

**UNIVERZA V LJUBLJANI**  
**FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

**Vanja Gruden**

**Analiza in primerjava zdravstvenih sistemov v Sloveniji in  
Nemčiji**

**Magistrsko delo**

**Ljubljana, 2017**

**UNIVERZA V LJUBLJANI**  
**FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

**Vanja Gruden**

**Mentor: prof. dr. Andrej A. Lukšič**

**Somentor: prof. dr. Bogomir Ferfila**

**Analiza in primerjava zdravstvenih sistemov v Sloveniji in  
Nemčiji**

**Magistrsko delo**

**Ljubljana, 2017**

*Zahvaljujem se mentorju, dr. Andreju A. Lukšiču in somentorju dr. Bogomilu Ferfili, za vso znanje, pomoč, deljene nasvete in dobro voljo, ki so pripomogle k nastanku tega magistrskega dela.*

*Hvala mojima staršema, ki sta mi skozi celoten študijski proces vedno stala ob strani in me podpirala.*

*Posebna zahvala gre mojemu fantu Tomažu Kosu, za vso podporo, pomoč potrpljenje in vzpodbudo pri pisanju tega magistrskega dela.*

## **Analiza in primerjava zdravstvenih sistemov v Sloveniji in Nemčiji**

Skozi zgodovino se razvili različni sistemi zdravstvenega varstva in znotraj njih modeli zdravstvenega varstva ter različice le-teh, ki so jih oblikovale države širom sveta. Zdravstveni sistemi so danes izpostavljeni predvsem problematiki dolgoročnega financiranja, ki zaradi staranje prebivalstva, okolijskih sprememb in hitremu življenjskemu slogu, vodi k vedno večji uporabi zdravstvenih storitev ter na drugi strani tehnološkemu napredku v zdravstvu, ki zagotavlja uspešnejše zdravljenje ob vedno višjih cenah storitev. Kljub omenjeni problematiki pa se še vedno stremi k dosegu cilja sistema zdravstvenega varstva, ki je doseganje popolnega fizičnega, psihičnega in socialnega blagostanja in ne zgolj odsotnost bolezni ali oslabelosti. Stanje, ki je pravica slehernega človeka, ne glede na raso, versko ali politično prepričanje, socialno ali ekonomsko stanje. To stanje zdravstvenega varstva smo poskušali definirati znotraj zdravstvenega sistema Slovenije in Nemčije. Poleg deskriptivne opredelitve ključnih teoretičnih pojmov ter opredelitvijo obeh sistemov smo nadalje s primerjavo kazalcev primerjali zdravstveno stanje, organizacijo in financiranje zdravstva pa tudi infrastrukturo ter kadre v slovenskem in nemškem zdravstvenem sistemu. V zaključku so podane sklepne ugotovitve in priporočila za izboljšavo trenutnega stanja in nadaljnji razvoj slovenskega zdravstvenega sistema.

*Ključne besede: primerjava zdravstvenih sistemov, Slovenija, Nemčija, zdravstveni sistem, zdravstveno varstvo.*

## **Analysis and Comparison of health systems in Slovenia and Germany**

Different healthcare systems and healthcare models within these systems have developed throughout history, as well as versions of these models, which were shaped by countries all over the world. Nowadays, healthcare systems are mostly subject to the issue of long-term financing, which, owing to the ageing of the population, environmental changes and a fast lifestyle, is resulting in an increasing use of healthcare services and, on the other hand, in technological advancement in health care, which is now providing treatment services at increasingly higher prices. Despite the aforementioned issue, we are still striving towards attaining the goal of the healthcare system, which is to achieve complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. Such a condition is the right of every individual, regardless of race, religious or political beliefs, social or economic status. This thesis tries to define such a state of health care within the healthcare system of Slovenia and Germany. In addition to a descriptive definition of the key theoretical concepts and a definition of both systems, the thesis employs a comparison of indicators to compare the state of health care, the organisation and financing of health care, and the infrastructure and personnel within the Slovenian and German healthcare systems. The conclusion gives the findings and recommendations for improving the current state and for the further development of the Slovenian healthcare system.

*Key words: comparison of healthcare systems, Slovenia, Germany, the healthcare system, health care.*

# KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOŠKI OKVIR.....</b>	<b>10</b>
2.1	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	10
2.2	METODE IN TEHNIKE .....	10
<b>3</b>	<b>SISTEM ZDRAVSTENEGA VARSTVA .....</b>	<b>11</b>
3.1	ZGODOVINA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	12
3.2	MODELI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA .....	13
3.2.1	<i>BISMARCOV MODEL .....</i>	<i>14</i>
3.2.2	<i>BEVERIDGEV MODEL .....</i>	<i>15</i>
3.2.3	<i>SEMAŠKOV MODEL .....</i>	<i>16</i>
3.2.4	<i>TRŽNI MODEL .....</i>	<i>17</i>
<b>4</b>	<b>SLOVENSKI ZDRAVSTEVNI SISTEM.....</b>	<b>19</b>
4.1	ZGODOVINA SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	20
4.2	OBVEZNO ZDRAVSTENO ZAVAROVANJE .....	23
4.2.1	<i>VRSTE IN OBSEG PRAVIC V OBVEZNEM ZDRAVSTVENEM ZAVARONJU..</i>	<i>24</i>
4.2.2	<i>KARTICA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA .....</i>	<i>29</i>
4.3	PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE.....	31
<b>5</b>	<b>NEMŠKI ZDRAVSTVENI SISTEM.....</b>	<b>34</b>
5.1	ZGODOVINA NEMŠKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA .....	36
5.2	OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE.....	37
5.3	ZASEBNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE .....	39
<b>6</b>	<b>PRIMERJAVA KAZALCEV ZDRAVSTVENEGA VARSTVA .....</b>	<b>40</b>
6.1	ZDRAVSTVENO STANJE V DRŽAVAH .....	41

6.2	ORGANIZACIJA ZDRAVSTVA .....	44
6.3	FINANCIRANJE ZDRAVSTVA .....	46
6.4	INFRASTRUKTURA IN KADRI V ZDRAVSTVU .....	48
<b>7</b>	<b>ZAKLUČEK .....</b>	<b>53</b>
<b>8</b>	<b>LITERATURA .....</b>	<b>58</b>

## KAZALO SLIK

SLIKA 3.1:	IZHODIŠČNI POLOŽAJ PARTNERJEV V UPRAVLJANJU SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA .....	12
SLIKA 4.1	VELJAVNI KARTICI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI .....	29
SLIKA 4.2	EVROPSKA KARTICA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA.....	31
SLIKA 5.1	PRIMER ELEKTRONSKE ZDRAVSTVENE KARTICE V NEMČIJI.....	36
SLIKA 6.1	PRIČAKOVANO TRAJANJE ŽIVLJENJE OB ROJSTVU OD LETA 1990 DO 2014, IZBRANE DRŽAVE .....	42
SLIKA 6.2	OCENJENA ŽIVLJENJSKA DOBA PREBIVALCEV OD LETA 2000 DO 2015, IZBRANE DRŽAVE .....	43
SLIKA 6.3	UMRLJIVOST NOVOROJENČKOV NA 1000 ŽIVOROJENIH OD LETA 1990 DO 2015, IZBRANE DRŽAVE.....	44
SLIKA 6.4	PREDNOSTI PRIMARNEGA ZDRAVSTVA V EVROPSKIH DRŽAVAH .....	45
SLIKA 6.5	ZDRAVSTVENI IZDATKI (PPP\$) NA PREBIVALCA OD LETA 1995 DO 2014, IZBRANE DRŽAVE .....	46
SLIKA 6.6	ŠTEVILO BOLNIŠNIC NA 100.000 PREBIVALCEV OD LETA 1990 DO 2015, IZBRANE DRŽAVE .....	50
SLIKA 6.7	ŠTEVILO POSTELJ NA 100.000 PREBIVALCEV OD LETA 1990 DO 2014, IZBRANE DRŽAVE .....	50
SLIKA 6.8	LEŽALNA DOBA V BOLNIŠNICAH ZA AKUTNO OBRAVNAVO OD LETA 1995 DO 2014, IZBRANE DRŽAVE.....	51
SLIKA 6.9	ZASEDENOST POSTELJ V BOLNIŠNICAH ZA AKUTNO OBRAVNAVO OD LETA 1995 DO 2014, IZBRANE DRŽAVE.....	51

SLIKA 6.10 ŠTEVILO ZDRAVNIKOV IN MEDICINSKIH SESTER VKLJUČENIH V ZDRAVSTVENI SISTEM LETA 2014, IZBRANE DRŽAVE .....	52
--	----

## **KAZALO TABEL**

TABELA 3.1 MERILA ZA RAZVRŠČANJE SISTEMOV V MODELE .....	18
TABELA 6.1 SEZNAM DRŽAV EVROPSKE REGIJE PO WHO, STARIH ČLANIC EU IN NOVIH ČLANIC EU .....	41
TABELA 6.2 IZDATKI ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO PO IZVAJALCU ZA LETO 2014 V %, IZBRANE DRŽAVE .....	48

# 1 UVOD

Zdravstveno stanje posameznika je pomembno že od samega začetka nastanka človeštva. Vrsto let si je človek razlagal, da je zdravje, bolezen in smrt nadzorovana s strani nadnaravnih sil oziroma božanstev. Po spoznanju ljudi, da imajo na zdravje vpliv zgolj zunanji dejavniki, uvedbi ukrepov za preprečevanje širjenja bolezni, vzpostavitvi zdravstvenih dejavnosti, organizacij ter šol za usposabljanju poklicev, je privedlo do "zdravstvene revolucije" (Toth 2003, 92–93). Posledično so danes po svetu vzpostavljeni zdravstveni sistemi, ki po Toth (2003, 93) pomenijo zavestno, organizirano ter usklajeno delovanje in prizadevanje posamezne države za doseganje ciljev boljšega zdravstvenega stanja in kakovosti življenja ljudi.

Danes se večina držav sooča s problematiko dolgoročnega financiranja zdravstvenih sistemov, saj dejavniki "novega" sveta; staranje prebivalstva, okoljske spremembe in hiter življenjski slog, vodijo k vedno večji uporabi zdravstvenih storitev ter na drugi strani tehnološki napredek v zdravstvu, ki prinaša uspešnejše zdravljenje ob vedno višjih cenah. Tudi v Sloveniji se poleg že omenjenih težav vrsto let pojavljajo številne polemike o nepravilnosti delovanja zdravstvenega sistema, sooča pa se tudi s številnimi težavami, kot so dolge čakalne dobe, zastarela oprema, neučinkovita poraba javnih sredstev, ki negativno vplivajo na zdravje posameznikov in strmenje k reformiranju slovenskega zdravstvenega sistema. Namreč brez kakovostnega zdravstvenega varstva bodo, kot pravi dr. med. spec. Urška Močnik (Močnik 2016), podjetja primorana zaposlovati bolne delavce, ki bodo zaradi slabega zdravstvenega stanja ostajali brez služb, fluktuacija teh delavcev se bo povečala, na koncu pa se bo zmanjšala produktivnost gospodarstva in bruto družbeni proizvod države.

Nemški zdravstveni sistem velja za ustanovitelja Bismarckovega modela, katerega je leta 1992 uveljavila tudi Slovenija (Toth 2003, 145–149). Glede na to, da imamo sistem vzpostavljen po nemškem modelu, raziskave zdravstvenih institucij pa kažejo, da se Slovenija uvršča bistveno nižje od Nemčije – EHCI, ki meri kakovost ter dostopnost zdravstvenega varstva uvršča nemški sistem med prve na 7. mesto (od 35 držav), slovenski sistem šele na 16 . (Björnberg 2016), WHO uvršča Nemčijo na 25. mesto (od 191 držav) Slovenijo 38. mesto (WHO 2000), je namen tega magistrskega dela predstaviti primernost in učinkovitost slovenskega zdravstvenega sistema ter ga primerjati z nemškim zdravstvenim sistemom. Posledično sledi cilj izpostaviti zakaj prihaja do razlik med sistemoma, kakšne so prednosti in



slabosti ter ugotoviti ali je mogoče prenesti dobre prakse v Slovenijo, saj dolgoročno izboljšava zdravstvenega sistema pozitivno vpliva na zdravje posameznika, kateremu se bo posledično povečalo zadovoljstvo, boljše bo opravljal svoje delo, kar bo v končni fazi privedlo do večjega BDP-ja v državi.

## **2 METODOLOŠKI OKVIR**

### **2.1 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Na podlagi cilja me bodo v tej magistrski nalogi vodila naslednja raziskovalna vprašanja:

Kakšna je ureditev zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in kakšna v Nemčiji? Kako se glede na kazalnike zdravstvenega stanja v državah, kazalnike organizacije zdravstva, kazalnike financiranja zdravstva ter kazalnike infrastrukture in kadrov v zdravstvu državi med seboj razlikujeta?

Glede na primerjavo zdravstvenih sistemov, ki bosta obravnavana v naslednjih poglavjih, bom skozi nalogo poskušala odgovoriti na zastavljena raziskovalna vprašanja na podlagi pridobljenih rezultatov ter podati predloge zaboljšave.

### **2.2 METODE IN TEHNIKE**

V magistrskem delu bom v prvem delu uporabljala deskriptivno metodo, ki je temelj za opisovanje dejstev, odnosov, procesov ter pojmov brez vzročne primerjave. Za opredelitev relevantnih pojmov v zdravstvenem sistemu; kot je npr. zdravstveno varstvo ter za izpostavitve teoretičnih izhodišč (predstavitev slovenskega in nemškega zdravstvenega sistema), bom uporabila analizo in interpretacijo primarnih (zakoni in drugi pravni akti) ter sekundarnih virov (knjige, članki, raziskovalna poročila, poročila, gradivo z interneta...). V drugem delu pa se bom s komparativno metodo lotila primerjave med zdravstvenim sistemom Slovenije in Nemčije z namenom odkrivanja podobnosti in razlik. S pridobljenimi rezultati pa nato podati predloge o izboljšanju sedanjega Slovenskega zdravstvenega sistema ter možnosti prenosa dobrih praks iz Nemškega zdravstvenega sistema.

### 3 SISTEM ZDRAVSTENEGA VARSTVA

Vse od začetka človeštva pa do danes je zdravje človeka ključnega pomena.

Definicija zdravja po WHO (2006, preambula) je stanje popolnega fizičnega, psihičnega in socialnega blagostanja in ne zgolj odsotnost bolezni ali oslabelosti. Stanje, ki je pravica slehernega človeka, ne glede na raso, versko ali politično prepričanje, socialno ali ekonomsko stanje. S tem je vsakemu posamezniku zagotovljena varnost tudi v času bolezni in oslabelosti ter v času ostarelosti. Skozi več tisočletni razvoj in končnemu spoznanju o pomembnosti le-tega je privedlo do zavestnega, organiziranega ter usklajenega delovanja in prizadevanja sleherne države za doseganje ciljev boljšega zdravstvenega stanja in kakovosti življenja ljudi (Toth 2003).

Za doseg ciljev boljšega zdravstvenega stanja in boljšo kakovost življenja ljudi je potrebno vzpostaviti sistem korelacij, kjer so cilji vseh nastopajočih akterjev zdravstvenega varstva, da dosežejo uravnoteženost med uresničevanjem interesov in ciljev posameznih prvin sistema varstva ter interesi in cilji celovitega sistema. Trdnost tega sistema oziroma zdravstvenega varstva pa se vzpostavi s celostnim upravljanjem (Česen 1998, 20–28).

Prvine zdravstvenega sistema po Česnu (1998, 10) so:

- »zdravstvena politika,
- zdravstvena dejavnost,
- zdravstveno zavarovanje,
- izobraževanje in usposabljanje in
- medicinska znanost in usposabljanje«.

Te prvine zdravstvenega sistema vstopajo v proces usklajevanja interesov v sistemu upravljanje in vodenja zdravstvenega varstva kot organizirane skupine ljudi, ki imajo različne interese, cilje, ki so hkrati lahko tudi nasprotujoči. Ob skupku teh interesov in ciljev pa lahko oblikujemo sklop treh skupin za katere je sistem zdravstvenega varstva nastal (Česen 1998, 30–33).

