

ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Donesek k razpravi o zdravstvenem zavarovanju ob Iniciativi zdravnikov

PROLOG

Zdravstvo je v takšni krizi, da ob tem marsikomu že zmanjkuje potrpljenja. Predloge o spremembah in novi ureditvi dajejo državljani, zaposleni v zdravstvu, zdravniki še posebej, in strokovnjaki različnih strok. Vsebina in medijska odmevnost predlogov je precej različna.

Državljanje motijo čakalne vrste, odnos zdravstvenega osebja do pacientov, oddaljenost zdravstvene službe. Ko ne gre drugače, se iz javnega zdravstvenega sistema preselijo v zasebni – potem pa jih moti to, da morajo za storitev plačati, čeprav so za plačilo iste storitve že socialno in dopolnilno zdravstveno zavarovani. Zaposlene v zdravstvu moti stalno in nekonsistentno »racionaliziranje« dejavnosti; ki je lepša beseda za varčevanje ali za povečevanje njihovih obremenitev. Zdravnike še posebej moti, da so omejeni v razvijanju svoje stroke, da se obravnavajo kot javni uslužbenci in da je – po njihovem mnenju – preveč ob(d)vodov pri porabi denarja, ki je sicer namenjen za zdravstvo.

Reševanju zelo zapletenih problemov zdravstva bi se morale posvečati različne stroke; to je delno uspelo Iniciativi zdravnikov. Svoja videnja, spoznanja in predloge so podali ekonomisti, pravniki, predvsem pa zdravniki. Dobro bi bilo, da bi se iniciativi in razpravi pridružili tudi strokovnjaki za javno financiranje, dejavnosti splošnega pomena (včasih družbene dejavnosti) in zavarovalništvo. Na teh področjih je Iniciativa izrazito šibka, dostikrat zavajajoča, nasploh pa nič inovativna.

ZAPLETENOST

Javno financiranje zdravstvene dejavnosti je (še posebej v evropskih državah) splošna praksa. V sistemih Bismarckovega zdravstvenega socialnega zavarovanja plačniki prispevkov in izvajalci zdravstvene dejavnosti podpirajo širitev pravic. Gospodarsko in zaposlitveno stanje je v preteklosti omogočalo njihovo kritje z obvezno zbranimi prispevki – z javnimi financami.

Gospodarska in finančna kriza je razkrila občutljivost te ureditve: zmanjšanje števila vplačnikov, povečanje števila tistih prebivalstvenih skupin, ki potrebujejo pogostejšo in dostikrat dražjo zdravstveno oskrbo in hitrejša rast izdatkov za zdravila in zdravstveno tehnologijo od siceršnjega povečevanja gospodarske in davčne kapacitete, je za zdravstvo (in za pokojninsko varstvo ter za dolgotrajno oskrbo) praktično vse države postavila pred vprašanje, kako naprej. Spontano se v financiranje zdravstva vključujejo zasebna sredstva, zdravstvene storitve ponujajo izvajalci, ki svojo dejavnost opravljajo kot pridobitno dejavnost brez ali v povezavi z nosilci socialnega zavarovanja. Zavestno pa del politike, stroke in javnosti skuša zadržati vse prvine sistema, ki je v drugih časih in pogojih omogočal manj težav pri financiranju dejavnosti. Rešitev problema se pogosto vidi v »vrnitvi v preteklost«; ničesar se naj ne bi spremenilo (razen da bi še bolj obremenili vsak dohodek, predvsem pa tiste posameznike, ki jih imajo nadpovprečno visoke). Razmišljati pa bi morali ravno obratno. **Če nič ne spremenimo, sistem ne bo več vzdržen - še manj obvladljive krize javnega financiranja se bodo pojavljale in ponavljale vedno hitreje.**

