

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Maja Kostanjšek

Zdravstveno zavarovanje: med zasebnim in javnim

Magistrsko delo

Ljubljana, 2017

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Maja Kostanjšek

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

Zdravstveno zavarovanje: med zasebnim in javnim

Magistrsko delo

Ljubljana, 2017

»Zdravje je, poleg izobrazbe, ena temeljnih zmogljivosti, ki daje vrednost človeškemu življenju.«

Amartya Sen

Zdravstveno zavarovanje: med zasebnim in javnim

V zdravstvu se potrebe prebivalstva spreminjajo, tehnologije se izboljšujejo, znanje o zdravju se širi, izdatki za zdravstvo pa naraščajo. V zdravstvenih sistemih se zato nenehno kažejo potrebe po prilagoditvah. Večina zdravstvenih sistemov ima enake cilje in se zato pri reformiranju soočajo s podobnimi izzivi. V času, ko pričujoče delo nastaja, je v Sloveniji reforma zdravstvenega sistema ponovno na mizi. Glavni očitki zdravstvene reforme se nanašajo na ukinitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Magistrsko delo zato skozi interdisciplinarno raziskovanje ponuja drugačno analizo, kot se prikazuje v medijih. Vsaka država ima svojstven zdravstveni sistem, ki se je oblikoval glede na njeno okolje in pod vplivom različnih dejavnikov, zato v magistrskem delu skušamo odgovoriti na vprašanje, kakšne ureditve so najboljše ter kakšne izzive ali prednosti le-te prinašajo. Da bi lahko prikazali kakšen sistem je najboljši, je potrebno pogledati definicije ter začetke oblikovanja zdravstvenih sistemov in njihovih modelov. Namen magistrske naloge je tako ugotoviti, kaj prinaša javno-zasebno v kontekstu zdravstvenih zavarovanj. Kot študijo primerov smo analizirali zdravstveni zavarovanji Slovenije in Nizozemske. Slednja se pogosto omenja kot primer dobre prakse, po kateri bi se morala pri zdravstveni reformi zgledovati Slovenija.

Ključne besede: zdravstveni sistem, zdravstveno zavarovanje, zdravstveno varstvo, financiranje, solidarnost.

Health Insurance: between public and private

In the health system, the needs of the people change, technologies become better, the knowledge of health spreads, while costs for health rise. Health systems must therefore continuously adapt. Most health systems have the same goals and face similar challenges while performing changes. In the time of making this publication, the reform of the Slovene health system is once again on the table. The main reproach for the reform is based on the cancelation of the supplementary health insurance. This Master's Thesis offers a different analysis which is shown in the media, based on interdisciplinary research. Each country has a unique health system which was formed based on their environment and under influence of different factors, which is why this Master's Thesis strives to answer the question: which arrangements are best and what kind of challenges or advantages they bring. To showcase what kind of system is the best, one must look at the definitions and the beginnings of health system formations, and their models. The purpose of the Master's Thesis is to determine what public-private brings in the context of health insurance. As a study of examples, we have analysed the health insurances of Slovenia and the Netherlands. The latter is often referred to as a good example of a country which Slovenia should look up to with its health system reform.

Key words: health system, health insurance, healthcare, funding, solidarity.

KAZALO

1	UVOD	7
1.1	Na teoriji utemeljena raziskovalna vprašanja	9
1.2	Metodologija	10
I	DEL	12
2	ZDRAVSTVENI SISTEM	12
2.1	Definiranje zdravstvenih sistemov	13
2.2	Klasificiranje zdravstvenih sistemov	17
2.3	Idealno-tipski modeli zdravstvenega sistema	22
2.3.1	Javni idealno-tipski model zdravstvenega sistema	23
2.3.2	Zasebni idealno-tipski model zdravstvenega sistema	24
2.4	Prednosti in slabosti javnega in zasebnega zdravstvenega sistema	26
II	DEL	38
3	Zdravstveno zavarovanje	38
3.1	Zasebno zdravstveno zavarovanje	40
3.2	Javno zdravstveno zavarovanje	42
3.3	Razlike med javnim in zasebnim zdravstvenim zavarovanjem	44
III	DEL	49
4	Nizozemski zdravstveni sistem	49
4.1	Zdravstveno zavarovanje na Nizozemskem	49
5	Slovenski zdravstveni sistem	56
5.1	Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji	59
6	Zaključek	62
7	Literatura	69
	Priloga - Intervju z dr. Dušanom Kebrom	74

SEZNAM SLIK

Slika 2.1: Dimenzije zdravstvenih sistemov na hierarhični lestvici	20
Slika 2.2: Zdravstveni sistemi na premici javno-zasebno	26

SEZNAM TABEL

Tabela 2.1: Izdatki za zdravstvo	34
Tabela 2.2: Pričakovana življenjska doba	35
Tabela 2.3: Umrljivost dojenčkov	36

SEZNAM KRATIC

BDP – Bruto domači proizvod

EU – Evropska unija

HIA – Organ za zdravstveno zavarovanje (*Health Insurance Authority*) (Nizozemska)

NHI – Nacionalna zdravstvena zavarovalnica (*National Health Insurance*) (Velika Britanija)

NHS – Nacionalna zdravstvena dejavnost (*National Health Service*) (Velika Britanija)

OECD – Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj (*Organization for Economic Cooperation and Development*)

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

UMAR – Urad RS za makroekonomske analize in razvoj

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1 UVOD

»Pred 2500 leti je Gautama Buddha vznemirjen in v stanju agonije zapustil svoj dom v Himalaji. Zaradi česa je bil tako zaskrbljen? Iz njegove biografije izhaja, da je bil ganjen nad pogledom umrljivosti, obolevnosti in nezmožnosti. Zdravje je že skozi celotno zgodovino primarna skrb človeštva. Ni torej presenečenje, da je zdravstveno varstvo za vse visoko privlačen socialni cilj v večini držav, tudi v tistih, ki niso prišle daleč pri njegovem zagotavljanju.«

Amartya Sen

Slovenija je v fazi reformiranja zdravstvenega sistema. Ugotavljamo, da je trenutno, glede na predloge zdravstvene reforme, to ena (naj)pomembnejših tematik (diskusije) v našem prostoru. Eden izmed ključnih predlogov zdravstvene reforme, ki je na mizi, je ukinjanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Organizirane kampanje ter analize prikazujejo slabe, če ne že katastrofalne razmere v slovenskem zdravstvu. Za takšno stanje pa njihovi organizatorji oziroma avtorji kritik krivijo javni zdravstveni sistem. Ob vsakokratnem poskusu sprememb se tako v javnosti začnejo pojavljati vprašanja o tem, kakšen zdravstveni sistem naj bi v Sloveniji imeli. Je mogoče z ukinitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja izboljšati zdravstveni sistem? Je javni zdravstveni sistem sploh lahko dolgoročno finančno vzdržen? Ali zdravstveni sistemi uspešneje delujejo po tržnih načelih? Kako bi lahko povečanje zasebnega financiranja vplivalo na dostopnost in solidarnost zdravstvenega sistema?

Danes zdravstveni sistemi igrajo večjo in bolj vplivno vlogo kot kadarkoli do sedaj (WHO, 2000). Kot navaja Duran (2012, 19), je v zadnjih letih po svetu v številnih državah opaziti ponovno zanimanje za zdravstvene sisteme, saj igrajo le-ti ključno vlogo v preprečevanju nezmožnosti in prezgodnje smrti. Zdravstveni sistemi predstavljajo velik izziv politiki. Napredki v medicinski tehnologiji so povzdignili pričakovanja o tem, kaj lahko zdravstveni sistem doprinese in na ta način (nenehno) vpliva na dvig cen v zdravstvu (Toth 2003, 141). In kot omenjeni avtor še dodaja, so zdravstveni sistemi dinamični sistemi, zato se stalno odzivajo na probleme in posledično tudi spreminjajo. Kljub temu pa, da imajo zdravstveni sistemi povsod isti cilj – doseganje boljšega zdravja za državljane – se med sabo razlikujejo (Toth 2003, 72).

Ne smemo pozabiti, da je zdravje naša najbolj dragocena dobrina. Pomeni duševno in telesno dobro počutje, zmožnost živeti polno in aktivno življenje. Zdravje je povezava med genetiko, okoljem, v katerem živimo, in družbo, del katere smo. Tako je tudi potreba po zaščiti pred

boleznijo in poškodbo za ljudi že od nekdanj bistvenega pomena (Strban 2005, 17). Pravzaprav, odkar obstaja človeštvo, je prisotna skrb človeka za ohranitev njegovega zdravja (Toth 2003, 12). Ljudje želimo biti in ostati zdravi, ob bolezni pa prejeti ustrezno medicinsko pomoč, zaradi česar sklepamo zdravstvena zavarovanja. Zdravstvene zavarovalnice pa nam za ceno prispevka zagotavljajo zdravstveno varstvo (Česen 1998, 10). Zdravstveni sistemi, kot navaja Toth (2003, 141), sicer niso izvor našega zdravja, ampak pri našem zdravju igrajo zelo pomembno vlogo, saj ga ohranjajo in izboljšujejo.

Razvoj družbenega sistema socialne varnosti je potekal vzporedno z zdravstvenim zavarovanjem in sistemi zdravstvenega varstva, kot odziv delavstva na delo v vedno težjih delovnih in življenjskih pogojih v času industrializacije (Toth 2013, 226). Zdravstveno zavarovanje tako danes predstavlja pomemben del socialne varnosti vsake družbe in ljudem prinaša pravico do zdravstvenih storitev, do njihovega obsega, kot tudi do kakovosti in dostopnosti le-teh. Zdravstveno zavarovanje je, poleg zdravstvene politike, zdravstvene dejavnosti, izobraževanja in znanosti, osnovna prvina sistema zdravstvenega varstva (Česen 1998, 10).

Kot spoznavata Rechel in McKee (2014, 30), vlade po Evropi vse bolj zaznavajo potrebo po krepitvi osnovnega javnega zdravstva na način, da maksimirajo njihove prispevke za zdravje in družbeno blaginjo. Temu pritrjuje Saltman (2015, 3) in dodaja, da z ekonomsko krizo v letu 2008 prihaja do preoblikovanja področij storitev zajetih v solidarnostnem sistemu zdravstvenega varstva. Tudi v Sloveniji je bilo v zadnjih dvajsetih letih več poskusov reformiranja sistema zdravstvenega varstva (Albreht in drugi 2016). Po podatkih Urada Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj iz leta 2016 (UMAR 2016), je izboljšanje učinkovitosti zdravstvenega sistema eno od prednostnih področij ukrepanja.

Na eni strani tako velja, da je edino javno zdravstvo tisto, ki je dovolj pravično, solidarno in dovolj dostopno ter kot takšno ne sme delovati po principih tržne ekonomije. Glede na očitke predlogov reform se na drugi strani pojavljajo dvomi v delovanje javnega zdravstvenega sistema. A vendar, cilj vsake države morata biti zdrav posameznik in zdrava družba.

Na podlagi predstavljenega, želimo s pričujočim magistrskim delom spoznati možnosti, pregledati dobre prakse ter najti odgovore na številne izzive v zdravstvenih sistemih. Glavni cilj magistrske naloge je tako ugotoviti, ali je na podlagi obstoječe znanstvene teorije in primerov iz prakse, za Slovenijo in za druge države, bolj primeren javni ali zasebni sistem zdravstvenega zavarovanja.

1.1 Na teoriji utemeljena raziskovalna vprašanja

Sistemi zdravstvenega varstva so družbene konstrukcije, katerih organizacija je odvisna od razvoja zdravstvenih dajatev in drugih pogojev v posamezni državi (Strban 2005, 41). V mnogih državah vlade dajejo finančnim sredstvom za namen zdrave družbe večjo težo kot planiranju, zakonodaji ali drugim sestavinam upravljanja, so pa glede na različne ureditve zdravstvenih sistemov različni tudi izvori finančnih sredstev, ki so namenjeni za zdravstveno varstvo (Toth 2003, 228). Ko politični odločevalci razmišljajo o usklajevanju finančnih mehanizmov, ki bodo varovali državljane pred katastrofalnimi posledicami bolezni, imajo na izbiro tri možnosti: obdavčitev, socialno varnost in zasebno zdravstveno zavarovanje (Sehkri 2005). Łyszczarz (2016, 170) ob tem meni, da ni mogoče začrtati jasne in enotne definicije javnega in zasebnega v kontekstu zdravstvenega varstva, saj so sistemi zdravstvenega varstva izjemno kompleksni in tudi njihovo klasificiranje pogosto ne sledi dinamiki modernih sistemov zdravstvenega varstva. Kljub opredeljenemu, pa lahko v osnovi govorimo o dveh sistemih zdravstvenega varstva: o javnem in zasebnem. Javni sistem zdravstvenega varstva temelji na načelih solidarnosti in splošne dostopnosti do javnih zdravstvenih storitev. Zasebni sistem pa je tržno in pridobitno naravnani. Tako oblikovan pa je iz solidarnostnega in socialnega vidika, zelo vprašljiv. Kot poudarja Strban (2008, 31), se tudi na vseh ravneh zdravstvenega zavarovanja prepletajo javni in zasebni elementi, zato je za razumevanje pomembno primerjati značilnosti obeh modelov zdravstvenih zavarovanj. Na tem mestu si postavljamo dve raziskovalni vprašanji, in sicer: **Katere so temeljne razlike med javnim in zasebnim zdravstvenim sistemom?** ter **Katere so temeljne razlike med javnim in zasebnim zdravstvenim zavarovanjem?**

Dober zdravstveni sistem zagotavlja kakovostne storitve vsem ljudem, kadarkoli in kjerkoli jih potrebujejo (WHO 2016). Na splošno velja, da je interes zdravstvenih zavarovalnic pridobiti čim več zavarovancev in zavarovanih oseb, da imajo vse zavarovane osebe enakopraven dostop do zdravstvenih storitev, s ciljem, da s poslovanjem dosežejo dobiček. Vendar to ne velja za zavarovalnice, ki izvajajo obvezno zdravstveno zavarovanje, saj njihov interes ni poslovanje z dobičkom. Na eni strani javno zdravstveno zavarovanje stremi k popolni dostopnosti zavarovanih oseb do najboljše možne zdravstvene dejavnosti za omejena razpoložljiva sredstva, na drugi strani pa je cilj zasebnega zavarovanja doseči še dobiček (Česen 1998,63). Univerzalno zdravstveno zavarovanje tako pomeni enakost v dostopnosti do zdravstvenih storitev, dovolj dobro kakovost zdravstvenih storitev ter ne povzročiti (dodatnega) finančnega bremena tistemu, ki zdravstveno storitev prejme (WHO 2017a). Glede na omenjena načela javnega zdravstvenega sistema si na tem mestu postavljamo tretje

raziskovalno vprašanje: **Ali drži, da javno zdravstvo povečuje dostopnost do zdravstvenih storitev ter tako hkrati znižuje kakovost zdravstvenih storitev?**

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja se po državah pojavljajo iz različnih razlogov, vendar je glavni razlog v posameznikovem zadovoljevanju njegovih osebnih potreb. Prebivalci se zavedajo, da država ni sposobna pokriti vseh njihovih dodatnih potreb, ki jih imajo na področju zdravstvenega varstva. Od tu zametki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Kljub temu, da se med državami prostovoljna zavarovanja razlikujejo, pa je njihovo ogrožje tesno povezano z modelom socialne varnosti države (Toth 2008, 289). Predpostavljamo, da običajna tržna načela ne sodijo v javni zdravstveni sistem, saj se na takšnih temeljih odklanja bolnike, ki predstavljajo visoke izdatke za zdravstveni sistem.

V idealnem tržnem gospodarstvu je mogoče vse dobrine menjati za denar po tržnih cenah in takšen sistem iz razpoložljivih virov družbe iztisne največjo možno korist brez vmešavanja države. V praksi nobeno gospodarstvo ne ustreza temu idealu. Popolna tržna konkurenca pomeni, da imajo vse dobrine in storitve ceno, z njimi trgujemo, a vendar nobeno podjetje ali potrošnik ne more vplivati na tržno ceno. Kot skrajna oblika nepopolne konkurence pa je monopolist – edini ponudnik, ki sam določa ceno določene storitve (Samuelson in Nordhaus 1998). Menimo, da koncepti tržnih struktur v kontekstu zdravja držijo le v teoriji, ter nadalje še dodajamo, da je problem popolne konkurence v zdravstvenem sistemu bolj kompleksno vprašanje. Na tem mestu si tako postavljamo četrto raziskovalno vprašanje: **Ali drži, da več konkurence med zdravstvenimi zavarovalnicami pomeni višjo kakovost zdravstvenih storitev in nadalje prispeva tudi k nižjim cenam le-teh?**

1.2 Metodologija

Zdravstveni sistem je izredno kompleksna družbena tvorba, zato v pričujočem magistrskem delu preučujemo javni in zasebni vidik zdravstvenega zavarovanja kot ene od dimenzij zdravstvenega sistema. V prvem delu naloge bomo razmejili osnove obeh modelov zdravstvenih sistemov: javnega in zasebnega. Zanimale nas bodo razlike med njima ter osnovna načela enega in drugega. Drugi del naloge se posveča zdravstvenemu zavarovanju kot načinu financiranja zdravstvenega varstva, ki je odvisen od sistemskih ureditev držav. V nadaljevanju bomo ugotavljali glavne razlike med javnim in zasebnim zdravstvenim zavarovanjem. V tretjem delu magistrske naloge pa se bomo posvetili praksam dveh zdravstvenih sistemov: Slovenije in Nizozemske. Slednjega smo izbrali zato, ker se v času, ko se pripravljajo spremembe v slovenskem zdravstvenem sistemu, nizozemski model omenja kot dobra praksa, po katerem bi se morala zgledovati Slovenija. Da bi ugotovili, ali je

nizozemski sistem res dober zgled za zdravstveni sistem v Sloveniji, bomo analizirali oba sistema, opisali njun zgodovinski razvoj, ter izzive, s katerimi se spopadata.

Naloga bo temeljila na rabi deskriptivne metode, to je na razlagi pojmov, teorij in procesov. Nadalje bomo v magistrskem delu še opisali in analizirali primera Slovenije in Nizozemske. V zaključku magistrske naloge pa bomo poskušali odgovoriti na štiri raziskovalna vprašanja:

1. Katere so temeljne razlike med javnim in zasebnim zdravstvenim sistemom?
2. Katere so temeljne razlike med javnim in zasebnim zdravstvenim zavarovanjem?
3. Ali drži, da javno zdravstvo povečuje dostopnost do zdravstvenih storitev ter tako hkrati znižuje kakovost zdravstvenih storitev?
4. Ali drži, da več konkurence med zdravstvenimi zavarovalnicami pomeni višjo kakovost zdravstvenih storitev in nadalje prispeva tudi k nižjim cenam le-teh?

V zaključku bomo predstavili odgovore na raziskovalna vprašanja ter predlagali ustrezne rešitve za izboljšanje stanja.

V magistrski nalogi bomo zbrane podatke uporabili metodološko, jih analizirali in se poslužili interpretacije primarnih (razlaga osnovnih pojmov) ter sekundarnih virov (preučevanje obravnavane tematike). Za odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja bomo uporabili deskriptivno metodo (opisali bomo razlike in podobnosti med obema sistemoma) in primerjalno metodo (poiskali bomo podobnosti in razlike med njima). Za razlaganje, raziskovanje in obdelavo podatkov bomo preučili tako domačo kot tujo strokovno in poljudnoznanstveno literaturo, za analiziranje pa zakone, predpise in politike, ki urejajo obravnavano področja zdravstvenega varstva. V zaključku magistrske naloge bomo podali odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja, iz katerih bodo sledile ugotovitve in predlogi za reševanje izzivov, ki se pojavljajo v zdravstvenih sistemih.

I DEL

2 ZDRAVSTVENI SISTEM

»Problematika zdravja in bolezni je splošna in zdravstveni interesi ljudi po svetu so enaki – ljudje želijo biti zdravi ali bolj zdravi. Pričakovali bi zato, da bodo imele države tudi enake ali vsaj močno podobne sisteme zdravstvenega varstva, vendar to ni tako. Zdravstveni sistemi po svetu so zelo različni in težko bi našli dve državi z enakim. Vzrok tiči v dejstvu, da zgradbe in delovanje sistema ne določajo samo zdravstvene potrebe ljudi temveč predvsem politične odločitve.«

Marjan Česen

Pred sto leti organiziranih zdravstvenih sistemov v modernih oblikah, kot jih poznamo danes, ni bilo. Vendar pa zdravstveni sistemi v osnovnih, prvinskih oblikah obstajajo že vse odkar so ljudje želeli zaščititi svoje zdravje in ozdraviti bolezni. Tradicionalne prakse, po katerih so delovali tisti, ki so zdravili, povezane z verovanjem, so imele tako namen zdravljenja kot preprečevanja bolezni. Danes lahko te prakse najdemo v soobstoju z moderno (klasično) medicino, v sklopu modernih, organiziranih zdravstvenih sistemov. Ti so se razvili kot odgovor države na družbene potrebe.

Kot spoznava Toth (2003, 92) so bili odnosi med bolnikom in tistim, ki ga je zdravil, sprva zelo enostavni, povezani s tradicijo in vero. Naloge zdravilcev so opravljali redki, bodisi so bili to plemenski vrači oziroma drugi zaupanja vredni ljudje. Zdravljenje je nato postalo plačljivo, zato so odnosi med tistim, ki je potreboval zdravljenje, in osebo, ki ga je zdravila, postajali zahtevnejši in materialni. Sprva so bili odnosi individualni, saj se o skrbi za zdravstveno stanje ljudi ni govorilo, posledično tako ni bilo organizacijskih dejavnosti, ki bi se s temi vprašanji ukvarjale. Ko pa se je znanje o nastanku ter o preprečevanju bolezni začelo širiti, se je začel spreminjati tudi odnos družbe do vprašanj povezanih z zdravjem. Skrb za zdravje ni bil več usmerjen le na/za posameznika, ampak na/za celotno družbo. Pojavilo se je vedno močnejše zavedanje o tem in posledično je zdravje postalo bolj organizirano (Toth 2003, 92).

Države so začele pisati predpise, znanje se je bogatilo, uvajale so se šole za usposabljanje ljudi za delovanje v družbi. Razvile so se zdravstvene organizacije, bolnišnice in klinike. Izdajati so začeli pripomočke za lajšanje težav oziroma zdravljenje in posledično se je razvila farmacevtska industrija. Nepojasnjena vprašanja so začeli proučevati in raziskovati v

laboratorijih ter inštitutih. Ker je skrb za boljše zdravje postajala pomembnejša, so se začele pojavljati tudi različne ustanove za izvajanje aktivnosti na raznih področjih. Te so doprinesle k boljšemu počutju in zdravju. Ko so se vse te aktivnosti povezale in združile s predpisi posameznih držav in njihovih etničnih norm, so nastali sistemi zdravstvenega varstva (Toth 2003, 92–3). Prvi sistemi zdravstvenega varstva so, kot navaja Toth (2003, 145), nastali v Evropi, od tu pa so se širili na druge kontinente.

2.1 Definiranje zdravstvenih sistemov

Kaj zdravstveni sistem sploh je? Vprašanje se zdi povsem preprosto, pa kljub temu nanj ni zlahka najti enostavnega odgovora. Na tem mestu dodajamo definicijo besede »sistem«, ki v splošnem pomeni »ustaljeno vzajemno delovanje ali zbir predmetov, ki soodvisno oblikujejo celoto« (Merriam-Webster 2017). Kot navaja Toth (2003, 92) lahko o sistemu govorimo takrat, ko na nekem področju deluje določeno število medsebojno povezanih in soodvisnih enot, ki stremijo k istemu cilju. Njihovo prepletanje, sodelovanje in zasledovanje istega cilja daje rezultat, zaradi katerega je sistem nastal oziroma deluje.

Avtorji, analitiki, oblikovalci politik oziroma organizacije za zdravstveni sistem nimajo enoznačne definicije. Duran in drugi (2012, 20) navajajo, da se za »zdravstveni sistem« uporabljajo tudi naslednji termini: »sistem zdravstvenega varstva«, »zdravje«, »zdravstvene storitve«, »zdravstveni sektor«, ki so splošno znani in uporabljeni. Različna imena odsevajo različna razumevanja. Nekateri jih opisujejo širše, drugi spet v ožjem smislu. Tudi Papanicolas (2013, 31) problematizira mnogovrstno razumevanje različnih nosilcev o tem, kaj zdravstveni sistem je, kaj zajema in kje so njegove meje. Duran in drugi (2012, 20) se tako strinjajo, da v osnovi različna imena odražajo različna razumevanja zdravstvenih sistemov. Na eni strani omejujejo imena z zdravstveno oskrbo (zdravniki, medicinske sestre, bolnišnice itd.), po drugi strani pa menijo, da gre za širok pojem aktivnosti, virov, in/ali institucij, ki odražajo skrb za izboljšanje zdravja. Poudarjajo, da je samo zdravljenje bolnika preprosto poimenovati »zdravstvena oskrba«, vendar pa je ideja, da so rezultati zdravja odvisni tudi od aktivnosti, ki niso neposredno povezane z bolnim posameznikom, bolj kompleksna.

