

REPUBLIKA SLOVENIJA

1. UVOD

Osamdesetih godina prošlog veka je sistem zdravstvenog osiguranja upao u finansijsku krizu usled nedostataka sistema samoupravnih interesnih zajednica i njegove postepene finansijske destabilnosti. Po svojim odlikama tadašnje zdravstveno osiguranje je bilo najbližije Beveridžovom modelu nacionalne zdravstvene zaštite¹, koji je u početku dobro funkcionisao do trenutka nastupanje političke, socijalne i ekonomske krize u SFRJ. Okolnosti koje su nastupile su jasno ukazale da je potrebno pristupiti reformisanje sistema zdravstvene zaštite i osiguranja, naročito nakon potpunog sloma dotadašnjeg sistema 1989. godine. Jedan od prvih koraka bilo je okretanje nacionalizaciji sistema zdravstvene zaštite², a posle izbora 1990.g odine resor zdravstva je pripao Socijaldemokratskoj stranci Slovenije, koji su u ovoj oblasti bili inspirisani nemačkim i austrijskim sistemima zdravstvenog osiguranja, pa su se, između ostalog, zalagali i za što veći uticaj lekarskih komora, kao što je bio slučaj u zemljama uzorima.

Da bi se sistem zdravstvenog osiguranja Slovenije što bolje shvatio, potrebno je uzeti u obzir i prilike sa političke scene, koje se donekle kreirale zakone koji su doneti '92.godine, a koji su se odnosili na zdravstveno osiguranje. Neke od tih političkih prilika su uvođenje parlamentarne demokratije,³ principa samoopredeljenja i proglašenje nezavisnosti.

Od 1992. godine, kada je usvojen Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu, Zakon)⁴, u Sloveniji vlada Bizmarkov model socijalnog

¹ Videti detaljnije deo publikacije posvećen osnovnim modelima zdravstvenog osiguranja.

² Videti: T. Albreht, "Da li su zdravstveni sistemi Hrvatske i Slovenije dorasli principima socijalne demokratije?", Ljubljana 2009, tekst je dostupan na <http://www.fes.ba/publikacije/2009-09-Zdravstveni%20sistem%20Slovenija-studija.pdf>, 12.10.2012.

³ Ove političke promene su započete donošenjem i objavljivanjem akta „Majniška deklaracija“ u časopisu Delo 1989. godine.

⁴ Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju, *Uredni list RS*, br. 9/1992.

zdravstvenog osiguranja, koji se zasniva na principu obaveznog osiguranja pojedinca, za čije sprovođenje je nadležan Zavod za zdravstveno osiguranje Slovenije (u daljem tekstu, Zavod)⁵. Obavezno zdravstveno osiguranje je opšte jer se odnosi na sva zaposlena lica i na tzv. zavisna lica, čiji je položaj regulisan Zakonom (pre svega, misli se na nezaposlene supružnike, registrovana nezaposlena lica ili lica bez ikakvog izvora prihoda. Do donošenja pomenutog Zakona država je bila ta koja je snosila troškove finansiranja obaveznog zdravstvenog osiguranja. Međutim, vremenom je došlo do izmene sistema finansiranja i nekada isključivo javni sistem finansiranja postepeno prerasta u mešoviti sistem u kom privatni izvori finansiranja osiguranja postaju sve značajniji jer obavezno zdravstveno osiguranje sada preuzima na sebe samo deo troškova⁶. Ostatak troškova za zdravstvene usluge snose osiguranici.

Pored obaveznog zdravstvenog osiguranja, postoji i dobrovoljno zdravstveno osiguranje, koje može biti komplementarno i suplementarno. Međutim, u slovenačkom pravu nije moguće isključiti obavezno zdravstveno osiguranje, tako da ne postoji dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje u potpunosti pokriva sve troškove zdravstvenog osiguranja, tzv. supstitutivno dobrovoljno osiguranje. Uloga dobrovoljnog osiguranja se svodi na pokrivanje troškova koje snosi osiguranik u okviru obaveznog paketa zdravstvenih usluga⁷, što predstavlja tzv. komplementarno dobrovoljno osiguranje. Većina stanovništva Slovenije bira upravo ovaj metod finansiranja svog dela troškova zdravstvenih usluga delimično pokrivenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem.⁸ Dobrovoljno zdravstveno osiguranje se može pojaviti i u vidu suplementarnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno radi pokrivanja troškova koji uopšte nisu predviđeni obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Suprotno praksi u drugim zemljama Evropske unije, komplementarno i suplementarno dobrovoljno osiguranje ne vrše refundaciju troškova osiguranicima, već direktno isplaćuje troškove davaocima zdravstvenih usluga. Osiguravajuće kompanije koje pružaju usluge dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Sloveniji su Adriatic- Slovenica, Triglav, Merkur i Vzajemina.

