

REDEFINIRANJE PRAVIC IN PRIVATIZACIJA- POGOJA USPEŠNE PRENOVE

Ob napovedanih spremembah v zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Povzetek: Prispevek obravnava nekatere aktualne vidike predstojećih sprememb v sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Loči med "reformo" in "prenovo". Temelj prenove je v razrešitvi neskladja med potrebami po zdravstvenem varstvu in finančnimi možnostmi njihovega zadovoljevanja. Problem je možno reševati z vzpostavljanjem ustreznega, strokovno utemeljenega in socialno sprejemljivega razmerja med deležem sredstev v breme javne in osebne porabe. Ustrezno razmerje je mogoče/potrebno doseči le s redefiniranjem pravic iz zdravstvenega zavarovanja in sočasnem novem modeliranju sistema zdravstvenega zavarovanja. Prenova sistema mora vzpostaviti družbeno pravičnejše odnose, povečati vlogo solidarnosti in diferencirati obveznosti pri zagotavljanju finančnih sredstev v odnosu na gmotno stanje posameznika. Smotrno zastavljena in vsestransko utemeljena privatizacija tako v zdravstvenem zavarovanju, kakor tudi pri izvajalcih zdravstvene službe je eden ključnih dejavnikov uspešne prenove.

Ključni pojmi: sistem zdravstvenega varstva, zdravstveno zavarovanje, dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, model zdravstvenega zavarovanja, prenova, pravice v zdravstvenem zavarovanju, redefiniranje pravic, privatizacija zavarovanja, privatizacija zdravstvene službe.

O nujnosti določenih sprememb v sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja se v javnostih govori že nekaj let. Razprave o tej problematiki so postale še posebej intenzivne v zadnjem obdobju. O potrebnih posegih se veliko govori in piše, medtem ko predvidenih pristopov in predlaganih rešitev doslej strokovno kompetentno ni še predstavil nihče.

Temeljno vprašanje pri napovedovanih spremembah je v tem, ali gre za spremembo sistema samega ali le za spremembe v že obstoječem ter delujočem siste-

* Dr. Berni Strmčnik, predsednik strokovnega sveta Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. Koper.

mu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja? Če se predvidene spremembe nanašajo na sam sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, potem je utemeljeno govoriti o reformi sistema, če pa se predstoječe spremembe nanašajo samo na popravke, nadgradnjo, dograditev in posodobitev že obstoječega sistema, potem je možno govoriti izključno le o njegovi prenovi.

Prenova in ne reforma sistema

V svetu prevladujejo trije temeljni modeli sistemov zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, in sicer: (1) takoimenovani Bismarckov sistem, (2) sistem nacionalnega zdravstvenega varstva ali Beveridgev sistem in (3) tržni sistem. Čistih sistemov ni, obstaja le široka paleta najrazličnejših izvedenk (I. Gracar, 1998).

Bismarckov sistem (Avstrija, Nemčija itd.) temelji na obveznem zdravstvenem zavarovanju vseh državljanov in se izvaja po načelu solidarnosti, kar pomeni, da za enake pravice vseh zavarovanih oseb, državljani z višjimi prihodki po enakem kriteriju prispevajo več, državljani z nižjimi prihodki pa manj. Značilnost tega sistema je v načinu zbiranja sredstev s prispevno stopnjo, po kateri v določenem razmerju plačujejo delodajalci in delojemalci ter v ustrezno modificirani obliki tudi drugi zavezanici za plačevanje tovrstnega prispevka. Zdravstvene storitve opravlja javna zdravstvena služba, ki jo izvajajo javni zavodi in zdravniki zasebniki na podlagi koncesije ter pogodbe z nosilcem javnega obveznega zdravstvenega zavarovanja. Vzporedno deluje tudi široka mreža privatne zdravstvene službe. Na zgodovinskem izročilu Bismarckovega sistema temelji aktualni slovenski sistem.

Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva (Anglija, Italija, Irsko itd.), ki je bil uveden po II. svetovni vojni najprej v Angliji (ekonomist Beveridge), za njo pa so ga povzele tudi druge države, ne pozna obveznega zavarovanja, sredstva za zagotavljanje določenih pravic pri zdravstvenem varstvu se zbirajo v državnem proračunu na osnovi davkov. Pravice do zdravstvenih storitev (predvsem le za bolnišnično zdravljenje) so zagotovljene in dostopne vsem državljanom, opravlja pa jih javna služba, ki se financira iz državnih sredstev. Praviloma ob njem obstaja in deluje močno razvit vzporedni sistem privatnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki se ga poslužuje srednji in premožnejši družbeni sloj, s čimer si zagotavlja višji standard zdravstvenih storitev oziroma višjo raven zdravstvenega varstva.

Tržni sistem (ZDA itd.) ne pozna niti obveznega zdravstvenega zavarovanja niti programa zagotovljenih pravic za vse državljane. Pozna le posebne programe za določene družbene skupine, in sicer za ostarele oziroma onemogle (MediCare) ter državljane brez premoženja, torej za socialno ogrožen del prebivalstva (MediAid). Sredstva za izvajanje teh programov zagotavlja država iz proračuna. Sistem temelji na široko razvejanem privatnem zdravstvenem zavarovanju, ki deluje po tržnih načelih. Zdravstveno zavarovanje je stvar posameznika in dogovora z delodajalci. Desetine milijonov državljanov ZDA nimajo nikakršnega zdravstvenega zavarovanja. V času prvega Clintonovega mandata so tekale široke aktivnosti za reformo (sic!)

sistema zdravstvenega varstva. Predvidena je bila uvedba nacionalnega zdravstvenega varstva, ki pa ni uspela, saj bi se zaradi implementacije predlaganega sistema povečali davki. Zdravstvene storitve opravlja privatna zdravstvena služba, razen za osebe, katerih stroške zdravljenja v državnih ustanovah iz že omenjenih programov poravnava država.

Kaj torej pomeni napovedovana slovenska "reforma" sistema? Če je mišljena kot zamenjava sistema, (samo tak pristop pa se lahko označuje z reformo sistema), potem sta načeloma podani le dve možnosti, in sicer, da obstoječi sistem zamenjamo bodisi za sistem nacionalnega zdravstvenega varstva ali za tržni sistem. Tržni sistem kategorično odpade, saj je za evropski gospodarski kulturni prostor in s tem tudi za nas, z zgodovinsko utemeljeno tradicijo socialnega zavarovanja in ustavno deklarirano socialno državo, povsem nesprejemljiv. Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva pa ima, gledano z našega aktualnega slovenskega aspekta, izključno le eno samo, sicer pomembno prednost, ki pa nikakor ni zadosten razlog, da bi ga uvedli. Ker temelji zbiranje sredstev v tem sistemu na podlagi davkov, so pridobitnejši oziroma premožnejši sloji prebivalstva bistveno bolj obremenjeni s prispevanjem za potrebe zdravstvenega varstva, kot pa je to v našem sistemu, kjer se zaradi togega in nedodelanega sistema prispevkov bogatejši družbeni sloj spretno in legalno izogiba višjim obveznostim ter s tem večji solidarnosti do manj premožnih oziroma revnejših slojev.

660

Osnovni problem večje učinkovitosti delovanja našega aktualnega sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki je v svoji temeljni strukturi in vsebinskih opredelitvah nedvomno dober, leži v neskladju med potrebami po zdravstvenih storitvah, zdravilih in medicinsko tehničnih pripomočkih ter razpoložljivimi finančnimi sredstvi. Po eni strani je na razpolago premalo denarja, da bi lahko, na podlagi zakonsko zagotovljenih dokaj obsežnih pravic, iz obveznega zdravstvenega zavarovanja učinkovito pokrivali stroške uporabljenih storitev in s tem sočasno zagotavljali optimalno zadovoljevanje potreb ter stabilno financiranje oziroma nemoteno poslovanje zdravstvene službe, po drugi strani pa uporaba že razpoložljivih sredstev ni dovolj smotrna in racionalna.

