

## Razvoj sistema zdravstvenega varstva iz vidika potrebnih reformnih sprememb

Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji je v stanju, ko ne zadoščajo zgolj njegovi popravki oziroma nadgradnje, ampak bodo potrebne korenitejše spremembe. Slednje so nujne tako v obveznem (socialnem) zdravstvenem zavarovanju in pri solidarnosti, ki se uresničuje v njegovem okviru, kot tudi v zasebnem zdravstvenem zavarovanju, v organizaciji, upravljanju in financiranju zdravstvene dejavnosti ter na področju izvajanja in financiranja področja dolgotrajne oskrbe. Nujnost posegov na to socialno področje narekujejo demografske in socio-demografske spremembe, spremembe v zdravstvenem stanju prebivalstva in njegovih potreb, vse bolj zahtevna in draga medicinska tehnologija ter vse večji razkorak med potrebami in možnostmi njihovega zadovoljevanja. V osredju vseh predvidenih sprememb morajo biti potrebe prebivalstva in ne interesi posameznih političnih ali drugih interesnih skupin (javni in zasebni financerji, izvajalci zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, dobavitelji zdravil in medicinskih pripomočkov, ipd.).

**Glavni problemi sedanjega sistema zdravstvenega varstva**, ki jih bo treba z reformo in ukrepi po sprejemu ustrezne zakonodaje odpraviti, so:

- **odsotnost strategije razvoja** sistema zdravstvenega varstva države (na področju zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene dejavnosti);
- država nima **določene mreže javne zdravstvene dejavnosti** oziroma meril za njeno določitev. Razvoj dejavnosti je nenačrten, zmogljivosti so razdrobljene, njihova organizacija je zastarela, v določenih primerih je prisoten slab izkoristek obstoječih zdravstvenih zmogljivosti. Slabo je razvita osnovna zdravstvena dejavnost;
- **odsotnost normativov in standardov** v zdravstvenih dejavnostih in načinov financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev za racionalnejše izvajanje programov in večjo kakovost;
- občasno **nesistemske poseganje države** na področje obveznega (socialnega) zdravstvenega zavarovanja in prenašanje določenih nalog države med obveznosti njegovega nosilca (ZZZS) ter tudi sicer premajhna vlaganja države v zdravstveno dejavnost, ki se izvaja kot dejavnost splošnega pomena;
- **obseg pravic in obveznosti** iz obveznega (socialnega) zdravstvenega zavarovanja, zlasti pa standard storitev je na nekaterih področjih zastarel in zato neustrezen;
- zakonsko neurejeno **področje zavarovanja za dolgotrajno oskrbo** in zagotavljanje potrebnih finančnih virov za njegovo izvajanje;
- ideološka in pravna nedorečenost glede **sožitja javne in zasebne iniciative** v zdravstvenem zavarovanju in dejavnosti oziroma njuna razmejitev, ki ne bi šla v škodo javnih finančnih sredstev;
- pomanjkljivost vseh oblik **nadzora** v javnem sistemu.

Ena od dodatnih slabosti našega sistema zdravstvenega varstva je, da njegovo financiranje temelji pretežno le na prispevkih delodajalcev in delojemalcev ter nekaterih drugih zavezancev, ter da obstajajo velike razlike v prispevnih osnovah posameznih skupin zavezancev, ki niso odraz njihove realne ekonomske moči (Tabela 1).

Tabela 1: Prihodki od prispevkov po skupinah zavarovancev v letu 2010

	Število zavarovancev	Prispevna stopnja	Letni prispevek na zavarovanca v EUR	Prihodki v 1000 EUR
Upokojenci	534.210	5,96%	660	355.431
Zaposleni	731.635	13,45%	2.388	1.747.172
Kmetje	13.536	18,78% ali 6,36%	480	6.434
Brezposelni	28.080	12,92%	912	25.514
Samost. podjetniki	78.234	13,45%	1.188	92.808
Ostalo	150.345	različne	240	36.321
SKUPAJ	1.536.040			2.263.681