Dejavnosti splošnega pomena (prej družbene dejavnosti) državljanom zagotavljajo denarne in nedenarne dobrobiti in s tem ohranjajo ali izboljšujejo kakovost njihovega življenja. Ker so namenjene ljudem, je obseg storitev in/ali denarja za njihovo delovanje neposredno odvisen od števila upravičencev in od višine oz. cene dobrobiti. Razvoj prebivalstva in spremenjeni vzorci življenja najbolj povečujejo število tistih, ki svojih dohodkov ne dobivajo od aktivnosti njih samih, temveč iz prerazdelitve dohodka med aktivnim prebivalstvom in tistimi, ki še niso ali ki niso več aktivni. Starejši prebivalci praviloma ne potrebujejo samo dostojne pokojnine, še bolj so v pozni starosti odvisni od dobre zdravstvene službe in urejene dolgotrajne oskrbe. Skupna obravnava in medsebojna usklajenost pokojninske, zdravstvene in socialne ureditve je zato neizbežna. Če je ni - ali kadar vsaka dejavnost s svojimi pravili, ne oziraje se na druge ureditve, pristopa do istih prebivalcev - so učinki dejavnosti manjši, stroški večji, perspektiva njihovega zadostnega financiranja iz javnih virov pa bolj negotova.

Vsako dejavnost je potrebno tudi financirati. Zdravstvo se praviloma financira v kombinaciji javnega in zasebnega financiranja. Posameznik vstopi v zdravstveni sistem (povprašuje po storitvah zdravstvene službe), ko se mu poslabša njegovo zdravstveno stanje, ko zboli ali ko se poškoduje. Za njega je to nepredvidljiv dogodek in - ko dobi račun za zdravstveno obravnavo - tudi nepredvidljiv strošek.

To so prvine, ki **zdravstveno zavarovanje** opredeljujejo kot **zelo primeren način financiranja večjega dela zdravstvene dejavnosti**. Ni presenetljivo, da so konec devetnajstega stoletja posamezne poklicne skupine in stanovska društva na vzajemen način zavarovale svoje člane. K zavarovanju so se postopoma priključevale tudi druge prebivalstvene skupine, dokler ni bilo po politični odločitvi uzakonjeno, da morajo biti zavarovani vsi prebivalci. Takšen je bil razvoj (najprej zasebnega) socialnega zdravstvenega zavarovanja. Obvezna vključitev v zavarovanje in od države določena višina prispevka, katere plačevanje je sankcionirano z davčnimi predpisi, je vzrok, da so zbrani prispevki del obveznih dajatev, socialno zavarovanje pa del javnega financiranja.

V javnem financiranju je lahko davčna obveznost za posamezne skupine različna, saj se z višino obveznih dajatev pospešuje vključenost ter zavira ali pospešuje doseganje drugih socialnih in gospodarskih ciljev. Tudi pri socialnih zavarovanjih so nekatere skupine bolj (manj) obremenjene, vendar velja, da so v okviru posamezne skupine obveznosti proporcionalno na prispevno osnovo enake za vse zavarovance. Za vse zavarovance socialnega zavarovanja pa so kritja enaka. Vsak zavarovanec (zavarovana oseba) je upravičen do vseh storitev, za katere je z zakonom določeno, da jih plačuje zdravstveno zavarovanje.

Storitve, ki jih je državljan ali prebivalec upravičen dobiti, zdravstvena služba pa dolžna nuditi, so tako imenovana standardna košarica storitev. Standardna košarica storitev je praviloma zelo široka. Kdor te storitve **nudi pod pogoji, ki jih predpiše javna oblast (cena, usposobljenost, opremljenost, urnik poslovanja, lahko tudi lokacija) opravlja javno zdravstveno službo.** Statusna oblika izvajalca javne zdravstvene službe ni pomembna. Lahko so osebe javnega prava, zasebno pravne osebe in posamezniki; tudi lastništvo ni pomembno. Kar je za zdravstveno službo obveznost, je tudi njena pravica, da dobi plačano. Plačnik je prejemnik storitve, lahko pa v njegovem imenu račun poravnava zdravstveno zavarovanje ali drugi naročnik storitve.

Vsota vseh računov za opravljene storitve iz standardne košarice, ki jih je skupaj z drugimi plačniki dolžno poravnati socialno zavarovanje, **je v vseh zdravstvenih sistemih vedno večja od sredstev, ki jih socialno zdravstveno zavarovanje pridobi iz obveznih prispevkov.** Razliko

kot doplačilo na različne načine poravnajo pacienti. Če je pacient zavarovan za doplačilo, lahko v Sloveniji in še v nekaterih državah članicah Evropske Unije to poravna zavarovalnica. Posameznikova odločitev o takšnem zavarovanju je prostovoljna, zavarovanje pa se mora voditi po pravilih za zavarovalništvo (ne po pravilih javnega financiranja).