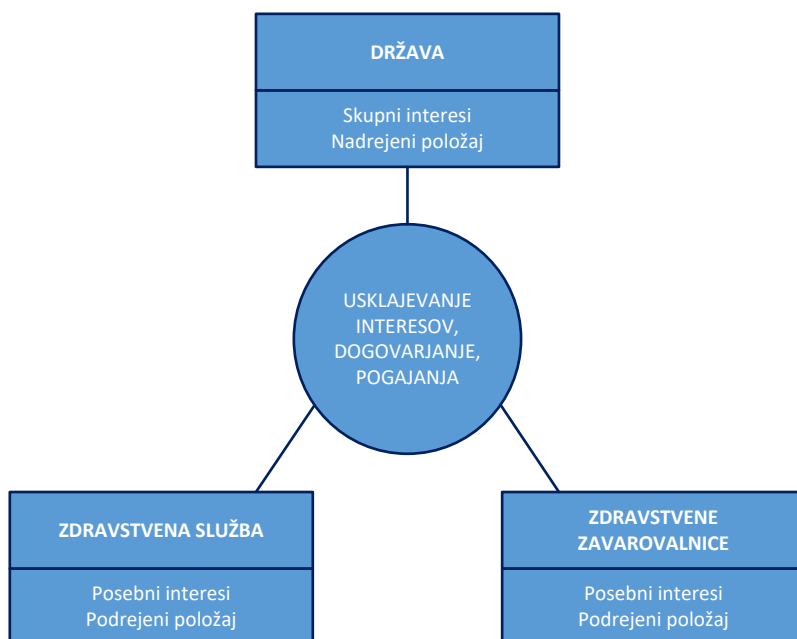
Prvi akter v upravljanju zdravstvenega varstva so zdravstvene zavarovalne organizacije (zdravstvene zavarovalnice), katere ljudem za ceno določene premije, v času bolezenskega

stanja zagotovijo ustrezno zdravstveno varstvo (medicinsko pomoč). Poznamo javne in zasebne zdravstvene zavarovalnice. V svojem sistemu predvidoma ne izključujejo nikogar. V upravljanju zdravstvenega varstva tako nosijo najpomembnejšo funkcijo (predstavljajo interese vseh njihovih zavarovancev) (Česen 1998, 30–33).

Drugi akter je zdravstvena služba, ki za določeno plačilo nudi zdravstvene storitve. Sem sodijo vsi zaposleni v zdravstveni dejavnosti (tudi delavci izobraževalne in raziskovalne narave) (Česen 1998, 30–33).

Oba akterja zastopata zgolj interese zdravstvenega varstva, zato je potreba tudi po tretjem akterju, ki zastopa še preostale interese gospodarskih in negospodarskih področij. Tretji akter je država, ki v upravljanju zdravstvenega varstva predstavlja skupne družbene interese. V temu tripartitnemu sistemu ima država nadrejeni položaj (Česen 1998, 30–33).

Slika 3.1: Izhodiščni položaj partnerjev v upravljanju sistema zdravstvenega varstva



Vir: Česen (1998, 31).

### 3.1 ZGODOVINA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Za razumevanje celovitega sistema zdravstvenega varstva moramo najprej vzpostaviti vpogled v njegov zgodovinski razvoj.

Začetki kolektivne oziroma državne zaščite po Strbanu (2005, 17–31) segajo v čas stare Grčije in Rima, ko so delodajalci nudili dajatve v primeru bolezni. Razvila so se prva združenja zdravstvenih blagajn, ki so v času razvoja starokrščanstva izgubila pomen, saj je ideologija starokrščanstva temeljila na ideji medsebojne pomoči. Po razpadu rimskega cesarstva je cerkev prevzela pomembno in primarno vlogo nudenja pomoči revnim, za financiranje katere so se pobirali davki. V srednjem veku je za zagotavljanje dodatne podpore in zatočišč revnim, bolnim, sirotam ter ovdovelim, pripomogla vzpostavitev raznih bratovščin in redov (meniški in viteški red). V 13. stoletju so vidni že zametki skrbi za obolele v lokalnih oblasteh, ki so prevzele gradnjo in vzdrževanje bolnišnic. Med tridesetletno vojno pa sta tako cerkvena kot tudi lokalna pomoč izginili, zaradi česar je bila posledično skrb najrevnejšega prebivalstva v večji meri odvisna od patriarha. Obrtna združenja, bratovščine in rudarska združenja so tradicijo zdravstvenega varstva za zaposlene nadaljevala, kljub temu, da je bil krog zavarovancev izredno omejen. V začetku 19. stoletja so se poleg obrtnih podpornih blagajn začele razvijati tudi druge oblike samopomoči, ki so nudile zaščito delavstvu v času bolezni, ostalo prebivalstvo pa je bilo primorano za pomoč pristopiti k lokalni pomoči za revne (Strban 2005, 17–31).

Pred sprejetjem prvih zakonskih podlag o obveznem zavarovanju delavcev smo tako poznali zdravstvene blagajne, rudarske blagajne, cehe ter razne bratovščine ter nenazadnje državno zdravstveno pomoč.

## **3.2 MODELI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

Konec 19. stoletja so se glede na ostre kritike starih sistemov po Tothu (2003, 145–149) razvili štiri različni modeli zdravstvenega varstva, katerih koncepti so osnova zdravstvenih sistemov po vsem svetu. Ti modeli so:

- Bismarckov (partnerski) model zdravstvenega varstva,
- Beveridgev (državno vodeni) model zdravstvenega varstva,
- Semaškov (socialistični) model zdravstvenega varstva in
- Tržni model zdravstvenega varstva.

### **3.2.1 BISMARCOV MODEL**

Bismarckov ali partnerski model, ki se je kasneje razvil v model socialnega zavarovanja, je nastal v Prusiji (današnji Nemčiji) leta 1883, ko je nemški kancler Otto von Bismarck predlagal nemškemu parlamentu uvedbo obveznega zavarovanja za delavce (ZZJZLSZ 2017).

Po Tothu (2003) je s sprejetjem tega zakona nastal prvi pravi zdravstveno-zavarovalniško sistem na svetu, ki je opredelil vse skupine ljudi, ki so bili pravno obvezani, da se obvezno zavarujejo, nosilce zavarovanj, njihovo financiranje, organizacijo in upravljanje. V tem modelu država skrbi za nemoteno delovanje sistema in upoštevanje zakonodaje. Avtonomijo glede opredeljevanja pravic zavarovalcev, prispevkov, organizacije in upravljanja področja pa prenese na bolniške blagajne, ki so bile nosilke zavarovanja. Sistem se financira s plačevanjem prispevkov tako delodajalcev kot tudi delojemalcev, ki so prispevke plačevali nosilec zavarovanja - bolniškim blagajnam (Toth 2003).

Bolniške blagajne so po (ZZJZLSZ 2017) definirane kot neprofitne, nevladne, javne ali zasebne organizacije, ki so strogo regulirane s strani države. Skrbele so za kritje stroškov zdravstvenih storitev ter nadomestilo plače delavca v času bolezni. Upravniki bolniških blagajn so bili neposredno izvoljeni s strani delodajalcev in delojemalcev, kar je omogočalo usklajevanje predstavnikom različnih interesov. Delovale so po načelu vzajemnosti in solidarnosti. Tekom razvoja sistema so bolnišniške blagajne pridobile tudi vlogo pogajalcev o cenah zdravstvenih storitev, plačah zaposlenih ter drugih pogojih pri zagotavljanju zdravstvenega varstva v državi (Svenšek 1996).

Primarno je bil sistem obvezujoč zgolj za delavce, kasneje pa je vključeval tudi družinske člane in ostale skupine prebivalstva (Toth 2003, 146).

Bismarckov model predvideva obvezno zdravstveno zavarovanje, ki je predpisano s strani zakonodajalca. Obvezno zdravstveno zavarovanje je samoupravljanje s strani delodajalcev in zavarovanih oseb. Financira se s strani prispevkov delodajalcev, delojemalcev in drugih zavezancev, ki prispevke plačujejo ustanovi, ki ni profitna. Cene zdravstvenih storitev se načeloma oblikujejo s pogajanjem med predstavniki izvajalcev ter plačniki storitev. Država ima zakonodajno funkcijo, s katero regulira sistem in funkcijo arbitra v primeru, če v sistemu

pride do težav. Pacienti imajo v temu sistemu prosto izbiro tako osebnega zdravnika kot tudi ustanove v kateri bodo zdravljeni (Prevolnik in drugi 2014, 13–14).

Bismarkov model najdemo v Nemčiji, Avstriji, Franciji, Belgiji, Luksemburgu, Nizozemski, Japonski, Sloveniji in Češki, uvajajo ga tudi države v tranziciji, ki so imele prej Semaškov model (PNHP 2017).

### **3.2.2 BEVERIDGEV MODEL**

Beverigev ali državno vodeni model zdravstvenega varstva je bil vzpostavljen v Veliki Britaniji, po drugi svetovni vojni, leta 1948. Po Tothu (2003) je bil model vzpostavljen kot posledica nezadovoljivega stanja, ker je bila pri raznih vzajemnih družbah zavarovana le tretjina prebivalstva. Odgovor na kritike je podal William Henry Beveridge, ki je nakazal nujnost po zagotovitvi zdravstvene oskrbe, ki bo dostopna vsem prebivalcem, za kar bo poskrbela posebna vladna služba organizirana s strani oddelka za zdravstvo. Tako je država dolžna zagotoviti zadostna finančna sredstva za delovanje celotnega zdravstvenega sistema, tehnološka sredstva, primeren kader in vse ostale potrebe zdravstvenega varstva, s ciljem da vsak državljan dobi ustrezno oskrbo (Toth 2003).

Celoten zdravstveni sistem se financira s strani državnega proračuna oziroma s strani davkov. Višino sredstev na letni ravni določa parlament. Zavarovanci so zastopani posredno preko predstavnikov političnih strank v parlamentu. S strani države je vzpostavljena organizacija Nacionalna zdravstvena služba (NHS - National Health Services), ki predstavlja zdravstveno dejavnost na vseh ravneh. Beveridgov sistem na primarni ravni pozna zdravnike zasebnike (osebni ali družinski zdravniki), katerih višina plače je odvisna glede na število oseb za katere skrbijo. Ti zdravniki zasebniki so v pogodbenem odnosu z NHS, kar jih uvršča med javne uslužbence. Cene storitev in način plačila ter dejavnosti javnih in zasebnih bolnišnic določa NHS (PNHP 2017).

Državni sistem zdravstvenega varstva je izredno razvejan, deluje vertikalno na državni, regionalni in lokalni ravni. Najvišja odločevalna akterja sta Ministrstvo za zdravstvo in NHS. Akterji na regionalni in lokalni ravni imajo izvedbene in nadzorne pristojnosti. Takšni sistemi imajo nižje stroške glede na prebivalca, ker država kot edini akter regulira cene storitev.

Beveridgev sistem je uveden v Veliki Britaniji, na Irskem, Španiji, Islandiji, Norveški, Švedski, Finski, Danski, Kostariki, Nikaragvi, Tanzaniji idr. (PNHP 2017).

### **3.2.3 SEMAŠKOV MODEL**

Semaškov model ali model socialističnega zdravstvenega varstva se je razvil v prvi polovici 20. stoletja v Sovjetski zvezi, ob prevzemu oblasti s strani boljševikov in uvedbi socialistične družbene ureditve. Prav tako kot Bismarckov in Beveridgeov model je svoje ime pridobil po nosilcu njegove osnovne ideologije Nikolaju Aleksandroviču Semakšku. Na prvi pogled spominja na Beveridgev model. Namreč oba izhajata, da je poddržavljenje zdravstvene varnosti in zdravstvene službe ključ za doseg večjega zadovoljstva ljudi, boljši dostopnosti zdravstvenih storitev ter s tem izboljšanja zdravstvenega stanja v državi. Vendar Semaškov model v večji meri poudarja državno lastnino in dostopnost do zdravstvenih storitev za vse prebivalstvo kot pridobitev socializma. V tem modelu celoten sistem zdravstvene službe prevzame država, vsi prebivalci pa imajo pravico uveljavljati potrebe in zahteve po zdravstvenih storitvah. Vse stroške, ki so s tem nastali pa krije državni proračun. Vsa zasebna zdravstvena dejavnost se ukine ter vsi takratni zasebniki so se bili primorani vključiti v državno službo (Toth 2003, 147–148).

Prednosti tega modela so bile velika dostopnost zdravstvenih uslug, dobra strukturiranost zdravstvenih storitev (geografska pokritost) ter izredno uspešno izvajanje javnih programov za zdravstveno zaščito (ZZJZLSZ 2017).

Na drugi strani pa je bilo kar nekaj slabosti, kot so (ZZJZLSZ 2017):

- »neprilagojenost zdravstvenih storitev potrebam bolnikov,
- slabo in neprimerljivo financiranje zdravstvenih delavcev in uslug glede na mednarodne standarde,
- pojav sive ekonomije in
- boljša dostopnost zdravstvenih storitev skupinam iz višjega razreda (ljudem na vodilnih pozicijah)«.

Model je po 2. Svetovni vojni prevzelo kar nekaj držav srednje in vzhodne Evrope, države SSSR-a, Vietnam, Severna Koreja in Kuba. Po padcu socialističnega sistema v Evropi je



večina držav ob reformi zdravstvenega sistema poskušala uvesti Bismarckov model zdravstvenega varstva. Države, ki so pa še vedno v fazi tranzicije pa imajo nekakšno mešanico ostankov državno-upravnega sistema in socialno-zavarovalniškega modela. (Toth 2003)

### **3.2.4 TRŽNI MODEL**

Tržni model, ki je značilen za ZDA, temelji po načelu ponudbe in povpraševanja. Sistem se je razvil na koncu 19. stoletja z mišljenjem, da je zdravstveno varstveno možno upravljati z istimi tržnimi zakonitostmi kot sisteme v gospodarstvu. Kriza tridesetih let 20. stoletja je privedla do zaključka, da posamezniki, ki so v stiski, niso sposobni plačati zdravstvenih izdatkov. Prišlo je do vzpostavitve prvih prostovoljnih, zasebnih zavarovanj brez državne regulacije. Pritiski sindikatov v upanju na pridobitev socialnih pravic za delavce, so pridobili zgolj zavarovanje za zdravstvena tveganja, pri čemer je bila dana možnost, da del teh sredstev poravnava delodajalec, ki je hkrati za le-ta zakonsko oproščen plačila davkov. Ta ureditev je sprožila val novih zavarovalnic, ki temeljijo na pridobitnih načelih. V sistem takšnega kolektivnega zavarovanja pri delodajalcu je vključen večinski del zaposlenih v ZDA (Toth 2003).

V tržnem modelu so nosilci zdravstvenih zavarovanj zavarovalnice, zdravstveno zavarovanje pa ni obvezno. S strani države ni regulacije zdravstvenega varstva, skrbi le za minimalno zdravstveno varnost. Prebivalstvo so ali samoplačniki v primeru potrebe po zdravstvenih storitvah ali pa se vključijo v zavarovalnice, ki jim krijejo storitve v primeru bolezni (Ostrc 2016).

V sklopu države sta organizirana sklada Medicare in Medicaid, ki pokrivata stroške za vse zdravstvene storitve onemoglih, starih in ljudi brez lastnega premoženja.

V evropskem prostoru lahko vidimo Bismarckov, Beveridgev in Semaškov tip modela. Tržni tip pa je značilen za Združene države Amerike. Predstavljeni so bili čisti modeli zdravstvenega varstva, ki jih države nato po lastni presoji, glede na različne parametre v državah kot npr. stanje, kulturo, tradicijo, zgodovino države, preuredijo v lastni sistem zdravstvenega varstva (Toth 2003).

Tabela 3.1 Merila za razvrščanje sistemov v modele

	Bismarckov model	Beveridgev model	Semaškov model	Tržni model
<b>financiranje</b>	prispevki delodajalcev, delojemalcev drugih zavezancev	davki, proračuni države, dežel, lokalnih skupnosti	centralni, državni proračun	zasebne zavarovalnice, zasebna sredstva
<b>upravljanje</b>	samoupravno, v njem sodelujejo predstavniki delodajalcev in zavarovanih oseb	državni organi ali upravni organi na nižjih ravneh	centralna vlada oziroma ministrstvo za zdravstvo	zasebna združenja, agencije
<b>sprejemanje odločitev o pravicah zavarovancev</b>	organi upravljanja bolniških blagajin v okvirih, ki jim jih določa zakon	državni organi	državni organi	ni pravic, vse temelju na načelu ponudbe in povpraševanja
<b>vklučenost (obveza) prebivalstva v sistemu</b>	Vse prebivalstvo, ponekod so izločene le nekatere skupine	vse prebivalstvo	vse prebivalstvo	Obveznosti zavarovanja ni
<b>solidarnost, vzajemnost</b>	Absolutna	Absolutna	Absolutna	ne obstaja
<b>planiranje področja</b>	država in nosilci zavarovanj	Država	Država	namesto plana deluje trg

Vir: Toth (2003, 148).

## 4 SLOVENSKI ZDRAVSTEVNI SISTEM

V Sloveniji imamo uveljavljen tripartitni proces usklajevanja interesov v sistemu upravljanje in vodenja zdravstvenega varstva (Rus 1996), ki temelji na Bismarckovem modelu zdravstvenega varstva. Sistem sooblikujejo in upravljajo: država skozi zdravstveno politiko, izvajalci zdravstvenih storitev (Zdravniška zbornica), ki predstavljajo zdravstveno dejavnost in plačniki zdravstvenega zavarovanja (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v nadaljevanju ZZZS), ki so uporabniki zdravstvenih storitev preko zavarovalnic. Med drugim so v zdravstveni sistem vpete še službe in zavodi, katerih delo je povezano z zdravjem, izobraževanjem in usposabljanjem zdravstvenih delavcev, zdravstvenih tehnologij ter medicinske znanosti (Ostrc 2016, 22).