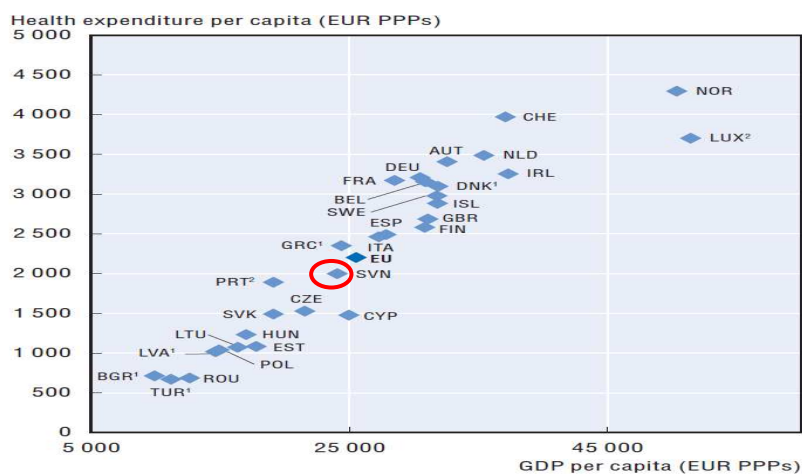
Vir: Povzeto po tabeli v dokumentu "Načelna stališča GZS in ZDS do Nadgradnje zdravstvenega sistema do leta 2020 z dne 15.3.2011.

Opomba: Razlike niso le v višini prispevkov, ampak tudi v prispevnih osnovah, ki so pri zaposlenih plače, pri kmetih katastrski dohodek, pri samozaposlenih dohodek itd., ki med sabo niso primerljive, niti realne.

Sredstva, namenjena za zdravstvo v Sloveniji, so v razmerju do BDP popolnoma primerljiva z drugimi državami OECD (Slika 1). Problem pri financiranju sistema pa dolgoročno predstavljata (a) vedno večji razkorak med potrebami in zmožnostmi zaradi stalne rasti stroškov za zdravstvene storitve in

druge pravice v sistemu zdravstvenega zavarovanja, ki jih javni viri, odvisni od rasti BDP, ne zmorejo sami pokrivati (medicinska inflacija), ter (b) občuten padec BDP v Sloveniji ob nastopu krize 2008 za 8,5 odstotka.

Slika 1: Izdatki za zdravstvo v povezavi z BDP na prebivalca v državah OECD



1. 2007. 2. 2006.

Source: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database; WHO

Nekatere skupine zavarovancev (upokojenci, brezposelni, kmetje, podjetniki, ipd.) sploh ne plačujejo prispevka delodajalcev, kar v primerljivih državah s socialnim zdravstvenim zavarovanjem ni običajno. V državah s primerljivim sistemom je višji tudi delež proračunskih sredstev, ki jih država namenja za zdravstveno varstvo<sup>1</sup>.

Presežek odhodkov nad prihodki se bo v obveznem (socialnem) zdravstvenem zavarovanju ob ohranitvi obstoječega stanja še povečeval in sicer po projekcijah do leta 2020 na kumulativno okrog 840 mio €. Medicinska inflacija bo za okrog 0,5 % hitrejša od rasti BDP. Vzrzel bo nastajala tudi pri financiranju dolgotrajne oskrbe, ki bo do leta 2020 kumulativno znašala okrog 320 mio € in kjer bo rast stroškov za okrog 1,4% hitrejša od rasti BDP v državi. Po podatkih UMAR-ja ni pričakovati, da bi v naslednjih nekaj letih dosegli potrebno gospodarsko rast, da bi najprej dosegli stanje BDP pred krizo v letu 2008 in obenem rast, ki bi lahko vzdrževala potrebo po dodatnih sredstvih zaradi medicinske inflacije in demografskih dejavnikov.

