



REPUBLIKA SLOVENIJA

DRŽAVNI ZBOR

Raziskovalno-dokumentacijski sektor

Obseg zdravstvenih storitev in doplačila

Primerjalni pregled (PP)

Avtor: mag. Andrej Eror



Št. naročila: 2/2020

Datum in kraj: Ljubljana, 28. 2. 2020

Kontakt:

Raziskovalno-dokumentacijski sektor:
mag. Tatjana Krašovec, vodja, tatjana.krasovec@dz-rs.si

Raziskovalni oddelek:
mag. Igor Zobavnik, vodja, igor.zobavnik@dz-rs.si

Gradivo ne predstavlja uradnega mnenja Državnega zbora!

I UVOD

V primerjalnem pregledu konec leta 2018¹ smo predstavili zdravstvene sisteme v izbranih državah članicah Evropske unije (EU) (Avstrija, Češka, Hrvaška, Italija, Nemčija in Švedska), s poudarkom na obveznem zdravstvenem zavarovanju in prispevnih stopnjah. Prikazali smo tudi nekaj pokazateljev razvitosti družbe in zdravstvenega sistema v posamezni državi članici EU (BDP in njegov delež za zdravstvo, vire financiranja zdravstvenega varstva itd.).

V začetku leta 2019² smo pripravili tudi prikaz obsega zdravstvenih storitev, ki so pokrite iz sistema javnega financiranja v različnih državah (s poudarkom na prej omenjenih izbranih državah).

Na željo naročnika se tokrat osredotočamo na predstavitev financiranja sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja in deleža izdatkov za zdravstvo v BDP v Švici. Dopolnjujemo tudi primerjavo obsega pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja in doplačila zavarovancev v izbranih državah EU (Avstrija, Češka, Hrvaška, Italija, Nemčija in Švedska) in Švici.

Pri prikazu prispevnih stopnjah in deleža izdatkov za zdravstvo v BDP v Švici smo uporabili enake vire kot v prej izdelanih pregledih, kar omogoča primerjavo podatkov za vse izbrane države.

II ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V ŠVICI

Švica spada med države s sistemom obveznega zdravstvenega zavarovanja (brez prispevkov za zdravstveno zavarovanje) – z večjim številom zavarovalnic in z možnostjo izbire zavarovalnice.³ Zakon o zdravstvenem zavarovanju iz leta 1994⁴ določa, da mora oseba s prebivališčem v Švici skleniti obvezno osnovno zdravstveno zavarovanje z eno od zasebnih zavarovalnic (glej spletno stran MSN, 2019 in Swisslife, 2011).⁵

Delojemalci v Švici ne plačujejo prispevka za zdravstveno zavarovanje. Plačujejo pa prispevke za pokojninsko zavarovanje (4,20 %),⁶ invalidsko zavarovanje (0,70 %) in zavarovanje za primer brezposelnosti (1,1 %)⁷ ter prispevek za vojaški rok (tudi civilno

¹Glej Eror, Pristavec-Đogič in Zobavnik (2018), Zdravstveni sistemi – prvi del: https://fotogalerija.dz-rs.si/datoteke/Publikacije/Zborniki_RN/2019/Zdravstveni_sistemi_-_prvi_del_s_prilogo.pdf.

²Glej Eror (2018), Zdravstveni sistemi – drugi del: https://fotogalerija.dz-rs.si/datoteke/Publikacije/Zborniki_RN/2019/Zdravstveni_sistemi_-_drugi_del.pdf.

³ Glej IDB in Eror (2018), Zdravstveni sistemi – drugi del, str. 5.

⁴ LAMal (*Loi sur l'Assurance Maladie obligatoire*) ali KVG (*Krankenversicherungsgesetz*).

⁵ Obstaja več kot 80 zdravstvenih zavarovalnic, ki ponujajo obvezno osnovno zavarovanje. Čeprav so zasebne, so strogo urejene in z obveznim zdravstvenim zavarovanjem ne smejo ustvarjati dobička. Vsak, ki želi skleniti obvezno zavarovanje, mora biti sprejet, in čeprav se lahko višina premije močno razlikuje med zavarovalnicami, morajo biti stopnje znotraj vsake zavarovalnice enake za vse zavarovane osebe v isti starostni kategoriji in regiji, ne glede na spol ali zdravstveno stanje. V letu 2010 so povprečne mesečne premije za obvezno osnovno zdravstveno zavarovanje (vključno z nezgodnim zavarovanjem znašale: 350 CHF (330 EUR) za odrasle (od 26. leta dalje), 294 CHF (276 EUR) za mladega odraslega (19 do 25 let) in 85 CHF (80 EUR) za otroka (do 18 let) (glej Swisslife, 2011).

