

ANALIZA
ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V
SLOVENIJI

Ocena financiranja zdravstva

Končno poročilo, oktober 2015,

(Nelektorirana verzija)



Ovrednotenje financiranja zdravstva

Končno poročilo

15. oktober 2015

Ovrednotenje financiranja zdravstva

Napisali:

Steve Thomas

Center za zdravstveno politiko in upravljanje, Trinity College Dublin

Tamás Evetovits

Urad SZO v Barceloni za krepitev zdravstvenega sistema, Sektor za zdravstvene sisteme in javno zdravje, SZO Evropa

Sarah Thomson

Urad SZO v Barceloni za krepitev zdravstvenega sistema, Sektor za zdravstvene sisteme in javno zdravje, SZO Evropa

Vsebina

Seznam tabel in slik.....	i
Zahvale	ii
Seznam kratic.....	iii
Uvod	1
Makroekonomski okvir in njegov vpliv na financiranje zdravstva	3
Struktura financiranja zdravstva	3
1. Diverzifikacija javnih prihodkov za zdravstvo in morebitnih novih virov za zagotavljanje ustreznosti in stabilnosti financiranja zdravstvenega varstva	8
2. Stabilnejše financiranje ZZS prek spremenjenih prispevkov	12
3. Ponovni pregled trenutne košarice ugodnosti in politike prispevkov uporabnika.....	19
Sklepi.....	22
Seznam literature.....	23

Seznam tabel in slik

Tabele

Tabela 1: Povprečni plačani mesečni prispevek (EUR) ZZZS za različne kategorije zavarovancev, 2004–2014

Tabela 2: Rast prihodkov ZZZS med letoma 2013 in 2014 in dejavniki rasti

Tabela 3: Ilustrativni scenariji za stabilizacijo prihodkov ZZZS

Slike

Slika 1: Struktura tekočih izdatkov zdravstvenega sistema glede na vir financiranja, 2003–2014

Slika 2: Sprememba deleža, ki ga v celotnem financiranju zdravstva predstavljajo različne oblike financiranja, 2008–2014 Slika 3a: Skupni izdatki za zdravstvo in BDP na prebivalca PPP v 28 evropskih državah, 2013

Slika 3b: Javni izdatki za zdravstvo in BDP na prebivalca PPP v 28 evropskih državah, 2013

Slika 3c: Javni izdatki za zdravstvo kot delež BDP in BDP na prebivalca PPP v 28 evropskih državah, 2013

Slika 4: Sestava financiranja zdravstva glede na vire financiranja, 2012 (ali najbližje leto)

Slika 5: Vpliv litovskih proticikličnih mehanizmov na prihodke zdravstvenega zavarovanja, 2004–2013

Slika 6: Makroekonomski podatki, ki se nanašajo na letno obdavčitev in rast BDP ter splošno davčno breme, 2001–2014

Slika 7: Razvoj portfelja obdavčitve, 2000–2014

Slika 8: ZZZS – Letni presežek/primanjkljaj in gibanje rezerv, 2004–2014 Slika

9: Število zavarovanih oseb po kategorijah obveznega zdravstvenega zavarovanja, 2004–2014

Slika 10: Število zavarovanih oseb v skupinah z nižjimi prispevki ZZZS, 2004–2014

Slika 11: Spremembe članstva v kategorijah ZZZS, 2008–2014

Slika 12: Dodatni prihodek ZZZS po petih različnih scenarijih

Slika 13: Sprememba neposrednih izdatkov iz žepa kot delež celotne porabe za zdravstvo, 2007–2012 (ali najbližje leto)

Slika 14: Neposredni izdatki iz žepa (%)

Zahvale

Zelo smo hvaležni za podporo in pripombe slovenski lokalni delovni skupini pri razvoju tega poročila, ki jo sestavljajo: Dušan Jošar, Eva Zver, Boris Kramberger, Stane Vencelj, Davor Dominkuš, Franc Klužer in Elda Gregorič Rogelj. Avtorji se jim želimo zahvaliti za vse njihove vpoglede in poenostavitve zbiranja podatkov.

Seznam kratic

DZZ	Dopolnilno zdravstveno zavarovanje
EU	Evropska unija
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
UMAR	Urad RS za makroekonomske analize in razvoj
OECD	Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj
SZZ	Socialno zdravstveno zavarovanje
UHC	Univerzalno kritje v zdravstvenem varstvu (ang. Universal Health Coverage)
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija

Uvod

Uspešnost financiranja vsakega zdravstvenega sistema se najpogosteje izraža po treh ključnih merilih: zbiranje zadostnih finančnih sredstev za zagotavljanje in nakup ustrezne ravni oskrbe, zagotavljanje dostopa do celotnega obsega potrebnih storitev, zlasti za tiste, ki so si jih manj sposobni privoščiti, in združevanje tveganj po različnih podpodročjih prebivalstva (Normand in Thomas, 2008; Thomas in Darker, 2013). Ključen problem za kateri koli sistem financiranja zdravstvenega varstva bo pri tem predstavljala zagotovitev finančne vzdržnosti (Thomson et al., 2009), ki se nanaša na zbiranje zadostnih finančnih sredstev za zdravstveno varstvo iz notranjih virov in na zanesljive in predvidljive vire sredstev za ustrezno kritje potreb (La Fond, 1995; McPake in Kutzin, 1997). Ključni cilj, ki je včasih v nasprotju s finančno vzdržnostjo, je pravičnost. Pravičnost v zdravstvu ima lahko različne oblike, vendar je najkoristneje povezana s financiranjem zdravstvenega varstva skladno z zmožnostjo in z dostopom do zdravstvenih storitev glede na potrebe (SZO, 2012). Pogosto je progresivnost ključni cilj pravičnosti financiranja, torej da bogati ne samo plačajo več kot revni, ampak da bogati plačajo višji delež svojega dohodka kot revni. Pravičnost dostopa se najlažje zagotovi, kadar so storitve ob koriščenju brezplačne za celotno populacijo. Vendar pa je pravičnost dostopa odvisna tudi od obsega košarice pravic in zmožnosti sistema zdravstvenega varstva, da pravočasno nudi oskrbo po celotni državi. Druga načela so običajno povezana tudi z učinkovitostjo pridobivanja in upravljanja sredstev, kakovostjo zdravstvenega varstva ter preglednostjo in preprostostjo finančnih mehanizmov (Kutzin, 2008).

Ker so opcije financiranja temelj tega poročila, je pregled delovanja trenutnega sistema financiranja zdravstvenega varstva v luči navedenih kriterijev nujen. Glede na poročilo »Pregled izdatkov v zdravstvu« je izpostavljenih nekaj ključnih značilnosti sistema financiranja zdravstva:

- 1) Javna poraba za zdravje je v glavnem odvisna od davkov na izplačane plače – delež proračunskih sredstev vlade je, v nasprotju z drugimi državami, ki uporabljajo trg dela za financiranje zdravstvenega varstva, zelo nizek. Prispevne stopnje so trenutno med najvišjimi v Evropi. Kljub nedavnim povečanjem prispevnih stopenj za nekatere kategorije zavarovanih oseb financiranje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) ne zadošča za izpolnjevanje tekočih obveznosti. To bo v prihodnje postalo še večji izziv, saj se prebivalstvo stara in se stopnje odvisnosti spreminjajo (tj. manjša populacija delavcev mora plačevati za rastočo populacijo neaktivnega prebivalstva).
- 2) Sedanji sistem financiranja nima dovolj robustnih proticikličnih mehanizmov za ublažitev morebitnih negativnih učinkov nihanja prihodkov zaradi gospodarskih ciklov (glejte sliko 2). Finančni prispevki v ZZZS, edinega kupca javno financiranega zdravstvenega sistema, so med gospodarsko krizo padli zaradi naraščajoče brezposelnosti, počasnejše rasti plač in povečanja deleža neaktivnih zavarovanih oseb, ki plačujejo razmeroma nizke mesečne prispevke. Poleg tega ZZZS ne more izkazovati presežka odhodkov nad prihodki na letni ravni, zato ne obstaja samodejno

dodatno javno financiranje sistema. Za zagotovitev kakovostne oskrbe in popolnega dostopa do celovite košarice za vse je potreben stabilnejši sistem virov financiranja.

- 3) Kljub tem izzivom financiranja se je sistem dobro odrezal glede na pravičnost financiranja in dostop. Medtem ko je bil izveden delni prenos izdatkov na zasebne vire, je sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ) (s skoraj polnim zajetjem populacije, ki je zavezana doplačevati zdravstvene storitve v DZZ) pomenil, da skoraj nobeno gospodinjstvo ni bilo izpostavljeno škodljivim neposrednim plačilom iz žepa. Tako je bila ohranjena pravičnost dostopa z izjemno malo nezadovoljenimi potrebami. Javno financiranje prek ZZS je v glavnem progresivno z višjimi prispevnimi stopnjami predvsem tistih z višjimi dohodki. Vendar pa je financiranje DZZ regresivno, saj temelji na enotni premiji, znesek sredstev prek tega kanala pa ne predstavlja velikega deleža celotne slike financiranja in je še vedno pravičnejša alternativa od neposredne porabe iz žepa.
- 4) Financiranje dolgoročne oskrbe je rastoč problem, ki zahteva dodatno financiranje. Evropska komisija (2015) ocenjuje, da se bodo stroški, povezani z zdravstvenim varstvom, zvišali med 1,2 in 1,9 odstotne točke BDP do leta 2060 (s 5,7 % BDP v letu 2013 na od 6,8 % do 7,5 % BDP v letu 2060). Poleg tega se bodo izdatki za dolgotrajno oskrbo zvišali z 1,42 % BDP v letu 2013 na od 3,0 % do 4,1 % BDP v letu 2060. Čeprav je ta krivulja dolga, lahko, če ni ustrezno načrtovana, sistemi akutne oskrbe dosežejo kritično točko, zato bodo težave v zmogljivostih, kar vodi v neučinkovitost in nesmotrno porabo virov z visoko zasedenostjo postelj v bolnišnicah. Poleg tega je trenutno financiranje dolgotrajne oskrbe zelo razdrobljeno. Po nedavnih gospodarskih težavah ni jasno razvidno, od kod bodo zagotovljena dodatna finančna sredstva. Podanih je bilo nekaj zamisli, da čeprav učinkovito ohranja dostop do oskrbe za prebivalstvo in omogoča prenos stroškov na zasebno financiranje, sistem DZZ kljub temu predstavlja vir visokih in neučinkovitih transakcijskih stroškov, ki bi jih lahko bolje porabili, na primer za (delno) financiranje dolgotrajne oskrbe. Še vedno pa DZZ igra pomembno vlogo, kot je opisano zgoraj, in vsak poskus njegove odprave bi povzročil tveganja z le omejenimi finančnimi učinki. Zato je potreben celovitejši in bolj strateški pristop k oblikovanju sistema financiranja dolgotrajne oskrbe.

Obstajajo pomembni izzivi za izboljšanje zadostnosti, zanesljivosti in proticikličnosti financiranja sistema zdravstvenega varstva, pri čemer želimo ohraniti doseženo dobro raven pravičnosti. To poročilo bo raziskalo/preučilo celoten okvir financiranja zdravstvenega varstva, trenutna gibanja in različne možnosti za reformo financiranja. Ločeno poročilo bo pregledalo možnosti za DZZ (glejte poročilo *Preučitev smiselnosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja*).

¹ Javni izdatki za zdravstvo po metodologiji SHA, brez izdatkov za dolgoročno zdravstveno oskrbo.

² Javni izdatki za dolgotrajno oskrbo po metodologiji SHA, skupaj z dodatnimi izdatki za invalidnost iz ESPROSS.