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je zasebni vir za financiranje javne zdravstvene službe, skupaj s sredstvi iz javnih virov so **sredstva javnega zdravstva**. Druga zasebna sredstva za zdravstvo so namenjena tistim storitvam (zdravilom, medicinsko tehničnim pripomočkom, drugim storitvam) ki niso v standardni košarici zdravstvenih storitev. Ponudbo nestandardnih storitev in prihodke od njihove prodaje imajo tako izvajalci iz mreže javne zdravstvene službe kot tudi tisti, ki v njej niso.

KOMENTAR PREDLOGOV O ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU

V gradivih, ki jih je na spletu objavila Iniciativa, je posebej obravnavano tudi zdravstveno zavarovanje. Kot je že običajna »reformatorska« praksa, se na koncu skoraj vsa argumentacija nanaša na ukinitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Kaj bi to pomenilo za uresničevanje ciljev zdravstvene politike pa skoraj nič, vsekakor pa zelo malo in zelo pristrano. Cilj zdravstvene politike je - in bo upam takšen tudi naprej - da vsakemu prebivalcu zagotavlja, da bo že javna zdravstvena služba vsem pod enakimi pogoji nudila primerno zdravstveno obravnavo. To ni lahko doseči; inštrumente zdravstvene, socialne in fiskalne politike je potrebno stalno preverjati in usklajevati. Tudi zavarovalniška pravila in produkte je potrebno spreminjati, dopolnjevati, nadgrajevati. Tako v obveznem socialnem zavarovanju kot tudi pri prostovoljnih zasebnih zavarovanjih. V nadaljevanju so z zavarovalniškega stališča komentirani vsebinski predlogi spreminjanja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja iz gradiva Iniciative.

1. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je zmanjšalo solidarnost med revnimi in bogatimi, *Uvedba doplačil kot načina financiranja zdravstvenega varstva je pomenila, da »brezplačnosti« kot vrednote (ne pa tudi prakse) preteklih časov in ureditve ni mogoče zagotavljati v nedogled. Solidarnost kot način prerazdelitve dohodka od višjih dohodkovnih razredov do nižjih dohodkovnih razredov je na zelo visoki stopnji. Tudi skupna obremenitev posameznika z obveznimi prispevki in premijami za dopolnilno zavarovanje je še zelo proporcionalna čistim razpoložljivim dohodkom. Najmanj solidarno pa bi bilo, če bi pacienti morali vsak posamični račun doplačevati iz svojega žepa. Večini sicer doplačilo ne bi predstavljalo posebnega bremena, toda ravno tisti, ki imajo največ potreb po storitvah zdravstvene službe, pogosto nimajo visokih dohodkov.*

Stroške doplačil je DZZ preneslo na vse zavarovance. Premije DZZ so enotne ne glede na višino dohodka prebivalcev.

Premije so enotne tudi ne glede na starost, spol, zdravstveno stanje ali druge socio ekonomske in socio medicinske karakteristike posameznega zavarovanca. Ker je zavarovanost visoka, so premije lahko relativno nizke glede na možna doplačila, ki bi zadela posameznika, če bi sam moral poravnati razliko do polne cene storitve.

Že v zakonu iz leta 1992 je uveljavljena delna ali polna oprostitev doplačila (in s tem plačila dopolnilnega zavarovanja) za najnižji dohodkovni razred in oprostitev za številne medicinsko indicirane primere, leta 2008 pa je bila uveljavljena še ureditev, da so plačila premije

dopolnilnega zavarovanja oproščeni tisti posamezniki, ki so prišli v težak socialni položaj in jim to odločbo izda Center za socialno delo.