Problem je torej v financiranju zdravstvenega varstva. Opazovati ga moremo in moramo z vidika zagotavljanja ter vidika distribucije sredstev. Ustreznejša in učinkovitejša ureditev financiranja zdravstvenega varstva ne terja spremembe, torej reforme obstoječega sistema, temveč spremembe v sistemu samem, njegovo dograditev in izpopolnitev, torej prenovu. Predvidena prenova mora v tem pogledu prinesiti take rešitve, da se bodo bodisi ustrezno povečali prihodki ali zmanjšali in racionalizirali odhodki, oziroma primerno kombinacijo rešitev na obeh področjih.

Iz zapisanega sledi, da o reformi sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja strokovno utemeljeno ne moremo govoriti, ker pri predvidenih spremembah gotovo ne gre za spremembo sistema, temveč le za spremembe v obstoječem sistemu. Gre torej le za njegovo prenovu.

Nekateri vidiki prenove pri zagotavljanju sredstev

Zagotavljanje finančnih sredstev za izvajanje zdravstvenega varstva v ožjem pomenu besede (torej sekundarno zdravstveno varstvo, ki se ukvarja z zgodnjim odkrivanjem, pravočasnim zdravljenjem in rehabilitacijo obolenih oziroma poškodovanih, za razliko od zdravstvenega varstva v širšem pomenu ali primarnega zdravstvenega varstva, ki obsega aktivnosti in ukrepe za ohranjanje, napredovanje, krepitev ter varovanja zdravja) je možno prenoviti v dveh pogledih, in sicer (1) dopolnitev osnov za prispevke v obveznem zdravstvenem zavarovanju in (2) z dodelavo modela zdravstvenega zavarovanja.

Dopolnitev osnov za prispevke v obveznem zdravstvenem zavarovanju

Finančna sredstva za uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja se zagotavljajo s prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje in z zakonsko obveznimi doplačili za uporabljanje zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, za oskrbo z zdravili ter medicinsko tehničnimi pripomočki. Z zakonom (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 23. člen, v nadaljevanju: ZZVZZ) in izvedbenim predpisom Vlade RS opredeljena obvezna doplačila se domala stoodstotno poravnava iz premij dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, saj imajo tovrstno zavarovanje sklenjeno domala vsi zavezanci za doplačila (zavezanci za doplačila so zavarovane osebe obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki jim zakona nalaga plačilo obveznih doplačil). Nezavarovani državljani poravnava stroške doplačil neposredno ob uporabi zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, pri oskrbi z zdravili in medicinsko tehničnimi pripomočki.

Povedano z drugimi besedami, zdravstveno varstvo se financira z javnimi sredstvi (prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje) in osebnimi sredstvi (premije za prostovoljno zdravstveno zavarovanje in direktna poravnava doplačil) v razmerju 82: 18 (Letno poročilo za leto 2001, ZZVS 2002; Poslovno poročilo za leto 2001 Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z. za leto 2001, 2002 in Poslovno poročilo za leto 2001, ADRIATIC, d.d. zavarovalna družba Koper, 2002). Delež osebnih sredstev je sorazmerno visok, ni pa še na ravni, kot je bil uveljavljen v razvitejših evropskih državah že pred desetletjem - na primer: Nizozemska 29,7%, Francija 27,7%, Italija 24,3%, povprečje EU 23,6% (M. Schneider, 1993). Vzpostavljane ustreznega razmerja med obema viroma je eno ključnih vprašanj prenove aktualnega sistema.

Obstoječi sistem prispevnih stopenj ne zagotavlja pravičnega in realnega obremenjevanja vseh slojev prebivalstva, saj je dokaj številčen krog premožnejših državljanov neustrezno, torej premalo obremenjen, glede na svoje prihodke in svoje premoženje. Prispevki se plačujejo od osnov, ki jih določa zakon po proporcionalnih prispevnih stopnjah, razen v primerih, ko se plačujejo v pavšalnih zneskih (ZZVZZ, 45. člen). Z zakonsko opredeljenimi osnovami za prispevke ne pokrivamo vseh virov prihodkov in premoženja državljanov (dobički, promet z vrednostnimi papirji, prihodki iz posameznih dejavnosti itd.).

Osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini

ali glavni poklic ZZVZ, 15. člen) na primer, ob vstopanju v obvezno zdravstveno zavarovanje prijavljajo relativno nizke plače, temu ustrezno pa so zato nizki tudi prispevki, ki jih plačujejo za zdravstveno in pokojninsko zavarovanje¹. Posledično se tako ravnanje negativno odraža v prenizkih prispevkih za obvezno zdravstveno zavarovanje, ki so povsem nesorazmerni glede na prihodke in gmotno stanje teh kategorij zavarovanih oseb. Realnejšo osnovo za prispevke v obveznem zdravstvenem zavarovanju teh oseb nedvomno predstavlja prijavljena dohodninska osnova.

Enak pristop pri prenovi osnov za prispevke v obveznem zdravstvenem zavarovanju kaže uvesti tudi za kmete in člane njihovih gospodarstev ter druge osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic (ZZVZZ, 15. člen). Osnova za določanje njihovih prispevkov je katastrski dohodek od kmetijskih in gozdnih zemljišč, ki nikakor ne odraža realnih prihodkov kmetov in članov njihovih gospodarstev. Prispevki te kategorije zavarovanih oseb so nesorazmerni z realnimi prihodki iz kmetijske in dopolnilnih dejavnosti (kmečki turizem) in drugih virov (prihodki od subvencij) ter bistveno prenizki glede na prispevke zaposlenih zavarovancev. Kmetje so v pogledu prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje nesporno privilegirana kategorija zavarovancev.

Ustrezna preureditev osnov za prispevke v obveznem zdravstvenem zavarovanju, aktiviranje dodatnih virov pri premožnejšem sloju prebivalstva in kvalitetnejša izterjava pri nediscipliniranih zavezancih, gotovo predstavljajo pomemben dejavnik povečanja finančnih sredstev. Dopolnitev virov bi v tem pogledu pomenilo povečanje razpoložljivih finančnih sredstev, hkrati pa bi pomembno poglobila odnose solidarnosti, ki je ena temeljnih zgodovinskih značilnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja, zato predstoječa prenova tega segmenta nikakor ne bo mogla obiti.

Dodelava modela zdravstvenega zavarovanja

Zdravstveno zavarovanje je v R Sloveniji obvezno in prostovoljno (ZZVZZ, 12. člen). Obvezno zdravstveno zavarovanje je javna služba, ki jo izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije kot javni zavod (ZZVZZ, 69. člen). Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je po aktualni zakonodaji možno implementirati kot dopolnilno zdravstveno zavarovanje in kot prostovoljno zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard storitev, ter za pravice, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne vključuje, in je zavarovalniška dejavnost, ki jo izvajajo zavarovalnice kot poslovno gospodarski subjekti (ZZVZZ, 61. člen). Uzakonjeni sta torej le dve obliki izvajanja zdravstvenega zavarovanja: obvezno in prostovoljno, ne pa tudi način njegovega izvajanja ter posamezne vrste zdravstvenega zavarovanja.

¹ *Odkar obstaja možnost dodatnega prostovoljnega pokojninskega zavarovanja, je višina priglase ne plače v zvezi s pokojnino izgubila še zadnjo varovalko, ki je obstajala doslej (nevarnost nizke pokojnine), kajti z dodatnim pokojninskim zavarovanjem in drugimi oblikami nalaganja finančnih sredstev, problem socialne varnosti na stara leta za te kategorije tudi iz tega aspekta ne obstaja več.*

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje podrobneje opredeljuje Zakon o zavarovalništvu (UL RS št. 13/00), ki hkrati kot zavarovalno vrsto, strokovno povsem neustrezno, definira tudi zdravstveno zavarovanje.