Makroekonomski okvir in njegov vpliv na financiranje zdravstva

Slovensko gospodarstvo je doživelo globoko recesijo z dvojnimi padcem ravni gospodarske aktivnosti, ki je imela velike posledice za financiranje zdravstvenega varstva. Leta 2009 je Slovenija utrpela hud gospodarski padec, realni BDP se je zmanjšal za $-7,8\%$, kar je eden izmed največjih padcev v vsej Evropi v letu 2009 in globlji od povprečnega krčenja v EU-28, ki je znašalo $-4,4\%$. Čeprav je leto 2010 prineslo okrevanje z realno rastjo BDP v višini $1,2\%$, je bil ta preobrat majhen, pod povprečjem EU, ki je znašalo $2,1\%$. Vendar pa se je od zadnjega četrtertletja leta 2011 gospodarstvo znova krčilo; realni BDP se je zmanjšal za $2,6\%$ oz. $1,0\%$ v letih 2012 oz. 2013. Po podatkih Eurostata se je stopnja brezposelnosti nenehno povečevala z nizkih $4,4\%$ v letu 2008 na $10,1\%$ v letu 2013. Vendar pa nacionalni podatki o registriranih brezposelnih kažejo še višjo stopnjo brezposelnosti z vrhom pri $13,1\%$ v letu 2013. Poleg tega so se tisti, ki so še vedno zaposleni, med krizo spopadali s precej nižjimi plačami. Medtem ko je realna rast plač na začetku krize ostala nespremenjena pri več kot 2% letno, se je rast bruto plače na zaposlenega v letu 2011 precej upočasnila in se v letih 2012 in 2013 zmanjšala za $-2,4\%$ oz. $-2,0\%$.

Vsaj od leta 2006 je bil delež zdravstva v celotnih proračunskih izdatkih države v Sloveniji nekoliko pod povprečjem EU-28 v vseh letih; na primer: leta 2012 je zdravstvo obsegalo $14,4\%$ proračunske porabe v primerjavi s povprečjem $14,6\%$ v EU-28. Zdravstveni delež celotnih izdatkov države se je v letu 2013 zmanjšal na $11,6\%$ zaradi povečanih javnih izdatkov za reševanje bank, s čimer se je Slovenija umestila precej pod povprečje EU-28, ki je znašalo $14,8\%$. Kljub temu pa lahko nedavna ponovna rast slovenskega gospodarstva (3% rast BDP v letu 2014) sčasoma, če bo vzdržna, zagotovi nekaj dodatnih virov pri javnem financiranju prek povečanih prihodkov ZZZS, če se poveča zaposlenost in zvišajo plače. Zato bo ob ponovni gospodarski rasti treba oceniti napovedi prihodnjih prihodkov ZZZS kljub nižjemu deležu prebivalstva v višjih kategorijah prispevkov za ZZZS, in osvežiti projekcije za prihodnjo finančno vzdržnost zdravstvenega sistema s primerjavo izdatkov in prihodkov. Kljub temu pa je nedavni presežek ZZZS predvsem posledica velikega znižanja izdatkov in njihovega prenosa na DZZ, ne pa toliko povišanja prihodkov.

Postalo je jasno, da je ustvarjanje prihodkov v slovenskem zdravstvenem sektorju manj zanesljivo v času krize, saj je zdravstveni sektor odvisen predvsem od prispevkov za socialno zavarovanje, ki so odvisni predvsem od formalno zaposlenih in njihovih zaslužkov, in da so proticiklični mehanizmi neustrezni.

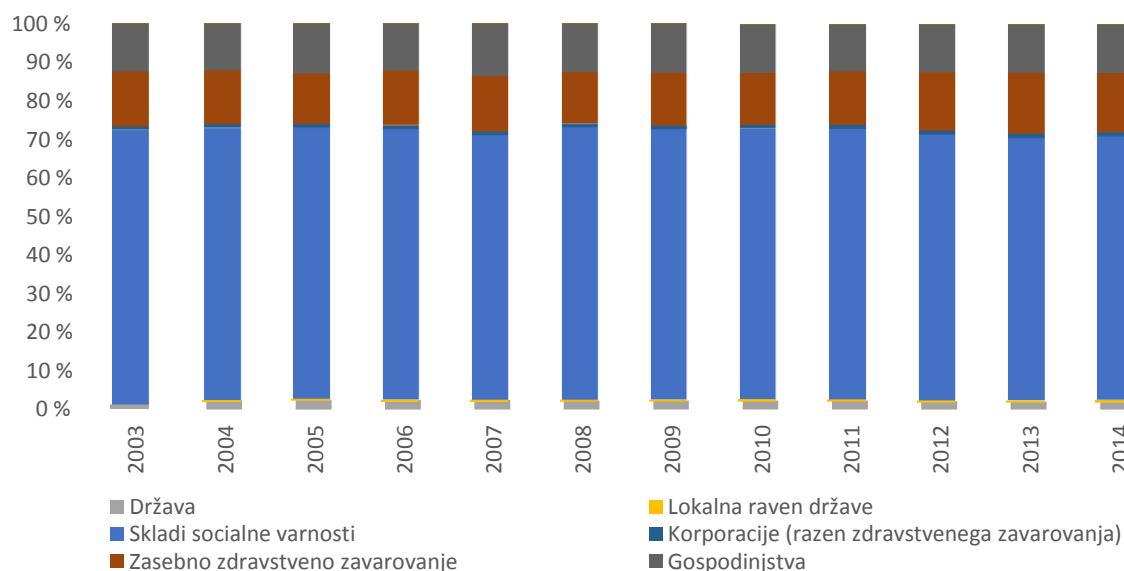
Struktura financiranja zdravstvenega varstva

Slovenski zdravstveni sistem je predvsem financiran s shemo enotnega zdravstvenega zavarovanja (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – ZZZS). To je Bismarckov model socialnega zavarovanja, ki je bil prvič uveden za delavce kot razširitev sistema obveznega nezgodnega zavarovanja leta 1888 (Albrecht et al., 2009). Zakon o zdravstvenem varstvu in

in zdravstvenem zavarovanju iz leta 1992 je oblikoval pravno podlago zdajšnjega sistema. Ta je dopolnjen z doplačili/neposredno porabo iz žepa in s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem, znanim kot dopolnilno zdravstveno zavarovanje (DZZ). DZZ deluje kot zasebni predplačilni sistem, ki vsem zavarovancem omogoča, da se izognejo velikemu delu neposrednih plačil iz žepa. DZZ je bil uveden leta 1993 in je postal priljubljen, ker krije doplačila. Sprva sta bila dva ponudnika DZZ: ZZS, z zakonom pristojen tudi za obvezno zdravstveno zavarovanje, in Adriatic Slovenia, profitni komercialni ponudnik (Albreht et al., 2009). Leta 1998 je moral ZZS ločiti svoj obvezni in prostovoljni del poslovanja in ustanovljena je bila nova vzajemna neprofitna zavarovalna družba »Vzajemna«. Med tremi zdajšnjimi ponudniki DZZ je Vzajemna daleč največja, a z najslabšim profilom tveganja (glejte nadaljnjo analizo). Preostala doplačila, zunaj kritja DZZ, so potrebna predvsem za dostop do storitev zdravstvenega varstva, ki niso vključene v standardno košarico pravic (glejte spodaj).

Razčlenitev financiranja zdravstva v letu 2014 kaže, da je približno 71 % iz javnih virov, vključno z 68 % iz socialne varnosti (tj. ZZS), 15 % iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in 13 % iz neposrednih plačil iz žepa (Zdravstvena statistika OECD, 2015), kot je prikazano na sliki 1. Pri financiranju ZZS obstaja jasna odvisnost od prispevkov na izplačane plače za, kar je glavni razlog, da je financiranje zdravstvenega varstva talec ekonomskih razmer.

Slika 1: Struktura tekočih izdatkov zdravstvenega varstva glede na vir financiranja, 2003–2014

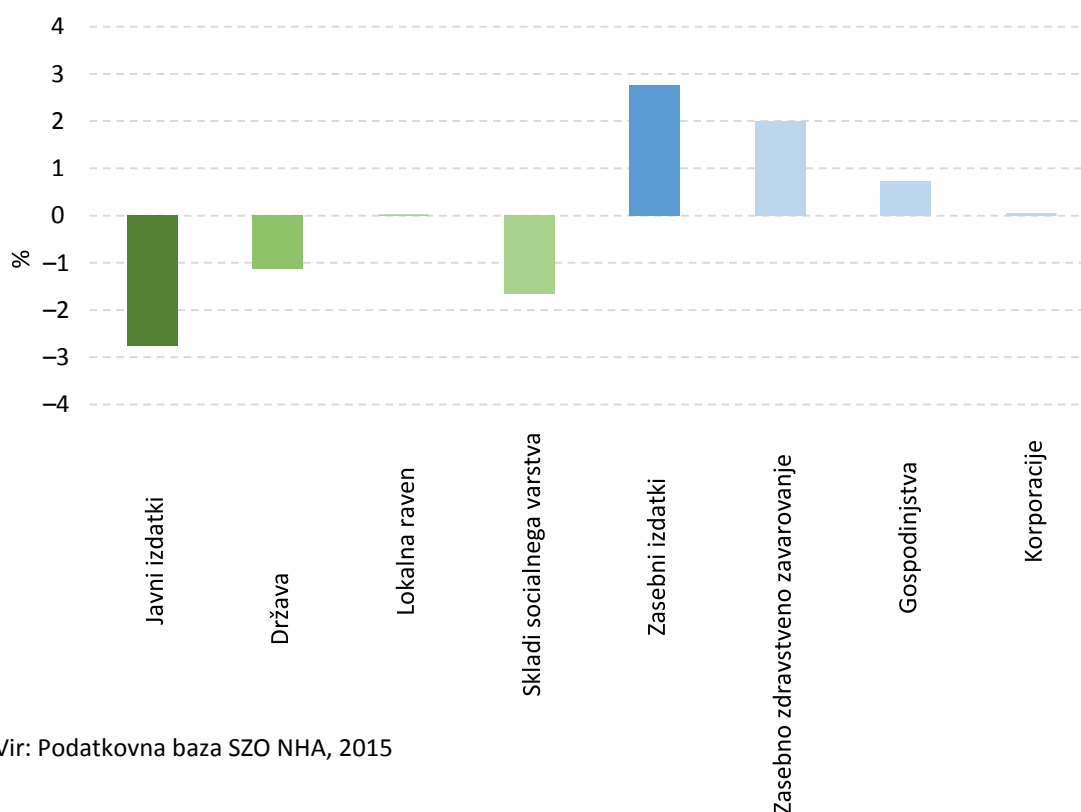


Vir: SURS: 2000–2013; Podatki o zdravstvu OECD, 2015: 2014; izračuni UMAR; Opomba: Tekoči izdatki izključujejo naložbe; podatki za 2014 predhodni; BDP po reviziji ESA 2010.

Slika 2 prikazuje odmik od javnega financiranja zdravstvenega varstva med varčevalnim obdobjem. Prikazuje, kako občutljivi so javni prispevki za gospodarske cikle, in

šibkost trenutnih proticikličnih mehanizmov (proračunsko financiranje se je dejansko zmanjšalo). Vse oblike zasebnega financiranja zdravstvenega varstva so povečale svoj delež v celotnem financiranju zdravstvenega varstva v tem obdobju, pri čemer je DZZ absorbiral velik del zmanjšanja javne porabe.