Leta 1989 so Duplessis in drugi (v Duran in drugi 2012, 20) definirali zdravstveni sistem kot »organizacije, ki zagotavljajo zdravstveno oskrbo (bolnišnice, zdravstveni centri, strokovno osebje, javno-zdravstvene storitve) in druge mreže, sektorje, institucije, ministrstva in

organizacije, ki imajo določen vpliv na temeljni cilj sistema – zdravje. Pomembni v tem oziru so še drugi dejavniki: izobrazba, prevoz, socialne storitve, nastanitve, prehranska industrija.« Vendarle pa Duran in drugi (2012, 20) vidijo to široko definicijo problematično, saj menijo, da je socialni sistem (ki vključuje tudi zdravstveni sistem) bolje razumljen kot »ureditev področij in njihovih medsebojnih povezav, ki so združene zaradi razloga«.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) termin »zdravstveni sistem« razume kot: (i) vse aktivnosti, katerih primarna vloga je spodbujanje in ohranjanje zdravja; (ii) ljudi, institucije in vire, ki so povezani zato, da ustanavljajo politike, izboljšujejo zdravje celotne populacije, medtem ko se odzivajo na legitimna pričakovanja ljudi in jih varujejo pred stroški, ki jih prinašajo bolezni, ter s preventivnimi aktivnostmi izboljšujejo zdravje (WHO 2017b).

Nadalje Papanicolas (2013, 33) opredeljuje »zdravstveni sistem« kot sistem, ki zajema širše dejavnike zdravja. Freeman in Frisna (2010, 164) ga opredelita splošno in široko, kot skupek socialnih, ekonomskih in političnih procesov, ki se ukvarja s financiranjem, zagotavljanjem in reguliranjem zdravstvenega varstva. Vendar pa, kot ugotavlja Papanicolas (2013, 33), avtorji velikokrat s pojmom »sistem zdravstvenega varstva« označujejo širše dejavnike zdravja, zato se pojavljajo vprašanja, kam potemtakem sodijo javno zdravje in vsebine pod promocijo zdravja. S tem se strinjajo tudi Duran in drugi (2012, 20), ko pravijo, da če je definicija zdravstvenega sistema omejena le na zdravstveno varstvo, potem bo izključila velike možnosti izboljšati zdravje (saj so pri tem pomembne tudi druge politike – politika izobraževanja, varovanja okolja ali kmetijska politika).

Tudi Toth (2003, 97), ki uporablja izraza širši in ožji sistem zdravstvenega varstva, »širši sistem zdravstvenega varstva« opredeli kot celotno dejavnost človeštva in vse dejavnike okolja, ki vplivajo na zdravje. Ob tem navaja, da je znotraj sistema zdravstvenega varstva posebej pomembno poznati druge podsisteme, ki pomembno vplivajo nanj: družbeno-politični ali zakonodajni podsistem, ekonomsko-socialni podsistem, podsistem zdravstvene varnosti oziroma zdravstvenega zavarovanja, podsistem naravnega okolja, podsistem zdravstvenih dejavnosti in zmogljivosti. Papanicolas (2013, 45) nadalje dodaja, da je zdravje rezultat velikega števila dejavnikov. Na nekatere od njih se da vplivati na kratki rok (varnost), na druge dejavnike neposredno vplivajo akterji v sistemu zdravstvenega varstva (izboljšanje zdravstvene oskrbe), medtem ko na nekatere dejavnike lahko vplivajo akterji, ki so posredno povezani z zdravjem šele dolgoročno (okoljska politika). S tem se strinjajo tudi Duran in ostali (2012, 23), ko pravijo, da na zdravje vplivajo še aktivnosti resorjev, katerih primarni

cilj ni zdravje. Parlamenti, podjetja in posamezniki s svojimi odločitvami vplivajo na zdravje (s stanovanjsko politiko, socialno ali fiskalno politiko) in kljub temu, da te niso vključene v definicijo zdravstvenega sistema, si morajo (državni/javni) organi, zadolženi za zdravje, prizadevati ter vplivati na njih.

Ožjo definicijo »sistema zdravstvenega varstva« Toth (2003, 100) poimenuje kot »sistem zdravstvene dejavnosti«. Dodaja, da ožje definicije sistema zdravstvenega varstva ni mogoče natančno opredeliti, saj nikjer na svetu ni dveh sistemov, ki bi bila povsem enaka. Prihaja do razlikovanja po vsebini, kot po obsegu nalog sistema, njegovi organizaciji, upravljanju. V splošnem pa sistem zdravstvenega varstva po Tothu (2003, 93) pomeni »zavestno, organizirano ter usklajeno delovanje in prizadevanje posamezne države za doseganje ciljev boljšega zdravstvenega stanja in kakovosti življenja ljudi«.

Če torej upoštevamo, da zdravstveni sistem vključuje vse dejavnike, ki vplivajo nanj, potem na eni strani ne obstajajo meje niti jasne upravljalne vloge ali jasne odgovornosti. Na drugi strani pa, v kolikor promocijo zdravja vidimo zunaj okvira zdravstvenega sistema, to pomeni zelo ozko definicijo zdravstvenega varstva, kar je omejujoče, saj ustvarja nepotrebno delitev in lahko pod vprašaj postavlja dolžnost zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev ter zdravstvenih ministrstev, da vključijo promocijo zdravja v njihovo delo (Duran in drugi 2012, 21). S tem se strinja tudi Papanicolas (2013, 45), ki svetuje, da če promocija zdravja ali javno-zdravstvene vsebine lahko izboljšajo cilje zdravstvenega sistema, naj se jih vključi v okvir zdravstvenega sistema. Hkrati še dodaja, ne glede na to, kako ozko so določene meje sistema zdravstvenega varstva, bodo dejavniki tveganja vplivali na končni cilj in bi morali biti zaradi tega prepoznani.

Nadalje Toth (2003, 93) navaja, da je sistem zdravstvenega varstva vsebovan iz odprtih, obsežnih in zapletenih sistemov, z velikim številom elementov, ki vanj vstopajo. Dodaja še, da je sistem zdravstvenega varstva med najbolj izpostavljenimi sistemi, saj se v njem prepletajo velika pričakovanja in želje ljudi, kot tudi nosilcev interesov, političnih, strokovnih in drugih odločitev o uresničevanju le-teh.

Ugotavljamo, da ni mogoče najti enotne definicije zdravstvenega sistema, saj ne obstajata dva enaka zdravstvena sistema. Poleg tega so zdravstveni sistemi izjemno kompleksne tvorbe. Zato, kot predlaga Toth (2003, 97), je najbolje, da sistem zdravstvenega varstva proučujemo v najširšem pomenu besede takrat, ko želimo ugotoviti, »kje v družbi ali okolju se pojavljajo dejavniki, ki ogrožajo zdravje ali omogočajo njegovo izboljšanje /ter da/ vedno postavlja v

ospredje zdravje celotnega prebivalstva države /.../ in manj zdravstvene potrebe posameznika«. Toth (2003) torej v širšo definicijo sistema vnese javno zdravje in izpostavi široko opredelitev pojma kot »zamudno in težko pregledno«. Po njegovo tako široke definicije uporabljamo, ko želimo »ugotoviti, kolikšna so vlaganja v zdravstveno varstvo in kakšni so njegovi rezultati«. Po njegovem mnenju se strokovnjaki odločajo za ožje definicije. Papanicolas (2013, 45) ob tem dodaja, da je izjemno pomembno prilagoditi definicijo zdravstvenega sistema ljudem in institucijam, ki so odgovorne za izboljšanje zdravja. V kolikor so postavljeni trdni argumenti v prid bodisi širšemu ali ožjemu pomenu besede zdravstveni sistem, potem ni pravega odgovora na vprašanje, kje so postavljene meje zdravstvenega sistema (Papanicolas 2013, 45).

V definicijo je treba vključiti tudi cilje in funkcije zdravstvenih sistemov. Duran in drugi (2012, 23) izpostavljajo, da je glavni cilj zdravstvenega sistema izboljšati zdravje, kljub temu, da se to odraža tudi na drugih sistemih, to pa vpliva na ekonomsko blagostanje ali doseženo izobrazbo. Po kriterijih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO 2000) so cilji zdravstvenega sistema trije: (i) izboljšanje zdravja celotne populacije; (ii) izboljšanje odzivnosti zdravstvenega sistema do prebivalstva; ter (iii) pravičnost pri plačevanju finančnih prispevkov.

Da pa bi zdravstveni sistem dosegel te cilje, mora po mnenju Durana in ostalih (2012, 23) izpolnjevati določene funkcije, kar pa je, kot spoznava Reinhardt (2008, 11), ključno za razlikovanje med javnim in zasebnim zdravstvenim sistemom, saj se lahko na podlagi teh razlikovanj določi, kdo vsako posamezno funkcijo najbolje tudi zagotavlja. Po Reinhardt (2008, 11), mora vsak moderni zdravstveni sistem zagotavljati naslednje funkcije:

- (i) financiranje zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene varnosti. Gre za proces pretoka denarja iz gospodinjev oziroma posameznikov, ki so zadnji plačnik v celotnem zdravstvenem varstvu, bodisi v obliki davkov ali taks;
- (ii) zaščito posameznika, da ob potrebi po zdravstveni storitvi, ne more zaiti v finančne težave;
- (iii) zagotavljanje zdravstvenih storitev, ki so, kot dodaja Toth (2012, 136), po državah raznolike, saj so odvisne od potreb ljudi, razpoložljivosti virov in tradicij;
- (iv) preudarno ravnanje z dobrinami in storitvami;

(v) upravljanje zdravstvenega sistema. Upravljaivec upravlja zdravstveni sistem na tak način, da zagotovi varnost, kakovost, integriteto in poštenost med različnimi igralci, ki sodelujejo v zdravstvenem sistemu. Duran in drugi (2012, 25–7) menijo, da dober skrbnik spodbuja strukturne mikrosisteme (zdravstvene domove, bolnišnice ipd.), da se odzivajo na posameznikove in družbene potrebe s primernim osebjem, storitvami, medtem ko dober skrbnik prilagaja tudi odnose med interesnimi skupinami, to je na primer na trgu zdravstvenih zavarovanj.

Vsaka funkcija posameznega zdravstvenega sistema je pomembna zlasti v povezavi z ostalimi. Pomembno je, kako posamezni deli zdravstvenega sistema tvorno sodelujejo (Duran in ostali 2012, 26), saj kot dodaja Toth (2012, 102), se vsako od teh področij deli naprej. »Kombinacije teh posebnosti po posameznih področjih predstavljajo nacionalni sistem zdravstvenega varstva, hkrati pa poudarjajo njihove značilnosti in razlike«. Vse našteje funkcije, zmogljivosti, finančni viri, organizacija ter upravljanje zdravstvenega sistema stremijo k dostopnosti storitev prebivalstvu, s tem pa prinašajo zdravje (Toth 2012, 135).

Kdo omenjene funkcije zdravstvenega sistema najboljše izvaja, je odvisno od dveh dejavnikov. Na eni strani si je potrebno odgovoriti na več vprašanj, ki temeljijo na podlagi političnega konsenza in etničnih načel. Ali naj bo zdravstvena oskrba na voljo vsakemu posamezniku? Ali naj plačila za zdravstveno varstvo temeljijo izključno na odgovornosti prodajalca ali bi bilo to nepravilno? Je etično sprejemljivo, da posameznik zaradi plačil za zdravstveno oskrbo zapade v slabo finančno stanje? Na drugi strani pa je to odvisno od izvajalcev teh funkcij. Bodisi so to vlade, neprofitne organizacije, profitne organizacije, ali vsi skupaj. Da bi lahko raziskali ta dva dejavnika je potrebno razločiti med javnim in zasebnim zdravstvenim sistemom (Reinhardt 2008, 12), zato bomo v nadaljevanju magistrske naloge opredelili razlike in podobnosti med njima.

Na primerih praks držav najdemo razlike v nalogah, organizaciji, upravljanju in drugih značilnosti posameznega zdravstvenega sistema. Razloge zato, da med vsemi državami ni dveh istih zdravstvenih sistemov, gre iskati v družbeni ter gospodarski ureditvi, in/ali razvoju države. Če želimo poiskati najbolj primeren zdravstveni sistem si je potrebno odgovoriti še na vprašanje, zakaj se ureditve med državami razlikujejo, in ne le kakšni so sistemi ter v čem se razlikujejo (Toth 2003, 100).

2.2 Klasificiranje zdravstvenih sistemov

V nadaljevanju magistrske naloge bomo razvrstili zdravstvene sisteme glede na njihove značilnosti in jih klasificirali. To je po navajanju Freemana in Frisine (2010, 163), ključno za

primerjavo zdravstvenih sistemov. Pri čemer Toth (2003, 141) dodaja, da nam bo takšna klasifikacija omogočila, da prepoznamo najpomembnejše značilnosti posameznega zdravstvenega sistema.

Klasifikacije zdravstvenih sistemov so se začele v 50. in 60. letih 20. stoletja zaradi povečanega zanimanja za boljše zdravje ter z ugotovitvami držav, da zdravstveno varstvo zahteva vedno večja vlaganja vanj. Države so tako začele iskati možnosti učinkovitega obvladovanja zdravstvenega sistema (Toth 2003, 141).

Po mnenju Freemana in Frisine (2010, 167) je prvo čeznacionalno razvrstitev sistemov zdravstvenega varstva razvil Odin Anderson leta 1963. Anderson (v Freeman in Frisina 2010, 167) tako uvršča sisteme zdravstvenih storitev po tipologiji glede na financiranje in v okviru dostopnosti zdravstvene oskrbe: (i) lahko so razvrščeni glede na to, ali je zavarovanje urejeno glede na javne ali zasebne vire; (ii) druga možnost je razvrstitev glede na to, ali zavarovanje krije vse zdravstvene storitve, od bolnišničnih storitev, zdravnikov, zdravil, ali pa zdravstveno zavarovanje pokriva del le-teh; (iii) tretja opredelitev razvrsti države na to, v kolikšni meri je prebivalstvo zavarovano; (iv) nenazadnje so lahko sistemi klasificirani še na podlagi dejstva, koliko zdravstvenih storitev država ponuja, jih nadzira in uporablja objekte, ali je le kupec storitev, ki ima sklenjene pogodbe z bolnišnicami, zdravniki.

Kot smo ugotovili pri definicijah zdravstvenih sistemov tudi z analizo informacij strokovne literature ugotavljamo, da obstaja več klasifikacij zdravstvenih sistemov. Toth (2003, 141) je zabeležil štiri, pri čemer bomo izpostavili le eno, ki se nam zdi najbolj smiselna za nadaljnje raziskovanje. Ta je opredeljena glede na način zagotavljanja finančnih virov za delovanje zdravstvenega sistema. V tem okviru se izpostavljajo štirje modeli (Toth 2003, 141–5):

(i) Tržni sistem temelji na načelih ravnovesja med ponudbo in povpraševanjem po zdravstvenih storitvah. V tem sistemu poslujejo izvajalci na pridobitni osnovi iz česar izhajajo visoke cene zdravstvenih storitev, država pa skoraj ne posega na področje zdravstvenega varstva. Več kot polovica sredstev za financiranje zdravstvenih storitev predstavljajo prostovoljna zavarovanja. V sistemu ni solidarnosti, zato se storitve plačujejo iz žepa.

(ii) Za razliko od tržnega sistema so države v socialno naravnanih sistemih prevzele financiranje dejavnosti ali uvedle obvezno zdravstveno zavarovanje. Storitve so tako dostopne velikemu delu prebivalstva, v nekaterih primerih morajo le osebe z najvišjimi

dohodki same plačevati za storitve. Opravljanje zdravstvene dejavnosti je v tem sistemu v rokah zasebnikov, bolnišnice pa so lahko javne ali zasebne.

(iii) Komprehivni sistemi zagotavljajo zdravstveno varstvo vsem ljudem, brez izjeme. Taki sistemi so izredno dobro upravljani in organizirani. Med izvajalci se v tem sistemu pojavi tudi majhen delež zasebne oblike zdravstvene službe, a vendar prevladuje javna.

(iv) V socialističnih sistemih so tržne zakonitosti popolnoma izločene. Vsakršno vključevanje zasebnih sredstev v sistem ali opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti ni dovoljeno.

Wendt, Frisina in Rothgang (2009, 167) klasifikacijo opredelijo širše. Sisteme tipizirajo tako, da ločijo tri dimenzije zdravstvenih sistemov: financiranje, zagotavljanje zdravstvenih storitev in upravljanje.

Omenjeni avtorji menijo, da v zdravstvenem sistemu ni le država tista, ki je odgovorna za našete naloge, pač pa tudi nevladni in/ali zasebni akterji. Navedene tri dimenzije združijo v matrico s tremi skupinami akterjev v vsaki dimenziji (3x3x3). Na tak način dobijo 27 kombinacij. Financiranje, upravljanje in zagotavljanje storitev se pojavijo kot dominantni v eni od skupin akterjev: bodisi je to država, nevladni akter ali trg. Kot še ugotavljajo, ena dimenzija ne določa nujno drugih dveh, vendar se lahko pojavi tudi neenakomerna porazdeljenost. Na primer, zasebno financiranje se dopolnjuje z javnim, država pa ima ob tem visoko stopnjo nadzora (Wendt, Frisina in Rothgang 2009, 72). Tri tipe od 27 možnosti lahko tako označimo kot idealno-tipske glede na značilnosti vseh dimenzij zdravstvenega varstva (javni, družbeni in zasebni). Ker je metoda razvrščanja po idealnih tipih izhodišče za merjenje takih sprememb, po mnenju Wendta, Frisina in Rothganga (2009, 71), bomo idealnim tipom namenili naslednje poglavje.

Nadalje pa Böhm in drugi (2012, 9) menijo, da ni vseh 27 kombinacij enako izvedljivih (na primer javno zagotavljanje storitev v povezavi z zasebnim financiranjem), zato klasifikacijo izboljšajo.

Upravljanje, financiranje ter zagotavljanje storitev po Böhm in drugih (2012,11) razvrstimo na hierarhično lestvico. Upravljanje se deli¹ na državno, družbeno in zasebno. Financiranje je dimenzija, v kateri so ključni financerji vlade (javno), skladi socialne varnosti (družbeno),

¹ Dimenzija upravljanja se po Böhm in drugih (2012,11) razdeli še na pet kriterijev (pokritost, sistem financiranja, plačila ponudnikom storitev, dostop (potencialnih) ponudnikov do trga zdravstvene varnosti, dostop pacientov do ponudnikov storitev). Vseh pet omenjenih kriterijev se loči glede na javno, družbeno in zasebno.

zasebne zavarovalnice (zasebno) ter neposredni izdatki iz žepa (zasebno). Zagotavljanje zdravstvenih storitev je dimenzija, kjer je klasifikacija osnovana na izdatkih za hospitalizacijo, zunaj bolnišnične storitve ter farmacevtske izdelke.

Dimenzije niso povsem odvisne ena od druge, vendar sledijo določenemu redu. Upravljanje določa pogoje za drugi dve dimenziji. Financiranje določa pot zagotavljanju storitev, saj ponavadi plačnik določa, kdo bo storitev zagotavljal. Zagotavljanje storitev stoji na dnu hierarhične lestvice, saj nima vpliva na drugi dve dimenziji.

Slika 2.1: Dimenzije zdravstvenih sistemov na hierarhični lestvici

Dimenzije zdravstvenih sistemov na hierarhični lestvici



Vir: Lastni prikaz; povzeto po Böhm in drugi (2012).

Ugotavljamo, da Böhm in drugi (2012, 12–13) 27 kombinacij skrčijo na 10 možnih tipov zdravstvenih sistemov. Razvrstijo jih v tri skupine, in sicer glede na to, v kateri sferi se pojavi upravljanje zdravstvenega sistema. Če je upravljanje zdravstvenega sistema pod neposredno kontrolo države, potem je v tej skupini možnih 6 kombinacij na podlagi treh dimenzij: upravljanja, financiranja ter zagotavljanja storitev. Kot prvo izpostavijo nacionalni

zdravstveni sistem (NHS)², značilen za Veliko Britanijo, skandinavske države, Portugalsko in Španijo, s prevladujočo vlogo države v vseh treh dimenzijah. To kombinacijo določijo kot idealno-tipski model zdravstvenega sistema. Drugo kombinacijo označijo kot *neprofitni nacionalni zdravstveni sistem*, kjer država upravlja in financira zdravstveni sistem, zagotavljanje storitev je v rokah neodvisnih neprofitnih ponudnikov. V tretji kombinaciji vidijo nacionalno zdravstveno zavarovanje (NHI), kjer storitve zagotavljajo pogodbeni profitni ponudniki, katere predstavnice so Avstralija, Irska, Kanada, Nova Zelandija, Italija. Četrta je *etatistični sistem socialnega zdravstva*, v katerem ima država upravljalno vlogo, pri čemer dodeli privilegije za financiranje in zagotavljanje storitev družbenim akterjem (na primer zdravstvenim skladom z lastnimi zdravstvenimi objekti). Peto kombinacijo dobimo, ko je zagotavljanje storitev v rokah profitnih ponudnikov. Imenujejo ga etatistični sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja, v katerega spadajo Nizozemska, Belgija, Francija, Estonija, Češka, Slovaška, Madžarska, Poljska, Izrael, Japonska in Koreja. V šesti kombinaciji je financiranje in zagotavljanje zdravstvenih storitev prepuščeno trgu, vendar je med državo in njimi močna povezanost. Imenujejo ga *etatistični zasebni sistem* (Böhm in drugi 2012, 12–19).

Pri naslednjih treh kombinacijah je upravljanje v rokah družbenih akterjev. Prva kombinacija v tej skupini je idealno-tipski zdravstveni sistem, ki jo imenujejo *socialni zdravstveni sistem*, kjer so vse tri dimenzije v rokah neprofitnih akterjev. Druga kombinacija je socialni sistem zdravstvenega zavarovanja držav po Bismarckovih modelih držav blaginje. V to skupino so umeščene Avstrija, Nemčija, Švica in Luksemburg. Tu družbeni akterji upravljajo bistvene dejavnike sistema, financirane s prispevki za socialno varnost, kjer ponudniki največ storitev izvajajo za dobiček. Tretji in zadnji v tej skupini je *korporativistični zasebni zdravstveni sistem*, ki ga predstavljajo zasebne zavarovalnice, ki imajo komprehensivne kolektivne pogodbe med krovnicami organizacijami na obeh straneh (Böhm in drugi 2012, 12–3).

V tretjo skupino spada le ena kombinacija. Tu se nahajajo Združene države Amerike in ta tip se imenuje zasebni zdravstveni sistem. V zasebnem zdravstvenem sistemu se financiranje nanaša na zasebne zavarovalnice ali na plačila iz žepa. Tudi ta sistem je idealno-tipski, saj je v vseh treh dimenzijah prevladuje zasebna vloga (Böhm in drugi 2012, 13).

² Podčrtane so izvedljive in v praksi obstoječe modalitete (5): nacionalni zdravstveni sistem, nacionalno zdravstveno zavarovanje, etatistični sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja, socialni sistem zdravstvenega zavarovanja, zasebni zdravstveni sistem.

Pa vendar ima tudi taka klasifikacija slabosti. Preveliko poenostavljanje države kot enotnega skupnega akterja ne predvideva razlik med zvezno, regionalno oziroma lokalno ravno. Občina (lokalna raven) ima lahko različne razloge za lastništvo javnih bolnišnic (na primer prestižne bolnišnice, ki niso povezane z cilji zdravstvene politike). Kot drugo, nedelujoče kombinacije so zelo verjetno neizvedljive, a vendar ne popolnoma nemogoče. Pogosto so spremembe v upravljanju, financiranju, ter zagotavljanju storitev postopne, dimenzije pa so merljive, zaradi česar se lahko pojavijo disfunkcionalne kombinacije. In nenazadnje, populacija države je lahko zavarovana na podlagi več podshem, kar lahko zopet privede do zelo verjetno neizvedljivih združitvev (Böhm in drugi 2012, 13).

Med 30 državami Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) avtorji (Böhm in drugi 2012, 13) vsako državo umestijo v določeno skupino. Tako se izoblikuje 6 različnih skupin zdravstvenih sistemov. Pet je izvedljivih in hkrati v praksi obstajajo, eno skupino, *socialni mešani sistem*, pa določijo za zelo verjetno neizvedljivo, kljub temu, da v praksi obstaja. Vanjo umeščajo Slovenijo, saj država izvaja večino storitev zdravstvenega varstva s svojimi objekti, financiranje pa upravlja socialno zavarovalna shema (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – ZZZS).

2.3 Idealno-tipski modeli zdravstvenega sistema

Poleg definicij in klasifikacij zdravstvenega sistema, želimo omeniti kontekst idealno-tipskega, saj je, kot menita McPake in Normand (2008, 120), opredeljevanje zdravstvenih sistemov glede na idealne tipe in njihove značilnosti dobro izhodišče. S tako opredeljitvijo ugotavljamo značilnosti posameznih zdravstvenih sistemov in ob tem:

- (i) dobimo osnovo, iz katere se je posamezni zdravstveni sistem v določeni državi razvil; ter
- (ii) ker lahko z analizo pojasnimo dobre in slabe lastnosti zdravstvenih sistemov.

Tudi po ugotovitvah Freemana in Frisine (2010, 165), je idealno-tipska metoda izhodišče za merjenje sprememb. Ustanovitelj koncepta idealnega tipa (ang. *ideal type*) je Max Weber. Idealni tip je enostransko poudarjanje enega ali več pogledov. S sintezo velikega števila individualnih fenomenov tako dobimo skupen analitični konstrukt. Vendar pa idealnega tipa ne moremo najti nikjer v praksi. Je namreč utopičen (Weber 1949, 90). Wendt, Frisina in Rothgang (2009, 86) poudarjajo, da danes v praksi idealno-tipski zdravstveni sistem ne obstaja. Vendar pa se, kot smo ugotovili v prejšnjem poglavju, glede na klasifikacijo po

Böhm in drugih (2012), dve skupini držav (javnemu in zasebnemu) idealnemu tipu močno približata.