Težke socialne primere – poleg tistih, ki jih kot razlog za oprostitev od doplačila ali kot subvencioniranje premije predvideva že zakon – bi morali reševati z inštrumenti socialne ureditve. Zavarovanje je namenjeno izravnavi rizikov, zato je vsako prilagajanje premije gmotnemu položaju zavarovanca voda na mlin tudi za diferenciacijo premije glede na zdravstvene rizike.

2. Doplačila se nanašajo na vse storitve v košarici obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki nimajo 100% kritja iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in so lahko v določenih primerih izredno visoka. Zaradi tega omejujejo dostopnost do zdravstvenih storitev predvsem prebivalstvu iz nižjih dohodkovnih slojev, ki je sicer vključeno v obvezno zdravstveno zavarovanje.

Prav zaradi tega je uvedeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje; tako tudi ob sicer visokem doplačilu to ni strošek pacienta, pač pa obveznost zavarovalnice. Visoka doplačila bi lahko omejevala dostopnost, če ne bi imeli pri dopolnilnem zavarovanju skoraj univerzalne zavarovanosti in če ne bi zakon za občutljive skupne prebivalstva zagotavljal plačilo doplačil iz proračuna. Dostopnost do storitev je prebivalstvu iz nižjih dohodkovnih slojev, ki je sicer vključeno v obvezno zdravstveno zavarovanje (skupaj z ukrepi, ki so bili navedeni pod točko 1.) ohranjena.

3. Nižanje cen storitev izvajalcem ob nespremenjenih premijah za DZZ pomeni večje dobičke DZZ zavarovalnic.

Nižanje cen storitev s strani ZZZS ni nujno racionalizacija, je pa res, da zdravstvenim zavarovalnicam znižuje obveznosti za doplačila. Zato so zavarovalnice že vseskozi predlagale, da bi sodelovale pri oblikovanju letnih dogovorov o programu (vključno s cenami), vendar tega predloga racionalizacije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ne ZZZS ne ministrstva nista podprla.

4. Nižanje deleža OZZ v kritju cene storitve povečuje preveliko koriščenje zdravstvenih storitev.

Nižanje deleža OZZ v kritju cene storitve povečuje samo doplačila. Moralni hazard (tveganje za povečano koriščenje zdravstvenih storitev), ki naj bi ga predstavljalo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, bi bil še veliko večji v primeru, če sploh ne bi bilo doplačil in bi vse stroške zdravljenja poravnal ZZZS. O strokovno nepotrebnih storitvah pa bi morala voditi nadzor in sankcioniranje inšpekcija javne oblasti in kontrola zavarovalnic.

5. Evropska komisija opozarja na nekatere določbe ZZVZZ, ki so v nasprotju z evropskim konkurenčnim pravnim redom

Slovenija je bila obtožena pred sodiščem evropske skupnosti, ker ni uredila – odpravila – nekaterih določb, ki so v nasprotju z evropskim konkurenčnim pravnim redom. Zavarovalnice so opozarjale vlado in ministrstvo za zdravje, da lahko sporne določbe Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju črta in se s tem izogne tožbi. ZUJF je sporne člene (razen enega) odpravil in s tem tožbeni zahtevek ni več aktualen.

Ministrstvo za zdravje je zavajajoče obveščalo javnost, da Evropska komisija zahteva ukinitvev dopolnilnega zavarovanja oz. njegovo takšno preoblikovanje, ki bi dejansko pomenilo njegovo ukinitvev. Tega pa Evropska komisija ni nikoli predlagala, ne zahtevala; ni mogla, kajti dopolnilno zavarovanje je uvedeno že v nekaj drugih državah članicah Evropske unije.

6. Z uvedbo direktive Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva se povrnejo stroški za zdravljenje v drugi državi članici za zdravstvene storitve, ki so v nacionalnem paketu (OZZ), kar pomeni, da DZZ z uvedbo direktive ne povrne stroškov storitev pacientom, ki se zdravijo v drugi državi članici.