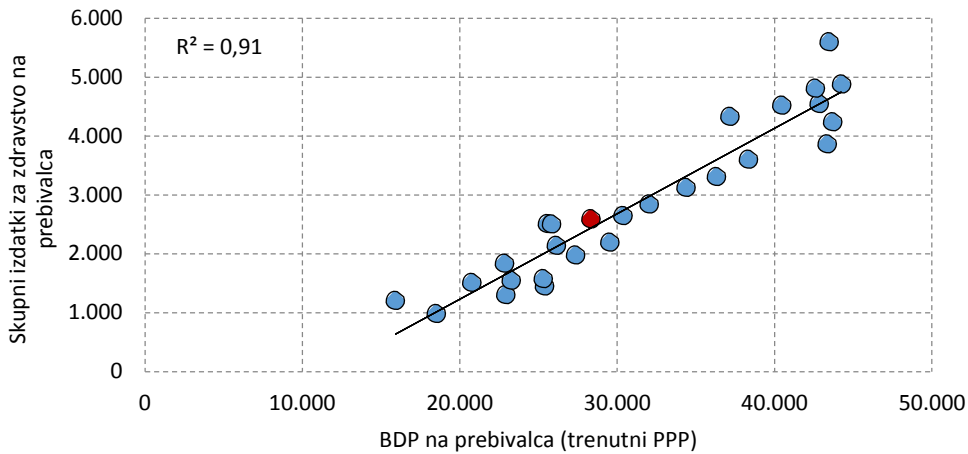
Slika 2: Sprememba %, ki ga v celotnem financiranju zdravstva predstavljajo različne oblike financiranja, 2008–2014



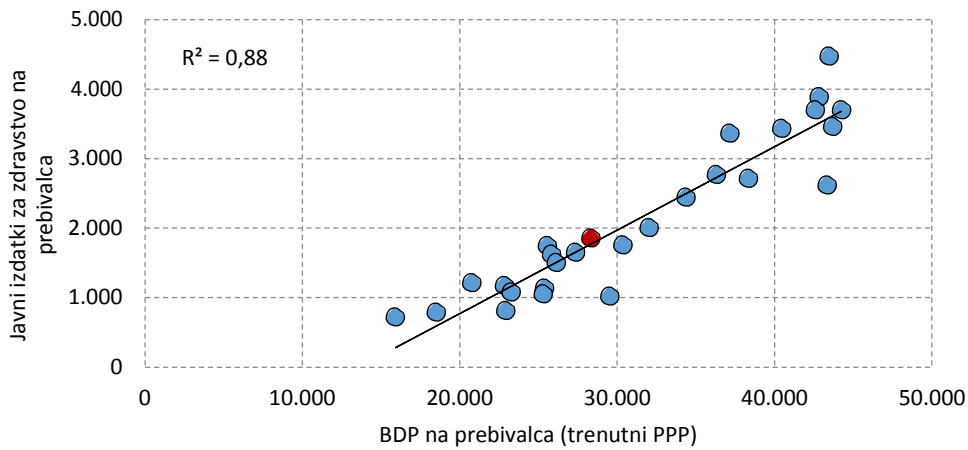
Vir: Podatkovna baza SZO NHA, 2015

Zanimivo je pogledati prenos izdatkov iz javnega v zasebni sektor. Ko so se plače in zaposlenost zmanjšale, se je financiranje ZZZS skrčilo, kar je vodilo v prenos izdatkov na zasebne vire. Posledično se je DZZ razširil. Skupni učinek tega je, da Slovenija glede agregatnih ravni financiranja zdravstvenega varstva po širitvi DZZ skoraj ustreza mednarodnim standardom. Slika 3a prikazuje razmerje med skupno porabo za zdravstvo na prebivalca in BDP na prebivalca v vseh 27 državah članicah EU v letu 2013. Rdeča točka prikazuje, kako je Slovenija nekoliko nad trendom glede na svojo raven BDP na prebivalca. Javna poraba za zdravje je zelo malo nad trendom na obeh slikah – 3b in 3c. Položaj Slovenije je na sliki 3c nekoliko dlje od trenda kot na sliki 3b, kar bi lahko odražalo spremembe BDP in ne sprememb javne porabe za zdravstvo. Te številke kažejo, da je bila javna poraba za zdravstvo delno nadzorovana s prenosom stroškov na DZZ. Vsak poskus zmanjšanja obsega ali odprave DZZ bi zahteval precejšnje povečanje javnih sredstev za ohranitev nizke ravni neposrednih plačil iz žepa.

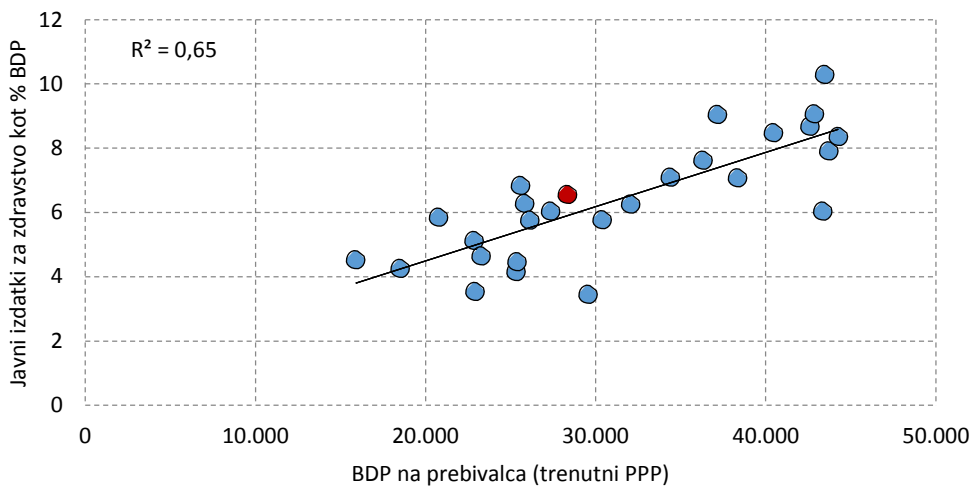
Slika 3a: Skupni izdatki za zdravstvo na prebivalca in BDP na prebivalca, EU-28*, 2013



Slika 3 b: Javni izdatki za zdravstvo na prebivalca in BDP na prebivalca, EU-28*, 2013



Slika 3c: Javni izdatki za zdravstvo kot % BDP in BDP na prebivalca, EU-28*, 2013

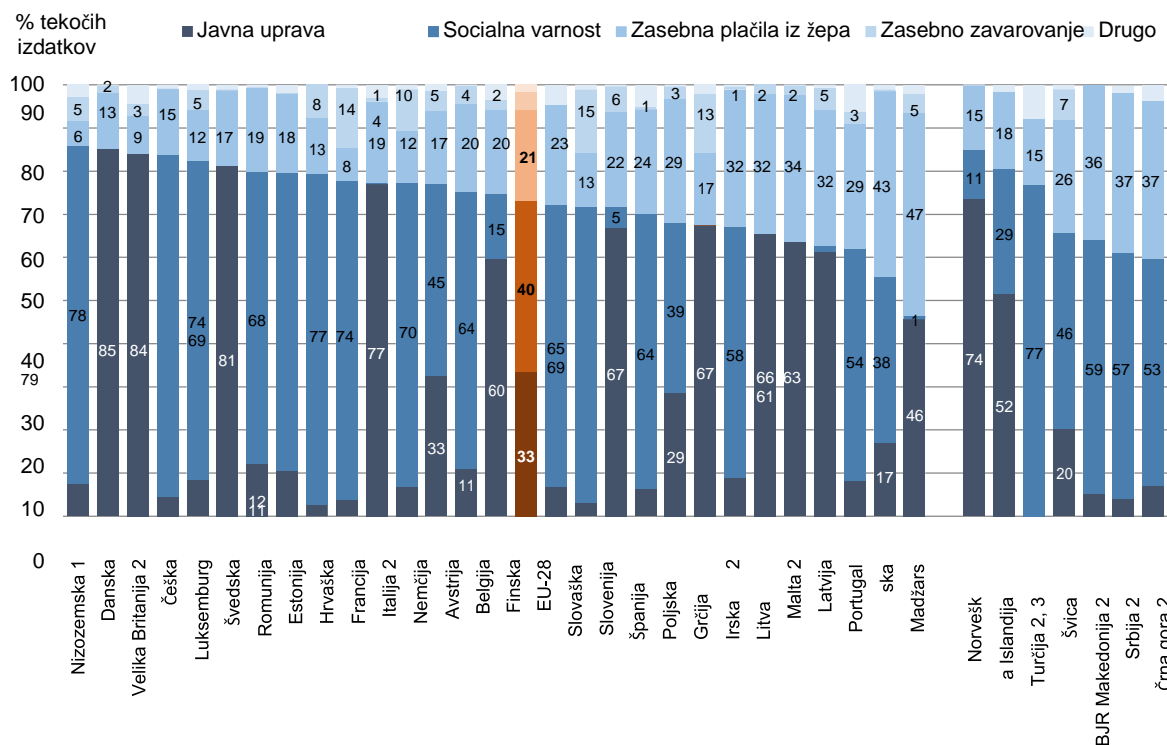


Vir: Podatkovna baza SZO NHA 2015, opomba:* EU-28 brez Luksemburga, ker je Luksemburg velika izjema glede BDP na prebivalca

Slika 4 primerja sestavo financiranja zdravstvenega varstva po evropskih državah glede na vire financiranja. Medtem ko ta primerjava ne upošteva v celoti financiranja po virih, pa potrjuje dve pomembni lastnosti:

- Slovenija ima visoke prispevke za socialno varnost in zelo nizek prispevek iz splošnih davkov. Zato ima zelo visoko odvisnost od prispevkov na izplačane plače po mednarodnih standardih, kar ogroža stabilnost financiranja zdravstva.
- Slovenija ima zelo velik delež sredstev, ki tečejo skozi DZZ, najvišji v Evropi, celo višji kot v Franciji, kjer so ta sredstva nadomestila neposredna plačila iz žepa, je pa ta način manj pravičen kot javni viri financiranja.

Slika 4: Sestava financiranja zdravstva glede na vire financiranja, 2012 (ali najbližje leto)



Vir: Zdravstvena statistika OECD, 2014; Statistična podatkovna baza Eurostat; Podatkovna baza SZO o globalnih izdatkih za zdravstvo. Opomba: Podatki se nanašajo na vire financiranja, ne na vire prihodkov za zdravstveno varstvo, kar lahko napačno predstavi nekaj financiranja javnega sektorja in lahko omeji uporabnost mednarodnih primerjav.

Ob upoštevanju težav zaradi pomanjkanja stabilnosti financiranja in odsotnosti proticikličnih mehanizmov smo pregledali možnosti za ustvarjanje zadostnih, stabilnih virov za zdravstveno varstvo na pravičen način. Podrobno smo raziskali tri strategije:

1. diverzifikacijo javnih prihodkov za zdravstvo in morebitne nove vire za zagotavljanje ustreznosti in stabilnosti financiranja zdravstvenega varstva;
2. stabilnejše financiranje ZZZS prek spremenjenih prispevkov;
3. ponoven pregled trenutne košarice pravic in politike neposrednih plačil.

Posebne možnosti glede reforme in ureditve DZZ so predstavljene v ločenem spremnem poročilu (glejte poročilo *Preučitev smiselnosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja*).

1. Diverzifikacija javnih prihodkov za zdravstvo in morebitnih novih virov za zagotavljanje ustreznosti in stabilnosti financiranja zdravstvenega varstva

Pomembna značilnost razvoja številnih sistemov socialnega zdravstvenega zavarovanja (SZZ) v Evropi je, da se ne financirajo samo iz enega vira, kar pomeni, da ne morejo biti v celoti financirani iz namenskih prispevkov od izplačanih plač. Dejansko je vse težje razlikovati, kje se začnejo sistemi SZZ in končajo sistemi, ki temeljijo na davkih. Pomembnejši primeri so Francija, Nemčija in Litva; nekaj od navedenih je utemeljeno raziskanih.