Kot je bilo že omenjeno je eden ključnih akterjev pri oblikovanju zdravstvene politike v Sloveniji država. Država preko Vlade Republike Slovenije s sodelovanjem z Zdravstvenim svetom, Zdravniško in Lekarniško zbornico, Združenjem javnih zdravstvenih zavodov, Svetom za zdravje in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije določa zdravstveno politiko v Republiki Sloveniji (Ostrc 2016, 22).

Po Česnu (1998: 43) potrebujemo za uresničevanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja ustrezne, zadostne in zemljepisno pravilno razporejene kadrovske in materialne zmogljivosti. Iz tega sledi, da potrebujemo dobro organizirano zdravstveno službo, ki zagotavlja dostopnost do pravic vsem zavarovancem. V Sloveniji je tako organizirana javna zdravstvena služba, ki izvaja zakonsko določeno zdravstveno dejavnost v okviru pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja. Delimo jo na primarno, sekundarno in terciarno raven. Na primarno raven uvrščamo zdravstvene domove, zdravstvene postaje, lekarniško in patronažno dejavnost ter zasebne zdravstvene domove. Primarna raven lahko rečemo, da je z vidika zdravstvenega varstva najpomembnejša, saj stopi v prvi stik z zavarovalcem. Prav tako pa v slovenskem sistemu primarna raven napotuje zavarovance na v sekundarno raven. S tem je vzpostavljena funkcija vratarja (gatekeepin), ki onemogoča zavarovancu, glede na lastno presojo, prosti dostop do specialističnih zdravstvenih služb. V sekundarno raven, kamor so v večini primerov zavarovanci napoteni iz primarne ravni, uvrščamo specialistične ambulante ter splošne in specialistične bolnišnice. Na terciarno raven spadajo klinike in inštituti, ki obravnavajo najbolj zahtevne primere zdravstvene službe (Ostrc 2016, 22).

Zdravstveno zavarovanje kot poslednji del sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji omogoča vsem zavarovancem dostopnost do uveljavitve pravic s strani zdravstvenega zavarovanja. Po ZZZS (2014, 6) sistem zagotovitve zdravstvenega varstva v Sloveniji zakonsko delimo na Obvezno zdravstveno zavarovanje in prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

#### **4.1 ZGODOVINA SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

Zgodovina zdravstvenega sistema v Sloveniji se je začela z ustanavljanjem stanovskih združenj, ki so svojim delavcem omogočale zdravstveno varstvo v primeru bolezni ter poškodb v času pred industrializacijo.

Na koncu 18. stoletja je bilo s porastom tovarniških delavcev, ki so bili v nasprotju z rokodelskimi združenji, kar se tiče zdravstvenega varstva popolnoma nezaščiteni, velika porast ustanovitve društev medsebojne pomoči (bratovske skladnice, druga podporna društva). Vsi člani društev medsebojne pomoči so vlagali enake prispevke, le-ta pa so se dogovarjala z zdravniki glede cen storitev. Tako je bil leta 1854 uzakonjen Rudarski zakon, ki je odredil ustanovitev skladnic in obvezno članstvo vseh rudarjev. Sledila je bolnišniška blagajna za železničarje leta 1858 ter leta 1859 Obrtni red. V vseh dotedanjih zakonsko določenih aktih so bile pomanjkljivosti z določitvijo dolžnosti podjetij do zavarovancev (Strban 2005, 17–21).

Po predstavitvi predloga zakona Otta von Bismarcka v nemškem parlamentu je leta 1883 prišlo do uvedbe Zakona o zdravstvenem zavarovanju delavcev. Posledično je tako na današnjem ozemlju Slovenije (tedanjem avstrijskem) leta 1888 Franc Jožef vpeljal Zakon o zavarovanju delavcev glede kake bolezni, ki je obsegal isto vsebino, kot zakon sprejet v Nemčiji leta 1883 (Strban 2005, 21–23).

Zavarovanje je bilo zakonsko obvezno za vse delavce, izvajalo se je decentralizirano preko pravno samostojnih bolniških blagajn, okrajne, obrtne zadružne, društvene in bratovske skladnice pri rudarskih in topilniških podjetjih. Bolniške blagajne so bile samoupravni organi, v katerem je bila 2/3 zastopanost s strani delojemalcev in 1/3 zastopanost s strani delodajalcev, v tem razmerju so se plačevali tudi prispevki (Strban 2005, 17–23).

Leta 1889 je bila tudi v Ljubljani ustanovljena prva Okrajna bolniška blagajna, kateri so sledile tudi druge. Med seboj so bile povezane v zveze bolniških blagajn, ki niso imele velikih pristojnosti (Strban 2005, 21–23).

V Prekmurju, kjer je imela oblast Ogrska, je prišlo do uvedbe obveznega zdravstvenega zavarovanja leta 1891 (Strban 2005, 22).

Glede na Zadavec (v Strban 2005, 22–23) so zavarovanci imeli pravice do:

- *medicinske oskrbe,*
- *porodniške pomoči,*
- *zdravil,*
- *zdravstvenih pripomočkov,*
- *omejenega zdravljenja v bolnišnici,*
- *denarne podpore (bolnišnina ter za porodnice po porodu hranila do štirih tednov) in*
- *pogrebnine.*

Zaradi raznih pomanjkljivosti dotedanje ureditve, je bil leta 1911 sprejet Državni zavarovalni red, ki velja za prvi zakonik socialnega zavarovanja na svetu. Zakonik je po Knieps v (Strban 2005, 23–24) obsegal invalidsko zavarovanje, zavarovanje za poškodbe pri delu in poklicne bolezni ter zdravstveno zavarovanje. Zavarovalni red je na novo vzpostavil organiziranost bolniških blagajn in jih številčno omejil, določal je razširitev zavarovanja tudi na ostale skupine, v ostalih postavkah pa se vsebinsko ni razlikoval glede na prejšnjo ureditev.

Po prvi svetovni vojni, ko je slovensko ozemlje prešlo v Kraljevino Srbov, Hrvatov in Slovencev, je bila izvedena reorganizacija socialnega zavarovanja v Sloveniji. Leta 1919 je prišlo do ukinitve vseh dotedanjih bolnišniških blagajn in vzpostavitve enotne bolniške blagajne za celotno slovensko ozemlje – Okrajna bolniška blagajna v Ljubljani. Leta 1922 je bil po vzoru madžarskih predpisov sprejet tudi Zakon o zdravstvu delavcev, ki je obsegal zavarovanje za poškodbe pri delu, onemoglost in v primeru smrti. Z minimalnimi pogoji za zavarovanje delavcev je zakon dopuščal tudi druga boljša ali enakovredna zavarovanja, zaradi česar so bili iz tega zavarovanja izločeni državni uslužbenci, rudarji, železničarji, topilničarji, osebje narodne banke in osebe, ki so delale v drugih panogah. Pristojnosti za izvajanje

zavarovanja je imel Okrožni urad za zavarovanje delavcev v Ljubljani, ki je bil podrejen Osrednjemu uradu za zavarovanje delavcev v Zagrebu. Le-ta je edini imel pristojnost za urejanje vseh vrst zdravstvenega zavarovanja v tedanji Jugoslaviji. Oba urada sta delovala po načelu samouprave. Sistem se je financiral s strani delodajalcev in delojemalcev (Strban 2005, 24–25). V primerjavi s predhodnim sistemom se pravice zavarovancev niso zmanjšale. Je pa sistem dodatno omogočal tudi vključitev družinskih članov, če le-ti niso imeli lastnih dohodkov (Strban 2005, 24–25).

V obdobju med drugo svetovno vojno so na osvojenem slovenskem ozemlju Nemci in Madžari na področju zdravstvenega zavarovanja uveljavljali svojo zakonodajo (zmanjševanje pravic zdravstvenega varstva). Italija pa je pustila v veljavi predpise, ki so veljali v tedanji Jugoslaviji (Strban 2005, 25–26).

Leta 1946 je stopil v veljavo Zakon o socialnem zavarovanju delavcev, nameščencev in uslužbencev, ki je poskušal izenačiti zavarovance in jim je povečal pravice. Nosilec zavarovanja je bil Državni zavod za socialno zavarovanje, kateri je neposredno odgovarjal ministrstvu za delo. Tako je celotno funkcijo nad nadzorom zdravstvenega zavarovanja prevzela država (Strban 2005, 26–27).

Sledil je Zakon o socialnem zavarovanju delavcev in uslužbencev njihovih družin, ki je dejansko izenačil vse zavarovane osebe (Strban 2005, 26).

Nadalje je bila leta 1952 s strani vlade FLRJ sprejeta Uredba o ustanovitvi zavodov za socialno zavarovanje in o začasnem gospodarjenju s sredstvi socialnega zavarovanja, ki je organizacijo socialnega zavarovanja prenesla na zavode za socialno zavarovanje. V Sloveniji je bil ustanovljen Zavod za socialno zavarovanje LRS. Ti zavodi so bili avtonomne ustanove z lastnimi sredstvi in so bili upravljani s strani predstavnikov zavarovancev. S to uredbo je bilo ponovno uvedeno plačevanje prispevkov tudi s strani delodajalcev. Z Zakonom o zdravstvenem zavarovanju delavcev in uslužbencev, sprejetim 1955, pa je bilo določeno, da morajo zavodi sodelovati z ukrepi in finančnimi sredstvi tudi na področju preventivnega zdravstvenega varstva, s čimer se je spremenila celotna ideja dotedanje ureditve, ki je do tedaj nudila zdravstveno varnost le obolelim zavarovancem (Strban 2005, 27–29).

Sledili so tudi drugi zakoni, ustanovljene so bile komunalne skupnosti, nato samoupravne interesne skupnosti za zdravstvo, vse skupaj pa je strmelo k enemu skupnemu cilju, ki je zagotoviti zdravstveno zavarovanje vsem skupinam prebivalstva (Strban 2005, 28–29).

V letih od 1980 do 1992 je sledilo obdobje izvajanja koncepta nacionalnega zdravstvenega varstva, kjer je bil še vedno postavljen cilj zagotavljanja pravic do zdravstvenih dajatev vsem skupinam prebivalstva. Pojavila se je potreba po decentralizaciji socialističnega samoupravljanja, zaradi česar so posledično vse republiške interesne zdravstvene skupnosti prešle na medobčinske in občinske skupnosti. Le-te so prevzele vse naloge. Ta model socialističnega zdravstvenega varstva je bil leta 1990 ukinjen. Do ponovne uvedbe Bismackovega modela leta 1992, je vse naloge prevzela Republiška Uprava za zdravstveno varstvo pri Republiškem sekretariatu za zdravstvo in socialno varstvo (Strban 2005, 28–29).

## **4.2 OBVEZNO ZDRAVSTENO ZAVAROVANJE**

V Sloveniji je zdravstveno zavarovanje po zakonodaji obvezno. Obseg in vrste pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), nadaljnje obseg pravic ter postopek njihovega uveljavljanja pa Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju so zavarovanci in njihovi družinski člani, ki so v obvezno zdravstveno zavarovanje vključeni po načelu socialne pravičnosti in solidarnosti (ZZZS 2014).

V zdravstveno zavarovanje morajo biti po ZZVZZ vključene vsi zavarovanci, ki izpolnjujejo pogoje 15. člena ZZVZZ, ter njihovi družinski člani, katerih pogoji za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje določa ZZVZZ v 20., 21. in 22. členu (ZZZS 2014).

Zakonsko je določena obveznost plačevanja prispevkov, s tem da je navedeno tudi kdo je zavezanec za njihovo plačevanje hkrati tudi zavezanec za prijavo oseb v obvezno zdravstveno zavarovanje, vrsta prispevkov, osnova od katere se plačujejo le-ti in obseg pravic (ZZZS 2014, 8).

Prispevki, ki so predpisani in jih je potrebno plačevati so vezani na vir, ki vsem zavarovancem zagotavlja osnovno socialno varnost (plača, pokojnina, nadomestilo za invalidnost, nadomestilo za čas brezposelnosti, ipd.). V primeru, da državljan Republike Slovenije ali tujec s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji nima dohodkov, prihrankov ali premoženja in da ni bil presežen cenzus za denarno socialno pomoč, zanj prispevek na podlagi odločbe pristojnega socialnega centra plačuje občina, v kateri ima prijavljeno stalno prebivališče (ZZZS 2014,8).

Družinski člani se lahko v obvezno zdravstveno zavarovanje vključijo preko zavarovanca tako imenovanega nosilca zavarovanja v primeru, da ne izpolnjujejo pogojev za lastno zavarovanje, sami pa niso zavezanci za plačilo prispevka.

Prijavo, spremembo ali odjavo v/iz obveznega zavarovanja je dolžan z vlogo vložiti tisti, ki je z zakonom določen kot zavezanec za plačilo prispevka. Vloge nadaljnje obravnava območna enota ali izpostava ZZZS.

#### **4.2.1 VRSTE IN OBSEG PRAVIC V OBVEZNEM ZDRAVSTVENEM ZAVARONJU**

Zakon ZZVZZ v 13. členu določa obseg področja obveznega zdravstvenega zavarovanja:

- »zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela in
- zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni«.

Prav tako pa se po 13. členu ZZVZZ zavarovanim osebam obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavlja:

- »plačilo zdravstvenih storitev,
- nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela in
- povračilo potnih stroškov v zvezi z upravljanjem zdravstvenih storitev«.

Glede na (ZZZS 2014, 20) zavarovančeve pravice do zavarovalnih storitev obsegajo vse storitve osnovne zdravstvene dejavnosti, zobozdravstvene dejavnosti, specialistično-ambulantne storitve, bolnišnične in terciarne dejavnosti, zdraviliškega zdravljenja, reševalnih



prevozov, zdravljenja v tujini, pravico do živil in zdravil za posebne zdravstvene namena na recept, pravico do medicinskih pripomočkov, pravico do storitev v domovih za starejše občane, posebnih socialno-varstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje, pravico do obnovitvene rehabilitacije invalidov, udeležbo v organiziranih skupinah za usposabljanje in letovanje otrok in šolarjev, pravico do spremstva ter pravico do zdravstvenih storitev med potovanjem in bivanjem v tujini.

Po 23. členu ZZVZZ je z obveznim zavarovanjem zagotovljeno plačilo sledečih zdravstvenih storitev:

***V celoti:***

- *sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, učencev, dijakov in študentov do dopolnjenega 26. leta starosti, žensk v zvezi z nosečnostjo in drugih odraslih oseb v skladu s programom, razen pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavljajo delodajalci,*
- *preprečevanje, presejanje in zgodnje odkrivanje bolezni, skladno s programom, ki ga sprejme Zdravstveni svet,*
- *svetovanje, izobraževanje, usposabljanje in pomoč za spreminjanje nezdravega življenjskega sloga,*
- *zdravljenje in rehabilitacija otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo in otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov,*
- *zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom,*
- *preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja,*
- *obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom,*
- *zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze,*

- celovita obravnava z zdravljenjem in rehabilitacijo slepote in slabovidnosti v skladu z veljavno klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije, popolne ali zelo težke okvare sluha po Mednarodni klasifikaciji okvar, invalidnosti in oviranosti Svetovne zdravstvene organizacije (1980), cistične fibroze in avtizma in oseb po nezgodni poškodbi glave in okvari možganov,
- zdravljenje in rehabilitacija zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu,
- zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam,
- nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi,
- patronažni obiski, zdravljenje in nega na domu ter v socialnovarstvenih zavodih,
- zdravila s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje oseb in stanj iz četrte do trinajste alinee te točke, medicinski pripomočki v zvezi z zdravljenjem oseb in stanj iz prve do trinajste alinee te točke;
- zdravila in živila za posebne zdravstvene namene s pozitivne in vmesne liste za otroke, učence, dijake, vajence in študente ter osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju,
- živila za posebne zdravstvene namene s prilagojeno sestavo hranil za zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove;
- sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno 5 let;
- predhodni in obdobjni zdravstveni pregledi za športnike, ki nastopajo na uradnih tekmovanjih nacionalnih panožnih športnih zvez;

**Najmanj 90 % vrednosti:**

- storitev v zvezi s presaditvijo organov in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi ne glede na razlog,
- zdravljenja v tujini,

- storitev v zvezi 2 intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi nujnimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi in rehabilitacijskimi posegi;

**Najmanj 80% vrednosti za:**

- storitve v zvezi z zagotavljanjem in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in umetno oploditvijo, sterilizacijo in umetno prekinitvijo nosečnosti;
- specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela,
- nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču v okviru nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela,
- storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki niso zajete v 1. točki, ter zdravljenje zobnih in ustnih bolezni,
- medicinske pripomočke, razen v primerih iz 1. in 4. točke tega odstavka;

**Najmanj 70 % vrednosti za:**

- specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, medicinske pripomočke v zvezi z zdravljenjem poškodb izven dela,
- zdravila s pozitivne liste, razen za primere iz 1. točke tega odstavka;

**Največ do 60 % vrednosti za:**

- reševalne prevoze, ki niso nujni, zavarovanih oseb, ki so nepokretne ali rabijo prevoz na in z dialize ali v drugih primerih, ko bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom za njihovo zdravje škodljiv, ali zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebujejo spremstvo zdravstvenega delavca,
- zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;

**Največ do 50 % vrednosti za:**

- zdravila in živila za posebne zdravstvene namene z vmesne liste,

- *zobnoprotopetično zdravljenje odraslih,*
- *medicinske pripomočke za izboljšanje vida za odrasle.*

Zavarovanci niso omejeni na pri izbiri izvajalca storitev, pač pa lahko prosto izbirajo med izvajalci, ki so vključeni v mrežo javnih zdravstvenih služb (javni zavodi, javni uslužbenci in zasebniki koncesionarji) (ZZZS 2014).