Dosežena raven razvoja zdravstvenega zavarovanja in upošteva deset let izkušenj pri izvajanju obstoječega modela zdravstvenega zavarovanja, narekujejo v predstojči prenovi določene posege v ustrezno preureditev samega modela zavarovanja tudi zaradi zagotovitve dodatnih finančnih virov. Posodobljen model zdravstvenega zavarovanja mora predstavljati strukturo, ki je pogojena z različnim načinom izvajanja zdravstvenega zavarovanja, njegovimi različnimi oblikami in posameznimi vrstami.

V pogledu načina zagotavljanja finančnih sredstev za uveljavljanje zavarovanih pravic ločimo (1) javno zdravstveno zavarovanje, ki je javna služba, in se izvaja po načelih javnih financ in v breme javne porabe ter (2) privatno zdravstveno zavarovanje, ki je zavarovalniška dejavnost in bremeni osebno porabo ali poslovne stroške delodajalcev.

Glede na obliko izvajanja zavarovanja ločimo (1) obvezno zdravstveno zavarovanje in (2) prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Znotraj obeh oblik obstajajo posamezne zavarovalne vrste.

V obveznem zdravstvenem zavarovanju ločimo dve vrsti, in sicer (1) splošno obvezno zdravstveno zavarovanje, ki je javna služba, in deluje kot obvezno zavarovanje celotnega prebivalstva s stalnim bivališčem v Republiki Sloveniji za pravice v vsebini in obsegu, kot jih določa zakon in (1) posebno obvezno zdravstveno zavarovanje kot zavarovalniško dejavnost, ki deluje kot obvezno zdravstveno zavarovanje za posamezen segment pravic, vezan za določen status zavarovancev ali določene dejavnosti in aktivnosti izven dela.

Pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju ločimo štiri vrste, in sicer (1) nadomestno zavarovanje (substitutiv insurance) namenjeno osebam, ki so iz določenih razlogov izvzete iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, (2) dopolnilno zavarovanje (residual insurance) za del stroškov uporabljenih storitev, ki jih obvezno zavarovanje ne krije, (3) dodatno zavarovanje (supplementary insurance) za dobrine, ki so izključene iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in (4) vzporedno zavarovanje (alternativ or parallel insurance) za omejitve pri izvajalcih (M. Toth, F. Košir, 1998).

Prenovljeni sistem zdravstvenega zavarovanja ima torej naslednjo strukturo:

1. glede na način zagotavljanja finančnih sredstev:
 - * javno zdravstveno zavarovanje in
 - * privatno zdravstveno zavarovanje,
2. glede na obliko izvajanja in vrsto zavarovanja:
 - * obvezno zdravstveno zavarovanje z dvema vrstama:
 - splošno obvezno zavarovanje,
 - posebno obvezno zavarovanje in
 - * prostovoljno zdravstveno zavarovanje s štirimi vrstami:
 - nadomestno zavarovanje,
 - dopolnilno zavarovanje,

- dodatno zavarovanje in
- vzporedno zavarovanje.

Splošno obvezno zdravstveno zavarovanje se v pogledu načina izvajanja implementira izključno kot javno zavarovanje, posebno obvezno zdravstveno zavarovanje in vse vrste prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pa kot privatno zavarovanje.

Model, ki ga predlagamo, razširja obseg privatizacije zdravstvenega zavarovanja, ki sedaj zajema samo obliko prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, tudi v obliko posebnega obveznega zdravstvenega zavarovanja, kar predstavlja možnost aktiviranja dodatnih virov za pokrivanje potreb zdravstvenega varstva, in je hkrati pogoj za ustrezno in prepotrebno redefiniranje obstoječih pravic v zdravstvenem zavarovanju.

Redefiniranje pravic pomeni njihovo prerazporejanje na podlagi strokovno in socialno relevantnih kriterijih glede na način zagotavljanja finančnih sredstev za pokritje stroškov njihovega uveljavljanja in s tem glede na vrsto zdravstvenega zavarovanja. Redefiniranje pravic v tem pogledu je mogoče opraviti s prenosom določenih obstoječih pravic iz splošnega javnega obveznega zdravstvenega zavarovanja v posebno privatno obvezno zdravstveno zavarovanje in v privatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Redefiniranje pravic mora temeljiti na vzpostavitvi ustreznega razmerja med tem, kakšen bo obseg pravic, katerih uveljavljanje bo še naprej strošek javnega splošnega obveznega zdravstvenega zavarovanja, in kaj je možno kot strokovno utemeljeno in socialno sprejemljivo prenesti v poslovne stroške delodajalcev oziroma v osebno porabo.

Širitev obsega privatizacije v zdravstvenem zavarovanju in redefiniranje pravic iz zdravstvenega zavarovanja sta neločljivo povezana procesa, ki ju je moč ločiti le iz metodoloških razlogov.

Prenova modela zdravstvenega zavarovanja obsega dva aspekta, in sicer (1) z ustrezno privatizacijo določenega segmenta obstoječega obveznega zavarovanja povezano z redefiniranjem pravic oziroma njihovim prenosom iz javnega v privatno obvezno ali privatno prostovoljno zavarovanje in (2) z dodelavo dopolnilnega prostovoljnega zavarovanja.

Privatizacija dela obveznega zdravstvenega zavarovanja

Prenova modela zdravstvenega zavarovanja z uvajanjem privatizacije v socialno sprejemljivem in strokovno utemeljenem obsegu zajema dva vidika, in sicer (1) prenos obveznega zdravstvenega zavarovanja za poškodbe pri delu in poklicne bolezni iz obstoječega splošnega obveznega zdravstvenega zavarovanja v posebno obvezno zdravstveno zavarovanje, ki se izvaja kot privatno zavarovanje in sodi v domeno zavarovalniške dejavnosti in (2) prenos posameznih pravic iz sedanjega splošnega obveznega zdravstvenega zavarovanja v privatno posebno obvezno ali prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

Nesporno je to velik sistemski in zelo občutljiv poseg v sedanjo ureditev pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Poseg terja skrbno analizo obstoječih pravic in njihovega prerazporejanja po pomembnosti za ohranitev dosežene ravni

zdravstvenega varstva oziroma narodovega zdravja. Pri tem ne bo mogoče izhajati zgolj in samo iz strokovno relevantnih kriterijev, temveč bo potrebno izvesti določena odstopanja tudi iz čisto pragmatičnih (političnih in socialnih) razlogov.

Privatizacija zavarovanja za poškodbe pri delu in poklicne bolezni

Po obstoječi zakonski ureditvi je zavarovanje za poškodbe pri delu in poklicne bolezni sestavina splošnega obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki temelji na solidarnosti. Sredstva za pokrivanje stroškov zdravljenja se zagotavljajo po posebni prispevni stopnji v višini 0,53% in jo plačujejo delodajalci in drugi zavezanci iz 49. člena aktualnega ZZVZZ, kar predstavlja letno okrog 12 milijard SIT. Prispevek bi moral biti po veljavni zakonodaji diferenciran (Zakon o varnosti in zdravju pri delu). Zakonsko določen rok (dvanajst mesecev po uveljavitvi zakona!) za implementacijo diferenciranih prispevnih stopenj, ki ga je določil navedeni zakon je potekel že pred več kot dvema letoma, vsi zavezanci pa še vedno plačujejo po enaki prispevni stopnji, ne glede na različna tveganja, ki obstajajo v posameznih dejavnostih, in neodvisno od višine stroškov zdravljenja poškodb pri delu in poklicnih bolezni pri posameznem zavarovalcu, kar pomeni neutemeljeno ohranjanje nesprejemljive socializacije skrbi za zdravje in varnost pri delu.