Francija je zelo pomemben študijski primer zaradi sistema SZZ, katerega osnova za dajatve je prihodek namesto plače, in razpolaga s precejšnjim proračunskim deležem v financiranju. Prav tako ima pomemben trg za DZZ, ki pokriva doplačila. Zato predstavlja zanimivo primerjavo s Slovenijo. V Franciji se raznolik spekter davkov uporablja za povečanje sredstev za socialno zavarovanje (Normand in Thomas, 2009). V Franciji se pobirajo prispevki za socialno zavarovanje na dohodek v nasprotju s plačami, pri čemer uporabljajo progresivno strukturo z višjimi davčnimi stopnjami za dohodke iz kapitala in igralništva (npr. igralnic) in nižjimi stopnjami za osebe, katerih dohodek so nadomestila. Kot opozarjajo Chevreul et al. (2010):

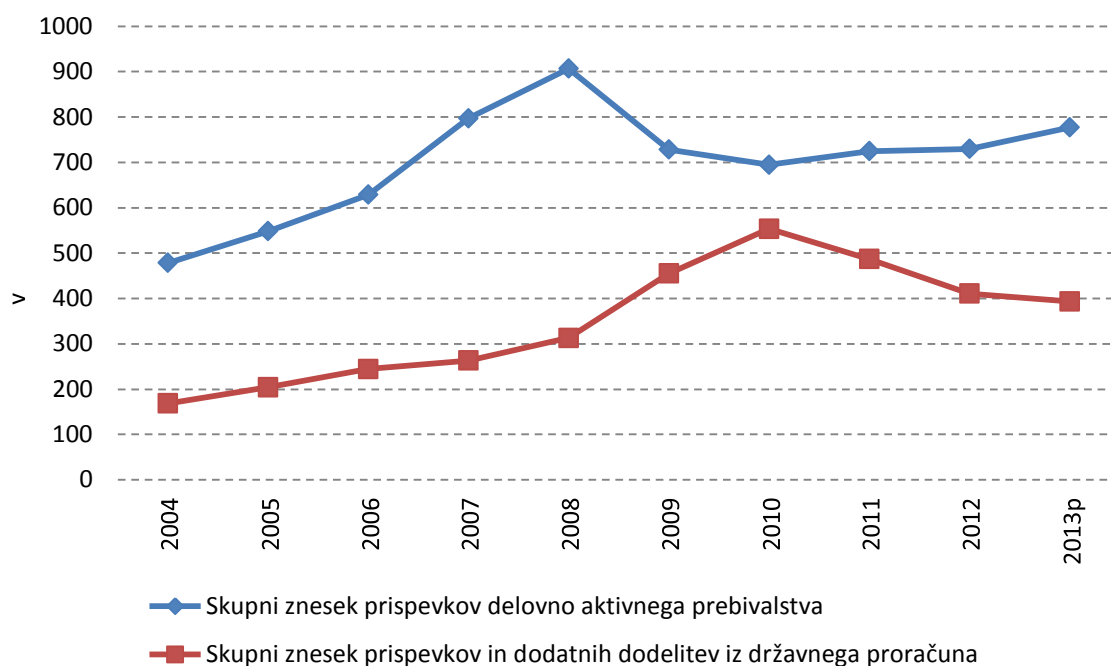
»Osnova za prispevke SZZ je bila torej razširjena in delno ločena od zaslužka, zato je manj občutljiva za nihanja plač in zaposlovanja.«

Viri vladne proračunske podpore za SZZ vključujejo 1-odstotni davek na promet farmacevtskih podjetij, davke na njihovo oglaševanje in prodajo zdravil na drobno. V letu 2007 je to znašalo 662 milijard EUR za SZZ (Chevreul et al., 2010). Poleg tega so velike družbe s prometom nad 760.000 EUR obdavčene od prometa z 0,03-odstotnim davkom. Obstajajo tudi dajatve na onesnaževanje za vsa podjetja. Kot zadnje, prihodki iz neplačanega delovnega dneva (solidarnostni dan) francoskega delovno aktivnega prebivalstva, ki znašajo 2 milijardi EUR neto, so namenjeni dolgotrajni oskrbi in podpornim storitvam za starejše in tiste s posebnimi potrebami. Zato Francija predstavlja zanimiv in domiselni primer razširitve osnove za financiranje sistema zdravstvenega varstva poleg obdavčitev izplačanih plač.

Tudi Litva lahko ponudi zanimive nauke. Ima eleganten proticiklični mehanizem prispevkov, ki ga uporablja za stabiliziranje financiranja zdravstvenega varstva (Kacevičius in Karanikolos, 2015). Prvič, sklad za zdravstveno zavarovanje zbira rezerve. Drugič, vlada izvaja transferje iz proračuna v imenu brezposelnih in ekonomsko manj aktivnih. Tretjič, od leta 2007 naprej ti transferji temeljijo na povprečnih bruto plačah, ki so veljale dve leti pred transferjem. Povezovanje proračunskih transferjev s povprečnimi plačami in uporaba dveletnega zamika pomagata preprečevati nenadne padce prihodkov zdravstvenega zavarovanja in zadržujeta njihovo povečevanje v obdobjih rasti. Posledica tega sistema je, da se državni proračunski transferji v obvezno zdravstveno zavarovanje povečajo v času krize, kot je razvidno na sliki 5 spodaj. Zato so te politike kljub velikemu povečanju brezposelnosti v Litvi med letoma 2008 in 2012 pomagale zgladiti in

stabilizirati prihodke zdravstvenega zavarovanja (Kacevičius in Karanikolos, 2015). Litva ponuja dragocen vpogled v razvoj prožnega in proticikličnega sistema financiranja zdravstvenega varstva.

Slika 5: Vpliv litovskih proticikličnih mehanizmov na prihodke zdravstvenega zavarovanja, 2004–2013



Vir: NHIF, 2013

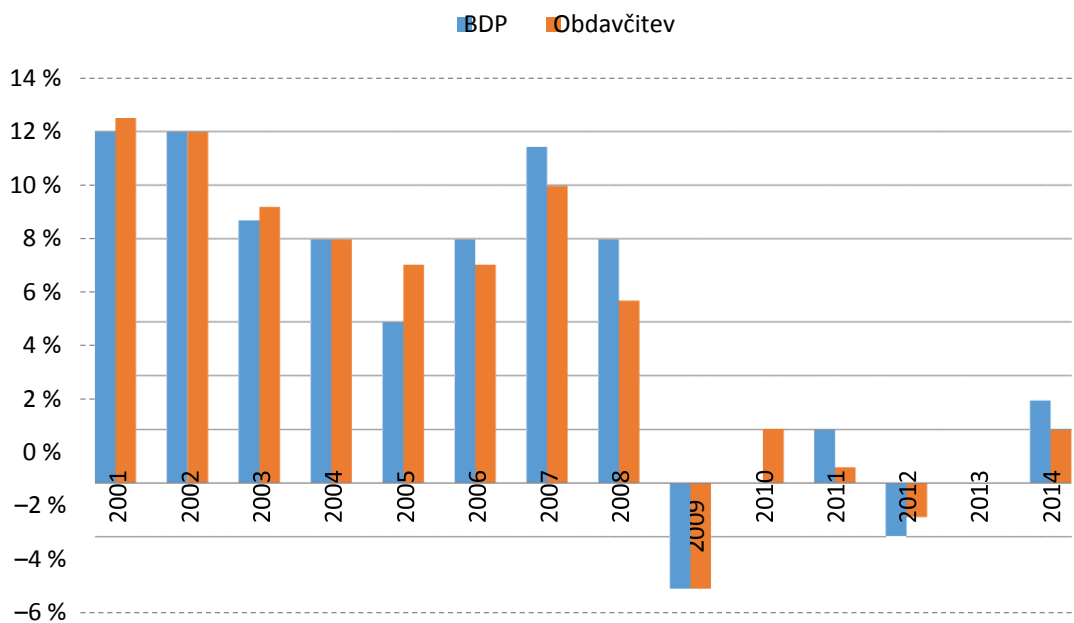
Zelo koristno bi bilo preučiti, ali bi lahko obstajalo splošnejše financiranje sistema zdravstvenega varstva iz naslova davkov, kar bi stabiliziralo prihodke in pomagalo zagotoviti ali vsaj izboljšati proticikličnost. Trenutno prispevki za socialno zavarovanje predstavljajo zelo velik delež v strukturi javne porabe v Sloveniji (podatkovna baza SZO NHA, 2015), zato bi spremembe lahko temeljile na nekaterih izkušnjah drugih držav. Poleg tega so prispevki za socialno zavarovanje v Sloveniji na splošno med najvišjimi v EU-28, zlasti za zaposlene (Eurostat, 2014), kar pomeni, da je na voljo le malo manevrskega prostora za njihova morebitna nadaljnja večja povišanja.

Kljub temu je treba ugotoviti, ali bi lahko obstajalo dodatno financiranje iz davščin za zapolnitev morebitnih trenutnih ali predvidenih primanjkljajev. Obseg razširitve financiranja zdravstvenega varstva iz davkov je odvisen od trenutnega makroekonomskega stanja, obstoječega portfelja obdavčitve in od tega, kakšno je trenutno davčno breme – skupno in po različnih slojih prebivalstva.

Slika 6 prikazuje nedavne makroekonomske trende. Prikazuje občutno gospodarsko krčenje v letu 2009, delno tudi v letu 2012, in rahlo okrevanje v letu 2014. Rast obdavčitve večinoma sledi rasti BDP, okrevanje obdavčitve pa se ne ujema z nedavno gospodarsko ekspanzijo. Poleg tega je bilo po podatkih Eurostata (2015) celotno razmerje med davki in BDP za

Slovenijo nižje od povprečja EU (39,4 % v letu 2012) in od večine njenih sosed, razen Hrvaške. Zato lahko obstaja nekaj možnosti za povečanje davščin, ki v zameno pomagajo financirati zdravstveno varstvo. Dejansko podatki Ministrstva za finance kažejo, da je bilo davčno breme v letu 2014 le 36,7 %.

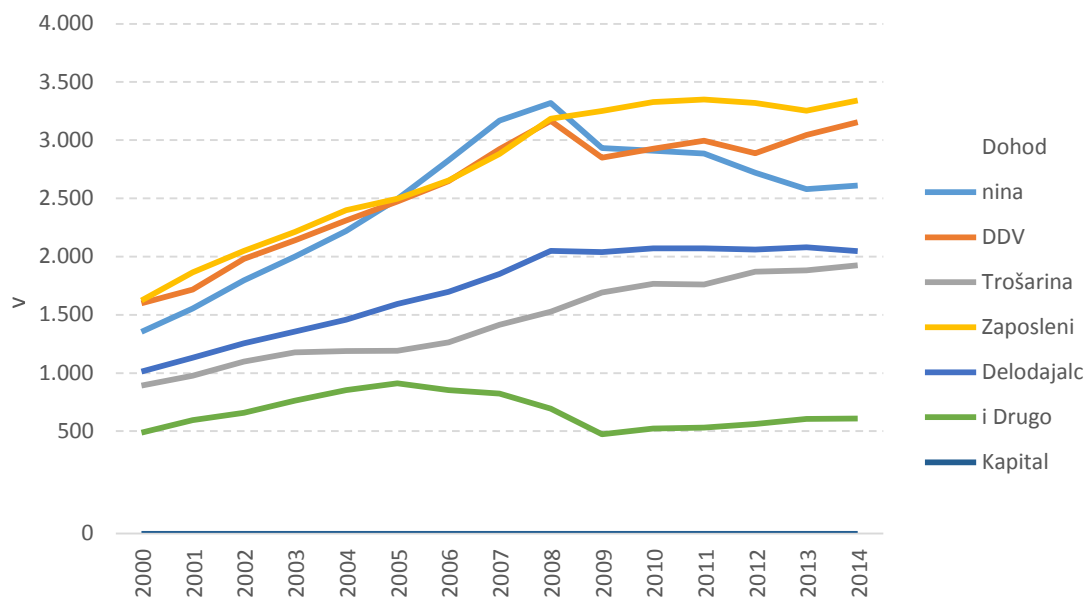
Slika 6: Makroekonomski podatki, ki se nanašajo na letno obdavčitev in rast BDP ter splošno davčno breme, 2001–2014



Vir: Ministrstvo za finance, 2015

Da bi to podrobneje raziskali, so nedavni trendi portfelja tekočega obdavčenja prikazani v seštevku na sliki 7. Posebej je treba opozoriti na upad davka od dohodka (dohodnine) od leta 2008 naprej, na označeno povišanje trošarin in od leta 2009 naprej v manjšem obsegu tudi DDV. To kaže, da je prišlo do premika financiranja iz obdavčitve z neposrednih na posredne vire.

