

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA UPRAVO**

Diplomsko delo
visokošolskega programa

**REFORMA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V
SLOVENIJI IN PRIMERJAVA Z ZDA**

Klavdija Kordiš

Ljubljana, maj 2010

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA UPRAVO**

Diplomsko delo
visokošolskega programa

**REFORMA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V SLOVENIJI IN
PRIMERJAVA Z ZDA**

Kandidatka: Klavdija Kordiš
Številka: 040 32697

Mentor: doc. dr. Aleksander Aristovnik

Ljubljana, maj 2010

POVZETEK

Reforme so in bodo vedno potrebne. Z njimi spreminjamo obstoječ sistem v prid državljanov. Navadno se tisti, ki reformo predlaga, posvetuje z javnostjo, saj brez mnenja javnosti v demokratičnih državah, kakršna je Slovenija, reforme enostavno niso legitimne. V diplomskem delu sta konkretno predstavljeni reformi zdravstvenega sistema v Sloveniji in v Združenih državah Amerike. Zdravstvena sistema se zelo razlikujeta. Slovenijo uvrščamo v Bismarckov model, kar pomeni, da je zdravstveno varstvo urejeno po točno določenih pravilih, ki jih določa država z zakoni, ZDA pa imajo tržni model. Že beseda sama pove, da je pomemben le denar. Država nima posebne vloge. Zavarovanci si sami plačujejo zavarovanje s premijami preko zasebnih zavarovalnic. S primerjavo obeh sistemov želim pokazati, da je Slovenija s svojim sistemom država, v kateri prevladuje skrb za dobrobit državljanov. Vendar pa vseeno nimamo tako dobrega zdravstvenega sistema, kot bi si želeli. V ZDA ljudi, ki nimajo denarja za zdravstvene stroške, enostavno odslovijo. Zato je skrajni čas, da se zgodijo spremembe tako pri nas kot v ZDA.

Ključne besede: reforma, javnost, demokratična država, reforma zdravstva v Sloveniji in v ZDA, Bismarckov model, tržni model, zasebne zavarovalnice.

SUMMARY

Reforms are needed and always will be. They change an existing system in favor of citizens. Usually those who proposed the reform consult with the public because public opinion is very important in democratic countries such as Slovenia. Diploma represents reforms of health care systems in our country and in the United States of America. Systems are very different. Slovenia ranks in Bismarck model which means that health care is organized by country itself through laws. USA ranks in market model. The word itself tells us that they are interested only in making money. Role of the country is not significant. Policyholders pay insurance with premiums through private insurance. With comparison of those two systems I wanted to show how we can be happy to live in a country which take as priority well-being of citizens. But still we do not have such good health system as we would like. If people in the USA have no money for medical expenses are simply dismissed. That is why it is time for some changes in our country and in the USA.

Keywords: reform, public, democratic country, health care reform in Slovenia and in the USA, Bismarck model, market model, private insurance.

KAZALO

POVZETEK	ii
SUMMARY	iii
1 UVOD	1
1.1 IZHODIŠČE DIPLOMSKEGA DELA	1
1.2 NAMEN IN CILJI RAZSIKAVE	2
1.3 METODE DELA	2
1.4 STRUKTURA DIPLOMSKEGA DELA	2
2 RAZVOJ ZDRAVSTVA V SVETU	4
2.1 ZGODOVINA ZDRAVSTVA V SVETU	4
2.1.1 Obdobje zgodnjega javnega zdravstva	4
2.1.2 Obdobje sodobnega javnega zdravstva	6
2.1.3 Obdobje novega javnega zdravstva	7
2.2 ZGODOVINA SLOVENSKEGA ZDRAVSTVA	7
3 ZDRAVSTVENO VARSTVO V SLOVENIJI	9
3.1 DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	9
3.2 MODELI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	10
3.2.1 Bismarckov ali partnerski model.....	11
3.2.2 Beveridgeov ali državno voden sistem	11
3.2.3 Semaškov ali socialistični model	11
3.2.4 Tržni model	11
3.3 ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	12
3.3.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje	12
3.3.2 Prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.....	13
3.4 STANJE V ZDRAVSTVU	14
4 REFORMA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V SLOVENIJI	17
4.1 REFORMA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA LETA 1992	17
4.2 REFORMA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V LETIH 2002–2007	18
4.2.1 Vrednote zdravstvene reforme	20
4.2.1.1 Pravičnost.....	20
4.2.1.2 Dostopnost.....	20
4.2.1.3 Kakovost.....	20
4.2.1.4 Učinkovitost	20
4.2.2 Cilji zdravstvene reforme	21
4.2.2.1 Cilj 1: pravičnost pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo...21	
4.2.2.2 Cilj 2: razporejanje sredstev po potrebah državljanov	22
4.2.2.3 Cilj 3: boljša dostopnost do zdravstvenega varstva	22
4.2.2.4 Cilj 4: razvoj sistema celovite kakovosti.....	23
4.2.2.5 Cilj 5: večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvene oskrbe.....	24
4.2.2.6 Cilj 6: krepitev področja javnega zdravja	24

4.3 REFORMA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA LETA 2010	25
5 REFORMA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V ZDA.....	29
5.1 KRATKA ZGODOVINA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V ZDA	29
5.2 ZDRAVSTVENI SISTEM V ZDA DANES.....	29
5.3 KRATKA ZGODOVINA POSKUSOV ZDRAVSTVENIH REFORM V ZDA	32
5.4 REFORMA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V ZDA DANES	33
5.4.1 Trenutni predlogi aktov.....	35
5.4.2 Mnenje javnosti	36
5.5 PRIMERJAVA SLOVENSKE ZDRAVSTVENE REFORME Z REFORMO ZDA.....	37
6 ZAKLJUČEK.....	41
LITERATURA	44
PRAVNI VIRI.....	45
VIRI	46
SEZNAM GRAFOV IN TABEL	50
SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV	51
SLOVAR SLOVENSКИH PREVODOV TUJIH IZRAZOV	52
IZJAVA O AVTORSTVU IN NAVEDBA LEKTORJA	53

1 UVOD

1.1 IZHODIŠČE DIPLOMSKEGA DELA

Za izbrani naslov in temo diplomskega dela sem se odločila, ker me področje zdravstva zanima že od nekdaj. V delu sem predstavila začetke zdravstva in njegovo širjenje ter reformi v Sloveniji in ZDA. Tema je zelo aktualna, kajti področje zdravstvenega varstva je tako pri nas kakor pri Američanih zelo občutljivo, reforme pa so predmet mnogih debat. Slovenska reforma poteka že od leta 2002, ameriška pa je bila sprejeta 23.3.2010. Tudi pri nas je reforma zdravstva nujna, menim tudi, da je čas za spremembe.

Star latinski pregovor pravi »*Zdravi so bogatejši od bogatih*«. Ta pregovor velja za cel svet. V javnomnenjskih anketah so anketiranci odgovarjali, da jim zdravje pomeni več kot katera koli druga vrednota v življenju. Zdravstvena reforma je le ena izmed reform, ki so trenutno aktualne v Sloveniji. Z reformami spreminjamo določen sistem glede na nastalo situacijo, glede na družbene, socialne, ekonomske, tehnične in druge razmere v okolju. Vsak sistem je treba po določenem času prilagoditi nastalim družbenim spremembam ali pa ga v celoti spremeniti.

Cilji slovenske zdravstvene reforme temeljijo na šestih osnovnih vrednotah:

- pravičnosti pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo;
- razporejanju sredstev glede na potrebe državljanov;
- boljši dostopnosti do zdravstvenega varstva;
- razvoju sistema celovite kakovosti;
- večji učinkovitosti regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva in
- krepitvi področja javnega zdravja.

Ena izmed najpomembnejših smernic zdravstvene reforme je skrajšanje čakalnih dob. Zdravstveni sistemi se v zadnjem desetletju po vsem svetu soočajo z zelo povečanim povpraševanjem državljanov po zdravstvenih pravicah, boljši dostopnosti do zdravstvenih storitev in njihovi kakovosti. Vse to pa zahteva povečanje sredstev za zdravstveno varstvo. Drugi razlog za naraščanje stroškov je naraščanje števila starejših prebivalcev in kroničnih bolnikov. Ti pa bolj kot mladi oziroma mlajši ljudje potrebujejo oskrbo in varstvo. Načelo Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je, da naj bi bili solidarnost in univerzalna dostopnost do zdravstvenega varstva v vseh državah članicah zagotovljeni vsem državljanom. V razvitem svetu pa poudarjajo, da mora biti v središču pozornosti zdravstvenega sistema interes državljanov. Tudi financiranje zdravstvenega varstva mora temeljiti na solidarnosti in pravičnosti.

Pri pripravi osnutka zdravstvene reforme Ministrstvo za zdravje ni pritegnilo vseh nosilcev zdravstvenega varstva v Sloveniji. Strokovno stališče nosilcev zdravstvenega varstva je, da je temeljni razlog za reformo nestabilno financiranje zdravstva, ki je posledica odliva denarja iz zdravstva v državni proračun v izjemno visokem znesku. Osnutek reforme za finančno sanacijo predvideva večjo obremenjenost delojemalcev kot delodajalcev.

Reforma ima tudi velik nacionalni pomen, saj se je v odločitve o sprejemanju reforme vključila tudi širša javnost. Končni cilj reforme je krepitev zaupnega razmerja med bolnikom in zdravnikom.

Ameriška zdravstvena reforma pa se osredotoča predvsem na vprašanje, ali je pravica do zdravstvene oskrbe temeljna pravica posameznika, kdo bi moral imeti dostop do zdravstvenega varstva in v kakšnih okoliščinah. Opazno je, da imajo več oskrbe v zdravstvu premožnejši, kajti revno prebivalstvo zdravstvene oskrbe ne dobi. Zdravstvo se je skozi zgodovino zelo spreminjalo. Že prvi ameriški predsedniki so v svojih mandatih poskušali uvesti nove metode, vendar so vedno naleteli na gluha ušesa. Šele sedaj, ko je svoj mandat nastopil Barack Obama, je v ZDA prišlo do sprememb. 24. 12. 2009 so demokrati v senatu preglasovali republikance, tako da je bil predlog zakona sprejet. 22. 3. 2010 je bila reforma sprejeta tudi v predstavniskem domu in s podpisom predsednika uzakonjena 23. 3. 2010.

1.2 NAMEN IN CILJI RAZSIKAVE

Namen raziskave je poglobljeno spoznati in predstaviti področje zdravstvenega varstva pri nas in v ZDA ter ukrepe na tem področju. Na kratko sta v nalogi predstavljena oba sistema zdravstvenega varstva, večji del pa se nanaša na reformo sistema in primerjavo med reformo v Sloveniji, ki še ni sprejeta, se pa pričakuje, in reformo v ZDA, ki je bila s podpisom predsednika Baracka Obame sprejeta 23. 3. 2010.

1.3 METODE DELA

Metodologija dela v diplomskem delu je slonela predvsem na klasičnem zbiranju podatkov, kar pomeni, da sem uporabila podatke iz domače literature. Precejšen del podatkov sem pridobila tudi z raziskovanjem po spletu. Najbolj obiskane spletne strani so bile strani Ministrstva za zdravje in Statističnega urada RS. Podatke sem pridobila tudi iz člankov ter Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

1.4 STRUKTURA DIPLOMSKEGA DELA

Diplomsko delo je sestavljeno iz 5 poglavij. Osrednji poglavji diplomske naloge sta četrto in peto poglavje. V drugem poglavju sem predstavila razvoj zdravstva po svetu in pri nas, razvoj od prazgodovine do antike in vse do današnjega zdravstvenega sistema na Slovenskem. Tretje poglavje obravnava slovenski zdravstveni sistem. Opisi dejavnosti, kot so primarna, sekundarna in terciarna raven, nas pripeljejo do modelov zdravstvenega varstva. Slovenija spada v Bismarckov model. Razčlenila sem tudi zdravstveno zavarovanje, ki se deli na obvezno in prostovoljno dopolnilno. V četrtem poglavju sem opisala reformo zdravstvenega sistema v Sloveniji, in sicer 1992, po osamosvojitvi in reformo oziroma predlog reforme, ki je nastal leta 2002 ter letošnjo reformo. Opredeljene so vrednote, na katere se mora reforma navezovati, in cilji predloga reforme. V petem poglavju sem opisala zdravstveno reformo v ZDA, hkrati pa sem na kratko predstavila zdravstveni sistem ZDA nekoč in danes. Glavni del tega poglavja je predstavitev reforme, ki je po nekoliko neuspešnih poskusih uspela šele sedanjemu predsedniku Baracku Obami. Ta je dosegel, da so sprejeli predlog zakona o reformi zdravstvenega sistema. Zadnje podpoglavje petega poglavja je namenjeno primerjavi obeh reform. Primerjava je kratka, izpisana so le ključna dejstva, kajti v 4. in 5. poglavju sta že predstavljeni obe reformi skozi čas, s

čimer je podana tudi primerjava. Zaključku diplomskega dela sledijo še sezname uporabljenih literature, virov, grafov in tabel, uporabljenih kratic ter okrajšav, slovar slovenskih prevodov tujih izrazov ter izjava o avtorskem delu z navedbo lektorja.

2 RAZVOJ ZDRAVSTVA V SVETU

2.1 ZGODOVINA ZDRAVSTVA V SVETU

2.1.1 Obdobje zgodnjega javnega zdravstva

Zdravstvo oziroma medicina se je začela razvijati že v letih pred našim štetjem in je prepletena s splošno kulturo, politično zgodovino ter naravoslovjem. Medikohistorične vire so zgodovinarji izsledili ob sodelovanju z drugimi strokami in znanostmi. Na podlagi teh spoznanj so kasneje uporabljali svoje raziskovalne metode ter odkrivali nova dejstva. Že starodavna medicina v antiki, ki je najbolj znana po Hipokratu, pravi, da mora dober zdravnik poznati zgodovino odkritega pred njim in tako graditi na tem, torej že znanem. Aristotel je svojemu učencu Menonu naročil, da zbere vse medicinske teorije in jih oblikuje v spis, danes poznan po naslovu *Anonymus Londinensis*. O začetkih medicine je pisal že Celzo v svojem delu *De re medica* v 1. stoletju našega štetja. Prvo širšo razpravo in zgodovino medicine pa je napisal arabski zdravnik Ibn Abi Usaibija v 13. stoletju. Ker se je medicina skozi stoletja zelo hitro razvijala in dobivala nove razsežnosti, je danes spoznavanje medicine skozi čas obravnavano kot veda (Kapš, 2001, str. 11–12).

V *paleolitiku* je bil človekov razvoj odvisen predvsem od podnebnih sprememb in naraščanja temperature ozračja. Paleomedicina se ukvarja z boleznimi pračloveka. Gre za preučevanje človeških in živalskih ostankov, poleg tega pa tudi, kako je primitiven človek takrat razmišljal. Nomadski lovci so lovili ne glede na vremenske razmere in bili izpostavljeni mrazu ter vročini. Medicina primitivnih ljudstev je bila empirična in magična. Empirična zdravi poškodbe, zdravi z zelišči, s soncem, z ognjem in vodo. Magično medicino pa so večinoma uporabljali plemenski čarovniki, t. i. vrači, ki so magijo uporabljali za zdravljenje raznovrstnih poškodb in bolezni (Borisov, 2009, str. 16). Verovali so v nadnaravne sile, duhove in demone. Izganjali so jih z raznimi obredi. Po njihovem prepričanju so zboleli, če so žalili duhove ali če so kršili pravila, povezana s socialnim življenjem. Proti zlu so uporabljali različne simbole, kot so totemi, amuleti in talismani (Brumec, 2008, str. 8).

Stara egipčanska medicina je bila v prvi vrsti religiozna. Z zdravljenjem so se ukvarjali predvsem izučeni zdravniki, vendar pa tudi svečeniki in čarovniki. Imhotep, ki je živel leta 2900 pr. n. št., je najbolj znan zdravnik tistega časa. Po smrti so ga častili kot božanskega zaščitnika medicine. Že najstarejši papirus Kahun (1850 pr. n. št.) vsebuje napotke za diagnostiko ženskih bolezni in zdravo nosečnost. Znana sta tudi papirusa Smith in Ebers (Kapš, 2001, str. 13). Ebersov papirus je nastal okoli leta 1550 pred našim štetjem in je imenovan po Georgu Ebersu. To je medicinski priročnik, dolg okoli 20 metrov, na katerem so zapisane internistične, okulistične in dermatološke ugotovitve. Papirus Smith pa je poimenovan po Edwinu Smithu in je nastal 1600 pred našim štetjem. Dolg je 5 metrov, opisuje pa različne poškodbe (Brumec, 2008, str. 10–11).

Kitajci so menili, da nastane bolezen, če se poruši naravna urejenost stvari v prostoru kot urejeni celoti (Zaletelj-Kragelj et al., 2007, str. 5). Medicina je temeljila na (Kapš, 2001, str. 14):

- enotnosti mikro- in makrokozmosa;
- vzdrževanju življenja in zdravja z borbo dveh polarnih principov, ki sta v človeškem organizmu – jang je moški, ki je topel in aktiven; jin pa je ženski, ki je hladen in pasiven;
- sestavi človeškega telesa in narave iz petih elementov – drevo, ogenj, zemlja, kovina, voda;
- delitve človeškega organizma na pet glavnih organov – srce, pljuča, ledvice, jetra in vranica.

Stari *Grki* in *Rimljani* so imeli državne ustanove s stalnimi zdravniki, ki so nudili revnemu prebivalstvu brezplačno zdravniško pomoč (Zaletelj-Kragelj et al., 2007, str. 5). Starogrška medicina je najbližja sodobni medicini, brez nje sodobne medicine ne bi bilo. V svetiščih, ki so jih zidali v Atenah, Epidavru, na Kosu in Rodosu, so imeli posebne prostore za bolnike. Pri Rimljanih pa se je medicina razvila zelo pozno. Naučili pa so se je predvsem od Grkov (Borisov, 2009, str. 98–124).

V *antičnem času* je zdravje podrobno raziskal Hipokrat (460–377 pr. n. št.), ki je trdil, da narava neprestano išče neko ravnotežje in da bi le-to ohranila, nenehno išče svoje prvine. Medicinsko uveljavljanje Hipokratovih načel se je zgodilo šele v obdobju krščanstva. Med njimi je bilo med najpomembnejšimi načelo dobronamernosti (Zaletelj-Kragelj et al., 2007, str. 5).

V *srednjem veku* se medicina deli na arabsko, bizantinsko in samostansko (Brumec, 2008, str. 27–29). Pričnejo z zdravstvenim varstvom otrok in mater ter s higienskim urejanjem mest in kopališč (Zaletelj-Kragelj et al., 2007, str. 6). Po zgledu arabskih bolnišnic so nastale kurativne bolnišnice (Borisov, 2009, str. 201).