Popolnoma napačna interpretacija. Za standardne storitve (v nacionalnem paketu (OZZ)) se pacientu, ki je zdravstveno varstvo pridobil v drugi državi članici Evropske unije (čezmejno zdravstveno varstvo) se v domicilni državi povrne strošek do višine cene po pravilih plačevanja, ki za to storitev velja v tej državi. Stroški za storitve se skladno z zakonom poravnajo tako iz OZZ kot iz dopolnilnega zavarovanja, če je pacient tudi dopolnilno zavarovan. To samo pomeni, da je dopolnilno zavarovanje za pacienta še bolj potrebno

Zmanjšanje stroškov za vse zavarovalnice bi bilo samo v primeru, če bi slovenski zavarovanci v tujini bili zdravljeni za nižjo ceno, kot velja za istovrstne storitve v Sloveniji. Sicer pa direktiva bolj zadeva ureditev izvajalskega zdravstvenega sistema, saj ne ločuje med zasebnimi in javnimi izvajalci. Ureja samo plačevanje storitev, ki so v standardni košarici.

EPILOG

Posamezni zdravniki, ki so člani Iniciative, v intervjujih opisujejo stanje in probleme zdravstvenega sistema bolj celovito. Očitno so spoznali, da osnovni problem zdravstva ni ukinjanje zdravstvenega zavarovanja, še vedno pa jih moti, da obstaja dopolnilno zdravstveno zavarovanje in da so za to obliko zavarovanja na trgu tri zavarovalnice. Posebej jih moti, da je ena od njih po obliki vzajemna družba. Ne zavedajo pa se (ali ne poznajo), da se prav s to obliko najlaže uresničuje cilj zdravstvene politike (in pričakovanje javnosti). Zdravstvo je dejavnost, ki je namenjena zagotavljanju zdravstvenega varstva; da ne bi zdravstvo in zdravstveno zavarovanje pozabila na svoje temeljno poslanstvo, mora s pravilno regulativo in nadzorom zagotoviti javna oblast.

Razprava o zdravstvu se bo očitno še razvijala. Tako kot je zastavljena v predlogih Iniciative zdravnikov je s stališča zdravstvenih zavarovanj pomanjkljiva, nedorečena in predvsem neoperativna. Ker je vsem do izboljšanja ureditve in do odprave ovir za dobro delovanje

zdravstva v korist prebivalcev Slovenije, želijo tudi strokovnjaki iz v prologu omenjenih strok sodelovati pri razpravi. Na dejstvih temelječi predlogi rešitev in domišljeno ravnanje so najbolj primerni; velja za medicino za zavarovalstvo in tudi za druge stroke.

LITERATURA

V Iniciativi navedena literatura je zelo skromna. O zdravstvenih zavarovanjih v vseh njegovih oblikah obstaja obsežna bibliografija. Velik del tega je bilo na različnih posvetovanjih predstavljeno tudi v Sloveniji, vendar je bila pri reformatorjih praviloma spregledana, nepoznana ali zamolčana in/ali citirana samo tista, ki govori o težavah zavarovancev ali zdravstvenega sistema. Je pa številna literatura tudi takšna, ki lahko služi kot vir za spoznavanje problemov in pripravo predlogov. V razpravi in pri pripravi predlogov bi bilo primerno, da bi se proučili tudi dokumenti, ki so jih zavarovalnice skupaj in posamično že pripravile in so objavljeni v gradivih, ki jih je založilo ali na svojih spletnih straneh objavilo Slovensko zavarovalno združenje. V nadaljevanju so navedena nekatera od teh gradiv; številni članki so bili objavljeni tudi v dnevnem časopisju, pa tukaj niso navedeni.

1. Statistični zavarovalniški bilteni za leta od 2007 do 2012, Slovensko zavarovalno združenje, Ljubljana, 2007 do 2012.
2. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje in zdravstvena reforma, Slovensko zavarovalno združenje, Ljubljana, 2011.
3. Toth, M.: Socialno zdravstveno zavarovanje, Slovensko zavarovalno združenje, Ljubljana, 2012.
4. Članki v Zborniku zavarovalniških dni (17,18,19 in 20) Slovensko zavarovalno združenje, Ljubljana, 2010, 2011, 2012 in 2013
5. Čezmejno zdravstveno varstvo v EU; <http://www.zav-zdruzenje.si/cezmejno-zdravstveno-varstvo-v-eu/>

Pripravil:

Dušan Kidrič, Zavod R & T