Slika 7: Razvoj portfelja obdavčitve, 2000–2014



Vir: Ministrstvo za finance, 2015

Vlada od leta 2010 izvaja fiskalno konsolidacijo (OECD, 2015), da bi poskusila zadržati naraščajoči dolg, ki je posledica varčevalnih ukrepov. To vključuje zvišan DDV in trošarine na alkohol, tobak in gorivo, ki so se kot delež BDP strmo dvignile. Dejansko je delež posrednih davkov višji od povprečja v EU. Zlasti trošarine in davki na potrošnjo kot delež BDP so bili tretji najvišji v EU-28, kar predstavlja 1,6 milijarde EUR v letu 2012 (OECD, 2015). Prav tako so bili socialni prispevki zaposlenih s 7,7 % BDP v letu 2012 najvišji v EU in znašajo 2,7 milijarde EUR. Dejansko so v Sloveniji davki na delo zaradi precejšnjega plačila za socialno varnost in progresivne obdavčitve dohodka precej visoki (OECD, 2015). Davki na energijo so tudi zelo visoki; v letu 2012 so znašali 3,1 % BDP, kar je najvišji delež v EU-28.

Zaradi nedavnega zvišanja DDV zdaj ZZZS plačuje več DDV. Ena možnost za sprostitev navedenih virov je lahko znižanje DDV za zdravstvene storitve ali oprostitvev ponudnikov zdravstvenih storitev. Pomembna strategija je lahko razmislek o razširitvi osnove za prispevke v ZZZS. Razpon dodatnih virov prihodkov lahko zajema dohodnino, DDV in davke na premoženje, prihranke in trgovino. Ena možnost bi bila vsaj delna dopolnitev prispevkov na izplačane plače s prispevki na vse prejemke posameznika, poleg prihodkov iz različnih davčnih virov, kot v Franciji. V Franciji prispevki za zdravstveno varstvo temeljijo na vseh dohodkih, ne samo na izplačanih plačah, kot je bilo že navedeno. Obdavčitev dohodka, v primerjavi s socialnimi prispevki delodajalcev in delojemalcev, v zadnjem času upada in jo bo morda treba ponovno pregledati. Tudi davki na premoženje pomenijo možnost za raznolik tok prihodkov in so v Sloveniji tradicionalno nizki, saj obdavčenje, povezano s premoženjem, znaša samo 0,6 % BDP (podatki OECD, 2015), kar po podatkih Ministrstva za finance pomeni le 188 milijonov EUR v letu 2014. Dejansko so prihodki od davka na kapital nižji od priporočil EU-28. Po podatkih OECD (2015) je ustavno sodišče leta 2014 razveljavilo

na novo sprejeti davek na nepremičnine. Napoveduje se, da bo vlada poskusila znova, saj je ustavno sodišče odločilo le proti določeni obliki in izvajanju davka na nepremičnine in ne proti zamisli o davku na nepremičnine sami po sebi. Dejansko se tukaj lahko skriva velik potencial, saj so bili prihodki od davkov na premoženje v letu 2013 le ena tretjina povprečja OECD. Poleg tega je bilo ugotovljeno, da ima ta oblika obdavčitve razmeroma omejene negativne učinke na gospodarsko rast (Arnold et al., 2011). Gotovo bi revidiran davek na nepremičnine priskrbel precejšnja sredstva, po prvotnih ocenah višja od 300 milijonov EUR (OECD, 2015).

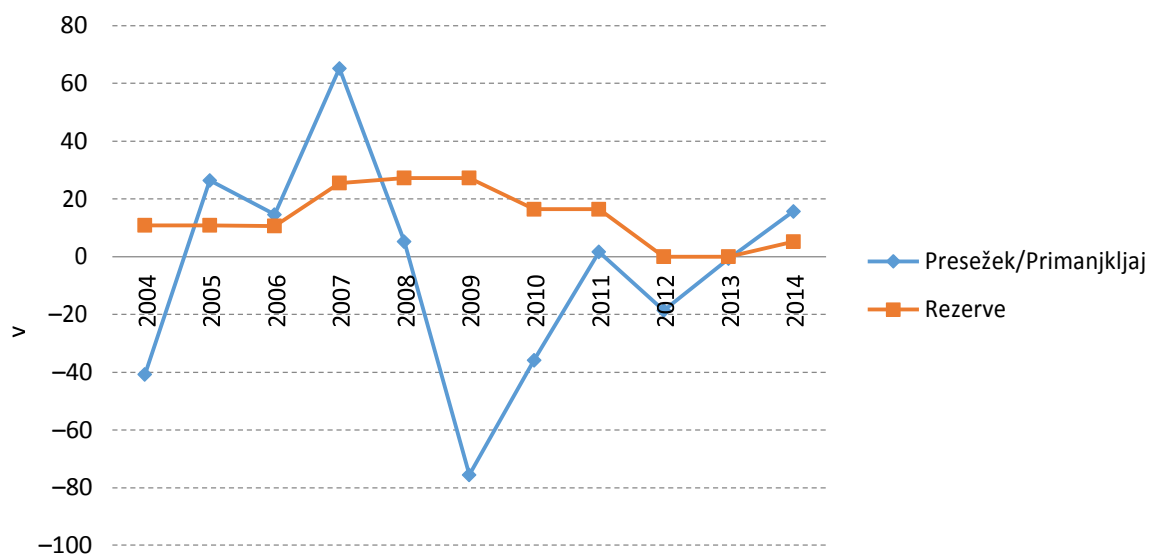
Potencialen dodaten vir bi lahko bil pregled obsega dodatnih ali višjih davkov na tobak, alkohol, luksuzne izdelke, maščobe, gazirane pijače in namenitev teh sredstev za ZZZS. Take pobude se lahko izkažejo za upravičeno sprejemljive za prebivalstvo, saj je jasno, da ti izdelki neposredno prispevajo k zdravstvenim težavam. Zato ima njihova obdavčitev zlahka sprejemljivo utemeljitev. Prihodki iz teh virov bi sicer bili skromnejši, vendar bi še vedno lahko prispevali k stabilizaciji financiranja zdravstvenega varstva. Druge potencialne možnosti so lahko povezane celo z nizkimi davki na velike korporacije (saj so dobički od davkov na korporacije trenutno precej nizki) in dodatnimi novimi davki na turiste (letališke takse, nastanitve).

Tukaj ni prostora za temeljito raziskovanje in ocenjevanje zdajšnje ureditve splošne obdavčitve v Sloveniji. Niti to ni namen tega poročila o financiranju zdravstvenega varstva. Kljub temu pa je namen te kratke analize pokazati, da je za izboljšanje stabilnosti financiranja zdravstvenega varstva dejansko treba upoštevati več prihodkov iz obdavčitve za zdravstveno varstvo. Ta analiza kaže tudi več možnih pristopov, ki lahko upravičijo nadaljnje raziskovanje. Sicer niso izčrpani, ampak se lahko izkažejo za koristne.

2. Stabilnejše financiranje ZZZS na osnovi spremenjenih prispevkov

ZZZS je glavni kupec zdravstvenih storitev v slovenskem sistemu zdravstvenega varstva. Med gospodarsko krizo je beležil precejšnje primanjkljaje (presežke odhodkov nad prihodki). Kot je bilo navedeno, je finančna vzdržnost ZZZS ogrožena zaradi gospodarske krize in pomanjkanja robustnih proticikličnih mehanizmov. Od leta 2008 je shema izkazala več letnih primanjkljajev in močno osiromašila svoje rezerve (glejte sliko 8). Ponovna gospodarska rast z višjim zaposlovanjem in posledično višjimi prilivi iz prispevkov za zdravstvo lahko ublaži vsaj del problemov financiranja ZZZS. Vendar pa ne bo rešila problema trenutnega procikličnega javnega financiranja zdravstvenega sistema, ki – tako kot je – temelji skoraj izključno na prispevkih na izplačane plače.

Slika 8: ZZZS – Letni presežek/primanjkljaj in bilanca rezerv, 2004–2014

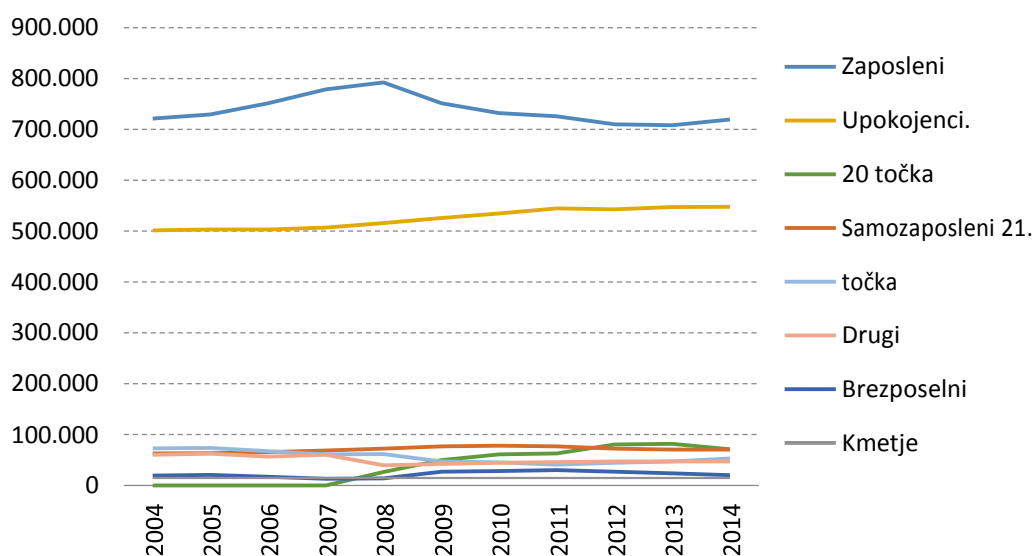


Vir: ZZZS, 2015

V zadnjih šestih letih so se pojavili poskusi povečanja vzdržnosti financiranja ZZZS z znižanjem cen, plačanih izvajalcem, in s prenosom stroškov na gospodinjstva na podlagi višjih doplačil. Kljub temu pa je zlasti na strani financiranja mogoče narediti še več. Zaradi sprememb v strukturi populacije bo treba pregledati prispevne stopnje različnih kategorij zavarovanih oseb. Prav tako bo morda treba povečati stopnje prispevkov za revnejša gospodinjstva in upokojece, ki se financirajo s transferji iz proračuna. To bi bil odličen proticiklični mehanizem.