⁵ Videti: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzseng.nsf>, 06.10.2012.

⁶ Prema podacima Zavoda za statistiku Republike Sloveniji, udeo privatnih izvora finansiranja osiguranja je dostigao 29% u 2009. godini.

⁷ Videti deo 3. ovog rada.

⁸ Komplementarno dobrovoljno osiguranje je dostiglo oko 1% BDP.

Slovenački sistem zdravstvene zaštite i obaveznog zdravstvenog osiguranja je centralizovan, dok je nadležnost lokalnih zajednica i dalje ograničena i svodi se na izvršenje zadataka postavljenih na centralnom nivou. Kada je o davaocima zdravstvenih usluga reč, tada je primetan porast privatnih davalaca tih usluga, pre svega u primarnoj i specijalističkoj zdravstvenoj zaštiti.⁹ Ipak, najveći deo usluga i dalje pružaju državne bolnice (naročito, u ambulatnoj, specijalističkoj, kao i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti) i primarni zdravstveni centri koji su u vlasništvu opština.¹⁰

2. ISTORIJAT RAZVOJA SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U REPUBLICI SLOVENIJI¹¹

Do Prvog svetskog rata Slovenija je bila deo Austrougarskog carstva, tako da se njeni propisi iz oblasti zdravstvene zaštite i osiguranja nisu razlikovali od propisa u ostalim delovima carstva. Privatna lekarska praksa je bila dominantni oblik pružanja lekarskih usluga. Prvi korak ka zakonskom regulisanju zdravstvenog osiguranja učinjen je u XIX veku, donošenjem Zakona o rudarima, koji je predviđao osiguranje rudara u slučaju bolesti. Ovo osiguranje je 1858. godine prošireno i na radnike na železnicama, da bi 1869. godine ono pored bolesti počelo da obuhvata i povrede. Obavezno osiguranje u slučaju povrede je predviđeno zakonom iz 1887. godine, koji je bio uređen po uzoru na Bizmarkov model osiguranja. Sledeće godine, šema osiguranja je proširena na zdravstveno osiguranje, čije su finansiranje snosili zaposleni i poslodavci u razmeri 2:1.

Prvi fond obaveznog zdravstvenog osiguranja osnovan je u Ljubljani 1889. godine i to po uzoru na nemački model socijalnog osiguranja. Istu praksu je pratilo još nekoliko gradova u Sloveniji. Svrha novoosnovanih fondova obaveznog osiguranja bila je zaštita prava radnika za vreme odsustva sa posla usled bolesti, kao i da im se obezbede prava na usluge zdravstvene zaštite. Osnovani fondovi su delovali sve do kraja Prvog svetskog rata i već 1919. godine dolazi do osnivanja Asocijacije fondova za zdravstveno

⁹ T. Albrecht, 2009.

¹⁰ Navedeni pružaoci zdravstvenih usluga zapošljavaju oko 75% zdravstvenih radnika. Jedino u oblasti pružanja stomatoloških usluga primetan je sve veći porast privatnika (više od 50% procenata).

¹¹ Videti: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/96368/E76966.pdf, 05.10. 2012, T. Albrecht, D.M.J. Delnoij, "Changes in Primary Health Care Centers over the Transition period in Slovenia", European Journal of Public Health, vol. 16, 2005, 238.

osiguranje na teritoriji Slovenije. Za vreme postojanja Kraljevine Srba, Hrvata i Slovenaca, a potom i Kraljevine Jugoslavije osnivaju se regionalni centri za primarnu zdravstvenu zaštitu. 1937. godine započeti su programi penzijsko-invalidskog osiguranja.

1945. godine Slovenija je postala sastavni deo Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije. Sve do 1945. godine preovlađujući je bio model socijalnog osiguranja, koji se odnosio i na zdravstvenu zaštitu. Radnici i penzioneri, zajedno sa članovima svojih porodica su bili obuhvaćeni obaveznim socijalnim i zdravstvenim osiguranjem, koji, međutim, nije obuhvatao poljoprivrednike, slobodna zanimanja, kao ni zanatlije. Socijalno osiguranje je obuhvatalo penzijsko i invalidsko osiguranje, osiguranje za vreme porodiljskog odsustva, kao i još neke usluge, čiji su osnovni izvor finansiranja bili doprinosi zaposlenih i poslodavaca, dok su sredstva iz budžeta bila rezervisana za finansiranje osiguranja ratnih veterana i vojnika. Zdravstveni objekti su postale državni, a svi lekari su smatrana za lica koja rade u državnoj službi.