Zavarovanec ima tudi pravico do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela, ki jo zakonsko določena v 28. do 35. členu ZZVZZ. Pravico do povračila stroškov, pri uresničevanju pravic zdravstvenih storitev, ki obsegajo prevozne stroške, stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju ter pravico do zdravljenja v tujini, opredeljeno (ZZZS 2014).

Med pravice obveznega zdravstvenega zavarovanja zakon ne uvršča (ZZZS 2014, 20):

- *storitve estetskih operacij, razen če so potrebne zaradi posledic poškodb, okvar ali bolezni in so povezane tudi z odpravo funkcionalnih prizadetosti;*
- *storitve, ki so povezane z iztreznitvijo ob akutnem alkoholnem opoju;*
- *storitve neobveznega cepljenja;*
- *storitve ugotavljanja zdravstvenega stanja, ki jih zavarovana oseba uveljavlja zaradi zahtev ali predpisov na drugih področjih oziroma pri drugih organih (pri zavarovalnicah, sodiščih, v kazenskem postopku, izdaja potrdil za voznike motornih vozil, ukrepi v zvezi z varstvom pri delu itd.);*
- *storitve, potrebne za uveljavljanje pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki presegajo obseg storitev, opredeljenih v seznamu obvezne medicinske dokumentacije za uveljavljanje pravic na podlagi invalidnosti in preostale delovne zmožnosti in storitve na zahtevo invalidske komisije;*
- *storitve alternativne diagnostike, zdravljenja ali rehabilitacije, za katero ni dal soglasja minister, ki je pristojen za zdravje;*
- *storitve, ki se izvedejo na zahtevo zavarovane osebe in ki po mnenju osebnega ali napotenega zdravnika, glede na njeno zdravstveno stanje, niso potrebne;*

- stroški prevoza zavarovane osebe iz tujine v domovino.

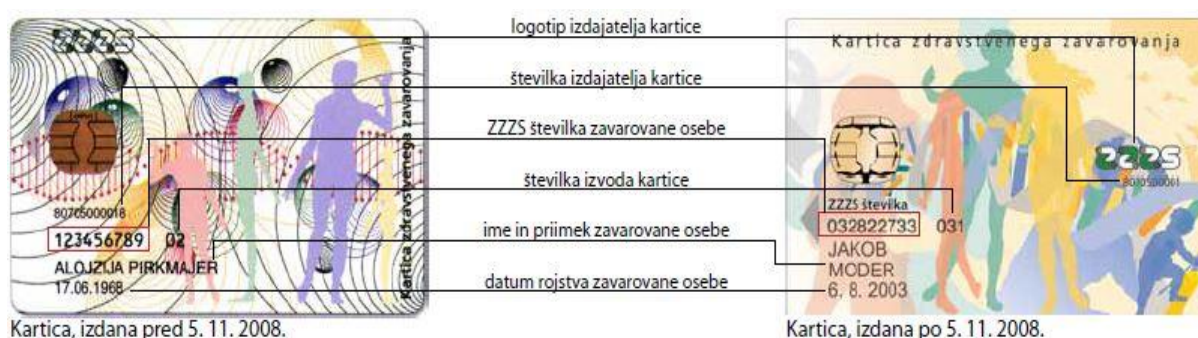
#### 4.2.2 KARTICA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Glede na ZZZS (2014, 16) je v Sloveniji kartica zdravstvenega zavarovanja osebni dokument in hkrati listina za uveljavljanje pravic iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Prejme jo vsak zavarovanec ob ureditvi obveznega zdravstvenega zavarovanja. Kartico izda ZZZS in velja kot izkaz za veljavno zdravstveno zavarovanje. Ob predložitvi, pooblaščenim osebam omogoča hiter in enostaven prenos podatkov med zavarovanimi osebami, zavarovalnicami in izvajalci storitev.

V Sloveniji imamo trenutno v veljavi dve različici kartic (Slika 4.1). Na kartici so navedeni naslednji podatki (ZZZS 2014, 16):

- »identifikacijska številka imetnika kartice,
- številka izvoda kartice,
- ime in priimek imetnika in
- spol in rojstni datum imetnika«.

Slika 4.1 Veljavni kartici zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji



Vir: ZZZS (2014, 16).

Dostop do podatkov na kartici zdravstvenega zavarovanja imajo izključno imetniki profesionalnih kartic (zdravstveni delavci in drugi pooblašteni delavci), s sočasno uporabo obeh kartic. V redkih primerih, ko kartica zdravstvenega zavarovanja ne deluje in gre za nujni medicinski primer oziroma se zavarovanec izkazuje z začasnim pisnim potrdilom, pa je možen dostop do podatkov na kartici zdravstvenega zavarovanja tudi samo s profesionalno kartico. Dostop do posameznih sekcij podatkov na kartici zdravstvenega zavarovanja je omejen glede varnostne ravni skupine zdravstvenih delavcev, ki jih določi Komisija RS za medicinsko etiko. Tako imata celoten vpogled npr. zdravnik in farmacevt, administrativne službe pa zgolj delnega (ZZZS 2014, 16–17):

Ob predložitvi kartice pooblašteni osebi ima le-ta omogočen elektronski vpogled v podatke, ki jih v podatkovnih bazah vodijo ZZZS (Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju) oziroma ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (Podatki o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju). Vpogled je možen v sledeče podatke (ZZZS 2014, 16–17):

- *podatke o zavarovani osebi (ime priimek, naslov spol, datum rojstva),*
- *podatke o zavezancu za prispevek (registracijska številka, naziv, naslov, vrsta plačnika prispevka),*
- *podatke o obveznem zdravstvenem zavarovanju (veljavnost zavarovanja),*
- *podatke o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju (zavarovalnica, vrsta police, veljavnost zavarovanja),*
- *podatke o izbranih osebnih zdravnikih (splošni zdravnik, pediater, ginekolog, zobozdravnik),*
- *podatke o izdanih medicinskih pripomočkih,*
- *podatke o izdanih zdravilih in*
- *podatke o prostovoljni opredelitvi za posmrtno darovanje organov in tkiv za presaditev.*

Vsak zavarovanec s pridobljeno ZZZS številko ima možnost preko spleta ali mobilnega telefona preveriti urejenost svojega zavarovanja. Prav tako pa lahko naroči listine za v tujino, kot je na primer Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja, ki jo prikazuje Slika 4.2.

Slika 4.2 Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja



Vir: ZZS (2014, 17).

V primeru koriščenja storitev v zdravstveni dejavnosti brez urejenega obveznega ali prostovoljnega zavarovanja, zavarovanec sam krije razliko do polne vrednosti zdravstvene storitve. Z zakonom ZZVZZ (23. do 25. člen) so določene tudi izjeme za katere to ne velja.

### 4.3 PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Ker obvezno zdravstveno zavarovanje ni v celoti krilo stroškov vseh zdravstvenih storitev, je zakon predvidel, da se zavarovane osebe prosto odločijo ali bodo razliko v ceni krile same ali pa se za takšno tveganje prosto zavarujejo (Toth 2003, 471).

Prostovoljno zavarovanje je bilo zakonsko določeno kot dopolnilno zdravstveno zavarovanje za razbremenitev stroškov obveznega javnega zdravstvenega zavarovanja ter hkrati kot preventivna funkcija zdravstvenega varstva, da se ljudi opominja ter da prevzamejo tudi sami skrb za lastno zdravje, nad ravni, ki ga zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje. Posledično so se v Sloveniji oblikovali dodatni ponudniki zdravstvenih zavarovanj, katerim zavarovanci neposredno plačujejo premije dopolnilnih zavarovanj. (Česen 66).

V Sloveniji prostovoljna zdravstvena zavarovanja delimo na (ZZS 2004, 8):

- dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki je namenjeno kritju razlik do polne vrednosti zdravstvenih storitev, katerih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije v celoti in
- prostovoljna ali nadstandardna zavarovanja, s katerimi je zavarovancem zagotovljen višji obseg pravic in višji standard storitev, kot je določen v obveznem zdravstvenem zavarovanju.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je že od vsega začetka doživelo velik odziv, zato ga je sčasoma država tudi regulirala. Zakon glede na Pavliha in Simoniti (2007, 192–193) izrecno določa, da dopolnilno zdravstveno zavarovanje pomeni javni interes Republike Slovenije in da skupaj z obveznim zdravstvenim zavarovanjem predstavlja del socialne varnosti zavarovanih oseb.

Leta 2005 je bil sprejet Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki je določil (Hribernik 2015, 15–16):

- *poenotenje premij za vse zavarovance (maximalni razpon do višine 3%),*
- *uvredba izravnalnih shem, ki predvideva izravnavanje škodnih rezultatov med zavarovalnicami, te so posledica različnih struktur portfeljev,*
- *čakalna doba (zakonsko je bila uvedena trimesečna čakalna doba, čas ko zavarovanec plačuje mesečno premijo, ampak zavarovalnega kritja še nima),*
- *uvredba malusa (za vsako nezavarovano leto 3% do maksimuma 80% premije),*
- *odpoved zavarovalne pogodbe (odpovedni rok je 3 mesece) in*
- *vračilo rezervacije za starost.*

Zakon je določil tudi, da v dopolnilno zdravstveno zavarovanje ni všteto kritje doplačil za zdravstvene storitve, zdravila ter medicinsko tehnične pripomočke nad standardom, ki velja v obveznem zavarovanju (Hribernik 2015, 16).

V Sloveniji imamo tri ponudnike dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj:

- Adriatic-Slovenica zavarovalna družba d.d.,
- Zavarovalnica Triglav d.d. in
- Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z.



Prostovoljna ali nadstandardna zavarovanja so bila v preteklosti manj iskana med zavarovanci, trend krčenja storitev v obveznem zavarovanju pa kaže, da se bodo v prihodnosti vedno v večji meri uveljavljala. Prostovoljna zavarovanja običajno krijejo naslednje zdravstvene storitve (Hribernik 2015, 17):

- *zdraviliško zdravljenje,*
- *zdravila, ki niso razvrščena na liste,*
- *medicinske pripomočke*
- *zobno-protetične nadomestke*
- *estetske operacije*
- *možnost proste izbire zdravnikov v osnovnih in specialističnih ambulantah,*
- *nadstandard (enoposteljna soba, posebna postrežba),*
- *konzultacije pri drugemu zdravniku.*

## 5 NEMŠKI ZDRAVSTVENI SISTEM

Nemški zdravstveni sistem velja za izredno dober zdravstveni sistem, ki zagotavlja kakovostno skrb za državljane, z dobro organizirano zdravstveno dejavnostjo in tendenco k vedno novim inovativnim rešitvam (Nadeem 2014).

Sistem zdravstvenega varstva prav tako temelji na Bismarckovem modelu, kar pomeni, da država namesto, da bi se zanašala na zdravstveni sistem, ki temelji na financiranju s strani davkov je vzpostavila model, preko sistema zavarovalništva. Zdravstveno zavarovanje v Nemčiji je obvezno in pokriva celotno sfero prebivalstva. Po (Nedeem 2014) ga delimo na:

- obvezno zdravstveno zavarovanje (*gesetzliche Krankenversicherung* ang. Social Health Insurance – v nadaljevanju SHI) in
- zasebno zdravstveno zavarovanje (*private Krankenversicherung* ang. Private Health Insurance - v nadaljevanju PHI).

Pri čemer je po obveznem zdravstvenem zavarovanju zavarovanih približno 90% prebivalstva in zgolj 10% po zasebnem zdravstvenem zavarovanju (Thomson in drugi 2011).

V veljavi je tripartitni usklajevanja in določanja delovanja sistem zdravstvenega varstva.

V sistem usklajevanja in določanja delovanja sistem je vključen zgoraj omenjeni sistem zdravstvenega zavarovanja, katere uporabnike sistema v Nemčiji predstavljajo bolnišnične blagajne. Le-te upravljajo s celotnimi plačanimi prispevki s strani zavarovancev. Deželne blagajne tako upravljajo skupščine, ki so sestavljene s strani delojemalcev in delodajalcev in tako v procesih pogajanj v sistemu zdravstvenega zavarovanja najboljše predstavljajo interese zavarovancev.

Sledi dobro organizirana javna zdravstvena služba, ki izvaja zdravstveno dejavnost.

In tretji ključni, nadrejeni akter je država, ki zdravstveni sistem določa preko parlamenta in zveznega ministrstva za zdravje v sodelovanju z zvezno vlado, vlado pokrajin in nevladnih združenj oziroma organizacij (Toth 2013).

Celoten sistem zdravstvenega varstva je decentraliziran. Pogajalski procesi v nemškem sistemu zdravstvenega varstva potekajo na dveh ravneh. Primarna pogajanja potekajo na zvezni ravni, kjer sodelujejo zvezno in deželna ministra, predstavniki zveznih združenj

bolniških blagajn in predstavniki zveznih združenj interesnih skupin proizvajalcev zdravil in drugih. Rezultat pogajanj so potencialne izboljšave na področju zdravstvenega sistema s ciljem dosega večje produktivnosti, učinkovitosti in gospodarnosti v zdravstvenem varstvu. Vse usmeritve in opredelitve pa so osnova za sklepanje pogodb med deželnimi združenji bolniških blagajn in deželnimi združenji zdravnikov, zobozdravnikov ter bolnišnicami. Nadalje na deželni ravni pogodba med združenjem bolniških blagajn in združenjem zdravnikov določa znesek, ki naj bi ga na letni ravni prejeli zdravniki za svoje delo. Bolniške blagajne mesečno izdajo obračune, pripravljene glede na zakonodajo zvezne oblasti, na zdravniško zbornico, le-ta opravi izračune med opravljenim delom ter storitvah vseh zdravnikov v deželni zdravniški zbornici in sredstvi s katerimi razpolagajo ter izdelajo obračune za posameznike (posamezne zdravnike). Tako je finančni položaj posameznika odvisen od pogajanj na zvezni in deželni ravni ter medsebojnem sodelovanju zdravnikov v združenju, kar spodbuja k pozitivnemu sodelovanju (Toth 2003 173–181).

Na sekundarni ravni potekajo pogajanja med posamezno bolnišnico in združenjem deželnih blagajn. Pred začetkom pogajanj so bolnišnice dolžne predložiti zakonsko določene podatke o svojem poslovanju v zadnjih dveh letih ter finančni plan za tekoče leto. Primarno so ti podatki služili zgolj za načrtovanje sredstev za nemoteno delovanje bolnišnice v prihodnje, sčasoma pa so bolniške blagajne uporabile za medsebojno primerjavo bolnišnic istega tipa, ter ugotavljanjem racionalnosti in gospodarnosti med njimi. Stroški racionalno in gospodarno upravljanih bolnišnic so bili osnova za nadaljnja pogajanja in sklepanja pogodb z drugimi bolnišnicami (Toth 2003 173–181).

Kot v Sloveniji ima tudi Nemčija kartico zdravstvenega zavarovanja (Gesundheitskarte), ki je hkrati osebni dokument in listina za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja (Slika 5.1).

Slika 5.1 Primer elektronske zdravstvene kartice v Nemčiji



Vir: Borchers (2016).

## 5.1 ZGODOVINA NEMŠKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Nemčija je bila prva država, ki je zaznala potrebo in pomen socialne varnosti svojega prebivalstva in na podlagi tega tudi skozi razvoj uravnavala svojo politiko (Toth 2003, 173).

Povod za to je bil veliki gospodarski razvoj celotnega ozemlja, ki je državo v koncu 19. stoletja, glede na gospodarsko moč postavljajl v sam vrh Evrope. Razvoj je temeljil predvsem na industriji, ki je potrebovala veliko delovne sile. Le-ta pa ob prehodu iz obrtniškega sistema in z uvedbo novih tehnologij za to ni bila usposobljena. Za takšna dela so se odločali predvsem kmetje, ki so prihajali na ta delovna mesta iz podeželja v industrijska središča. S tem so izgubili določeno stopnjo varnosti, ki jim jo je do takrat na nek način zagotavljala družina. Zaposleni v tistem času niso prejeli nobenih nadomestil v primeru oslabelosti, nezmožnosti opravljanja dela ali bolezni. Cilj delodajalcev pa je izključno profit. (Toth 2003 173–181).