⁶ Vsi zaposleni starejši od 24 let in z letno plačo nad 21.330 CHF (cca 20.000 EUR) so vključeni v dodaten sistem obveznega pokojninskega zavarovanja (*employment pension plan*). Prispevne stopnje so odvisne od starosti zavarovanca (od 7 % za stare 25-34 let, do 18 % za tiste med 55 – 65 letom). Zgornji prag letne plače za plačilo prispevka je 85.320 CHF (cca. 80.200 EUR).

⁷ Maksimalni prispevek za zavarovanje za primer brezposelnosti znaša 1.630,20 CHF (cca. 1.530 EUR). V primeru plače nad 148.200 CHF (cca. 139.000 EUR) se plača dodatni prispevek za zavarovanje za primer brezposelnosti, ki znaša 0,5 %.

služenje) in materinstvo (0,225 %).⁸ Skupna prispevna stopnja delojemalca (brez zdravstvenega zavarovanja) torej znaša 6,225 % njegove bruto plače (European Tax Handbook, 2019 in 2018).

Delodajalci tudi ne plačujejo prispevka za zdravstveno zavarovanje delavca. Enako kot delojemalci, plačujejo prispevke za pokojninsko zavarovanje (4,20 %), invalidsko zavarovanje (0,70 %) in zavarovanje za primer brezposelnosti (1,1 %)⁹ ter prispevek za vojaški rok (tudi civilno služenje) in materinstvo (0,225 %). Skupna prispevna stopnja delodajalca (brez zdravstvenega zavarovanja) torej tudi znaša 6,225 % bruto plače delavca (European Tax Handbook, 2019 in 2018).

Delež izdatkov za zdravstvo v BDP v Švici

Izdatki za zdravstveno varstvo so leta 2016 v Švici znašali 74 milijard EUR, kar predstavlja 12,3 % BDP. Ta delež izdatkov za zdravstvo v BDP predstavlja najvišjo vrednost med državami, vključenimi v Eurostat statistiko za leto 2016 (28 držav članic EU in Islandija, Liechtenstein, Norveška in Švica).

Tabela 1: Izdatki za zdravstvo v Švici v letih 2015 in 2016

Kazalci	Mio EUR	EUR na prebivalca	SKM na prebivalca	% od BDP
2016	74.031	8.841	5.271	12,3
2015	60.276	7.361	4.710	11,4

Vir: Eurostat, Current healthcare expenditure (2015, 2016).

Delež posamezne sheme financiranja v skupnem znesku izdatkov za zdravstvo v Švici

V tabeli 2 so predstavljeni podatki o deležu posamezne sheme financiranja v skupnem znesku sredstev za zdravstveno varstvo (npr. vladne sheme oz. financiranje iz proračuna, obvezni prispevki za zdravstveno varstvo, prostovoljno zdravstveno zavarovanje, zavarovalne sheme podjetij, »out-of-pocket« plačila gospodinjstev). V Švici prevladuje shema financiranja iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (ni prek prispevkov), sledi ji »plačila iz žepa« ter proračunska (vladna) shema (Eurostat, Current healthcare expenditure by source of financing, 2016).

⁸ Military service, civil service and maternity compensation.

⁹ Maksimalni prispevek za zavarovanje za primer brezposelnosti znaša 1.630,20 CHF (cca. 1.530 EUR). V primeru plače nad 148.200 CHF (cca. 139.000 EUR) se plača dodatni prispevek za zavarovanje za primer brezposelnosti, ki znaša 0,5 %.

Tabela 2: Delež posamezne sheme financiranja v skupnem znesku izdatkov za zdravstvo v Švici (2015 in 2016)

Sheme financiranja	Vladne sheme	Obvezno ¹⁰ zavarovanje	Prostovoljno zavarovanje	Sheme nepridobitnih izvajalcev storitev za gospodinjstva	Zavarovalne sheme podjetij	Plačila "iz žepa"
2016	21,0	41,8	6,7	0,4	0,6	29,6
2015	18,6	46,5	7,1	1,0	-	26,7

Vir: Eurostat, Healthcare expenditure by financing scheme / source of financing (2015, 2016).

Obseg pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja v Švici

Obvezno osnovno zdravstveno zavarovanje zajema širok razpon storitev, ki jih določa zvezni zakon. Sem sodijo obravnave pri večini zdravnikov splošne medicine (družinski zdravniki) in specialistične obravnave, pa tudi zdravila, bolnišnično zdravljenje, oskrba v nosečnosti, psihiatrične oskrbe, fizioterapija,¹¹ nekatere preventivne terapije, zdravstvena nega in prevoz, ter oskrba v primeru nesreč/nezgod (pomembno za tiste, ki niso vključeni v nezgodno obvezno zavarovanje s strani delodajalca) (povzeto po spletni strani Swisslife, 2011).

Za kritje dodatnih storitev je na voljo dodatno zdravstveno zavarovanje. Čeprav to ni obvezno, je precej razširjeno, ker zagotavlja dodatne storitve, na primer zasebno bolniško sobo ali kritje zobozdravniških storitev (povzeto po spletni strani Swisslife, 2011).