Vsa odkritja od *14. pa vse do 18. stoletja* se uvrščajo v medicino v zgodnjem novem veku. Na začetku novega veka so bili ljudje prepričani, da so sami krivi za nastalo bolezen – kugo. Zato so začeli trupla odstranjevati v upanju, da bo bolezen izginila. Vendar niso vedeli, da bolezen prinašajo podgane z vmesnim prenašalcem – bolho (Zaletelj-Kragelj et al., 2007, str. 6). V *15. in 16. stoletju* je medicina začela dobivati nove razsežnosti s pomočjo anatomije. Da so jo lahko spoznavali, so na veliko secirali človeška trupla (Borisov, 2009, str. 230). V *17. stoletju* so v Angliji pričeli z vodenjem matičnih knjig rojenih in umrlih. To nalogo je opravljal John Graunt. Podatke je zbiral, urejal in proučeval vse od 1603 do leta 1662 (Zaletelj-Kragelj et al., 2007, str. 6). Pojavila so se zelo pomembna odkritja, kot so odkritje velikega krvnega obtoka, iznajdba mikroskopa, razvili sta se sodna medicina in higiena dela (Brumec, 2008, str. 44). Angleški zdravnik Edvard Jenner je v *18. stoletju* utemeljil cepljenje, kot ga poznamo danes, razvijati so se začeli javna zdravstvena služba, kirurgija, porodništvo, pediatrija in psihiatrija, znana pa sta tudi dva reformatorja medicine, in sicer Boerhaave in Swieten (Brumec, 2008, str. 51).

2.1.2 Obdobje sodobnega javnega zdravstva

Obdobje sodobnega javnega zdravstva razdelimo na štiri podobdobja (Zaletelj-Kragelj et al., 2007, str. 6–10):

- *I. obdobje – obdobje sanitarnega zdravstva*, ki je trajalo od leta 1840 do 1900. To je bilo obdobje, ko so različni mikrobiologi, bakteriologi in patologi odkrivali mikroorganizme in tako spoznali, da so le-ti glavni povzročitelji številnih bolezni. Iz tega obdobja je središčna osebnost kemik in bakteriolog Louis Pasteur, ki je razvil tehniko vakcinacije z oslabiljenim virusom in s tem začel moderno dobo zdravstva. To je prispevalo k podaljšanju povprečne življenjske dobe vseh prebivalcev na svetu. Zato se to odkritje šteje za največje zdravstveno odkritje. Pojem socialna medicina se je prvič pojavil leta 1848 v Parizu. Jules Guerin je javnosti predstavil pomembnost socialnih dejavnikov za zdravje in zahteval, da se del medicine aktivno ukvarja tudi s problemi odnosa med medicino in državo. Leta 1856 je bil sprejet zakon o javnem zdravstvu. 1883 pa je kancler Otto von Bismarck uvedel bolniške blagajne in s tem utemeljil socialno zdravstveno zavarovanje;
- *II. obdobje – obdobje preventivnih institucij* je trajalo od leta 1900 do 1930. Razvijati so se začeli laboratoriji, dispanzerji, higienski zavodi, zdravstveni domovi; vse to v namen ohranjanja zdravja prebivalstva. Vodilna država na tem področju je bila Nemčija.
- *III. obdobje – terapevtsko obdobje* je trajalo od leta 1930 do 1974. Osredotočali se niso na probleme javnega zdravja, temveč na individualne zdravstvene probleme. Pojavili so se antibiotiki in insekticidi. 7. aprila leta 1947 je bila ustanovljena Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) kot ena od specializiranih agencij Združenih narodov s sedežem v Ženevi. Ta dan je danes svetovni dan zdravja. Njen najpomembnejši dokument je ustava SZO, ki določa cilje in naloge organizacije, pogoje in pravice članic, financiranje SZO ...
- *IV. obdobje – obdobje naglega razvoja zamisli novega zdravstva*. To zadnje obdobje je trajalo od leta 1974 do 1978. Takratni kanadski minister za zdravje je v svoji publikaciji *Novi pogledi na zdravje Kanadčanov* prikazal štiri skupine dejavnikov, ki vplivajo na zdravje ljudi. To so: človekovi biološki dejavniki (telesni in duševni), okolje, način življenja in organizacija zdravstvene oskrbe.

SZO je leta 1978 v Alma Ati izdala deklaracijo, v kateri je osem temeljnih in vsebinskih zdravstvenih potreb, ki določajo način reševanja osnovnega zdravstvenega varstva (Strojin, 1998, str. 37). To so:

- zdravstvena vzgoja prebivalstva,
- zdravstveno neoporečna prehrana,
- preskrba s pitno vodo in sanacija okolja,
- zdravstveno varstvo matere in otroka,
- imunizacija zoper nalezljive bolezni,
- preprečevanje lokalnih endemskih bolezni,
- zdravljenje bolezni in poškodb in
- preskrba prebivalstva z osnovnimi zdravili.

2.1.3 Obdobje novega javnega zdravstva

To obdobje se začne leta 1978. To je bilo leto, ko je bila na skupščini SZO v Alma Ati sprejeta globalna zdravstvena strategija. Imenovala se je »Zdravje za vse«. Temeljna značilnost tega obdobja je, da je v ospredju celostno pojmovanje zdravja in njegovih determinant. Kmalu po sprejetju globalne strategije je urad SZO za območje Evrope prilagodil strategijo evropskim razmeram. Iz nje izhaja današnja strategija, imenovana »Zdravje v 21. stoletju« (Zaletelj-Kragelj et al., 2007, str. 10–11).

2.2 ZGODOVINA SLOVENSKEGA ZDRAVSTVA

Zdravstvo se je na Slovenskem začelo razvijati že v prvi polovici 19. stoletja. Kadar so zboleli, so si bolniki zdravstvene storitve plačali sami. Leta 1854 je bil v Avstro-Ogrski uveljavljen rudarski zakon in tako se je z ustanovitvijo bratovske skladnice pričelo prvo obvezno zdravstveno zavarovanje za rudarske delavce. To si bili začetki socialne zaščite. Leta 1869 so bili deležni zdravstvenega zavarovanja tudi železničarji. 1887 je zakon stopil v veljavo. Dve tretjini zdravstvenega zavarovanja so morali delavci plačati sami, tretjino pa jim je plačal delodajalec. Naslednje leto, 1888, je bil sprejet zakon o bolniškem zavarovanju delavcev, leto za tem pa smo v Ljubljani dobili prvo Okrajno bolniško blagajno, ki naj bi zagotavljala delavčeve socialne pravice med boleznijo in pravice do zdravstvenih storitev. (Zupanič-Slavec, 2005, str. 66).

Vsaka bolniška blagajna je morala imeti svoj statut, ki je obsegal pravice članov, višino prispevkov, višino rezervnega sklada, sestavo nadzornega sveta ter glavnega zbora in njihova pooblastila. Istega leta so se na naših tleh v vseh večjih mestih ustanovile številne bolniške blagajne (Toth, 2003, str. 432–433).

V Kraljevini SHS, katere članica je bila tudi Slovenija, je bila za tiste čase zdravstvena dejavnost že zelo izpopolnjena. Razvila se je tudi higienska služba. Takratno Ministrstvo za narodno zdravje je bilo organizirano v štirih oddelkih: administrativnem, bolnišničnem, higienskem in oddelku za preučevanje in poučevanje prebivalstva. Začeli so uvajati socialno medicino, ki naj bi nudila medicinsko znanje širokim množicam. Ta je bila tesno povezana s higieno. Prestopila je iz klasične obravnave posameznega bolnika k spremljanju zdravstvenega stanja celotne družbe. Da se je socialna medicina lahko sploh izvajala, so bili leta 1929 ustanovljeni higienski zavodi, ki so prebivalcem nudili brezplačno zdravstveno pomoč. Za njegovo organizacijo in delovanje je bil odgovoren ban, saj je bila v tistem času krajina razdeljena na t. i. banovine. Higienski zavod je nasledil današnji Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, od leta 1961 pa je to vlogo skupaj z IVZ opravljal tudi Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije (Zupanič-Slavec, 2005, str. 62–65).

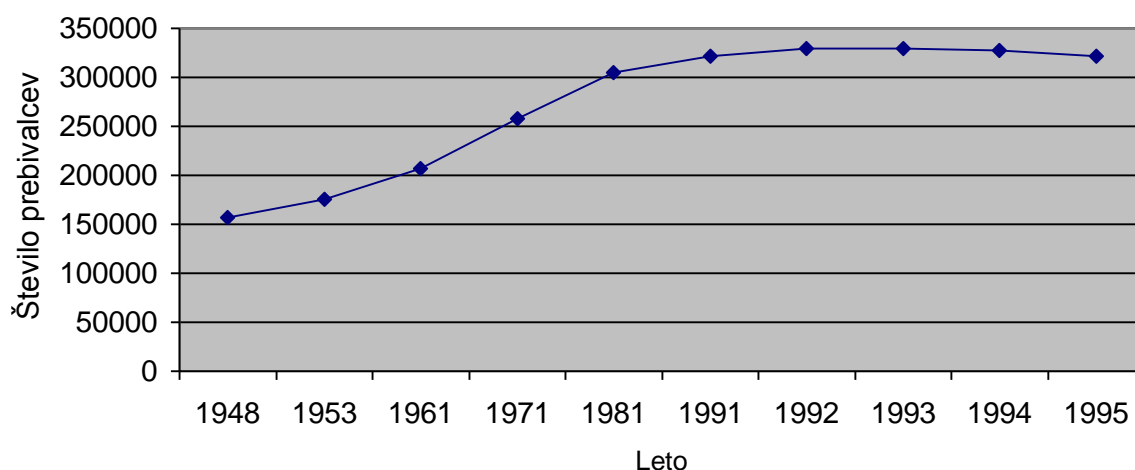
Poenotenje zdravstvenega sistema je pripomoglo socialnemu zavarovanju, zavarovanju v primeru bolezni, starosti, smrti, nesreče ali brezposelnosti. V letih od 1954 do 1958 so bili sprejeti trije pomembni zakoni, in sicer zdravstveni, pokojninski ter invalidski zakon. 1979, ko je bil sprejet Zakon o zdravstvenem varstvu, so imeli vsi državljani zagotovljeno zdravstveno varstvo, ki je temeljilo na načelu solidarnosti. Po letu 1990 je prišlo do sprememb v organizaciji in v statusu zdravstvenih organizacij.

Lastnik in ustanovitelj bolnišnic je bila država, zdravstvenih domov pa občine. Zdravstvenim zavodom so se za opravljanje javne zdravstvene službe pričele podeljevati tudi prve koncesije. Zdravstvene zavode lahko od takrat naprej ustanavljajo domače ali tuje fizične ali pravne osebe s pridobitvijo koncesije Ministrstva za zdravstvo (Keber et al., 2003, str. 63–64).

Zavarovanci so si dolžni plačevati zdravstveno zavarovanje, iz katerega izhajajo pravice v primeru bolezni. Plačevanje teh prispevkov se je pričelo, ko Zavod za zdravstveno zavarovanje ni imel sredstev za financiranje državljanov – zavarovancev v primeru bolezni (Cvetko, 1992, str. 11). Višino prispevkov je na predlog Ministrstva za delo in Ministrstva za finance določala Vlada RS. Ta je določala vse prihodke in izdatke socialnega zavarovanja (Toth, 2003, str. 442).

Sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), ki sestoji iz dveh delov. Prvi del se nanaša na zdravstveno varstvo, drugi pa na zdravstveno zavarovanje. Sprejet je bil 12. 2. 1992, objavljen pa 21. 2. 1992. Vendar pa je začel uradno veljati 1. 3. 1992. Takrat je prenehal veljati prejšnji zakon, Zakon o zdravstvenem varstvu (ZZV), in sicer 28. 2. 1992 (ZZVZZ, 1992). Zakon določa nosilce družbene skrbi za zdravje in njihove naloge, zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Zdravstveno varstvo po tem zakonu obsega sistem aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo obolelih in poškodovanih. Obsega pa tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, in sicer se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti (ZZVZZ, 2006, 1. člen).

Graf 1: Gibanje prebivalstva v Ljubljani od 1948 do 1995



Vir: Zdravstvene razmere v Ljubljani, 1996

3 ZDRAVSTVENO VARSTVO V SLOVENIJI

Zdravstveno varstvo je sistem, v katerega so zajeti ukrepi v primeru bolezni. Pomaga krepiti zdravje, preprečuje bolezni, pomaga pri zgodnjem odkrivanju različnih bolezni, pomaga pri zdravljenju in rehabilitaciji ter omogoča zdravstveno nego zavarovancev. Skratka, cilj zdravstvenega varstva je skrbeti za čim boljše zdravje posameznika in družbe kot celote. Tisti, ki skrbijo za javno zdravje, so Republika Slovenija z ukrepi gospodarske, socialne in ekonomske politike, občine in podjetja, zavodi ter posamezniki (Cvetko, 1992, str. 13–14).

Financira se iz različnih virov, in sicer javnih in zasebnih. Javni so sredstva, zbrana v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja, proračunska sredstva države in občin. Zasebni pa so sredstva, zbrana v sistemu prostovoljnega dopolnilnega zavarovanja, sredstva v okviru nezgodnih zavarovanj, sredstva dobrodelnih organizacij ter neposredna plačila državljanov RS (Zaletel-Kragelj et al., 2007, str. 205).

Marca 1992 je bil v Sloveniji sprejet Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ta zakon je k nam prinesel veliko sprememb. Te spremembe so (Zaletel-Kragelj et al., 2007, str. 204):

- opustitev sistema »nacionalnega zdravstvenega varstva« in uvedba obveznega ter prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja;
- ustanovitev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) kot javnega zavoda, ki je nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- uvedba zasebne zdravstvene prakse, ki lahko storitve opravlja tudi kot sestavni del javne zdravstvene službe in
- partnerski pristop k oblikovanju obsega in vsebine programa ter prvin cen zdravstvenih storitev.

3.1 DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Poznamo tri vrste oziroma dejavnosti zdravstvenega varstva (Strojin, 1998, str. 69):

1. primarno dejavnost,
2. sekundarni dejavnost in
3. terciarni dejavnost.

Najpomembnejša je *primarna dejavnost* oziroma *primarno zdravstveno varstvo*. Sem spadajo: zdravstveni dom, zdravstvena postaja, lekarniška dejavnost, patronažna dejavnost in zasebna zdravstvena dejavnost.

Namenjena je posamezniku, družini, lokalni skupnosti ali občini (Strojin, 1998, str. 69).

Načela primarnega zdravstvenega varstva so (Zaletel-Kragelj et al., 2007, str. 179):

- rešuje zdravstvene probleme posameznikov, družin in skupnosti;
- izvaja se v lokalni skupnosti, kjer ljudje živijo in delajo, za vse ljudi mora biti enako;
- pri načrtovanju in odločanju o vsebini, obsegu, delu in razvoju primarnega zdravstvenega varstva, kakor tudi pri odločanju o zanj potrebnih sredstvih, je udeležba javnosti nujni in obvezni pogoj;
- načelo enotnosti zdravstvenega varstva je mogoče le s pomočjo primarnega zdravstvenega varstva.

Nato si sledita *sekundarna dejavnost*, v katero spadajo specialistične ambulante ter splošne in specialne bolnišnice, in *terciarna dejavnost*, v katero spadajo klinike in inštituti. Za to raven so značilne zelo specializirane institucije s strokovnjaki, ki so usposobljeni za obravnavo relativno redkih in tehnološko zelo zahtevnih medicinskih problemov (Strojin, 1998, str. 69).

Zdravstvena dejavnost je javna služba, ki jo mora zagotavljati država. Obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih opravljajo zdravstveni delavci. Vsi ljudje morajo biti obravnavani pod enakimi pogoji. Vsakdo ima pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda, do posvetovanja z različnimi specialisti, dobiti zdravnikovo mnenje oziroma postavljeno diagnozo za svojo bolezen, odkloniti ali privoliti v medicinski poseg, do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, zahtevati tajnost podatkov, zapisanih v kartotekah, seznanitev s stroški zdravljenja ... (Cvetko, 1992, str. 35–36).

3.2 MODELI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Vsaka država skrbi za svoje zdravstveno varstvo. Skrbi za to, da je usklajeno in organizirano. S tem dosega višje cilje, in sicer boljše zdravstveno stanje in kakovost življenja ljudi. V 19. stoletju je zaradi odziva delavcev, ki so se spopadali s težkimi obremenitvami, nastal sistem socialne varnosti. Sistem deluje tako, da s prerazporeditvijo ustvarjenega dohodka skupin z večjimi dohodki pomagajo socialno šibkejšim ljudem (Toth, 2003, str. 226–227)

Poznamo štiri temeljne modele sistema zdravstvenega varstva. To so (Toth, 2003, str. 145–149):

- Bismarckov ali partnerski model zdravstvenega varstva;
- Beveridgeov ali državno vodeni model zdravstvenega varstva;
- Semaškov ali model socialističnega zdravstvenega varstva in
- tržni model zdravstvenega varstva.

Za Evropo lahko rečemo, da prevladujeta Bismarckov in Beveridgeov sistem, za ZDA pa tržni sistem.

3.2.1 Bismarckov ali partnerski model

To je model, v katerem je zdravstveno varstvo urejeno po točno določenih okvirjih in pravilih, ki jih določa država z zakoni, vendar pa prepušča izvajanje nosilcem posameznih skupinskih interesov, ki uživajo avtonomnost. Zdravstveno varstvo se v tem modelu financirana iz prispevkov delodajalcev in delojemalcev. Delež prispevkov se od države do države spreminja. Zavarovanci morajo plačevati obvezno zavarovanje, prostovoljno pa po želji. Država nastopa tudi v vlogi pogajalca z združenji zdravnikov, ki opravljajo svojo dejavnost prek pogodb. Kljub temu da so zasebniki, jim je bila podeljena koncesija za opravljanje javne dejavnosti, dejavnost je neprofitna. Začetki modela prihajajo iz Nemčije, pozneje pa so se razširili tudi v Avstrijo, Francijo, Belgijo, Luksemburg ... Tudi v Sloveniji se srečujemo s tem modelom (Korošec, 2003, str. 57).

Najpomembnejše načelo socialne varnosti je solidarnost, kajti po tem načelu imajo vsi enake pravice in obveznosti. Plačila prispevkov se delijo po ekonomskem statusu, to je prispevati sredstva glede na svojo ekonomsko zmožnost (Toth, 2003, str. 227–228).

3.2.2 Beveridgeov ali državno voden sistem

Že samo poimenovanje pove, da ima tu ključno vlogo država, ki prevzame vodenje in upravljanje sistema. Deluje preko parlamenta, vlade, ministrstev ... Sredstva se pridobivajo z davki v proračunu, ne s prispevki delodajalcev in delojemalcev. National Health Service (NHS) sklene pogodbo z zdravniki osnovne zdravstvene dejavnosti in jim določa način plačevanja in cene storitev. Tudi zasebni zdravniki imajo sklenjene pogodbe z NHS in jim samodejno pripada naziv javnih uslužbencev. Model ima začetke v Angliji in se je kasneje razširil tudi v Italijo, na Dansko, Irsko, Švedsko, Finsko, Portugalsko, v Grčijo, Španijo, Avstralijo, Kanado ter Nikaragvo in na Kostariko (Korošec, 2003, str. 57).