Slika 9 predstavlja trende števila zavarovancev v vsaki kategoriji ZZZS v zadnjem desetletju. Osebe v formalni obliki zaposlitve so predstavljale 52 % vseh zavarovanih oseb v letu 2004. Od leta 2008 do leta 2013 se je število v tej kategoriji močno znižalo, za 80.000, delno zaradi ostrih gospodarskih varčevalnih ukrepov. Medtem ko je v letu 2014 zaradi izboljšanja gospodarstva prišlo do vrnitve okoli 10.000 med formalno zaposlene plačnike, je bil delež vseh zavarovanih oseb v tej skupini še vedno precej nižji kot v letu 2008, saj je padel na 47 %. Posledica tega je bila znižana osnova prihodkov ZZZS. Zaposleni in delodajalci skupaj plačujejo veliko višje prispevne stopnje kot katera koli druga kategorija (glejte tabelo 1).

Slika 9: Število zavarovanih oseb v posamezni kategoriji ZZS, 2004–2014

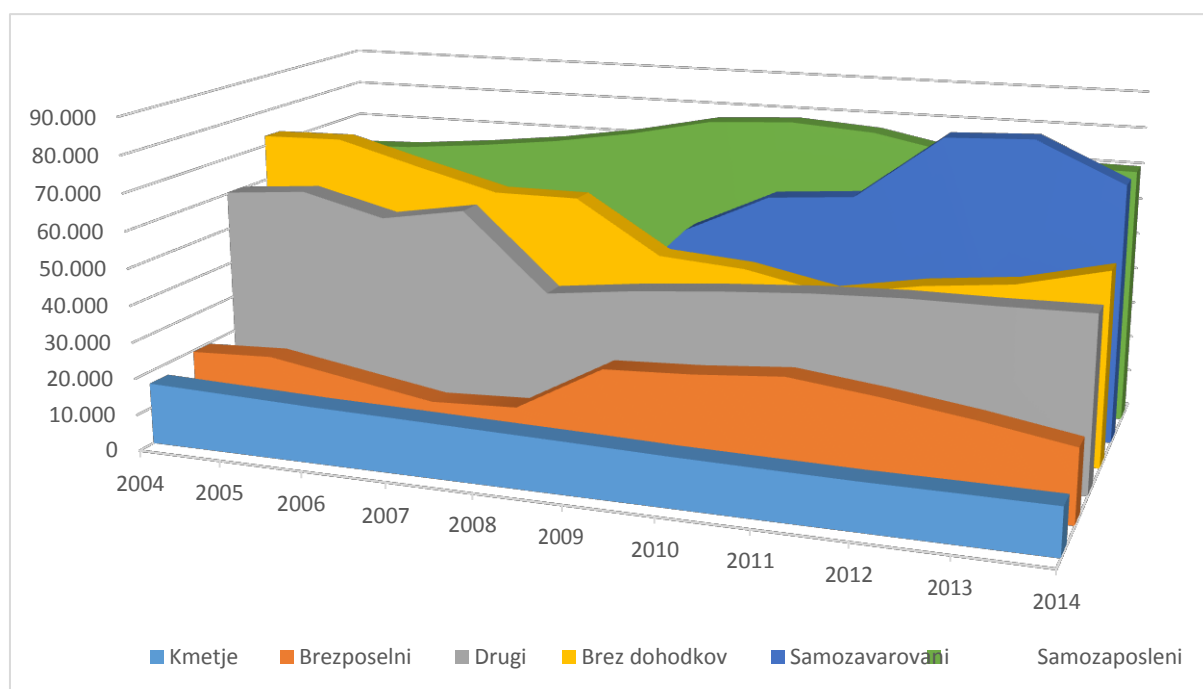


Vir: Izpeljano iz podatkov ZZS, 2015

Kljub temu pa so nižji prihodki le delno posledica slabših gospodarskih razmer. Med letoma 2007 in 2014 je prišlo do precejšnjega povečanja števila tistih, ki spadajo v kategorijo upokojencev, in sicer za 40.000 (glejte sliko 9). Čeprav so večji uporabniki oskrbe, upokojenci trenutno plačujejo razmeroma nizke stopnje, prispevki so se med letoma 2010 in 2014 le malo spremenili (glejte tabelo 1). Mesečni prispevek upokojencev, ki znaša 56 EUR, je samo malo višji od polovice prispevka za brezposelne, 104 EUR, in malo višja od četrtnine tistega, kar se prispeva za formalno zaposlene, 203 EUR. Z vidika pravičnosti so take stopnje prispevkov široko progresivne, razen premožnih upokojencev, in jih je zato treba pozdraviti. Prikazujejo navzkrižno subvencijo zdravih, zaposlenih in premožnejših revnejšim, bolj bolnim in starejšim delom družbe ter poudarjajo ustrezno združevanje tveganja, ki ga je treba pohvaliti. Vendar pa obstajajo utemeljeni pomisleki glede ohranjanja take ureditve, kadar se močno zanašamo na prispevke na izplačane plače.

Druga skupina, ki se je močno razširila v zadnjih letih, je skupina »samoplačnikov« (zavarovana po 20. točki), glejte sliki 10 in 11, ki zajema tiste brez dohodkov, a z drugimi sredstvi za plačilo, pa tudi tiste z nerednimi dohodki. Tudi ta skupina plačuje zelo nizko stopnjo (tabela 1).

Slika 10: Število zavarovanih oseb v manjših skupinah prispevkov ZZS, 2004–2014



Vir: Izpeljano iz podatkov ZZS, 2015

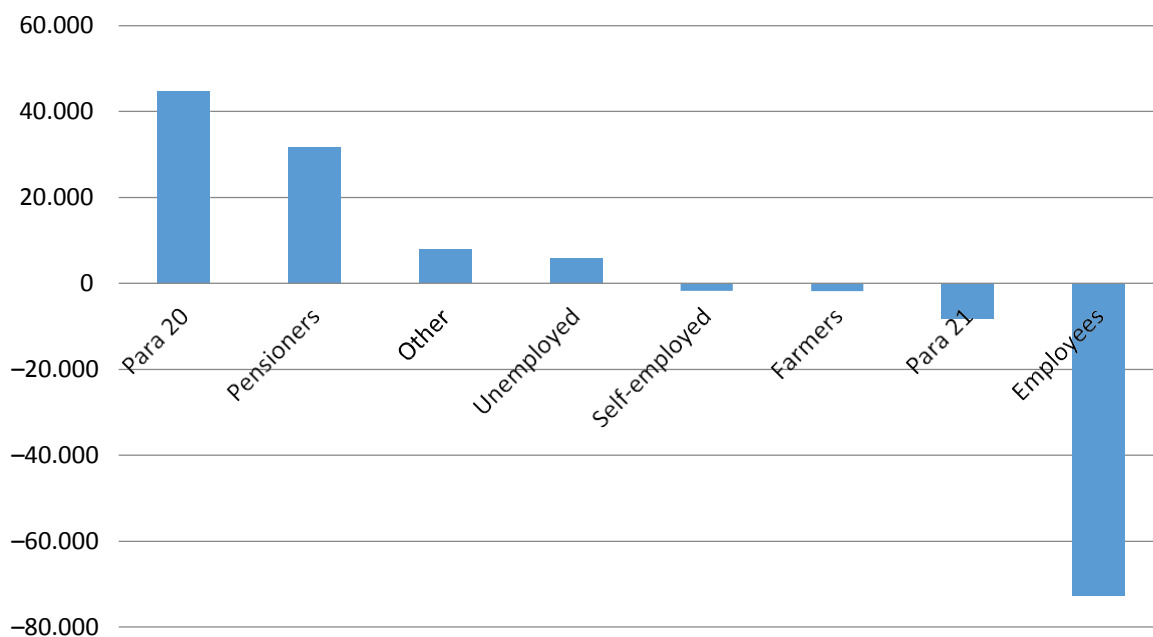
Tabela 1: Povprečni plačani mesečni prispevek (EUR) ZZS za različne kategorije zavarovancev, 2004–2014

Kategorije	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Formalno zaposleni*	143	151	156	164	179	191	198	200	202	198	203
Samozaposleni	78	83	86	89	94	95	95	100	118	117	129
Brezposelni	52	53	68	74	64	65	76	96	102	125	104
Upokojenci	43	49	48	50	53	54	55	56	55	55	56
Drugi	–	–	–	–	36	40	44	44	43	43	44
Kmetje	23	29	29	30	34	34	40	36	37	38	40
Zavarovani po 21. odstavku	20	21	24	24	23	31	29	31	27	32	28
Zavarovani po 20. odstavku	–	–	–	–	13	10	11	12	11	13	20

Vir: ZZS, 2015

Opomba: * To vključuje prispevke delodajalcev in delojemalcev.

Slika 11: Spremembe števila zavarovanih oseb v kategorijah ZZS, 2008–2014



Vir: ZZS, 2015

Opomba: 20. točka – samozavarovani (brez dohodkov, vendar z drugimi sredstvi za plačilo); 21. točka – socialno ogroženi posamezniki brez dohodka, za katere plačujejo lokalne skupnosti

Če povzamemo: opazen je velik premik iz zavarovalnih kategorij z višjimi prispevki na kategorije z nižjimi prispevki, kar je delno posledica krčenja gospodarstva, ki je nepredvidljivo, in delno zaradi staranja prebivalstva, ki je v celoti predvidljivo.

Kljub temu je v letu 2014 prišlo do 3,4-odstotne rasti prihodkov zavarovalnic, ker se je povrnila gospodarska rast. Koristno bi bilo analizirati dejavnike v ozadju te rasti prihodkov, da bi ugotovili, ali bi lahko nadaljnja gospodarska rast rešila navedene omejitve pri financiranju.

Vpliv različnih dejavnikov k rasti prihodkov je prikazan v tabeli 2. Manjše povečanje prihodkov je bilo zaradi populacijske dinamike, večji delež te rast pa se nanaša na ZZS. Bilo je tudi nekaj premikov zavarovanih oseb iz nižjih v višje prispevke na račun ponovne gospodarske rasti in večje zaposlenosti. Kljub temu pa je malo verjetno, da bo nadaljnja rast števila zavarovanih oseb z višjimi prispevki in naravna širitev obsega zavarovanih oseb bistveno povečala prihodke (v tem primeru le za 1 %). Namesto tega so bili pomemben dejavnik pri zagotavljanju povečanja prihodkov višje prispevne stopnje, določene za ključne skupine. Tudi če bi gospodarska rast zagotovila močnejšo spodbudo financiranja ZZS z izboljšanimi prispevki na izplačane plače, je nepredvidljiva in zato bi razpršitev virov financiranja prek dodatnega proračunskega financiranja verjetneje pripeljala do večje stabilnosti financiranja.

Tabela 2: Rast prihodkov ZZS med letoma 2013 in 2014 ter delež vpliva na rast

Vzroki za povečanje	Posledična rast prihodka (%)
Povečano članstvo ZZS	0,2
Višje prispevne stopnje	2,4
Premik v skupine z višjimi stopnjami	0,8
Skupno	3,4

Vir: Izpeljano iz podatkov ZZS o prispevkih in članstvu, 2015

Na podlagi zgoraj navedenih razprav v okviru strategij 1 in 2 je v tabeli 3 predstavljenih **pet ilustrativnih scenarijev**, ki raziskujejo možno stabilizacijo prihodkov in strategije diverzifikacije virov za ZZS. Pri scenariju 1 je poudarek na pregledu stopenj za upokojence, saj pri tej skupini beležimo najvišje povečanje članstva in trenutno pokojninska blagajna v njihovem imenu plačuje sorazmerno nizke stopnje, ki so gotovo nižje od izdatkov te skupine. Zahteva po višjem proračunskem transferju v zdravstveno blagajno, ki bi se izvedel v imenu upokojencev, bo povečala finančno vzdržnost. Kljub temu pa bodo potrebne razprave o fiskalnem okviru in izvedljivosti glede davčnega portfelja in davčne obremenitev. V scenariju je transfer za upokojence povišan le za 20 %, da je omogočena sprejemljivost vendar bi se lahko razširila, da bi odražala vse večje izdatke zdravstvenega varstva v prihodnosti.