V posebno obvezno zdravstveno zavarovanje nesporno sodi tudi zavarovanje vseh oseb, ki se s športom ukvarjajo poklicno. V odvisnosti od rizičnosti posamezne športne panoge se delodajalcem določijo tudi diferencirane premije.

Izločitev segmenta pravic v zvezi s poškodbami pri delu in poklicnimi boleznimi iz sedanjega javnega obveznega zdravstvenega zavarovanja v posebno zavarovanje na podlagi ločenega zakona je predlagano tudi v študiji "Development of Slovenian system of Occupational Health and Safety", ki je bila leta 2000 izdelana pri Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve ob sodelovanju tujih strokovnjakov v okviru in ob sofinanciranju programa Phare.

Sprememba karakterja tega zavarovanja prinaša z nacionalnega aspekta pomembne pridobitve. V osnovi se spremeni značaj stroškov zavarovanja, saj se prispevki, ki sedaj bremenijo bruto plače, s tem prenesejo v poslovne stroške delodajalcev, s čimer se znižuje obseg javne porabe. Neutemeljena solidarnost tudi za tovrstne stroške zdravljenja bo presežena, saj bodo premije diferencirane po posameznih dejavnostih v odvisnosti od stopnje rizičnosti. Diferenciranje premij se izvede glede na objektivna tveganja po posameznih dejavnostih in še dodatno znotraj njih po posameznih podjetjih oziroma ustanovah, pač glede na gibanje obsega poškodb pri delu in poklicnih bolezni pri posameznem zavarovalcu. Prerazporeditev tega segmenta pravic bi bil prispevek k napredovanju varnosti in zdravja pri delu, saj bi zavarovalnice s svojimi zavarovalnimi mehanizmi vzpodbujale naložbe v izboljševanje delovnih pogojev, s čimer bi pomembno prispevale k izboljševanju zdravja in varnosti pri delu ter si hkrati potencialno zniževale stroške škodnih primerov. Taka rešitev bi pomenila tudi dodatne prihodke za zdravstveno službo, še zlasti za bolnišnice, saj bi storitve s tega segmenta zavarovanja ne bile več vsebina tripartitno dogovorjenega programa storitev, temelječega na limitiranih sredstev, saj so zavarovalnice dolžne poravnati vse račune za strokovno

doktrinarno utemeljeno uporabljene zdravstvene storitve za vsak konkreten primer iz tega zavarovanja.

Privatizacija zavarovanja nekaterih pravic

Redefiniranje nekaterih segmentov pravic v obstoječem obveznem zdravstvenem zavarovanju pomeni tudi razvrščanje obstoječih pravic na tiste, ki bi bile še naprej razporejene v splošno obvezno zdravstveno zavarovanje, in druge, ki bi postale strošek osebne porabe, oziroma bi se zanje bilo potrebno obvezno zavarovati v posebnem obveznem zdravstvenem zavarovanju ali pa v prostovoljnem zavarovanju. Upošteva je dejstvo, da je Slovenija ustavno deklarirana socialna država (Ustava Republike Slovenije, 2. člen), je pri redefiniranju pravic potrebno zagotoviti, da bo slojem prebivalstva z nižjimi dohodki uveljavljanje obstoječih pravic tudi po prenovi še naprej zagotovljeno v breme javnih sredstev in splošnega obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Izhodiščno se pri tem postavlja vprašanje, katere so tiste obstoječe pravice iz splošnega obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki jih je, ne da bi pri tem prizadeli raven zdravstvenega varstva in stopnjo narodovega zdravja, možno prenesti iz bremena javne porabe v osebno porabo?

Ločiti je potrebno (1) med pravicami do zdravstvenih storitev in (2) tako imenovanimi socialnimi pravicami iz zdravstvenega zavarovanja.

Redefiniranje pravice do zdravstvenih storitev

Poleg implementacije posebnega obveznega zdravstvenega zavarovanja za poškodbe pri delu in poklicne bolezni je možno (in potrebno) v posebno privatno obvezno zdravstveno zavarovanje prenesti tudi pravice v zvezi z nekaterimi poškodbami izven dela. Mednje se uvrščajo zlasti poškodbe pri rekreativnih in drugih dejavnostih visokega tveganja. Ni utemeljenih razlogov, da je sestavina vsesplošne solidarnosti tudi uporaba zdravstvenih in z njimi povezanih storitev v tistih primerih, ko je zgolj od ravnanja posameznika in njegove osebne volje odvisna vključenost v posamezne dejavnosti in aktivnosti ter s tem izpostavljenost tveganju za nastanek določenih poškodb in posledično drago zdravljenje.

Uporaba zračnih plovil v rekreativne namene (športna motorna in jadralna letala, zmaji, padala), uporaba vodnih plovil pri spuščanju po divjih rekah, spuščanje po soteskah in kanjonih, planinarjenje in alpinizem in nenazadnje zimski športi so dejavnosti, povezane z neizogibnimi, pri katerih posledično nastajajo poškodbe, ki zahtevajo zdravniško oskrbo in mnogokrat tudi dolgotrajno in drago zdravljenje.

Zdravljenje poškodb, ki so posledica prometnih nezgod, bremeni stroške splošnega obveznega in na solidarnosti temelječega zdravstvenega zavarovanja. Določen del stroškov nosilec tega zavarovanja v dolgotrajnih in zahtevnih postopkih sicer regresira od sodno spoznanih povzročiteljev, večinoma pa ne.

Na ravni ambulantnega zdravljenja na vseh treh ravneh izvajanja zdravstvenih dejavnosti je možno določiti standard prvih kurativnih pregledov z letno ome-

jitvijo njihovega števila, izvzemši pri tem kronične bolezni in poškodbe. Vse strokovno doktrinarno neutemeljene zahteve zavarovancev (zlasti po specialistični obravnavi) se prenesejo v osebno porabo. Pri zdravilih je možno določiti kvote s sočasno jasno opredeljenimi korektivi za utemeljena odstopanja. Spremeniti je možno tudi način priznavanja stroškov cene zdravil, in sicer na tak način, da se za zdravila istega generičnega imena v breme obveznega zavarovanja priznava strošek le do višine najcenejšega zdravila določenega lastniškega oziroma komercialnega imena; razlika do dražjih zdravil je samoplačniki strošek.

Podrobnejša členitev, še zlasti pa obrazložitve in utemeljitve posameznih možnih rešitev terjajo obsežen pristop, ki je v okviru te razprave neizvedljiv. Pri redefiniranju posameznih pravic nikakor ne gre za njihovo ukinjanje, temveč kaže le na novo opredeliti standard uporabe storitev pri njihovem uveljavljanju.

Redefiniranje socialnih pravic iz zdravstvenega zavarovanja

Socialne pravice iz zdravstvenega zavarovanja obsegajo nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela, pogrebno, posmrtnino in potne stroške. Predstavljajo specifičen segment pravic, o katerem so izrekli resne pomisleke tudi tuji strokovnjaki, ko so kot delegacija "Svetovne banke" leta 1997 proučevali slovenski sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja (Issues and Options for Health Reform in the Republic of Slovenia, 1998).

Gre preprosto za dejstvo, da so tovrstne pravice v naši ureditvi odmerjene sorazmerno bogato. To še zlasti velja za nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela. Stroški nadomestila plače bremenijo bodisi javno obvezno zdravstveno zavarovanje bodisi delodajalca. Višino nadomestila v prvem primeru določa zakon (ZZVZZ, 31. člen), v drugem primeru pa panožne kolektivne pogodbe. V obeh primerih, še zlasti pa, ko stroški nadomestila plače bremenijo delodajalce, ne vzpodbujajo zaposlenih k večji skrbi za ohranjanje, napredek in varovanja svojega zdravja, saj višina nadomestila plače za čas odsotnosti z dela nikakor ne ogroža njihove socialne varnosti. Nasprotno, trditi je mogoče, da je višina nadomestila vse prepogosto dejavnik neutemeljene uporabe zdravstvenih storitev in s tem nepotrebno uveljavljanje pravice do nadomestila plače. Nadomestila plače so pomemben strošek dela, ki bremeni enoto proizvoda in s tem znižuje konkurenčno sposobnost našega gospodarstva.

Nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela kaže zakonsko preurediti tako, da bodo delovala kot dejavnik zmanjševanja zdravstveno neutemeljene odsotnosti dela in s tem tudi zmanjševanja tovrstne porabe. V pogledu višine jih je potrebno postopoma, skozi nekaj let, preurediti na evropsko primerljive odstotke, spremeniti pa je možno tudi način uveljavljanja pravice. Utemeljeno je uvesti omejitve pravice v tem pogledu, da se za prvih 5 dni odsotnosti od dela zavarovancu ne prizna nikakršno nadomestilo, razen v primerih poškodb pri delu, poklicnih in kroničnih boleznih. Kadar začasna zadržanost od dela traja več kot 15 dni, potem se pravica nadomestila prizna tudi za prvih pet dni. Možno je uveljaviti institut diferencirane višine nadomestila tako,

da se ob vsaki nadaljnji odsotnosti z dela zaradi bolezni v enem koledarskem letu odstotek višine nadomestila zmanjšuje. Prav tako je mogoče pravico do nadomestila plače v primeru poškodb izven dela, zlasti pri dejavnostih oziroma aktivnostih visokega tveganja, prenesti iz solidarnega javnega obveznega zdravstvenega zavarovanja v posebno obvezno zdravstveno zavarovanje.

Podobno velja tudi za preostale socialne pravice, katerih redefiniranje in ustrežnejša ureditev je neizbežna. Uvesti se mora kriterije gmotnega stanja zavarovanca oziroma njegove družine in premožnejšim slojem te pravice pomembno zmanjšati oziroma ukiniti. Utemeljeni posegi na podlagi ekonomskih, socialnih in strokovno medicinskih kriterijev predstavljajo pomemben element predstoječe prenove.

Dopolnilno zavarovanje da ali ne?

Kot sestavni del predvidenih sprememb se napoveduje ukinitve dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Pri tem se zlasti izpostavlja in poudarja njegova nepravilnost do revnejših slojev prebivalstva. Načeloma je njegova ukinitve možna, vendar je vezana za sočasno nadomestitev izpada okoli 60 milijard SIT sredstev (Statistični zavarovalniški bilten, 2002), ki jih iz tega zavarovanja letno prejmejo izvajalci zdravstvenih storitev. Dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje je pomemben institut zbiranja osebnih sredstev za pokrivanje stroškov zdravstvenega varstva. Pri snovanju prenove zdravstvenega zavarovanja je potrebno imeti finančni vidik tega zavarovanja nenehno pred očmi, saj bi v primeru napačnih odločitev lahko prišlo do kolapsa celotnega sistema zdravstvenega zavarovanja s težkimi posledicami. Problemi, ki nastajajo v zvezi z izvajanjem dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ne izhajajo samo iz karakterja zavarovalne vrste, temveč so predvsem posledica neustreznih ali nedorečenih in celo kolizijskih zakonskih določil.

Nadomestitev izpadlih sredstev zaradi morebitne ukinitve tega zavarovanja je hipotetično možna na več načinov.

Prvi način je povečanje prispevne stopnje. Veljavna prispevna stopnja za javno obvezno zdravstveno zavarovanje znaša skupaj s prispevno stopnjo za poškodbe pri delu in poklicne bolezni 13,45% (6,36% prispeva delojemalec, delodajalec pa prispeva 6,56% na bruto plačo za splošno obvezno zdravstveno zavarovanje in 0,53% za poškodbe pri delu in poklicne bolezni). Skupno zbrana sredstva iz naslova prispevne stopnje za obvezno zdravstveno zavarovanje so v letu 2001 znašala 297,5 milijarde SIT (Letno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2001).

Nadomestitev zaradi ukinitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja izpadlih sredstev s povečanjem prispevne stopnje bi pomenila njen porast za najmanj 2,45 odstotne točke, tako da bi nova prispevna stopnja znašala skupno okoli 15,90%. Tak porast prispevne stopnje bi pomenil povečanje poslovnih stroškov v gospodarstvu in dodatno obremenitev plač zaposlenih. Glede na dejstvo, da je obremenjenost gospodarstva s prispevki previsoka, kar močno znižuje njegovo konkurenčno sposobnost na svetovnih, še posebej na visoko razvitih evropskih

trgih, je tako povečanje prispevne stopnje močno vprašljivo.

Poleg tega je potrebno upoštevati, da znaša javna poraba (državni proračun, sredstva Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, državni skladi) 44,5% bruto domačega proizvoda (Gradivo k memorandumu o proračunu za leto 2003 in 2004). Takšen delež javne porabe v BDP je po mnenju strokovnjakov ter posameznih institucij že sedaj previsok in negativno vpliva na makroekonomska gibanja. Dodatno povečanje prispevne stopnje za splošno obvezno zdravstveno zavarovanje bi delež javne porabe še povečalo, kar je verjetno nesprejemljivo.

Drugi način so ustrezni transferji iz državnega proračuna. Skupni socialni transferji na primer, so leta 2001 po podatkih Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve samo iz državnega proračuna znašali skupaj 158,5 milijarde SIT, kar predstavlja 13,3% celotnega proračuna. Vključitev tudi manjkajočih sredstev zaradi ukinitve dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pomeni porast socialnih transferjev za okrog 60 milijard SIT, kar bi povečalo že obstoječe obveznosti državnega proračuna iz tega naslova za okoli 34,00%. Skupni socialni transferji iz državnega proračuna bi tako narasli iz realiziranih 13,3% na 17,8%. Pri tem je potrebno upoštevati, da se za potrebe obveznega zdravstvenega zavarovanja že itak izvajajo določeni transferji iz državnega proračuna. Z vidika deleža javne porabe v BDP s tako rešitvijo ne bi dosegli nikakršnega kvalitetnega premika.

Tretja možnost je ponovna uvedba nekdanje participacije. Participacija (soudeležba na deležu stroškov uporabljenih zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinsko tehničnimi pripomočki) v letih, ko se je izvajala tudi pri nas (1975 - 1992), ni odigrala predvidene vloge. Delovala ni niti kot finančni dejavnik (inflacija jo je tako rekoč sproti izničevala) niti kot vzgojni ukrep, saj se stopnja rabe zdravstvenih storitev zaradi nje ni zmanjševala.

V zadnjih letih se je kar nekajkrat pojavila ideja o njeni ponovni uvedbi (Zdravniška zbornica Slovenije in drugi). Uvedba participacije (lepše: soprispevek) pomeni prenos finančnega bremena na bolnike. Z vidika nadomestitve izpadlih sredstev ob morebitni ukinitvi dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pomeni asocialen ukrep, ki bi še dodatno materialno prizadel že itak z boleznijo ali s poškodbami prizadete državljane.

Poleg tega bi moral biti soprispevek v finančnem pogledu dokaj visok (odvisen od vrste uporabljenih storitev), saj je obseg iz naslova dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja izpadlih sredstev več kot dvakrat večji, kot je v finančnem pogledu znašal obseg nekdanje participacije v najugodnejših letih njenega delovanja, ko so se iz tega naslova zbrana sredstva oblikovala v višini 7,5% vseh sredstev za zdravstveno varstvo. Višina osebnega soprispevka bi se zaradi nadomestitve izpadlih sredstev dodatno povečala še zaradi dejstva, da bi bilo iz socialnih razlogov nujno potrebno tega bremena oprostiti sorazmerno širok krog državljanov.