3.2.3 Semaškov ali socialistični model

Nastal je v socialistični Sovjetski zvezi. Zasebna lastnina je bila prepovedna, vse je izhajalo iz državne lastnine. Vse odločitve je sprejemala država. Zdravstvene storitve so bile na voljo vsem državljanom v enaki meri. Model se financira izključno iz proračuna, prostovoljnih prispevkov ni. Zdravstvo je v celoti poddržavljeno. Model so imele vse bivše socialistične države, ponekod pa ga je možno zaslediti tudi danes, in sicer v državah v tranziciji (Toth, 2003, str. 147–148).

3.2.4 Tržni model

Tukaj se srečujeta ponudba in povpraševanje po zdravstvenih storitvah. Država nima posebne vloge, poskrbi le za minimalno zdravstveno varnost. Zavarovanci si sami plačujejo zdravstvene usluge in se vključujejo v zasebne zavarovalnice, katerim plačujejo premije za tveganja v primeru bolezni. Predstavnik tega modela so ZDA (Zaletel-Kragelj et al., 2007, str. 173).

3.3 ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

To je zavarovanje, ki ga določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Poznamo dve obliki zavarovanj, in sicer obvezno in prostovoljno dopolnilno zavarovanje. Nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja je Zavod za zdravstveno zavarovanje RS, prostovoljno dopolnilno zavarovanje pa izvajajo zavarovalnice (ZZVZZ, 2006, 12. člen).

3.3.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje

Leta 1992, ko se je oblikovala nova zakonodaja, je država uvedla obvezno zdravstveno zavarovanje za vse državljane Republike Slovenije.

Obvezno zdravstveno zavarovanje obsega naslednje (ZZVZZ, 2006, 13. člen):

- zavarovanje v primeru bolezni in poškodbe izven dela in
- zavarovanje v primeru poškodbe pri delu ali poklicne bolezni.

Z obveznim zavarovanjem pa se zavarovanim osebam zagotavlja v obsegu, ki ga določa ta zakon (ZZVZZ, 2006, 13. člen):

- plačilo zdravstvenih storitev;
- povračilo plače za začasno zadržanostjo z dela;
- pogrebna in posmrtnina in
- povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Zavarovane osebe so zavarovanci in njihovi družinski člani (ZZVZZ, 2006, 14. člen). Po ZZVZZ obstaja 21 statusov zavarovancev. Kot družinski člani zavarovanca so zavarovani ožji in širši družinski člani. Ožji so zakonec in otroci – sem spadajo zakonski, nezakonski in posvojenci, širši pa so pastorki, vnuki, bratje, sestre in starši (ZZVZZ, 2006, 20. člen). Otrok je zdravstveno zavarovan kot družinski član do dopolnjenega 15. leta starosti oziroma do dopolnjenega 18. leta starosti. Po tej starosti pa, če se šola in mu pripada ta pravica do konca šolanja (ZZVZZ, 2006, 22. člen).

Nosilec in izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja je ZZZS. Deluje po Zakonu za zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje. Novembra 1999 je Zavod za izvajanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj ustanovil Vzajemno zdravstveno zavarovalnico. Organizacijsko zavod sestavljajo Direkcija, področne enote, Informacijski center in deset območnih enot. Območne enote so: Celje, Koper, Krško, Kranj, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto in Ravne na Koroškem. Zavod upravlja Skupščina preko izvoljenih predstavnikov delodajalcev in delojemalcev. Izvršni organ Skupščine pa je Upravni odbor ZZZS (Zaletel-Kragelj et al., 2007, str. 207).

V celoti jim zakon zagotavlja plačilo naslednjih zdravstvenih storitev (ZZVZZ, 2006, 23. člen):

- preventivne in sistematične preglede mladine do 18. leta starosti in študentov, ki se redno šolajo;

- zgodnje odkrivanje in preprečevanje bolezni;
- zdravljenje in rehabilitacijo otrok ter otrok z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
- zdravstveno varstvo žensk (svetovanje pri kontracepciji, načrtovanju družine, porodom ...);
- preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje HIV ter drugih nalezljivih bolezni;
- obvezna cepljenja;
- zdravljenje in rehabilitacijo zaradi poklicnih bolezni;
- nujno medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi;
- nego na domu in patronažni obiski;
- zdravila na recept in ortopedskih pripomočkov.

Zavarovanci imajo po ZZVZZ omejene pravice. To pomeni, da jim stroške zdravstvenih storitev v nekaterih primerih Zavod ne krije v celoti. V takih primerih morajo zavarovanci sami plačati razliko do polne cene ali pa se dodatno zavarovati. Sredstva za obvezno zavarovanje se zagotavljajo s prispevki, ki jih Zavodu plačujejo zavarovanci, delodajalci in drugi s tem zakonom določeni zavezanci (ZZVZZ, 2006, 45. člen). Stopnje prispevkov pa določi Skupščina Republike Slovenije na predlog skupščine Zavoda (ZZVZZ, 2006, 55. člen).

3.3.2 Prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje se je uvedlo 1. januarja 1993 kot dopolnitev k obveznemu zdravstvenemu zavarovanju. Zavarovancem krijejo stroške zdravstvenih storitev, oskrbo z zdravili, medicinsko tehničnimi pripomočki in izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodb ali posebnega zdravstvenega stanja. Takšna zavarovanja smejo na področju Republike Slovenije opravljati le zavarovalnice, ki izpolnjujejo predpisane pogoje iz tega zakona in po zakonu, ki ureja zavarovalništvo (ZZVZZ, 2006, 61. člen). Namen prostovoljnega zavarovanja je, da zavarovanec na podlagi sklenjene pogodbe z zavarovalnico po načelu vzajemnosti in solidarnosti plača določen znesek, zavarovalnica pa je obvezna v primeru kakršne koli bolezni, zanj plačati zdravstvene storitev (Cvetko, 1992, str. 28–29).

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja se uvrščajo v zavarovalno vrsto zdravstvenih zavarovanj in zavarovalno vrsto premoženjskih zavarovanj. Zavarovalnice se lahko ukvarjajo z naslednjimi tipi zavarovanj (ZZVZZ, 2006, 61. člen):

- dopolnilno zdravstveno zavarovanje;
- nadomestno zdravstveno zavarovanje;
- dodatno zdravstveno zavarovanje in
- vzporedno zdravstveno zavarovanje.

Danes prostovoljno dopolnilno zavarovanje na našem področju opravljajo zavarovalnice Vzajemna, Adriatic Slovenica in Triglav (Zaletel-Kragelj et al., 2007, str. 208).

Leta 1992, ko se je uvedlo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, se je razbremenilo financiranje javnega zdravstvenega sistema, kar je bil eden glavnih ciljev zdravstvene reforme leta 1992. V primerjavi z rastjo BDP je prišlo do nagle rasti izdatkov za

zdravstvo in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Delež izdatkov prostovoljnih zavarovanj je leta 1993 znašal 7,1 %, leta 2002 pa je narasel na 13,6 % vseh izdatkov za zdravstvo (Keber et al., 2003, str. 249).

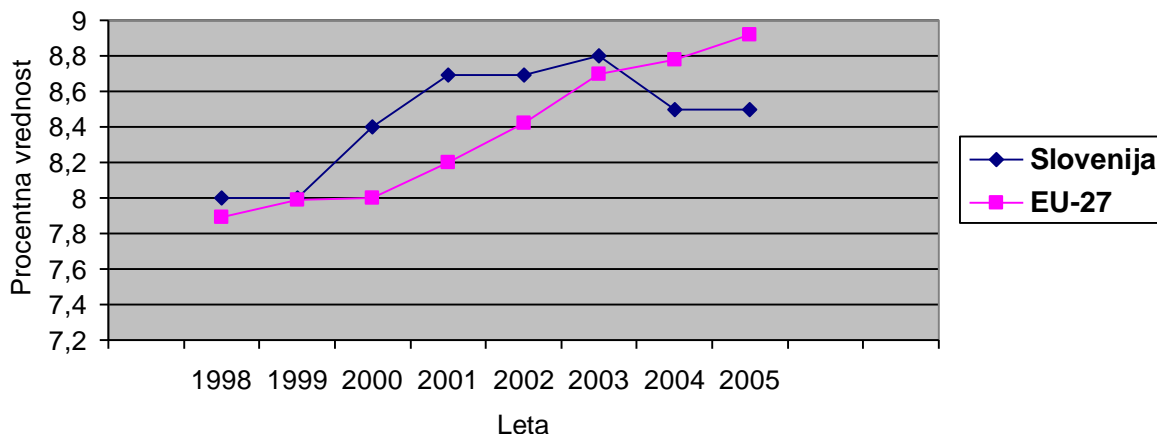
3.4 STANJE V ZDRAVSTVU

V zadnjem desetletju se je medicina zelo razvila. Bolezni se z različnimi diagnostičnimi metodami dandanes odkrivajo hitreje in učinkoviteje, kar pomeni tudi pravočasno in učinkovito zdravljenje. Prav tako pa tudi s sodobno medicinsko opremo in zdravili omogočajo kakovostno življenje in včasih tudi podaljševanje bolnikovega življenja. Če teh zdravil, metod in opreme ne bi bilo, bi marsikdo prej umrl ali pa precej bolj trpel. Zaradi starejše populacije gre tudi veliko denarnih sredstev za zdravljenje le-teh. Primanjkuje pa tudi medicinskega osebja in prostorov. Največja težava so čakalne dobe. Za pregled je treba čakati tudi po več mesecev, zato se ljudje vedno pogosteje odločajo za samoplačniške ambulante, kjer pridejo ob plačilu takoj na vrsto. Ni zaman pregovor: »Denar je sveta vladar!«.

SZO je naredila raziskavo slovenskega zdravstva leta 2006. Ugotovitve so naslednje:

- pričakovana življenjska doba je bila 78,35 let (74,55 za moške in 82,03 let za ženske);
- glavni vzrok smrti so bile bolezni srca in ožilja (40 %), rak (29 %), poškodbe ali zastrupitve (9 %), bolezni dihal (7 %) in bolezni prebavnega sistema (6 %);
- rak na prostati je večinoma bolezen starejše populacije;
- 58 % prebivalstva v starosti skupni od 25 do 65 let ima prekomerno težo;
- sladkorna bolezen prizadene 5–6 % prebivalstva;
- po številu samomor je Slovenija na 8. mestu v Evropi, kar je 35 % višje od povprečja v evropski regiji WHO;
- nalezljive bolezni so dobro nadzorovane. Otroških bolezni, kot so ošpice, oslovski kašelj, tetanus, tuberkuloza, danica, je več kot 95 %;
- razširjenost virusa HIV je majhna (manj kot 1 oboleli na 1000 prebivalcev).

Graf 2: Delež izdatkov za zdravstvo v % BDP, 1998–2005

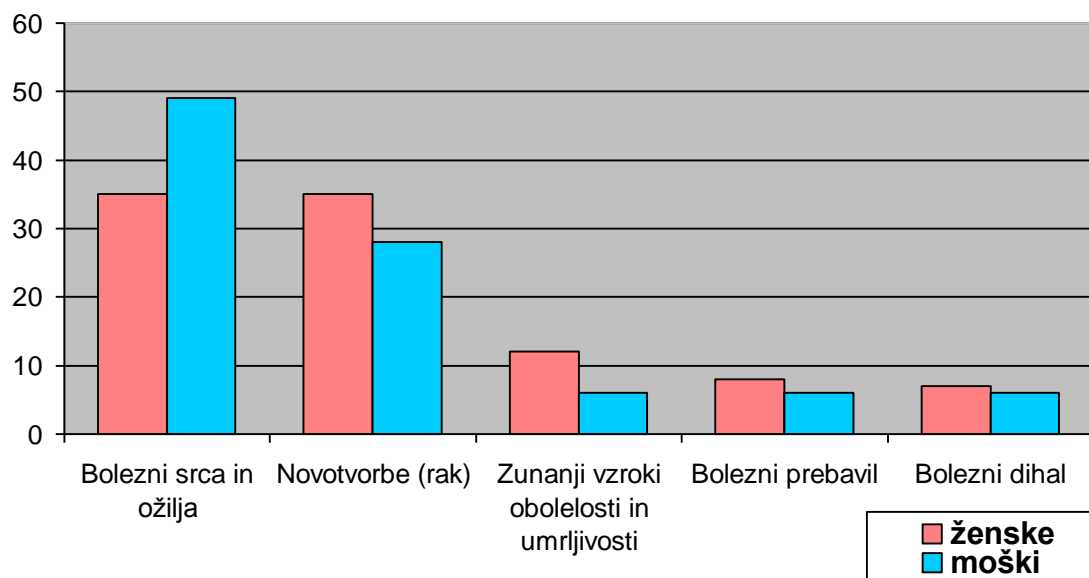


Vir: Inštitut za varovanje zdravja

V zgornjem grafu vidimo primerjavo Slovenije in EU-27 glede izdatkov. Povprečni delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP se je v EU-27 v letu 2005 gibal med 8 in 9 %, vendar se je od države do države precej razlikoval. Estonija je imela izdatkov za zdravstvo najmanj, in sicer 5 %, Francija pa največ 11,2 %. V Sloveniji pa je delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP v letu 2005 znašal 8,5 % in je bil za 0,01 % nižji kot v letu 2004. Višina izdatkov se je v primerjavi z letom 2004 povečala, ampak je zaostajala za rastjo BDP.

V letu 2007 je bilo sprejetih v bolnišnice skoraj 362.000 bolnikov, kar je za 1,35 % več kot leta 2006. Zaradi hospitalizacije je bilo sprejetih 270.000 bolnikov, največ zaradi bolezni srca in ožilja (14,6 %), raka (13,1 %), bolezni prebavil (10,5 %), bolezni dihal (9,8 %), bolezni sečil in spolovil (7,7 %) in bolezni mišično-skeletnega sistema in veziva (6,8 %) (Statistični urad RS – glavni vzrok smrti v Sloveniji 2007).

Graf 3: Glavni vzrok smrti v Sloveniji, 2007



Vir: Statistični urad RS

V letu 2006 smo zdravstvu namenili 2.564 milijonov EUR v letu 2007 pa 2.702 milijonov EUR, kar je za 5,4 % več kot v letu poprej. Povprečna letna rast nominalnih vrednosti celotnih izdatkov za zdravstvo v letih od 2003 do 2007 je bila 5,6 %, rast BDP pa 8,3 %. Zaostajanje nominalne rasti izdatkov za zdravstvo za rastjo BDP se je odrazilo v zmanjšanju deleža celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP, in sicer se je ta v letih od 2003 do 2007 zmanjšal z 8,7 % na 7,8 %. Delež tekočih izdatkov oziroma celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP pa se je zmanjšal z 8,1 % na 7,4 %. Več kot četrtina tekočih izdatkov se financira iz zasebnih virov. Od leta 2003 do 2007 so znašali izdatki iz skladov socialne varnosti 5,4 %, iz zasebnih virov pa 7,7 %. Leta 2003 so bili izdatki za zdravstvene storitve, opravljene v bolnišnicah in v ustanovah za zdravstveno nego, 42 %, leta 2007 pa 44,1 %. Izdatki za storitve, opravljene v zunajbolnišničnih ambulantah, pa so v letu 2003 zavzemali 25,4 %, leta 2007 pa 25,9 %. Leta 2008 je Slovenija zdravstvu namenila 6,1 % BDP. (Statistični urad RS – izdatki in viri financiranja 2003–2007)

Tabela 1: Prihodki in odhodki za obvezno zdravstveno zavarovanje in deleži v BDP, 2006–2013

LETA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Prihodki OZZ* (v mio EUR)	1.860	2.007	2.168	2.302	2.461	2.619	2.787	2.960
% v BDP	6,11	6,5	6,3	5,98	5,96	5,94	5,93	5,92
Nominalna rast (%)	4,8	7,9	8,8	6,2	6,9	6,4	6,4	6,2
Realna rast (%)	2,2	4,2	5,2	3,3	4,2	3,8	3,9	3,9
Odhodki OZZ* (v mio EUR)	1.845	1.927	2.163	2.302	2.461	2.619	2.787	2.960
% BDP	6,06	5,81	6,01	5,98	5,96	5,94	5,93	5,92
Nominalna rast (%)	5,5	4,4	10,8	6,5	6,9	6,4	6,4	6,2
Realna rast (%)	2,9	0,8	7,1	3,6	4,2	3,8	3,9	3,9
BDP	30.448	33.177	35.953	38.482	41.315	44.092	46.995	49.987
Realna rast (%)	5,7	5,8	4,6	4,1	4,5	4,3	4,3	4,3

*OZZ: obvezno zdravstveno zavarovanje

Vir: Ministrstvo za zdravje, resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013

4 REFORMA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V SLOVENIJI

4.1 REFORMA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA LETA 1992

Ko smo se leta 1991 osamosvojili, je prišel tudi čas, ko smo morali sprejeti svojo zakonodajo. Nastanek nove države je s seboj prinesel tudi vrsto sprememb, ne samo družbenopolitičnih in geografskih, ampak tudi ekonomske. Ko se je oblikovala zakonodaja na področju zdravstva, ki je bila v pripravljenosti že nekaj let pred osamosvojitvijo, so analizirali takratno jugoslovansko zakonodajo in izpostavili njene pozitivne in negativne lastnosti ter tako spoznali, da mora zdravstveni sistem temeljiti na solidarnosti, zagotovljena pa mora biti tudi visoka stopnja zdravstvene varnosti. Zdravstveno varstvo je temeljilo na načelih primarnega zdravstvenega varstva. Usmerjeno je bilo v preventivo in k zdravstveno najbolj ranljivim skupinam prebivalstva (otroci, mladina, nosečnice ...). V okviru reforme so bili sprejeti zakoni, in sicer Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o lekarniški dejavnosti in Zakon o javnih zavodih (Toth, 2003, str. 464–466).