Ob večanju števila zaposlenih in nezadovoljstvu takšnih razmer so zaposleni ustanovili razne organizacijske oblike socialne solidarnosti kot so bratovske skladnice, vzajemne blagajne, blagajne za vzajemno pomoč članom, ki bi zboleli in v tem času niso prejeli dohodkov ali pa niso imeli kritja stroškov zdravljenja. V začetku so se tako vzpostavile podjetniške ali stanovske organizacije, kasneje pa območne organizacije delavcev. Plačevanje premij in določanje medsebojnih pravic in dolžnosti je bilo samoupravno. V Prusiji je bil leta 1854

sprejet tudi zakon o obveznem vključevanju delavcev v takšno zavarovanje. Ta zakon je prvi primer uvedbe obveznega vzajemnega zavarovanja in kot tak tudi začetek v razvoju socialnega zavarovanja. Zahteve po večji socialni varnosti so čedalje naraščale. Po nemški deželah so nastajale različne bolniške blagajne, ki so bile sprva financirane s strani delavcev, kasneje pa so za delavce z najnižjimi prihodki del teh sredstev plačevali delodajalci. Ob tolikšnem številu in neenotni organizaciji bolniških blagajn so se sprožile razprave glede uvedbe prvega enotnega zdravstvenega zavarovanja. Zakon o socialnem zavarovanju je bil sprejet 1883, ki je določal obvezno zavarovanje za vse delavce. Delodajalci pa so imeli dolžnost sofinancirati zavarovanje v višini 1/3 prispevkov. To zavarovanje je bilo mišljeno kot solidarnost med vsemi delavci v okviru bolniške blagajne in ne kot socialna pomoč. S predpisi so se pravice širile še na družinske člane, mornarje in nezaposlene. Iz zavarovanj so bili do leta 1989 izključeni vsi ki so presegali povprečni mesečni zaslužek, ki je bil zakonsko določen. Po letu 1989 pa so se lahko vključili v katero izmed zakonsko določenih blagajn ali katerikoli drugi komercialni zavarovalnici (Toth 2003 173–181).

Tako je še danes v Nemčiji obvezno zavarovanih približno 90% prebivalstva, ostali pa zavarovani pri zasebnih zavarovalnicah (Toth 2003 173–181).

## **5.2 OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE**

V Nemčiji je obvezno zdravstveno zavarovanje določeno z zakonodajo. Namreč, v kolikor mesečni bruto dohodek zaposlenega v Nemčiji znaša manj kot 4687,50 EUR (leta 2016) se je njegova dolžnost vključitev v SHI. Znesek, ki ga zavarovanec plačuje se mesečno trga od plače. Premija znaša 15,5% za leto 2011 (na letni ravni varira) deleža dohodka, deli pa se tako na delodajalca kot delojemalca v razmerju približno 50:50. V letu 2014 je tako delojemalec plačal 7,3% plače, delojemalec pa 8,2%. Obstaja tudi dodatna osnova, ki jo lahko plača samo zaposleni (Obermann in drugi 2013).

V sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja v Nemčiji, lahko zavarovanci izbirajo med več kot 145 različnimi, samostojnimi in neprofitnimi ponudniki zavarovanj. (Nadeem 2014, IV).

Nemški zdravstveni sistem SHI nudi kritje za širok spekter storitev (Thomson in drugi 2011, 70):

- *preventivne storitve (pregledi otrok, redni zobozdravstveni pregledi, osnovna cepljenja, pregledi za kronične bolezni in raka),*
- *zdravniške storitve,*
- *bolniška oskrba,*
- *zunaj bolnišnična oskrba z registriranimi zdravniki,*
- *rehabilitacijo,*
- *skrb za duševno zdravje,*
- *zobozdravstvo,*
- *hospic in paliativna oskrba,*
- *očesno optiko in*
- *lekarniško dejavnost (izdaja zdravil na recept).*

Prav tako vsem v SHI pripadajo tudi denarna nadomestila, ki jih zavarovalnica izplača zavarovalcem. Ta so po Tothu (2013, 173–181):

- nadomestilo v času odsotnosti med delom zaradi bolezni in v času porodniške,
- pogrebnine,
- posmrtnine in
- povračila potnih stroškov.

Storitve, ki niso pokrite v sklopu SHI zavarovanja (Toth 2013, 173–181):

- storitve, ki jih izvajajo zasebni zdravniki in kirurgi,
- izbira zdravnika v bolnišnici,
- nadstandardne storitve (zasebne sobe v bolnišnici) in
- zobni vsadki oziroma izdelki za popravo vida za odrasle.

Socialno ogroženim plača zdravstveno zavarovanje občina ali drugi nosilci socialnega zavarovanja. (Toth 2013, 176)

V sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja se lahko prostovoljno vključijo tudi posamezniki, ki imajo višje mesečne dohodke in s.p.-ji (Nadeem 2014, IV).

### **5.3 ZASEBNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE**

V sistemu zasebnega zdravstvenega zavarovanja v Nemčiji, lahko zavarovanci izbirajo med več med 24 profitnimi in 19 neprofitnimi (podatek za leto 2014) ponudniki zdravstvenih zavarovanj. Prebivalci, ki na letni ravni zaslužijo več kot 56.250 EUR (bruto dohodek) na leto oz. samostojni podjetniki in jih zakonodaja ne zavezuje v vključenost v obvezno zavarovanje se lahko prostovoljno včlanijo v katero koli profitno ali neprofitno zavarovanje. Ko se le-ti enkrat odločijo za zasebno zdravstveno zavarovanje PSI, vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje SHI več ni mogoča. Vsa plačila se plačujejo direktno ponudnikom zavarovanj (Nadeem 2014, IV).

Zasebna zdravstvena zavarovanja krijejo storitve na osnovni in specialistični ravni, storitve v bolnišnici, zobozdravstvene storitve in pripomočke ter zdravila. Načeloma pa tudi določene nadstandarde storitve, ki jih SHI ne krije. Obstajajo tudi ponudniki, ki nudijo zavarovanja, ki krijejo nadomestila v času nezmožnosti opravljanja dela in dnevna nadomestila za čas bivanja v bolnišnici. Dodatno se je možno zavarovati tudi za posamezne pravice, ki jih zdravstvene blagajne ne ponujajo. Vse zavarovalnice, ki delujejo v sklopu zasebnega zdravstvenega zavarovanja so pod strogim nadzorom posebnega zveznega urada za zavarovalni nadzor (Toth 2003, 173–181).

Naloge nadzornega organa za zavarovalni nadzor (Toth 2003, 180-181):

- podeljuje dovoljenja za opravljanje zavarovalniške dejavnosti,
- podeljuje soglasja k splošnim pogojem in tarifam za posamezna zavarovanja in
- nadzoruje gospodarnost zavarovalnic in njihove poslovne plane ter tekoče vodenje in upravljanje z zavarovalnicami.

## 6 PRIMERJAVA KAZALCEV ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

S primerjavo kazalnikov bomo primerjali delovanje zdravstvenih sistemov Slovenije in Nemčije v številkah. Podatki izhajajo iz baze podatkov European Health for All family of databases dostopne preko organizacije World Health Organization oziroma preko Eurobarometra.

Primerjali bomo kazalnike, ki so najbolj primerni za primerjavo kvalitete zdravstvenega stanja v državah, organizacije in financiranja zdravstva pa tudi infrastrukture ter kadrov v zdravstvenem sistemu.

Glede na to kvantitativna analiza ne temelji zgolj na dveh primerih bomo v primerjavo poleg Slovenije in Nemčije vključili še skupne podatke za vse članice države, ki sodijo v evropsko regijo glede na WHO poimenovanje, podatke članic, ki so v Evropske unijo (v nadaljevanju EU) vstopile pred 1. majem 2004 (stare države članice EU) in podatke članic, ki so vstopile v Evropsko unijo po 1. maju 2004 (nove države članice EU). Primerjavo obeh držav s povprečjem držav evropske regije, starih in novih držav EU, bomo izvedli, da imamo izhodišča za primerjavo ter da izvemo kako obe državi stojita tudi napram povprečja evropskega prostora.

Povprečni podatki, ki jih bomo uporabili za evropsko regijo, obsegajo 53 držav za katere regionalna pisarna WHO skrbi. Posamezne države so predstavljene v tabeli 6.1.

K članicam, ki so v evropsko unijo pristopile pred 2004 prištevamo »petnajsterico« držav: Belgija, Francija, Nemčija, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Danska, Grčija, Irska, Velika Britanija, Portugalska, Španija, Avstrija, Finska in Švedska. Pogosto jih označujemo kot »Stara Evropa« (Eurobarometer 2009).

Pod »nove članice« pa prištevamo države, ki so se pridružile Evropski uniji v dveh valovih in sicer leta 2004 in 2007: Ciper, Češka, Estonija, Latvija, Litva, Madžarska, Malta, Poljska, Slovaška, Slovenija, Bolgarija in Romunija (Eurobarometer 2009).



Tabela 6.1 Seznam držav evropske regije po WHO, starih članic EU in novih članic EU

<p><b>Države, ki spadajo v WHO Evropsko regijo</b></p>	<p>Albanija, Andora, Armenija, Avstrija, Azerbajdžan, Belorusija, Belgija, Bosna in Hercegovina, Bolgarija, Hrvaška, Ciper, Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Gruzija, Nemčija, Grčija, Madžarska, Islandija, Irska, Izrael, Italija, Kazahstan, Kirgizija, Latvija, Litva, Luksemburg, Malta, Monako, Črna gora, Nizozemska, Norveška, Poljska, Portugalska, Republika Moldavija, Romunija, Ruska federacija, San Marino, Srbija, Slovaška, Slovenija, Španija, Švedska, Švica, Tadžikistan, Republika Makedonija, Turčija, Turkmenistan, Ukrajina, Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske, Uzbekistan</p>
<p><b>Države članice EU, ki so pristopile pred 1. majem 2004</b></p>	<p>Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Portugalska, Španija, Švedska, Velika Britanija</p>
<p><b>Države članice EU, ki so pristopile po 1. maju 2004</b></p>	<p>Bolgarija, Hrvaška, Ciper, Češka, Estonija, Madžarska, Latvija, Litva, Malta, Poljska, Romunija, Slovaška, Slovenija</p>

Vir: Lastna izdelava.

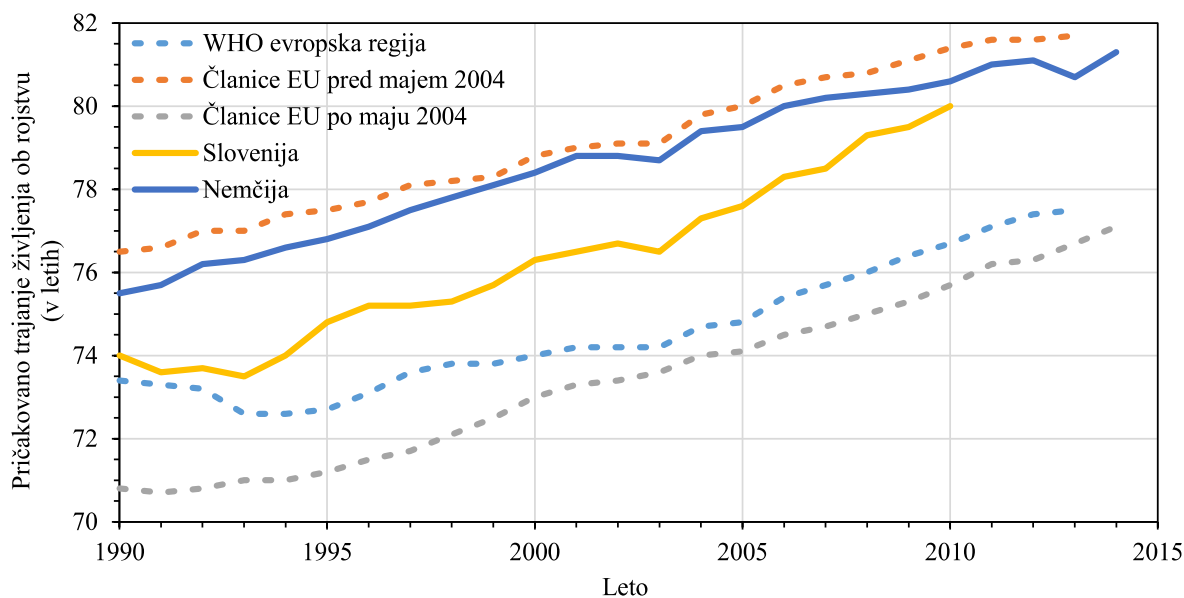
## 6.1 ZDRAVSTVENO STANJE V DRŽAVAH

Glede na ZZS (2016) sta najpomembnejša kazalnika za prikaz zdravstvenega stanja v državah pričakovana življenjska doba in umrljivost novorojenčkov pri rojstvu. Na raziskave ki jih podaja Day (2017) je kakovost in trajanje življenja odvisna od kakovosti zdravstvenega varstva, ki je vzpostavljen, kar je tudi cilj zdravstvenega varstva.

Slika 6.1 prikazuje pričakovano trajanja življenja od rojstva za Slovenijo, Nemčijo, za stare in nove države članice EU ter za države evropske regije. V primerjavi lahko opazimo, da pričakovano trajanje življenja ob rojstvu skozi leta narašča. Posledično to pomeni, da se s tem povečujejo tudi stroški zdravstvenega varstva in da sistem zdravstvenega varstva deluje pozitivno. Tako Nemčija kot Slovenija sta nad povprečjem evropske regije, nad povprečjem novih držav članic EU ter pod povprečjem starih članic EU. Pri Nemčiji lahko opazimo, da pričakovano trajanje življenjske dobe skozi leta postopoma linearno narašča. V Sloveniji, ki je bila do leta 2010 (za naprej ni podatkov), kar se tiče pričakovanega trajanja življenja še pod

Nemčijo, pa je opažena strma porast od leta 1992 naprej, kar je lahko posledica uveljavitve novega zdravstvenega sistema v Sloveniji.

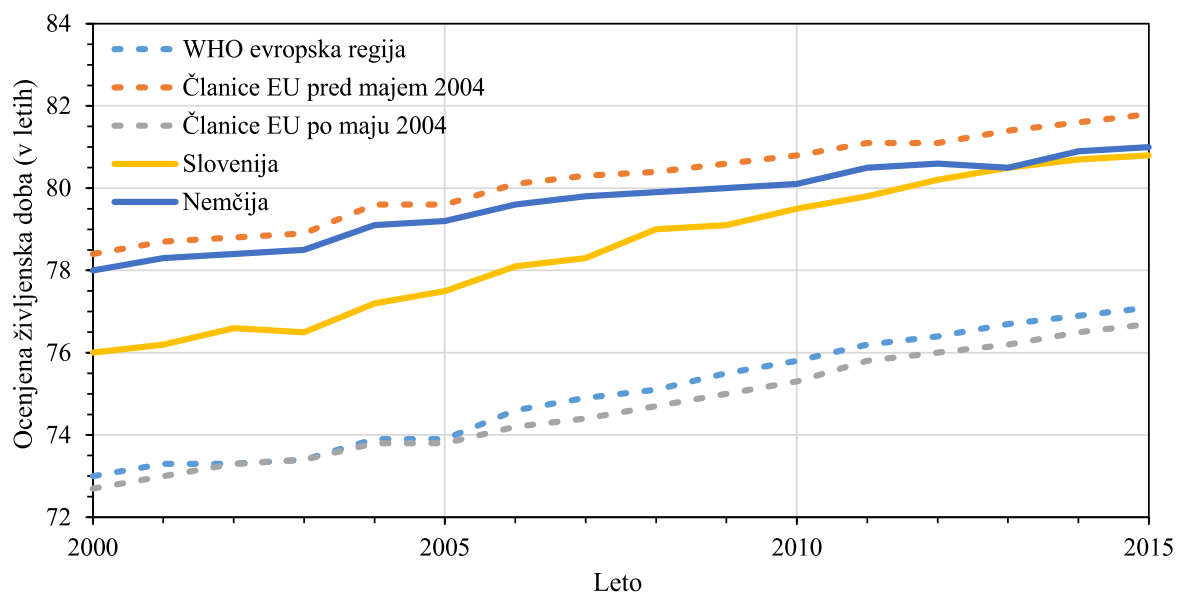
Slika 6.1 Pričakovano trajanje življenje ob rojstvu od leta 1990 do 2014, izbrane države



Vir: Lastna izdelava.

Na sliki 6.2, ki prikazuje graf ocenjene življenjske dobe prebivalcev Slovenije, Nemčije, starih in novih držav članic EU ter držav evropske regije, parametri kažejo podobne karakteristike, kot v grafu pričakovano trajanje življenja ob rojstvu otroka. Posebnost tega grafa je, da se v letu 2013 Slovenija in Nemčija izenačita v ocenjeni življenjski dobi prebivalcev in nato z majhnim upadom pri Sloveniji ponovno linearno naraščata.