Zdravstvene storitve izvajajo javne, subvencionirane zasebne in popolnoma zasebne ustanove (pogosto kombinacija naštetih) (povzeto po spletni strani Swisslife, 2011).

V študiji zdravstvenih košaric v osmih zdravstvenih sistemih, ki jo je objavil nizozemski inštitut NCBI, je ugotovljeno, da v Švici pri opredeljevanju zdravstvenih košaric, določajo storitve, ki niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje (t. i. negativni seznam). Tako je ugotovljeno, da redne zobozdravstvene storitve za odrasle niso zajete v obvezno zdravstveno zavarovanje (NCBI, Philip J. van deer Wees in dr., 2015).¹²

Doplačila zavarovancev v Švici

Pomemben vidik švicarskega zdravstvenega zavarovanja je, da se pričakuje, da bodo zavarovanci prispevali k stroškom zdravljenja. To se izvede prek:

- sistema letnega prispevka/odbitka (franšiza), ki znaša od najmanj 300 CHF (cca. 282 EUR) do največ 2500 CHF (cca. 2.350 EUR) na zdravnika ali shemo zdravljenja. Višino odbitka izbere zavarovanec. Višji odbitek omogoča nižje

¹⁰ Obvezno zavarovanje = *Compulsory contributory health insurance and Compulsory medical saving accounts*.

¹¹ V Švici pacientom pripada devet obiskov fizioterapije v obdobju treh mesecev (NCBI, Philip J. van deer Wees in dr., 2015).

¹² Za več glej tabelo 1 v Eror (2018), Zdravstveni sistemi - drugi del, str. 7.

premije (čeprav raziskave kažejo, da Švicarji na splošno raje ne izkoristijo možnost visokega odbitka/nizke premije);¹³

- doplačila (t. i. *retention*) v višini 10 % za stroške, ki presegajo odbitek do zneska (*stop-loss amount*) v višini 700 CHF (cca. 658 EUR) na leto. Ta doplačila se ne nanašajo na zdravila (povzeto po spletni strani Bundesamt für Gesundheit in Swissslife, 2011).

Zavarovanci plačajo zavarovalno premijo za osnovno obvezno zdravstveno zavarovanje neposredno izbrani zavarovalnici. Če je premija višja od 8 % zavarovančevega dohodka, država posamezniku zagotovi denarno subvencijo za plačilo razlike. Tisti, ki prejemajo socialne transferje, tudi prejemajo državno pomoč za plačilo obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ocenjuje se, da 35 – 40 % prebivalstva na ta način dobi podporo države (povzeto po spletni strani Swissslife, 2011).

III OBSEG PRAVIC IZ NASLOVA OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA IN MOREBITNA DOPLAČILA ZAVAROVANCEV

3.1 Avstrija

Avstrija spada med države s sistemom zdravstvenega zavarovanja (prispevki) – z večjim številom zavarovalnic in z avtomatsko pripadnostjo določeni zavarovalnici (ni možnosti izbire zavarovalnice).¹⁴

Obvezno zavarovanje je za celotno državo urejeno z zveznim zakonom – Zakon o socialnem zavarovanju (*Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG*), ki pa ne določa posebnega seznama za definiranje medicinskih postopkov in storitev vključenih v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zakon o socialnem zavarovanju (ASVG) v 133. členu (*Umfang der Krankenbehandlung*) na splošno določa, da mora zdravljenje biti zadostno in ustrezno, vendar ne sme presegati tistega, kar je potrebno.

V Avstriji so tako pri medicinskih postopkih pokrite tiste storitve (in tako dolgo), ki jih zagotavlja pooblaščen ponudnik storitve (povzeto po spletnih straneh IDB).

Avstrija pa uporablja pozitivne sezname za definiranje farmacevtskih izdelkov, vključenih v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja (povzeto po spletnih straneh IDB).

¹³ Za otroka osnovna franšiza znaša 0 CHF. Za razmerje višina franšize / višina popusta pri premiji glej: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/besondere-versicherungsformen/wahlfranchisen.html>.

¹⁴ Glej IDB in Eror (2018), Zdravstveni sistemi - drugi del, str. 5.

3.2 Češka

Češka spada med države s sistemom zdravstvenega zavarovanja (prispevki) – z večjim številom zavarovalnic in z možnostjo izbire zavarovalnice.¹⁵ Zdravstveno zavarovanje je urejeno z Zakonom št. 48/1997 o javnem zdravstvenem zavarovanju.¹⁶

Javni sistem zdravstvenega zavarovanja na Češkem vključuje naslednje tri ključne udeležence:

- zavarovana oseba (prejemnik zdravstvenih storitev);
- izvajalec zdravstvenih storitev (pravna oseba - običajno zdravstvena ustanova: bolnišnica, klinika ali urgentni center itd.; fizična oseba: zdravstveni delavec, ki ima dovoljenje za opravljanje zdravstvenih storitev - na primer zdravnik, zobozdravnik, fizioterapevt itd.);
- zdravstvena zavarovalnica (ustanova, ki zagotavlja kritje zdravstvenega zavarovanja zavarovani osebi - za plačilo pokritih zdravstvenih storitev in stroškov) (povzeto po spletni strani MZCR, Public health insurance).