Scenarij 2 se nanaša na proračunske transferje za otroke. Ta pristop je povzet iz Nemčije, kjer država pokriva prispevke za zdravstvo za otroke. Prispevki so v tem scenariju določeni na nizki ravni, 20 EUR na mesec.

Scenarij 3 predvideva splošen dvig vseh sedanjih prispevnih stopenj kot način za pridobivanje dodatnih sredstev. Ta scenarij temelji na 3-odstotnem zvišanju prispevkov za vse kategorije. Nekatere izmed teh obveznosti bodo padle na gospodinjstva, nekatere pa na državo oz. državni proračun (npr. upokojenci).

Scenarij 4 obdela razširitev prispevne osnove za prispevke za zdravstveno varstvo na vse prihodke. Kot je bilo ugotovljeno pri francoskem sistemu, obstaja več načinov, kako bi lahko to storili. Scenarij modelira 2-odstotno povečanje sredstev iz naslova obdavčitve tistih prejemkov, ki niso plače. Posebna dajatev na dohodke iz kapitala je tudi lahko dragocen dodaten vir dohodka.

Poenotenje stopenj za vse zaposlene in brezposelne bi bilo povsem proticiklično, podobno kot pri zdajšnji ureditvi v Litvi, in bi povečalo delež proračunskega, na davkih temelječega financiranja sistema. Model tega je prikazan v scenariju 5. Zato v tem primeru dejstvo, ali je nekdo zaposlen ali ne, ne pomeni nobene razlike v znesku sredstev, ki jih dobi sistem zdravstvenega varstva. Zanimivo je, da so stroški tega za državno blagajno (exchequer) precej nizki, celo glede na trenutne fiskalne omejitve.

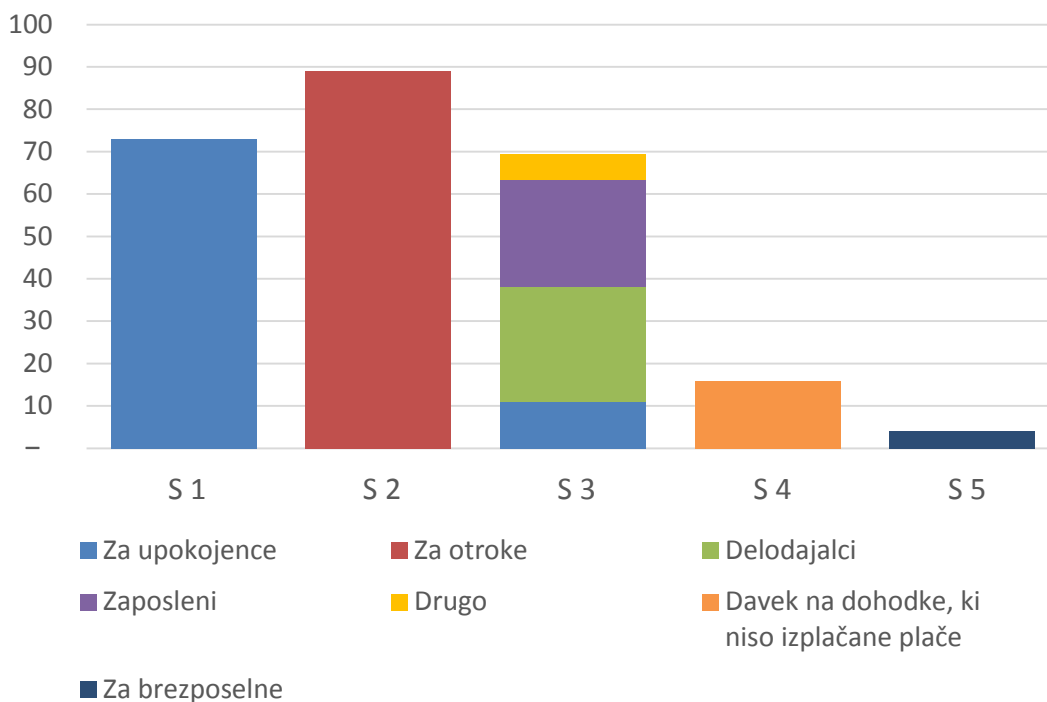
Tabela 3: Ilustrativni scenariji za stabilizacijo prihodkov ZZZS

Možnosti	Utemeljitev	Opis	Vpliv	Vpliv na finančne cilje
1. scenarij	Višje efektivne stopnje za upokojence (z dodatnim zneskom, ki ga plača država in ne pokojninski sklad)	20-odstotno zvišanje plačilo prispevkov za upokojence	Dodatnih 73 milijonov EUR na leto (3,2-odstotna rast prihodka)	Če je pokrita s proračunskimi transferji, ta možnost izboljšuje razpršitev virov financiranja in s tem trajnost financiranja zdravstva. Ustvarja precejšen dodaten prihodek s potencialom dodatne prilagoditve navzgor v prihodnosti, če bi bilo potrebno.
2. scenarij	Proračunski transferji v imenu otrok	20 EUR na mesec na otroka plača proračun	Dodatnih 89 milijonov EUR na leto (3,8-odstotna rast prihodka)	Ta možnost izboljšuje razpršitev virov financiranja in s tem vzdržnost financiranja zdravstva. Ustvarja precejšen dodaten prihodek.
3. scenarij	Splošno zvišanje prispevnih stopenj	3-odstotno zvišanje prispevnih stopenj za vse kategorije	Dodatnih 69 milijonov EUR na leto (3,0-odstotna rast prihodka)	Ne spremeni temeljnega izziva – prevelika odvisnost od prispevkov na izplačane plače, toda ustvarja velike dodatne prihodke.
4. scenarij	Razširitev prispevne stopnje zdravstvenega varstva na vse vrste prihodkov	Dodatna 2-odstotna obdavčitev dohodkov, ki niso plače, namenjene zdravstvu	Dodatnih 15,8 milijona EUR na leto (0,7-odstotna rast prihodka)	Izboljšuje pravičnost financiranja in vzdržnost sistemov financiranja zdravstva. Ustvarja malo več prihodka za zdravstvo, toda lahko se razširi.
5. scenarij	Poenotenje stopenj za zaposlene in brezposelne	Prispevek za brezposelne se podvoji s 104 EUR na 203 EUR na mesec	Dodatni 4 milijoni EUR na leto (0,2-odstotna rast prihodka)	Zelo skromen vpliv na ustvarjanje dodatnega prihodka, toda izboljšuje proticikličnost.

Opomba: Zgornji scenariji niso izključujoči in se lahko kombinirajo.

Vpliv na prihodke, prikazan v tabeli 3, je dodatek k tistemu, ki ga povzroči povečanje zavarovanih oseb v skupinah z višjimi prispevnimi stopnjami ali povečanje števila zaposlenih. Dodatna sredstva, predvidena po scenarijih, so za vsako kategorijo prikazana tudi na sliki 12.

Slika 12: Dodatna sredstva ZZS iz 1.–5. scenarija



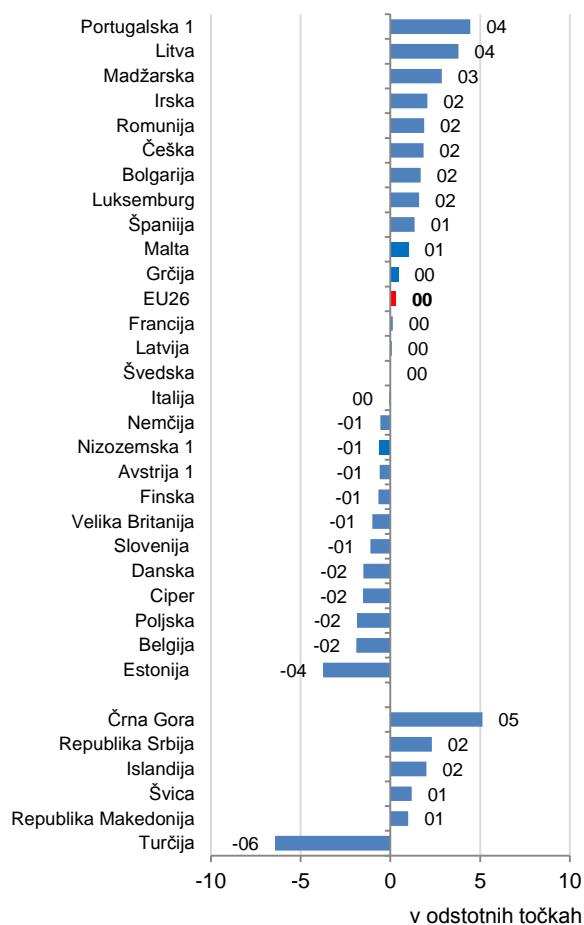
Vir: Izpeljano iz podatkov ZZS (2015) o članstvu in prispevnih stopnjah ter Ministrstva za finance (2015) o prihodkih od obdavčitev.

Opomba: S 1, S 2, S 3, S 4 in S 5 se nanašajo na scenarije 1–5, opisane v tabeli 3 zgoraj.

3. Ponovni pregled trenutne košarice pravic in pristopi k neposrednim plačilom

Prednosti in slabosti doplačil so v mednarodni literaturi jasne (James et al., 2006). Doplačila so le redko velik generator prihodkov in ovirajo dostop, kar povzroča neenakost in nezadovoljene potrebe. Lahko so koristna pri podpori politike v povezavi z nadzorom dostopa in ustreznih poti do oskrbe. Zato v splošnem ne priporočamo uporabe ali povečanja neposrednih plačil iz žepa, prav gotovo pa ne v evropskem ali visokodohodkovnem okolju. Kjer DZZ pokriva doplačila, so učinki neenakosti, ki jih povzročajo plačila iz žepa, nevtralizirani. Kljub temu pa so plačila DZZ trenutno še vedno regresivna in gotovo manj pravična od javnega financiranja. Dejansko se zdi, da je bilo v letu 2012 manj zaznanih neposrednih plačil iz žepa v deležu financiranja zdravstva kot leta 2007.

Slika 13: Sprememba neposrednih izdatkov iz žepa kot delež celotne porabe za zdravstvo, 2007–2012 (ali najbližje leto)



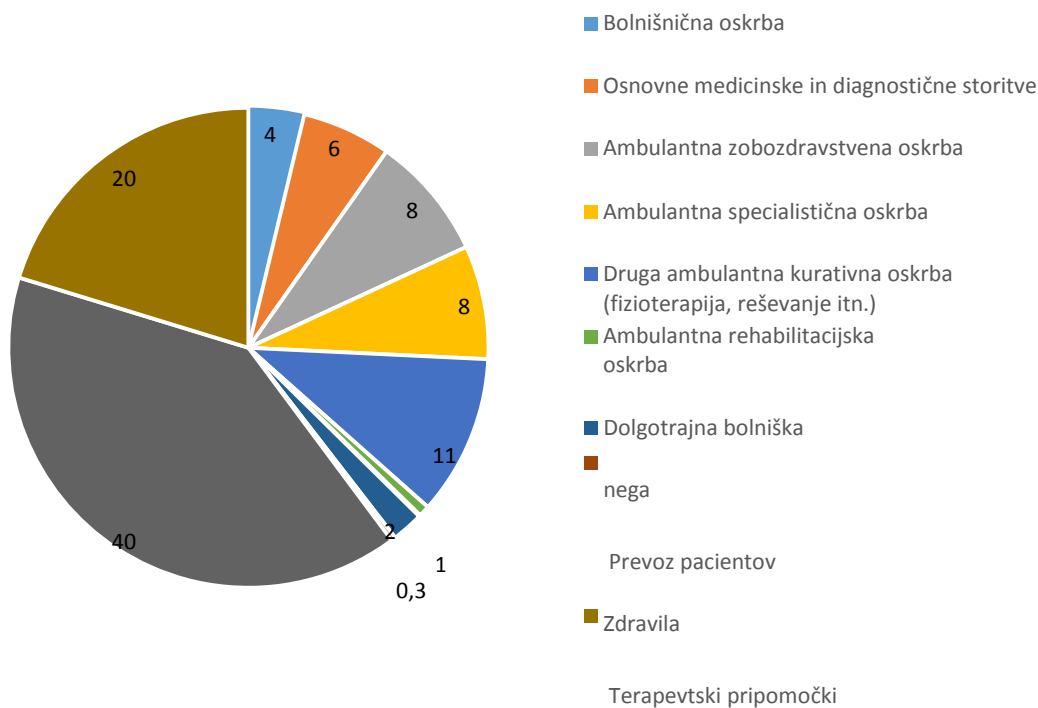
Vir: Zdravstvena statistika OECD, 2014; Statistična podatkovna baza Eurostat; Podatkovna baza SZO o globalnih izdatkih za zdravstvo.