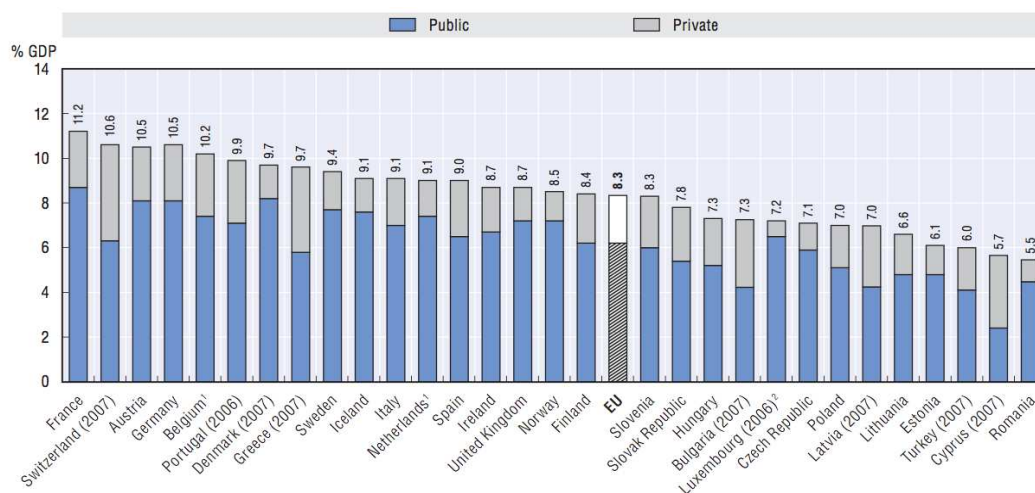
Sredstva, namenjena za javni zdravstveni sistem, znašajo okoli 2,4 mrd EUR v obveznem (socialnem) zdravstvenem zavarovanju ter 400 mio € v okviru dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Dodatnih 400 mio € predstavljajo druga zasebna sredstva (debdajalci, plačila iz žepa, druga zavarovanja).

V okviru reforme in njenih ukrepov je treba določiti **cilje sistema zdravstvenega varstva** skupaj z načini njihovega uresničevanja, ki morajo vključevati:

- doseganje **boljšega zdravja**, dobrega počutja, kakovosti življenja prebivalstva in njegovih večjih ustvarjalnih potencialov, pri čemer se s sistemskimi ukrepi poveča osebna, skupinska in družbena skrb, odgovornost in motivacija za zdravje (health promotion);
- zagotavljanje **dolgoročne finančne stabilnosti in vzdržnosti** javnega sistema zdravstvenega varstva v okviru materialnih možnosti države po vzoru primerljivih držav OECD (Slika 2), ter ob tem predvideti ekonomsko in družbeno sprejemljivo razmerje med javnimi in zasebnimi viri sredstev, ki lahko vzdržujejo nujno konkurenčnost slovenskega gospodarstva;
- ohranitev in izpopolnitev **načela solidarnosti in vzajemnosti** vsega prebivalstva pri obveznostih in pravicah iz javnega in zasebnega zdravstvenega zavarovanja ter preprečevanje neupravičene neenakosti glede **dostopnosti** do zdravstvenih storitev in pravic v javnem sistemu na podlagi ekonomskih zmožnosti ali drugih značilnosti posameznika.

<sup>1</sup> Tako se iz proračuna ponekod krije del stroškov bolnišnic (Avstrija), v drugih državah stroški preventive in programov za varovanje zdravje, država pa lahko plačuje celo prispevke za otroke (Nizozemska).

Slika 2: Delež javnih in zasebnih sredstev v BDP po državah OECD



1. Public and private expenditures are current expenditures (excluding investments).  
 2. Health expenditure is for the insured population rather than resident population.  
 Source: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database; WHO National Health Accounts.