Nakon reformi 1954. i 1955. godine, zdravstveno osiguranje je odvojeno od socijalne sigurnosti. Poseban sistem osiguranja je zasnovan za radnike, državne službenike, zanatlije, ali i za poljoprivrednike.¹²

Donošenjem Ustava iz 1974. godine i novih propisa u oblasti zdravstvenog osiguranja, finansiranje zdravstvenog osiguranja je vršeno preko samoupravnih interesnih zajednica. Tokom '70ih i '80ih godina razvoj sistema zdravstvene zaštite je bio praćen finansijskim teškoćama, ali ga je istovremeno karakterisao i neprestani rastući krug zdravstvenih usluga. To se nastavilo sve do 1990. godine, kada je sistem zdravstvenog osiguranja u Sloveniji skoro dospeo na ivicu finansijske propasti jer su državne vlasti bile pred izazovom kako da finansiraju zahteve i usluge na koje su Slovenci bili ovlašćeni prema tadašnjem zakonodavstvu.

1991. godine Slovenija postaje nezavisna država. Napuštanje sistema planske ekonomije i prelazak na sistem tržišne ekonomije odrazio se i na organizaciju i funkcionisanje zdravstvenog osiguranja. Centri moći, izvori sredstava, vlasništva i nadležnosti u oblasti zdravstvenog osiguranja su reorganizovani i raspodeljeni na

¹² Nakon referenduma 1972. godine uvedeni su jedinstvena pravila za regulisanje osiguranja i poljoprivrednika i zaposlene.

drugačiji način. Slovenija se suočavala sa ozbiljnim problemima nedostatka sredstava za finansiranje zdravstvenog osiguranja, što je dovelo do usvajanja Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju, kojim je otvoren put za integralnu kontrolu sistema zdravstvene zaštite. Zakonom su propisani i obavezno i dobrovoljno osiguranje, a privatna praksa je ponovo uvedena, s obzirom da je bila ukinuta još '50ih godina. Osnovni cilj novousvojenog zakonodavstva Slovenije je bio zadržavanje prednosti prethodnog sistema i izmena njegovih nedostataka

3. ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Učešće države: Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1992. godine, Vlada je, pored zakonodavne vlasti, postala odgovorna za razvoj strategije zdravstvene zaštite; za definisanje mera neophodnih za razvoj mreže zdravstvene zaštite; za kontrolu službe zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja. Dalje, postala je vlasnik ili osnivač ustanova zdravstvene zaštite na sekundarnom ili tercijarnom nivou. Kao što se može videti, uloga države je prilično ograničena. Međutim, Ministarstvo zdravlja i dalje donosi konačnu odluku o iznosima i udelima troškova unutar bruto domaćeg proizvoda.

Opštine su postale vlasnici ili osnivači ustanova za zdravstvenu zaštitu na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Novi zadatak opština na osnovu Zakona iz 1992. godine je sprovođenje programa za poboljšanje zdravlja stanovništva opštine, kao i plaćanje doprinosa za osiguranja za lica bez prihoda.

Učešće poslodavaca: Poslodavci su postali odgovorni za zadatke vezane za zdravlje i bezbednost na radu, ali i za plaćanje dela doprinosa za zaposlene, kao i za posebne doprinose za osiguranje u slučaju povrede na radu.

Učešće Zavoda: Zavod jedini pruža uslugu obaveznog zdravstvenog osiguranja u celoj Sloveniji. Nadležan je za uvođenje i sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja; za skupljanje doprinosa za obavezno osiguranje, kao i pregovaranje i zaključivanje ugovora za davaocima zdravstvenih usluga, farmaceutskim kućama; pruža pravnu i profesionalnu pomoć osiguranicima; rukovođenje dokumentima i statističkim podacima u vezi sa obaveznim osiguranjem. Uopšteno, Zavod predstavlja interese osiguranih lica u pregovorima o programima zdravstvene zaštite i njihovim cenama, koji