Pri zamenjavi jugoslovanskega sistema v novega slovenskega so bila v ospredju naslednja načela in opredelitve (Zaletel-Kragelj, 2007, str. 204):

- nov sistem mora biti naravnani na doseganje boljšega zdravja prebivalstva;
- za zdravstveno varstvo je v prvi vrsti odgovorna država, potem pa še delodajalci, lokalne in druge skupnosti, nosilci socialnih zavarovanj, izvajalci zdravstvenih storitev in posamezniki;
- potrebno je uvesti obvezno zdravstveno zavarovanje, ki bo temeljilo na Bismarckovem modelu, za financiranje zdravstvenega sistema in kritje izdatkov zavarovanih oseb za zdravstvene storitve. Vsak bo prispeval sredstva v višini svojih dohodkovnih zmožnosti;
- obvezno zdravstveno zavarovanje mora biti javna in nepridobitna dejavnost ter dostopna vsem, ne glede na njihovo materialno ali socialno stanje;
- obvezno zdravstveno zavarovanje izvaja javni zavod (ZZZS), ki mora imeti določeno avtonomijo, to pa jo uresničuje preko zakonskih določil. Kaže se v možnosti odločanja o višini prispevnih stopenj za zdravstveno zavarovanje, o pravicah zavarovanih oseb ter pri urejanju odnosov z izvajalci. Z zavodom naj upravljajo predstavniki delodajalcev in zavarovancev;
- za storitve in druge pravice, ki ne bi bile več vključene v obvezno zavarovanje, mora država ljudem omogočiti možnost prostovoljnega zavarovanja.

Leta 1996 je bila v Ljubljani konferenca o reformi zdravstvenega varstva. Ugotovili so, da recepta za sisteme zdravstvenega varstva ni in da je treba upoštevati dotedanje izkušnje in graditi terboljšati zdravstvo na podlagi le-teh. Sprejeli so t. i. Ljubljansko listino, ki obsega načela, kaj je potrebno reformirati v bodoče in kako ravnati, da bodo reformna prizadevanja privedla do ciljev, ki smo si jih zastavili (Strojin, 1998, str. 42).

4.2 REFORMA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V LETIH 2002–2007

Zdravje ni običajno tržno blago, ampak javna dobrina. To pomeni, da je zdravstveno varstvo dostopno vsem državljanom, ker je to temeljna državljanska pravica. Zagotovljeno mora biti čisto vsem, ne glede na zdravstveno, socialno ali ekonomsko stanje. Medicina in medicinska tehnologija sta se v zadnjih desetih letih hitro razvijali. Ljudje so vedno bolj osveščeni, kako naj ohranjajo in krepijo svoje zdravje. Zato se povečuje povpraševanje državljanov po zdravstvenih pravicah, po drugi strani pa je z osveščenostjo dostopnost do zdravstvenih storitev omejena in zmanjšuje njihovo kakovost. To pa ima tudi negativne posledice, kot je npr. povečanje stroškov za zdravstveno varstvo (Keber et al., 2003, str. 35–36).

SZO zavezuje vse države članice, da do leta 2010 zagotovijo mehanizme za trajno financiranje in razporejanje denarja za zdravstveno varstvo, ki pa morajo temeljiti na načelih enake dostopnosti, cenovne učinkovitosti, solidarnosti in dobre kakovosti. V Sloveniji se povečuje število prebivalcev v starosti skupini nad 65 let, zato so stroški petkrat višji od povprečnih stroškov v zgodnejših življenjskih obdobjih. Ta starostna skupin pa je tudi bolj dovzetna za kronična obolenja (Keber et al., 2003, str. 35–36).

Zagotovitev zdravstvenega varstva, in torej tudi dostop do njega, je ena izmed državljanskih pravic, ki je zagotovljena vsem, ki so vključeni v javni sistem, ne glede na zdravstveno, socialno ali ekonomsko stanje posameznika. To je zapisano v najvišjem aktu, in sicer v Ustavi RS. Če bi na zdravstvenem področju prevladal tržni sistem, bi se porušilo ravnovesje socialne pravičnosti. Zato država skrbi za zdravstveno varstvo in preprečuje takšne in drugačne posege v zdravstvo, ki naj bi škodovali sedanjemu sistemu. Država ima zelo pomembno vlogo v sistemu zdravstvenega varstva. Skrbi za zadovoljivo delovanje sistema zdravstvenega varstva in čim pravičnejšo delitev ekonomskih bremen zdravstvene oskrbe. Njene najpomembnejše pristojnosti pa so postavitve sistema zdravstvenega varstva v RS, vodenje zdravstvene politike in spremljanje delovanja sistema zdravstvenega varstva (Zaletel-Kragelj et al., 2007, str. 216).

22. 7. 2002 je Ministrstvo za zdravje socialnim partnerjem predlagalo spremembo zakonodaje, t. i. reformo zdravstvenega sistema. Takratni minister za zdravje Dušan Keber je navedel vrsto težav, ki zavirajo kakovost in razvoj zdravstvenega sistema in zato predlagal reformo. Zdravstveni sistem bo v prihodnosti deloval še bolje in temeljni cilj je, da bi bili državljani z njim zadovoljni. Vsak državljan si želi, da bi neovirano prišel do katere koli zdravstvene storitve, ki bi jo potreboval. Za to bi se morale skrajšati čakalne dobe, slaba organizacija dela bi morala postati učinkovita, zagotoviti bi se morala kakovost storitev. Tudi zdravstveni delavci želijo, da bi se na področju zdravja kaj spremenilo. Predvsem želijo pomagati svojim bolnikom v najboljšem možnem smislu z obstoječo tehnologijo ter znanostjo. Stremijo tudi k boljšemu zaslužku, boljšim delovnim pogojem, možnosti za osebni razvoj ... Skratka, največja želja je, da skupinsko delo nadomesti preživeto hierarhijo. Država je tista, ki skrbi za sistem zdravstvenega varstva. Njena cilja sta boljše zdravje vseh državljanov in stabilen zdravstveni sistem. Zdravje je potrebno varovati in krepiti kot temeljno človekovo pravico. Iz osnutka zdravstvene reforme je razvidno, da reforma od plačnikov ne bo zahtevala več denarja, ampak predlaga spremembe, ki bodo že ob obstoječem denarju skrajšale čakalne dobe in povečale kakovost storitev, obenem pa zmanjšale izgube zdravstvenega sistema. Pričakovanja in zahteve slovenskih

državljanov glede zdravja in zdravstvenega varstva so primerljive z zahtevami prebivalcev najrazvitejših držav. Pričakujejo ohranjanje solidarnosti, boljšo dostopnost, nove programe, boljšo odzivnost izvajalcev, večjo možnost izbire, kakovost in soudeležbo pri odločanju, ki je do sedaj niti niso imeli v tolikšni meri, kot bi si jo želeli imeti. Tako so pobudniki reforme začeli graditi na vrednotah, kot so pravičnost, dostopnost, kakovost in učinkovitost (Keber et al., 2003, str. 13-20).

V članku Slovenski zdravstveni sistem in javni sektor Marko Kranjec opisuje svoje kritične poglede na belo knjigo. Glede reforme slovenskega zdravstva se avtor strinja, da je reforma nujna, vendar pa ne na tak način, kot je opredeljeno v osnutku. Po njegovem mnenju reforma ne bi smela temeljiti predvsem na spremembi financiranja, ampak je treba rešiti tudi številna druga vsebinska vprašanja učinkovitosti izvajalcev in regulatorjev (Kranjec, 2003, str. 83-103).

Velike so razlike predvsem v pogledih na javno in zasebno zdravstvo. Na eni strani so zdravniki, na drugi ekonomisti. Prvi so prepričani, da mora zdravstvo ostati javno, drugi, da se mora zdravstvo privatizirati, vendar ne v celoti. Višja cena v zdravstvu pomeni večjo ponudbo in manjše povpraševanje, nižja cena pa manjšo ponudbo in večje povpraševanje. Te primere navaja tudi bela knjiga. Avtor je v članku predstavil nekatere izmed njih. To so: podaljševanje bivanja v bolnišnicah pri plačevanju po oskrbnih dneh, pošiljanje pacientov k specialistom v modelu glavarinskega plačevanja, dvakratno zaračunavanje istih zdravil v bolnišnicah, prizadevanje bolnišnic, da bi bile plačane po zmogljivostih in ne po storitvah, skrajševanje ležalnih dni v bolnišnicah s prehodom na model plačevanja po primeru ... Bela knjiga navaja, da je zdravstvo javna dobrina. Avtor pa tej navedbi nasprotuje, ne zato, ker trditev ne bi držala, ampak zato, ker so javne dobrine v ekonomski teoriji zelo jasno opredeljene. To so dobrine, pri katerih ni mogoča izključitev iz porabe (npr. javna razsvetljava) in poraba enega ne izključuje porabe drugega potrošnika. Pri večini zdravstvenih storitev, navedenih v beli knjigi, ni izpolnjena ne prva ne druga zahteva (Kranjec, 2003, str. 83-103).

V beli knjigi avtorji trdijo, da v zdravstvu ne delujejo klasične ekonomske zakonitosti oz., da je zdravstvo javna dobrina. To teorijo pa Kranjec ovrže s trditvijo, da če ta teza drži, potem ni samo javni sektor tisti, ki lahko zagotovi pravičen in učinkovit zdravstveni sistem. Reforme zdravstvenih sistemov, ki so potekale v Franciji in Nemčiji, kažejo, da so bile uspešne zaradi vse večje odgovornosti prebivalstva za svoje zdravje in finančno participacijo tako v zasebnem kot tudi v javnem sektorju. Ravno zaradi teh rezultatov je avtor skeptičen, da bo reforma uspela, saj meni, da se bosta ohranila ekonomska organizacija in razmišljanje in bomo ostali v sistemu, v katerem prevladuje samo javni sektor. Zato se ne bodo uresničili zastavljeni cilji niti finančni prihranki (Kranjec, 2003, str. 83-103).

Kranjec je kritično oceno podal zato, ker je prepričan, da bi se morala bela knjiga obravnavati ponovno s strokovnjaki s področja zdravstva kot tudi s področja ekonomije. Meni, da bi morala nastati bela knjiga II, kajti bela knjiga po njegovem mnenju ni dovolj za reformo zdravstva in še posebej ni dovolj za reformo financiranja zdravstva (Kranjec, 2003, str. 83-103).

4.2.1 Vrednote zdravstvene reforme

V ospredju je vedno interes ljudi, potem pa si sledijo solidarnost, univerzalna in pravična dostopnost, odzivnost na potrebe državljanov, preglednost in poštenost pri razporejanju sredstev, učinkovitost pri uporabi sredstev, kakovost in boljši izidi zdravljenja, odgovornost in javni nadzor (Keber et al., 2003, str. 37).

4.2.1.1 Pravičnost

Zdravje je univerzalna vrednota in človekova pravica. To je bilo že leta 1948 zapisano v Splošni deklaraciji o človekovih pravicah, ki jo je razglasila Generalna skupščina Združenih narodov. Načelo oziroma vrednota pravičnost pomeni, da imajo vsi državljani, ne glede na zmožnost, pravico do take zdravstvene oskrbe, ki jo potrebujejo (Keber et al., 2003, str. 38).

4.2.1.2 Dostopnost

Definirana je kot dejanska uporaba zdravstvene službe in vse, kar posamezniku to omogoča ali ga pri tem ovira (Keber et al., 2003, str. 40).

Poznamo dve vrsti dostopnosti:

- univerzalno, kar pomeni dostopnost do zdravstvenega varstva za vse ljudi in
- pravično, ki pomeni, da dobijo ljudje, ki imajo večje potrebe, več kot tisti, ki potrebujejo manj, ljudje z enakimi potrebami pa enako.

4.2.1.3 Kakovost

Ko govorimo o izboljšanju kakovosti, to pomeni, da morajo imeti delavci v zdravstveni stroki vizijo, čeprav je treba iti korak za korakom in so spremembe vidne lahko šele v prihodnosti (Keber et al., 2003, str. 43).

Zdravstveno varstvo se kaže kot kakovostno takrat, (Keber et al., 2003, str. 42):

- ko bolnik dobi oskrbo pravočasno in na pravi način,
- kadar je natančno informiran o tveganjih in
- kadar se oskrba izvaja varno in spoštljivo.

4.2.1.4 Učinkovitost

Vlaganje v zdravje ni samo strošek, ampak tudi naložba v ekonomsko in socialno blagajno. V interesu državljanov in države je zagotavljanje zdravstvene in socialne varnosti (Keber et al., 2003, str. 44).

Učinkovitost pa je možno izboljšati (Keber et al., 2003, str. 45):

- pri zbiranju in razporejanju sredstev,
- pri zagotavljanju dostopnosti,
- pri izvajanju zdravstvenega varstva in
- pri zagotavljanju kakovosti.

4.2.2 Cilji zdravstvene reforme

Poznamo 6 ciljev zdravstvene reforme (Keber et al., 2003, str. 46):

- pravičnost pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo,
- razporejanje sredstev po potrebah državljanov,
- boljša dostopnost do zdravstvenega varstva,
- razvoj sistema celovite kakovosti,
- večja učinkovitost regulacije in upravljanje sistema zdravstvenega varstva in
- krepitev področja javnega zdravja.

4.2.2.1 Cilj 1: pravičnost pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo

V Evropi obstajata dva načina solidarnega zbiranja sredstev (Keber et al., 2003, str. 51):

- na podlagi davkov (Beveridgeov model) in
- na podlagi socialnega zdravstvenega zavarovanja (Bismarckov model).

Solidarnost naj bi bil temelj javnega sistema. Po tem načelu naj bi vsak državljan po svojih ekonomskih zmožnostih prispeval za plačilo zdravljenja drugim, ki ga potrebujejo. Plačujejo prispevke in premije in to jim zagotavlja zdravstvene storitve. Ta sredstva jih vključujejo v obvezno socialno zdravstveno zavarovanje. Se pa pojavlja problem pri doplačilih uporabnikov. Ta zmanjšuje solidarnost in revnim državljanom zmanjšuje dostopnost celo do tistih pravic, ki jih zagotavlja javno financiranje. V bistvu se je financiranje preneslo z zdravih na bolne in od ekonomsko močnejših na ekonomsko šibkejše sloje. V večini evropskih držav je prostovoljno zavarovanje usmerjeno predvsem v premožnejše sloje prebivalstva. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je finančno mnogo manj učinkovito kot obvezno. Če bi se njegova sredstva zbirala pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, zdravstveni sistem ne bi imel izgube, temveč presežek (Keber et al., 2003, str. 51-69).

Leta 2008 je ZZZS realiziral presežek prihodkov nad odhodki v znesku 5.207.581 EUR, kar je za 7.114.295 manj od načrtovanega po finančnem načrtu za to leto. Po načrtih Upravnega odbora ZZZS je ta potrdil osnutek finančnega načrta Zavoda za leto 2010. Vendar pa napovedi niso nič kaj pozitivne, kajti Zavod naj bi v tem letu imel kar 30 milijonov evrov izgube (Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno varstvo Slovenije, 2008).

Predlagane spremembe so (Keber et al., 2003, str. 76–83):

- *ukinitev doplačil v obveznem zavarovanju*: namesto današnjega prostovoljnega dopolnilnega zavarovanja z enotnimi premijami bo vzpostavljeno obvezno dopolnilno zavarovanje, ki bo odvisno od višine prejemkov. Novi zdravstveni prispevek, ki se nanaša le na delojemalce, za delodajalce pa bo ostal nespremenjen in bo znašal 1,95 % bruto plače; 60,9 % delojemalcev bo plačevalo manj kot za premije dopolnilnega zavarovanja, 39,1 % delojemalcev pa več;

- *prostovoljno dodatno zavarovanje*: z opustitvijo prostovoljnega dodatnega zavarovanja se bo jasno videlo, kaj je obvezno in kaj prostovoljno zavarovanje – meja med njima bo natančno določena;
- *vsebinska in količinska opredelitev svežnja pravic*: obvezno zdravstveno zavarovanje mora v celoti pokrivati zdravstvene pravice, ki so dokazano koristne.

4.2.2.2 Cilj 2: razporejanje sredstev po potrebah državljanov

Financiranje zdravstvenega varstva mora temeljiti na finančni poštenosti do izvajalcev, merila razporejanja sredstev pa predstavljajo potrebe državljanov in kakovost zdravstvene oskrbe. Prioritetno si sledijo ravni zdravstvenega varstva od osnovnega do bolnišničnega ter nato kurativni in preventivni programi. Tako se tudi razdelijo sredstva med njimi – po prioritetah (Keber et al., 2003, str. 89–90).

Predlagane spremembe so (Keber et al., 2003, str. 116–125):

- *celovit model razporejanja sredstev v sistemu zdravstvenega varstva*: model naj bi upošteval potrebe državljanov. Določil bo prioritete in tako bo porabo denarja možno meriti s količino in kakovostjo opravljenih obravnav;
- *glavarina kot temeljni način razporejanja sredstev v osnovnem zdravstvenem varstvu*: namenjena je izbranemu zdravniku kot plačilo za sredstva, ki jih pridobi za svoje bolnike in za vse njihove potrebe. Zdravnik upošteva demografske, socialne in ekonomske položaje svojih varovancev;
- *plačevanje po zahtevnosti obravnave v bolnišničnem zdravstvenem varstvu*: glede na zahtevnost obravnave, ki jo potrebuje bolnik, se bo določala višina sredstev za plačevanje bolnišnične oskrbe. Ločimo akutne in neakutne obravnave in njihovo plačilo ter plačevanje intenzivnih enot, premestitev in terciarnosti;
- *povezovanje posameznih obravnav v integralne obravnave*: pomembno bo predvsem to, da se bo financiranje pri obravnavi bolnika, ki potrebuje pomoč pri različnih zdravstvenih delavcih od primarne do terciarne ravni, porazdeljevalo med njimi – bodo povezani.

4.2.2.3 Cilj 3: boljša dostopnost do zdravstvenega varstva

Razlikujemo (Keber et al., 2003, str. 133):

- univerzalno dostopnost: zdravstvena oskrba mora biti dostopna vsem in
- pravično dostopnost: morajo se upoštevati potrebe ljudi.

Predlagane spremembe so (Keber et al., 2003, str. 149–153):

- univerzalna pokritost prebivalstva z obveznim zavarovanjem;
- boljša dostopnost zaradi odprave doplačil za zdravstvene pravice;
- geografska preskrbljenost;
- večji obseg zdravljenja in nege na domu;
- povečano vlaganje v človeške vire in
- skrajšanje čakalnih dob.

4.2.2.4 Cilj 4: razvoj sistema celovite kakovosti

Gre za skupek povezanih in načrtovanih aktivnosti in ukrepov s ciljem nenehnega izboljševanja kakovosti zdravstvene oskrbe. Kadar gre za kakovost, so pomembni postopki in procesi za njeno izboljšanje, sistematično zbiranje podatkov o izvajanju zdravstvene oskrbe, uvajanje standardov in z dokazi podprtih kliničnih smernic za kakovostno in stroškovno učinkovito zdravstveno oskrbo. Potrebno pa je tudi spremljanje uvedenih sprememb, da je kasneje mogoče te spremembe oceniti in prilagoditi glede na rezultate spremljanja. Bolnik bo vedno v središču in se ga ne bo več pošiljalo od vrat do vrat kot sedaj, ampak bodo zdravniki prihajali k njemu (Keber et al., 2003, str. 161–172).