Za razčlenjevanje osnov ter prikaz dobrih in slabih lastnosti posameznih sistemov bomo v tem poglavju govorili o idealno-tipskih oziroma o teoretično čistih modelih zdravstvenih sistemov. Postavili jih bomo vzdolž javno-zasebnega spektra, kjer je na ekstremnem delu ene strani javni, na ekstremnem delu druge strani pa zasebni idealno-tipski model.

S pojavljanjem reform, proti koncu osemdesetih let 20. stoletja, so se v nekaterih zdravstvenih sistemih začele mešati javne in zasebne vloge. Iz tega vidika je današnji zdravstveni sistem posamezne države težko umestiti, saj ima večina zdravstvenih sistemov številčne komponente, ki nosijo značilnosti tako javnih kot zasebnih, različne stopnje in tipe zavarovalnega kritja. Po teh reformah so države s prevzemanjem značilnosti določenega čistega modela dodajale tudi nove rešitve, prevzemale lastnosti drugih modelov, zato ne obstajata dve državi, ki bi imeli popolnoma isti model. Če želimo opredeliti čiste, idealne tipe zdravstvenih sistemov, se moramo postaviti v čas sredi osemdesetih let 20. stoletja, to je pred pojav reform. Tako lahko zdravstvene sisteme postavimo v spekter javno-zasebno (McPake in Normand 2008, 120).

2.3.1 Javni idealno-tipski model zdravstvenega sistema

Javni idealno-tipski model sistema zdravstvenega varstva se opisuje kot model, v katerem financiranje, upravljanje ter izvajanje storitev izvajajo državni akterji (Wendt, Frisina in Rothgang 2009; Böhm in drugi 2012). Pri tem naj ponovno poudarimo, da gre za čiste modele, ki so umeščeni v čas preden so se med njimi začele mešati javne in zasebne komponente.

Semaškov sistem, tipičen za bivše komunistične države Srednje in Vzhodne Evrope, lahko postavimo na ekstremni del javnega spektra. Tipičen primer je bila Nemška demokratična republika. Bil je centraliziran in javno financiran, skoraj vse storitve je pacientom zagotavljal zastoj, zdravstveno osebje je prejelo plače, zasebni sektor je bil ekstremno majhen (McPake in Normand 2008, 120). Uveljavljanje pravice po zdravstvenih storitvah so imeli vsi prebivalci, stroške pa je krila država. Ta je tudi prevzela upravljanje s finančnimi viri. Zasebna dejavnost je bila ukinjena, zato so se morali zasebni zdravniki priključiti državnim službam.

Nadalje lahko na spekter javnega uvrstimo tudi Beveridgev sistem zdravstvenega varstva, značilen za Dansko, Švedsko in Veliko Britanijo, kjer je prevladovalo javno zagotavljanje storitev in javno financiranje nacionalne zdravstvene dejavnosti z doplačilom nekaterih storitev (McPake in Normand 2008, 121). Zanj je torej značilno javno zagotavljanje storitev in financiranje, vendar z nekoliko več komponentami zasebnega, kot je to veljalo za Semaškov sistem. Sistem se financira iz proračuna, bolnišnice so v veliki meri javne, so pa dovoljene tudi zasebne. Upravljanje vodi razvejan javni aparat, kjer odločitve sprejema zdravstveno ministrstvo, naloge pa izvaja nižja raven (Toth 2003, 147–8). Beveridgev in Semaškov model sta izhajala iz prepričanja, da je poddržavljanje sistema ključ za večje zadovoljstvo prebivalcev in višjo dostopnost ter posledično boljše zdravje (Toth 2003, 148).

Bismarckov sistem socialnega zavarovanja, ki je osnovan v Nemčiji ob koncu 19. stoletja, nosi ime po takratnem kanclerju Bismarcku (Toth, 2003 145–6). Pogosto ga opredeljujejo kot standardni model socialnega zavarovanja. Značilen je bil za Zvezno republiko Nemčijo. V tem sistemu so bili prisotni tako javni kot zasebni ponudniki zdravstvenih storitev (McPake in Normand 2008, 120). Cilj sistema je bil politična integracija delavskega razreda (Steffen 2010, 146) in kot dodaja Toth (2003, 146), gre za prvi pravi zdravstveno-zavarovalniški sistem na svetu. Po Steffen (2010, 147) se je sistem izkazal za izjemno obstoječega, saj je preživel največje socialne krize, dve svetovni vojni in zelo raznolike politične režime. Nosilci zavarovanja so postale bolniške blagajne, financiralo pa se je s plačevanjem prispevkov delodajalcev in delojemalcev. Te blagajne so delovale po načelu solidarnosti in vzajemnosti. Sčasoma so blagajne prevzele še eno vlogo, ki je značilna še danes, in sicer so se začele pogajati s predstavniki oziroma združenji izvajalcev (o cenah, plačah ali o drugih pogojih izvajanja dejavnosti). Nekatere države v tej skupini imajo danes obvezno zdravstveno zavarovanje, v nekaterih drugih državah pa imajo določene skupine ljudi lastna socialna zavarovanja. Razvoj teh sistemov je pomenil prenos pravic tudi na druge skupine prebivalstva, kot so družinski člani zavarovancev, upokojenci, kmetje, študentje, vojni veterani. Značilen je za Nemčijo, Avstrijo, Nizozemsko, Slovenijo, Francijo, Belgijo, Luksemburg, Japonsko, Češko (Toth 2003, 146–7).

2.3.2 Zasebni idealno-tipski model zdravstvenega sistema

Zasebni idealno-tipski model zdravstvenega varstva je ureditev zdravstvenega varstva, ki temelji na tržnih zakonitostih. V tem sistemu zdravniki poslujejo z namenom dobička, kar posledično pomeni visoke cene zdravstvenih storitev. Država v sistem skoraj ne posega. Vire

regulirajo zavarovalnice za prostovoljna zdravstvena zavarovanja ali druga podjetja. Poleg tega sistem ne pozna planiranja, kot tudi ne upravljske funkcije. Zasebna sredstva posameznikov predstavljajo več kot polovico vseh sredstev, s katerimi se financirajo zdravstvene storitve. Sistem ne pozna solidarnosti med prebivalci, ki so tako odvisni od lastnih finančnih sposobnosti. Lahko ga imenujemo kot sistem brez sistema, saj je v smislu systemske analize zdravstvenega varstva slabo razvit (Toth 2003, 143).

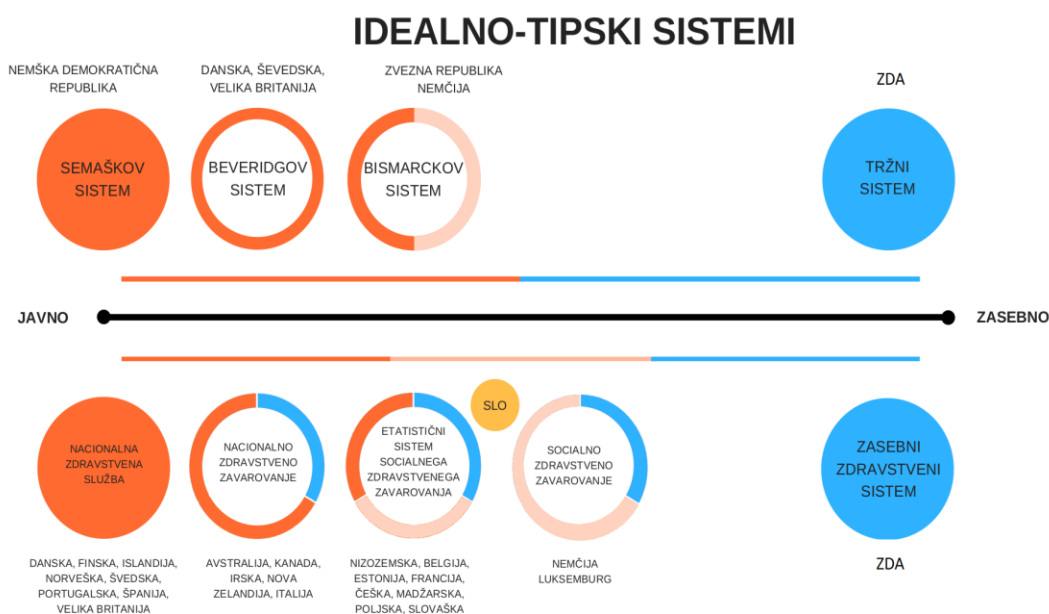
Zasebno, prostovoljno zdravstveno zavarovanje, je zavarovanje, za katerega se posameznik odloči sam in mu ga ne dodeli država. Takšno zavarovanje je imelo pomembno vlogo v nekaterih državah in je obstajalo hkrati z obliko obvezne ureditve, ki je zajemala vse tiste, ki jih je, ali bi jih zasebno zavarovanje drugače izključevalo. V Združenih državah Amerike lahko najdemo takšno situacijo in tu se je od delodajalcev pričakovalo, da bodo poskrbeli za kritje stroškov zaposlenih in tistih, ki so odvisni od njihovega podjetja (McPake in Normand 2008, 200).

Navedli smo teoretično čiste modele, ki spadajo bodisi v spekter javnega ali zasebnega. Teoretični čisto modeli v praksi ne obstajajo, saj kot ugotovimo, gre pri vseh zdravstvenih sistemih za mešanje dimenzij (upravljanja, financiranja, ter izvajanja) po premici javno-zasebno. Böhm in drugi (2012) s svojo klasifikacijo izoblikujejo modifikacije, ki so v praksi izvedljive in obstoječe, kjer v njih najdemo tudi dva idealno-tipska sistema (javnega in zasebnega). Menimo, da so sicer zdravstveni sistemi po svetu mešani, ampak sistema, ki ju v svoji analizi Böhm in drugi (2012) določijo kot idealno-tipska, lahko najbolj približamo ekstremnemu delu javnega oziroma zasebnega. V javnem država prevladuje v vseh treh dimenzijah. Pri zasebnem idealno-tipskem sistemu pa v vseh treh dimenzijah prevladuje trg.

Na spodnji sliki (Slika 2.1) želimo prikazati razliko med idealno-tipskimi sistemi na premici javno-zasebno, kjer oranžna barva predstavlja javno in modra zasebno. Po McPake in Normandu (2008, 120) so le ti obstajali pred pojavljanjem reform, proti koncu osemdesetih let 20. stoletja, ko so se začele mešati javne in zasebne vloge v večini zdravstvenih sistemov (zgornji del slike), ter na drugi strani zdravstvene sisteme, ki so, po Böhm in drugih (2012), izvedljivi in obstoječi danes v praksi (spodnji del slike). V nadaljevanju magistrske naloge želimo razložiti glavne značilnosti zdravstvenih sistemov, ki se nahajajo na premici javno-zasebno, zato smo družbeno vlogo (svetlo oranžne barve), kot jo opredelijo Böhm in drugi (2012), umestili v javno sfero. Ključni razlog je ta, da v splošnem zasebni zdravstveni sistemi delujejo z glavnim ciljem doseganja dobička, kar pa ne velja za javne sisteme, ki delujejo s

ciljem ustvariti družbeno blaginjo (in sem spada tudi družbena sfera). Sistema na skrajnih delih premice se najbolj približujeta idealno-tipskim, vmes pa so sistemi, kjer so vse tri dimenzije zdravstvenih sistemov mešane. Na sliki je vidno tudi to, kako so države začele, z reformami zdravstvenih sistemov, spreminjati dimenzije zdravstvenih sistemov iz javnih v zasebne (več modre barve na spodnji sliki).

Slika 2.2: Zdravstveni sistemi na premici javno-zasebno



SISTEMI IZVEDLJIVI IN OBSTOJEČI V PRAKSI

Vir: Lasten prikaz; povzeto po McPake in Normand (2008) ter Böhm in drugi (2012).

2.4 Prednosti in slabosti javnega in zasebnega zdravstvenega sistema

Do sedaj smo v magistrski nalogi ugotovili, da so zdravstveni sistemi kompleksne tvorbe in da do razlik zaradi raznovrstnosti ter zapletenosti sistemov prihaja že pri njihovem definiranju. Tudi njihovo klasificiranje pokaže na vrsto izzivov, saj so v današnjih, obstoječih sistemih, meje med javnim in zasebnim zamegljene. Glede na analizirano literaturo lahko sicer z gotovostjo trdimo, da so zdravstveni sistemi po večini mešane tvorbe. V nekaterih dimenzijah prevzemajo javne (oziroma družbene), v drugih pa zasebne vloge. Pa vendar, glede na to, kdo ima prevladujočo vlogo pri dimenziji upravljanja zdravstvenega sistema, jih na premici javno-zasebno opredelimo bodisi v javno bodisi v zasebno sfero. Na eni strani

javni zdravstveni sistem tako temelji na načelih solidarnosti in univerzalnosti. Na drugi strani zasebni zdravstveni sistem deluje pridobitno in v tem sistemu je dobiček primarno vodilo.

Zgodovinsko gledano se je zdravstveno varstvo razvilo centralizirano in netržno v večini držav, kar sicer ne velja za Združene države Amerike (Gaynor in drugi 2010, 2). V zadnjih 25 letih narašča pritisk na javne finance sodobne države blaginje in to je pripeljalo do povečanega pomena tržnih mehanizmov v zdravstvenem sistemu. Tako so se začeli pojavljati trendi kot so: privatizacija, nagibanje k upravljavskim vlogam, naraščajoče financiranje iz zasebnih sredstev. Vpeljava tržnih politik naj bi brzdala rast izdatkov za zdravstvo ter vpeljala konkurenčnost (Łyszczarz 2016, 170). Že leta 1963 je Nobelov nagrajenec Keneth Arrow ponudil razlago, zakaj tržna logika v zdravstvu ne deluje. Pa vendar so bile v kar nekaj evropskih državah (na primer v Veliki Britaniji, na Nizozemskem, v Belgiji) vpeljane tržno naravnane reforme (Gaynor in drugi 2010, 2). Po vpeljavi reform se tako poraja vprašanje, ali je to primeren način za izboljševanje zdravja oziroma boljših rezultatov v zdravstvenem varstvu. Kot odgovarja Łyszczarz (2016, 170), rezultati, ki jih je po vpeljavi reform možno videti že danes, pokažejo, da tržno usmerjene reforme niso pripeljale do izboljšane kontrole nad izdatki za zdravstvo, temveč so povzročile neenakosti v zdravstvu.

Poudariti je potrebno, da je glavni cilj zdravstvenega sistema zagotavljanje zdravja. Zdravstveni sistem je dober šele takrat, ko »zagotavlja kakovostne storitve vsem ljudem, kadarkoli in kjerkoli jih potrebujejo«. Da pa lahko dober zdravstveni sistem deluje, v splošnem zahteva »stabilen finančni sistem, dobro usposobljen in ustrezno plačan kader, politike in odločitve, ki temeljijo na zanesljivih informacijah, dobro vzdrževane objekte in logistiko za dobavo kakovostnih zdravil in tehnologij« (WHO 2017a). V nadaljevanju magistrske naloge bomo podrobneje razčlenili temeljna načela javnega (solidarnost, univerzalnost) in zasebnega (konkurenčnost v povezavi s kakovostjo) zdravstvenega sistema. Zanimale nas bodo prednosti in slabosti obeh sistemov v povezavi z njunimi lastnostmi.

Solidarnost in univerzalnost

Solidarnost v zdravstvenem sistemu pomeni enako obravnavo za vse prebivalce. V obstoječi praksi zdravstvenih sistemov na eni strani pomeni enak dostop do zdravstvenih storitev, z enakim kliničnim izidom zdravljenja za vsakega posameznika, ne glede na njegov socialni status. Po drugi strani predstavlja načelo tudi proces enakosti, predvsem pri dostopu do zdravstvene nege. Nenazadnje lahko nanj gledamo kot na enakomerno porazdeljenost prispevkov za zdravstveno varstvo med državljani. V severnih evropskih državah s sistemom

osnovanem na davkih (na primer v Veliki Britaniji) gre za pravičnost (ang. *equity*), v skandinavskih državah pa za enakost (ang. *equality*). Je fleksibilen pojem, a v osnovi predstavlja temeljno vrednoto evropskih zdravstvenih sistemov. Do različnega razumevanja prihaja zaradi različnih političnih in ekonomskih obdobj nastajanja sistemov, državnih norm ter strukture zdravstvenih institucij (Saltman 2015, 1–3).

Univerzalnost v zdravstvenem sistemu pomeni, da lahko »vsi ljudje uporabljajo promocijske, preventivne, kurativne, rehabilitativne ter paliativne zdravstvene storitve, ko jih potrebujejo. Storitve morajo biti zadostno kakovostne, da so učinkovite in ob tem zagotavljati, da njihova uporaba ne bo povzročila finančne ogroženosti« (WHO 2017b). Zdravje je prednostna skrb že vseskozi odkar obstaja človeštvo in pomeni zagotavljanje zdravstvenega varstva za vse (Toth 2003; Strban 2008), kar je tudi glavni cilj zdravstvenih sistemov

V državah, ki si ne prizadevajo zagotavljati načela univerzalnosti, kot razlog ponavadi navajajo revščino. Združene države Amerike, ki imajo zasebni zdravstveni sistem, bi vsekakor lahko privoščile zdravstveno varstvo za vse prebivalce na visokem nivoju, a imajo v tem kontekstu nenavaden pogled. Ta je, da kakršnokoli izvajanje zdravstvenega varstva v javnih ustanovah, vključuje tudi neželjeno poseganje v zasebno življenje. Takšno odvrčanje od načela univerzalnosti je posledica političnih odločitev, ki jih pogosto usmerjajo medicinska podjetja in tudi tisti, ki jih usmerja ideologija, da mora država izstopiti iz njihovih življenj in imajo visoko nezaupanje v nacionalno zdravstveno službo, kot je značilna za Evropo. Ob tem pa veliko število revnih držav, ob njihovih pionirskih korakih k javnim politikam, dokazuje, da je osnovno zdravstveno varstvo za vse lahko dosegljivo z zelo nizkimi stroški, če družba in politika igrata vzajemno (Sen 2015, 2).

Argument, da mora država najprej postati bogata, da bi lahko nosila stroške in vsem prebivalcem zagotovila zdravstveno varstvo, ne drži, in to Sen (2015, 3) izpostavi na primeru Tajske. Tu je del državljanov, pred vpeljavo načela univerzalnosti, plačeval za zdravstvene storitve neposredno iz žepa, drugi del, to so privilegirane skupine kot na primer visoki uradniki, pa je bil vključen v sheme obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki jim ga je delno financirala država. Z vpeljavo univerzalnosti v zdravstveni sistem je Tajska bistveno zmanjšala neenakosti med razredi in regijami ter izboljšala dosežke na tem področju: znaten je bil padec umrljivosti ter opazno povečanje življenjske dobe. Podobne rezultate je dosegla Ruanda, ki je vpeljala načela univerzalnosti v zdravstveni sistem, kar je izjemno hitro

prineslo izjemne rezultate. Tudi Mehika, Brazilija, Bangladeš ter indijska Kerala imajo podobne rezultate (Sen 2015, 2).

Prvi najpomembnejši spregledan faktor je dejstvo, da je na osnovni ravni zdravstveno varstvo odvisno od delovno-intenzivne aktivnosti. Ker so v revnih državah plače nizke imajo te manj denarja, ki ga lahko dajejo za zdravstveno varstvo, ampak ga morajo v primerjavi z bogatejšimi tudi porabiti manj, da zagotovijo enake delovno-intenzivne storitve. Drugič, obseg zdravstvenega varstva zagotovljen prebivalstvu, je odvisen od ekonomskih sredstev posamezne države. Ampak, kar je dostopno znotraj teh sredstev, je vsekakor bolj učinkovito in pravično porazdeljeno skozi univerzalno zdravstveno zavarovanje. Zaradi neenake razpršenosti dohodkov v mnogih državah prihaja do neenakosti in nepravičnosti. Če pustimo plačevanje v rokah posameznika, bo tako zdravstveno varstvo odvisno od posameznikovih zmožnosti (Sen 2015, 3–5).

Z univerzalnim zdravstvenim varstvom se osredotočamo tudi na ključne potrebe primarnega zdravstvenega varstva, ki je pogosto spregledano. Če je bolezen odkrita zgodaj, je nega bolnika relativno poceni. Ko zdravstveni sistem ne zagotavlja sistematičnega varstva za vse, se bolezni razvijajo naprej, kar dviguje stroške za zdravljenje. Razvoj enakosti je najpomembnejši rezultat dobro organiziranega univerzalnega zdravstvenega varstva, krepitev učinkovitosti zdravniške oskrbe pa je drugi (Sen 2015, 7). Učinkovitost v zdravstvenem sistemu se najbolj odraža v odgovornosti – to je, plačnikom zagotoviti, da je njihov denar porabljen gospodarno, pacientom, zdravstvenemu osebju ter ostali populaciji pa, da so njihove pravice v zdravstvenem sistemu obravnavane pošteno in dosledno. Neučinkovita raba virov v zdravstvenem sistemu povzroča stroške družbi, ki se najverjetneje kažejo kot izguba potencialnega izboljšanja zdravja. Učinkovitost je torej sposobnost koriščenja virov posamezne države, ki jih ima na voljo, zato da bi dosegla želene cilje (Cylus in Smith 2013, 286).

Univerzalno zdravstveno varstvo pomaga zaščititi ljudi pred širitvijo nalezljivih bolezni ter z epidemiološkim varstvom niža stroške, ki bi nastali kot posledica. Univerzalnost prinaša dosežke tudi iz vidika javnega zdravja, torej za vse prebivalstvo. Pojav ebole bi v državah izvora, v kolikor bi imeli vzpostavljen univerzalni sistem zdravstva, izničili že na začetku. Združene države Amerike so porabile veliko sredstev za zaščito pred razširitvijo bolezni. Zdravstvene storitve morajo biti torej na uporabo vsem, ne le enemu posamezniku (Sen 2015, 4–6).

Nepredvidljive zdravstvene potrebe prinesejo oportunitetne stroške zaradi finančnih virov, ki bi jih porabili za hrano ali obleko, pa jih je potrebno zapraviti za zdravstvene storitve. Zdravstveno varstvo je lahko zelo drago, izraženo relativno in absolutno: tudi cenovno ugodne zdravstvene storitve lahko ustvarijo težke socialne razmere v revnejših gospodinjstvih. Bolezen ali poškodba je lahko povezana z izgubo zaslužka, kar lahko povzroči revščino (Moreno-Serra in drugi 2013, 223–4).

Konkurenčnost in kakovost

Osrednje vprašanje, ki se postavlja pri vključevanju trga v zdravstveni sistem, je: ali konkurenčnost v zdravstvenem sistemu prinaša družbeno optimalno kakovost zdravstvene nege. Kakovost v zdravstvu je temelj, saj prvič, njeni učinki vplivajo na posameznikovo dobrobit, in drugič, razširjenost zavarovanj zaradi zdravstvenih izdatkov (v Združenih državah Amerike) ali provizij za zdravstveno nego brez plačila (v EU) kaže, da kupci zdravstvenih storitev niso v celoti izpostavljeni stroškom, ki jim nastanejo glede na njihove odločitve. Zaradi tega ima v pogledu kupca kakovost bistveno večji pomen kot cena (Gaynor in drugi 2010, 2).

Prakse držav, ki imajo univerzalni zdravstveni sistem, kažejo, da cilji zdravstvenih politik ne morejo biti uresničeni brez vključevanja države. Kot navajata Normand in Weber (2009, 24) je med strokovnjaki močno strinjanje, da trg zdravstvenega varstva ne deluje po sistemu tržnih zakonitosti, kot lahko deluje v drugih sektorjih gospodarstva. Zdravje je človekova pravica, ki bi jo moral uživati vsak. Zdravstvene storitve pa so nujne, da pomagajo ljudem doseči cilj – dobro zdravje. S tem se strinjajo tudi Böhm in drugi (2012, 11–2), ko pravijo, da so zdravstveni sistemi ranljivi za tržne padce, in da je v javnem interesu, da država upravlja zdravstveni sistem, saj lahko tako pridemo do učinkovitega in dostopnega zdravstva za vse prebivalce.

Arrow (1963, 858–64) nadalje opredeli nekaj značilnosti zdravstvenega varstva, ki jih razlikujejo od drugih proizvodov na trgu. Posameznikova potreba po zdravstvenih storitvah je neenakomerna in nepredvidljiva, za razliko od hrane in obleke, ki sta predvidljivi in enakomerni. Zdravljenja tudi ni mogoče napovedati. Pri večini drugih storitev lahko glede na pretekle izkušnje predvidevamo izid, česar pa ne moremo pri hudi obliki bolezni. Zdravstvene storitve premorejo zadovoljstvo le v času bolezni. Hrana je sicer nuja, ampak z zadostnimi prihodki si jo je mogoče kupiti, medtem ko tega ne moremo reči za bolezen. Bolezen ni le tveganje, ampak tudi drago tveganje. Poleg tega kupec zdravstvene storitve ne

more testirati preden jo uporabi, pri čemer je pomemben element zaupanja. Zdravnikov tudi ne moremo enačiti s prodajalci drugih storitev na trgu. Prvi razlog je ta, da sta med zdravniki oglaševanje in cenovna konkurenca izločeni. Poleg tega se zdravnikovi nasveti predvidevajo kot popolnoma ločeni od osebnih interesov. Tretjič, pri zdravljenju ciljne potrebe vodijo posamezni primer in niso omejene glede na finančno stanje posameznika. In kot zadnje, o čemer piše Arrow, družbeno je pričakovano, da bo zdravnikovo podajanje informacij prevladalo nad željo po zadovoljitvi kupca.