se organizuju svake godine sa predstavnicima profesionalnih udruženja, tzv. zbornica¹³ i Ministarstva zdravlja¹⁴. Cilj pregovora je potpisivanje sporazuma, koji će biti osnov za dalje zaključivanje ugovora o pružanju zdravstvenih usluga između Zavoda i zdravstvenih ustanova i privatnih davalaca zdravstvenih usluga. Značaj i suština pregovora je utvrđivanje gornje granice potrošnje i načina raspodele javnih sredstava za zdravstvenu zaštitu i osiguranje. Naime, Zavod u godišnjem finansijskom planu predviđa maksimalni iznos troškova za zdravstvene usluge, u okviru kojih mora da se kreće poslovanje Zavoda¹⁵. Suprotno, budžet dobrovoljnog osiguranja nije ograničen, što znači da pružaoci usluge dobrovoljnog osiguranja moraju da finansiraju sve troškove zdravstvenih usluga pokrivene dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Prilikom pregovora se, stoga, vodi računa o budžetu obaveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i državnom budžetu, tj. njegovom delu namenjenom zdravstvu.

Na osnovu zaključenog sporazuma, Zavod raspisuje javni konkurs kojim poziva sve zainteresovane davaoce zdravstvenih usluga, bilo javne bilo privatne, da zaključe ugovore o pružanju usluga u okviru javne mreže zdravstvene zaštite. Prilikom zaključenja svakog pojedinačnog ugovora preciziraju se vrste i obim zdravstvenih usluga, njihove tarife, načini plaćanja i kontrolisanje vršenja prava i obaveza iz ugovora.¹⁶ Izuzev za programe dijalize i transplantacije, troškovi zdravstvenih usluga su unapred definisani i ograničeni, što znači da svi troškovi preko tog iznosa neće biti pokriveni osiguranjem. Ukoliko davalac zdravstvenih usluga pruži manje usluga nego što je to predviđeno ugovorom, Zavod će refundirati samo one usluge koje su stvarno i pružene.

Učešće lekara: Zakon je ustanovio pravo pacijenata da izaberu svog lekara¹⁷, čiji zadaci, između ostalog, obuhvataju: prepisivanje recepata, procena pacijentove

¹³ U sadašnjem sistemu zdravstvene zaštite i osiguranja, određeni broj zadataka za koje je ranije bila nadležna država, sada je prešao u nadležnost tzv. zbornica, koje predstavljaju profesionalna udruženja. Samo neki od tih zadataka su organizovanje posebnih treninga, seminarara i ostalih vidova dodatnog usavršavanja stručnog osoblja.

¹⁴ T. Albreht, 2009.

¹⁵ Budžet Zavoda se definiše shodno makroekonomskim pokazateljima kao što su očekivani porast BDP-a, stopa inflacije, stopa nezaposlenosti, eventualni porast primanja zaposlenih i sl.

¹⁶ Ovakav način poslovanja iziskuje veća materijalna sredstva jer Zavod sa svakim pružaocem usluga iz javnog sistema zdravstvenog osiguranja zaključuje pojedinačan ugovor. To dalje sobom povlači veću složenost nadzornog postupka i otežava osiguravanje transparentnosti sistema.

¹⁷ Izabrani lekar može biti lekar opšte prakse, pedijatar koji radi na primarnom nivou zdravstvene zaštite ili ginekolog. Zakonom je takođe predviđen i lični zubar. Lekar se bira najmanje na period od godinu dana.

privremene nesposobnosti za rad, upućivanje pacijenta kod specijaliste¹⁸ i skupljanje medicinskih dokumentu pacijenta. Sprovođenje dela svojih ovlašćenja izabrani lekar može eventualno prebaciti na specijalistu kada je, usled zdravstvenog stanja pacijenta, potrebna duža i neprekidna saradnja sa specijalistom. Dodatna razlika u odnosu na ranije propise je činjenica da bi osiguranik mogao da izgubi pravo na pokrivanje troškove zdravstvene zaštite ukoliko nije prvo ostvario svoja prava kod ličnog lekara.¹⁹

4. OBAVEZNI PAKET ZDRAVSTVENIH USLUGA

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem osigurano je 99% ukupnog stanovništva Slovenije, bilo kao lica sa trajnim boravištem u Sloveniji, bilo kao tzv. osigurana lica, tj. lica zavisna od osigurnika.²⁰ Svi osiguranici se mogu podeliti u 21 kategoriju, od kojih su sledećih 7 najvažnije: zaposleni; deca i mlađi od 18 godina, odnosno 26 ako studiraju; penzioneri; nezaposleni; domaćice i druga izdržavana lica; osobe bez zaposlenja, imovine i drugih primanja²¹ i osobe bez ikakvog osiguranja. Lica bez ikakvog osiguranja za koje Republika Slovenija izdvaja sredstva iz budžeta za pružanje hitne zdravstvene zaštite i licima nepoznatog prebivališta i boravišta; strancima sa čijim državama Republika Slovenija nije zaključila međunarodni ugovor u vezi sa pitanjem zdravstvene zaštite; građanima Republike Slovenije kojima je privremeno boravište u inostranstvu i koji privremeno borave u Sloveniji ili koji su u tranzitu kroz Republiku Sloveniju, ali nisu u mogućnosti da izvrše plaćanje za zdravstvene usluge.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju definiše paket zdravstvenih usluga koje obavezno osiguranje pruža osiguranim licima. Paket uključuje pokrivanje troškova primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, farmaceutske i