Cilje sistema je mogoče uresničiti le s spreminjanjem dejavnikov iz okolja, ki vplivajo na zdravje in sistem kot celoto, pri čemer **predstavljajo okvir** za spremembe ekonomske možnosti, ki jih določa država. Zato je ob reformi z zakoni potrebno zagotoviti:

- večjo orientacijo **vseh, ki sodelujejo v sistemu, na ohranitev in krepitev zdravja** ter na preventivo, usklajeno medpodročno delovanje gospodarskih in drugih dejavnosti, vlade, socialnih partnerjev, delodajalcev in nosilcev zavarovanja pri doseganju boljšega zdravja, pri organizaciji in delovanju javne zdravstvene dejavnosti in zagotavljanju pogojev za nemoteno izvajanje zdravstvenega zavarovanja;
- mehanizme za **stalno prilagajanje** novim potrebam z ekonomskimi možnostmi po načelih prioritet;
- **racionalnost in transparentnost** v delovanju in financiranju javne zdravstvene dejavnosti, kjer se morajo v večji meri uveljaviti načela tekmovalnosti med izvajalci, plačilo v odvisnosti od kakovosti storitev ter od uresničevanja ciljev pri izboljševanju zdravstvenega stanja.

**Pri spremembah financiranja**, ki naj bi se uveljavile z novo zakonodajo, se je treba nekaterim populističnim predlogom navkljub zavedati, da sistema zdravstvenega varstva ni možno vzdrževati in financirati izključno z javnimi finančnimi sredstvi. Takšne ureditve ne pozna nobena evropska država oziroma so redke tudi v svetovnem merilu (Slika 2). Prav tako ni sistema brez doplačil ob uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov. Zato se je treba sprijazniti z dejstvom, da moramo za vzdržnost in finančno stabilnost sistema tudi v prihodnje predvidevati javna in zasebna finančna sredstva. Delež zasebnih sredstev naj bi predvidoma ostal na približno enaki ravni kot sedaj, ko je blizu povprečja držav Evropske unije. To je nujno tudi zaradi dejstva, da prispevne stopnje ni mogoče povišati in da pogojev za to ne bo še nekaj let. Za **zagotovitev dolgoročne finančne stabilnosti sistema** predlagamo naslednje ukrepe oziroma spremembe:

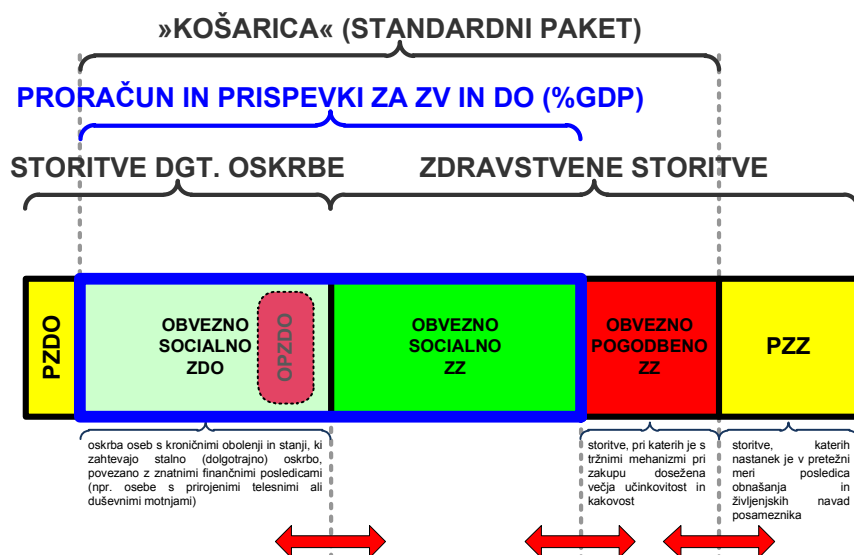
- razširitev prispevnih osnov za obvezno (socialno) zdravstveno zavarovanje na vse dohodke posameznika (podjemne in avtorske pogodbe, nagrade za delo v upravah in nadzornih svetih, nadurno delo in dežurstva, ipd.);
- zmanjšanje neupravičene razlik v prispevnih osnovah posameznih skupin zavezancev, ki niso odraz njihove realne ekonomske moči;
- ločitev zavarovanja za bolezni in poškodbe izven dela od zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, ki bi jih morali v celoti financirati le s prispevki delodajalcev;
- za zagotovitev stabilnosti sistema, na daljši rok bi bilo treba zdravstvene storitve razdeliti na pet skupin:
  - na tiste, ki bi se morale v bodoče financirati iz proračuna (na primer del terciarne dejavnosti, izobraževanje zdravstvenega osebja, preventiva, krepitev zdravja in podobno);