Zagovorniki zasebnega zdravstvenega varstva menijo, da lahko proces privatizacije pomaga vladam izpopolniti cilje, kot na primer administrativna in finančna bremena, povečati učinkovitost storitev in s tem dosegati najboljšo vrednost za določen denar. Po njihovem naj bi privatizacija spodbujala motivacijo, za uporabnika razvijala ustrežnejše storitve ter zaradi večje izbire in konkurence dajala kupcu močnejši glas. Vendar je trg v zdravstvu neuspešen. To lahko pripisemo eksternalijam, saj se prednosti dobičkov zdravstvenega ukrepanja ne nanašajo le na posameznika, ampak tudi na družbo – na primer z imunizacijo. Drugi razlog je asimetrija informacij, saj so pacienti slabo informirani o njihovih zdravstvenih potrebah. Nedelovanje trga v zdravstvu lahko pripisemo tudi moralnemu hazardu, saj posameznik ne odgovarja za posledice svojih odločitev, in nenazadnje tudi tveganjem, proti katerim ni mogoče biti zavarovan (Atun 2007, 247–8).

Na primeru širjenja nalezljivih bolezni je Arrow (1963, 854) izpostavil koncept tržnosti. Posameznik, ki ni cepljen, ne ogroža le svojega zdravja, pač pa tudi zdravje celotne družbe. V idealnem cenovnem sistemu bi moral ta posameznik plačati ceno vsem ostalim, katerih zdravje bi bilo zaradi tega ogroženo ali pa bi bila določena cena, ki bi jo drugi plačali njemu, zato da bi se tak posameznik cepil. Tak cenovni sistem v praksi torej ne more delovati, zato je potreben kolektivni poseg v obliki subvencij ali davkov (Arrow 1963, 854–5). Normand in Weber (2009, 25) dodajata, da elementi preventivne primarne zdravstvene oskrbe in promocije zdravja predstavljajo čiste javne dobrine, ki so neizključujoče in nekonkurenčne. To pomeni, da vsak v istem obsegu in isto kakovostno koristi njihove ugodnosti – če jih uporablja ena oseba, ima druga oseba popolnoma enak dostop do teh storitev. Posledica tega je, da ljudje niso pripravljeni plačevati za te storitve in jih zato trg ne zagotavlja. Nasprotno pa zdravljenje predstavlja zasebno, konkurenčno in izključujočo dobrino, ki so jo ljudje pripravljeni plačevati.

Storitve preventivne primarne zdravstvene oskrbe so pogosto premalo cenjene, zato so ljudje za njih pripravljani manj porabljati in tudi manj plačevati. V večini razvitih držav le-te niso zagotovljene v zadostnih količinah, ali niso dovolj kakovostne zaradi nizke kupne moči, pomanjkanja transparentnosti, monopolov in drugih nepopolnosti trga, kar pa vodi v tržne neuspehe. In nenazdanje, rezultate zdravstvene nege je včasih težko meriti in so pogosto v nematerialni obliki. Ljudje pa v splošnem niso pripravljani plačevati za nematerialne koristi (Normand in Weber 2009, 25).

Viri v sistemu brez vmešavanja države (fr. *laissez-faire*) bi bili dodeljeni le tistim posameznikom, ki bi bili zanje ponuditi največ, torej najbogatejšemu sloju prebivalstva. Zdravniki imajo več znanja o zdravju kot pacienti, torej bi lahko izkoristili paciente, ki imajo manj informacij. Prav tako bi posamezniki z višjo sposobnostjo jasnega mišljenja lahko izkoristili tiste, ki tega ne premorejo oziroma imajo manjšo sposobnost. In nenazdanje, predvsem kratkoročno, in najverjetneje tudi dolgoročno, bi posamezniki z bolj prilagodljivimi moralnimi standardi lahko izkoristili posameznike, ki imajo načelne moralne standarde. Jasno se torej kaže, da nobena moderna družba ne bi mogla dolgo tolerirati neomajnega sistema, kot je politika nevmešavanja v zdravstvenem sistemu. Vse od velike depresije nobena družba ni tolerirala takšnega trga, niti za manj zahtevne dobrine in storitve, kot na primer finančne (Reinhardt 2008, 12).

V Evropi se je med letoma 1980 in 2005 pojavilo zmanjševanje državnih aktivnosti in nalog zaradi mehanizmov trga, z večjo konkurenco, predvsem na strani ponudnika, z namenom zagotoviti večjo vpletenost zasebnega sektorja. To lahko povežemo z globalizacijo, ki je povečala konkurenco med državami in potrošništvom, kar je seveda za državo privlačno, da dela bolje in z manj stroški. V devetdesetih letih 20. stoletja so ameriški ekonomisti zagovarjali neoliberalizem kot model, ki ga bi bilo dobro vpeljati v zdravstveni sistem, in izpostavili dobre učinke poseganja trga v zdravstveni sistem. To je vplivalo najprej na Veliko Britanijo, ki je takrat vpeljevala nove reforme, kasneje pa tudi na osrednjo in vzhodno Evropo. K temu je pripomoglo tudi nagibanje od tradicionalnih administrativnih vlog države k bolj upravljavskim vlogam, spremenila se je vloga centra in periferije, uporaba informacijskih tehnologij, nastale so spremembe v pogledih organizacijskih vlog, spremenile so se družbene zahteve. In prav slednje so znatno vplivale na zdravstveni sektor (Atun 2007, 249–50).

Normand in Weber (2009, 25–6) opozarjata na to, da kljub naporu, da bi javnost bolje razumela zdravstvene vsebine, na popolnoma konkurenčnem in preglednem trgu izvajalci kdaj izvajajo nepotrebne storitve in lahko zagotavljajo slabo kakovost storitev po višjih cenah, kot bi bilo potrebno. Izključenost ali neenak dostop za tiste, ki niso sposobni plačil iz žepa za storitve, ali zavarovalniške premije, pa lahko vodi v razlike v zdravstvenih rezultatih. Prav tako lahko slabi regulatorni okvirji na trgih zdravstvenega varstva povečujejo možnosti za neuspehe na trgu.

V primeru neuspešnosti trga, mora vlada razviti strukture in politike, da lahko vpliva na trge zdravstvenega varstva, kar lahko doseže na štiri načine:

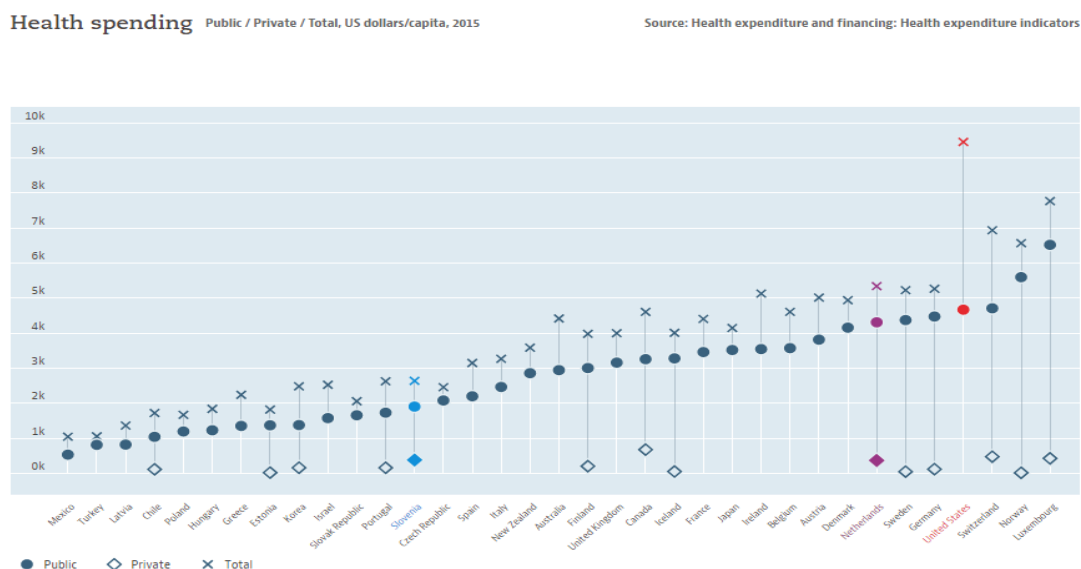
- (i) tržni neuspehi in nepravilnosti morajo biti naslovljeni tako, da izboljšujejo delovanje trga in zvišujejo blaginjo prebivalstva;
- (ii) javne dobrine in dobrine, ki imajo velike pozitivne eksternalije, zahtevajo vpliv vlade, saj jih trg praviloma ni zmožen zagotavljati oziroma jih ne more zagotavljati v zadostnih količinah;
- (iii) zdravje je dobrina na voljo vsemu prebivalstvu, zato so posegi vlade nujno potrebni;
- (iv) dostop do zdravstvenih storitev je človekova temeljna pravica in torej nujno potrebna za zagotavljanje dostopnosti zdravstvenih storitev, predvsem revnejše populacije, ki si jih drugače ne bi mogla privoščiti (Normand in Weber 2009, 26).

Reinhardt (2008, 12–3) prikazovanje večje učinkovitosti zasebnih institucij znotraj zasebnega zdravstvenega sistema kot bolj učinkovitih v primerjavi z javnimi, na primeru Združenih državah Amerike, pokaže za nepravilno. Razlage, da zdravstveni sistemi, delujoči na prostem trgu, bolje nadzorujejo kakovost in stroške kot lahko to počno javne institucije, nimajo empiričnih dokazov. Apologeti privatizacije trdijo, da bi v Združenih državah Amerike državni program (t. i. Medicare), ki se izvaja za starejšo populacijo, lahko postal finančno vzdržen le, če bi postal privatiziran. Zavarovanci bi tako v zasebnem programu plačevali 12 % več kot v državno upravljanem programu. Na tem mestu si Reinhardt (2008, 13) postavi vprašanje, in sicer: če so zasebni zdravstveni programi bolj učinkoviti kot državni, zakaj potrebujejo zasebni programi dodatna vplačila, da lahko tekmujejo z državnim programom Medicare. Poleg tega je državni program Medicare dokazano bolj učinkovit kot zasebno zavarovalniški sektor. Zavarovanci pod 65 letom starosti so v državnem programu Medicare bolj zadovoljni z zdravstvenim varstvom, kot tisti, ki so zasebno zavarovani. Predlog, da bi bil za dostop zasebnega trga v zdravstvu najboljši nadzornik cen in kakovosti v zdravstvu,

nima empirične podpore. Tudi Keber (2017) pravi, da tržnost v zdravstvu ne deluje, saj se je na praksi Avstralije (po dolgem obdobju konservativnih vlad) izkazalo, da so zasebne zavarovalnice in zdravstveni izvajalci od javnih dražji za 10 do 20 %.

Združene države Amerike imajo enega najdražjih zdravstvenih sistemov na svetu. In kot dodaja Mintzberg (2011), kvaliteta zdravstvene nege pa je ekstremno neenaka. Med državami OECD³, poleg Švice, Norveške in Luksemburga, sodijo v sam vrh držav, ki za zdravstvo namenjajo največ denarja. V letu 2015 so Združene države Amerike tako za zdravstvo namenile štirikrat več denarja kot Slovenija. Tudi druge evropske države za zdravstvo namenjajo precej manj denarja (glej Tabela 2.1)⁴(OECD 2017a).

Tabela 2.1: Izdatki za zdravstvo



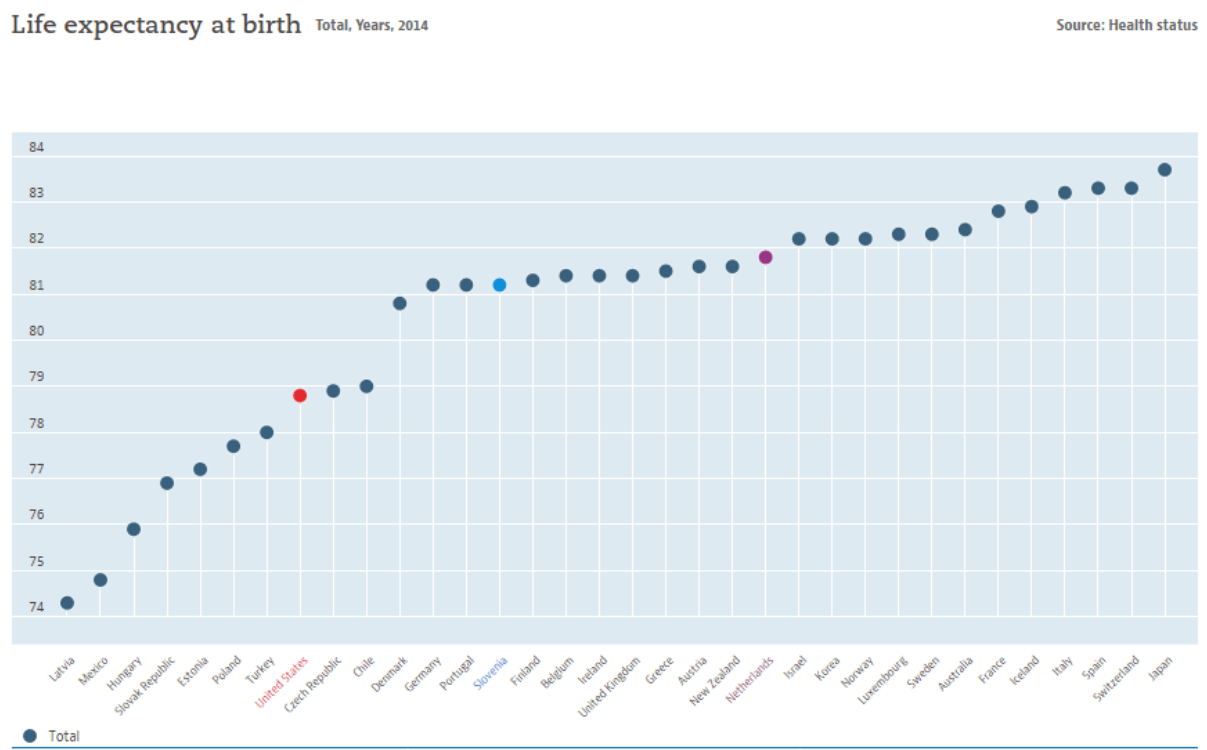
Vir: OECD (2017a).

³ Podatki so zajeti med 36 OECD državami, ki so ekonomsko najbolj razvite države na svetu

⁴ Izdatki za zdravstvo merijo končno potrošnjo zdravstvenih storitev in dobrin. Vključujejo zdravstveno nego (kot so rehabilitacija, kurativa, dolgotrajna oskrba) ter skupne storitve (kot sta preventiva in javno zdravje ter zdravstvena administracija). V ta kazalnik niso vključeni investicijski stroški. »Javno financiranje« pomeni financiranje zdravstvenega varstva s strani države ali prek obveznega zdravstvenega zavarovanja. »Zasebno financiranje« pomeni financiranje zdravstvenega varstva preko prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ali zasebnih skladov: kot so plačila iz žepa, nevladnih organizacij in zasebnih družb. Kazalnik je v Tabeli 2.1 predstavljen kot tip financiranja (javno, zasebno, v celoti) ter v ameriških dolarjih na prebivalca za leto 2015 (OECD 2017a).

Naj omenimo še dva kazalca, ki se ju pogosto uporablja za vpogled v zdravstveno stanje držav. Prvi je pričakovana življenjska doba ob rojstvu in rast le-te kaže na dvig življenjskega standarda, boljšega življenjskega sloga in boljšega dostopa do kakovostnih zdravstvenih storitev. V Sloveniji je življenjska doba ocenjena na 81,2 let. V Združenih državah Amerike je precej nižja, in sicer je ocenjena na 78,8 let. Povprečje OECD držav pa je ocenjeno na 80,5 let. To pomeni, da Združene države Amerike zaostajajo za večino evropskih držav (OECD 2017b).

Tabela 2.2: Pričakovana življenjska doba



Vir: OECD (2017b).

Drugi kazalnik⁵, ki je prav tako eden boljših prikazov delovanja zdravstvenega sistema je število smrti na 1000 živorojenih otrok⁶. Slovenija z 1,8 smrti na 1000 živorojenih otrok je po

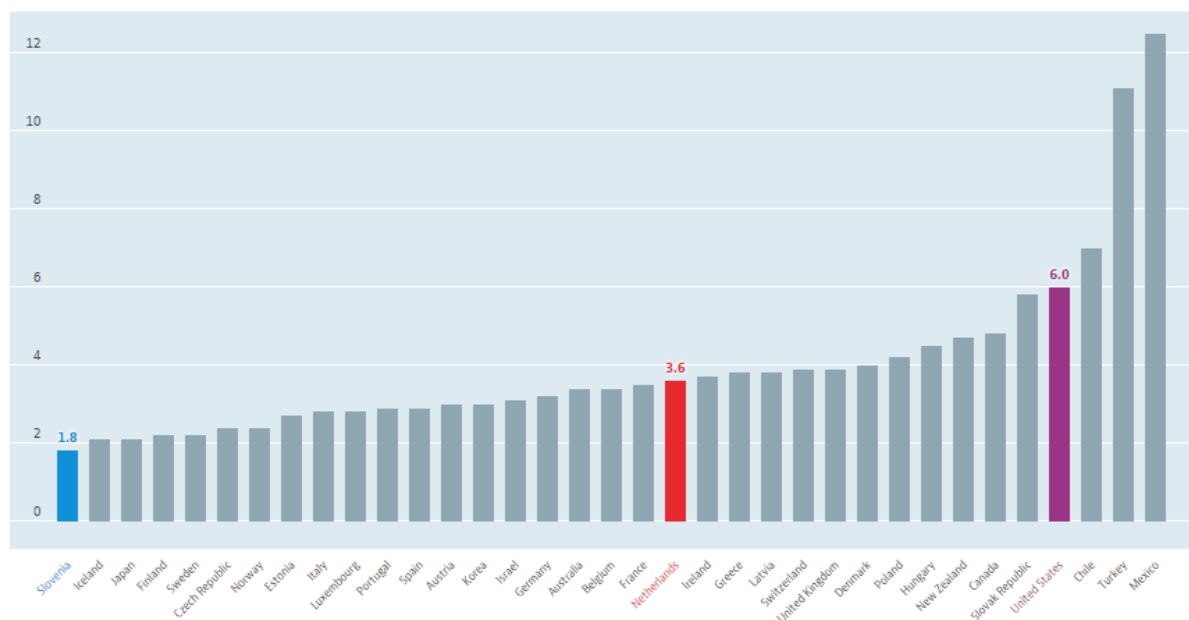
⁵ Pomeni povprečna pričakovana leta novorojenčka, če ne pride do sprememb trenutne smrtnosti. Tabela 2.2 »Pričakovana življenjska doba« kaže podatke za leto 2014 (OECD 2017b).

⁶ Umrljivost dojenčkov v je Tabeli 2.3 izražena na 1000 živorojenih otrok.

tem kazalniku najboljša med OECD državami, Združene države Amerike s 6 smrti na 1000 živorojenih otrok, pa so na repu za vsemi evropskimi državami (OECD 2017c).

Tabela 2.3: Umrljivost dojenčkov

Infant mortality rates Total, Deaths/1 000 live births, 2014 or latest available Source: Health status



Vir: OECD (2017c).

V drugem delu magistrske naloge smo razmejili ključne razlike med javnim in zasebnim zdravstvenim sistemom. Prvi temelji na načelih univerzalnosti in solidarnosti, glavno vodilo drugega pa sta pridobitnost in ustvarjanje dobička. Glede na analizirano lahko trdimo, da prosti trg v zdravstvu ne deluje. Poleg tega so zasebni zdravstveni sistemi za posameznika kot tudi za družbo daleč od optimalnih, saj so, za razliko od javnih zdravstvenih sistemov, neučinkoviti, povečujejo neenakost med prebivalci in jim niso dostopni. Atun (2007, 247–8) Združene države Amerike opredeli kot primer zdravstvenega sistema, kjer so zasebni deležniki močno vključeni v financiranje zdravstva in to kaže na nevarnosti privatizacije: kljub najvišjim izdatkom na osebo na svetu imajo ogromne razlike v dostopu in rezultatih v zdravstvu. In kot dodaja Henry Minzberg (2011) »imajo Združene države Amerike najbolj tržno in najbolj konkurenčno zdravstvo na svetu. Kljub vsemu pa so stroški /tega

zdravstvenega sistema/ najvišji na svetu, kakovost zdravstvene oskrbe pa je skrajno neenaka.«

Financiranje, kot eno od treh dimenzij zdravstvenega sistema, analiziramo v naslednjem poglavju.

II DEL

3 Zdravstveno zavarovanje

»Združene države Amerike kažejo kako škodljiv je zasebni zdravstveni sistem. Za zdravstvo namenijo dvakrat več denarja kot ga namenimo v Sloveniji, pa še vedno ostajajo milijoni ljudi brez njega. Ko enkrat spustiš interese po dobičkih v takšen sistem, ga je toliko težje temeljito spremeniti v smeri javnega interesa. To je vidno tudi pri poskusih ukinjanja slovenskega dopolnilnega zavarovanja, ki trem zavarovalnicam prinaša več deset milijonov dobičkov, s katerimi preprečujejo izvedbo prepotrebnih sprememb.«

Matej Klarič

»Upam, da se vsi zavedamo, da je vsak posameznik edinstveno bogastvo družbe. Te stvari pa se ne dajo izmeriti z denarjem. Srečno socialno okolje je finančno neperspektiven primer za zavarovalnico.«

Iztok Kos

V prvem delu magistrske naloge smo ugotovili, da je financiranje ena od treh dimenzij zdravstvenega sistema, pri čemer je zdravstveno zavarovanje ena od oblik financiranja. V tem poglavju bomo ločili med javnim in zasebnim zdravstvenim zavarovanjem ter opisali razlike med njima. Tudi pri zdravstvenem zavarovanju lahko izpostavimo temeljni načeli, ki razlikujeta med javnim in zasebnim zdravstvenim zavarovanjem. Univerzalnost in s tem finančna zaščita sta bistveni za javno zdravstveno zavarovanje, medtem ko je ustvarjanje dobička oziroma pridobitnost glavna značilnost, ki opredeljuje zasebno zdravstveno zavarovanje. Leta 2000 je SZO (WHO 2017b) izpostavila bistven cilj zdravstvenega sistema, to je poštenost v financiranju zdravstvenih sistemov, s čimer je vse države pozvala k univerzalnemu zdravstvenemu zavarovanju.

Pokritost z zdravstvenim varstvom pomeni delež populacije, ki prejema osnovni paket zdravstvenih storitev in dobrin v okviru javnih programov ali zasebnega zdravstvenega zavarovanja. Vključuje tako posameznika, kot tudi vzdrževane družinske člane. Kot pravi Strban (2005, 31) lahko večino sistemov, ki posamezniku v primeru bolezni in poškodbe zagotavljajo zaščito, opredelimo bodisi kot nacionalne bodisi kot zavarovalne. Zavarovalni sistemi so lahko javni ali zasebni, delujejo pa po načelu povrnitve stroškov ali zagotavljanja zdravstvenih storitev v naravi. Socialna varnost se zagotavlja z različnimi oblikami dajatev, saj

posameznik v primeru nesreč in bolezni sam ne bi zmožgel nositi bremena stroškov zdravljenja. Izpostavimo lahko dva tipa, ki sta tudi najbolj razširjena. Gre za nacionalno zdravstveno službo ter obvezno zdravstveno zavarovanje. Pogosto se ju opisuje kot »nacionalna zdravstvena služba Beveridgevega izvora in socialna zavarovanja Bismarckovega izvora«. V nacionalni zdravstveni službi se sredstva zbirajo iz občinskega ali državnega proračuna, s pobiranjem splošnih davkov. Iz tega razloga imata v tem sistemu tudi lokalna samouprava ali država bolj proste roke pri sprejemanju odločitev, posameznik ima možnost udeležbe pri odločitvah le posredno, prek volitev. Za sisteme obveznega zdravstvenega zavarovanja je značilno prispevno financiranje, zavarovanci vanj vplačujejo prispevke. Imajo tudi večji vpliv pri odločitvah, saj imajo pravico sodelovati v organih upravljanja (Strban 2005, 31–5). Javno zavarovanje so bodisi državni programi, največkrat financirani iz davkov, ter socialno zdravstveno zavarovanje, ki je največkrat financirano z davki na izplačane plače. Zasebno zdravstveno zavarovanje je pogosto prostovoljno, čeprav je lahko z zakonom določeno, ali pa predstavlja dodatno zavarovanje za zaposlene, kot del njihovih delovnih pogojev (OECD 2014, 132). Kot dodaja Toth (2003, 240) so deleži finančnih virov v sistemih socialne varnosti po državah prerazporejeni na različne načine, kar je odvisno od modelov socialne varnosti. Sistemi se tako financirajo s prispevki, z davki zavezancev, s sredstvi proračunov, s sredstvi obveznih zavarovanj, s sredstvi prostovoljnih zavarovanj, iz obresti in/ali z zasebnimi sredstvi.