Ukinitvev dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja zaradi izpada sredstev, ki se z njim zagotavljajo za uporabo zdravstvenih storitev ni mogoča, saj opisani načini nadomestitve niso izvedljivi. Dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje je mogoče le ustrezno predelati oziroma modificirati v tis-

tih sestavinah, ki so se v dosedanjem izvajanju pokazale kot neustrezne.

Pri koncipiranju novih rešitev je potrebno izhajati iz opredelitve: ali bo pristop temeljil na prenosu dela obstoječih pravic javnega obveznega zdravstvenega zavarovanja v drug način ali obliko oziroma vrsto zdravstvenega zavarovanja ali pa bo temeljil le na prenosu dela stroškov uporabe zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinsko tehničnimi pripomočki izhajajočih iz uveljavljanja pravic, ki bi ostale tudi poslej opredeljene v splošnem obveznem zdravstvenem zavarovanju. Prenos pravic lahko omogoči ukinitvev dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, prenos stroškov pa terja le njegovo ustrezno modifikacijo. Povsem napačne so namreč trditve, da smo v preteklih letih izvajanja dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja obremenjevali državljane s prenosom pravic iz splošnega obveznega v prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Prenašali so se v resnici le stroški, kajti dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje zavarovanim osebam ne prinaša nikakršnih novih in dodatnih pravic, saj je izključno le oblika (metoda, način) pokrivanja z zakonom in izvedbenim predpisom določenega deleža stroškov uporabljenih zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinsko tehničnimi pripomočki, ki temelje na pravicah iz splošnega obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Prenova dopolnilnega zavarovanja

Dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki temelji na zakonsko opredeljenem načelu medgeneracijske vzajemnosti (Zakon o zavarovalništvu, 14. člen), je nepravilno do širokega kroga prebivalstva z najnižjimi prihodki. Po podatkih Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije kar okoli 12% vseh upokoencev zaradi stroškov premije letno izgubi eno mesečno pokojnino, medtem ko premožnejši sloji plačujejo premijo, ki z vidika njihovih realnih prihodkov, predstavlja le simbolične zneske. Ta problem so anticipirali že avtorji zakona, ko so ugotavljali: "Prostovoljno zavarovanje (mišljeno je le dopolnilno zavarovanje, opomba: B.S.) je namreč zavarovanje posameznika, vezano praviloma na plačilo določenega zneska (premije) in ne na določen odstotek od plače. To pomeni, da bo velikost premij pomembna, saj bo v vsakem primeru sorazmerno bolj prizadela zavarovane osebe z nižjimi dohodki" (T. Košir, M. Mencej, 1992).

Obstoječa implementacija dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je socialno krivična do manj premožnih oziroma revnejših slojev prebivalstva. Za enako kritje praviloma plačujejo zavarovanci enako premijo, kar manj premožnim predstavlja velik, premožnejšim pa simbolični strošek. Ker lahko znašajo stroški doplačil k uporabljenim zdravstvenim storitvam tudi izredno visoke zneske (več stotisoč tolarjev), je sklenitev zavarovanja edina možnost izoginitve pred pretečo finančno nevarnostjo. Dopolnilno zavarovanje je "de iure" sicer prostovoljno, a je hkrati "de facto" tudi nujno.

Predelava dopolnilnega prostovoljnega zavarovanja narekuje spremembo karakterja te zavarovalne vrste, in sicer z uvedbo solidarnosti, ki je sedaj prisotna samo na relaciji zdravi -bolni, tudi v pravno formalnem pogledu glede na premoženjsko stanje posameznih slojev prebivalstva. Premožnejše sloje prebival-

stva je potrebno pri uporabljanju zdravstvenih storitev s stroški zakonsko obveznih doplačil finančno sorazmerno bolj obremeniti.

Pristop, temelječ na upoštevanju realno prisotne socialne diferenciacije prebivalstva, terja čimbolj objektivno razporeditev celotne populacije glede na posameznikov gmotni položaj. Kot najbolj optimalna rešitev se ponuja nova razporeditev zavezancev za doplačila glede na njihovo uvrstitev v dohodninske razrede.

Podatki Davčne uprave Republike Slovenije kažejo, da so zavezanci za dohodnino glede na dohodninske razrede v povprečju zadnjega triletnega obdobja (1999 do 2001) razporejeni takole:

Dohodninski razred	Število zavezancev	Struktura v %	Količnik
1	2	3	4
1. razred	727.477	63,04	1,00
2. razred	320.587	27,78	1,50
3. razred	63.211	5,48	3,00
4. razred	20.304	1,76	4,00
5. razred	13.982	1,21	6,00
6. razred	8.433	0,73	8,00
skupaj	1.153.994	100,00	-

Na podlagi gornjih podatkov je mogoče implementirati solidarnostni model dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki bi temeljil na tem, da bi premožnejši sloji prebivalstva kot zavezanci za doplačila prispevali večja sredstva od manj premožnih slojev.

Vse prebivalce Slovenije, ki niso zavezanci za dohodnino, ter otroke in mladino (skupno prek 800.000 oseb) se zakonsko izloči iz sistema obveznih doplačil, kar pomeni, da se stroški njihovega zdravljenja v celoti krijejo iz sredstev splošnega obveznega zdravstvenega zavarovanja. Podobno kot v aktualni ureditvi, se zakonsko določi tudi posamezne izjeme (civilni in vojaški invalidi vojne itd.). Za vse ostale zavezance za doplačila, skupno bi jih bilo nekaj nad milijon, pa se določi diferencirana lestvica obveznih doplačil glede na posameznikovo razporeditev v dohodninski razred.

Upošteva povprečna razmerja v višini dohodninske osnove po posameznih dohodninskih razredih, se za višino zakonsko obveznih doplačil določijo količniki. Prikazali smo jih v četrtem stolpcu gornje preglednice. Predlagani pristop pomeni, da bi morala biti zakonsko obvezna doplačila za uporabnike zdravstvenih storitev, ki so glede na svoje dohodke razporejeni v peti dohodninski razred kar šestkrat višja od zavezancev za doplačila iz prvega dohodninskega razreda. Pri zavezancih za doplačila iz šestega dohodninskega razreda bi morala biti obvezna doplačila celo osemkrat višja.

Implementacija dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki bi temeljila na diferenciranem obsegu obveznih doplačil glede na gmotni položaj posameznih družbenih slojev, bi bila socialno pravičnejša, saj bi v tej zavarovalni

vrsti prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ponovno uveljavili načelo solidarnosti.

Distribucija sredstev in privatizacija zdravstvene službe

Nič manj problemov ni pri distribuciji sredstev. Financiranje izvajanja zdravstvenih dejavnosti je za izvajalce v načelu nestimulativno, kar onemogoča racionalizacijo porabe na posameznih ravneh izvajanja zdravstvenih dejavnosti. Zlasti v zadnjem obdobju se tudi v tem pogledu vlagajo precejšnji napor, še zlasti na sekundarni in terciarni ravni oziroma pri bolnišničnem zdravljenju, vendar prepotrebni učinkov še ni. Bistvenega pomena pri tem je dokajšnja odsotnost spoznanja, da se racionalizacija porabe razpoložljivih sredstev prične na ravni osnovne zdravstvene dejavnosti oziroma konkretno pri osebnem izbranem zdravniku. Preureditev sistema plačevanja uporabljenih zdravstvenih storitev je velik in strokovno zahteven projekt, katerega razčlenjevanje presega okvir te razprave. Obravnavamo ga le kot dejavnik ustrežnejše distribucije sredstev v povezavi z uvajanjem privatizacije tudi na primarni ravni izvajanja zdravstvenih dejavnosti.