- o na storitve in pravice v zvezi varnostjo in zdravjem pri delu, ki bi se financirale s prispevno stopnjo delodajalcev;
- o na tiste, ki bi dolgoročno ostale del obveznega socialnega zdravstvenega zavarovanja (zagotovo preventiva, zahtevnejše storitve in storitve, ki za posameznika predstavljajo večje finančno tveganje, zdravljenje kroničnih bolezni, dolgotrajna oskrba\*);
- o na tiste, ki bi bile del obveznega pogodbenega zdravstvenega zavarovanja (storitve, ki za posameznika predstavljajo manjše finančno tveganje, prevozi z reševalnimi vozili, storitve zobne protetike, zdravila z vmesne liste, medicinski pripomočki, zdravljenje poškodb izven dela\*), ter končno
- o na tiste, ki bi ostale predmet neposrednih plačil za višji standard, in storitve, ki niso predmet obveznih zavarovanj ter so kot take lahko predmet drugih oblik zasebnih zavarovanj.

Košarico zdravstvenih storitev, ki bi bile dosegljive vsem, bi torej sestavljale storitve iz obveznega socialnega in obveznega pogodbenega (zasebnega) zdravstvenega zavarovanja.

*\*Opomba: Navedbe storitev, ki bi bile vključene v obvezno socialno ali obvezno pogodbeno zavarovanje, predstavljajo le možen primer. Sicer bo to razmejitev moral določiti zakon za posamezno skupino zavarovanja*

Slika 3: Pravice do storitev dolgotrajne oskrbe in zdravstvenih storitev in njihovo financiranje



Obvezno socialno zavarovanje bi izvajal ZZZS, obvezno pogodbeno zavarovanje pa bi lahko izvajali javni zavodi in zavarovalne družbe pod enakimi pogoji in skladno z določili zakona o zavarovalništvu. Z vidika javnega financiranja je treba zdravstvene storitve in storitve dolgotrajne oskrbe obravnavati skupaj, pri čemer predlagamo oblikovanje dveh javnih blagajn, ki ju upravlja ZZZS, in sicer:

- o blagajna za dolgotrajno oskrbo (prispevek za obvezno socialno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo) in
- o (preoblikovana) zdravstvena blagajna (prispevek za obvezno socialno zdravstveno zavarovanje).

S tem bi se približali nizozemskemu modelu financiranja zdravstva, kjer se dolgotrajna oskrba in zdravljenja zahtevnejših bolezni in kroničnih stanj, ki trajajo več kot eno leto, financirajo iz prispevkov in davkov. Obvezno pogodbeno zdravstveno zavarovanje pa bi krilo določene akutne zdravstvene storitve, kjer so zavarovalnice lahko tudi aktivni zakupniki storitev. Pri teh storitvah bi lahko bila predvidena participacija posameznika (z nekaterimi izjemami, oprostitvami, morda tudi zneskovno omejitvijo na leto itd.). To zavarovanje bi se financiralo s premijami iz pogodbenega zavarovanja, ki bi jih plačevali posamezniki. Za osebe brez dohodka, za katere bi plačevali prispevke v obvezno socialno zavarovanje republika in občine, bi le-te tudi plačevale premije za obvezno pogodbeno zavarovanje.