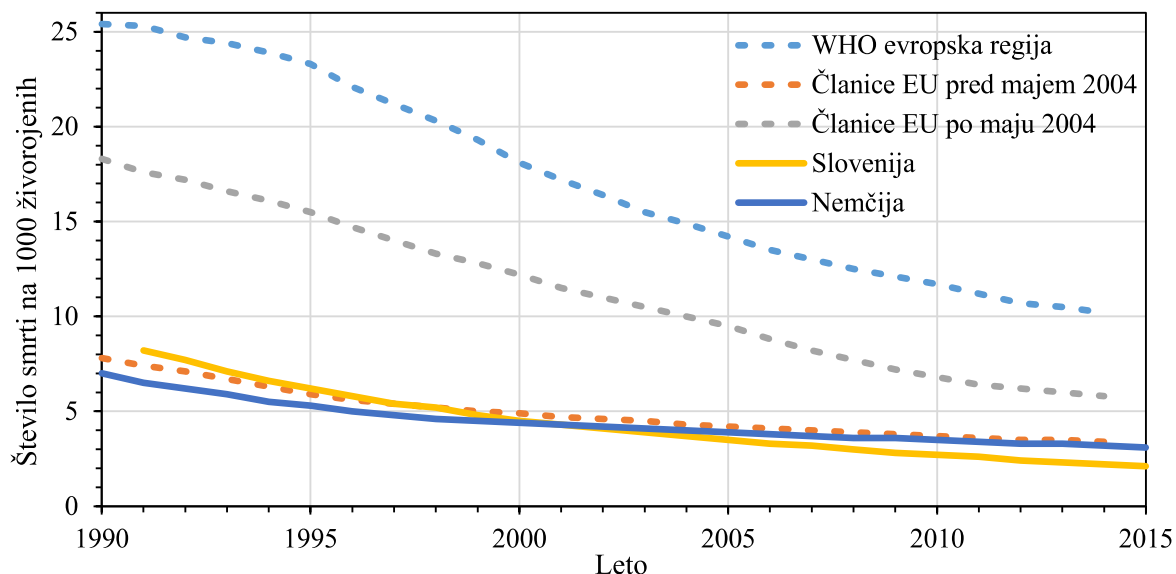
Slika 6.2 Ocenjena življenjska doba prebivalcev od leta 2000 do 2015, izbrane države



Vir: Lastna izdelava.

Pomembno sliko pokaže tudi graf (Slika 6.3), ki prikazuje umrljivost novorojenčkov na 1000 živorojenih za Slovenijo, Nemčijo, za stare in nove države članice EU ter za držav evropske regije. Slovenija in Nemčija sta pod pragom celotne evropske regije in novih članic EU. Nemčija je skozi celotno obdobje (glede na podatke) od leta 1990 tudi pod povprečjem starih članic EU. Slovenija je v tem primeru naredila izredni napredek. Leta 1991, je na 1000 živorojenih imela umrljivost nad starimi članicami EU in prav tako nad Nemčijo. Leta 1997 je že dosegla povprečje starih članic EU, 1999 pa tudi vrednost umrljivosti novorojenčkov v Nemčiji, ter jo v letu 2003 presegla. Tudi trend Slovenije kaže strmejšo linearno premico od Nemčije in starih držav EU.

Slika 6.3 Umrljivost novorojenčkov na 1000 živorojenih od leta 1990 do 2015, izbrane države



Vir: Lastna izdelava.

## 6.2 ORGANIZACIJA ZDRAVSTVA

Ključ do dobre organizacije sistema je, da si vsi v sistemu prizadevajo za doseg istih ciljev. V kolikor med seboj ne bo povezanosti in usklajenosti v delovanju so lahko rezultati slabši od pričakovanih. Ključna pa je tudi zagotovitev finančnih virov ter upravnih zmogljivosti. To lahko preslikamo tudi na sistem zdravstvenega varstva. Ta ima končni cilj zagotovitev boljšega zdravja ter zadovoljstva prebivalstva (Toth 2003, 128). Zato je po Tothu (2003, 128) potrebno zagotoviti ustrezno razmerje in funkcionalno povezanost osnovne, specialistične in bolnišnične dejavnosti, razmerje med programi preventive in zgodnjega odkrivanja bolezni ter programi zdravljenja bolnih oseb, razmerja med zdravniki splošne prakse in specialisti, med zdravniki in ostalimi zdravstveni ter nezdravstvenimi delavci v sistemu, razporejenost virov po področjih ipd.

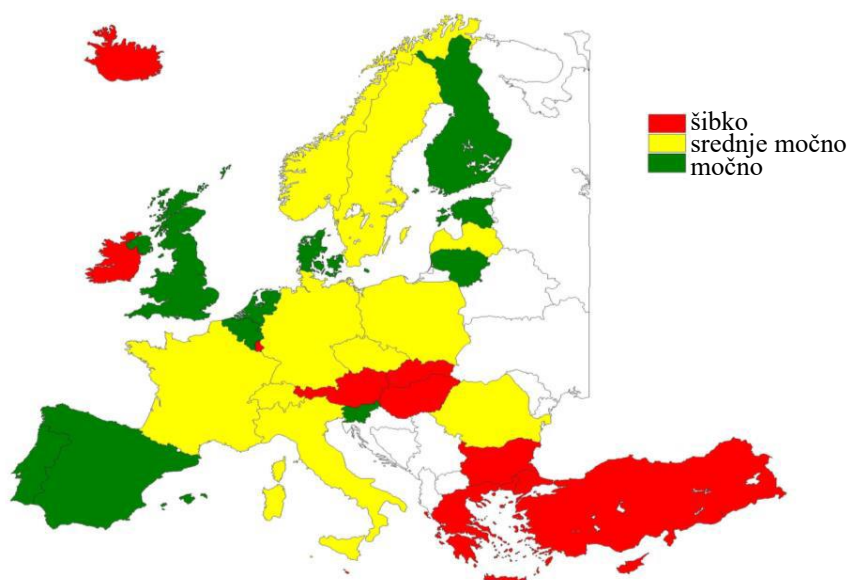
Na podatke ZZZS (2016, 6) naj bi države, ki imajo vzpostavljen sistem zdravstvenega varstva z enim plačnikom, deloval boljše, kot sistem z več plačniki. Sistem z enim plačnikom naj bi deloval boljše, ker nima razdrobljenega financiranja ter premajhnih portfeljev po plačnikih, kot rezultat majhne populacije.

V Sloveniji imamo vzpostavljen zdravstveni sistem, ki se v večji meri financira iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in delno iz dopolnilnega zdravstvenega sistema. Izbrani osebni zdravnik pa ima funkcijo vratarja (gatekeeping), ki paciente obravnava na primarni ravni nato pa jih preusmeri do specialista.

Na drugi strani je Nemčija, ki ima vzpostavljen sistem plačevanja preko bolniških blagajn, torej sistem temelji na plačevanju večjega števila plačnikov. V sistemu lahko zavarovanci po lastni presoji prosto dostopajo do specialističnih ambulant, brez predhodnega napotila osebnega zdravnika (sistem brez vratarja).

Po ZZS (2006, 3) je mednarodna raziskava o prednostih primarnega zdravstva izbrala 77 kazalnikov za oceno stanja primarnega zdravstva, kamor je ob upoštevanju zgoraj navedenih potreb za zagotovitev dobre organizacije med drugim vključila tudi področja upravljanja in razvoja kadrov, dostopnost, kontinuiteto, koordinacijo in obseg zdravstvenega sistema. Na Sliki 6.4 lahko opazimo, da po izbranih kriterijih Slovenija sodi v države z močnimi primarnim zdravstvom, medtem ko Nemčija sodi med države s srednje močnim primarnim zdravstvom, kljub dobremu sistemu financiranja (pogajanja in usklajevanja med zdravniki in lokalnimi bolniškimi blagajnami na letni ravni) in neprestanem nadzoru.

Slika 6.4 Prednosti primarnega zdravstva v evropskih državah



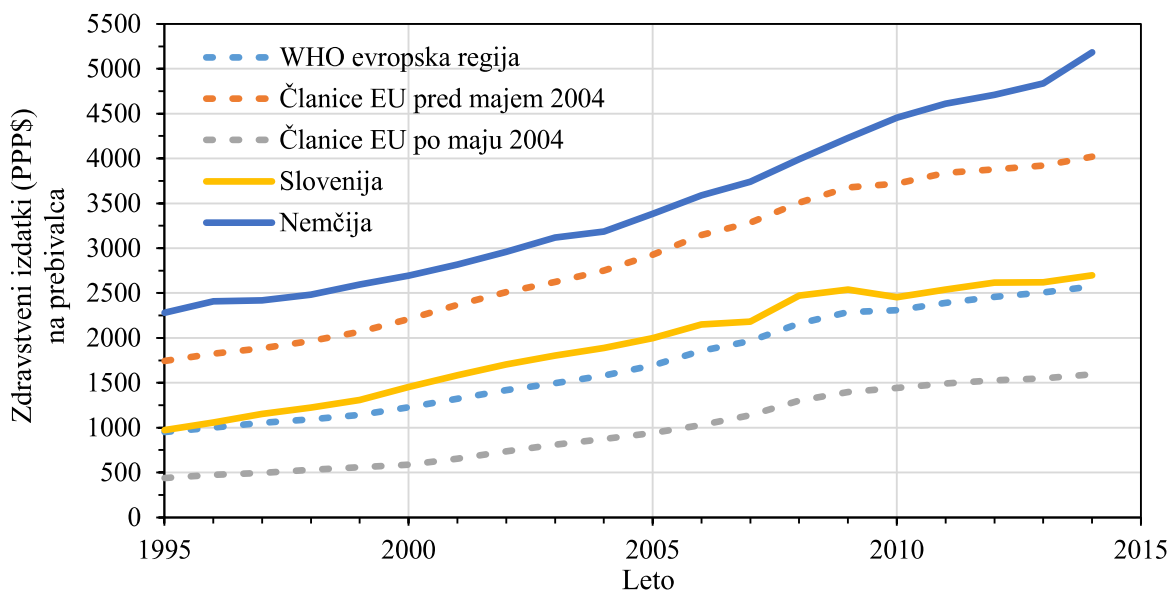
Vir: ZZS (2016).

### 6.3 FINANCIRANJE ZDRAVSTVA

Finančna sredstva imajo po Toth (2003, 122) v sistemu zdravstvenega varstva dvojno vlogo. Primarno je od višine le-teh odvisno zagotavljanje osnov in virov dela ter sekundarno količina, način in vrsta zdravstvene storitve, ki jih sistem izvaja za uporabnike. S temi sredstvi se krijejo vsi stroški, ki so potrebni za dobro opravljanje zdravstvene dejavnosti, za obnavljanje in vzdrževanje prostorskih zmogljivosti in morebitno gradnjo novih, za vzdrževanje naprav, plače zaposlenih ter za druge naloge sistema (Toth 2003, 122).

Iz grafa (Slika 6.5) vidimo primerjavo izdatkov v zdravstvu na prebivalca od leta 1995 do 2014, za Slovenijo, Nemčijo, stare in nove države članice EU ter za države evropske regije. Slovenija ima v primerjavi z Nemčijo približno dvakrat manjše stroške izdatkov v zdravstvu glede na prebivalca. Je tudi pod povprečjem starih držav članic EU. V izdatkih v zdravstvu pa presega evropsko regijo ter članice, ki so se evropski uniji pridružile po 1. maju 2004. To si lahko razlagamo na dva načina. Ali ne dosegamo višjih standardov starih držav članic EU kamor uvrščamo tudi Nemčijo ali pa da ima Slovenija napram Nemčiji in starih držav članic EU izredno varčno vzpostavljeni zdravstveni sistem.

Slika 6.5 Zdravstveni izdatki (PPP\$) na prebivalca od leta 1995 do 2014, izbrane države



Vir: Lastna izdelava.

Tabela 6.2 prikazuje delež izdatkov za zdravstveno varstvo po posameznih izvajalcih leta 2014, za Slovenijo, Nemčijo in za stare ter nove države članice EU. Iz tabele je razvidno, da se večji del sredstev v Sloveniji nameni bolnišničnemu zdravljenju, nadalje sredstvom za zdravila in medicinske pripomočke ter specialistični ambulantni dejavnosti. Slovenija v primerjavi z Nemčijo za bolnišnice porabi kar 10 % več sredstev za izvajanje zdravstvenega varstva. Sklepamo lahko, da je to zato, ker se v nemškem sistemu, bolniške blagajne, ki sistem financirajo, na letni ravni usklajuje s posamezno bolnišnico ter sklepajo pogodbe na podlagi prehodno opravljenih analiz stroškovno racionalno in gospodarno upravljanih bolnišnic. Na ta način dosežejo najnižje vrednosti izdatkov, ki so še vzdržni za učinkovito delovanje bolnišnic. Slovenija je primerljiva kar se tiče izdatkov v bolnišnicah s starimi in novimi državami članic EU.

Slovenija v nadalje porabi največ stroškov za izdajo zdravil in medicinskih pripomočkov, kar je za 6,3 % manj od novih držav članic EU, 5,8 % več od starih držav članic EU ter približno 3 % več od Nemčije.

V primerjavi z Nemčijo Slovenija porabi 8,8% manj sredstev za specialistične ambulantne dejavnosti. To si lahko ponovno razlagamo zaradi specifične nemškega sistema, katerega zavarovanci se lahko na podlagi lastne presoje odločijo za obisk specialista, medtem ko imamo v slovenskem zdravstvenem sistemu vratarja na primarni ravni. Po kriteriji izdatkov za specialistično ambulantno dejavnost ima Slovenija od starih držav članic EU za 2,6 % več izdatkov in od novih držav članic EU za 1,7 % manj izdatkov.

Tabela 6.2 Izdatki za zdravstveno varstvo po izvajalcu za leto 2014 v %, izbrane države

	Slovenija	Nemčija	Države članice EU, ki so pristopile pred 1. majem 2004	Države članice EU, ki so pristopile po 1. maju 2004
Bolnišnice	40,4	29,5	37,9	38,3
Socialnovarstveni zavodi	6,9	8,9	11,3	2,3
Specialistična ambulantna dejavnost	22,3	31,1	24,9	20,6
Zdravila in medicinski pripomočki	22,7	20	16,9	29
Splošni obratovalni stroški (administracija)	4,1	4,9	3,2	2,5

Vir: Lastna izdelava.

## 6.4 INFRASTRUKTURA IN KADRI V ZDRAVSTVU

Del zagotavljanja zdravstvenega varstva preko zdravstvene dejavnosti so tudi infrastruktura in kadri. Zgolj z dostopno infrastrukturo in zagotavljenim upodobljenim kadrom se lahko sistem zdravstvenega varstva izvaja (Toth 2003).

Slika 6.6 prikazuje število bolnišnic na 100.000 prebivalcev za Slovenijo, Nemčijo, stare in nove države članice EU ter za države evropske regije. Iz slike lahko vidimo, da je Slovenija z 1,4 bolnišnice na 100.000 prebivalcev v primerjavi z Nemčijo, povprečjem starih in novih držav članic EU ter povprečjem evropske regije najnižje in stagnira. To lahko pomeni, da Slovenija s svojimi bolnišniškimi kapacitetami zagotavlja optimalno varnost in da se ni pojavila potreba po večanju ali pa da ni zagotovljenih sredstev, ki bi omogočale povečanje števila bolnišnic.