¹⁸ Specijalista će izvršiti samo one preglede i analize koji su potrebni prema izveštaju izabranog lekara. U slučaju da je potrebno da osiguranik putuje u drugo mesto radi dijagnoze, lečenja ili rehabilitacije, imaće pravo na povraćaj iznosa troškova do najbližeg mesta gde mu mogu biti pružene navedene usluge. <http://www.zzs.si/zzs/internet/zzseng.nsf/o/711DAD33F7FB1CB8C1257BB000456695>, 11.10.2012.

¹⁹ Videti: <http://www.zzs.si/zzs/internet/zzseng.nsf/o/F233938E2AD0AAA3C1257BB000452FD9>, 10.10.2012. Jedino u hitnim slučajevima osiguranik ne mora prvo da se obrati svom izabranom lekaru, već može da se obrati najbližem lekaru u tom momentu.

²⁰ Obaveznim zdravstvenim osiguranjem nije pokriveno oko 30 000 ljudi koji nemaju državljanstvo ili boravište u Sloveniji.

²¹ Za ova lica doprinose uplaćuju opštine na čijoj teritoriji imaju prebivalište ako nemaju apsolutno nikakvu imovinu ni prihode.

medicinske uređaje²². Obavezno zdravstveno osiguranje, takođe, obuhvata nadoknadu zarade za slučaj odsustva sa posla u trajanju preko 30 dana, troškove u vezi sa smrtnim slučajem kao i refundaciju troškova puta do bolničkih objekata.²³

Obavezno zdravstveno osiguranje pokriva 100% troškova za sledeće zdravstvene usluge²⁴:

- sve zdravstvene usluge za decu i adolescente, uključujući davanje dijagnoze, lečenje i rehabilitaciju od bolesti i povrede koje su pretrpela deca, školarci, maloletnici ometeni u razvoju i redovni studenti;
- savetovanje u vezi sa planiranjem porodice, prenatalnom i postnatalnom brigom o detetu;
- usluge preventivnih programa, dijagnostikovanje i lečenje zaraznih bolesti, uključujući i HIV;
- lečenje i rehabilitacija u slučaju bolesti i povrede na radu, malignih bolesti, mišićnih i nervnih oboljenja, mentalnih bolesti, epilepsije, hemofilije, paraplegije, kvadriplegije i cerebralne paralize, kao i naprednog dijabetesa, multipleks skleroze i psorijaze;
- medicinske usluge koje se odnose na donacije i transplantacije tkiva i organa, urgentne medicinske tretmane, uključujući i transport u hitnim slučajevima, bolničku negu bolesnika, kao i lečenje i brigu kod kuće i socijalnim ustanovama;
- dugotrajno lečenje koje obuhvata lečenje kod kuće i u socijalnim ustanovama;
- sve stomatološke usluge za decu i omladinu do 19 godina.

Ostale zdravstvene usluge nisu u potpunosti pokrivena obaveznim osiguranjem, već je predviđena tzv. podela troškova. Drugim rečima, deo troškova snosi obavezno osiguranje, a deo osiguranik. Zavisno od tretmana, oblika lečenja, obavezno osiguranje pokriva 25- 95% troškova zdravstvenih usluga:

²² Lični lekar je ovlašćen da prepíše pacijentu samo pomagala koji su mu potrebni za lečenje kod kuće, dok sve ostala pomagala može prepisati samo specijalista. Većina pomagala se može dobiti na zajam od Zavoda za zdravstveno osiguranje.

²³ Videti: <http://www.zzs.si/zzs/internet/zzseng.nsf/o/A1B5024CD228B984C1257BB10025E058>, <http://www.zzs.si/zzs/internet/zzseng.nsf/o/401FB71DB100F35AC1257BB100275186>, <http://www.zzs.si/zzs/internet/zzseng.nsf/o/6F5CC6CBD188BD95C1257BB10027AF01>, <http://www.zzs.si/zzs/internet/zzseng.nsf/o/D0B71824B98780FCC1257BB10026BF73>, 12.10. 2012.