Zdravstvene storitve plačuje ena od javnih zdravstvenih zavarovalnic. Vsi posamezniki morajo imeti zavarovanje, ki je obvezno.

Iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so pokrite naslednje zdravstvene storitve (v določenih situacijah izvajalec javnega zdravstvenega zavarovanja storitve morda ne bo v celoti pokrili):

- preventiva, dispanzerska, diagnostična, terapevtska, terapevtsko-rehabilitacijska in zdraviliško-terapevtska oskrba, vključno s pregledi, negovalno in paliativno oskrbo;
- medicinski izdelki, hrana za posebne zdravstvene potrebe, medicinski pripomočki in dentalni izdelki;
- prevoz zavarovanca in povračilo potnih stroškov;
- vzorci krvi, tkiva in celic za namene presaditve in kakršna koli potrebna obravnava (konzerviranje, skladiščenje, obdelava in testiranje);
- prevoz živega darovalca (tkiv, celic in organov) do/iz ustanove (odvzema) ter zagotavljanje zdravstvene oskrbe povezane z darovanjem in povračilo potnih stroškov;
- prevoz umrlega darovalca do/iz ustanove (odvzema);
- prevoz vseh (odstranjenih) vzorcev tkiv, celic in organov;
- pregled in avtopsija umrlega – vključno s prevozom,
- bivanje osebe, ki zavarovanca spremlja - v zdravstveni ustanovi za bolniško oskrbo (bolnišnica);
- medicinska oskrba v zvezi z nosečnostjo in rojstvom otroka (povzeto po spletni strani MZCR, Healthcare services paid for by public health insurance).¹⁷

V sistem obveznega zavarovanja zajete zdravstvene storitve zagotavljajo zdravstveni delavci in drugi zdravstveni strokovnjaki na podlagi strokovne in specializirane medicinske kvalifikacije. Omenjene zdravstvene storitve se izvajajo v ambulantah in bolnišnicah, plačuje pa jih zdravstvena zavarovalnica na podlagi pogodbe med izvajalcem zdravstvenih storitev in zdravstveno zavarovalnico zavarovane osebe.

To ne velja za lekarni, ker lahko zavarovana oseba prevzame zdravila v kateri koli lekarni, ne glede na to ali ima lekarna sklenjeno pogodbo z zdravstveno zavarovalnico

¹⁵ Glej IDB in Eror (2018), Zdravstveni sistemi- drugi del, str. 5.

¹⁶ Act No. 48/1997 on Public Health Insurance.

¹⁷ Glej tudi 13. člen Zakona št. 48/1997 o javnem zdravstvenem zavarovanju.

zavarovane osebe. Recept pa mora praviloma napisati zdravnik, ki ima sklenjeno pogodbo z zdravstveno zavarovalnico, prek katere je pacient zavarovan.

Le izjemoma se lahko zdravstvene storitve opravljajo na lokaciji ali prek ustanove, ki nima pogodbe z zdravstveno zavarovalnico zavarovane osebe (povzeto po spletni strani MZCR, Healthcare services paid for by public health insurance).

Zavarovanci plačujejo doplačila za stroške nekaterih zdravil. Zdravila so razvrščena v skupine, kjer mora biti v vsaki skupini zdravil (t. i. „indikativna skupina“ - glede na vrsto bolezni) vsaj eno zdravilo, ki je v celoti pokrito z zdravstvenim zavarovanjem (povzeto po spletni strani MZCR, Healthcare services paid for by public health insurance).

Med hospitalizacijo zavarovana oseba ne plača nobenih stroškov za zdravila ali medicinske pripomočke. Te stroške v celoti krije zdravstvena zavarovalnica (povzeto po spletni strani MZCR, Healthcare services paid for by public health insurance).

Zakon št. 48/1997 o javnem zdravstvenem zavarovanju v 16.a členu (*Regulatory fees*) predvideva še doplačilo za določene zdravstvene storitve: zavarovana oseba mora ponudniku plačati doplačilo - regulativno pristojbino v znesku 90 CZK (cca. 3,5 EUR) za storitev dežurnih zdravstvenih služb ali dežurnih zobozdravstvenih služb ("storitev dežurstva").

3.3 Hrvaška

Zdravstveni sistem Hrvaške ne deluje izključno z enotnim modelom financiranja, temveč je kombinacija sistema na podlagi socialnega zavarovanja, ti. prispevkov, ki jih iz plače prispevajo državljani (Bismarck model), in sistema, ki temelji na proračunskih prihodkih (Beveridge model). Razlog je pomanjkanje sredstev za financiranje zdravstvenega sistema, ki bi temeljili izključno na proračunskem sistemu financiranja (povzeto po spletni strani HZZO, Financiranje zdravstvene zaščite).