Predlagane spremembe so (Keber et al., 2003, str. 169–174):

- *spremembe na ravni države:*

1. sprememba zakonodaje,
2. institucionalizacija dejavnosti za kakovost,
3. ustanovitev nacionalnega sveta za kakovost in
4. povečanje zmoglosti zdravstvenih zavodov;

- *spremembe v zdravstvenih zavodih:*

Naloge Zavoda naj bi bile:

1. vzpostavitev sistema celovite kakovosti,
2. ustanovitev komisij za kakovost,
3. izdelava kliničnih poti,
4. spremljanje in ocenjevanje izidov zdravljenja,
5. izobraževanje za kakovost,
6. izboljšanje varnosti,
7. izboljšanje informiranosti bolnikov in države,
8. sprememba sistema notranje presoje,
9. priprave na akreditacijo.

- *spremembe na ravni plačnika:*

1. pogodbe z izvajalci in izvajanje sistema celovite kakovosti,
2. finančne spodbude za izboljšanje kakovosti;

Kazalniki kakovosti zanimajo:

- izvajalce,
- uporabnike,
- plačnike zdravstvenih storitev in
- načrtovalce zdravstvene oskrbe.

4.2.2.5 Cilj 5: večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvene oskrbe

Država je tista, ki skrbi za sistem zdravstvenega varstva. To vlogo ji zaupajo državljani. Vendar pa sama vedno manj vodi te institucije, še vedno pa ima v rokah niti krmarjenja in usmerjanja (Keber et al., 2003, str. 179).

Predlagane spremembe so (Keber et al., 2003, str. 195– 197):

- *podpora večji regulatorni vlogi države*

Nova zakonodaja bo predstavljala dogovor med državo in državljani o vrednotah zdravstvenega varstva. Te vrednote so univerzalnost, pravičnost, solidarnost, dostopnost, odgovornost državljanov, učinkovitost in odgovornost in transparentnost države.

Zakonodaja bo v okviru kakovosti storitev in tehnologije, plačnikov in obsega programa ter akreditacije izvajalcev jasneje opredelila naslednja področja državnega reguliranja:

1. reguliranje kakovosti in učinkovitost,
2. reguliranje kapacitet,
3. reguliranje svežnja pravic,
4. reguliranje delovanja plačnikov,
5. reguliranje dostopnosti za uporabnike,
6. reguliranje cen,
7. reguliranje delovanja izvajalcev,
8. reguliranje nadzora;

- *večja vloga zdravstvenega sveta*

Preoblikoval se bo v najvišji organ za:

1. spremljanje in analiziranje zdravstvenega stanja prebivalstva,
2. za svetovanje nosilcem zdravstvene politike in za njeno sooblikovanje,
3. za koordinacijo izdelovanja standardov in kazalnikov za ocenjevanje stanja zdravja populacije in delovanje sistema zdravstvenega varstva,
4. preverjanje vsebine zdravstvenih programov,
5. pripravljaj analize stanja zdravstva in
6. poročal vladi, državnemu zboru in javnosti o zdravju Slovencev.

4.2.2.6 Cilj 6: krepitev področja javnega zdravja

Med najpomembnejše determinante zdravja spadajo (Keber et al., 2003, str. 213):

- biološki dejavniki,
- dejavniki življenjskega sloga in okolja ter
- socialno-ekonomski dejavniki.

Evropska unija je sprejela program za obdobje od leta 2003 do 2008 na področju javnega zdravja. Ta program se nanaša na cilje glede (Keber et al., 2003, str. 215):

- skupnih informacijskih sistemov,
- odziva držav članic in kandidatk na nenadne zdravstvene grožnje in
- zmanjšanje bremena bolezni in umrljivosti z delovanjem na najpomembnejše determinante zdravja.

Predlagane spremembe so (Keber et al., 2003, str. 228):

- ustanovitev podiplomske šole javnega zdravja,
- okrepitev vloge Inštituta za varovanje zdravja,
- ustanovitev javnega zavoda za varovanje zdravja delavcev,
- aktivnejša vloga Ministrstva za zdravje pri javnem zdravju in
- sprememba zakonodaje.

To so bili predlogi reforme iz leta 2002, ko je takratni minister za zdravje Dušan Keber hotel reformirati zdravstvo. Do danes se stvari niso premaknile nikamor. Nekatero navedbo iz osnutka reforme iz leta 2002 so ostale iste, nekatere pa so spremenili oziroma so jih dopolnili. Sedanja reforma zdravstva še vedno temelji na vrednotah pravičnosti, dostopnosti, učinkovitosti in kakovosti.

4.3 REFORMA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA LETA 2010

Trenutno je aktualen predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZdej-1). Minister Miklavčič je poudaril, da so bili glavni razlogi za pripravo zakona predvsem povečanje potreb zaradi staranja prebivalstva, rast stroškov zaradi večjih potreb in boljše možnosti zdravljenja ter večja pričakovanja prebivalcev. Novi zakon naj bi zagotovil enakomerno in pravično dostopnost do učinkovite, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe. Minister se drži svojih načel in tez, da zdravljenje ne sme biti privilegij in predmet trženja, saj je pravica do zdravja in zdravljenja ena od temeljnih človekovih pravic (Ministrstvo za zdravje – Predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti v javni razpravi).

ZZdej-1 je uvrščen na prvo mesto pri izvajanju reforme zdravstvenega sistema, saj od osamosvojitve Slovenije ni bilo nobenih bistvenih sprememb na tem področju. Edina resnejša sprememba je bila sprejem Zakon o zdravniški službi. V okviru ZZdej-1 mu bodo sledili še akti. To je na primer akt, ki bo določil merila za mrežo javno zdravstvene dejavnosti, akt o delitvi dela med posameznimi ravnmi in vrstami zdravstvene dejavnosti, koncesijski akt in drugi (Ministrstvo za zdravje – Predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti).

Glavne usmeritve za pripravo zakona so (Ministrstvo za zdravje – Predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti v javni razpravi):

- Slovenija gradi sistem zdravstvene dejavnosti predvsem na javni zdravstveni službi;
- jasna razmejitev med javno in zasebno zdravstveno dejavnostjo in

- opredelitev delitve dela med posameznimi ravnmi zdravstvene dejavnosti.

10 najpomembnejših točk predloga zakona so (Ministrstvo za zdravje – Predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti v javni razpravi):

1. prednost osnovni zdravstveni dejavnosti in programom krepitve zdravja in preventivi;
2. boljša organiziranost zdravstvene dejavnosti in zagotovitev razvoja v skladu s potrebami ljudi in materialnimi zmožnostmi;
3. merila razvojne mreže javne zdravstvene dejavnosti;
4. racionalna in specializirana organiziranost sekundarne zdravstvene dejavnosti;
5. celovita ureditev podeljevanja koncesij;
6. opredelitev javnega interesa in razmejitev javne in zasebne dejavnosti;
7. nova vloga zbornic;
8. zagotavljanje kakovostne, varne in učinkovite zdravstvene oskrbe pacientov;
9. omogočanje učinkovitega vodenja in upravljanja zavodov in
10. vzpostavitev učinkovitega sistema nadzora

Minister Miklavčič je na spletni strani MZ predstavil ZZdej-1. Zakon se osredotoča predvsem na osnovno zdravstveno dejavnost – zdravstvene domove in programe krepitve zdravja ter preventive. Svetovalec ministra za zdravje ter veliki predstavnik in zagovornik reforme Martin Toth pa je povedal, da mora biti javna zdravstvena dejavnost neprofitna. Tako zaposleni v javnem zavodu kot tudi koncesionarji v času pogodbe z ZZZS ne bodo smeli delati kot zasebniki. Razmejitev med javno in zasebno dejavnostjo bo torej zelo stroga (Ministrstvo za zdravje – Predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti v javni razpravi).

V sedanjem zakonu so v mrežo javne zdravstvene dejavnosti spadale primarna, sekundarna in terciarna raven. Po novem zakonu pa naj bi na sekundarni ravni poleg splošnih in specialističnih bolnišnic opredeljeval tudi dve novi mreži. To sta mreža sekundarne ambulantne dejavnosti in mreža sekundarne stacionarne dejavnosti. Slednja se bo lahko izvajala v bolnišnicah le, če bo ta oddelek dovolj velik. Bolnišnice bodo dobile novo vlogo osredotočanja na ambulantno dejavnost, obvladovati pa bodo morale tudi kronične bolezni in zagotavljati zdravstveno nego. Po novem se tudi koncesije ne bodo podeljevale tako zlahka. To pomeni, da se bodo dodeljevale glede na javni interes in to za dobo 10 let, in ne več za nedoločen čas, kot to določa zdajšnji zakon. Po preteku tega obdobja se dejavnost prenese na zavod in če je ta ne more prevzeti, se koncesija razpiše ponovno. Ustanovila naj bi se tudi javna agencija za kakovost in varnost v zdravstveni dejavnosti. Po novem zakonu bo članstvo v zdravniški zbornici še vedno obvezno, v kateri koli drugi zbornici pa prostovoljno. Predlog zakona namreč omogoča ustanovitev več zbornic za isti poklic (Ministrstvo za zdravje – Predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti v javni razpravi).

Zakon je še vedno v razpravi, vprašanja z nekaterih področij so še odprta. Zakon je Vlada 4. 3. 2010 poslala v parlament v odločanje. Po proceduri sprejemanja pa bo znano, kdaj bo stopil v veljavo (Ministrstvo za zdravje – Predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti v javni razpravi).

Naslednji aktualen in zelo pomemben je predlog Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ministrstvo za zdravje ga je 23. 2. 2010 poslalo v javno

razpravo. Glavni razlog za pripravo novega zakona je zastarelost predpisa, kajti od leta 1992 se je spremenilo le področje prostovoljnega dopolnilnega zavarovanja. Zakon bo moral biti sodobnejši, saj so potrebe državljanov vse večje, trenutne finančne zmožnosti pa slabe, zato bo morala država najti rešitev tudi za ta problem (Ministrstvo za zdravje – Predlog Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju).

Novi zakon temelji na dokumentih in priporočilih SZO, na strategiji zdravstvenega varstva Evropske unije ter na večletnih domačih izkušnjah. Predvsem se novi zakon osredotoča na področje skrbi in odgovornosti za zdravje, saj morajo za zdravje skrbeti ne le posameznik, ampak tudi država (občine, lokalne skupnosti) in delodajalci. Zdravstveno varstvo bo še vedno dostopno vsem državljanom Republike Slovenije, ne glede na njihov materialni in socialni položaj. Vsakdo pa bo prisiljen, tako kot sedaj, za svoje zdravstveno zavarovanje prispevati tudi določen del dohodka. Ta pa je odvisen od njegove dohodkovne sposobnosti. Tisti državljanji, ki niso sposobni plačevati prispevkov, pa preložijo obveznost na državo oziroma občino (Ministrstvo za zdravje – Predlog Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju).

Spremembe zakona se kažejo predvsem v (Ministrstvo za zdravje – Predlog Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju):

- *osnove za določitev prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje se razširijo na vse prejeme, kar pomeni, da se prispevki ne bi plačevali le od plač, temveč tudi od prejemkov iz različnih pogodb, kot so podjemne, avtorske, civilnopravne ... Prispevki naj bi se plačevali tudi od nadurnega dela, dežurstva, od nagrad za delo v upravah, zavodih ... Izvzeti bodo le prejemki v zvezi z delom, regresom, potnimi stroški ...;*
- *samozaposleni ne bi imeli več možnosti, da si sami izbirajo osnovo, po kateri bodo plačevali prispevke, kajti ni pravično, da bi si samoplačniki še v bodoče tako določali svoje osnove in tako plačevali nižje prispevke kot zavarovanci, ki imajo vsi iste pravice in pogoje;*
- *predvidena je tudi sprememba glede pridobitve statusa družinskega člana zavarovanca, in sicer po sedanji ureditvi družinski člani, ki so brezposelni in so zavarovani kot družinski člani, ne plačujejo prispevkov. To pa naj bi se spremenilo. Zavarovani naj bi bili le otroci do 18. leta starosti in študentje s statusom, drugi pa le, če bi bili dohodki gospodinjstva na družinskega člana nižji od dohodka, ki ga bo določal novi zakon.*

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja se bodo spremenile le v nekaterih točkah, kot so (Ministrstvo za zdravje – Predlog Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju):

- odpravljena bo pravica do posmrtnine v zavarovanju za bolezni in poškodbe izven dela;
- kritje stroškov prenočitve in prehrane med zdraviliškim zdravljenjem ne bi bila več pravica iz obveznih zavarovanj;
- športne poškodbe bi si v veliki meri plačevali poškodovanci sami;
- spremembe glede višine nadomestila plače med začasno zadržanostjo z dela, in sicer v povprečju za 5 % od osnovne; zmanjšala se bo obveznost

- delodajalca za izplačilo nadomestil s 30 na 25 dni in obenem se po povečala obveznost delodajalca pri odsotnostih z dela zaradi poškodb s 30 na 45 dni;
- nadomestilo plače za prvi dan odsotnosti z dela zaradi nege družinskega člana ne bi bila več pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. To obveznost naj bi prevzeli delodajalci in dovolili koriščenje enodnevnega dopusta ali pa prevzeli obveznost glede nadomestila plače za ta dan.

Pri prostovoljnem dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju naj ne bi prišlo do bistvenih sprememb. Zavarovanci se bodo še vedno sami prostovoljno odločali zanj. Potrebna pa bo ureditev področja in delovanje zavarovalnic prilagoditi direktivam EU, ker je Slovenija že dobila opomin za neupoštevanja direktiv EU. Področje prostovoljnih dopolnilnih zavarovanj po sedanjem zakonu izvajajo le zavarovalnice, po novem za ga bo lahko izvajal tudi ZZZS; problem je v tem, da Zavod nima za to potrebnih sredstev (Ministrstvo za zdravje – Predlog Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju).

Po novem ZZVZZ naj bi prišlo tudi do sprememb v upravljanju in vodenju ZZZS. V skupščini in upravnem odboru naj bi bilo tudi določeno število predstavnikov zavarovancev. Namesto generalnega direktorja pa naj bi imel tri člansko upravo. Predlagano je tudi, da naj bi se zavod reorganiziral v zavod, ki naj bi izvajal obvezno zdravstveno zavarovanje in zavarovanje za dolgotrajno oskrbo. V takem primeru bi imel dva plačilna računa in organe upravljanja za obe področji (Ministrstvo za zdravje – Predlog Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju).

Vse predvidene spremembe bi v javno zdravstveno blagajno prinesle nove, večje prihodke, hkrati pa bi se zmanjšali nekateri stroški.

5 REFORMA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V ZDA

5.1 KRATKA ZGODOVINA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V ZDA

Prvi zametki zdravstvenega zavarovanja segajo v leto 1847. Zavarovalnica, ki je ponujala zgolj nezgodna zavarovanja v primeru nesreče z vlakom, se je imenovala Massachusetts Health Insurance. Svoj sedež je imela v Bostonu. Ko je direktor bolnišnice Baylor leta 1932 na pobudo vlade začel s programom Blue Cross in Blue Shields, so ponujali neprofitna bolnišnična zavarovanja, za katera ni bilo posebnih predpisov in jih ni nadzirala država. Nosilci zavarovanj so bili sprva samo upravljavci in lastniki bolnišnic. Potem pa so se na pobudo sindikalistov začele množično razvijati tudi druge zavarovalnice. Te so ponujale tudi zavarovanje v primeru bolezni oziroma poškodbe pri delu. Polovico premije je kril delodajalec, polovico pa so si krili delavci sami. V letih 1950–1960 so zaposleni imeli več bonitet kot kdaj koli prej. V letu 1954 se je pojavila boniteta v zvezi z invalidnostjo. Tudi ko je Kongres leta 1965 ustanovil neprofitna programa Medicare in Medicaid, so ljudje iz zasebnih sredstev še vedno pokrivali 75 % vseh zdravstvenih stroškov. Medicare je bil namenjen osebam, starejšim od 65 let, Medicaid pa posameznikom in družinam z nizkimi dohodki. Do leta 1995 so posamezniki in podjetja plačevali 50 % za zdravstvene stroške, ostalo polovico pa je pokrivala vlada (The history of health insurance in the USA).

Bill Clinton je Kongresu leta 1993, ko je bil predsednik Združenih držav Amerike, predstavil osnutek zdravstvene reforme. ZDA so jo nujno potrebovale. V osnutku je bilo zapisano, da bodo vsi Američani imeli zdravstveno zavarovanje, kar bi bilo za državljane pravo olajšanje. Vendar pa je Kongres predlog zavrnil, ker naj bi bil ta predrag. Naslednje leto je tudi Kongres predstavil svoje stališče glede reforme, ampak do soglasja nikoli ni prišlo. Kongres je leta 1996 razglasil akt Health Insurance Portability and Accountability Act, po katerem so zaposleni zdravstveno zavarovani tudi v primeru menjave službe ali pa ko ostanejo brezposelni (Noah, A short history of health care).

5.2 ZDRAVSTVENI SISTEM V ZDA DANES

Zdravstveno varstvo je v ZDA pretežno v lasti zasebnikov. Izjeme so (Toth, 2003, str. 215):

- Medicare,
- Medicaid,
- Children`s Health Insurance Program in
- Veterans Health Administration.

To so programi, na katerih naj bi danes slonel zdravstveni sistem v ZDA. V ospredju sta programa Medicare in Medicaid, ki sta opredeljena kot nacionalna programa za zdravstveno zavarovanje. Kongres ju je ustanovil že leta 1965, in sicer za dobrobit državljanov ZDA (Toth, 2003, str. 215).

Medicare je zvezni zavarovalni program, ki poskrbi za plačilo bolnišničnega zdravljenja in oskrbo za starostnike, ki presegajo 65 let, ter za tiste starejše ljudi, ki niso zmožni skrbeti sami zase. Plačujejo jim stroške zdravljenja v bolnišnici in pri zdravnikih ter zdravila. Ambulantnim zdravljenjem program omogoča kritje stroškov do določenega zneska, če se zavarovanec za razliko sam zavaruje. Sredstva namenja proračun s sredstvi, zbranimi z davki. Davek je 2,9 %. Dodatna sredstva pa prihajajo iz različnih premij, franšiz in drugih zavarovanj. Izvajanje nalog Medicara poteka po zveznih državah in zanj skrbijo finančne službe, ki poravnajo račune na račun zveznega proračuna (Medicare).

Medicaid pa je program, ki je namenjen širšemu krogu ljudi. To pomeni, da so upravičenci tako posamezniki kot tudi družine z nizkimi dohodki, ki si ne morejo sami plačati stroškov zdravstvene oskrbe. Program financira deloma zvezna vlada, deloma pa posamezne zvezne države. Države dobijo povrnjene stroške za izvajanje programa, če ga le izvajajo po vnaprej določenih pravilih. Denarja pa zvezne države ne izročijo neposredno v roke posameznika (tistega, ki išče zdravniško pomoč), temveč plačilo nakažejo ponudnikom zdravstvenih storitev. Ta plačila temeljijo na sporazumu *Fee-for-service*, kar pomeni *Plačilo-za-opravljenе storitve*, ali pa se transakcije opravljajo preko predplačniških organizacij, kakršna je tudi HMO (Medicaid).