²⁴ Radi se o bolestima čije je lečenje od velikog javnozdravstvenog značaja i zato je za njih predviđeno potpuno pokriće. Takođe je predviđeno i potpuno pokriće za lekove potrebne za njihov tretman.

- minimum 95% ukupne cene usluga koje se tiču transplantacije organa i hitne operacije, lečenja u inostranstvu, intenzivne terapije, radioterapija, dijalize i druge hitne intervencije koje se uključene u osnovni paket zdravstvenih usluga;
- minimum 85% ukupne cene usluga lečenja neplodnosti, veštačke oplodnje, sterilizacije i abortusa; specijalističke hirurgije; nebolničkog i spa tretmana koji predstavljaju nastavak bolničkog lečenja, izuzev u slučaju neprofesionalnih bolesti; usluge zubarskog lečenja kao i troškovi obezbeđivanja pacijenata ortopedskim, ortodontskim, slušnim i drugim aparatima i pomagalicama;
- minimum 75% troškova za lekove sa pozitivne liste²⁵;
- maksimalno 60% ambulantnog prevoza koji nije urgentan; i troškova nebolničkog i spa lečenja koje nije nastavak bolničkog lečenja;
- maksimalno 50% troškova obezbeđivanja pacijenata oftamološkim pomagalicama i troškova ortodontnog lečenja odraslih;
- za lekove²⁶ sa pozitivne liste 75% troškova, sa srednje liste 25-50%, dok se lekovi sa negativne liste moraju direktno plaćati;
- 10-60% troškova stomatoloških usluga za odrasle, zavisno od vrste pružene usluge.

Kada je o troškovima za lekove, posebno, reč, tada u Sloveniji postoji lista referentnih cena međusobno zamenljivih proizvoda, što predstavlja osnovno sredstvo kontrole javne i privatne potrošnje u ovom sektoru. Reč je o generičkoj zameni farmaceutskih proizvoda, koje je kao takve definisala Javna agencija za medicinske proizvode i opremu.²⁷ Lista obuhvata farmaceutske proizvode, koji su suštinski slični po aktivnim sastojcima, jačini, dejstvima, pa čak i pakovanjima i koji se mogu međusobno menjati prema utvrđenim pravilima, a Agencija je objavljuje u Službenom glasniku svakih 6 meseci. Kada pacijente dođe u apoteku sa prepisanim lekom, farmaceut mu može izdati jeftiniji odgovarajući lek sa liste namesto skupljeg. Kako lekar, tako i

²⁵ Zavod za zdravstveno osiguranje Slovenije sastavlja liste lekova koje mogu biti pozitivne, srednje i negativne. Stepenn pokrivenosti troškova za lekove obaveznim osiguranjem zavisi od toga na kojoj od tri navedene liste se lek nalazi. Prilikom prepisivanja lekova sa pozitivne ili srednje liste, lekari koriste tzv. zelene recepte, koje izdaje osiguravajuća kompanija. Ukoliko su u pitanju lekovi sa negativne liste, onda se prepisuju na tzv. belim receptima, koje izdaje Institut za javno zdravlje Slovenije, <http://www.ivz.si/>, 21.10.2012. Privatnici koji nemaju zaključen ugovor sa Zavodom mogu da izdaju samo bele recepte

²⁶ Pri kupovini lekova osiguranici moraju platiti i određene participacije.

²⁷ Videti: <http://www.mz.gov.si/en/>, 15.10.2012.

farmaceuti su dužni da obaveste pacijenta o mogućnostima zamene jednog leka drugim. Moguće je da lekar na receptu napiše da se prepisani lek ne može zameniti ni jednim drugim, ali ako bude potrebno, mora imati odgovarajuću dokumentaciju kojom će objasniti nemogućnost zamene leka. Lista referentnih cena lekova je dodatak postojećem sistemu refundiranja cene lekova od strane pružaoca usluge osiguranja. Lekovi koji su novi na tržištu odmah se stavljaju na srednju listu lekova, dok im se ne ispituju sva dejstva. Sa druge strane, lekovi koji se nalaze na negativnoj listi ne mogu biti pokriveni nikakvim osiguranjem i njih pacijent u celosti plaća iz džepa.