Sistem zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenega varstva je sestavljen iz obveznega in prostovoljnega zavarovanja.

Zakon o obveznem zdravstvenem zavarovanju iz leta 2013 v 3. členu določa, da obvezno zdravstveno zavarovanje izvaja Hrvaški zavod za zdravstveno zavarovanje (HZZO, Financiranje zdravstvene zaščite).

Hrvaški zavod za zdravstveno zavarovanje pokriva 80 % košarice zdravstvenih storitev, zajetih v obveznem zdravstvenem zavarovanju, ki vključuje pravico do primarnega zdravstvenega varstva, specialistične oskrbe, bolnišnične zdravstvene oskrbe, uporabe zdravil, ki so na listi HZZO, uporabe zdravstvenega varstva v tujini, zobozdravstvene storitve, ortopedske in druge pripomočke. Preostanek stroškov zdravstvenih storitev (20 %) pa plačuje zavarovanec¹⁸ - ta znesek, ki ga krije zavarovanec, pa ne sme presegati 2.000 hrvaških kun (cca. 269 EUR) za bolnišnični račun (povzeto po spletni HZZO, Financiranje zdravstvene zaščite in 19. člen Zakona o obveznem zdravstvenem zavarovanju).

Obseg pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju je določen z zakonodajo o obveznem zdravstvenem zavarovanju.¹⁹

¹⁸ Glej tudi 35. člen (*Sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite*) Zakona o obveznem zdravstvenem zavarovanju.

¹⁹ Na spletni strani Hrvaškega zavoda za zdravstveno zavarovanje je objavljen tudi seznam zdravstvenih postopkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in sicer:

Zakon o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju pa definira dopolnilno (*dopunsko*), dodatno in zasebno zdravstveno zavarovanje. Dopolnilno zavarovanje predstavlja dodatek za obvezno zavarovanje. V primeru sklenitve dopolnilnega zavarovanja zavarovancu ni treba plačevati dela stroškov zdravstvene storitve (20 % participacija) pri obveznem zavarovanju oz. ta del krije zavarovalnica.

Dodatno zdravstveno zavarovanje zagotavlja višji standard zdravstvenega varstva in večji obseg pravic v primerjavi s standardom in obsegom pravic iz obveznega zavarovanja.

Zasebno zdravstveno zavarovanje pa je namenjeno fizičnim osebam, ki prebivajo v Republiki Hrvaški ter niso vključene v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja (iz Zakona o obveznem zdravstvenem zavarovanju).

3.4 Italija

Italija spada med države z zdravstvenim sistemom, financiranim iz davkov (povzeto po spletnih straneh IDB).

Sistem zdravstvenega varstva je urejen predvsem z Zakonom št. 833 iz leta 1978 (*Legge 23 Dicembre 1978 n. 833 - Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, S.S.N.*). Sistem zdravstvenega varstva izvaja Nacionalna zdravstvena služba (*Servizio Sanitario Nazionale*) in temelji na načelih univerzalne pokritosti, financiranja z uporabo splošne obdavčitve in nediskriminatornega dostopa do zdravstvenih storitev (povzeto po spletni strani WHO/Italy in MISSOC).

Zdravstveni proračun je določen na nacionalni ravni in je delno financiran tudi s strani prispevkov delojemalcev in delodajalcev (čeprav je leta 1979 sistem zasnovan predvsem na financiranju iz splošne obdavčitve).²⁰

Dežele pa so odgovorne za zagotavljanje zdravstvenega varstva prebivalcem. Sprejemajo tudi lastno zdravstveno zakonodajo, zato se kakovost storitev razlikuje med različnimi italijanskimi deželami. Lokalne zdravstvene uprave (LHSs) so pristojne za dnevno upravljanje storitev in za koordinacijo med bolnišnicami. Zadolžene so za organizacijo primarnega zdravstvenega varstva, medicino dela, preventivo, izobraževanje, lekarniško dejavnost, zdravje otrok, svetovanje družinam in informativne storitve (povzeto po spletni strani WHO/Italy in Region Veneto).

V Italiji je minimalni paket zdravstvene košarice opredeljen na nacionalni ravni s pozitivnimi seznamami, vendar pa so regionalne/deželne oblasti odgovorne za organiziranje in financiranje velikega deleža zdravstvenih storitev (povzeto po spletnih straneh IDB).

