (2. maj 2016).
20. Department for Professional Employees, AFL-CIO. 2014. *The U.S. Health Care System: An International Perspective, Fact Sheet 2014*. Dostopno prek: <http://dpeaflcio.org/programs-publications/issue-fact-sheets/the-u-s-health-care-system-an-international-perspective/> (23. april 2016).

21. Dye, Thomas R. 2002. *Understanding public policy*, 10. izdaja. Upper Saddle River (N.J.): Prentice Hall, cop.
22. Easton, David. 1953. *The Political System: An Inquiry into the State of Political Science*. New York: Alfred A. Knopf.
23. Easton, David. 1965. *The political system: an inquiry into the state of political science*. New York: John Wiley & Sons, cop.
24. Echebarría, Koldo, Eduardo Lora, Mark Payne, Ernesto Stein in Mariano Tommasi. 2006. ***The Politics of Policies: Economic and Social Progress in Latin America, 2006 Report***. Washington D.C: Inter-American Development Bank. Dostopno prek: GoogleBooks (14. april 2016).
25. Erne, Ronald. 2011. Interest associations. V ***Comparative Politics***, 2. izdaja, ur. Daniele Caramani, 259–275. Oxford: Oxford University Press. Dostopno prek: GoogleBooks (3. april 2016).
26. *European Commission*. Public Health. Dostopno preko: http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_en.htm (18 april 2016).
27. Ferfila, Bogomil, ur. 2001. *Države in svet/ States and the world*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
28. --- , ur. 2003. *Politične inštitucije, politike in proračuni: Severnoameriški razgledi*. Ljubljana, Fakulteta za družbene vede.
29. --- 2006. *Metodološki preseki primerjalnih politik in primerjalnih sistemov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
30. Fink Hafner, Danica, ur. 2007. *Uvod v analizo politik*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
31. Furberg, Curt, Bought Furberg in Larry Sasich. 2009. ***Knowing Your Medications: A Guide to Becoming an Informed Patient. What are the Rules for Promoting Medications to Consumers in the U.S.?*** Dostopno prek: ExpressScripts (2. maj 2016).
32. Gilson, Lucy in Stephen Thomas. 2004. Actor Management in the Development of Health Financing Reform: Health Insurance in South Africa, 1994-1999. *Health Policy and Planning* 19 (5): 279–291. Dostopno prek: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/19/5/279.full.pdf+ht> (7. april 2016).
33. Gostin, Lawrence. 1995. The Formulation of Health Policy by the Three Branches of Government. *Society's Choices: Social and Ethical Decision Making in Biomedicine*. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press. Dostopno prek: <http://www.nap.edu/read/4771/chapter/17> (25. april 2016).

34. Grad, Franc. 2000. *Parlament in vlada*. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije.
35. Beslin, Shaun, Rod Hague in Martin Harrop. 1992. *Comparative government and politics – an introduction*. London: The Macmillian Press Ltd.
36. Heywood, Andrew. 1997. *Politics*. Basingstoke - London: Macmillan.
37. Hsiao, William. 2000. What Should Macroeconomists Know About Health Care Policy? *A Primer, IMF Working Paper*, WP/00/136, Washington D.C: International Monetary Fund. Dostopno prek: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2000/wp00136.pdf> (1. februar 2016).
38. Jakše, Luka. 2005. *Učinkovitost političnega sistema*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
39. Janša, Nina. 2006. *Razvoj zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za ekonomijo.
40. Katz, Richard S. 2011. Political parties. V ***Comparative Politics***, 2. izdaja, ur. Daniele Caramani, 219-237. Oxford: Oxford University Press. Dostopno prek: GoogleBooks (3. april 2016).
41. Keber, Dušan. 2003. *Zdravstvena reforma (osnutek)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
42. Kersnik, Janko. 2010. *Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS, Urad SZO.
43. Kettl Donald F. 2008. Public Bureaucracies. V *The Oxford Handbook of Political Institutions*, ur. Sarah A. Binder, R. A. W. Rhodes in Bert A. Rockman, 367–383. Oxford: Oxford University Press dostopno preko: <http://content-calpolyedu.s3.amazonaws.com/political.science/1/documents/faculty/mike-latner/POLS-112/POLS-112-Kettl-Bureaucracies.pdf> (22. marec 2016).
44. Knill, Christoph in Jale Tosun. 2012. *Public Policy: a New Introduction*. Basingstoke - New York: Palgrave Macmillan.
45. Kogovšek Vidmar, Tatjana. 2000. *Položaj, vloga in smeri razvoja lekarniške farmacije v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Ljubljana : Lekarniška zbornica Slovenije.
46. Komadina, Dominik. 1980. Temeljna načela zdravstvene politike. *Obzornik zdravstvene nege* 14(5–6): 307–323.
47. Kos, Mitja. *Zdravstveno varstvo*. Ljubljana: Fakulteta za farmacijo: Katedra za socialno farmacijo. Dostopno prek: http://www.ffa.unilj.si/fileadmin/homedirs/12/em%C5%A1fSocialna_farmacija/Predavanja/SF-20_Zdravstveno_varstvo.pdf (22. januar 2016).