Uporabniki redno plačujejo stroške za zdravstveni sistem z namenom, da ne bi ob uporabi zdravstvenih storitev prišlo do nesprejemljivih finančnih obremenitev za njih, ali za njihova gospodinjstva (McPake in Normand 2008, 150). Prve oblike zavarovanj so nastale že v starem Babilonu, ko so ljudje začeli spoznavati, da so ogroženi zaradi naravnih pojavov in so se pred njimi želeli obvarovati (Toth 2003, 240). Pri tem Česen (1998, 64) ugotavlja, da je zdravstveno zavarovanje nastalo kot prostovoljno zavarovanje. Obveznega pa je uvedla država šele konec 19. stoletja, medtem ko je po drugi svetovni vojni le-ta doživel razcvet.

Osnovno zdravstveno zavarovanje, bodisi ga nudijo javne bodisi zasebne zavarovalnice, v splošnem krije določeno košarico pravic, v večini primerov na podlagi deljenja stroškov. Posameznik se lahko dodatno zavaruje tudi prek zasebnih zavarovalnic. Med državami članicami OECD je večina držav dosegla univerzalno pokritost stroškov za osnovno zdravstveno varstvo, ali se temu vsaj približuje. To ne velja za dve izmed držav članic OECD-ja, in sicer za Združene države Amerike z zasebnim zdravstvenim zavarovanjem ter

za Mehiko, katere zdravstveno zavarovanje temelji skoraj v celoti na prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju (OECD 2014, 132).

3.1 Zasebno zdravstveno zavarovanje

V zadnjih petdesetih letih politike držav v Evropi nihajo med upravljanjem, trgom ter med merili, ki so spodbujala rast zasebnega sektorja. Med letoma 1980 in 1990 se je nihalo zavihtelo v prid državnemu lastništvu. V tem času so evropske države sprejele štiri vloge, po katerih so izpostavile javni sektor tržnim silam:

- (i) privatizacijo;
- (ii) zunanje izvajanje zasebnega sektorja;
- (iii) vzpostavitev hibridnih organizacij kot kvazi avtonomnih nevladnih organov;
- (iv) modernizirale so delo tistih organizacij, ki so ostale pod kontrolo države (Atun 2007, 248–9).

Danes se prostovoljna zavarovanja pojavljajo po državah iz različnih razlogov, vendar Toth (2003, 240) izpostavlja osrednji razlog – možnost zagotavljanja zadovoljevanja posameznikovih potreb. Sagan in Thomson (2016, 7–8) k temu dodajata, da ljudje sklepajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja zato, da dopolnijo vrzeli javnega zdravstvenega zavarovanja. Tako lahko zavarovanci hitreje dostopajo do zdravstvenih storitev, ali si izboljšajo izbiro ponudnika zdravstvenih storitev. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja se tako razvrščajo glede na njihov odnos do javnega sistema zdravstvenega zavarovanja. Schneider (v Toth 2003, 301) jih razvršča v štiri skupine, in sicer:

»(1) Nadomestna /ali substitutivna/ zavarovanja, ki zagotavljajo kritje stroškov za zdravstvene storitve osebam, ki zaradi previsokih dohodkov, ali iz drugih razlogov niso vključeni v javni sistem /.../;

(2) Dodatna /ali suplementarna/ krijejo zavarovancem stroške za zdravstvene storitve, ki niso sestavina pravic v zdravstvenem sistemu /.../;

(3) /Dopolnilna ali residualna/ zavarovanja so zavarovanja za doplačila, ki bi jih morale osebe neposredno plačati izvajalcem, takrat ko uveljavljajo pravice iz javnega zavarovanja; in

(4) /Vzporedna ali paralelna zavarovanja/ so zavarovanja za storitve, ki so sicer pravica iz javnega zavarovanja ali sistema ter si jih ljudje želijo zagotoviti pod

ugodnejšimi pogoji, kot jim jih lahko omogoči zdravstvena služba v okviru veljavne ureditve.»

V večini držav igra prostovoljno zdravstveno zavarovanje dodatno/suplementarno vlogo. Zavarovanci si z njim izboljšujejo dostop do zdravljenja, večjo izbiro za zdravljenje ali za višji standard. Nadomestna zavarovanja igrajo manjšo vlogo v Španiji in na Češkem. Tukaj služijo kot zavarovanja za tiste, ki ne morejo biti vključeni v javno zdravstveno zavarovanje. Pomembnejšo vlogo imajo na Cipru in v Nemčiji. Nemčija ima namreč največji trg nadomestnih zavarovanj. Vanj so vključeni zavarovanci, ki niso želeli biti vključeni v javno zdravstveno zavarovanje, danes pa nimajo možnosti priključitve, ker presegajo starostno mejo 55 let. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je prisotno v manjšem številu držav. Znatno delež predstavlja v Franciji in v Sloveniji, kjer pokriva storitve, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije v celoti. Na Nizozemskem predstavlja znaten trg, s katerim pokriva tiste storitve, ki so izključene iz javnega zavarovanja (Sagan in Thomson 2016, 12).

V evropskih državah imajo prebivalci že na primer z Zakonom v javnem sistemu zdravstvenega varstva širok obseg pravic oziroma visoko raven varnosti ter so zato vse oblike prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj dopolnitev javnemu zdravstvenemu varstvu (Toth 2003, 280). Kot dodajata Sagan in Thomson (2016, 14), se v evropskih državah prostovoljno zdravstveno zavarujejo prebivalci z višjim socialno-ekonomskim statusom, ljudje v urbanih delih, ali v bogatejših delih države. To pomeni, da prostovoljno zdravstveno zavarovanje povečuje neenakosti in dostop do zdravstvene nege.

Za razliko od evropskih držav pa velik odstotek prebivalcev Združenih držav Amerike nima nobenih pravic iz tega naslova, kar pomeni, da imajo prebivalci Združenih držav Amerike nizko raven zdravstvene varnosti. Iz ureditve zdravstvenega sistema posamezne države izhaja, kakšne oblike prostovoljnega zavarovanja se pojavljajo. V evropskih državah, Avstraliji, Novi Zelandiji in v Kanadi, je značilna visoka stopnja socialne varnosti. V državah, kjer je ta stopnja nizka, pa morajo državljani poskrbeti sami zase. Če imajo prebivalci vsaj minimalnih pogojev za zagotovitev socialne varnosti, izbirajo med zasebnimi ali prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji (Toth 2003, 289–90). Zavarovalnice, ki ponujajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje ponavadi same določajo pogoje pod katerimi bo zavarovanje zagotovljeno in kdo bo upravičen do zavarovanja. Razlog je v strahu zavarovalnic pred napačnim izborom (ang. *adverse selection*). Svoboda, ki je dana zavarovalnicam, odraža dejstvo, da je večina trgov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v

Evropi dodatnih in ne igrajo ključne vloge v zagotavljanju finančne zaščite (Sagan in Thompson 2016, 15–6).

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje se z zakonom omogoča, vendar pa ga zakon ne ureja. Zasebno zavarovanje praviloma temelji na urejanju odnosov med zavarovancem in zavarovalnico, in sicer na individualni pogodbi. Njegov temelj je vzajemnost, kjer imajo zavarovanci občutek neposredne osebne povezanosti med koristmi zavarovanja in višino premije, ki je tudi vir financiranja (Česen, 1998 66). Vzajemnost je značilna tudi za avtomobilsko zavarovanje, a v zdravstvenem sistemu zaradi enotnih premij predstavlja neenakost med revnejšimi in premožnejšimi državljani. Kot opredeljuje Česen (1998, 66–7) je tu dovoljeno izračunavanje rentabilnosti zavarovanja glede na starost in glede na zdravstveno stanje zavarovancev. V njihovo poslovanje se država ne vmešava, nadzira le pravilnost poslovanja prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje pa izvajajo zdravstvene zavarovalnice z namenom ustvarjanja dobička. Pravice do storitev iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja tako ustrezajo osebnemu interesu posameznika, zato se tudi financira na račun zasebnih sredstev.

3.2 Javno zdravstveno zavarovanje

Zdravstveno zavarovanje ter sistem zdravstvenega varstva sta v Evropi nastajala istočasno kot odziv delavstva na težke pogoje v času industrializacije. Ko so delavci zašli v stisko, bodisi so zboleli ali je prišlo do poškodbe na delovnem mestu, tega ni kril delodajalec ali zavarovalnica, prav tako niso imeli nadomestil v času odsotnosti. Zato so delavci in sindikati zahtevali rešitve (Toth 2003 226–7).

Delodajalci in lastniki kapitala so v času industrializacije začeli ugotavljati, da so socialna zavarovanja tudi v njihovih interesih, saj se je povečala produktivnost zaposlenih, s tem pa tudi ustvarjeni dobiček. Reševanje te problematike je trajalo več desetletij in je v državah sčasoma ustvarilo sisteme socialne varnosti. Sprva je bila socialna varnost namenjena le delavcem, sčasoma pa je ta prešla tudi na druge skupine delavstva (za kmete, samozaposlene, javne uslužbence, obrtnike). Ti sistemi so si po državah različni, a jim je skupno to, da prerazporejajo ustvarjen dohodek od skupin z večjimi dohodki k tistim, ki so v slabšem ekonomskem položaju (Toth 2003 226–7). Zdravstveno zavarovanje je v vseh svojih oblikah sestavina socialne varnosti, ne glede na to, če se izvaja v okviru obveznega, ali v obliki komercialnih zavarovanj (Toth 2003, 240).

Javno financirano zdravstveno zavarovanje je običajno obvezno zavarovanje, vpis v to zavarovanje pa je avtomatičen (Sagan in Thompson 2016, 15). Javno (socialno) zdravstveno zavarovanje zagotavlja zdravstveno varnost tudi prebivalcem, ki je sicer ne bi bili deležni. Poleg politične volje vlad je za to vrsto zavarovanja potreben sistem, ki dopušča njegovo izvedbo (Toth 2003, 249). Gre za zavarovanje, ki temelji na načelih enakosti in solidarnosti vseh vanj vključenih oseb. Te plačujejo obvezne prispevke glede na materialne sposobnosti, v zameno pa prejmejo zdravstvene storitve. Sredstva, ki jih vplačujejo zavezanci, razporejajo tako, da jih lahko uveljavljajo tudi tisti, ki bi bili sicer brez zavarovanja oziroma tisti, ki prispevkov niso sposobni plačati. Sistem financiranja je vnaprej znan in stabilen, kar pomeni tudi stabilnost pravic zavarovanih oseb. Poleg tega pa je neodvisno, saj zavarovanci sami upravljajo s prispevki, vlade pa pri tem sodelujejo, soodločajo in vplivajo na oblikovanje ciljev zdravstvene politike. Cilji zdravstvene politike so boljše zdravje za vse državljane, za zavarovance pa tudi boljša dostopnost do zdravstvenih storitev, višja kakovost, krajše čakalne vrste, dobra opremljenost izvajalcev. Stabilen sistem zdravstvenega financiranja zagotavlja izvajalcem stabilnost finančnih virov (Toth 2003, 250).

Kot pravi Toth (2003, 251) pa takšnemu zavarovanju nasprotujejo v državah z velikim številom zasebnih zdravnikov, ki jim je primarno kovanje dobička (npr. Združene države Amerike), in bi imeli z vpeljavo socialnega modela zdravstvenega varstva bistveno manjše prihodke. Ena od slabih strani socialnega zdravstvenega zavarovanja, je pojav moralnega hazarda. Posamezniki želijo včasih uveljavljati pravice za katere ni potrebe, ali pa jih želijo uveljaviti v večjem obsegu, kot bi bilo potrebno oziroma upravičeno. Vendar pa se s tem izzivom srečujejo tudi v drugih sistemih zdravstvenega zavarovanja.

Omenjeni avtor nadalje izpostavlja tudi drugo lastnost socialnega zdravstvenega zavarovanja – to je financiranje s prispevki, saj imajo nad njimi zavarovanci pregled in so namensko porabljena za zavarovance in njihovo varnost. Osnova za izračun prispevkov so plače zaposlenih. Prednosti takega financiranja s prispevki so večja stabilnost celotnega sistema in možnost zavarovancev vplivati na višino, saj so odraz interesov delodajalcev in zavarovancev, ki se seveda ne bodo obnašali v nasprotju z lastnimi interesi in bi na tak način povzročali nestabilnosti v sistemu. Slabost tega sistema pa je, če pride v državi do povečanja brezposelnosti, saj se prispevki odtegnejo od plače zavarovanca. Na drugi strani pa velja pri financiranju zdravstvene dejavnosti iz proračuna ravno obratno, saj gre za politične interese pridobivanja glasov, kar posledično prinaša nestabilen sistem. V tem sistemu se pojavlja

drug, večji izziv – kako uresničiti načelo enakih obveznosti do tistih skupin, ki jim ni mogoče odtegniti prispevka ob izplačilu plače. Gre za kmete, samozaposlene in druge skupine. V večini držav s takim sistemom določajo dogovorjeno osnovo, ki pa ni nujno primerljiva s tistim prispevkom, ki ga plačujejo delodajalci in delojemalci, zato se pojavi vprašanje pravičnosti in enakosti sistema. Katere skupine prebivalstva bodo vključene v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, temelji na ekonomskih in političnih kriterijih države, načeloma pa naj bi v pretežnem delu evropskih držav veljalo, da je obvezno zdravstveno zavarovanje ključnega pomena za socialno varnost ter mora tako biti zagotovljeno vsem prebivalcem (Toth 2003, 257).

Izjemno pomembna je tudi selekcija tveganj (ang. *risk selection*), saj morajo biti vsi posamezniki enako zavarovani, tako tisti z visokimi kot tisti z nizkimi tveganji. Na tak način se zagotovi, da nosilci zavarovanj ne morejo odklanjati ljudi z visokimi tveganji. Ukrep zoper tako preprečevanje selekcije tveganj je na primer zakonsko določilo o obveznosti zdravstvenega zavarovanja več oseb določenega območja ali pripadnikov določene dejavnosti pri istem nosilcu zavarovanja. V kolikor je v državi več nosilcev obveznega zdravstvenega zavarovanja, omogoča enako vzpostavitev enakih pogojev za poslovanje izvajalcev in posledično pomeni tudi enake obveznosti za zavarovance. Izravnava zato v teh državah pomeni nadgradnjo solidarnosti (Toth 2003, 257–8).

3.3 Razlike med javnim in zasebnim zdravstvenim zavarovanjem

V razvitih državah imajo obvezna zdravstvena zavarovanja značilnosti, po katerih jih ločimo od prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Obvezna zdravstvena zavarovanja so urejena in predpisana z zakonom. Njihov temelj je solidarnost vseh do vsakogar, višina prispevka pa je odvisna od višine plače ali druge osnove. Vir financiranja v obveznih zdravstvenih zavarovanjih so prispevki, ki jih plačujejo delodajalci, zaposleni in drugi zavezanci. Tu zaračunavanje zdravstvenih tveganj, na podlagi katerih bi zaračunavali rentabilnost zavarovanja in višino prispevkov, ni dovoljeno. Pri obveznem zdravstvenem zavarovanju ima država močan vpliv in nadzor, saj gre za javno zadevo ter javno odgovornost, kjer mora država zavarovati javno zdravstveno dejavnost kot socialno pravico vseh ljudi. Izvajajo ga državne zavarovalne organizacije z avtonomnim financiranjem. Obvezno zdravstveno zavarovanje je del celovite socialne varnosti, saj so pravice do zdravstvenih storitev iz javnih zdravstvenih zavarovanj med najbolj pomembnimi pravicami iz celovite socialne varnosti (Česen 1998, 64–5).

Nosilci zasebnih zdravstvenih zavarovanj niso države, torej niso obvezna. Zasebna zdravstvena zavarovanja se ne financirajo z javnimi ampak z zasebnimi sredstvi. Med njima v vsebinskem pogledu ni bistvenih razlik (Česen 1998, 65).

Zasebna zavarovanja so soodvisna od javnega sistema zdravstvenega varstva oziroma njegovih izvajalcev (Česen 1998, 65; Toth 2003, 240). Bolj kot so omejene storitve v obveznem zdravstvenem zavarovanju, večji bo obseg prostovoljnih zavarovanj. Iz zasebnih zdravstvenih zavarovanj si prebivalci torej zagotovijo storitve iz zasebnih sredstev in ne skupnih sredstev plačevalcev prispevkov, kot je to značilno za obvezno zavarovanje. To pa lahko pomeni tudi neenakost med zavarovanci. Glede na to, da je načelo enakosti ključni element socialnega zdravstvenega zavarovanja, prihaja znotraj držav do razlik glede pravic med zavarovanimi osebami, najpogosteje med delavci, samozaposlenimi in kmeti (Toth 2003, 240).

Države ne morajo kriti vseh potreb posameznikov, zato si s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji državljani zagotavljajo možnost priti do ugodnosti, ki jim jih javni sistem ne nudi. To je zavarovanje za zdravstvene storitve oziroma za prejemke v primeru bolezni ali poškodb. Gre za dopolnitev socialnemu zdravstvenemu zavarovanju, zato je obe skupaj predstavljata posameznikovo raven zdravstvene varnosti. Na eni strani raven zdravstvene varnosti, za posameznike vključene v javni sistem, ostaja enaka, s prostovoljnim zavarovanjem pa se ta raven zviša po prostih odločitvah oziroma finančnih zmožnostih posameznika. To pomeni razlike med ravnmi zdravstvene varnosti med posamezniki (Toth 2003, 299–300).

Od višine finančnih sredstev je močno odvisno zagotavljanje storitev ostalih osnov in virov dela kot tudi način, količina ter vrsta zdravstvenih storitev. Plačniki s temi sredstvi krijejo stroške za opravljanje zdravstvene dejavnosti, za prostorske zmogljivosti, naprave, plače zaposlenih idr. Glede na to, da imajo države različne ureditve zdravstvenega varstva, so s tem različni tudi izvori teh sredstev, o čemer piše Toth (2003, 122).

V državah z etatističnim načinom upravljanja finančni viri v večjem delu prihajajo iz državnega in/ali lokalnega proračuna. Ta sredstva se zbirajo iz davkov. Sredstva, ki jih za zdravstveno varstvo določi parlament, ministrstvo za zdravje ali drug organ, razdeli med izvajalce po določenih merilih.

V državah s socialnim zdravstvenim zavarovanjem sredstva za zdravstvene programe določajo nosilci zdravstvenih zavarovanj, kar pomeni, da se v teh državah sredstva zbirajo s

prispevki zavezancev (delodajalcev in delojemalcev). Načeloma imajo nosilci zdravstvenih zavarovanj lastno prispevno stopnjo, vendar pa so pri določanju le-teh različno avtonomni.

V državah s socialnim zdravstvenim zavarovanjem tudi država namenja določena namenska sredstva za zdravstvene zmogljivosti, raziskovanje, javnozdravstvene vsebine oziroma druge naloge. Poleg sredstev proračuna pa obstajajo v teh državah dodatni viri za programe zdravstvenega varstva – sredstva prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, donacij, plačila podjetij za posebne storitve za varnost in zdravje pri delu.

V državah, kjer so sistemi zdravstvenega varstva solidarnostni, so ta sredstva minimalna, v tržno naravnanih sistemih ta sredstva prevladujejo. V evropskih državah prevladuje socialni in solidarnostni pristop, zato je tu zdravstvenega varstvo zagotovljeno iz javnih sredstev, ki se dopolnjujejo z zasebnimi viri (Toth 2003, 122–3, 128).

Kot pri javnih oziroma socialnih zavarovanjih, tudi pri prostovoljnih zavarovanjih prihaja do razlik med državami. V državah, kjer imajo posamezniki kritje stroškov za zdravstvene storitve na visoki ravni, je sorazmerno manj prostora za prostovoljna zavarovanja. V kolikor država prebivalcem v sklopu socialnega zavarovanja ponudi manjši obseg pravic, več je možnosti za razvoj prostovoljnih zavarovanj. Potrebno pa je dodati, da je razvitost teh povezana tudi z ekonomsko močjo prebivalstva, saj si ga lažje privoščijo tisti z višjim materialnim statusom (Toth 2003, 299–300). Nenazadnje, če je zavarovanih več ljudi hkrati, to pomeni manj stroškov, kot če je zavarovan vsak le posamezno (Sen 2015, 5).

Tretji cilj zdravstvenega sistema po kriterijih SZO (WHO 2000), je pravičnost pri plačevanju finančnih prispevkov, zato namenjamo pozornost tudi finančni zaščiti, ki je tudi ena temeljnih razlik med javnim in zasebnim zdravstvenim zavarovanjem. Finančna zaščita ima pozitiven vpliv do enakosti v dostopnosti do zdravstvenega varstva ter enakosti v financiranju zdravstvenega varstva. Dostop do najvišjega dosegljivega zdravja za vse državljane, brez da bi pri tem zapadli v težko finančno stanje, je temeljna človekova pravica (Moreno-Serra in drugi 2013, 224). Finančna zaščita izpostavi vprašanje, do katere mere so ljudje zaščiteni pred finančnimi posledicami, ki jih lahko prinesejo bolezni. V zadnjem desetletju vse bolj narašča zavedanje, da morajo zdravstveni sistemi zaščititi državljane z univerzalnim zdravstvenim varstvom, torej da naj bi lahko vsak dobil potrebne in učinkovite zdravstvene storitve. Plačila iz žepa zato predstavljajo katastrofalne posledice za gospodinjstva. Izdatki za zdravstveno varstvo pa nezadržno rastejo (Papanicolas in Smith 2013, 20).

Potreba po finančni zaščiti je povezana s tremi faktorji. Prvič, ne vemo, kdaj bomo zboleli ali se poškodovali, in kako težka bo bolezen oziroma poškodba (Moreno-Serra in drugi 2013, 223–4; Sen 2015, 6). Kot dodaja Sen (2015, 5–6), pacienti prav tako pogosto ne poznajo zdravil, s katerimi se zdravijo, in tudi ne, kako dolgo se bo potrebno zdraviti. Sen (2015, 6) izpostavi glavno razliko med trgom raznih proizvodov, na primer dežnikov in majic ter med zdravstvenimi storitvami. Na trgu kupec (pacient) ve precej manj kot prodajalec (zdravnik) kar izpridi učinkovitost tržne konkurence. To velja tudi za trg zdravstvenih zavarovanj, saj zavarovalnica ne more poznati pacientovega stanja preden ga zavaruje. To pomeni, da je trg zasebnih zdravstvenih zavarovanj nesporno neučinkovit, tudi v najbolj ozkem pogledu delitve trga. Še večji problem predstavljajo zasebne zdravstvene zavarovalnice, če niso regulirane s strani države, saj imajo močan interes izločevati zavarovance, ki predstavljajo visok riziko. Ugotavlja se, da mora država igrati ključno vlogo v delovanju univerzalnega zdravstvenega varstva (Sen 2015, 6) in kot dodaja Keber (2017), se na tak način zavarovalnicam prepreči, da bi same postavljale svoje pogoje.

Z zbiranjem in preplačili se tveganje finančnih izgub zmanjša in na ta način zaščitijo posameznika. Zbiranje in preplačila blažijo finančne posledice, odstranjujejo finančne prepreke dostopa do zdravstvenih storitev ter zmanjšujejo pogostost finančnih stisk. Takšne finančne politike so v državah zagotovljene različno, na primer skozi zbiranje in preplačila davčnih prihodkov, z obveznimi ali prostovoljnimi prispevki posameznikov oziroma delodajalcev. Obseg zbiranja in preplačil v zdravstvenem sistemu vpliva na stopnjo pokritosti prebivalcev z zavarovanjem, v smislu širine (univerzalnost zdravstvenih prejemkov), področja (doseg prejemkov) in globine (razmerja pokritosti prejemkov od zbiranja). Kakovost pokritosti se določa na podlagi tega ali so ljudje zadostno zavarovani proti finančnim posledicam bolezni (Sen 2015, 6).

Finančna zaščita močno prispeva k učinkovitosti in enakosti. Z učinkovitostjo blaginje posamezniki naklonjeni tveganjem pridobijo na varnosti vedoč, da ne bodo zapadli v finančno stisko, če bodo zboleli, in jim zato ni potrebno varčevati ogromnih vsot denarja ali drugih sredstev zato, da bi lahko pokrili najvišje možne finančne izgube. Namesto tega tako plačujejo redne zneske glede na izračunano povprečno tveganje. Vse to pa prinese prednosti ne le posamezniku, ampak tudi družbi. Brez finančne zaščite bi lahko nezmožnost plačevanja za zdravstvene storitve privedla do tega, da jih posamezniki ne bi uporabljali. To pa lahko, na ravni zdravstvenega sistema, zaradi zmanjšanih zdravstvenih rezultatov povzroči

neučinkovitost in večjo porabo virov v kasnejših fazah, ko zdravljenje postane dražje zaradi vse slabšega zdravstvenega stanja. Pojavijo se makroekonomske posledice, saj plačevanje nujne medicinske pomoči pogosto prisili družine v prodajo dobrin. Tako lahko tisti, ki morajo odplačevati dolgove, padejo v socialno stisko, kar lahko vpliva na doseženo izobrazbo, na možnost zaslužka za mlajše generacije. Lahko se zgodi, da bodo zaradi tega otroci v gospodinjstvu primorani šolanje zapustiti predčasno in vstopiti na trg delovne sile, zato da bi pomagali odplačevati dolg. Z zmanjševanjem delovne produktivnosti, pa se lahko slabše zdravje prenaša v nižje plače, nižjo profitabilnost za podjetja, država postane manj privlačna za tuje neposredne investicije, zmanjšuje se ekonomska rast (Moreno-Serra in drugi 2013, 223–4).