Pri povprečju novih držav članic EU je razviden porast bolnišnic na 100.000 prebivalcev. Pri povprečju držav starih članic EU in povprečju evropske regije pa je razviden upad. Ob tem je



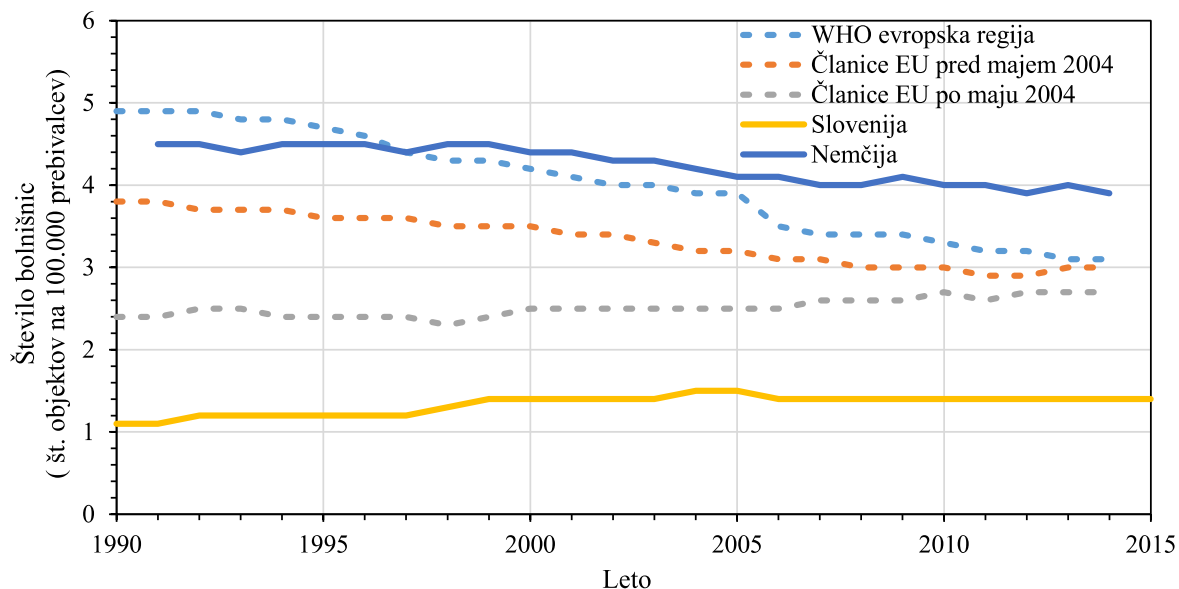
pri Nemčiji viden nekoliko nižji upad skozi leta. Zanimivo je, da so povprečne vrednosti starih in novih držav članic EU in držav evropske regije skozi leta približale številu treh bolnišnic na 100.000 prebivalcev.

Sledita grafa (Slika 6.7 in Slika 6.8), ki prikazujeta število bolnišničnih postelj na 100.000 prebivalcev ter ležalna doba v bolnišnicah za akutno obravnavo na 100.000 prebivalcev za Slovenijo, Nemčijo, za stare in nove države članice EU ter za države evropske regije. Pri obeh lahko vidimo trend upadanja tako števila bolnišničnih postelj na prebivalca, kot tudi število dni za ležalno dobo v bolnišnicah za akutno obravnavo (kljub nenadnemu skoku v letu 2010, vendar še vedno ali pod ali pa v povprečju ostalih izbranih držav ), kar lahko pomeni, da je bilo v preteklosti vzpostavljenih preveč kapacitet od potrebnih, oziroma je izobraževalna in preventivna funkcija pripomogla k izboljšanju zdravstvene stanja napram v preteklosti in s tem k zmanjšanju kapacitet.

Zasedenost postelj v bolnišnicah za akutno obravnavo (Slika 6.9) nam zaradi nestabilnega trenda pri vseh izbranih akterjih ne pokaže relevantnih podatkov za našo raziskavo.

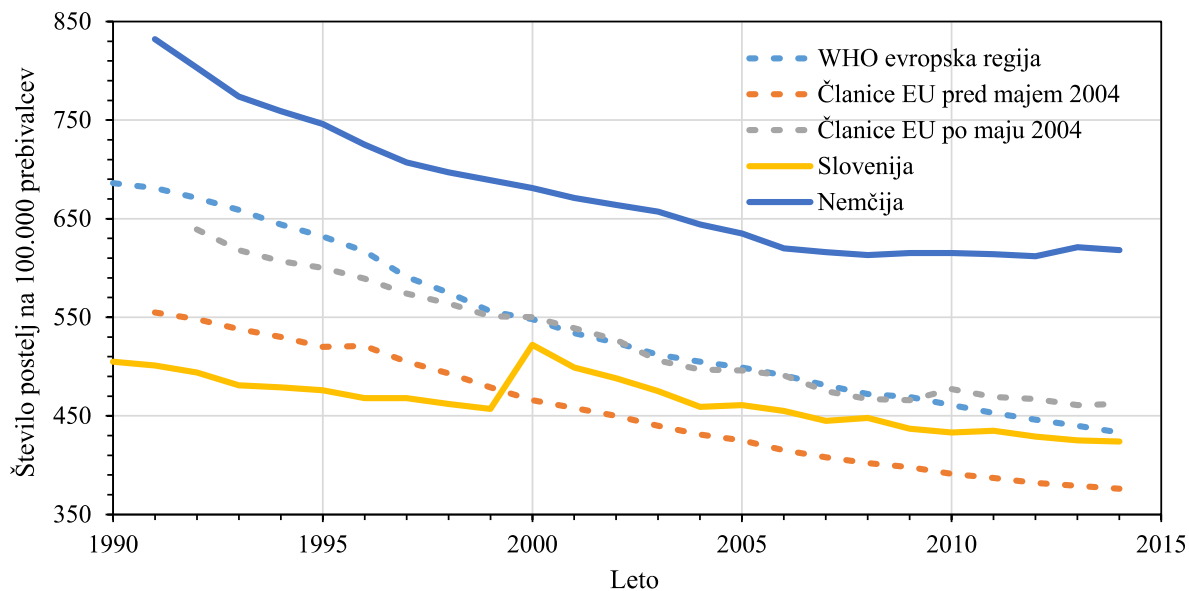
Slika 6.10 pa nam nadalje prikazuje še število zdravnikov in medicinskih sester na 100.000 prebivalcev, ki so bili v letu 2014 vključeni v zdravstvene sisteme v Sloveniji, Nemčiji, starih in novih držav članic EU ter v evropski regiji. Kot referenco ustreznega števila osebja smo postavili na povprečno vrednost osebja držav članic EU, ki so v EU vstopile pred 1. majem 2004. Iz grafa je razvidno da ima Slovenija v primerjavi s povprečnim številom starih držav članic EU enakovredno število medicinskih sester toda manj zdravnikov. Nasprotno je pa število zdravnikov in sester nad vsemi povprečji starih in novih držav članic EU ter evropske regije, in veliko nad Slovenijo. Države evropske regije in nove države članice EU pa imajo število zdravnikov in medicinskih sester manj od postavljene reference (povprečje starih držav članic EU).

Slika 6.6 Število bolnišnic na 100.000 prebivalcev od leta 1990 do 2015, izbrane države



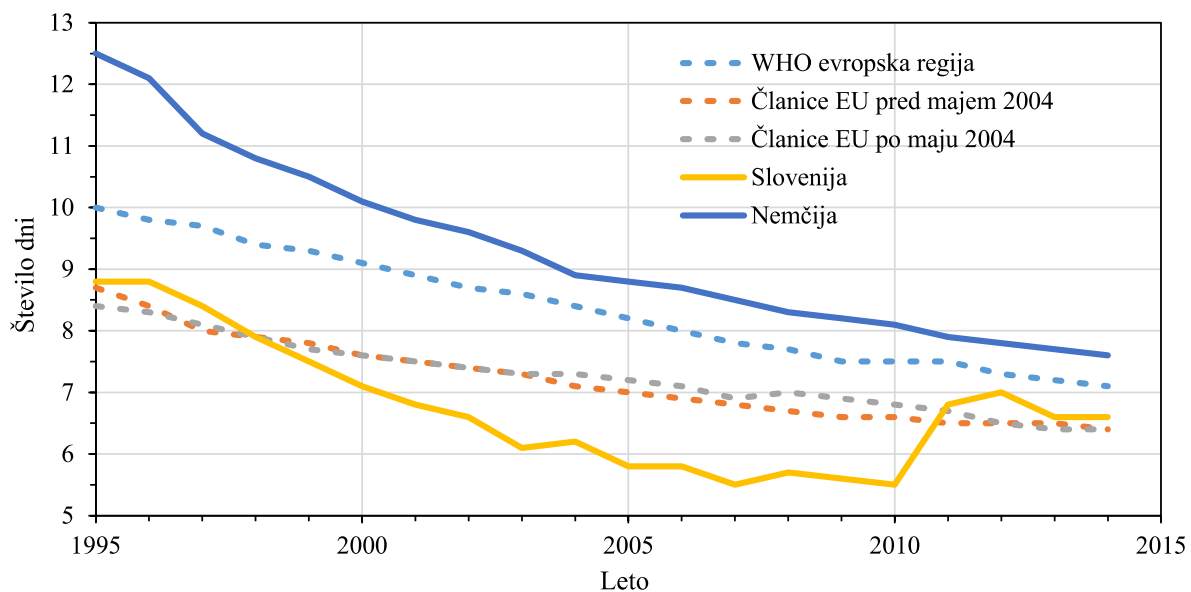
Vir: Lastna izdelava.

Slika 6.7 Število postelj na 100.000 prebivalcev od leta 1990 do 2014, izbrane države



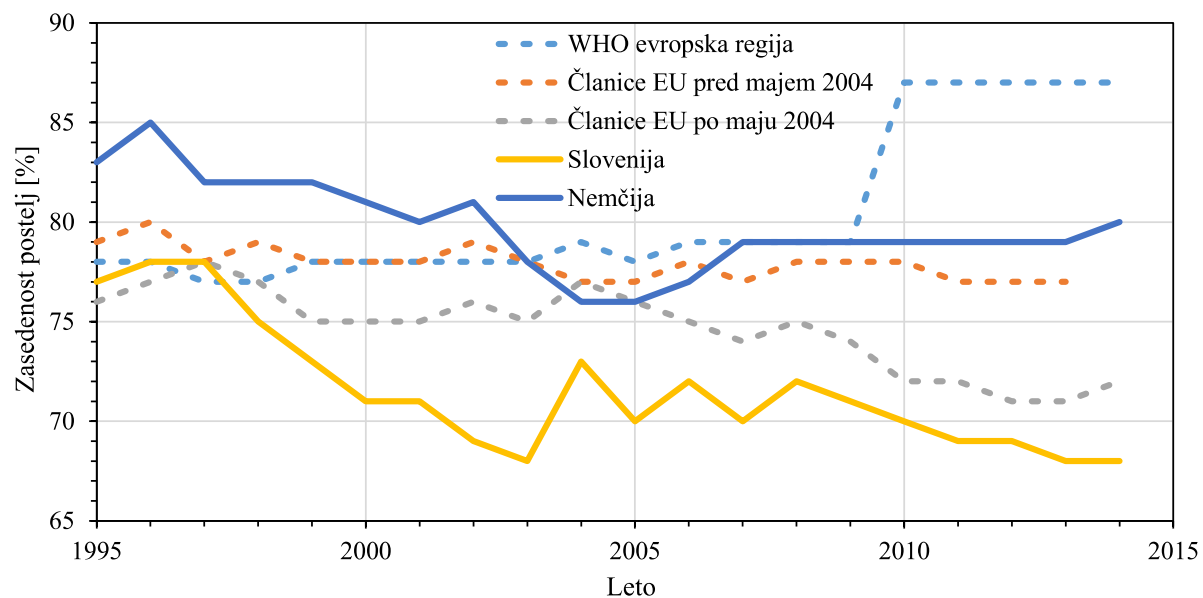
Vir: Lastna izdelava.

Slika 6.8 Ležalna doba v bolnišnicah za akutno obravnavo od leta 1995 do 2014, izbrane države



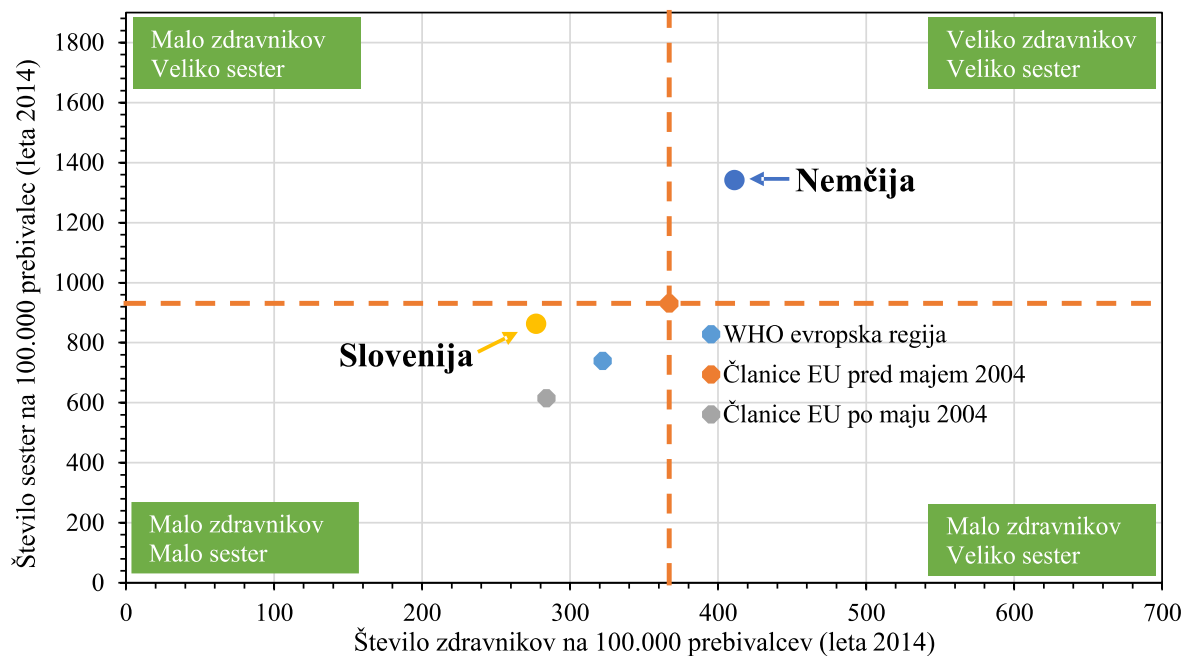
Vir: Lastna izdelava.

Slika 6.9 Zasedenost postelj v bolnišnicah za akutno obravnavo od leta 1995 do 2014, izbrane države



Vir: Lastna izdelava.

Slika 6.10 Število zdravnikov in medicinskih sester vključenih v zdravstveni sistem leta 2014, izbrane države



Vir: Lastna izdelava.

## 7 ZAKLUČEK

Skozi zgodovino so se razvili različni modeli zdravstvenega varstva, ter različice le-teh, ki so jih oblikovale države širom sveta. Zdravstveni sistemi so danes izpostavljeni predvsem problematiki dolgoročnega financiranja, ki zaradi staranje prebivalstva, okoljskih sprememb in hitremu življenjskemu slogu, vodi k vedno večji uporabi zdravstvenih storitev ter na drugi strani tehnološkemu napredku v zdravstvu, ki zagotavlja uspešnejše zdravljenje ob vedno višjih cenah storitev. Kljub omenjeni problematiki pa se še vedno stremi k dosegu cilja sistema zdravstvenega varstva, ki je doseganje popolnega fizičnega, psihičnega in socialnega blagostanja in ne zgolj odsotnost bolezni ali oslabeledosti. Stanje, ki je pravica slehernega človeka, ne glede na raso, versko ali politično prepričanje, socialno ali ekonomsko stanje. Temu cilju sledita tudi slovenski in nemški zdravstveni sistem.

V Sloveniji smo leta 1992 ponovno, po modelu socialističnega zdravstvenega varstva, uvedli model socialne varnosti, Bismarckov model, ki temelji na konceptu partnerstva in obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zakonsko je bilo določeno obvezno zdravstveno zavarovanje in za razbremenitev javnih izdatkov ter demokratizacijo zdravstvenega sistema, z vključevanjem ljudi za lastno skrb za zdravje pa tudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje (prostovoljno zdravstveno zavarovanje). Slovenski zdravstveni sistem se financira v večji meri preko sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja ter proračunskih sredstev. Manjši del, ki pa ni pokrit preko teh sredstev pa z lastno participacijo prebivalcev, ali s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji ali pa z neposrednim plačilom izvajalcu zdravstvenih storitev. V Sloveniji imamo v obveznem zavarovanju zgolj enega zavarovalnega predstavnika, Zavod za zdravstveno zavarovanje, medtem ko so v dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju trenutno uveljavljeni tri ponudniki. Zavarovanci si lahko prosto izbirajo izvajalca storitev (zdravnika, zdravstveni zavod), ki je vključen v mrežo javne zdravstvene službe. Edino omejitev, ki zavarovancu omejuje izbiro izvajalca je vpeljava sistema vratarja (osebnega zdravnika) v slovenski zdravstveni sistem, ki zavarovance najprej obravnava na primarni ravni nato pa jih glede na zdravstvene potrebe preusmeri do ustreznega specialista na sekundarni ravni.

V Nemčiji sistem zdravstvenega varstva prav tako temelji na Bismarckovem modelu zdravstvenega varstva. Nemčija ima vzpostavljen zdravstveni sistem, ki je nekoliko drugačen od slovenskega. Tako kot v Sloveniji je glede na zakonodajo, zdravstveno zavarovanje

obvezno za vse prebivalstvo. Ločimo ga na obvezno zdravstveno zavarovanje in zasebno zdravstveno zavarovanje. Pri čemer so se vsi zaposleni, ki ne dosežejo letnega cenusa bruto izplačanega delovnega dohodka 56.250 EUR, dolžni vključiti v obvezno zdravstveno zavarovanje. Premija zavarovanja se spreminja na letni ravni, za leto 2011 je znašala 15,5 % glede na posameznikov dohodek, krije jo pa tako delodajalec kot tudi delojemalec (delež premije se proporcionalno razdeli med obe strani). Znesek, ki ga je zavarovanec dolžan poravnati, se mu mesečno trga od plače.