Pogumnejše, predvsem pa postopno in na strokovno uveljavljenih kriterijih temelječe uvajanje privatizacije pri izvajanju zdravstvenih dejavnosti in v zdravstvenem zavarovanju predstavlja najoptimalnejši vidik redefiniranja pravic in hkrati odločilni dejavnik racionalizacije ter učinkovitosti delovanja sistema zdravstvenega varstva. Implementacija privatizacije v določenem obsegu je pogojena s korenito spremembo neutemeljenih in za današnji čas povsem nesprejemljivih pomislov glede njene uvedbe.

Ob moderno organizirani in uspešno delujoči javni zdravstveni združbi je potrebno uvesti kot vzporedni sistem izvajanja zdravstvenih storitev tudi ustrezno organizirano mrežo privatne zdravstvene službe, temelječe na profitnem načelu. Uvedba take privatne prakse temelji na dejstvu, da imamo tudi v naših pogojih opraviti z dokaj izrazito socialno diferenciacijo prebivalstva, ki jo sicer priznavamo na gmotni ravni, oči pa si zatiskamo pred dejstvom, da jo moramo priznati tudi na ravni možnosti. Nikakor ne moremo govoriti o socialni enakosti, socialni pravičnosti in se zavzemati za neuresničljiv egalitarizem tudi pri možnostih zadovoljevanja potreb po zdravstvenih storitvah, saj si premožnejši sloji lahko (in si tudi že) zagotavljajo uporabo zdravstvenih storitev na lastne stroške mimo sistema zdravstvenega zavarovanja in praviloma na moralno sporen, v vsakem primeru pa nelegalen način. Prestopiti moramo črto realnosti in premožnejšim slojem omogočiti, da bodo legalno, na podlagi uzakonjenih sistemskih rešitev, svoje potrebe po nekaterih zdravstvenih storitvah zadovoljevali hitreje in z višjim standardom na lastne stroške v privatni zdravstveni službi in ne samo v breme javnega, na solidarnosti temelječega splošnega obveznega zdravstvenega zavarovanja, temveč tudi z uporabo osebnih finančnih sredstev.

Privatne zdravniške prakse, temelječe na tržnih zakonitostih, razumljene torej kot evropsko uveljavljen način organizacije in izvajanja zdravstvene službe, pri nas, razen na področju zobozdravstvene dejavnosti in delno v specialistično ambu-

lantni dejavnosti in v skromnem obsegu tudi v bolnišnični dejavnosti (Kirurški sanatorij Rožna dolina), ne poznamo. Zdravstvene dejavnosti se izvajajo praktično izključno kot javna služba v dveh oblikah, in sicer v javnih zavodih ali pri zdravnikih zasebnikih na podlagi koncesije. Opraviti imamo torej le z dvema oblikama javne zdravstvene službe. "V sistemu zdravstvenega varstva, ki temelji na obveznem zdravstvenem zavarovanju (in takšen je naš slovenski sistem; opomba: B.S.), so ambulate pretežno privatne, bolnišnice pa tako javne kot tudi privatne" (Baur, Ester, 1993). Pri nas taka ureditve še ni dosledno uveljavljena.

Privatno prakso je mogoče sistemsko vpeljati in uveljaviti na vseh treh ravneh izvajanja zdravstvenih dejavnosti, torej na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

Privatizacija na primarni ravni

Zdravniki zasebniki v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki opravljajo ožjo dejavnost splošne medicine, ne delujejo kot zdravniki s privatno prakso na tržnih osnovah. Svojo dejavnost opravljajo na podlagi koncesije, torej dovoljenja države za opravljanje javne zdravstvene službe in pogodbe z nosilcem splošnega obveznega zdravstvenega zavarovanja, pod enakimi pogoji in po enakih cenah kot javni zavodi. Njihovo delo se finančno pokriva iz javnih in ne zasebnih sredstev, kot je to edino možno v pogojih privatne prakse. Odsotnost privatne prakse pomeni ohranjanje rigidnosti, togosti in neracionalnosti v delovanju ter poslovanju osnove zdravstvene dejavnosti kot javne zdravstvene službe, saj v sedanjih pogojih deluje brez kakršne koli konkurence.

Na primarni ravni je možno/potrebno uzakoniti privatno prakso tudi za zdravnike splošne medicine. Brezpogojno se ohrani institut osebnega izbranega zdravnika. Privatnim splošnim zdravnikom se zakonsko zagotovi možnost sklepanja pogodb z nosilcem splošnega obveznega zdravstvenega zavarovanja za izvajanje določenega obsega programa za vse tiste zavarovane osebe, ki si ga izberejo za svojega osebnega zdravnika. Omogoči se jim samostojno oblikovanje cen nad ravni, ki jo za vse zavarovane osebe priznava javni zdravstveni službi nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja, do realnejšega nivoja vrednosti storitev. Zavarovane osebe obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki bi si osebne zdravnika izbrale med splošnimi zdravniki privatniki, bi same nosile razliko stroškov uporabljenih storitev, nad deležem, ki ga sicer zanje za tovrstne storitve prizna in poravnava obvezno zdravstveno zavarovanje. Standardiziranje obsega predpisovanja zdravil, napotitev na diagnostične in terapevtske storitve sekundarnega in terciarnega nivoja bi preprečevalo uveljavljanje višje ravni zdravstvenega varstva v breme javnega splošnega in na solidarnosti temelječega obveznega zdravstvenega zavarovanja. Uporaba storitev prek predpisanega standarda gre izključno v breme osebnih sredstev. Vlada letno določa dohodkovni cenzus, nad katerim si zavarovane osebe morajo izbrati osebnega zdravnika, ki splošno medicino izvaja kot privatno prakso.

Uvedba privatizacije tudi na tej ravni bi, ob sočasnem, natančno določenem razmerju obsega delovanja javne in privatne službe, povečala dostopnost do

zdravstvenih storitev in omogočila večje angažiranje osebnih sredstev pri zadovoljevanju potreb po zdravstvenih storitvah, in nenazadnje bi zdravnikom privatnikom omogočila tudi izboljšanje njihovih prihodkov.

Na področju zobozdravstvene in lekarniške dejavnosti, ki jo tudi uvrščamo na primarno raven, je obstoječa organizacija dokaj ustrezna. Dispanzerjev, ki delujejo v okviru javne zdravstvene službe, po našem globokem prepričanju ni mogoče privatizirati.

Privatizacija na sekundarni in terciarni ravni

Pri izvajanju specialistično ambulantne dejavnosti je stanje relativno zadovoljivo. Poleg zdravnikov, ki izvajajo to dejavnost kot javno službo na podlagi koncesije, deluje tudi povsem privatna, torej na tržnem principu temelječa specialistično ambulantna dejavnost, za katero nadaljnjo širitev v bistvu ne obstajajo sistemske prepreke.

V pogledu redefiniranja pravic je potrebno uvesti vzporedni sistem zadovoljevanja potreb tudi v specialistično ambulantni dejavnosti. Iz naše pol pretekle prakse, ga poznamo kot "samoplačniške" ambulante, ki pa v sistem niso bile vpeljene na dovolj natančno opredeljenih elementih njihove organizacije in delovanja. V nasprotju od pretečene prakse, morajo biti organizirane na podlagi pogodb o zakupu prostorov in opreme, prihodki iz opravljenih storitev pa ne smejo biti prihodek ustanove, temveč prihodek tistega, ki na zakupljenih kapacitetah za ustrezno zakupnino opravlja posamezno ožjo dejavnost. Bolniki stroške uporabljenih storitev plačujejo sami ali pa jih zanje poravnava zavarovalnica, kjer imajo sklenjeno ustrezno vzporedno prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

V bolnišnični dejavnosti, ki se izvaja v splošnih bolnišnicah na sekundarni ravni, v klinikah ter institutih pa na terciarni, je možno/potrebno za primere neurgentnih operativnih posegov, za katere so praviloma uveljavljene dolge čakalne dobe, oziroma za neurgentna, vendar koristna in potrebna ter odložljiva zdravljenja, uvesti vzporedne možnosti uporabe bolnišničnih storitev v pogojih privatne prakse.