Kot zdravstveni sistemi tudi zdravstvena zavarovanja temeljijo na načelih univerzalnosti in solidarnosti (javna), ter na ustvarjanju dobičkov (zasebna). Ugotovili smo, da je za posameznika (in posledično celotno družbo) izjemnega pomena, da se mu z zdravstvenim zavarovanjem zagotovi finančno varnost in zaščito. Iz analize strokovne literature smo ugotovili, da finančna zaščita prinaša enakost in učinkovitost, zato menimo, da trg zasebnih zdravstvenih zavarovanj ni učinkovit. Konkurenca torej tudi na trgu zdravstvenih zavarovanj ne deluje.

V naslednjem delu magistrske naloge bomo bolj podrobno pregledali sistema zdravstvenih zavarovanj Nizozemske in Slovenije ter poskušali izpostaviti njune izzive.

III DEL

4 Nizozemski zdravstveni sistem

»Nizozemski zdravstveni sistem je najdražji v Evropi in ni res, da je najbolj učinkovit. «

Milojka Kolar Celarc

Do leta 1941 nizozemski zdravstveni sistem ni bil reguliran z državnimi predpisi. Zdravniki so lahko prosto določali načela in postavljali cene. Leta 1940 je obstajalo nekaj sto organizacij s področja zdravstvenega zavarovanja. Ti zavarovalci so plačevali splošne zdravnike po glavarini. Proces implementacije obveznega zavarovanja se je dogajal v treh obdobjih. V prvem obdobju, med leti 1940 in 1970, se je nizozemska vlada zavzemala za univerzalno zavarovanje, vključevanje promocije javnega zdravja, zahtevala je minimalni standard kakovosti ter zagotovitev univerzalnega dostopa do osnovnih zdravstvenih storitev. Med leti 1970 in 2000 so stroški za zdravstveno oskrbo nenadzorovano rasli, kar bi lahko ogrozilo cilj univerzalne dostopnosti do osnovne nege. Naraščajoči stroški za zdravstveno oskrbo bi lahko pomenili tudi večje stroške dela. Zaradi tega bi lahko porasla brezposelnost, kar bi škodovalo nizozemskemu gospodarstvu, ki pa je močno odvisno od izvoza. Z uvedbo Zakona o cenah storitev leta 1982 je vlada zato vzpostavila nadzor nad zdravniškimi honorarji in kasneje tudi njihovimi prihodki. Tretje obdobje je časovno opredeljeno od leta 2000 dalje. Že od 1980 je bilo s politikami »od zgoraj navzdol« zaznati nezadovoljstvo na račun učinkovitosti zdravstvenega sistema, zato so se začele pojavljati predloge za reforme, kar je vodilo k ponovnim premislekom o vlogi konkurence v zdravstvenem sistemu. Leta 1987 je komite, imenovan s strani vlade, svetoval tržno usmerjen sistem zdravstvene reforme in nacionalnega sistema zdravstvenega zavarovanja. Na podlagi te ideje je bil leta 2006 osnovan Zakon o zdravstvenem zavarovanju (Van de Ven 2009 771–3).

4.1 Zdravstveno zavarovanje na Nizozemskem

Na Nizozemskem so novo ureditev vpeljali s 1. januarjem 2006. Ta je prinesla velike spremembe v zdravstvenem zavarovanju. Pred novo ureditvijo je imela Nizozemska dvojni sistem zavarovanja, sestavljen iz obveznega javnega zavarovanja in prostovoljnega zasebnega zavarovanja. Z reformo je to prešlo v obvezno zasebno zavarovanje, ki pokriva celotno populacijo. Zavarovanje poudarja posameznikovo odgovornost za zdravje in tržno orientiran model zdravstvenega varstva, ki temelji na regulirani konkurenci in prosti izbiri, ob tem pa še

vedno zagotavlja take vrste solidarnost, da revnim subvencionira plačila (Smith 2012, 7–8). Zakon o zdravstvenem zavarovanju določa zdravstveno zavarovanje, ki ga izvajajo zasebne zavarovalnice, medtem ko ga upravlja država. Cilj zdravstvenih zavarovalnic s tem zakonom je bil povečati učinkovitost v zdravstvu in pravičneje financirati zdravstvene storitve za njihove upravičence (Wammes in drugi 2015, 93). Danes Nizozemci v novo ureditev vpeljujejo spremembe, saj ugotavljajo, da tak sistem ni najbolj optimalen.

Reforma leta 2006 je reforma akutnega sektorja, s katero je takratna vlada vpeljala v zdravstveni sistem regulirano konkurenco in uvedla obvezno zavarovanje za vse prebivalce. Od omenjene reforme so nato sledile še 4 reforme. Leta 2007 zakon, s katerim so vpeljali prvi korak k decentralizirani dolgotrajni oskrbi. 2014 je sledila reforma duševnega zdravja, kjer, če je to možno, je oskrba bolnikov izvajana s strani družinskih zdravnikov. Leta 2015 je sledila velika reforma dolgotrajne oskrbe, ki je prenesena na lokalno raven. Istega leta je bila vpeljana tudi velika reforma psiho-socialne oskrbe mladostnikov, ki je decentralizirala oskrbo na lokalno raven (Kroneman in drugi 2016, 168).

Zasebno zdravstveno zavarovanje je obvezno za vse prebivalce, tudi tujce, ki so davkopllačevalci. Izključeni so le vojaki ter tisti, ki temu zavestno nasprotujejo. Prosilce za azil plačuje država, za ilegalne imigrante prav tako skrbijo določeni mehanizmi (Wammes in drugi 2015, 93). Zavarovalnice so zavezane sprejeti vsakega prebivalca za osnovno zavarovalno pogodbo s takimi premijami, kot jih določa. To pomeni brez izključevanja glede na prej-obstoječe pogoje (Van de Ven 2009, 774). Zavarovanci imajo pravico do menjave zavarovalnice enkrat letno, nekatere police celo dovoljujejo menjavo enkrat mesečno (Maarse 2016, 102).

Od leta 2006 število nezavarovanih letno narašča. V letu 2013 je bilo brez zdravstvenega zavarovanja 30.000 ljudi (manj kot 0,2 %), v letu 2014 pa 2 %. Zavarovalnice prebivalce, ki odstopijo od zavarovanja, javljajo pristojnemu državnemu organu, ta pa kot kazen ljudem odbije premijo v višini 130 % standardne premije od posameznikovega dohodka. Ko tak zavarovanec poplača vse kazni, se mu začne obračunavati standardna višina premije (Wammes in drugi 2015, 93).

Zavarovalnice morajo, določeno z zakonom, nuditi osnovni paket, ki zajema iste storitve za vse: zdravniško oskrbo, ki jo izvajajo družinski zdravniki, bolnišnice, specialisti, medicinske sestre; zobozdravstveno nego do 18 leta (po 18 letu to omejeno na specialistično oskrbo); zdravniško pomoč, predpisana zdravila, materinsko nego, ambulantno in transportno oskrbo

pacientov, paramedicinsko nego, osnovne ambulantne storitve duševnega zdravja za paciente (z nizkimi in zmernimi duševnimi motnjami); specializirano bolnišnično in ambulantno oskrbo duševnih bolnikov s težjimi duševnimi motnjami. Če se taka zdravstvena storitev nadaljuje več kot 3 leta (v letu 2015 se je doba premaknila iz prejšnjih 365 dni na 3 leta), se obravnava kot dolgotrajna oskrba. Dolgotrajna oskrba je ločena od zdravstvenega zavarovanja in je uzakonjena z Zakonom o izrednih zdravniških stroških (ang. *Exceptional Medical Expenses Act*). Nekatere storitve so krite delno ali pa jih zakon ne pokriva, na primer pri fizioterapiji je od leta 2012 dalje pokritih le prvih 20 terapij, z izjemo nekaterih kroničnih bolnikov (Wammes in drugi 2015, 93–4).

Paket, določen z zakonom, je relativno izčrpen, takse pa so za uporabnika izredne. Vsi odrasli nad 18 let morajo plačevati obvezno letno odbitno franšizo, ki je v letu 2015 znašala 375 EUR. Obiski pri družinskem zdravniku, porodniška zdravstvena nega in otroci so izvzeti. Zavarovanci se lahko odločijo plačevati 500 EUR več (skupno torej 875 EUR), v zameno pa plačujejo nižje prispevke. Plačila iz žepa so v letu 2011 znašala 11,9 % zdravstvenih izdatkov. Delodajalci morajo zaposlenim povrniti stroške za prispevek, pri čemer morajo zaposleni od teh stroškov odvesti ustrezen davek. Za nezaposlene, ki ne prejemajo bonitet, kot so na primer samozaposleni, je višina prispevka glede na prihodek določena pri 5,4 %. Prispevki se pobirajo centralno in so razdeljeni med zavarovance glede tveganja in obdavčenja, starosti, spola, zaposlitvenega stanja, regije in zdravstvenega tveganja (Maarse 2016, 102).

Vsebino osnovnega paketa določa država, zavarovalnice pa so odgovorne za nakup zdravstvenih storitev za dobro razmerje med kakovostjo in ceno (Smith 2012, 9). Nizozemska vlada je vpeljala izravnalno shemo, ki preprečuje zavarovalnicam, da bi zavarovale le mlade oziroma zdrave prebivalce (Maarse 2016, 102). 95 % trg obvladujejo 4 zavarovalniški konglomerati, med njimi je eden dobičkonosen (ang. *for-profit*), ostali trije pa so neprofitni (ang. *non-for-profit*) (Wammes in drugi 2015, 94).

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje pokriva zobozdravstveno nego, alternativno medicino, fizioterapijo, okuliste, kontracepcijo in doplačila za zdravila, ki niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje. Pri tem zavarovanju premije in doplačila niso regulirani s strani države, poleg tega je zavarovalnicam dovoljeno pobirati smetano (Wammes in drugi 2015, 95). To pomeni, da lahko določajo, koga bodo zavarovale na podlagi njegovega zdravstvenega stanja. Tako zavarovanje krije tisto, kar ni vključeno v obvezno zdravstveno

zavarovanje. Izpostaviti je potrebno, da zaradi tega zavarovanja zavarovanci ne pridejo do hitrejše obravnave ali nimajo povečane izbire do zdravnikov. Večina prebivalcev se zmotno odloči za tako zavarovanje, saj menijo, da bi lahko utrpeli večje tveganje zaradi naraščajočih stroškov zdravstvene oskrbe (Wammes in drugi 2015, 95).

Med letoma 2008 in 2012 so prihodki od premijskih dohodkov prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja narasli iz 3,9 milijona na 4,7 milijona EUR. Od leta 2012 ti enakomerno upadajo. V 2014 so tako znašali 4,3 milijone EUR. Dobiček od prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja občutno upada, saj je iz 436 milijonov EUR v 2012 upadel na 154 milijonov EUR v 2014 (Vetkis v Maarse 2016, 102). Kljub temu pa prostovoljno zdravstveno zavarovanje ostaja pomemben marketinški instrument za zavarovalnice v shemi Organa za zdravstveno zavarovanje (*HIA – Health Insurance Authority*) (Maarse 2016, 102). Administrativni stroški za leto 2014 so znašali 13,4 % celotnega dobička od premij, kar je precej višje kot administrativni stroški v državni shemi (HIA), ki so isto leto znašali 3,5 % (Vetkis v Maarse 2016, 102–3).

Nizozemci so nenaklonjeni tveganjem, saj je bilo v 2006 zavarovanih 93 % prebivalstva, leta 2015 pa je delež padel na 84 %. Glavni razlog za upadanje so visoke premije prostovoljnega zavarovanja, ki so se podražile z uvedbo novega zakona (Maarse 2016, 102), in sicer iz 222 EUR v 2006 na 314 EUR v 2013 (Vetkis v Maarse 2016, 102). Drugi razlog je v tem, da prebivalci storitve, ki niso vključene v HIA shemo, raje plačujejo neposredno, saj imajo občutek, da košarica prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja krije storitve, ki jih ne bodo nikoli potrebovali ali koristili (Maarse 2016, 102).

Stroški zdravstvenega zavarovanja so izraženi v deležu BDP in so med leti 1950 in 2010, narasli iz 3 % na 12 %. Do leta 2008 je bila Nizozemska v povprečju med državami članicami OECD. V letu 2009 pa je zaradi vključitve dolgotrajne oskrbe delež narasel na 12 %. Zaradi tega se relativni položaj Nizozemske ni spremenil. V letu 2014 so javni izdatki za zdravje in dolgotrajno oskrbo znašali 87 % celotne skupne porabe za zdravje, plačila iz žepa 5,2 %, prostovoljno zdravstveno zavarovanje pa 5,9 %. Javni izdatki za zdravje in dolgotrajno oskrbo so iz 4,6 % v letu 2000 narasli na 9,5 % BDP v letu 2016 (WHO 2016). Razlog za to je vključitev prejšnjega zasebnega zdravstvenega zavarovanja v enotno univerzalno in obvezno shemo zdravstvenega zavarovanja (Maarse 2016, 101).

Pred letom 2006 je bilo nizozemsko zdravstveno zavarovanje tradicionalno razdeljeno med javno zdravstveno zavarovanje, ki so ga urejali skladi za bolezni in je pokrivalo 63%

prebivalstva ter kompleksen sistem nadomestnih zasebnih zavarovanj v višini 37%. Nova ureditev je združila obe obliki zavarovanja v enotno shemo, ki pokriva vse zakonite rezidente, vključno s tujci, ki delajo na Nizozemskem. Prav tako je z novo ureditvijo zavarovanje postalo obvezno (Maarse 2016, 101–2).

Zdravstvene sisteme na premici javno-zasebno določamo glede na to, kdo nosi upravljavsko vlogo. Pomembno je torej izpostaviti, da je kljub zasebnemu zavarovanju, nizozemski zdravstveni sistem, javni zdravstveni sistem. Država ima v tem sistemu še vedno močno upravljavsko in nadzorstveno vlogo. Kljub temu, da je HIA shema zasnovana na temelju zasebnega prava, s katero upravljajo konkurenčni zasebni zavarovalci, pa njeno dostopnost upravljajo državni predpisi, kar jo dela javnega izvora (Maarse 2016, 101–2). Sistem zdravstvenega zavarovanja pa je z reformo leta 2006 postal zaseben.

Cilj reforme 2006 je bil namreč povečanje učinkovitosti v zdravstvenem sistemu. Z decentralizacijo zdravstva in uvajanjem regulirane konkurence je tako takratna vlada želela izboljšati zmogljivost zdravstvenega sistema, ter z uvajanjem istih pogojev za zavarovance in zavarovalnice krepiti vloge prebivalcev, zavarovalnic in izvajalcev v taki meri, da bi bili stimulirani uporabljati vire bolj učinkovito. Prebivalci naj bi pridobili več finančnih obveznosti, več moči ter več izbire pri njihovih odločitvah. Z reformo je takratna vlada želela, da bodo zavarovalnice vložile več truda v nakupe storitev za njihove zavarovance po ugodnih razmerjih med cenami in storitvami, zato ker naj bi bile te bolj prilagojene posameznikovim individualnim potrebam (Kroneman in drugi 2016, 166).

Konkurenčnost naj bi vodila v dostopnejše in bolj kakovostno zdravstvo. Kot rezultat so se vzpostavili trije trgi: trg zdravstvenih zavarovanj (kjer zavarovanci izberejo na trgu eno zavarovalnico in se pri njej zavarujejo), nabavni trg zdravstvenih storitev (kjer zavarovalnice kupijo storitve za zavarovance od ponudnikov zdravstvenih storitev) ter trg izvajanja zdravstvenih storitev (kjer pacient obišče zdravnika po svoji izbiri, sicer ima pri tem nekaj omejitev) (Kroneman in drugi 2016, 171).

Reforma ni bila uspešna pri obvladovanju stroškov zdravstvenih provizij. Rezultati kažejo na to, da so stroški med letoma 2007 in 2012 narasli v vseh sektorjih. Le v sektorju javnega zdravja ter farmacevtskem sektorju je prišlo do zmanjšanja stroškov (zaradi rezov javno zdravstvenega proračuna ter politik zdravstvenih zavarovalnic pri zdravilih). Eden izmed razlogov za naraščanje stroškov je ta, da zavarovalnicam primanjkuje orodij, znanj ter podatkov, da bi lahko postali učinkoviti pri nakupih zdravstvenih storitev in da bi vplivali na

izvajalce do te mere, da bi zniževali stroške. Kljub temu, da je reforma znižala cene bolnišnične nege, to ni bilo zaznano kot zmanjšanje stroškov ampak so bili kompenzirani z večjo količino nege. Poleg tega je v letu 2015 sledilo povišanje premij za 10 % glede na leto 2014, kar so zavarovalnice upravičevale kot potrebne rezerve. Po letu 2012 pa so se stroški izravnali zaradi sporazumov panožne prodaje in preferenčnih politik za zdravila. Prav tako je izbira zdravstvenega izvajalca videna kot zelo pomembni faktor pri izboljšanju kakovosti, a vendar se ljudje, ko potrebujejo zdravnika, obrnejo na najbližjega ali pa v najbližjo bolnišnico, tja, kamor jim je svetoval družinski zdravnik. Uporabniki sicer še uporabljajo informacije na internetu, a vendar se jih redko poslužujejo pri izbiri izvajalca. 48 % Nizozemcev nima zadostnega znanja in motivacije, da bi prevzeli aktivno vlogo pri upravljanju le-tega. Le ena tretjina pacientov je uspešna pri zamenjavi zdravnika. Kot tretje, kakovost storitev še vedno ni vodilni predmet pogajanj med izvajalci in zavarovalnicami. Zavarovalnice se pogajajo o količini in o ceni, kakovost zdravstvenih storitev pa je sekundarnega pomena (Kroneman in drugi 2016, 171–3).

Po 10 letih reforme na Nizozemskem kakovost zdravstvenih storitev še vedno ni vodilno načelo pogajanj. Vpliv pacientov je šibak. Uporabniki zelo redko uporabijo informacije o kakovosti oskrbe, svobodo izbire izvajalca ali zamenjavo zavarovalnice zaradi kakovosti. Štiri zavarovalnice, ki zavzemajo večji del trga, se morajo pogajati s posameznimi izvajalci zdravstvene oskrbe. Glede na to, da se bolnišnice združujejo, da bi povečale svojo pogajalsko moč, več manjšim izvajalcem, kot so to družinski zdravniki, ni dovoljeno združevati moči, da bi se njihove organizacije pogajale za njih. V tem smislu na trgu nakupov zdravstvenih storitev prihaja do neravnovesij. Od leta 2015 je sodelovanje dopuščeno, če je le-to v prid pacientovih interesov. Evalvacija nizozemske reforme v letu 2014 je pokazala, da prihaja do neželene moči na trgu zdravstvenih izvajalcev, saj prihaja do dodanih rasti, visokih prihodkov družinskih zdravnikov in specialistov ter do pomanjkanja transparentnosti. Vzpostavitev regulirane konkurence na trgu zavarovanja do danes ni prinesla zmanjšanja izdatkov, kljub temu, da se zadnja leta povečanje izdatkov upočasnjuje. Na soglasju temelječo ekonomijo in družbeno oblikovanim politikam, je moral minister ponovno vzpostaviti tradicionalno nizozemsko usmeritev za izzive, ki so se z reformo leta 2006 začeli pojavljati. Sektorski dogovori z deležniki in Ministrstvom za zdravje so bili nujno potrebni za obvladovanje rastočih zdravstvenih izdatkov (Kroneman in drugi 2016, 173–4).

Nizozemska reforma iz leta 2006⁷ se pri zagovornikih zasebnega zdravstvenega zavarovanja izpostavlja kot dober primer reforme, po katerem bi se morala zgledovati Slovenija. Kot smo z analizo strokovnih virov ugotovili v drugem delu naloge, tudi na trgu zdravstvenih zavarovanj tržnost ne deluje. Tako je na primeru Nizozemske glede na analizo strokovne literature zaznati, da so Nizozemci po letu 2006 uvedli še kar nekaj pomembnih reform, da s tem »popravljajo« učinke reforme iz leta 2006.

⁷ Slovaška je med leti 2002 in 2006 v zdravstveni sistem vpeljala tržne mehanizme, kot Nizozemska. Reforma je bila del neoliberalne celovite reforme javnih financ. Decentralizacija in pogodbeni sistem provizij zdravstvenih storitev je usmeril odgovornost od države na pacienta, zdravstvene zavarovalnice ter izvajalce. Vpeljava tržnosti v zdravstvo je prinesla mnogo negativnih učinkov. Iz teh razlogov je naslednja vlada med leti 2006 in 2010 začela razveljavljati in postopno spreminjati dele reforme, z bolj direktnim vključevanjem države. Kljub temu pa sta institucionalna in nadzorna vloga države ostali nedotaknjeni. Reformi slovaškega zdravstvenega sistema sta bili ujeti med dve rigidni politični poziciji, ki sta se odražali v 145 modifikacijah. 10 let po reformi so na trgu le še 3 zdravstvene zavarovalnice, največja skrb pa ostaja dolg bolnišnic. V slovaškem zdravstvenem sistemu, 10 let po reformi, še vedno ostaja izjemno veliko prostora za izboljšanje učinkovitosti (Smatana in drugi 2016, 156–8,195–6).

5 Slovenski zdravstveni sistem

»Mislim, da se celo v vrhu zdravstva mnogi ne zavedajo, kako velikanski pomen ima prenos zasebnega dopolnilnega zavarovanja nazaj v javni sistem. Zame je to civilizacijski premik.«

Dušan Keber

Za Slovenijo je značilen socialni sistem zdravstvenega varstva (po Bismarckovem modelu) z eno javno zavarovalnico. Ta zavarovalnica, **ZZZS**, izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje. Predstavlja interese zavarovancev v pogajanjih za zdravstvene storitve in njihovo izvajanje ter kot edini kupec storitev v zdravstvenem sistemu igra primarno vlogo v oblikovanju cen za te storitve. Tri zasebne zdravstvene zavarovalnice izvajajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki ga pacienti uporabljajo za pokritje doplačil oziroma za koriščenje storitev, ki niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje (Albreht in drugi 2016, 16).

Ključno regulatorno vlogo v slovenskem zdravstvenem sistemu ima Ministrstvo za zdravje, ki je hkrati tudi lastnik vseh javnih bolnišnic in nacionalnih institutov, njihov upravljavec, investitor ter odgovoren za izdajo dovoljenj za zdravnike specialiste. Zdravstveni svet je svetovalno telo Ministrstva za zdravje, ki svetuje na politikah kot tudi na vrednotenju zdravstvenih tehnologij ter predstavlja nove terapevtske in diagnostične postopke. Primarno zdravstveno varstvo je decentralizirano, in sicer na lokalno raven. Regulirani poklici imajo svoje strokovne organizacije - zbornice, ki upravljajo licenciranje, izobrazbo ter usposabljanje. Izključno Zdravniška zbornica Slovenije je pristojna za specializacije zdravnikov. V slovenskem zdravstvenem sistemu je aktivnih tudi nekaj nevladnih organizacij, ki sodelujejo pri oblikovanju javnih politik in predpisov na njihovem področju (Albreht in drugi 2016, 17).

Pred prvo svetovno vojno je bila Slovenija del Avstro-Ogrske monarhije. V tem času se je zdravstvena oskrba izvajala kot zasebna praksa. V letu 1858 se je zavarovanje, ki je doslej pokrivalo bolezni, razširilo tudi na železničarje, v 1869 pa je zdravstveno zavarovanje že krilo tudi poškodbe. Obvezno zdravstveno zavarovanje po Bismarckovem modelu se je začelo izvajati leta 1887. Prvi zdravstveni sklad za obvezno zdravstveno zavarovanje je bil ustanovljen tudi tega leta. Pod Jugoslavijo so bili delavci in upokojenci, skupaj z družinami, vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje, vendar pa le-to ni pokrivalo zavarovanja kmetov, samozaposlenih, obrtnikov ter nekaterih drugih posameznih skupin. Osnovni sistem zdravstva se je oblikoval postopno in skozi politične spremembe. Zdravstvene institucije so

postale državne, zasebna praksa je bila prepovedana, zdravniki pa so prejeli plače s strani države. Primarna oskrba se je izvajala v zdravstvenih centrih, specialistično-ambulantne in bolnišnične aktivnosti so bile izvajane v bolnišnicah. Na regionalni ravni so institucije socialne medicine in higiene nadzorovale epidemiološko situacijo. Leta 1955 se je zdravstvena nega ločila od socialne varnosti. V tem kontekstu so se izoblikovale zdravstveno-zavarovalniške sheme za delavce, obrtnike, samozaposlene. Kasneje se je zdravstveno zavarovanje razširilo na kmete. Prispevki so bili različni, glede na posameznikovo obliko zaposlitve. Takrat je obstajalo 15 zavarovalniških institutov. Nadaljnji razvoj so med leti 1970 in 1980 spremljale finančne težave. Leta 1990 je bil zdravstveni sistem postavljen ob rob kolapsa. Slovenija je leta 1991 postala samostojna država, doživela je proces transformacije iz dogovornega gospodarstva v tržno ekonomijo. Pred letom 1992 pa je slovenski zdravstveni sistem doživel nekaj šibkosti v kontekstu varnosti resursov, financiranja ter učinkovitosti. V zgodnjih 90. letih 20. stoletja je država doživela resne probleme v varovanju zdravstvenih skladov, kar se je odražalo v pomanjkanju likvidnosti sistema. To je vodilo v sprejem Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) (Albreht in drugi 2016, 16–21) in z njim vpeljavo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Trenutni zdravstveni sistem je še vedno osnovan na konceptualni in zakonodajni osnovi ZZVZZ-ja iz leta 1992. To je zakon, ki je z današnjo reformo v Sloveniji, spodbudil največ razprav in razdelil javnost na tiste, ki so zagovorniki solidarnega ter na druge, ki zagovarjajo prosti trg v zdravstvu. Glede na to, da se v nadaljevanju posvečamo zdravstvenemu zavarovanju v Sloveniji, se bomo pri razlagi reforme osredotočili le na del, ki se nanaša na spremembe v financiranju zdravstvenega sistema.