Da bi to lahko izvedli brez povečevanja prispevnih stopenj ali dodatne davčne obremenitve, bi bilo treba ob uvedbi nove ureditve prenesti del sredstev iz sedanjega obveznega zdravstvenega ter pokojninsko- invalidskega zavarovanja na novo obvezno socialno zavarovanje, drugi del pa bodo zavarovanci lahko namenili za svoje obvezno pogodbeno zavarovanje. Tako bi seštevek obeh blagajn bi ostal približno enak (to pomeni enako višino seštevka prispevnih stopenj) oziroma bi se spremenil le za toliko, kolikor bi na to vplivala sprememba prispevnih osnov. V nadaljnjih letih bi se prispevki in premije za obe zavarovanji gibale v skladu z makroekonomskih izhodišč, sredstva iz pogodbenega zavarovanja pa skladno z morebitnimi spremembami pravic iz zdravstvenega zavarovanja in zavarovanja za dolgotrajno oskrbo ter gibanjem zavarovalnega portfelja. Večje število zavarovalnic za storitve iz pogodbenega zavarovanja bi med njih vneslo potrebno tekmovalnost, kar bi tudi vplivalo na višino premij.

Zakon bi moral biti zastavljen tako, da bi bilo razmerje pravic iz obeh zavarovanj oziroma potrebnih finančnih sredstev podobno sedanjemu - okrog 80:20 v prid obveznega socialnega zavarovanja.

Prehod na nov model bi moral biti postopen. Glede na pričakovano povečevanje potreb prebivalstva po zdravstvenih storitvah in storitvah dolgotrajne oskrbe in na ekonomske možnosti države pa bi omogočal potrebno prilagajanje in usklajevanje med obema vrstama zavarovanja. Pričakovati je, da se bo pritisk na obe vrsti zavarovanj pri zagotavljanju virov za zdravstvene storitve povečeval, vendar se ne sme povečevati tako hitro, kot se bodo povečevali agregatni stroški zdravstvenih storitev. Zato bo treba del storitev, za katere se bo ocenilo, da so z vidika skrbi za zdravje državljanov manj pomembne (Slika 3), postopoma izločati iz obsega kritja obveznega pogodbenega zdravstvenega zavarovanja, poleg tega pa bi z uvedbo franšiz (soudeležba) pri zdravstvenih storitvah pozitivno vplivali na obvladovanje stroškov zdravstvenih storitev.

**Učinki predlaganih ukrepov** bi bili dolgoročno finančna stabilnost sistema zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe. Zagotovljena bi bila vključitev vsega prebivalstva v zdravstveno zavarovanje in zavarovanje za dolgotrajno oskrbo ter solidarnost in vzajemnost kot značilnosti socialne varnosti nasploh. Zagotovljeno bi bilo, da se v začetku ne bi zmanjševal obseg pravic iz košarice zdravstvenih storitev oziroma bi to bilo potrebno le, če drugi ukrepi za obvladovanje stroškov ne bi bili zadostni. S postopnim in preudarnim prenosom plačevanja nekaterih neprioritetnih zdravstvenih storitev iz zdravstvene blagajne na obvezno pogodbeno zdravstveno zavarovanje bi se vzpostavila določena tekmovalnost pri ponudbi teh zavarovanj, kar bi vplivalo na dostopnost in učinkovitost pri izvajanju zdravstvenih storitev. Z ukinitvijo doplačil in določitvijo začetne košarice zdravstvenih storitev bi se odprle tudi možnosti za razvoj drugih tipov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

Navedeni predlogi predstavljajo le osnovni koncept, ki bi ga bilo treba natančneje razdelati ter predvideti vse scenarije, mehanizme in orodja za njegovo uresničevanje. Gotovo bi se moral glede na predlagane spremembe prilagoditi način upravljanja s sistemom, na novo razmejiti pristojnosti države in nosilcev zavarovanja ter partnerski način urejanja odnosov med plačniki in izvajalci storitev. Potrebne bodo podrobnejše zakonske opredelitve glede zasebnega pogodbenega zavarovanja, saj mora država zagotoviti obvladovanje in usmerjanje "upravljanje konkurence" ("managed competition"). Ob vseh teh spremembah je potrebno predvideti tudi dinamiko njihovega uveljavljanja. Pri tem smo pripravljene pomagati in sodelovati.

## **Slovensko zavarovalno združenje g.i.z. z zavarovalnicami**

ADRIATIC SLOVENICA, Zavarovalna družba, d.d.  
TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.  
VZAJEMNA, d.v.z.