48. Kreppel, Amie. 2008. Legislatures. V ***Comparative Politics***, 2. izdaja, ur. Daniele Caramani, 121–140. Oxford: Oxford University Press. Dostopno prek: GoogleBooks (5. april 2016).
49. Kronenfeld Jacobs, Jennie. 1997. *The Changing Federal Role in U.S. Health Care Policy*. Westport: Praeger Publishers.
50. Luhby, Tami. 2003. States Forgo Billions by Opting out of Medicaid Expansion. *CNN Money*, 1. julij. Dostopno preko: <http://money.cnn.com/2013/07/01/news/economy/medicaid-expansion-states/index.html> (26. april 2016).
51. Marken, Stephanie. 2016. U.S. Uninsured Rate 11.9% in Fourth Quarter of 2015. *Gallup, Inc.*, 7. januar. Dostopno prek: http://www.gallup.com/poll/188045/uninsured-rate-fourth-quarter-2015.aspx?g_source=health%20insurance&g_medium=search&g_campaign=tiles (1. maj 2016).
52. Medicaid.gov. A federal government managed website by the Centers for Medicare & Medicaid Services. *Affordable Care Act*. Dostopno prek: <https://www.medicaid.gov/affordablecareact/affordable-care-act.html> (23. April 2016).
53. Mezey, Michael. 1979. *Comparative legislatures*. Durham, N.C.: Duke University Press.
54. Miller, Charles. 1987. *Lobbying Government – Understanding and Influencing the Corridors of Power*. New York: Basil Blackwell.
55. National Committee to Preserve Social Security and Medicare. *Fast Facts About Medicare Government Relations and Policy, March 2016*. Dostopno prek: <http://www.ncpssm.org/Medicare/MedicareFastFacts> (27. april 2016).
56. National Priorities Project. *Federal Budget Tipsheet: Health Care Spending*. Dostopno prek: https://media.nationalpriorities.org/uploads/health_6.5.2015.pdf (25. april 2016).
57. *OECD Health Statistics 2015*. Dostopno preko: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (3. maj 2016).
58. Obradović, Marko. *Zdravstveni sistemi in zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Fakulteta za farmacijo: Katedra za socialno farmacijo. Dostopno prek: http://www.ffa.uni-lj.si/fileadmin/homedirs/12/d-Prakticno_usposabljanje/Modul_3/PU-M3_Zdravstveni_sistemi.pdf (27. januar 2016).
59. Paradise, Julia. 2015. Medicaid Moving Forward. *Kaiser Family Foundation*, 9. marec. Dostopno prek: <http://kff.org/health-reform/issue-brief/medicaid-moving-forward/> (24. april 2016).

60. Prinja, Shankar. 2010. Role of Ideas and Ideologies in Evidence-Based Health Policy. *Iran Journal of Public Health* 39(1): 64–69. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3468969/> (27. marec 2016).
61. Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje. Dostopno prek: <http://www.mz.gov.si/> (23. april 2016).
62. Ribičič, Ciril. 2000. *Podoba parlamentarnega desetletja*. Ljubljana, NUK.
63. Rice, Thomas, Pauline P. Rosenau, Lynn Y. Unruh, Andrew J. Barnes, Ricjard B. Saltman in Ewout van Ginneken. 2013. United States of America: Health system review. *Health Systems in Transition* 15 (3): 1–431. Dostopno prek: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf (10. februar 2016).
64. Rodwin, Victor G. 1987. American Exceptionalism in the Health Sector: The Advantages of "Backwardness" in Learning from Abroad. *Medical Care Review* 44 (1): 119–154. Dostopno prek: <https://www.nyu.edu/projects/rodwin/american.html> (29. april 2016).
65. Ruge, Richard B. 1967. Regulation of Perscription Drug Advertising: Medical Progress and Private Enterprise. *Law & Contemporary Problems* 32 (4): 650–673. Dostopno preko: <http://scholarship.law.duke.edu/lcp/vol32/iss4/> (3. maj 2016).
66. Slovensko predsedstvo EU 2008. Dostopno prek: <http://www.eu2008.si/si/Slovenia/Political/President/index.html> (21. april 2016).
67. Snoj, Alenka. 2008. *Sistemi zdravstvenega varstva v EU*. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. Dostopno prek: http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska/pdfs/mag_Snoj-Alenka.PDF (24. januar 2016).
68. *Splošna deklaracija o človekovih pravicah*. Dostopno prek: <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/organizacija-zdruzenih-narodov/splosna-deklaracija-clovekovih-pravic/> (18. april 2016).
69. Štruc, Tanja. 2010. *Sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in primerjava z Evropsko unijo*. Diplomsko delo. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta. Dostopno prek: <https://dk.um.si/Dokument.php?id=17489> (16. april 2016).
70. Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
71. Ventola, Lee C. 2011. Direct-to-Consumer Pharmaceutical Advertising: Therapeutic or Toxic? *Pharmacy and Therapeutics* 36 (10): Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278148/> (24. marec 2016).
72. *Zakon o zdravilih (ZZdr-2)*. Ur. l. RS 17/2014. Dostopno prek: <https://www.uradni-list.si/1/content?id=116550> (3. maj 2016).

73. *Zakon o medijih (ZMed-UPB1)*. Ur. l. RS 110/06. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2006-01-4666> (3. maj 2016).
74. Wikipedia, The Free Encyclopedia (a). *Patient Protection and Affordable Care Act*. Dostopno prek: https://en.wikipedia.org/wiki/Patient_Protection_and_Affordable_Care_Act#Public_policy (28. april 2016).
75. Wikipedia, The Free Encyclopedia (b). *Decommodification*. Dostopno prek: <https://en.wikipedia.org/wiki/Decommodification> (29. april 2016).