Slovenija je od leta 2000 dalje kar nekajkrat poskusila reformirati zdravstveni sistem. Veliko novosti je bilo predlaganih z Belo knjigo, v času ministrovanja Dušana Kebra, ki je imela ambiciozno agendo. Osredotočala se je na enakost, učinkovitost, dostopnost ter kakovost. Bela knjiga je začrtala usmeritve za več zdravstvenih področij. Vendar je večina predlogov predvidevala povečanje javnih izdatkov za zdravstvo, tako večina agende ni obrodila sadov. V obdobju med 2003 in 2008 so bili narejeni veliki koraki v smeri izboljšanja javnega zdravja: sprejem zakonodaje o omejevanju uporabe alkohola in predstavitev prepovedi kajenja na javnih mestih. V tem obdobju je bila prvič uzakonjena vloga alternativnih zdravnikov ter bil izdan prvi zakon na področju duševnega zdravja. Leta 2008 je bil

predstavljen zakon, ki je opredeljeval pacientove pravice, vključujoč pravice do enakega dostopa in preventivnih storitev. Urejanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja pa je bilo najbolj zahtevno področje urejanja. V letu 2008 je sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja po dolgem času ponovno obravnavan. Amandma k ZZVZZ je obravnaval izzetje plačil za posameznika z nizkimi prihodki, povečal prispevke za kmete, razširil prihodkovno osnovo za izračun dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Naj poudarimo, da je bila v letu 2005 dosežena večja regulacija in državni nadzor nad dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem. Vlada je pridobila nadzorno funkcijo, ki jo je imela prej Agencija za zavarovalni nadzor. Nadaljnji amandmaji so se nanašali na večjo vlogo Ministrstva za zdravje in vlade znotraj zdravstvenega sistema, z omejevanjem kompetenc in samostojnosti ZZZS. Zasebne zdravstvene zavarovalnice so dolžne sprejeti vsakogar, ki želi biti zavarovan, Ministrstvo za zdravje pa je dobilo nadzorno in organizacijsko vlogo izravnalnih shem dopolnilnega zavarovanja. Zasebne zdravstvene zavarovalnice so morale še omejiti izdatke za dohodkovne presežke na največ 50 %, drugo polovico pa ponovno investirati v znižanje premij. V letu 2003 je ministrstvo močno podprlo ukinitvev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Ministrstvo je tudi pokazalo, da je finančno breme premij obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za gospodinjstva z nižjimi prihodki precej višje breme kot za gospodinjstva z višjimi prihodki, vendar pa so ekonomisti trdili, da bi prenos dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v javne sklade povzročil resne posledice za javne finance. Delodajalci pa so nasprotovali zaradi učinkov povečanja stroškov dela. Predlog reforme je bil tako počasi opuščen (Albreht in drugi 2016, 151–7).

V obdobju med 2009 in 2015 je bilo implementiranih le nekaj delnih reform, večina jih ni bilo uresničenih zaradi politične nestabilnosti. To je tudi obdobje po finančni krizi leta 2008, ko je BDP padel za več kot 8 %. Brezposelnost je skokovito narasla. Iz 6,7 % v 2008 je v 2012 narasla na 12 %. To je imelo vpliv na dohodke ZZZS-ja, ki je kljub temu imel v letu 2013 130 milijonov EUR presežka. Država je na krizo reagirala z varčevalnimi ukrepi in ti so močno vplivali na zdravstveni sistem. Znižale so se plače zaposlenim v javnem sektorju; zamrznila so se vsa napredovanja; omejila so se plačila bolniškega staleža, zaposlenim v javnem sektorju pa se je dovolilo, da delajo za drugega delodajalca v javnem ali zasebnem sektorju, sicer pod določenimi pogoji (Albreht in drugi 2016, 155–7).

5.1 Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji

Prispevki v slovenskem zdravstvenem sistemu prihajajo pretežno iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, v preostalem delu pa s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem in direktnimi plačili iz žepa (Albreht in drugi 2016). Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (SURS 2016) je bila struktura financiranja zdravstvenega varstva leta 2014 v razmerju 71 % za javne vire ter 29 % za zasebne vire. V letu 2014 so tekoči izdatki za zdravstveno varstvo znašali 3,2 milijona EUR. V Sloveniji porabimo 74,7 % izdatkov za zdravstveno varstvo za financiranje storitev kurativnega zdravljenja ter za zdravila in drugo medicinsko blago. Tem izdatkom sledijo izdatki za storitve dolgotrajne zdravstvene oskrbe. To je 10,3 % izdatkov za zdravstveno varstvo. Poudariti je potrebno, da so izdatki za dolgotrajno oskrbo sestavljeni iz zdravstvenega in socialnega dela. Izdatki za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe v Sloveniji so v letu 2014 znašali 328 milijonov EUR. Struktura vseh tekočih izdatkov za zdravstveno varstvo v letu 2014 pa kaže, da so izdatki za zdravstvene storitve, opravljene v bolnišnicah in ustanovah za zdravstveno nego ter v domovih, znašali 47,3 % od skupnih tekočih izdatkov za zdravstvo, izdatki za storitve, opravljene v zunajbolnišničnih ambulantah, 22,3 %, ter izdatki za zdravila in drugo medicinsko blago 22,2 % (SURS 2016).

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je bilo uvedeno leta 1993 z namenom razvejati vire, namenjene za financiranje in obdržati nizke izdatke za zdravstvo. Zavarovalnice s taksami, ki jih plačajo uporabniki, krijejo javno financirane zdravstvene storitve. Višina prostovoljnega zavarovanja je enaka za vse in je pavšalna. Otroci so izvzeti in ne plačujejo zavarovanja. Odrasli, v kolikor niso vključeni v to zavarovanje, plačujejo kazni, in sicer za vsakih 12 mesecev plačajo 3 % premije. Najvišja kazen dosega 80 % premije (Kramer Milenković 2016, 133–4).

Obvezno zdravstveno zavarovanje zajema storitve primarne, sekundarne in terciarne ravni, farmacevtskem izdelke, medicinske pripomočke, bolniško odsotnost nad 30 dnevi in stroške prevozov v zdravstvene institucije. Za večino področij so ravni doplačil za storitve določene s strani ZZZS, v dogovoru z vlado. Financiranje iz davkov na državni in občinski ravni predstavlja drugi javni vir financiranja v višini 3,3 %. To pokriva vodenje zdravstvenega sistema, specifične javno zdravstvene in preventivne programe in doplačila za socialno ogrožene skupine (Kramer Milenković 2016, 133–4).

Premije prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja znašajo 14,8 % vseh izdatkov za zdravstveno varstvo, direktna plačila iz žepa pa 12,7 % in skupaj predstavljajo glavni vir.

Temelji slovenskega zdravstvenega sistema so bili definirani z zakonodajo leta 1992 in so osnovani glede na evropske vrednote: solidarnost, pravičnost in enakopravnost. Cilj ZZZVZZ je bil slovenskim državljanom omogočiti dostopno in kakovostno zdravstveno varstvo ter zagotoviti nujno medicinsko pomoč za vse, tudi tiste, ki niso zavarovani. Od takrat si zdravstveni sistem prizadeva prilagajati novim potrebam prebivalstva (Albreht in drugi 2016).

Veliko večino dohodkov ZZZS prihaja iz socialnih prispevkov, ki jih vplačajo zavarovanci. Prispevki za zdravstveno varstvo so različni glede na kategorije zavarovancev. Največji del tako plačujejo ekonomsko aktivna populacija v deležu 75,6 %, sledijo pa upokojenci oziroma v njihovem imenu Zavod za invalidsko in pokojninsko zavarovanje (Albreht in drugi 2016).

Ukinitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je eden ključnih ciljev zdravstvene reforme na področju financiranja zdravstva v Sloveniji. V času zaključka pričujoče magistrske naloge je nov predlog ZZZVZZ v vladni proceduri. Spremembe, ki so predlagane v novem predlogu zakona lahko razdelimo na štiri stebre: pravice, zavarovanci, financiranje in ureditev statusa ZZZS. Ker v magistrski nalogi podrobneje preučujemo zdravstveno zavarovanje, bomo izpostavili le spremembe v financiranju. V času zaključka te naloge je ureditev financiranja zdravstvenih pravic urejena na način, da je pretežni del pravic krit iz obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Taka ureditev zahteva spremembe, saj ni solidarna. Relativno velik delež dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, glede na celotna zbrana sredstva namenjena za financiranje zdravstva, temelji na doplačilih. Trenuten sistem zdravstvenega zavarovanja ni pravičen, doplačila temeljijo namreč na enotni premiji za vse prebivalce (Ministrstvo za zdravje 2017).

Glavni razlogi za reformo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji so:

(i) obstoječi sistem ureditve zakonsko določene zdravstvene košarice z doplačili je neprimeren, saj določa doplačila za pretežni del zdravstvenih pravic. Tudi v primerjavi z ureditvijo pokrivanja zdravstvenih pravic v drugih zdravstvenih sistemih, je tak način določanja v zakonu neustrezen;

(ii) obstoječi način dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je nesolidaren, saj je mesečna premija, ki znaša 28 EUR, enaka za vse prebivalce, ne glede na njihovo dohodkovno sposobnost;

(iii) izvajalci dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za svoje delovanje porabijo letno približno 50 milijonov EUR;

(iv) v trenutnem sistemu se pri izvajanju zdravstvenih storitev na strani izvajalcev spodbuja ponudbo tistih zdravstvenih storitev, pri katerih je odstotek doplačil dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja največji (ker za ta del ne veljajo omejitve obsega programa), kar ni v prid zagotavljanju ustreznih zdravstvenih storitev glede na zdravstvene potrebe (Ministrstvo za zdravje 2017).

Visoka odvisnost od prispevkov na izplačane plače in nizki prihodki iz splošnih davkov v sistemu financiranja zdravstva ogrožajo stabilnost financiranja na dolgi rok. Trenutna ureditev financiranja nima vgrajenega proticikličnega mehanizma, kar je ob spremembah gospodarskih gibanj in nihanj na strani prihodkov zdravstvenega zavarovanja povezano s tveganji. Opustitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je predvidena za leto 2019. Nadomestitev izpada sredstev z uvedbo obveznega zdravstvenega nadomestila predstavlja enega od ključnih ciljev zdravstvene reforme na področju financiranja (Ministrstvo za zdravje 2017).

Z novim predlogom zakona ZZVZZ na področju zdravstvenega zavarovanja bo za vse pravice, vključene v košarico pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, določeno financiranje iz javnih virov. Doplačila niso predvidena. Pri pripravi zakonske rešitve za zagotovitev sredstev, ki jih Slovenija v okviru veljavnega zakona zbere z doplačili pri uveljavitvi zdravstvenih pravic (premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in neposredna plačila), je Ministrstvo za zdravje pripravilo več rešitev. V času zaključka pričujočega dela novi predlog ZZVZZ dopolnilno zdravstveno zavarovanje odpravlja in uvaja novo dajatev – 2,1 % bruto dohodka (zavarovanci bi plačevali med 4 in 140 EUR mesečno, odvisno od dohodka). Tisti z najnižjimi dohodki oziroma pokojninami bi tako namesto sedanjih 28 EUR plačevali okoli 4 EUR, tisti zaposleni z najvišjimi prihodki pa okoli 140 EUR. Po predlogu naj bi se zdravstveno doplačilo odmerjalo v odstotku od tekočih dohodkov. Do sedaj je bil prispevek nesorazmerni visok. Po novem predlogu zakona bi 70 % ljudi plačevalo manj kot danes (TV Slovenija, 2017).

6 Zaključek

»Ustvariti moramo sisteme, ki hkrati spodbujajo zdravje in zdravijo bolezni. V ta namen moramo med sabo sodelovati in ne tekmovati.«

Henry Mintzberg

Ob zaključku pričujočega dela je reforma slovenskega zdravstvenega sistema v polnem teku. V javnosti se o tej tematiki pojavljajo napačne predstave, ki močno vplivajo na diskurz zdravstvene reforme. Opažamo predvsem na nerazumevanje in napačne dihotomije med pojmom javni zdravstveni sistem in zasebni trg v zdravstvu. To je bil tudi glavni povod za nastanek magistrskega dela. Naj poudarimo, da trga v zdravstvu nikakor ne gre enačiti s trgom drugih dobrin, kot so to oblačila ali banane.

Posameznikova potreba po zdravstvenih storitvah ni enakomerna in tudi ni predvidljiva. Zdravljenja pri hudih oblikah bolezni ne gre napovedati. Hrano si je mogoče z zadostnimi prihodki kupiti, česar pa ne moremo trditi za zdravje. Oblačila lahko na trgu testiramo preden jih kupimo, kar pa ne drži za zdravstvene storitve. In nenazadnje, tudi zdravnikov in prodajalcev drugih dobrin na trgu ne moremo enačiti, saj zdravljenje ni omejeno na finančno stanje posameznika ter ker so zdravnikovi nasveti ločeni od osebnih interesov (Arrow 1963, 858–64; Sen 2015, 6). Napačno je razumevanje, da sta pojma »zasebni trg« in »konkurenca« sinonima. Poleg tega je napačno opredeljevati, da bodo zaradi vpeljave zasebnega trga v zdravstvo cene zdravstvenih storitev nižje in kakovost le-teh višja. Reinhardt (2008, 10) poudarja, da ne obstaja sistem, kjer vlada ne bi imela vsaj nekolike vloge, in tudi ne drži, da javno financirano zdravstvo ne more biti konkurenčno. Dodaja še, da v modernih ekonomijah ne gre za izbiro med na eni strani javnim oziroma državnim in na drugi strani zasebnim trgom, ampak med več oblikami in prepletanji javnih ter zasebnih aktivnosti.

Analiza strokovne literature nam je jasno prikazala, da ne moremo določiti enotne definicije zdravstvenega sistema, saj zdravstveni sistemi delujejo v različnih okoljih in pod različnimi političnimi in družbenimi faktorji. Zdravstveni sistemi so kompleksne tvorbe. Njihove definicije so opozorile na raznolikost njihovih razumevanj. Poleg tega zdravstveni sistemi zaradi spreminjajočih se potreb prebivalstva nenehno izkazujejo potrebe po predrugačenju. Pa vendar morajo biti dejavniki, ki v sistemu delujejo, med sabo povezani, soodvisni eden od drugega, ter morajo stremeti k najpomembnejšemu cilju – to je k zdravju, tako posameznika kot celotne družbe.

Da lahko zdravstveni sistem doseže izboljšanje zdravja, omogoči njegovo dostopnost in pravično financiranje, mora zagotavljati tri dimenzije: financiranje, upravljanje ter zagotavljanje storitev (Wendt, Frisina in Rothgang 2009, 72; Böhm in drugi 2012, 9). Zagotoviti mora torej načine financiranja zdravstvenega zavarovanja ter zdravstvene varnosti, upravljanje zdravstvenega sistema, zagotavljati mora zdravstvene storitve in dobrine ter z njimi ravnati preudarno, in nenazadnje, posameznika mora zaščititi pred finančnimi stiskami, do katerih bi ga lahko pripeljala uporaba zdravstvenih storitev. Vsaka država z različnimi kombinacijami omenjenih dimenzij tako določa svojstven, nacionalni zdravstveni sistem (Reinhardt 2008, 11).

Današnji zdravstveni sistem težko umestimo kot bodisi popolnoma javnega bodisi kot popolnoma zasebnega. Sistemi nosijo mnogotere elemente, značilnosti javnega in zasebnega hkrati ter tudi različne stopnje in tipe financiranja. Vsekakor lahko rečemo, da so zdravstveni sistemi mešani, saj so države skozi zgodovino prevzemale značilnosti različnih čistih, idealno-tipskih modelov zdravstvenih sistemov. To je tudi razlog, da danes med državami ne obstajata dva povsem enaka modela zdravstvenega sistema. Med državami OECD, glede na nosilce upravljalvske funkcije v zdravstvenih sistemih, v sfero javnih zdravstvenih sistemov spadajo vse evropske države. Na drugi strani pa so Združene države Amerike tipičen primer zasebnega zdravstvenega sistema. V javnem zdravstvenem sistemu sta solidarnost in univerzalnost temeljni vodili, medtem ko zasebni zdravstveni sistem temelji na načelu pridobitnosti.

Glavni razlogi za vedno večje pojavljanje tržnih mehanizmov v zdravstvenih sistemih, tudi evropskih, katerih korenine so vpete v načela enakosti in solidarnosti, naj bi bila brzdanje rasti zdravstvenih izdatkov ter vpeljava konkurenčnosti (Łyszczarz 2016, 170). Iz tega razloga je veliko evropskih držav v svoje sisteme vpeljalo tržno naravnane reforme, katerih rezultati nam danes pokažejo, da so ti mehanizmi le povečali neenakosti in nikakor niso pripeljali do večjega nadzora nad izdatki za zdravstvo (Gaynor in drugi 2010, 2). Naj pri tem dodamo, da Združene države Amerike namenjajo enkrat več denarja za zdravstvo kot druge OECD države, pri čemer imajo njeni prebivalci krajšo življenjsko dobo ter precej višjo stopnjo smrtnosti otrok, ki sta pokazatelja delovanja zdravstvenega sistema (OECD 2017a; OECD 2017b; OECD 2017c). Glede na analizirano literaturo z gotovostjo trdimo, da tržna logika v zdravstvenem sistemu ne deluje. Razlog, da si bogata država, kot so Združene države Amerike, ne prizadevajo vpeljati načela univerzalnosti in solidarnosti, je v političnih

odločitvah ter v usmerjanju podjetij, ki jih vodi dobiček. Precej revnih držav je z majhnimi koraki v smeri javnega zdravstva dokazalo, da se da le-to doseči z izjemno malo denarja.

V univerzalnem zdravstvu so sredstva bolj pravično in učinkovito porazdeljena. Univerzalnost v zdravstvu prinaša nižje stroške. Dobro primarno zdravstvo je ključ, da pacient dobi oskrbo čimprej, saj razvoj bolezni in zdravljenje v kasnejših fazah stroške le povišuje. Univerzalno zdravstvo je pomembno tudi iz vidika javnega zdravja in preventive. Ščiti ljudi pred nalezljivimi boleznimi ter z zaščito pred epidemijami znižuje stroške. Primer ebole pred tremi leti dokazuje, da bi Združene države Amerike porabile precej manj denarja, če bi imele univerzalno zdravstveno varstvo in s tem dobro urejeno javno zdravje. Univerzalni zdravstveni sistemi torej dokazujejo, da cilji zdravstvenih politike ne morejo biti doseženi brez upravljanja države, saj lahko le na tak način pridemo do učinkovitega in dostopnega zdravstva za vse (Sen 2015, 2–4).

Zdravstveno zavarovanje je, poleg upravljanja in izvajanja, ena od treh dimenzij zdravstvenega sistema. Tudi pri razmejevanju razlik med javnim in zasebnim zdravstvenim zavarovanjem lahko določimo njuna temeljna načela. Načeli javnega zdravstvenega zavarovanja sta solidarnost in univerzalnost, pri čemer je potrebno izpostaviti finančno zaščito ter poštenost v financiranju. Na drugi strani pa je ustvarjanje dobička temeljna razločevalna komponenta zasebnega zdravstvenega zavarovanja.

Javno zdravstveno zavarovanje izvajajo bodisi državni programi, pogosto financirani iz davkov, bodisi obvezno zdravstveno zavarovanje, največkrat financirano iz davkov na izplačane plače, pri čemer zaračunavanje rentabilnosti in višine prispevkov ni dovoljeno. Država ima močno upravljavsko in nadzorno vlogo. Zasebno zdravstveno zavarovanje je največkrat prostovoljno zavarovanje, saj nosilci niso države. Obe vrsti zavarovanj sta soodvisni, saj bolj kot so storitve omejene v javnem, večji bo obseg v zasebnem zdravstvenem zavarovanju. To pa lahko pripelje do neenakosti med uporabniki (Česen 1998, 64–5; Toth 2003, 280; Strban 2005, 31).

Finančna zaščita predstavlja mejo, do katere je vsak posameznik zaščiten pred finančnimi posledicami bolezni. Ljudje ne moremo predvideti, kdaj se bo bolezen zgodila (Papanicolas in Smith 2013, 20). Pacienti ne poznajo zdravil, ki bodo zdravila njihove bolezni, kot tudi ne, kako dolgo bo potrebno zdravljenje. Nenazadnje, pacient ima vedno manj informacij, kot jih ima zdravnik. In to izpridi učinkovitost konkurence. Torej, če

zavarovalnice niso regulirane s strani države, bodo zasebne zdravstvene zavarovalnice, katerih temeljno načelo je kovanje dobička, vedno izločile zavarovance, ki predstavljajo veliko tveganje. S tem sta povezani tudi učinkovitost in enakost. Če posameznik ve, da mora za zdravljenje varčevati ogromne vsote denarja in da bi lahko zaradi ogromnih stroškov, ki jih za sabo prinašajo nakupi zdravstvenih storitev, zapadel v finančno krizo ali celo revščino, ni varen. Finančna nevarnost vpliva tudi na druge elemente države blaginje. Tak posameznik bo breme prenesel na celo gospodinjstvo, kar lahko mlajše člane gospodinjstva, zato, da bi pomagali odplačevati dolgove, potisne na trg delovne sile in morajo zato zapustiti šolanje. Če posameznik ve, da bo moral za take storitve plačati enormne stroške, lahko v začetnih fazah na zdravljenje sploh ne bo odšel, zdravljenje v kasnejših fazah pa je precej dražje. To prinese tudi manjšo delovno produktivnost, nižje plače, posledično pa se zmanjša tudi ekonomska rast države (Sen 2015, 5–6).

Kot dodaja Reinhardt (2008, 13) države z javnim zdravstvenim zavarovanjem porabijo za zdravstvo pol manj kot Združene države Amerike, ki imajo zasebni zdravstveni sistem. Predlog, da je uvajanje prostega trga v zdravstveni sistem najboljša rešitev za nižje cene in večjo kakovost, nima empirične podlage. In, kot k temu dodaja Toth (2003, 249), države z uvedbo obveznega zdravstvenega zavarovanja pogosto zadovoljijo zahteve prebivalstva po boljši dostopnosti do zdravstvenih storitev in po zvišanju ravni pravic. Zagotavljanje enake dostopnosti zdravstvenih storitev ob enakih potrebah pa je ključ do enakosti v zdravstvu (Mooney v Mossialos in Thompson 2004).

Nizozemska je z reformo leta 2006 vpeljala v zdravstveni sistem tržne mehanizme, ki naj bi delovali po zakonitostih prostega trga in s tem povečali učinkovitost zdravstvenega sistema. To naj bi z regulirano konkurenco postalo bolj kakovostno in bolj dostopno prebivalcem. Po 10 letih rezultati reforme sicer še niso v celoti znani, pa vendar lahko glede na analizirano literaturo ugotovimo, da izidi reforme do danes niso prinesli zelenih učinkov. Stroški so po reformi začeli naraščati, saj zavarovalnice zaradi pomanjkanja orodij, znanj in podatkov, niso imele moči, da bi lahko vplivale na učinkovite nakupe zdravstvenih storitev. Prav tako so se povečale zavarovalniške premije. Pacient nima večje izbire do zdravstvenega izvajalca, saj zaradi pacientovega primanjkljaja znanja (v primerjavi z zdravnikom), raje upošteva navodila zdravnika ali pa se odloči za najbližjega zdravnika. Z novo ureditvijo kakovost še vedno, pri pogajanju zavarovalnic z izvajalci, ni primarnega pomena. Zavarovalnice se pogajajo o količini in o ceni (Kroneman in drugi 2016, 173).

Zagovorniki zasebnega zdravstvenega sistema pravijo, da bi se morala Slovenija pri reformiranju zdravstvenega sistema zgledovati po nizozemski reformi iz leta 2006 in nasprotujejo trenutnim predlogom, ki se zavzemajo za bolj solidarno in bolj dostopno zdravstvo. V Sloveniji se po trenutni obstoječi zakonodaji po navajanju Ministrstva za zdravje (2017) doplača pretežni del zdravstvenih pravic; mesečna premija je nesolidarna, saj je za vse prebivalce enaka; zasebne zavarovalnice za svoje delovanje porabijo 50 milijonov EUR; zdravstvene storitve se na strani izvajalcev spodbujajo s ponudbo storitev, pri katerih je odstotek doplačil dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja največji. Slovenija želi v delu zakona, ki se nanaša na financiranje, ukiniti dopolnilno zdravstveno zavarovanje in uvaja dajatev v višini 2,1 % bruto dohodka (TV Slovenija 2017). Tako bi se, po najnovejšem predlogu, če ta v nadaljnji razpravi ne bo spremenjen, zdravstveno doplačilo odmerjalo v odstotku tekočih dohodkov. Glede na učinke vpeljave tržnih mehanizmov v sistem zdravstvenega zavarovanja, ki sta po desetih letih vidna tako na Nizozemskem kot na Slovaškem, ter na analizo strokovne literature, ki dokazuje, da vpeljava tržnih struktur v zdravstvu ne deluje, lahko zaključimo, da bi bila vpeljava odstotkovne dajatve ter ukinitve dopolnilnega zasebnega zavarovanja, za Slovenijo dobra rešitev. Tako bi slovensko zdravstveno zavarovanje v prvi vrsti postalo bolj solidarno in pravično.