Taki vzporedni sistemi so v svetu poznani, najbližji našim razmeram pa se ponuja Irski model (več o tem: White Paper Private Health Insurance, Department of Health and Children, Government of Ireland, Dublin, 1999). V javnih bolnišnicah, ki so javni zavodi, je vzpostavljen sistem sožitja javne in privatne zdravstvene dejavnosti. Bolnišnice kot javni zavodi opravljajo storitve v breme javnega socialnega sistema, poleg tega pa posamezni njeni zdravniki zlasti v deficitarnih strokah, za katere so značilne relativno dolge čakalne dobe, opravljajo bolnišnično dejavnost kot privatno prakso. V irskih javnih bolnišnicah morajo zdravniki na podlagi zakonskih določb v javni zdravstveni službi tedensko opraviti najmanj 36 ur. Preostali razpoložljivi delovni in dodatni prosti čas lahko izkoristijo za opravljanje storitev iz svoje ožje dejavnosti oziroma stroke v obliki privatne prakse. Z bolnišnico imajo sklenjene pogodbe o zakupu določenih kapacitet. Na zakupljenih posteljah zdravijo (svoje) paciente kot samoplačnike oziroma tiste, ki

imajo za stroške bolnišničnega zdravljenja pri zavarovalnicah sklenjeno tako imenovano vzporedno privatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Pacient se mora že ob prihodu v bolnišnico opredeliti (in to seveda izkazati), ali gre strošek njegovega zdravljenja v breme javne ali osebne porabe.

Tak model, ustrezno prilagojen našim razmeram, bi lahko uspešno implementirali tudi v naših pogojih. Domala v vseh slovenskih bolnišnicah obstajajo nadštevilske bolniške postelje v fizičnem smislu, ki presegajo v pogodbah z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije določeno število postelj za opravljanje bolnišnične dejavnosti v breme stroškov splošnega javnega obveznega zdravstvenega zavarovanja. Te postelje bi bile lahko na podlagi zakupnih pogodb prenesene v privatno dejavnost. Pravila delovanja vzporednega sistema javne in privatne zdravstvene dejavnosti v bolnišnicah je potrebno natančno opredeliti s podzakonskim izvedbenim aktom.

Sistem vzporedne bolnišnične zdravstvene dejavnosti bi pomembno prispeval k skrajševanju čakalnih dob in zmanjševanju stroškov splošnega obveznega zdravstvenega zavarovanja, odpravil oziroma zmanjšal bi tudi sedANJI sistem zadovoljevanja tovrstnih potreb prek poznanstev in zvez, kar ima za posledico, da si premožnejši (ti imajo zveze in poznanstva, revnejši jih nimajo!) hitreje in kakovostneje zagotavljajo uveljavljanje pravic po sistemu protekcij in v breme solidarnostno zbranih sredstev, namesto da bi te potrebe zadovoljevali na legalen in transparenten način v breme svojih osebnih stroškov. Sistem vzporedne bolnišnične zdravstvene dejavnosti v naši praksi v bistvu že obstaja, s to razliko, da je ilegalen, amoralen in v smislu racionalizacije stroškov bolnišničnega zdravljenja kategorično neučinkovit oziroma celo škodljiv. Protekcijsko preskakovanje čakalnih dob pomeni njihovo dodatno podaljševanje!

Zaključek

Želene in pričakovane učinke prenove sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja je mogoče doseči tudi z ustrezno implementacijo zgoraj opisanih možnosti poseganja v obstoječi sistem oziroma njegovo ustrezno nadgradnjo in dopolnitev. Pri tem je potrebno ob splošnem javnem obveznem zdravstvenem zavarovanju zakonsko implementirati tudi posebno obvezno zdravstveno zavarovanje. Iz sistema pravic splošnega javnega obveznega zdravstvenega zavarovanja se mora izločiti segment pravic za poškodbe pri delu in poklicne bolezni skupaj s pravicami do zdravljenja poškodb, nastalih izven dela pri izvajanju določenih dejavnosti oziroma aktivnosti ter zanje implementirati posebno obvezno zdravstveno zavarovanje, ki se izvaja kot zavarovalniška dejavnost. Dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje naj se ne ukine, temveč se ga ustrezno predela tako, da se vanj na novo vgradi načelo solidarnosti, kar pomeni, da se z zakonsko obveznimi doplačili občutneje obremenijo premožnejše sloje prebivalstva, pri čemer se kot kriterij obremenitve uporabi razporeditev posameznika glede na dohodninski razred s tem, da se vse zavarovane osebe splošnega javnega obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki niso zavezanci

za doplačila, v celoti oprosti plačevanja doplačil. Opravijo se nekateri omejitveni posegi v pravice v tem smislu, da se standardizirajo v pogledu njihovega obsega. Sistemsko se sankcionira kot samoplačniške vse storitve, ki jih zavarovane osebe zahtevajo, zdravnik pa skladno z diagnozo in doktrino ni prepričan o njihovi utemeljenosti. Poleg tega se opravijo sprejemljive korekcije pri tako imenovanih socialnih pravicah iz zdravstvenega varstva, med katere gre uvrstiti tudi stroške nastanitve in prehrane pri bolnišničnem in zdraviliškem zdravljenju. In nenazadnje, uvede se privatizacija na tržnem načelu v socialno in strokovnem sprejemljivem obsegu tudi v posamezne zdravstvene dejavnosti, kjer je še ne poznamo.

S predlaganimi posegi bi uveljavili socialno pravičnejši in ekonomsko ustrežnejši sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Hkrati bi zagotovili tudi relativno stabilno finančno poslovanje izvajalcev zdravstvenih storitev. Z uvedbo ustrezne privatizacije pa bi omogočili tudi višjo kakovostno raven uporabe zdravstvenih storitev pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

LITERATURA

- Baur, Ester (1993): Health Care in 8 Countries: Growth of expenditure a problem for social insurance systems and private insurers. SwissRe, Zurich.
- Gracar, I. (1998): Analiza socialnih in ekonomskih neskladij v sistemu zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, Ljubljana, FDV, magistrska naloga, Ljubljana.
- Košir, T., Mencej, M. (1992): Zdravstveni zakoni, Center marketing, Ljubljana.
- Scheider, M (1993): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Basys.
- Toth, M., Košir, F. (1998): Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Evropi in Sloveniji, Zbornik, V. Dnevi slovenskega zavarovalništva, Portorož.
- Development of Slovenian system of Occupational Health and Safety, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Program Phare, Ljubljana, 2000.
- Gradivo k memorandumu o proračunu za leto 2003 in 2004, Urad za makroekonomske analize RS, Ljubljana 2001.
- Issues and Options for Health Reform in the Republic of Slovenia. The World Bank, Health Innovations International Pty Ltd, Sidney Australia, 1998.
- Letno poročilo za leto 2001, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ljubljana 2002.
- Poslovno poročilo za leto 2001 Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z. za leto 2001, Ljubljana 2002.
- Poslovno poročilo za leto 2001, ADRIATIC, zavarovalna družba, d.d Koper, Koper 2002.
- Statistični zavarovalniški bilten, Slovensko zavarovalno združenje, Ljubljana, avgust 2002
- Ustava Republike Slovenije, Ljubljana, UL RS št. 33/91.
- White Paper Private Health Insurance, Department of Health and Children, Government of Ireland, Dublin 1999.
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu, UL RS št. 56/99.
- Zakon o zavarovalništvu, UL RS št. 13/00.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, UL RS št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 6/99, 56/99 in 99/01.