V Ameriki sta znani še dve organizacijski obliki, ki nudita možnost posebnega zavarovanja in zdravljenja. To sta Health Maintenance Organisations (HMOs) in Preferred Provider Organisations (PPOs). HMOs so vzajemne organizacije, ki svojim članom zagotavljajo zdravstveno oskrbo in združujejo zavarovance ter izvajalce zdravstvenih storitev. Članom zagotavljajo dostopnost do potrebnih zdravstvenih storitev, tako da jih izvajajo z lastnimi zmogljivostmi ali pa jih zagotovijo s sklenitvijo pogodb z drugimi izvajalci. Zavarovanci plačujejo letno članarino, znesek, ki je vnaprej določen, s čimer imajo zagotovljene vse storitve, ki so določene v pogojih članstva oz. zavarovanja. PPOs pa niso vzajemne organizacije. To so organizacije izvajalcev, ki se pogodijo z delodajalci ali pa posamezniki, da bodo uveljavljali zdravstvene storitve pri njih, in to po nižji ceni. V pogodbi je zapisano, da lahko člani organizacije uporabljajo zdravstvene storitve pri izvajalcih, ki so vključeni v organizacijo (Health Insurance – HMOs, PPOs).

Posebno zdravstveno varstvo pa zasluženoma uživajo vojaki in vojaški veterani. Deležni so oskrbe na najvišji ravni, ki jo financira zvezni proračun. Vojska ima na voljo lastne zdravstvene zmogljivosti, kot so bolnišnice in klinike (Toth, 2003, str. 217).

Večina bolnišnic v ZDA je zasebnih. Tudi zdravniki, ki delajo v bolnišnicah, so večinoma zasebniki, ki zdravijo svoje bolnike tudi v zasebnih ordinacijah. Taki zdravniki niso v delovnem razmerju z bolnišnico. Nekaterе bolnišnice so tudi v lasti neprofitnih humanitarnih in cerkvenih organizacij. Nekaj pa je tudi javnih bolnišnic, kot npr.: za vojne veterane ali pa zdravljenje oseb iz programa Medicaid. Bolnišnice se financirajo na različne načine. Plačevanje njihovega dela glede na opravljene storitve danes velja le še za zavarovance komercialnih in vzajemnih zavarovanj. Zdravniki, ki niso zaposleni v bolnišnicah, a v njih zdravijo svoje bolnike, jim izstavijo račune na osnovi opravljenih storitev. Cene oblikujejo sami. Bolniki neposredno plačajo račune zdravnikom, nato pa zahtevajo povračilo od zavarovalnic, pri katerih so zavarovani.

Če je cena storitev višja, kot bi jo poravnal Medicare, si jo bolnik plača sam ali pa dodatno zavarovanje (Toth, 2003, str. 217–218).

Kljub temu da je kongres ustanovil programa za socialno šibkejšje ljudi, pa so ti še vedno prisiljeni iskati pomoč v obliki zavarovanja pri zasebnikih. Lahko se včlanijo sami ali pa preko delodajalcev. Leta 1999 je bilo v ZDA 43 milijonov Američanov nezavarovanih. Od tega je bilo 75 % prebivalcev nezavarovanih, kljub temu da so bili zaposleni za poln delovni časom ali pa so živeli v gospodinjstvu, kjer je vsaj en član zaposlen za poln delovni čas. 42 milijonov Američanov pa je bilo delno zavarovanih, kar pomeni, da niti v najhujših sanjah ne bi smeli pomisliti na kakšno bolezen, saj si stroškov ne bi mogli kriti (Goshen).

Leta 2008 so statistični podatki kazali skoraj enake podatke kot leta 1999. Iz tega lahko razberemo, da se zdravstvo skozi leta ni spreminjalo in da bi res rabili korenite spremembe na tem področju. Statistika je pokazala, glede na podatke CIA (Central Intelligence Agency), da ima ZDA po zadnjih podatkih 307,212.132 prebivalcev (CIA).

Po teh podatkih statistika kaže naslednje stanje (Centers for disease control and prevention):

1. osebe pod 65 let:

- število nezavarovanih: 17 % ;
- število zavarovancev z zasebnimi zavarovanji: 58 %;

2. otroci mlajši od 18 let:

- število nezavarovanih: 8,9 % ;
- število zavarovancev z zasebnimi zavarovanji: 65 %;

3. odrasli: 18–64 let:

- število nezavarovanih: 20 % ;
- število zavarovancev z zasebnimi zavarovanji: 68 %.

ZDA so imele v letu 2007 1,66 trilijonov dolarjev prihodkov, leta 2008 pa 1,75 trilijonov. To je glede na predhodno leto 5,7 % več (Census).

Trenutni podatki kažejo, da je poraba zdravstvenega varstva v ZDA, merjena v BDP, 16,6 %. Do leta 2018 pa naj bi ta delež narasel na 20,3 %. Leta 2004 so ZDA porabile 6,102 dolarjev na prebivalca za zdravstveno oskrbo. To je 92,7 % več, kot porabi katera koli izmed držav G7 in 19,9 % več kot Luxembourg, ki je takoj za ZDA v porabljenih stroških pri OECD (Centers for Medicare and Medicaid Services – National health expenditure data).

Leta 2007 je bilo v zdravstvene namene porabljenih 2,26 trilijona dolarjev oziroma 7,439 dolarjev na prebivalca. Zdravstveni stroški naraščajo hitreje kot inflacija in do leta 2017 naj bi dosegli 19,5 % v BDP (Centers for Medicare and Medicaid Services: National health expenditure projections 2007–2017).

Čeprav je Medicare leta 2006 začel izdajati zdravila na recept, pa so zdravila še vedno dražja kot drugod po svetu. Zato nekateri prebivalci izkoristijo priložnost in nizke cene zdravil drugih ponudnikov (Mankin, The pitfalls of the public option).

5.3 KRATKA ZGODOVINA POSKUSOV ZDRAVSTVENIH REFORM V ZDA

Vse se začelo, ko se je pisalo leto 1912. Tedanji predsednik ZDA Theodore Roosevelt je bil pobudnik sprememb zdravstvu. Čeprav je užival podporo drugih reformatorjev, je bil na takratnih volitvah zavržen. V času, ki so ga Američani imenovali »Great Depression« (1933), je predsednik Franklin D. Roosevelt s pomočjo Isidore S. Falk in Edgarja Sydenstricterja hotel uresničiti predlog reforme svojega predhodnika. Poleg tega da se je tedanji predlog nanašal na socialno zavarovanje, so hoteli dodati še svoj pečat in so vanj vključili še javno financiranje zdravstvenih programov. Osnutek je naletel na gluha ušesa. Njihovi politiki so še posebej nasprotovali American Medical Association (AMA) ter državne in lokalne podružnice, ki so spadale pod AMA (Coombs, 2005, str. 44).

Konec julija 1965 je bil ustanovljen program Medicare. Predstavljal naj bi zdravstveno varstvo za ljudi, katerih starost presega 65 let (Medical news today: What is medicare/medicaid?). Dvajset let kasneje leta 1985 je bil izdan akt COBRA (Consolidated Omnibus Budget Act), ki je temeljil na aktu ERISA iz leta 1974 (Employee Retirement Income Security Act). Zaposlenim sta dala akta nove razsežnosti, in sicer zavarovani so bili tudi po prenehanju pogodbenega dela (American cancer society: What is COBRA?).

Predsednik Jimmy Carter (1982) je odkrito povedal, da do kakršnih koli sprememb na področju zdravstva ni prišlo zaradi njegovega predhodnika, predsednika Kennedyja. Menil je, da je imel predsednik Kennedy vrsto nesoglasij na tem področju (Carter, 1982, str. 86–87). Ko je leta 1993 svoj predsedniški mandat nastopil Bill Clinton, se je s svojo ženo, prvo damo ZDA Hillary Clinton, trudil, da bi do reforme končno prišlo. Vendar se ta prizadevanja v praksi niso uresničila (The heritage foundation: A guide to the Clinton health plan).

1996 je bil sprejet akt HIPAA, ki varuje zaposlene, da v primeru izgube ali pa menjave službe ostanejo zdravstveno zavarovani (United States Department of Labour). HIAA (Health Insurance Association of America) je leta 2000 sklenila partnerstvo s Families USA (neprofitna organizacija za zavarovance v primeru, če potrebujejo odvetniško pomoč) in AHA (American Hospital Association). Sklenili so, da se bodo zavzeli za ljudi, ki nimajo zdravstvenega zavarovanja (Meier, HIAA and families USA seek more Government). V kongresu so leta 2001 razpravljali o predlogu zakona »Patients Bill of Rights«. To je nek seznam pravic, ki jih imajo pacienti pri zdravstveni oskrbi. Veliko interesnih skupin, med njimi tudi AMA in farmacevtske družbe, so odločno nastopile proti predlogu zakona in tako nikoli ni stopil v veljavo (Patients` s Bill of rights).

George Bush je kot predsednik sprejel akt MPDIMA (Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act). Ta pomaga starejšim in invalidom do zdravil na recept (Centers for Medicare and Medicaid Services).

Naslednik organizacije HIAA AHIP je leta 2006 predstavil vizije, ki bi lahko pripeljale do novih reform. Najpomembnejša zamisel je bila, da bi bili vsi Američani zdravstveno zavarovani (America`s health insurance plans – A vision for reform).

Januarja 2007 so se zgodile tri spremembe (America`s health insurance plans):

- John Conyers Jr. je izdal akt The United States National Health care Act in vse do danes je imel v House of Representatives 93 somišljenikov;
- senator Ron Wyder je predstavil HAA (Healthy Americans Act), ki se mu je pridružilo 17 somišljenikov;
- AHIP je predlagal in zagotavljal posamezniku dostop na trg zdravstvenega zavarovanja in predlagala, da se izboljša kakovost zdravstvenega sistema v ZDA.

Decembra 2008 je Institut for America`s Future s sodelovanjem predsednika Ways and Means Health Subcommittes predlagal vladi, da naredi načrt javnega zdravstvenega zavarovanja, ki bi konkuriral načrtom zasebnega zdravstvenega zavarovanja. Predlog temelji na treh argumentih (Institut for America`s future):

- javni nadzor nad stroški Medicare;
- javno zavarovanje, ki bo temeljilo na boljših plačilnih pogojih in boljši kakovosti zdravstvenih storitev;
- postavljanje standardov pri tem, kateri zasebni načrti morajo tekmovati.

Takrat je tudi AHIP (America`s Health Insurance Plans) napovedal niz predlogov, med njimi znižanje stroškov za zdravstveno oskrbo za 30 %. Če bi se to zgodilo, napovedujejo svetlejšo prihodnost ameriškemu zdravstvu; s tem bi namreč v roku pet let prihranili okoli 500 milijard dolarjev (America`s health insurance plans).

Med predsedniškimi volitvami 2008 sta kandidata postavila vsak svoje predloge za reformo zdravstva:

- John McCain: njegov predlog je temeljil na tržnem sistemu – hotel je urediti zavarovanje, ki bi bilo cenovno ugodnejše (The heritage foundation);
- Barack Obama: zavzel se je za univerzalno zdravstvo. Vzpostavil bi National Health Insurance Exchange, ki bi vključeval tako zasebno zavarovanje kot tudi Medicare. Pokritost zavarovanja in premije bi bili odvisni od zdravstvenega stanja posameznika (Barack Obama`s plan for a healthy America).

5.4 REFORMA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V ZDA DANES

Debate okoli zdravstvene reforme so večne in tako so večna tudi vprašanja glede tega področja:

- kdo ima dostop do zdravstvenega zavarovanja in

- pod katerimi pogoji.

ZDA so same krive, da večina dolga, ki ga ima, izhaja iz medicinskega dolga. Večino letnega prihodka porabijo za zdravstveno varstvo, več kot katera koli država članica Združenih narodov. Zato nikoli ni bilo jasno, kam gre toliko denarja, ker je v primerjavi z razvitimi državami dejanska uporaba zdravstvenih storitev v ZDA nižja (WHO).

Američani so glede stališč o vlogi vlade pri zdravstveni ekonomiji in ali naj vlada sodeluje pri novem javnem zdravstvenem načrtu deljenega mnenja. Tisti, ki so za univerzalno zdravstveno varstvo, pravijo, da nezavarovani prebivalci delajo stroške, ki jih potem morajo kriti zavarovani. Menijo, da bi bili v primeru, če bi bili zavarovani vsi, stroški nižji in tako bi se izboljšala tudi kakovost storitev. Na drugi strani pa so prebivalci, ki zdravstvenega zavarovanja nimajo, in so po mnenju tistih, ki zahtevajo univerzalno varstvo, tisti, ki višajo stroške. Vendar pa sami trdijo, da to mnenje vpliva na njihovo osebno svobodo in da obstajajo tudi drugi načini, kako zniževati stroške (F. Seib, Health Debate isn't about Health).

V ZDA je predsednik Barack Obama na spletni strani Bele hiše predstavil svoje načrte za reformo zdravstva. Po njegovih načrtih naj bi reforma prinesla več varnosti in stabilnosti tako za tiste, ki zdravstveno zavarovanje imajo, kot tudi tistim, ki ga nimajo. Zmanjšali naj bi se stroški zdravstvenega varstva oz. oskrbe za družine, podjetja in ne nazadnje tudi za vlado (Bela hiša – zdravstveni načrt).

Načrt je naslednji (Bela hiša – zdravstveni načrt):
za tiste, ki imajo zdravstveno zavarovanje:

- končala bi se diskriminacija zavarovancev, ki so zavarovani preko zasebnih zavarovalnic. Te imajo navado, da v primeru preteklih obolenj, za katerimi so bili zboleli ljudje, ne poskrbijo za plačilo zdravstvene oskrbe v primeru, če zavarovanec zboli, ne glede na to, če so premijo že plačali ali ne. Do sedaj jih je zakon ščitil, če pa bi se reforma dejansko izvedla, pa bi zakon dela take zavarovalnice obravnaval kot nezakonita;
- pri plačevanju premij ljudje ne bodo več obravnavani glede na spol ali starost;
- preprečevanje zavarovalnicam, da bi prekinile pogodbe z zavarovanci, ko jih ti najbolj potrebujejo;
- preventivni pregledi, ki so zelo pomembni pri odkrivanju bolezni že v zgodnji fazi (mamografija, cepljenje proti gripi, odkrivanje sladkorne bolezni ...);
- ohranjanje vizije Medicare, da pomaga starejšim;
- 50 % popust na zdravila blagovne znamke za starejše;
- omogočanje plačevanja za zdravstveno oskrbo naknadno, da ne bi ljudje zaradi bolniških stroškov obubožali;

za tiste, ki nimajo zdravstvenega zavarovanja:

- oblikoval naj bi se nov trg zavarovanja Exchange, ki bi dovoljeval ljudem in malim podjetjem kupovati zavarovanja po konkurenčnih cenah;
- družinam in posameznikom z nizkimi dohodki naj bi se priznale dodatne davčne olajšave, da bi si lahko privoščili nakup zavarovanja;

- tudi malim podjetjem naj bi se priznale davčne olajšave za pomoč pri pokrivanju zavarovanja zaposlenih;
- organizacija javnega zavarovanja za tiste, ki nimajo zdravstvenega zavarovanja in za tiste, ki ne najdejo ugodnega zdravstvenega zavarovanja;

za vse Američane:

- primanjkljaj, s katerim se soočajo ZDA, naj ne bi še dodatno obremenjeval proračun ali pa zviševal zdravstvenih stroškov za prebivalce;
- v primeru povečanja primanjkljaja bo poskrbel za nižanje stroškov;
- zdravstveni sistem naj bi postal učinkovitejši – kakovost pred kvantiteto;
- za ugotavljanje izgube v zdravstvu, preprečevanje goljufij in zlorabe naj bi se ustanovile neodvisne komisije zdravnikov in medicinskih strokovnjakov
- takojšna reforma oz. odprava zdravniških malomarnosti, pacienti bodo na prvem mestu;
- vsi prebivalci naj bi prispevali v skupno blagajno – delodajalci za zaposlene in posamezniki, ki si lahko to privoščijo.

Načrt je očitno končno naletel na pozitiven odziv, kajti na božični dan, 24. 12. 2009, je senat potrdil predlog zakona za reformo zdravstvenega sistema. Če se bo dejansko zgodilo, da bo zakon sprejet, se bo dejanje zapisalo v zgodovino kot nekaj, kar do sedaj ni v predsedniškem mandatu uspelo nikomur. Veliko časa je bilo potrebnega za potrditev predloga zakona. Na eni strani so republikanci, ki reformi nasprotujejo, na drugi pa demokrati, ki hočejo reformo končno izpeljati. Demokrati so zmagali s 60 glasovi za in 39 proti. Vendar pa se je moral senat spopasti za glasove še s predstavniškim domom, ki želi predstaviti svoj predlog reforme. (Whitesides in Smith, Senate approves landmark healthcare overhaul).

Predstavniški dom je 22. 3. 2010 potrdil senatni predlog reforme zdravstvenega sistema. Za potrditev predloga je glasovalo 219 demokratskih kongresnikov, proti pa je bilo 178 republikancev in 34 demokratov. Reforma prinaša zavarovanje za 32 milijonov nezavarovanih Američanov, ameriški proračun pa bo stala 940 milijard dolarjev. 23. 3. 2010 pa je predsednik Barack Obama podpisal zgodovinsko zdravstveno reformo, s čimer je ta postala zakon.

5.4.1 Trenutni predlogi aktov

Trenutno je veliko pozornosti usmerjene v dva akta (Pear, Senate passes health care overhaul on party-line vote):

- Affordable Health Care for America Act, ki sta ga podprla tako senat kot tudi predstavniški dom (House of Representatives) ter
- Patient Protection and Affordable Care Act, ki ga je podprl senat.

Akta sta si v marsičem podobna (The New York Times: Comparing the Houses and the Senate health proposals):

- Medicaid mora zavarovati ljudi, katerih dohodki so tako nizki, da so že na pragu revščine;

- pomagati s subvencijami tistim, ki se soočajo z visokim pragom revščine;
- ponudba kreditov malim podjetjem, ki zaposlenim nudijo zdravstveno zavarovanje;
- kaznovati delodajalce, ki svojim zaposlenim ne omogočijo zdravstvenega zavarovanja;
- kaznovati posameznika, ki ne kupijo zdravstvenega zavarovanja;
- zmanjšati Medicare nekatere ugodnosti;
- pri Medicaid in Medicare naj bi se zdravila pocenila, zmanjšali stroške in prepovedali dvigovanje davkov na zdravila.

Največja razlika med aktoma je v načinu financiranja. House of Representatives se zanaša predvsem na dodaten davek na dohodek, senat pa se zanaša na davek na trošarine in na davek na izplačane plače (za tiste, ki imajo visoke dohodke) (The Wall Street Journal).