Ni zdravstvenega sistema, ki bi bil sistematično boljši v zagotavljanju stroškovno učinkovitega zdravstvenega varstva. Ocene učinkovitosti se spreminjajo znotraj skupin držav, ki imajo skupne institucionalne karakteristike. To pomeni, da velike reforme niso zaželeno; za državo je bolj učinkovito in praktično, če povzame najboljše prakse, ki so jih implementirale države v isti skupini, kot pa, da si sposodijo najbolj ustrezne elemente držav iz drugih skupin (OECD 2010, 8). Tako tudi Keber (2015), ko pravi, da se mora Slovenija pri reformiranju zgledovati po partikularnih rešitvah in dodaja, da bi bilo za Slovenijo najugodnejše, če bi imela dva relativno neodvisna vira denarja hkrati – splošne davke in prispevke.

Ali bo Ministrstvu za zdravje v Sloveniji uspelo ukiniti zasebne zdravstvene zavarovalnice, da bi sistem za posameznika in družbo postal bolj dostopen in solidaren, v tem trenutku, ko je pričujoče delo zaključeno, še ni jasno. Kot pravi Česen (1998, 8) delovanje zdravstvenega sistema določajo predvsem politične odločitve, zato je vsaka reforma odvisna od trenutnih političnih odločevalcev.

V idealnem svetu, ki mu sledijo leve politične ideje, so zdravstvene storitve neodvisne od njegovega finančnega statusa, posameznikov prispevek za zdravstveno varstvo pa je izračunan na njegovo zmožnost. Dostopno zdravstvo je posameznikova prirojena pravica, financiranje zdravstvene nege pa kolektivna odgovornost, kjer relativno bolj zdravi in/ali bogatejši posamezniki prispevajo tudi za relativno bolj bolne in/ali revnejše posameznike v družbi. Omejevanje zdravstvene nege glede na dohodkovni razred posameznika v njihovem pogledu ne deluje. Za izvedbo redistribucije dohodka je pomembna močna vpletenost države. Na drugi strani pa je v idealnem svetu, ki mu sledijo desne politične ideje, posameznik finančno odgovoren za svoje koriščenje storitev zdravstvenega varstva, kljub temu, da so osnovne kolektivno financirane storitve na voljo družinam z nizkimi dohodki. Bolj bolnim posameznikom bi v njihovem pogledu morali zaračunavati višje zdravstvene premije kot zdravim. Zdravstveno varstvo je v okviru desnih političnih idej videno kot ostale dobrine na trgu, katerih kakovost in količina sta odvisni od posameznikovega dohodkovnega razreda. Dostopnosti ne vidijo kot posameznikove pravice ampak kot privilegij, ki je razporejen od manj bogatih k bolj bogatim. Zagovarjajo torej čim manjšo vlogo države v zdravstvu (Reinhardt 2010).

Apologeti zasebnega zdravstvenega zavarovanja so ob prvi predstavitvi nove reforme slovenskega zdravstvenega sistema izdali kar nekaj analiz, ki napačno prikazujejo, da je vpeljava tržnosti v zdravstvu dobra. Najbolj je v javnosti odmevala analiza z naslovom Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva, ki podpira zasebno zdravstveno zavarovanje in privatizacijo zdravstva. Zasebne zdravstvene zavarovalnice bi glede na omenjeno analizo pridobile večjo moč. Analiza predvideva širitev tudi le-teh, spodbuja tržni del zdravstvene dejavnosti, usmerja h konkurenčnosti med zavarovalnicami, zdravstveno dejavnost usmerja k bolniku in s tem predvideva večjo kakovost in dostopnost (Tajnikar 2016). Mekina (2015) temu dodaja, da gre za plačan projekt multinacionalk, bolj natančno Ameriške gospodarske zbornice, ameriške farmacevtske industrije, slovenskih zasebnih zavarovalnic ter Zdravniške zbornice Slovenije in Lekarniške zbornice Slovenije. Med političnimi strankami v Sloveniji, kot zagovornicami zasebnega zdravstvenega sistema, je v javnosti najbolj odmevala agenda Nove Slovenije, ki v svojem zdravstvenem programu zagovarja vpeljavo regulirane konkurenčnosti v zdravstveni sistem (Nova Slovenija 2016). Naj opomnimo, da sta tako Slovaška kot Nizozemska v času njunih neoliberalnih vlad v svoj zdravstveni sistem vpeljali regulirano konkurenco, ki jima danes, po 10 letih, ne prinaša

zadovoljivih rezultatov; kvečjemu obratno. V Sloveniji se Nizozemski model prikazuje kot popolnoma dereguliran, privatiziran zdravstveni sistem. To pa ne drži. Sicer financiranje zdravstvenega sistema, torej zdravstveno zavarovanje, izvajajo zasebne zavarovalnice, a te močno regulira država. Potrebno je še dodati, da je nizozemski zdravstveni sistem javni sistem, a že delno usmerjanje k privatizaciji, ne daje rezultatov po boljši dostopnosti ter višji kakovosti v zdravstvu. Politične stranke, ki prisegajo na neoliberalni konsenz, zagovarjajo privatizacijo in čim manjšo vlogo države v zdravstvenem sistemu. Na drugi strani pa zagovorniki javnega zdravstvenega sistema podpirajo ukinjanje dopolnilnih zavarovalnic ter zagovarjajo čim večje vključevanje države. Zaključimo lahko, da bo končna kombinacija elementov, ki bodo sestavljali novo ureditev (slovenskega) zdravstvenega sistema, odvisna od razmerja političnih moči. Politiki se morajo zavedati, da je ključ do zdravstvenih sistemov, kot pravi Henry Mintzberg (2011), sodelovanje in ne tekmovanje; in najpomembneje, da je zdravje, posameznika kot tudi družbe, na prvem mestu.

7 Literatura

Albreht, Tit, Radivoje Pribaković Brinovec, Dusan Josar, Mircha Poldrugovac, Tatja Kostnapfel, Metka Zaletel, Dimitra Panteli in Anna Maresso. 2016. *Health Systems in Transition: Slovenia*. Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/96367/E92607.pdf (1. marec 2017).

Arrow, Kenneth J. 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economy Review* 3 (5): 851–83.

Atun, Rifat. 2007. Privatization as decentralization strategy. V *Decentralization in Health Care: Strategies and outcomes*, ur. Saltman, Richard B., Vaida Bankauskaite in Karsten Vrangbaek, 246–71. Berkshire, New York: European Observatory on Health Systems and Policies.

Böhm, Katharina, Achim Schmid, Ralf Götze, Claudia Landwehr in Heinz Rothgang. 2012. *Classifying OECD Healthcare Systems: A Deductive Approach*. Bremen: Universität Bremen.

Cylus, Jonathan in Peter C. Smith. 2013. Comparative Measures of Health System Efficiency. V *Health system performance comparison: an agenda for policy information and research*, ur. Papanicolas, Irene and Peter C. Smith, 281–312. Berkshire, New York: European Observatory on Health Systems and Policies.

Česen, Marjan. 1998. *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Duran, Antonio, Joseph Kutzin, Jose M. Martin-Moreno and Phyllida Travis. 2012. Understanding health systems: scope, functions and objectives. V *Health systems, Health, Wealth and Societal Well-being*, ur. Figueras, Joseph and Martin McKee, 19–36. Berkshire, New York: European Observatory on Health Systems and Policies.

Freeman, Richard and Lorraine Frisina. 2010. Health Care Systems and the Problem of Classification. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 12 (1–2): 163–78.

Gaynor, Martin, Rodrigo Moreno-Serra in Carol Propper. 2010. *Death by market power: reform, competition and patient outcomes in the National Health Service*. Cambridge: National Bureau of Economic Research.

- Keber, Dušan. 2017. Intervju z avtorjem. Ljubljana, 4. maj.
- Kramer, Milenkovič Anja. 2016. Slovenia. V *Voluntary health insurance in Europe: country experience*, Sagan, Anna in Sarah Thompson, ur. Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf (20. april 2017).
- Kroneman, Madelon, Wienke Boerma, Michael van den Berg, Peter Groenewegen, Judith de Jong, Ewout van Ginneken. 2016. *Health Systems in Transition: Netherlands*. Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf (20. maj 2017).
- Łyszczarz, Blażej. 2016. Public-private Mix and Performance of Health Care Systems in CEE and CIS Countries. *Oeconomia Copernicana* 7 (2). Dostopno prek: <https://repozytorium.umk.pl/bitstream/handle/item/3865/OeC.2016.011,Lyszczarz.pdf?sequence=1> (1. februar 2017).
- McPake, Barbara and Charles Normand. 2008. *Health economics: an international perspective*. London, New York: Routledge.
- Merriam-Webster. 2017. *Dictionary*. Dostopno prek: <https://www.merriam-webster.com/> (10. april 2017).
- Maarse, Hans. 2016. Netherlands. V *Voluntary health insurance in Europe: country experience*, Sagan, Anna in Sarah Thompson, ur. Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf (20. april 2017).
- Ministrstvo za zdravje. 2017. *Dopolnilno zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: interno gradivo.
- Mintzberg, Henry. 2011. To Fix Health Care, Ask the Right Questions: Column. *Harvard Business Review* 89 (10): 44.
- Moreno-Serra, Rodrigo, Sarah Thomson and Ke Xu. 2013. Measuring and comparing Financial Protection V *Health system performance comparison: an agenda for policy information and research*, ur. Papanicolas, Irene and Peter C. Smith, 223–54. Berkshire, New York: European Observatory on Health Systems and Policies.

Mekina, Borut. 2015. Pakt s hudičem. *Mladina*, 24. julij. Dostopno prek: <http://www.mladina.si/168237/pakt-s-hudicem/> (20. maj 2017).

Normand, Charles and Axel Weber, ur. 2009. *Social health insurance: A guidebook for planning*. Dostopno prek: http://www.who.int/health_financing/documents/shi-guidebook.pdf (4. marec 2017).

Nova Slovenija. 2016. *Predlog ukrepov za prenovo zdravstva*. Dostopno prek: <http://nsi.si/zdravstvo/> (20. maj 2017).

OECD. 2010. *Health care systems: Getting more value for money*. Dostopno prek: <https://www.oecd.org/eco/growth/46508904.pdf> (4. april 2017).

--- 2014. *Society at a Glance: The crisis and its aftermath*. Dostopno prek: <http://www.oecd.org/els/soc/OECD2014-SocietyAtAGlance2014.pdf> (5. maj 2017).

--- 2017a. *Health spending (indicator)*. Dostopno prek: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart> (5. maj 2017).

--- 2017b. *Life expectancy at birth (indicator)*. Dostopno prek: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm> (5. maj 2017).

--- 2017c. *Infant mortality rates (indicator)*. Dostopno prek: <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm#indicator-chart> (5. maj 2017).

Papanicolas, Irene. 2013. International frameworks for health system comparison. V *Health system performance comparison: an agenda for policy information and research*, ur. Papanicolas, Irene and Peter C. Smith, 31–74. Berkshire, New York: European Observatory on Health Systems and Policies.

Papanicolas, Irene and Peter C. Smith. 2013. Introduction. V *Health system performance comparison: an agenda for policy information and research*, ur. Papanicolas, Irene and Peter C. Smith, 1–30. Berkshire, New York: European Observatory on Health Systems and Policies.

Rechel, Bernd and Martin McKee, 2014. Facets of Public Health in Europe: an introduction. V *Facets of Public Health in Europe*, ur. Rechel, Bernd and Martin McKee. Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/271074/Facets-of-Public-Health-in-Europe.pdf?ua=1 (4. april 2017).

Reinhardt, Uwe E. 2008. The True Cost of Care. *America* 199 (6): 10–14.

--- 2010. *Lessons From The Health Care Summit*. Dostopno prek: <http://healthaffairs.org/blog/2010/03/01/lessons-from-the-health-care-summit/> (20. maj 2017).

Sagan, Anna in Sarah Thompson. 2016. *Voluntary health insurance in Europe: role and regulation*. Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/310838/Voluntary-health-insurance-Europe-role-regulation.pdf (20. april 2017).

Saltman, Richard B. 2015. Health sector solidarity: a core European value but with broadly varying content. *Israel Journal of Health Policy research* 4 (5). 1–7.

Samuelson, A. Paul in William D. Nordhaus. 1998. *Ekonomija*. Mate, Zagreb.

Sekhri, Neelam in William Savedoff. 2005. Private Health insurance: implications for developing countries. *Policy and Practice* 83 (2). Dostopno prek: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/72963/1/bulletin_2005_83%282%29_127-134.pdf (16. januar 2017).

Sen, Amartya. 2015. Universal Health Care: The Affordable Dream. *Harvard Public Health Review* (4). Dostopno prek: <http://harvardpublichealthreview.org/universal-health-care-the-affordable-dream/> (28. april 2017).

Smatana, Martin, Peter Pažitny, Daniela Kandilaki, Michaela Laktišova, Darina Sedlakova, Monika Palušková, Ewout van Gincken in Anne Spranger. *Health System in Transition: Slovakia*. Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/325784/HiT-Slovakia.pdf?ua=1 (5. maj 2017).

Smith, Peter C. 2012. Evaluating reforms in the Netherlands: competitive health insurance system. *Eurohealth* 18 (3). Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/174410/EuroHealth-v18-n3.pdf?ua=1 (5. maj 2017).

SURS. 2016. *Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva: Slovenija v 2014*. Dostopno prek: <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/5700> (26. marec 2017).

Steffen, Monika. 2010. Social Health Insurance: What makes the difference? The Bismarckian case in France and Germany. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 12 (1–2): 141–61.

Strban, Grega. 2005. *Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Tajnikar, Maks, ur. 2016. *Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje.

TV Slovenija, 1. Program. 2017. *Odmevi*. Ljubljana, 23. maj.

UMAR. 2016. *Poročilo o razvoju*. Dostopno prek: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2016/POR_2016.pdf (2. januar 2017).

Van de Ven, Winand in Frederik Schut. 2009. Universal mandatory health insurance in the Netherlands: A model for the United States? *Health Affairs* 27(3), 771–81.

Wammes, Joost, Patrick Jeurissen in Gert Westert. 2015. The Dutch Health Care System v *International profiles of Health Systems*, ur. Mossialos Elias, Martin Wenzl, Robin osborn in Chloe Anderson. Dostopno prek: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf (20. maj 2017).

Weber, Max. 1949. *The methodology of the Social Sciences*. New York, The Free Press.

Wendt, Claus, Lorraine Frisina and Heinz Rothgang. 2009. Healthcare System Types. A Conceptual Framework for Comparison. *Social policy and Administration* 43 (1): 70–90.

WHO. 2000. *The World Health Report: Health Systems: Improving Performance*. Dostopno prek: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1 (10. april 2017).

--- 2016. *Global Health Expenditure Database*. Dostopno prek: <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/> (20. april 2017).

--- 2017a. *Health topics: Health Systems*. Dostopno prek: http://www.who.int/topics/health_systems/en/ (10. april 2017).

--- 2017b. *Health financing for universal coverage*. Dostopno prek: http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/ (29. april 2017).

Priloga - Intervju z dr. Dušanom Kebrom

Dr. Dušan Keber je bil slovenski minister za zdravje med 30. novembrom 2000 in 3. decembrom 2004. Je eden največjih strokovnjakov za zdravstvo v Sloveniji. V letu 2017, kot svetovalec v kabinetu Ministrstva za zdravje, sodeluje pri trenutni reformi zdravstvenega sistema v Sloveniji.

1. Glede konkurence med zavarovalnicami se rado omenja, da tudi v zdravstvu veljajo pravila trga, in sicer da konkurenca tudi v zdravstvu prinaša cenejše zdravstvene storitve in boljšo kakovost le teh in tako boljši sistem za uporabnika. Kako po vaše deluje trg v zdravstvu in ali napisano po vase drži in zakaj?

Tržnost v zdravstvenem sistemu ne deluje zaradi več razlogov. Prvi je asimetrija med uporabnikom in izvajalcem, saj ima izvajalec (zdravnik) vedno več informacij od zavarovanca (pacienta). Iz tega razloga bo pacient vselej verjel zdravniku. V javnem sistemu sta univerzalnost in dostopnost ključni, saj je v ospredju dobrobit državljana in družbe. V evropskih državah imajo države vzpostavljeno upravljanje in nadzor nad zasebnimi zavarovalnicami. V Združenih državah Amerike, kjer imajo zasebni zdravstveni sistem in država ne regulira zavarovalnic, pa so zavarovalniške cene astronomske. Zavarovalnice želijo zavarovance pritegniti s svojo luksuzno ponudbo. Posledica tega je, da so zasebne zavarovalnice dražje za isti program, kot so javne.

V Avstraliji so v času konservativnih vlad bolnišnice postale zasebne. Na praksi te države se je pokazalo, da so zasebne zavarovalnice in izvajalci od javnih dražji za 10 – 20 %, pri čemer je bila kakovost kvečjemu enaka. Tako je tudi v Združenih državah Amerike, kjer deluje zasebni trg. Cilj zavarovalnice je ustvarjanje dobička in ne pacient. Praviloma povsod po svetu zasebne zavarovalnice in zasebni izvajalci ponujajo storitve, ki se splačajo – pobirajo smetano. Na tak način izberejo le tiste zavarovance, ki ne predstavljajo prevelikega tveganja. V javnih sistemih, kjer ima država dovolj močno nadzorno in upravljavsko vlogo, zasebne zavarovalnice ne morejo postavljati pogojev.

Zagovorniki zasebnega zdravstvenega sistema trdijo, da bi zasebno zdravstvo povečalo dostopnost do zdravstvenih storitev in odpravilo čakalne vrste. Ali je zasebno zdravstvo bolj dostopno in v njem čakalnih dob ne bi bilo?

Temu ni tako. Zasebno zdravstvo je namenjeno posameznikom, ki ga plačujejo in ti jasno ne čakajo. V primeru, da bi se polovica državljanov, ki so vključeni v javni sistem, odločila, da se zasebno zavaruje, potem bi lahko rekli, da so v javnem sistemu manjše vrste, ampak tudi to ne drži. Izločili bi se državljani, ki si tako zavarovanje lahko plačajo, torej bogatejši. Če se izloči tako veliko število državljanov, je tudi količina denarja precej manjša. Vendar pa si država tega ne sme želeli. Na tak način bi imeli revni, ki si take oblike zavarovanja ne morejo privoščiti, bistveno manj denarja kot prej in bistveno manj pravic kot prej. Gre za razumevanja koncepta solidarnosti.

Pravo zasebno dodatno zavarovanje je v Evropi omejeno na nekaj odstotkov mase denarja. Slovenija je izjema s 14 %. Slovenija ima dopolnilno zavarovanje, ki je dejansko obvezno. Vendar pa ta količina denarja ne rešuje nič, le vzpostavlja dva svetova, med revnimi in bogatimi. V trenutku, ko se vzpostavi močna veja zasebnega sistema, kakovost v javnem sistemu pade. To pa vodi v sneženo kepo, kjer je javni sistem vedno slabši, saj ljudje plačujejo vedno več. In tega si tudi v Sloveniji ne smemo želeli.

Ali po vaše drži, da je kakovost storitev večja v javnem zdravstvenem sistemu? Zakaj?

Na primeru Avstralije lahko povem, da je komaj enaka. V zasebnem sistemu obstajajo elementi, ki ga hočejo prikazati boljšega, ljudi se pritegne, na drugi strani pa ne prikazuje varčevanja pri zdravljenju in postopkih. V zasebnem sistemu deluje močna vzpodbuda za varčevanje in v tem je smisel konkurenčnosti. Na eno strani tak sistem varčuje, da zmanjša stroške ali da zmanjša cene. Zato se mora zasebni sistem zelo potruditi, da doseže enako kakovost.

Kaj menite o ideji, da bi določili centralne cene v zdravstvu in imeli zasebno zdravstvo?

V javnem zdravstvu že imamo centralno določene cene, vendar ne na način, kot jih ima določeno zasebno zdravstvo. V zasebnem zdravstvu velja pravilo plačila posameznih storitev. Zasebni sistem posnema javnega, v načinu, kako znižati stroške. Glavarinski model je tipični model v javnem zdravstvu. S tem je določena fiksna cena storitve. Javni sistemi so, dokler cene niso začele naraščati, delovali po sistemu cene za posamezne storitve. In to govori proti zasebnemu sistemu, zlasti če ta predstavlja monopol. V javnem sistemu se oceni stroške ali celotno epizodo zdravljenja, na drugi strani pa v zasebnem sistemu posameznik

plačuje ceno posamezne storitve. Na tak način je vsota stroškov bistveno višja. Seveda pa se strinjam, da je regulacija cen v obeh sistemih nujna.

Če se naveževa na cene zdravil v Združenih državah Amerike ...

Amerika je država, ki takoj za Norveško daje največ javnega denarja za zdravstvo. Za zdravstvo dajejo javnega denarja trikrat več kot Slovenija. So največji javni kupec zdravil (bolj natančno, največja javna kupca zdravil v Združenih državah Amerike sta Medicare in Medicaid). Ampak kljub vsemu so sprejeli zakon, da se o cenah zdravil ne smejo pogajati.

Pri zdravju in pri bolezni pa imata tako reven kot bogat posameznik isto potrebo po zdravljenju. Oba potrebujeta torej najboljšo možno storitev. Zato je v zdravstvu in v šolstvu redistribucija denarja izjemno pomembna. To je vendar ključni koncept države.

Ministrstvo za zdravje RS želi z novim Predlogom Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) ukiniti dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Ali se strinjate s tem? Kakšne slabosti prinaša dopolnilno zdravstveno zavarovanje in zakaj ga je po vaše dobro ukiniti?

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje ni učinkovit način zbiranja denarja. Zahteva vzporedne institucije, zahteva resurse za informacijske sisteme, za promocijo ... Ko se je Slovenija osamosvojila, je imelo dopolnilno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji smisel. Ko pa to ni bilo več potrebno, bi ga morali ukiniti, zgodilo pa se je ravno nasprotno – premija se je poveševala. Tako zavarovanje predstavlja regresivni davek in v takem sistemu revnejši plačujejo več kot bogati.

Kako komentirate očitke, da ima Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) monopol in kot tak prinaša dražje, slabše storitve in da so zaradi tega čakalne dobe daljše.

ZZZS ima monopol in seveda ima tudi nekaj slabih lastnosti. A vendar dobre pretehtajo slabe. Vsaka zavarovalnica se v monopolnem položaju obnaša kot monopolist. Pri tem se premalo trudi, da bi bila kljub vsemu kupec storitev. Cene so še vedno take, kot so bile pred 15 leti. Takrat so bile smiselne, vendar se sistem in potrebe v sistemu spreminjajo, zato so tudi na tem področju pomembne spremembe.

Kaj menite o nizozemskem zdravstvenem sistemu? Pogosto se omenja kot primer dobre prakse. Kaj so njegove slabosti in kaj prednosti?

Nizozemci imajo javni zdravstveni sistem. To pomeni obvezno univerzalno zavarovanje, le da ga izvajajo zasebni subjekti, (ang. *non-for-profit (non-profit?)*). Za zdravstvo namenjajo več denarja kot v Sloveniji, kljub temu da pravimo, da imajo zaseben sistem. Ne nasprotujem konceptu, da bi imel izvajalci večjo svobodo. Pri *non-for-profit* zavarovalnicah dobiček ni primarno vodilo, ampak je primarnega pomena pacient oziroma dobra bolnišnica, ki služi ljudem in se s tem tudi promovira. Ob reformi so imeli na Nizozemskem 17 zavarovalnic, danes imajo le še 4, ki zavzemajo večji del trga.

Kakšni so najpogostejši modeli zdravstvenih sistemov v EU in kakšne so njihove značilnosti? Kateri po vase delujejo najboljše? Po katerih državah bi se pri oblikovanju nove zakonodaje morala zgledovati Slovenija?

V EU prevladuje javni model. Le Švica zbere še malo več zasebnega denarja kot Slovenija. Javno financiranje pomeni, da želimo doseči univerzalno zdravstveno zavarovanje za vse državljane. Namen tega je, da so vsi državljani zavarovani. Praviloma to temelji na neki obliki davka. V tem sistemu gre za solidarnost. Zasebniki v Nemčiji ali Avstriji so neke vrste koncesionarji, ki so plačani po glavarini. Vendar pa morajo biti koncesionarji dobro nadzirani s strani države. V zahodnih državah ugotavljajo, da morajo zdravniki posamezniki delovati skupaj, če hočejo biti učinkoviti (na primer na področju preventive). Gre za preveč zadolžitvev, da bi jih lahko opravljal le en posameznik. Menim, da je lahko zdravnik koncesionar izhod v primeru, ko država nima denarja ali je na nekem področju deficitarna.

Slovenija ima prevladujoči Bismarckov model. Bolje bi bilo, da bi imeli mešan sistem med Beveridgevim modelom in Bismarckovim sistemom, kar bi pomenilo dva relativno neodvisna vira denarja. V primeru, da pri enem viru denarja zmanjka, se lahko obrneš k drugemu viru. Morali bi se zgledovati po skandinavskih državah oziroma po partikularnih rešitvah. V Sloveniji imamo dober sistem, vendar bi se pri delovanju posameznih segmentov morali učiti od skandinavskih držav, Nemčije, tudi Anglije. Glede na mednarodne raziskave in primerjave pa slovenski sistem deluje dobro.