Treba je pregledati, kako se neposredna plačila iz žepa uporabljajo v slovenskem okolju. Uporabljajo se ob koriščenju zdravstvenih storitev, ki spadajo v osnovni obseg pravic in ob koriščenju tisti storitev, ki ni v osnovnem paketu pravic. Predpisi obveznega zdravstvenega zavarovanja v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 1992 opredeljujejo košarico zdravstvenih storitev za zavarovano prebivalstvo. Košarica pravic obsega kritje primarnih, sekundarnih in terciarnih storitev, farmacevtskih proizvodov, medicinskih pripomočkov, bolniške odsotnosti, daljše od 30 dni, in potne stroške. Obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavlja popolno kritje za številne storitve z vrsto doplačil. Doplačila za večino oskrbe, ponujene v sistemu javnega zdravstva v Sloveniji, so določena kot delež stroškov zdravljenja (s sozavarovalnimi stopnjami 5–25 % za akutno bolnišnično oskrbo, ambulantne specialistične storitve in laboratorijske teste in 15 % za splošne zdravnike, zobozdravstvo in fizioterapevte v javnem sektorju (OECD, 2012)). Preostali stroški se krijejo prek sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja (Albreht, 2009).

Univerzalna pokritost zdravja (UHC) zahteva široko košarico zdravstvenega varstva (SZO,

2010) in v preteklosti se je Slovenija glede tega izkazala, predvsem zato, ker je prenos stroškov na DZZzaščitil prebivalstvo pred neposrednimi doplačili. Medtem ko bo dostopnost do javnofinančnih virov vedno težavna, je priporočljivo, da košarica še naprej ostaja čim širša in tako omogoča enak dostop. Kljub temu pa se UHC in standardni cilji financiranja zdravstvenega varstva osredotočajo tudi na kakovost zdravstvenega varstva (Svetovna banka, 2013), ki je delno povezana z ustrežno potjo uporabnika skozi sistem zdravstvenega varstva in pravo oskrbo, zagotovljeno v najprimernejšem okolju. Treba je prepoznati, legitimirati in financirati zagotavljanje kakovostne oskrbe. Ovrednotenje najboljših praks zagotavljanja kakovosti oskrbe v okviru zdajšnje košarice je lahko učinkovitejši temelj pri odločanju in poznejši dodelitvi sredstev kot pa ponovni pregled in morebitno omejevanje javno zagotovljene košarice ugodnosti.

Slika 14: Neposredna plačila iz žepa (%)



Gospodinjstva opravijo precejšnja neposredna plačila iz žepa za storitve, ki ne spadajo v obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in jih DZZ ne krije. Leta 2014 so ta plačila znašala 13 % tekočih izdatkov za zdravstvo ali 405 milijonov EUR (zdravstvena statistika OECD, 2015); vendar pa je v primerjavi s povprečjem EU (21 % v letu 2013) ta delež plačil iz žepa sorazmerno nizek in bi bil bistveno višji brez DZZ. Razčlenitev neposredne porabe iz žepa je prikazana na sliki 14. Zdravila predstavljajo 40 % tega, pa tudi terapevtski pripomočki (očala) z 20 % prispevajo precejšen delež. Čeprav ima po podatkih EU-SILC Slovenija običajno nizko stopnjo nezadovoljenih potreb, obstajajo dokazi o njihovem povečanju med izvajanjem varčevalnih ukrepov, še posebej na področju zobozdravstva. Morda bi dodatno kritje DZZ za zobozdravstveno varstvo pomagalo, da bi se izognili tej težavi.

Pojav, ki potrebuje boljše razumevanje, je praksa plačevanja iz lastnega žepa za preskok čakalnih seznamov. Obstaja nekaj nezanesljivih dokazov, da se za preskok formalnih javnih čakalnih seznamov za ambulantno oskrbo zahtevajo neposredna plačila iz žepa, za tem pa je spet možen vstop nazaj v javni sistem v okviru akutne bolnišnične obravnave. Če bi bilo to res, bi bilo očitno nepravilno in brez dodane vrednosti za sistem. Vendar pa je potrebnih več dokazov s tega področja o obsegu te dejavnosti, preden se odločimo za ustrezne strategije.

Sklepi

Pri agregatnem financiranju zdravstvenega varstva je Slovenija močno odvisna od prispevkov od izplačanih plač, kar ni finančno vzdržno. Ta problem se je zaostрил med gospodarsko krizo in ga dodatno stopnjuje prenos zdravstvenih izdatkov iz javnih na zasebne vire. Obstaja tudi dolgoročen problem zaradi premika prebivalstva v kategorije nižjih prispevkov za socialno zavarovanje in hitro starajočega se prebivalstva, ki napoveduje težave pri financiranju dolgotrajne oskrbe v prihodnje. Poleg tega obstajajo nevarnosti pri spodbujanju nadaljnega premika stroškov na zasebni sektor zaradi regresivnega financiranja in možnosti za rastoče transakcijske stroške. Ponovna gospodarska rast bo vplivala pozitivno, vendar sama po sebi ne bo ublažila težav zaradi prevelike odvisnosti od financiranja iz izplačanih plač. V tem kontekstu je zagotovitev dodatnih virov ZZZS v obliki dodatnih splošnih davkov videti neizogibna za pomoč pri spoprijemanju z gospodarskimi cikli in s staranjem prebivalstva. Obstaja nekaj možnosti za revizijo prispevnih stopenj in plačil v ZZZS. Prispevne stopnje za upokojence, ki jih plačuje pokojninska blagajna, so zelo nizke in bi jih lahko dopolnili s financiranjem iz splošnih davčnih prihodkov, ki bi pomagali stabilizirati financiranje. To je verjetno najmočnejša možnost za izboljšanje sistema financiranja zdravstva v Sloveniji, čeprav bi bilo lahko tudi državno financiranje prispevkov za otroke koristno. Prispevne stopnje za zaposlene in brezposelne bi se tudi lahko izenačile

za zagotavljanje proticikličnega financiranja. Seveda obstajajo fiskalni izzivi pri zgornjih strategijah, vendar francoske in litovske izkušnje kažejo, kaj je mogoče storiti. Obstaja nekaj možnosti za financiranje iz naslova davkov na dohodke, ki niso izplačane plače, in na premoženje, ki bi bili namenjeni za zdravstvo.

Nadaljnja uporaba doplačil ni priporočljiva brez reguliranega kritja DZZ. Zdajšnja košarica pravic se ne sme omejiti ali razdeliti, vendar pa se lahko ponovno osredotočimo na kakovost oskrbe in ustrezne klinične poti v obsegu pravic. Morda bi bilo koristno podrobneje analizirati, kakšen je obseg in vpliv zasebnih plačil za preskok čakalnih seznamov v sistemu.

Seznam literature

Albreht, T., Turk, E., Toth, M., Ceglar, J., Marn, S., Pribakovic Brinovec, R., Schafer, M., Avdeeva, O. in van Ginneken, E. Slovenija: Pregled zdravstvenega sistema. *Zdravstveni sistemi v tranziciji*. 2009; letnik 11(3): 1–168

Arnold, J., B. Brys, C. Heady, Å. Johansson, C. Schweltnus in L. Vartia (2011), "Davčna politika za oživitve in rast gospodarstva", *The Economic Journal*, letnik 121, št. 550.

Evropska komisija (2015), Poročilo o staranju 2015. Gospodarske in proračunske napovedi za države članice EU-28 (2013–2060).

Eurostat. Komentar Eurostatovih trendov obdavčenja v Evropski uniji. Podatki za države članice EU, Islandijo in Norveško. Izdaja 2014. Luksemburg. Urad za publikacije Evropske unije

James, C. D.¹, Hanson, K., McPake, B., Balabanova, D., Gwatkin, D., Hopwood, I., Kirunga, C., Knippenberg, R., Meessen, B., Morris, S. S., Preker, A., Souteyrand, Y., Tibouti, A., Villeneuve, P., Xu

K. Obdržati ali odstraniti doplačila? Razmišljanja o trenutni razpravi v državah z nizkimi in srednjimi dohodki. *Appl Health Econ Health Policy*. 2006; 5(3): 137–53.

Kacevičius, G. in Karanikolos, M. (2015). Vpliv finančne krize na zdravstveni sistem in zdravje v Litvi v A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds.) (2015) *Gospodarska kriza, zdravstveni sistemi in zdravje v Evropi: Izkušnje držav*. Kopenhagen: SZO/Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike.

Kutzin, J. (2008) Politike financiranja zdravstva: Vodnik za odločevalce. Kopenhagen: Regionalni urad SZO za Evropo.

LaFond, A. (1995) *Ohranjanje primarnega zdravstvenega varstva*. Sklad Save the Children. London: Earthscan Publications, Ltd.

McPake, B. in Kutzin, J. (1997), *Metode za vrednotenje delovanja zdravstvenega sistema in učinki reform*. Svetovna zdravstvena organizacija (osnutek, mimeo).

McPake, B., Normand, C. in Smith, S. (2013) "Zdravstvena ekonomija: Mednarodna perspektiva" Routledge. 3. izdaja.

Normand, C. in Thomas, S. Financiranje zdravstvenega varstva in zdravstveni sistem v, urednik Harald Kristian Heggenhougen, Stella, R. Quah. *Mednarodna enciklopedija javnega zdravstva*. Oxford, Elsevier, 2008,

Gospodarske raziskave OECD: Slovenija, pregled maj 2015. OECD

Saltman, R. B. (2015), Solidarnost zdravstvenega sektorja: temeljna evropska vrednota, a s široko spremenljivo vsebino. *Israel Journal of Health Policy Research* 2015, 4: 5 <http://www.ijhpr.org/content/4/1/5>

Thomas, S., Darker, C. "Kateri je pravi model celovitega zdravstvenega zavarovanja na Irskem?" V, urednik Tom O'Connor, *Celostna oskrba za Irsko v mednarodnem kontekstu. Izzivi za politiko, institucije in posebne storitve uporabniških potreb*, Cork, Oak Tree Press, 2013.

Thomson, S., Foubister, T., Figueras, J., Kutzin, J., Permanand, G., Bryndová, L. Obravnavanje finančne vzdržnosti zdravstvenih sistemov. Svetovna zdravstvena organizacija, 2009, in Svetovna zdravstvena organizacija v imenu Evropskega observatorija za zdravstvene sisteme in politike, 2009.

http://www.euro.who.int_data/assets/pdf_file/0005/64949/E93058.pdf?ua=1
/

Svetovna konferenca Svetovne banke (2013) o univerzalni pokritosti zdravja za vključujočo in trajnostno rast: globalno zbirno poročilo. Washington, DC, Svetovna banka.

SZO (2010) Financiranje zdravstvenih sistemov: pot do univerzalne pokritosti. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.