Ostala prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja: Kao što je već navedeno, obavezno zdravstvenog osiguranje uključuje, pored pokrivanja troškova zdravstvenih usluga, i izvesne novčane nadoknade. Jedna od tih naknada je naknada zarade u slučaju odsustva sa posla i pravo na ovu naknadu imaju: zaposleni, samozaposleni, samostalni preduzetnici, vrhunski sportisti i šahisti, koji primaju naknadu za slučaj nezaposlenosti. Prilikom određenja iznosa naknade zarade vodi se računa o iznosu prosečne mesečne plate, tj. naknade za slučaj nezaposlenosti. Ukoliko je uzrok odsustva povreda na radu ili profesionalna bolest, osiguranik stiče pravo na nadoknadu svih 100% osnovice; u slučaju neprofesionalne bolesti na 90% osnovice, a u slučaju odsustva radi negovanja bolesnog supružnika ili deteta na 80% osnovice.²⁸ Osiguranik ima pravo na nadoknadu zarade od prvog dana odsustva sa posla ukoliko je uzrok odsustva sa posla: transplantacija organa ili tkiva za nekog drugog; posledice davanja krvi, karantin ili ukoliko je povredu uzrokovao organizovani javni rad opšteg značaja; gašenja požara ili neke druge spasilačke akcije. Pored naknade zarade u slučaju odsustvovanja sa posla, osiguranici imaju pravo i na refundaciju troškova puta, ako moraju da putuju do lekara ili zdravstvene ustanove zato što u mestu njihovog zaposlenja ili boravišta nema odgovarajućeg lekara ili ustanove. Takođe, pravo je osiguranika da mu se refundira određeni procenat prosečnih troškova sahrane, dok pravo na jednokratnu novčanu naknadu za smrtni slučaj osiguranika imaju članovi njegove porodice koji su ga izdržavali do smrti.

²⁸ U ovom slučaju zaposleno lice može odsustvovati 7-15 dana. Samo izuzetno se taj period može produžiti.

5. FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE²⁹

Slovenija izdvaja velike sume novca za zdravstvenu zaštitu, oko 8,6 % BDP³⁰, što je oko 3.000.000 evra godišnje. Zdravstveni sistem se finansira putem obaveznog zdravstvenog osiguranja, poreza, dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i tzv. „plaćanja iz džepa”.

Doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje čine najveći izvor (oko 67%) finansiranja zdravstvenog sistema. Sve sredstva skuplja Zavod i dalje ih raspoređuje davaocima usluga kao naknadu za pružene usluge³¹. Zakonom su utvrđeni iznosi doprinosa, koje su osiguranici dužni da plaćaju i to su:

- zaposleni (uključujući i državne službenike) plaćaju 13,45% bruto dohotka, od kojih 6,56% uplaćuju poslodavac, a 6,36% zaposleni (plus dodatnih 0,53% poslodavac za pokrivanje troškova za slučaj povreda i bolesti na radu);
- Nacionalna služba za zapošljavanje uplaćuje doprinose za svaku registrovanu nezaposlenu osobu, koji iznose 12,92% nadoknade koje dobijaju za slučaj nezaposlenosti;
- penzioneri uplaćuju 5,96% bruto penzije; poljoprivrednici i zanatlije uplaćuju 18,78% poreza na katastarski prihod ili 6,89% bruto iznosa za penzijsko-invalidsko osiguranje; samozaposleni 13,45% bruto iznosa za penzijsko-invalidsko osiguranje; i na kraju,
- država i opštine plaćaju doprinose za pojedince bez prihoda, zatvorenike i ratne veterane.

Porezi na državnom i opštinskom nivou predstavljaju drugi izvor finansiranja zdravstvene zaštite³². Za ubiranje poreza na nacionalnom nivou nadležna je Poreska uprava Republike Slovenije³³, koja prikupljena sredstva prosleđuje Ministarstvu zdravlja. Ova sredstva se najvećim delom troše na kapitalne investicije za bolnice, specijalizovane

²⁹ Videti detaljnije *Prevelnik Rupel, Health Financing Reforms in Slovenia*, Ministrstvo za zdravlje Republika Slovenija, 2011.

³⁰ Podatak Zavoda za statistiku Republike Slovenije, <http://www.stat.si/eng/index.asp>, 12.10.2012.

³¹ Videti 5. deo ovog rada.

³² Porezi predstavljaju oko 3% ukupnih troškova za zdravstvo, <http://www.stat.si/eng/index.asp>, 12.10.2012.