5.4.2 Mnenje javnosti

Prioriteta ameriške javnosti je, da zdravstvo postane univerzalno. Ne strinjajo pa se s tem, da se zaradi reforme visoki zdravstveni stroški še bolj povečajo. Ameriški časniki so opravili raziskavo s pomočjo anket in tako ugotovili stališča Američanov do zdravstvenega varstva in reforme v ZDA.

58 % Američanov danes podpira nacionalni zdravstveni načrt, po katerem bi bili vsi zavarovani preko univerzalnega načrta Medicare – For All, 42 % pa jih podpira vladni načrt, ki naj bi poskrbel, da bi bili vsi zavarovani (Kaiser Family Foundation – anketa o zdravstvenem varstvu).

V anketi, ki jo je aprila 2009 opravil New York Times, so ugotovili, da je tema o zdravstvenem varstvu trenutno najpomembnejša; 56% anketirancev bi raje plačalo višje davke, samo da bi se vzpostavil sistem univerzalnega zdravstvenega varstva, 44 % anketirancev pa je odgovorilo, da je zagotavljanje zdravstvenega varstva za vse Američane pomembnejše kot problematika zniževanja zdravstvenih stroškov (CBSNews – anketa o zdravstvenem varstvu).

Pew Research center je junija 2009 izvedel anketo, s katero so ugotovili, da so Američani prepričani, da je čas za korenite spremembe na področju zdravstva. Ko je Bill Clinton leta 1993 predlagal reformo, ga večina ni podprla. Nekateri zato, ker so bili prepričani, da ZDA troši preveč za zdravstveno varstvo, drugi so bili prepričani, da je zdravstvo v taki krizi, da ni videti izhoda, in potem je bila še peščica tistih, ki so v reformo enostavno verjeli (People Press – anketa o zdravstvenem varstvu).

Time Magazine je julija 2009 anketiral Američane in jim zastavil vprašanje, kaj si mislijo o nacionalnem samoplačniškem načrtu. 49 % vprašanih ga je podprlo, 46 % je načrtu nasprotovalo, 5% je bilo neodločenih (Time Magazine – anketa o zdravstvenem varstvu).

Anketa Survey USA, izvedena avgusta 2009, je pokazala, da 77 % anketirancev meni, da je precej pomembno dati ljudem možnost izbire med javnim vladnim načrtom in zasebnim zavarovanjem (Survey USA – anketa o zdravstvenem varstvu).

5.5 PRIMERJAVA SLOVENSKE ZDRAVSTVENE REFORME Z REFORMO ZDA

ZDA so od nekdaj med gospodarsko najbolj razvitimi državami. Zato po eni strani tudi ni čudno, da imajo tržni sistem zdravstvenega varstva, kajti težijo k čim večjemu dobičku. Načelo solidarnosti in socialni vidik sta ji tuja (Toth, 2003, str. 213).

Na drugi strani pa imamo Slovenijo, ki je vedno bila socialna država, kjer je bil posameznik vedno na prvem mestu in kjer ni prevladoval denar kakor v kapitalistični ZDA. Slovenija je bila vedno zagovornica načela, da bi se v primeru prevlade tržnega sistema v državi porušilo ravnovesje socialne pravičnosti. Zdravje za RS ni običajno tržno blago, temveč je javna dobrina (Zaletel-Kragelj et al., 2007, str. 205).

Ko pomislimo na ZDA, nas to povezuje s pojmom decentralizacije. Posamezne države imajo veliko pristojnosti, ki seže velikokrat tudi na nižje ravni, kot so pokrajine in mesta. Gospodarska moč ob vsem tem omogoča, da se okrog zdravstvene dejavnosti vrti veliko denarja, ki manj služi zdravju prebivalstva in več zaslužkom izvajalcem, zavarovalnicam, zasebnikom in drugim organizacijam. Ravno zaradi delitve pristojnosti med državami je ameriški sistem zelo raznovrsten z različnimi rešitvami in ureditvami. Zato ZDA nima enotnega nacionalnega zdravstvenega varstva. Posameznik je prisiljen sam skrbeti za svoje zdravje, čeprav včasih (večina Američanov) tega ne zmore, kajti tega si enostavno ne more privoščiti (Toth, 2003, str. 214).

Slovenija namenja zdravstvu predvsem javna sredstva, drugi vir sredstev pa predstavljajo zasebna zavarovanja, ki jih imenujemo tudi prostovoljna dopolnilna zavarovanja. Pri nas je ne glede na status posameznika in ne glede na materialno in socialno stanje vsak vključen v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja. V ZDA pa so vanj vključeni le nekateri, in sicer pripada ta pravica ljudem, ki so starejši od 65 let. S sedanjo reformo Slovenija stremi k čim večji privatizaciji zdravstva in tržnemu modelu, kakršnega imajo ZDA, čeprav tega na glas nihče ne prizna. Vendar so razlike pri predlogih očitne. Po drugi strani pa se ZDA želijo čim bolj približati evropskemu sistemu zdravstvenega varstva in z reformo jim bo mogoče to tudi uspelo. Sedaj v ZDA prevladujejo zavarovalnice, ki obvladujejo trg zdravstvenega zavarovanja.

Za primerjavo sistema zdravstvenega varstva posameznih držav sta v uporabi največkrat finančna kazalca: delež sredstev za zdravstvo v BDP in poraba sredstev za zdravstveno varstvo na prebivalca (Kostajnšek, 2004, str. 33).

V Ameriki namenijo za zdravstvo povprečno 11,2 % BDP, pri nas pa 8,6 %; v ZDA porabijo okoli 6500\$/prebivalca, kar je v 4589,68 EUR, pri nas pa približno 1900\$/prebivalca oziroma 1273,48 EUR. Delež izdatkov v % BDP v ZDA je višji kot v Sloveniji, ampak so kljub temu ZDA daleč za Slovenijo in članicami Evropske unije po deležu javnih sredstev v zdravstvu. Izdatki na prebivalca so v ZDA precej višji kot pri nas, to pa zato, ker si v ZDA državljani sami plačujejo zdravstvene storitve, te pa so zelo drage.

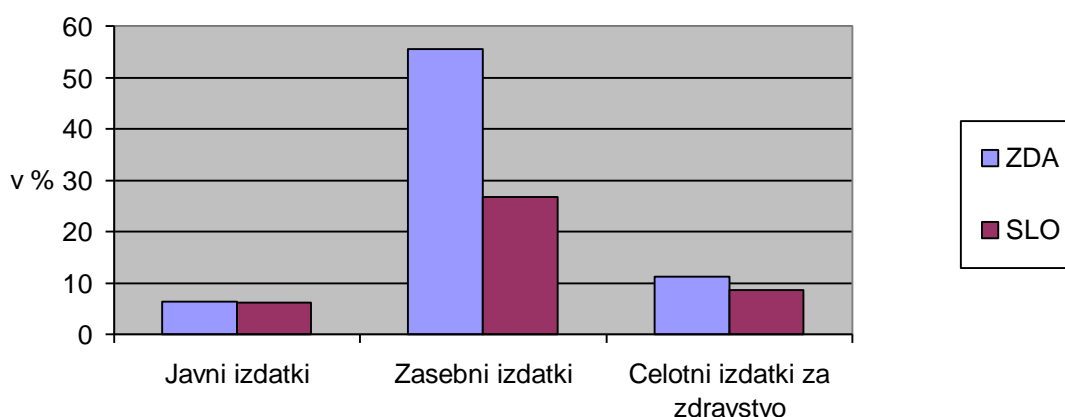
Tabela 2: Izdatki za zdravstvo v RS, članicah EU in ZDA, 2000–2005

	Celotni izdatki za zdravstvo, v % BDP				Javni izdatki za zdravstvo, v % BDP		Zasebni izdatki, delež v celotnih izdatkih, v %		Izdatki na prebivalca v USD
	2000	2003	2004	2005	2000	2005	2000	2005	2005
EU-27	7,3	8,0	8,2	n. p.*	5,3	6,3	27,5	27,4	2093
EU-15	8,2	9,0	9,1	9,2	6,3	7,1	25,4	24,5	3070
Avstrija	10,0	10,2	10,3	10,2	7,6	7,7	24,1	24,3	3519
Belgija	8,6	10,1	10,2	10,3	6,5	7,4	24,0	27,0	3389
Bolgarija	6,2	7,6	7,4	n. p.*	3,7	4,2	40,6	42,4	671
Ciper	5,7	5,7	5,5	n. p.*	2,4	2,5	58,4	55,7	1128
Češka	6,5	7,4	7,3	7,2	5,9	6,4	9,7	11,4	1479
Danska	8,3	9,1	9,2	9,1	6,8	7,7	17,6	15,9	3108
Estonija	5,3	5,1	5,3	n. p.*	4,1	4,0	22,5	24,0	752
Finska	6,6	7,3	7,4	7,5	5,0	5,8	24,9	22,2	2331
Francija	9,6	10,9	11,0	11,1	7,5	8,9	21,7	20,2	3374
Grčija	9,3	10,0	9,6	10,1	4,1	4,3	55,8	57,2	2981
Irska	6,3	7,3	7,5	7,5	4,6	5,9	27,1	22,0	2926
Italija	8,1	8,3	8,7	8,9	5,9	6,8	27,5	23,4	2532
Latvija	5,9	6,1	7,1	n. p.*	3,2	4,0	46,1	43,4	852
Litva	6,5	6,5	6,5	n. p.*	4,5	4,9	30,3	25,0	843
Luksemburg	5,8	7,6	7,9	7,9	5,2	7,2	10,7	9,3	5563
Madžarska	6,9	8,3	8,1	n. p.*	4,9	5,7	29,3	29,5	1337
Malta	7,5	8,8	9,2	n. p.*	5,6	7,0	25,8	23,9	1733
Nemčija	10,3	10,8	10,6	10,7	8,2	8,2	20,3	23,1	3287
Nizozemska	8,0	9,1	9,2	n. p.*	5,0	5,7	36,9	37,6	3094
Poljska	5,5	6,2	6,2	6,2	3,9	4,3	30,0	30,6	867
Portugalska	8,8	9,7	10,0	10,2	6,4	7,4	27,5	27,7	2041
Romunija	5,1	4,9	5,0	n. p.*	3,4	3,3	32,7	33,9	433
Slovaška	5,5	5,9	7,2	7,1	4,9	5,3	10,6	25,6	1137
Slovenija	8,4	8,8	8,5	8,5	6,2	6,2	26,0	27,6	1939
Španija	7,2	7,8	8,1	8,3	5,2	5,9	28,4	28,6	2261
Švedska	8,4	9,3	9,1	9,1	7,1	7,7	15,1	15,4	2918
Zdr. kralj.	7,3	7,8	8,1	8,3	5,9	7,2	19,1	12,9	2724
ZDA	13,2	15,2	8,2	8,3	5,8	6,9	56,3	54,9	6401

*n.p.: ni podatka

Vir: Ministrstvo za zdravje, resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013

Graf 4: Celotni, javni in zasebni, izdatki za zdravstvo v RS in ZDA, 2008–2013



Vir: Ministrstvo za zdravje, resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013

ZDA in Sloveniji je skupno, da je bilo več poskusov in predlogov, da bi se reforma izvedla, vendar se to nikakor ni uresničilo. Slovenija je prvo reformo izvedla leta 1992, ko se je osamosvojila, in je bilo to nujno zaradi ureditve nove pravne države. Potem pa se leta ni zgodilo nič, dokler se leta 2002 niso s takratnim ministrom Kebrom odločili, da Slovenija nujno potrebuje spremembo zakonodaje na področju zdravstva. Vendar pa je bilo nasprotnikov predloga preveč, zato se do danes ni spremenilo nič. Lansko leto, 2009, pa so se končno reformo odločili izpeljati do konca in minister Miklavčič je s sodelavci pripravil predlog ZZdej-1 ter ZZVZZ.

ZDA so že nekajkrat v zgodovini poskušale spremeniti tržno usmerjeno zdravstvo v zdravstveno varstvo, kakršnega ima Evropa. Vendar to ni uspelo nikomur, niti Billu Clintonu, ki se je zelo zavzel za reformo zdravstva. Ko je Barack Obama postal predsednik ZDA, pa si je reformo zdravstva postavil za prioriteto in tako s sodelavci pripravil predlog, ki so ga so 22. 3. 2010 tudi uzakonili.

Prvi predlog in osnutek reforme iz leta 2002 je v ospredje postavljajl vrednote, kot so: pravičnost, kakovost, dostopnost in učinkovitost. Opirali pa so se na cilje, ki naj bi jih dosegli z reformo. Današnji predlog reforme še vedno sloni na istih ciljih in vrednotah. Aktualna sta dva predloga zakona, in sicer ZZdej-1 ter ZZVZZ. Glavne usmeritve prvega zakona so, da mora Slovenija graditi sistem zdravstvene dejavnosti predvsem na javno zdravstveni službi, jasna mora biti razmejitev med javno in zasebno zdravstveno dejavnostjo, opredeliti se mora delo med posameznimi ravni zdravstvene dejavnosti (MZ).

V ZDA pa se porajata dve glavni vprašanji, in sicer: kdo ima dostop do zdravstvenega varstva in pod katerimi pogoji. Predsednik Obama je pripravil zelo izčrpen načrt reforme zdravstva. Predvsem so v ospredju delovanje zavarovalnic, ki ne bodo smele več prekinjati pogodb z zavarovanci, preventivni pregledi za zgodnje odkrivanje bolezni, popust na zdravila, zdravstveni sistem naj bi postal učinkovit, ... (Bela hiša – zdravstveni načrt).

Trenutno sta v obravnavi tudi dva akta, in sicer Affordable Health Care Act in Patient Protection and Affordable Act. Združno zagovarjata idejo, da mora Medicaid nujno

poskrbeti za najrevnejše, država mora pomagati s subvencijami, delodajalcem pa v primeru neplačevanja zdravstvenega zavarovanja zaposlenim naložiti kazni ... (New York Times: Comparing the Houses and the Senate health proposals).

Z anketami so ugotovili, da so Američani zelo naklonjeni reformi in jo podpirajo. Vendar pa ob tem tudi menijo, da mora posameznik imeti pravico do proste izbire zavarovanja – torej, če hoče biti zavarovan ali ne.

Torej, reforma v ZDA se je končno zgodila in tako bodo zavarovani tudi tisti, ki do sedaj niso bili. Naša reforma je pred sprejetjem in samo vprašanje časa je, kdaj se bo to zgodilo. Evropa je vedno strmela k socialni ureditvi držav, ki tako za seboj povlečejo vrednote zdravstvenega sistema, in državljani EU so imeli vedno zaledje v prepričanju, da bo država poskrbela za bolnike. ZDA pa so bile vedno za kapitalistično ureditev, kjer prevladuje denar in si prepuščen samemu sebi. Sedaj pa počasi spoznavamo, da se godi ravno obratno. Evropa je videla, da je tak sistem učinkovit in se zavzela za privatizacijo zdravstva. ZDA pa bo prvič v zgodovini zdravstva poskrbela za svoje državljane in se zavzela, da bo čim več Američanov zdravstveno zavarovanih.

6 ZAKLJUČEK

Zdravstvo se je začelo razvijati že v prazgodovini. To dokazujejo sledi, ki so jih prazgodovinski ljudje pustili za seboj. Vsesplošno velja načelo, ki izvira iz antike, da mora dober zdravnik poznati zgodovino odkritega pred njim in na teh temeljih graditi dalje. Skozi stoletja in obdobja se je medicina razvijala in dobivala nove razsežnosti. Vsako znanje, ki ga je razvijala na različnih kontinentih in mestih, je imelo svoje tradicionalne navade zdravljenja. Znanja so se sčasoma povezala, tako imamo danes toliko več znanja na tem področju.

Slovensko zdravstvo se je začelo razvijati že v 19. stoletju, ko smo na naših tleh spoznali tudi obvezno zdravstveno zavarovanje. Po letu 1990 se je vse počasi začelo spreminjati, še večje spremembe pa je prinesla osamosvojitve leta 1991. Zdravstveno varstvo je v Sloveniji opredeljeno kot sistem, v katerega so ujeti ukrepi v primeru bolezni. 1992 je bil sprejet Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, njegov predhodnik je bil Zakon o zdravstvenem varstvu. Novi zakon je med drugim uzakonil obvezno ter prostovoljno dopolnilno zavarovanje in javni Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. ZZZS je nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja, nosilci prostovoljnega pa so zavarovalnice. Dejavnost zdravstvenega varstva se deli na tri ravni. To so primarna, sekundarna in terciarna raven. Slovenija glede na model uvrščamo v Bismarckov model, kar pomeni, da je zdravstveno varstvo urejeno po točno določenih pravilih, ki jih določa država z zakoni.

Reforma zdravstvenega sistema je v Sloveniji razdeljena na tri obdobja. Prvo sega v leto 1992, ko je bila reforma potrebna zaradi osamosvojitve. Za drugo pa skoraj ne moremo reči, da je reforma, kajti do njene izvedbe še ni prišlo. Osnutek reforme pa kroži v javnosti že od leta 2002. Takrat so strokovnjaki ustvarili Belo knjigo, v kateri so predstavili konkretne cilje in ukrepe, vendar se nekateri ne strinjajo z njimi. Zato pa lahko rečemo, da je bilo leto 2009 leto, ko je začela potekati reforma zdravstva. Letos se obravnavata dva zakona, in sicer Zakon o zdravstveni dejavnosti, ki je tik pred uveljavitvijo, in Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki prinaša vrsto novosti. Zdravje je vendarle javna dobrina, zato mora biti zdravstveno varstvo zagotovljeno vsem državljanom. Reforma bo morala temeljiti na vrednotah, kot so pravičnost, dostopnost, kakovost in učinkovitost. Predvsem pa se opira na cilje, ki jih mora uresničiti, da bo zdravstveni sistem učinkovitejši. Teh ciljev je šest, in sicer: pravičnost pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo, razporejanje sredstev po potrebah državljanov, boljša dostopnost do zdravstvenega varstva, razvoj sistema celovite kakovosti, večja učinkovitost regulacije in upravljanje sistema zdravstvenega varstva, zadnji cilj je krepitev področja javnega zdravstva.

ZDA se je srečala s prvim zdravstvenim zavarovanjem davnega leta 1847. Skoraj stoletje kasneje pa so začeli rasti tudi drugi zavarovalni programi, kot sta Blue Shields in Blue Cross. Njihovi nosilci so bili tedaj le upravljavci in lastniki bolnišnic. Kasneje so se zavarovalnice razvijale zelo hitro in množično. Ljudje so videli v tej dejavnosti hiter in dober zaslužek in tako privabljali potencialne zavarovance. Leta 1965 sta bila ustanovljena dva zelo pomembna neprofitna programa, ki sta v veljavi še danes. To sta Medicare in Medicaid. Prvi je namenjen starejšim od 65. leta starosti, drugi pa je namenjen ljudem z nizkimi dohodki. Danes sta znani še dve organizacijski obliki zavarovanja, in sicer HMOs in PPOs.