Posamezniki, ki presežejo letni bruto cenzus oziroma samostojni podjetniki pa si lahko vrsto zdravstvenega zavarovanja izberejo po lastni presoji. Lahko se vključijo v obvezno zdravstveno zavarovanje, v nasprotnem primeru pa morajo skleniti zasebno zdravstveno zavarovanje, ki ga ponujajo številne tako javne kot zasebne bolniške blagajne.

Namreč ponudnike zdravstvenega zavarovanja v Nemčiji imenujemo bolniške blagajne. Zavarovanci se za obvezno zdravstveno zavarovanje odločijo pri 145 ponudnikih, v zasebnem pa med 24 profitnimi in 19 neprofitnimi zavarovanji. Tako kot v slovenskem sistemu lahko zavarovanci prosto izbirajo med izvajalci zdravstvene dejavnosti. V nasprotju s Slovenijo pa imajo omogočen prosti dostop do sekundarne dejavnosti (na podlagi lastne presoje), saj nimajo vzpostavljenega sistema vratarja na primarni ravni.

Po temeljiti analizi zdravstvenega varstva obeh držav, smo s primerjavo kazalcev primerjali zdravstveno stanje, organizacijo in financiranje zdravstva pa tudi infrastrukturo ter kadre v slovenskem in nemškem zdravstvenem sistemu. Kot primerjavo, kje oba sistema stojita napram evropskem prostoru, pa smo dodatno za primerjavo izbrali še povprečne vrednosti držav članic Evropske unije, ki so pristopile v Evropsko unijo pred 1. majem 2004, držav članic Evropske unije, ki so pristopile v Evropsko unijo po 1. maju 2004 in povprečne vrednosti držav evropske regije (glede na definicijo WHO). Podatke smo pridobili s podatkovne baze World Health organization. Ugotovitve so bile sledeče:

Zdravstveno stanje držav najpogosteje izkazujeta kazalnika pričakovane življenjske dobe prebivalcev in umrljivost novorojenčkov, saj je kakovost in trajanje življenja odvisna od kakovosti zdravstvenega varstva.

Pri pričakovanem trajanju življenja ob rojstvu ter pri ocenjeni življenjski dobi prebivalcev izbranih držav, lahko rečemo, da je opažena porast na vseh ravneh. V Sloveniji se opazi strma

porast po letu 1992, kar je posledica uveljavitve novega zavarovalnega sistema. Skozi leta se približuje povprečju Nemčije ter leta 2013 doseže raven Nemčije. Leta 2014 nekoliko upade vendar v primerjavi z nemškim sistemom še vedno linearno narašča.

V primerjavi umrljivosti novorojenčkov na 1000 rojenih je opazen trend upadanja pri vseh vključenih v primerjavo. Tukaj sta tako Nemčija kot tudi Slovenija (po letu 1999) pod povprečjem starih in novih držav članic EU pa tudi držav evropske regije. Lep dosežek Slovenije je viden v letu 2003, ko preseže tudi povprečje Nemčije.

V okviru zdravstvenega stanja v izbranimi državama lahko zaključimo, da državi stremita k vedno večjemu zagotavljanju zdravstvenega varstva.

Nadalje smo obravnavali organizacijo javnega zdravstva, ki deluje le v primeru če si vsi akterji v sistemu prizadevajo za doseg istega cilja. Glede na mednarodno raziskavo o prednostih primarnega zdravstva, ki je preučila 77 kazalnikov za oceno primarnega zdravstva, lahko zaključimo, da na podlagi teh kazalnikov, Slovenija sodi v države z močnimi primarnim zdravstvom, medtem ko Nemčija sodi med države s srednje močnim primarnim zdravstvom, kljub dobremu sistemu financiranja (pogajanja in usklajevanja med zdravniki in lokalnimi bolniškimi blagajnami na letni ravni), in neprestanem nadzoru.

Ustreznost financiranja je v sistemu zdravstvenega zavarovanja ključno, saj na eni strani zagotavlja osnove in vire dela ter način in vrsto zdravstvenih storitev za uporabnike. Stroški vseh izbranih akterjev v raziskavi skozi leta naraščajo. Posebno pri Nemčije je v zadnjih letih viden strm porast sredstev porabljenih za zdravstvene izdatke. Medtem ima Slovenija v primerjavi z Nemčijo približno dvakrat nižje stroške glede zdravstvenih izdatkov. Višje stroške imajo tudi stare države članice EU, manjše zdravstvene izdatke pa države evropske regije in nove države članice EU. To si lahko razlagamo na dva načina. Ali ne dosegamo višjih standardov starih držav članic EU, kamor uvrščamo tudi Nemčijo ali pa ima Slovenija napram Nemčiji in starimi državami članicami EU izredno varčno vzpostavljeni zdravstveni sistem. Po pregledu podatkov je razvidno da največji izdatek držav predstavljajo bolnišnične storitve. V tem segmentu Slovenija porabi kar 10 % več kot Nemčija. Sklepamo lahko, da je to zato, ker se v nemškem sistemu, bolniške blagajne, ki sistem financirajo, na letni ravni usklajuje s posamezno bolnišnico ter sklepajo pogodbe na podlagi prehodno opravljenih analiz stroškovno racionalno in gospodarno upravljanih bolnišnic. Na ta način dosežejo

najnižje vrednosti izdatkov, ki so še vzdržni za učinkovito delovanje bolnišnic. Sledijo še zdravila in medicinski pripomočki, kjer Slovenija porabi 3 % več sredstev od Nemčije in specialistična dejavnost, kjer pa Slovenija napram Nemčiji porabi 8,8 % sredstev manj. To si lahko razlagamo, zaradi specifične nemškega sistema, katerega zavarovanci se lahko na podlagi lastne presoje odločijo za obisk specialista, medtem ko imamo v slovenskem zdravstvenem sistemu vratarja na primarni ravni.

Ter zadnji sklop infrastruktura in kadri, ki so ključni za izvajanje storitev v zdravstveni dejavnosti.

Slovenija ima v primerjavi z izbranimi akterji najmanj bolnišniških kapacitet (1,4 bolnišnice) glede na 100.000 prebivalcev, Nemčija pa največ (3,9 bolnišnice). Glede na to, da Slovenija za bolnišniške kapacitete porabi izdatno več kot Nemčija je to presenečenje. Obe državi stagnirata pri tem določen številu, medtem ko je trend ostalih primerjanih akterjev v primerjavi nekje vmes, pri številu 3 bolnišnice na 100.000 prebivalcev. Pri številu postelj in ležalni dobi v bolnišnicah za akutno obravnavo na 100.000 prebivalcev, je pri vseh vključenih akterjih viden upad skozi leta. To lahko pomeni, da je bilo v preteklosti vzpostavljenih preveč kapacitet od potrebnih, oziroma je izobraževalna in preventivna funkcija pripomogla k izboljšanju zdravstvene stanja napram v preteklosti in s tem k zmanjšanju kapacitet.

Za referenco ustreznega števila zdravnikov in medicinskih sester v sistemu smo vzeli povprečje starih držav članic EU. Glede na to ima Slovenija v primerjavi s starimi državami članicami EU primerljivo število medicinskih sester toda manj zdravnikov. Medtem je število zdravnikov in medicinskih sester v Nemčiji nad povprečjem starih držav članic EU. Glede na referenčno točko pa imajo države evropske regije in nove države članice EU malo zdravnikov in prav tako malo medicinskih sester. Iz tega lahko sklepamo, da zaradi prej dokazane manjše infrastrukture (manjše število bolnišniških kapacitet) ima Slovenija napram Nemčiji manj zdravnikov ter medicinskih sester. Ta teorija pa ne vzdrži v primerjavi z ostalimi akterji, ki imajo napram Slovenije manjše število večjo infrastrukturno zmogljivost (večje število bolnišniških kapacitet) z manj kadra (manjše število zdravnikov in medicinskih sester).

Slovenski sistem se skozi primerjavo kazalnikov z ostalimi izbranimi akterji izkazuje kot izredno uspešen, v primerih kot je umrljivost novorojenčkov in prednostih v primarnem zdravstvu pa celo kot najbolj uspešen. V sklopu financiranja imamo nižje stroške



zdravstvenega sistema kot v Nemčiji, kljub temu da naraščajo. Napram nemškega zdravstva imamo manj bolnišniških kapacitet, ter manj zdravstvenega osebja, je pa le-to enako povprečju novih držav članic EU ter evropske regije oziroma nekoliko višje. Na temu področju so pri slovenskem zdravstvenem sistemu še možnosti za izboljšavo.

Skratka zaključimo lahko, da slovenski zdravstveni sistem stremi k istemu cilju, kot je trend vseh primerjanih akterjev, ki je nenehno izboljšanje zdravstvenega varstva.

Glede na vzpodbudne rezultate kazalcev, ki smo jih predstavili je slovenski zdravstveni sistem dober primer zdravstvenega sistema. Ni vidna potreba po menjavi zdravstvenega sistema, pač pa po izboljšavah znotraj že vzpostavljenega sistema, kot so na primer povečanje zdravstvenega osebja ter povečanje bolnišniških kapacitet. Prav tako pa bi bilo potrebno po vzoru nemškega zdravstvenega sistema zmanjšati izdatke bolnišnic.

## 8 LITERATURA

1. Björnberg, Arne. 2016. *Euro Health Consumer Index 2015: Report*. Health Consumer Powerhouse. Dostopno prek: [http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2015/EHCI\\_2015\\_report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf) (6. februar 2017).
2. Borchers, Detlef. 2016. *Elektronische Gesundheitskarte: Arvatos Verzeichnisdienst für Arzt-zu-Arzt-Kommunikation steht*. Heise online. Dostopno prek: <https://www.heise.de/newsticker/meldung/elektronische-Gesundheitskarte-Arvatos-Verzeichnisdienst-fuer-Arzt-zu-Arzt-Kommunikation-steht-3235411.html> (20 maj 2017).
3. Česen, Marjan. 1998. *Osnove upravljanja Sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
4. Day, Thomas. 2017. *About Medical Care for The Elderly*. Dostopno prek: [https://www.longtermcarelink.net/eldercare/medical\\_care\\_issues.htm](https://www.longtermcarelink.net/eldercare/medical_care_issues.htm) (10. maj 2017).
5. Esmail, Nadeem. 2014. *Lessons from abroad A Series on Health Care Reform: Health Care Lessons from Germany*. Fraser Institute. Dostopno prek: <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/health-care-lessons-from-germany.pdf> (6. februarja 2017).
6. Eurobarometer. 2009. *Posebna dovolilna raziskava*. Dostopno prek: [http://www.europarl.europa.eu/pdf/eurobarometre/28\\_07/EB71.3\\_post-lectoral\\_final\\_report\\_SL.pdf](http://www.europarl.europa.eu/pdf/eurobarometre/28_07/EB71.3_post-lectoral_final_report_SL.pdf) (10. maj 2017).
7. Eurostat. Obnovljena 2017. *Healthcare expenditure statistics*. Datoteka podatkov. Dostopno prek: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_expenditure\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics) (10. maj 2017).
8. Foršnarič, Mateja. 1996. *Kakovost zdravstvenih storitev v očeh uporabnikov in izvajalcev*. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
9. Glennerster, Howard. 2009. *Understanding the finance of welfare: What welfare costs and how to pay for it*. Bristol: The Policy Press, University of Bristol.

10. Hribernik, Mojca. 2015. *Proučitev zdravstvenega sistema v Sloveniji*. Zaključno delo. Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije Celje.
11. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Slovenska fondacija. 1996. *Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Slovenska fondacija.
12. Ministrstvo za zdravje. 2016. *Analiza zdravstvenega Sistema v Sloveniji: Povzetek in ključne ugotovitve*. Dostopno prek: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/analiza\\_ZS\\_povzetek\\_in\\_kljucne\\_ugotovitve\\_lectorirana\\_verzija.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/analiza_ZS_povzetek_in_kljucne_ugotovitve_lectorirana_verzija.pdf) (6. februarja 2017).
13. Pavliha, Marko in Sergej Simoniti. 2007. *Zavarovalno pravo*. Ljubljana: GV Založba.
14. Prevolnik Rupel Valentina, Biserka Simčič in Eva Turk. *Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
15. Mlakar, Jelka. 2015. *Beg možganov v Sloveniji: Izvleček seminarja Mobility and migration in Public Service: »Better service to the public?«*. Edinburgh. Dostopno prek: [https://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwimwYqMzKTSAhWGChoKHcGzBXMqFggmMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.sdznz.si%2Fupld%2FArticle%2F1621\\_file.docx&usq=AFQjCNGbOSaN3Qh2bO82u7jW4\\_rkQS6GqQ&sig2=sySxDgwIf0B7g3-\\_bAC9Vg&cad=rja](https://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwimwYqMzKTSAhWGChoKHcGzBXMqFggmMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.sdznz.si%2Fupld%2FArticle%2F1621_file.docx&usq=AFQjCNGbOSaN3Qh2bO82u7jW4_rkQS6GqQ&sig2=sySxDgwIf0B7g3-_bAC9Vg&cad=rja) (6. februarja 2017).
16. Močnik, Urška. 2017. Javno zdravstvo – grešni kozel finančne krize?. *Delo*, 3. maj. Dostopno prek: <http://www.delo.si/revolt/zdravstvo/javno-zdravstvo-ndash-gresni-kozel-financne-krize.html> (6. februarja 2017).
17. Obermann, Konrad, Peter Müller, Hans-Heiko Müller, Burkhard Schmidt in Bernd Glazinski, ur. 2013. *Understanding the German HealthCare System*. Mannheim Institute of public Health. Dostopno prek: [https://www.goinginternational.eu/newsletter/2013/nl\\_03/SpecialDE\\_EN\\_Understanding\\_the\\_German.pdf](https://www.goinginternational.eu/newsletter/2013/nl_03/SpecialDE_EN_Understanding_the_German.pdf) (6. februarja 2017).
18. Ostrc, Tadej. 2016. *Primerjava stališč uporabnikov zdravstvenih sistemov v Sloveniji in ZDA*. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

19. Pavliha, Marko in Simoniti Sergej. 2007. *Zavarovalno pravo*. Ljubljana: GV Založba.
20. Physicians for a National Health Program (PNHP). 2017. *Health Care Systems - Four Basic Models*. Dostopno prek: [http://www.pnhp.org/single\\_payer\\_resources/health\\_care\\_systems\\_four\\_basic\\_models.php](http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php) (7. marec.2017).
21. Pogačar, Peter, dr. Andraž Rangus, Jelena Krčmar in Mitja Žiger. 2013. *Pokojninski sistem po novem: Novi zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju v praksi*. Ljubljana: Planet GV.
22. Potočnik, Vekoslav. 2002. *Nabavno poslovanje*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
23. Rus, Veljko, ur. 1996. *Privatizacija šolstva, zdravstva in kulture*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
24. Strban, Grega. 2005. *Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
25. Svenšek, Rosvita. 1996. Analistična primerjava sistemov zdravstvenega varstva v Evropi. *Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu* 12 (1): 41–51.
26. Toš, Niko in Brina Malnar, ur. 2002. *Družbeni vidiki zdravja: Sociološka raziskava odnosa do zdravja in zdravstva*. Ljubljana. Fakulteta za družbene vede.
27. Thomson, Sara, Robin Osborn, David Squires in Sara Jane Reed, ur. 2011. *International Profiles of Health Care Systems, 2011*. The Commonwealth Fund. Dostopno prek: [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Nov/1562\\_Squires\\_Intl\\_Profiles\\_2011\\_11\\_10.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Nov/1562_Squires_Intl_Profiles_2011_11_10.pdf) (6. februarja 2017).
28. Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
29. Zavod za javno zdravstvo ličko-senjske županije (ZZJZLSZ). *Modeli i struktura zdravstvenih sustava*. Dostopno prek: <http://www.zzjzlsz.hr/wp-content/uploads/2014/10/Modeli-i-struktura-zdravstvenih-sustava.pdf> (6. februarja 2017).
30. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2014. *Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

31. --- 2016. *Poslovno poročilo za leto 2015*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dostopno prek: <http://www.zzjzlsz.hr/wp-content/uploads/2014/10/Modeli-i-struktura-zdravstvenih-sustava.pdf> (6. februarja 2017).
32. World health organization. Obnovljena 2017. *European Health for All family of databases*. Datoteka podatkov. Dostopno prek: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-of-databases-hfa-db> (10. maj 2017).
33. *World health organization. Regional office for Europe Seznam držav evropske regije*. Dostopno prek: <http://www.euro.who.int/en/countries> (10. maj 2017).
34. World health organization (WHO). 2000. *The World health report 2000 – Health systems: Improving performance*. Geneva: World health organization. Dostopno prek: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/) (6. februarja 2017).
35. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)*. Ur. l. RS 9/92. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213> (10. maj 2017).