-
- seznam diagnostičnih in terapijskih postopkov v zdravstvenem varstvu (*popis dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima*) ([.xls](#));
 - seznam diagnostično-terapijskih postopkov v specialističnem zdravstvenem varstvu (*popis dijagnostičko-terapijskih postupaka u specijalističko-konzilijamoj zdravstvenoj zaštiti*) ([.xlsx](#));
 - DTS – bolniško zdravstveno varstvo obolelih za akutne bolezni (*DTS – bolnička zdravstvena zaštita bolesnika oboljelih od akutnih bolesti*) ([.xlsx](#));
 - dan bolniškega zdravljenja- kronično in podaljšano zdravljenje (*dan bolničkog liječenja - kronično i produženo liječenje*) ([.xlsx](#))

(glej HZZO – Popis postupaka zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja).

²⁰ Za več glej *Erar, Pristavec-Đogić in Zobavnik (2018), Zdravstveni sistemi- prvi del, str. 9-10.*

3.5 Nemčija

Nemčija spada med države s sistemom zdravstvenega zavarovanja (prispevki) – z večjim številom zavarovalnic in z možnostjo izbire zavarovalnice.²¹ V sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja je zavarovanec zavarovan pri eni od približno 113 zavarovalnic (*Krankenkassen*).²²

V Nemčiji so pri medicinskih postopkih pokrite tiste storitve (in tako dolgo), dokler jih zagotavlja pooblaščen ponudnik storitve (povzeto po spletnih straneh IDB).

Sistem nemškega zdravstvenega zavarovanja ureja predvsem Socialni zakonik – knjiga 5. (*Socialgesetzbuch*, SGB 5), ki pa ne določa posebnega seznama za definiranje medicinskih postopkov in storitev, vključenih v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Socialni zakonik – knjiga 5. navaja, da morajo storitve biti zadostne, učinkovite, ekonomične in ne smejo izključevati tistega, kar je potrebno (povzeto po spletni strani IDB). V Nemčiji so vsa zdravila vključena v zdravstveno zavarovanje (ni pozitivnega seznama), razen tistih, ki jih izključuje zakon (npr. zdravila brez zdravniškega recepta in tista za manj razširjene bolezni) (povzeto po spletni strani IDB).

Socialni zakonik – knjiga 5. v 135.a členu (*Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung*) tudi določa, da so ponudniki zdravstvenih storitev dolžni zagotoviti in nadalje razvijati kakovost storitev, ki jih opravljajo. Storitve morajo ustrezati trenutnemu stanju znanstvenega znanja in morajo biti profesionalne kakovosti.

V študiji zdravstvenih košaric v osmih zdravstvenih sistemih, ki jo je objavil nizozemski inštitut NCBI je ugotovljeno, da ima Nemčija sezname vključenih storitev, ki pa niso podrobni in ne vključujejo vseh storitev iz spektra zdravstvenega varstva. Pri zdravilih pa ima Nemčija negativne sezname (za zdravila, ki niso vključena v javno financiranje) (NCBI, Philip J. van der Wees in dr. , 2015).²³

V Nemčiji dolgotrajna oskrba ni vključena v pravice iz zdravstvenega zavarovanja in je pokrita s posebno zavarovalno shemo (glej Ireland, Department of Health).²⁴

²¹ Glej IDB in Eror (2018), Zdravstveni sistemi - drugi del, str. 5.

²² Vključenost v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja (*Gesetzliche Krankenversicherung, GKV*) je načeloma odvisna od višine prihodkov posameznika – tisti z bruto prihodki nižjimi od 59.400 EUR letno ali 4.950 EUR mesečno so vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje. Zasebno zdravstveno zavarovanje (*Privaten Krankenversicherung, PKV*) pa je namenjeno posameznikom z višjimi prihodki, ki se lahko odločijo, da ostanejo v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja (GKV) ali se vključijo v sistem zasebnega zdravstvenega zavarovanja (PKV). Enako izbiro imajo samozaposlene osebe. Socialni zakonik (SGB 5) pa v 6. členu (*Versicherungsfreiheit*) določa, da državni uradniki (*Beamte*), sodniki in zaposleni v oboroženih silah, zveznih, deželnih ali lokalnih organih, javnih zavodih in vsi drugi, zaposleni na podlagi zakonodaje o pravicah in obveznostih javnih uslužbencev (*beamtenrechtlichen Vorschriften*), niso vključeni v splošni sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, temveč imajo svoj sistem zdravstvenega zavarovanja (za več glej Eror, *Pristavec-Đogić in Zobavnik (2018)*, Zdravstveni sistemi – prvi del, str. 10-11).

²³ Za več glej tabelo 1 v Eror (2018), Zdravstveni sistemi - drugi del, str. 7.

²⁴ Za več o študiji irskega ministrstva za zdravstvo – primerjava košaric zdravstvenih pravic (tudi Nemčija) glej tabelo 2 v Eror (2018), Zdravstveni sistemi - drugi del, str. 8.