Številni predsedniki so že v preteklosti želeli spremeniti zdravstveno varstvo v ZDA, vendar pa so bila nasprotovanja velika. Sprejeli so številne akte in zakone, vendar pa do dejanske spremembe nikoli ni prišlo. Nikoli se ni nič spremenilo v prid državljanov, da bi to tudi občutili. V letošnjem letu, torej leta 2010, pa je to področje v ospredju razprav. Reforma se je dejansko zgodila. Obama se je v svojem načrtu na spletni strani Bele hiše zavzel za vrsto stvari, ki bi izboljšale položaj državljanov, še posebej tistih, ki nimajo zdravstvenega zavarovanja. Reforma naj bi zagotovila več varnosti in stabilnosti tako tistim, ki zdravstveno zavarovanje imajo, kot tudi tistim, ki ga nimajo. Zmanjšali naj bi se stroški zdravstvenega varstva oz. oskrbe za družine, podjetja in ne nazadnje tudi za vlado.

Poglavitna razlika med slovenskim in ameriškima zdravstvenim sistemom je, da slovenski temelji na Bismarckovem modelu, kar pomeni, da je socialno usmerjen, da njegov cilj ni dobiček, ampak zagotavljanje zdravstvenega varstva vsem državljanom, ZDA pa so kapitalistično usmerjene, kajti pri njih prevladujejo zavarovalnice, katerih glavni cilj je pridobivanje dobička. V Sloveniji so vsi vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje, v ZDA pa so vanj vključeni le nekateri, in sicer so to starejši od 65 let, ki spadajo pod okrilje programa Medicare.

Sistem financiranja zdravstva se mora v Sloveniji nujno spremeniti, in sicer s povišanjem prispevne stopnje ali pa z raznovrstnimi pravicami v zdravstvu. Jasna bo morala biti razmejitev med javnim in zasebnim, podeljevanje koncesij bo omejeno, tudi pristojnosti zdravniške zbornice bodo omejene, kajti članstvo naj ne bi bilo več obvezno. Vsekakor pa bodo pri reformi sistema najbolj prizadeti tisti, ki imajo višje dohodke. Na primer nekdo, ki ima najvišje osebne prejemke v primeru bolniške ne bo dobil nadomestilo za bolniško v višini 90% njegove plače, ampak manj.

Oba obravnavana zakona prinašata spremembe. ZZdej-1 bo določil merila za mrežo javne zdravstvene dejavnosti, jasna bo opredelitev dela med posameznimi ravni zdravstvene dejavnosti, osredotočal pa se bo predvsem na osnovno zdravstveno dejavnost ter programe krepitve zdravja in preventive. ZZVZZ pa izpostavlja predvsem spremembe obveznega zavarovanja, kot so osnove za določitev prispevkov, ki se bodo razširile na vse prejemke, izjema bo le plača, sprememba glede pridobitve statusa družinskega člana, športne poškodbe si bodo zavarovanci skoraj v celoti krili sami, ... Pri prostovoljnem zavarovanju pa ne bo bistvenih sprememb, najbolj očitna je ta, da ga bodo poleg zavarovalnic lahko izvajali tudi ZZS, če bo ta imel dovolj sredstev za to. Prostovoljno zavarovanje pa bo nujno treba prilagoditi direktivam EU.

V ZDA so s sprejetjem reforme zagotovili zavarovanje 32 milijonom Američanom, ki niso imeli zdravstvenega zavarovanja. Zavarovati se bodo morali vsi do leta 2014, sicer bodo plačali kazen. Pod drobnogled pa so vzeli zavarovalnice, ki so celo nagrajevale svoje zaposlene, ki so iskali kakršnekoli razloge za zavrnitev plačila zdravljenja ljudem, ki so si plačevali premije in pričakovali od zavarovalnic, da jim bodo v primeru bolezni plačali zdravljenje. Reforma prinaša finančno pomoč predvsem tistim, ki se spopadajo z revščino in upokojevcem, ki bodo dobili večje kritje pri nakupu zdravil na recept. V desetih letih naj bi reforma stala okoli devetsto milijard dolarjev. Sredstva bodo povrnili z višjimi davki za tiste, ki zaslužijo letno več kot dvesto tisoč dolarjev in z varčevalnimi ukrepi.

Zdravstvo je panoga, ki se bo v prihodnjih stoletjih neprestano razvijala v skladu z razvojem človeške družbe. Odkrivali se bodo novi, naprednejši postopki zdravljenja, ki bodo ljudem lajšale življenja. Tudi reforme so potrebne in vedno bodo. Vedno prinašajo nekaj novega, na kar se mora potem človek privaditi. Ampak v končni fazi so del našega življenja in v bistvu nimamo druge izbire, kot da nanje gledamo kot na nekaj pozitivnega.

LITERATURA

Borisov, Peter. Zgodovina medicine. Založba Pivec, Maribor, 2009.

Brumec, Viljem. Kratka zgodovina medicine. Založba Pivec, Maribor, 2008.

Carter, Jimmy. Keeping faith: memoirs of a president. University of Arkansas press, Arkansas, 1995.

Coombs, Jan Gregorie. The rise and fall of HMOs: an American healthcare revolution. University of Wisconsin press, Madison, 2005.

Cvetko, Aleksej. Zdravstveno zavarovanje po novem. Založba Enotnost, Ljubljana, 1992.

Kapš, Peter. Zgodovina zdravstva: oris svetovnega zdravstva, zdravstva na Slovenskem in zgodovina Zdravstvenega doma Novo mesto do leta 2000. Založba Erro Novo mesto, Novo mesto, 2001.

Keber, Dušan et al. Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost. Ministrstvo za zdravje, Ljubljana, 2003.

Korošec, Romana. Izzivi obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Magistrsko delo. Ekonomska fakulteta, Ljubljana, 2003.

Kostajnshek, Barbika. Primerjava sistemov zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in ZDA. Diplomsko delo. Ekonomska fakulteta, Ljubljana, 2004.

Kraševac-Ravnik, Erna. Zdravstvene razmere v Ljubljani. Inštitut za varovanje zdravja in Mestna občina Ljubljana, Ljubljana, 1996.

Strojin, Tone. Uvod v zdravstveno pravo. Uradni list RS, Ljubljana, 1998.

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

Zaletel-Kragelj, Lijana. Eržen, Ivan. Premik, Marjan. Uvod v javno zdravje. Medicinska Fakulteta, Ljubljana, 2007.

Zupanič-Slavec, Zvonka. Razvoj javnega zdravstva na Slovenskem med prvo in drugo svetovno vojno. Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana, 2005.

PRAVNI VIRI

Ustava Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03, 69/04, 68/06).

Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur.l. RS, št. 9/1992 (26/1992 popr.) ,45I/1994, 104/92, 37/1995, 8/1996, 59/1999, 77/98, 90/1999, 98/1999, 31/2000, 36/2000, 45/2001, 131/2003, 60/03-20, 135/2003, 137/01-23, 2/2004, 36/2004, 80/2004, 23/2005, 15/2008, 23/2008, 58/2008, 77/2008).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 6/99, 56/99, 99/01, 42/02, 60/02, 126/2003, 20/2004, 62/2005, 76/2005, 100/2005, 100/2005, 21/2006, 38/2006, 72/2006, 114/2006, 91/2007, 71/2008, 76/2008, 118/2008).

VIRI

American cancer society: What is COBRA?

URL=<http://www.cancer.org/docroot/MIT/content/MIT_3_2X_What_is_COBRA.asp>
.5.1.2010.

America`s health insurance plans – A vision for reform

URL=<http://www.ahipresearch.org/PDFs/vision_of_reform.pdf> 8.1.2010.

America`s health insurance plans

URL=<<http://www.ahip.org/content/fileviewer.aspx?docid=19476&linkid=167556>>
8.1.2010.

America`s health insurance plans

URL=<<http://www.ahipresearch.org/PDFs/TechnicalMemo06.11.08.pdf>>. 8.1.2010.

Barack Obama`s plan for a healthy America

URL=<<http://www.barackobama.com/pdf/HealthPlanFull.pdf>>. 8.1.2010.

Bela hiša – zdravstveni načrt

URL=<<http://www.whitehouse.gov/issues/health-care/plan>>. 20.1.2010.

CBSNews – anketa o zdravstvenem varstvu

URL=<http://www.cbsnews.com/htdocs/pdf/poll_health_care_040609.pdf?tag=contentMain;contentBody>. 10.1.2010.

Centers for disease control and prevention

URL=<<http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hinsure.htm>>. 5.1.2010.

CENSUS

URL=<http://www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/service_industries/014503.html>. 5.1.2010.

Centers for Medicare and Medicaid Services

URL=<<http://www.cms.hhs.gov/QuarterlyProviderUpdates/downloads/cms1372ifc.pdf>>.
>. 8.1.2010.

Centers for Medicare and Medicaid Services – National health expenditure data

URL=<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/25_NHE_Fact_Sheet.asp#TopOfPage>. 5.1.2010.

Centers for Medicare and Medicaid Services: National health expenditure projections 2007-2017

URL=<<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/Downloads/proj2007.pdf>>
.5.1.2010.

CIA

URL=<<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html>>
5.1.2010.

Conrad F., Meier. HIAA and families USA seek more Government
URL=<http://www.heartland.org/publications/health%20care/article/682/HIAA_and_Families_USA_Seek_More_Government.html>. 11.11.2009.

F. Seib, Gerarld. Health debate isn't about health.
URL=<<http://online.wsj.com/article/SB124993227709320287.html>>. 11.11.2009.

Goshen
URL=<<http://www.goshen.edu/bio/Biol410/bsspapers04/petergm/petergm.htm#intro>>. 5.1.2010.

Health Insurance – HMOs, PPOs
URL=<<http://www.agencyinfo.net/iv/medical/types/hmo-ppo-pos.htm>>. 10.1.2010.

Institut for America's future
URL=<http://institute.ourfuture.org/files/Jacob_Hacker_Public_Plan_Choice.pdf>. 8.1.2010.

Inštitut za varovanje zdravja - delež izdatkov za zdravstvo v % BDP, 1998–2005
URL=<<http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=65>>. 2.3.2010.

Kaiser Family Foundation – anketa o zdravstvenem varstvu
URL=<<http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7944.pdf#page=5>>. 10.1.2010.

Kranjec, Marko. Slovenski zdravstveni sistem in javni sektor
URL=<http://www.fu.uni-lj.si/uprava/clanki/letnikl,%C5%A1tevilka2,2003/I_2_december2003_kranjec.pdf>. 11.12.2009.

Mankin, Gregory. The pitfalls of the public option.
URL=<<http://www.nytimes.com/2009/06/28/business/economy/28view.html>>. 27.6.2009.

Medical news today: What is medicare/medicaid?
URL=<http://www.medicalnewstoday.com/info/medicare-medicaid/whatismedicare.php>. 5.1.2010.

Medicaid
URL=<http://www.alz.org/living_with_alzheimers_medicare_and_medicaid.asp#5>. 19.1.2010.

Medicare
URL=<<http://www.medicalnewstoday.com/info/medicare-medicaid/whatismedicare.php>>. 19.1.2010.

Ministrstvo za zdravje – Predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti v javni razpravi
URL=<<http://www.mz.gov.si/nc/si/splosno/cns/novica/article/12106/5896/>> 20.1.2010.

Ministrstvo za zdravje – Predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti
URL=<http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/ZZDej_na_vladi/ZZdej_verzija_sprejeta_na_vladi_040310.pdf>. 4.3.2010.

Ministrstvo za zdravje – Predlog Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
URL=<<http://www.mz.gov.si/>>. 23.2.2010.

Ministrstvo za zdravje, resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013
URL=<http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/javna_razprava/javna_razprava_2008/nacionalni_plan_2008/Microsoft_Word_-_NPZV_javna_razprava_280108.pdf>. 2.3.2010.

Noah, Timothy. A short history of health care.
URL=<<http://www.slate.com/id/2161736/>>. 1.12.2009.

Patients` s Bill of rights
URL=<<http://democrats.senate.gov/pbr/summary.html>>. 7.1.2010.

Pear, Robert. Senate passes health care overhaul on party-line vote.
URL=<<http://www.nytimes.com/2009/12/25/health/policy/25health.html>>. 24.12.2009.

People Press – anketa o zdravstvenem varstvu
URL=<<http://people-press.org/report/?pageid=1534>>. 10.1.2010.

Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno varstvo Slovenije, 2008
URL=<[http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/c11ef7847b2e7379c125759f0043a56e/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZS_12.05.2009.pdf](http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/c11ef7847b2e7379c125759f0043a56e/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZS_12.05.2009.pdf)>. 20.12.2009.

Statistični urad RS – glavni vzrok smrti v Sloveniji 2007
URL=<http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=2260>. 12.11.2009.

Statistični urad RS – izdatki in viri financiranja 2003-2007
URL=<http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=2720>. 7.12.2009.

Survey USA – anketa o zdravstvenem varstvu
URL=<<http://www.surveyusa.com/client/PollReport.aspx?g=5ba17aa2-f1b9-4445-a6b8-62b9d1ba8693%29>>. 10.1.2010.

Time Magazine – anketa o zdravstvenem varstvu
URL=<http://www.srbi.com/TimePoll4794_Final_%20Report.pdf>. 10.1.2010.

The heritage foundation
URL=<http://www.heritage.org/Research/HealthCare/upload/bg_2198.pdf>. 8.1.2010.

The heritage foundation: A guide to the Clinton health plan
URL=<<http://www.heritage.org/Research/HealthCare/tp00.cfm>>. 7.1.2010.

The history of health insurance in the USA

URL=<http://www.neurosurgical.com/medical_history_and_ethics/history/history_of_health_insurance.htm>. 27.12.2009.

The New York Times: Comparing the House and the Senate health care proposals

URL=<<http://www.nytimes.com/interactive/2009/11/19/us/politics/1119-plan-comparison.html#tab=0%29>>. 23.12.2009.

The Wall Street Journal

URL=<http://online.wsj.com/public/resources/documents/st_healthcareproposals_20090912.html>. 24.12.2009.

United States Department of Labour

URL=<<http://www.dol.gov/ebsa/newsroom/fshipaa.html>>. 7.1.2010.

Whitesides, John. Smith, Donna. Senate approves landmark health care overhaul.

URL=<<http://www.reuters.com/article/idUSTRE5B83ZG20091224>>. 24.12.2009.

WHO

URL=<http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf>. 25.1.2010.

SEZNAM GRAFOV IN TABEL

Graf 1: Gibanje prebivalstva v Ljubljani od 1948 do 1995	8
Graf 2: Delež izdatkov za zdravstvo v % BDP, 1998–2005	14
Graf 3: Glavni vzrok smrti v Sloveniji, 2007	15
Graf 4: Celotni, javni in zasebni, izdatki za zdravstvo v RS in ZDA, 2008–2013	39
Tabela 1: Prihodki in odhodki za obvezno zdravstveno zavarovanje in deleži v BDP, 2006–2013	16
Tabela 2: Izdatki za zdravstvo v RS, članicah EU in ZDA, 2000–2005	38

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

AHA	American hospital association
AHIP	America`s health insurance plans
AMA	American medical association
BDP	Bruto domači proizvod
CIA	Central intelligence agency
COBRA	Consolidated omnibus budget Act
EU	Evropska Unija
ERISA	Employee retirement income security Act
HAA	Healthy Americans Act
HIAA	Health insurance association of America
HIPAA	Health insurance portability and accountability Act
HIV	Human immunodeficiency virus
HMOs	Health maintainance organisations
IVZ	Inštitut za varovanje zdravja
MPDIMA	Medicare prescription drug improvement and modernization Act
MZ	Ministrstvo za zdravje
NHS	National health services
OZZ	Obvezno zdravstveno zavarovanje
PPOs	Preffered provider organisations
RS	Republika Slovenija
SHS	Kraljevina Srbov, Hrvatov in Slovencev
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
USA	United States of America
ZDA	Združene države Amerike
ZZdej-1	Zakon o zdravstveni dejavnosti
ZZV	Zakon o zdravstvenem varstvu
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
WHO	World health organisation

SLOVAR SLOVENSКИH PREVODOV TUJIH IZRAZOV

American medical association	Ameriško zdravniško združenje
America`s health insurance plans	Ameriški načrti za zdravstveno zavarovanje
Affordable health care for Americans Act	Akt cenovno dostopnega zdravstvenega varstva za vse Američane
American hospital association	Ameriško bolniško združenje
Central intelligence agency	centralna obveščevalna agencija
Children`s health insurance program	zdravstveni program za otroke
Consolidated omnibus budget Act	Akt o enotnem proračunu
Employee retirement income security Act	Akt, ki ščiti zaposlene, ko se upokojijo
Families USA	Družine ZDA
For all	za vse
Fee-for-service	plačilo za opravljene storitve
Great depression	velika depresija
Health insurance	zdravstveno zavarovanje
Health insurance association of America	Ameriško združenje za zdravstveno zavarovanje
Health insurance portability and accountability Act	Akt prenosljivosti in odgovornosti zdravstvenega zavarovanja
Health maintenance organisations	Organizacija za zdravstveno vzdrževanje
House of Representatives	predstavniški doma Kongresa
Human immunodeficiency virus (HIV)	virus humane imunске pomanjkljivosti
Institut for America`s future	Ameriški inštitut za prihodnost Amerike
Medicare prescription drug improvement and modernization Act	Akt izboljšav in modernizacije glede predpisovanja zdravil na recept pri Medicare
National health insurance Exchange	Nacionalno zdravstveno zavarovanje Exchange (izmenjava)
National health service	nacionalni zdravstveni program
Patients Bill of Right	Zakon o pravicah bolnikov
Patient protection and affordable care Act	Akt varstva pacientov in cenovno dostopnega zdravstvenega varstva
Pew research center	Raziskovalni center Pew
Preffered provider organisations	Oskrbovalne organizacije
The United States national health care Act	Akt nacionalnega zdravstvenega varstva ZDA
Veterans health administration	Zdravstvena administracija za veterane
Ways and means health Subcommittees	načini in sredstva zdravstvenega odbora za izvajanje zdravstvenega varstva
World health organisation	Svetovna zdravstvena organizacija

IZJAVA O AVTORSTVU IN NAVEDBA LEKTORJA

Podpisana Klavdija Kordiš izjavljam, da je diplomsko delo Reforma zdravstvenega sistema v Sloveniji in primerjava z ZDA pod mentorstvom doc. dr. Aleksandra Aristovnika moje avtorsko delo in se strinjam z njegovo objavo na internetu.

V Ljubljani, dne: _____

Podpis: _____

Diplomsko delo je lektorirala Marta Keržan, profesorica primerjalne književnosti in slovenskega jezika.