3.6 Švedska

Na Švedskem obstaja obvezni javni sistem zdravstvenega varstva za vse prebivalce (vezan na prebivališče), ki je večinoma financiran iz davkov (*tax financed*). Tako se večina zdravstvenih stroškov pokriva iz sredstev okrožnih svetov in občinskih davkov. Sredstva državnega proračuna so še en vir financiranja, medtem ko doplačila bolnikov (*patient fees*) pokrivajo le majhen odstotek stroškov.²⁵

Doplačila pacientov se razlikujejo med okrožji oziroma občinami. Za obisk zdravnika v zdravstvenem domu je treba doplačati od 100 do 300 švedskih kron (10 do 29 EUR). Za obisk ginekologa ali pediatra se doplača med 200-350 švedskih kron (od 19 do 34 EUR), za obisk urgence pa med 220-400 švedskih kron (21-39 EUR). V primeru hospitalizacije doplačilo znaša 100 švedskih kron na dan (povzeto po spletnih straneh Patient Fees & High-Cost Protection).

Na Švedskem ne opredeljujejo košarice zdravstvenih pravic za celotno populacijo na nacionalni ravni – kar velja za večino držav, ki imajo zdravstvene sisteme, ki se financirajo iz davkov (povzeto po spletni strani IDB).

V študiji zdravstvenih košaric v osmih zdravstvenih sistemih, ki jo je objavil nizozemski inštitut NCBI, je ugotovljeno, da Švedska uporablja negativne sezname – za storitve, ki niso vključene v javno financiranje (NCBI, Philip J. van deer Wees in dr., 2015).²⁶

IV ZAKLJUČEK

V **Švici** so izdatki za zdravstveno varstvo leta 2016 znašali 12,3 % BDP. Ta delež izdatkov za zdravstvo v BDP predstavlja najvišjo vrednost med državami vključenimi v Eurostat statistiko za leto 2016 (28 držav članic EU in Islandija, Liechtenstein, Norveška in Švica).

Delojemalci in delodajalci v Švici ne plačujejo prispevka za zdravstveno zavarovanje. Zdravstveno zavarovanje pa je obvezno za vse prebivalce v Švici. Vsak posameznik sam izbere zdravstveno zavarovalnico. Zdravstveno zavarovanje pokriva stroške v primeru bolezni, materinstva in nesreč. Zavarovalne premije pa so odvisne od zavarovalnice, kraja prebivanja zavarovanca, starosti zavarovanca ter rizika, ki ga zavarovanje pokriva. Zavarovalne premije se v določenih mejah odbijejo pri določitvi dohodnine (European Tax Handbook, 2019 in 2018). V Švici poznajo doplačila zavarovancev, večinoma prek sistema letnega odbitka (franšiza).

V **Avstriji in Nemčiji** zakonodaja o obveznem zdravstvenem zavarovanju ne določa posebnega seznama za definiranje medicinskih postopkov in storitev vključenih v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja. Na splošno je določeno, da zdravljenje mora biti zadostno in ustrezno, vendar ne sme presegati tistega kar je potrebno. V Avstriji in Nemčiji ni doplačil zavarovancev.

²⁵ Za več glej Eror, *Pristavec-Đogić in Zobavnik (2018)*, Zdravstveni sistemi – prvi del, str. 11-12).

²⁶ Za več glej tabelo 1 v Eror (2018), Zdravstveni sistemi – drugi del, str. 7.

Na **Češkem** zavarovanci plačujejo doplačila za stroške nekaterih zdravil in za storitve dežurnih zdravstvenih služb.

Na **Hrvaškem** je obseg pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju določen z zakonodajo. Hrvaški zavod za zdravstveno zavarovanje pokriva 80 % košarice zdravstvenih storitev. Preostanek stroškov pa plačuje zavezanec (v višini do cca. 269 EUR). V primeru sklenitve dopolnilnega zavarovanja zavarovancu ni treba plačevati tega dela stroškov zdravstvene storitve.

V **Italiji** je minimalni paket zdravstvene košarice opredeljen na nacionalni ravni s pozitivnimi seznanji, vendar pa so dežene vlade odgovorne za organiziranje in financiranje velikega deleža zdravstvenih storitev.

Na **Švedskem** (podobno kot v Italiji) je sistem zdravstvenega varstva večinoma financiran iz davkov, in to predvsem občinskih. Doplačila pacientov se razlikujejo med okrožji oziroma občinami. Na primer, za obisk zdravnika v zdravstvenem domu je treba doplačati od 10 do 29 EUR. Košarica zdravstvenih pravic pa ja opredeljena na nacionalni ravni.

Pripravil:

mag. Andrej Eror

Viri in literatura:

1. Act No. 48/1997 on Public Health Insurance (Češka). Spletna stran: http://www.mzcr.cz/Cizinci/dokumenty/act-no48/1997-on-public-health-insurance_18564_4129_23.html (februar 2020).
2. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG). Spletna stran: <https://www.jusline.at/gesetz/asvg> (februar 2020).
3. Bundesamt für Gesundheit, BAG, Krankenversicherung: Wahlfranchisen. Spletna stran: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/besondere-versicherungsformen/wahlfranchisen.html> (februar 2020).
4. Eror, A. (2018), Zdravstveni sistemi – drugi del (Obseg zdravstvenih storitev), Raziskovalni oddelek, št. naročila 20/2018 – drugi del, Državni zbor. Spletna stran: https://fotogalerija.dz-rs.si/datoteke/Publikacije/Zborniki_RN/2019/Zdravstveni_sistemi_-_drugi_del.pdf (februar 2020).
5. Eror, A. Pristavec-Đogić M. in Zobavnik, I. (2018), Zdravstveni sistemi – prvi del, Raziskovalni oddelek, št. naročila 20/2018, Državni zbor. Spletna stran: https://fotogalerija.dz-rs.si/datoteke/Publikacije/Zborniki_RN/2019/Zdravstveni_sistemi_-_prvi_del_s_prilogo.pdf (februar 2020).
6. European Tax Handbook (2018), Larisa Gerzova in dr. (ur.), IBFD, Amsterdam.
7. European Tax Handbook (2019), Mery Alvarado in dr. (ur.), IBFD, Amsterdam.
8. Eurostat, Current healthcare expenditure by source of financing, 2016. Spletna stran: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Current_healthcare_expenditure_by_source_of_financing_2016_\(%25_of_current_healthcare_expenditure\)_FP19.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Current_healthcare_expenditure_by_source_of_financing_2016_(%25_of_current_healthcare_expenditure)_FP19.png) (februar 2020).
9. Eurostat, Current healthcare expenditure, 2015. Spletna stran: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Current_healthcare_expenditure_2015_FP18a.png&oldid=378979 (februar 2020).
10. Eurostat, Current healthcare expenditure, 2016. Spletna stran: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Current_healthcare_expenditure_2016_FP19.png (februar 2020).
11. Eurostat, Healthcare expenditure by financing scheme, 2015. Spletna stran: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Healthcare_expenditure_by_financing_scheme_2015_\(%25_of_current_healthcare_expenditure\)_FP18a.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Healthcare_expenditure_by_financing_scheme_2015_(%25_of_current_healthcare_expenditure)_FP18a.png) (februar 2020).
12. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), Financiranje zdravstvene zaštite. Spletna stran: <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/financiranje-zdravstvene-zastite/> (februar 2020).
13. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), Popis postupaka zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Spletna stran: <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/popis-ugovorenih-zdravstvenih-partnera-usluga/> (februar 2020).
14. IDB, Health Benefits Plans in OECD Countries (2014). Spletna stran: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7226/Health-benefits-plans-in-oecd-countries-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (februar 2020).
15. MISSOC, spletna stran: <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/> (februar 2020).
16. MSN (2019), Why Switzerland Has the Best Healthcare System in the World. Spletna stran: <https://www.msn.com/en-us/health/health-news/why-switzerland-has-the-best-healthcare-system-in-the-world/ar-BBV4MJG> (februar 2020).

17. MZCR, Healthcare services paid for by public health insurance. Spletna stran: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/healthcare-services-paid-for-by-public-health-insurance_2661_23.html (februar 2020).
18. MZCR, Public health insurance. Spletna stran: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/public-health-insurance_2650_23.html (februar 2020).
19. NCBI, Philip J. Van der Wees, Joost J.G. Wammes, Gert P. Westert in Patrick P.T. Jeurissen (2015), The Relationship Between the Scope of Essential Health Benefits and Statutory Financing: An International Comparison Across Eight European Countries, Radboud Institute for Health Sciences, Celsus Academy for Sustainable Healthcare, and Scientific Institute for Quality of Healthcare, Radboud University Medical Center, Nijmegen, The Netherlands. Spletna stran: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676966/> (februar 2020).
20. Patient Fees & High-Cost Protection. Spletna stran: <https://www.thenewbieguide.se/health/costs-fees/patient-fees/> (februar 2020).
21. Region Veneto, The Italian NHS. Spletna stran: https://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=4de42a42-ef55-4070-be87-e0344ff8ab05&groupId=10793 (februar 2020).
22. Sozialgesetzbuch: SGB 5. Spletna stran: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html> (februar 2020).
23. Swisslife (2011), The Swiss Healthcare System: a Model for Others? Spletna stran: https://www.swisslife.com/en/home/media/media-releases/news-archiv/the_swiss_healthcare.html (februar 2020).
24. WHO, Italy. Spletne strani: <http://www.euro.who.int/en/countries/italy> (februar 2020).
25. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Spletna stran: <https://www.zakon.hr/z/792/Zakon-o-dobrovoljnom-zdravstvenom-osiguranju> (februar 2020).
26. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. Spletna stran: <https://www.zakon.hr/z/192/Zakon-o-obveznom-zdravstvenom-osiguranju> (februar 2020).