³³ To su porezi na porez na dohodak, PDV, korporativni porez i akcize.

zdravstvene institucije na državnom ili regionalnom nivou, dok se tekuće finansiranje javnih zdravstvenih ustanova i javnih apoteka vrši iz sredstava koje ubiraju opštine na čijoj se teritoriji te ustanove i apoteke nalaze, po osnovu sopstvenih poreza.³⁴

Premije za dobrovoljno osiguranje i određene vrste direktnog plaćanja predstavljaju privatne izvore finansiranja zdravstva.³⁵ Na nivou Zakona je utvrđeno da su sve kompanije koje nude usluge dobrovoljnog osiguranja dužne da naplaćuju jednaku premiju svim licima, nezavisno od njihovog pola, godišta ili zdravstvenog osiguranja³⁶. Tako skupljena sredstva, kompanije dalje raspodeljuju za plaćanje pruženih zdravstvenih usluga njihovim osiguranicima.

„Plaćanja iz džepa” u Sloveniji postoje u formi podele troškova i direktnog plaćanja. Podela troškova je uvedena Zakonom kao deo obaveznog zdravstvenog osiguranja. Određene zdravstvene usluge su samo delimično pokrivenе obaveznim zdravstvenim osiguranjem, dok ostatak troškova mora da snosi sam osiguranik³⁷. Kao što je pomenuto ranije, osiguranici se odlučuju za komplementarno zdravstveno osiguranje radi pokrivanja tog dela troškova. Što bi se moglo tumačiti kao „osiguranje od participacije”. Za slučaj da lice nije osigurano komplementarnim osiguranjem, moraće samo da snosi navedene troškove. Uvedene je i ograničenja ovom vidu „plaćanja iz džepa” - naime, određen je maksimalni iznos koji pojedinca može platiti tokom godine.³⁸

Direktno plaćanje je predviđeno za finansiranje onih zdravstvenih usluga koje nisu pokrivenе ni jednom vrstom osiguranja, npr. odlazak lekara primarnog nivoa zdravstvene zaštite ili kod privatnog davaoca usluga koji nema zaključen ugovor sa Zavodom; odlazak kod specijaliste bez uputa lekara opšte prakse ili kod privatnog zubara ili korišćenje bilo koje druge zdravstvene usluge koja nije uključena u obavezni paket zdravstvenih usluga. Estetske operacije nisu pokrivenе ni jednom vrstom zdravstvenog osiguranja i zato se moraju direktno plaćati.

³⁴ Oko 1, 2% ukupnog opštinskog budžeta se izdvaja za zdravstvo.

³⁵ U 2010. godini 29% ukupnih troškova za zdravstvo je pokriveno upravo ovim sredstvima, <http://www.stat.si/eng/index.asp>, 12.10.2012.

³⁶ Zakon o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju, *Uredni list RS*, 100% 2005. Potom je donesen i Zakon o ravnotežnim šemama, koji je ukinuo mogućnost da osiguravajuće društvo uključuje u izračunavanje premije bilo kakav element, koji uzima u obzir rizik od oboljevanja. Postoji samo mogućnost davanja komercijalnih popusta, ali ne mogu preći iznos od 5%.

³⁷ Čl. 23 Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju precizira način podele troškova.

³⁸ Ovakav sistem ograničenja plaćanja se sreće još u Francuskoj i Danskoj.

6. NAČINI PLAĆANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA³⁹

Nivoi plaćanja zdravstvenih usluga su zasnovani na godišnjim ugovorima zaključenim između Zavoda i davalaca zdravstvenih usluga, koji predviđaju cene, obim i vrste usluga u okviru programa zdravstvene zaštite. Mehanizmi plaćanja za zdravstvene usluge su isti za sve davaoce zdravstvenih usluga, bilo javne bilo privatne, koji delaju u okviru javne zdravstvene mreže, odnosno, ukoliko su sklopile ugovor sa Zavodom.⁴⁰

Na primarnom nivou zdravstvene zaštite za usluge pedijataru, operacije izvedene od strane lekara opšte prakse i operacije dece školskog uzrasta primenjuju se sistem koji kombinuje plaćanje po osnovu kapitacije i plaćanje po zdravstvenoj usluzi. Isti sistem plaćanja se primenjuje i na primarnoj ginekologiji, dok se u drugim oblastima primarnog nivoa zdravstvene zaštite plaćanje vrši po zdravstvenoj usluzi.

Usluge specijaliste u dispanzerima se plaćaju po zdravstvenoj usluzi. Za svaku uslugu specijaliste u dispanzeru su predviđeni standardi pomoću kojih se predviđa godišnji broj poseta tima specijalista, pa je iznos sredstava predviđen za ove zdravstvene usluge unapred određen ugovorom i ograničen.

Za bolničku negu je od 2000. godine uveden kombinovani sistem plaćanja: za akutnu bolničku negu usluge se plaćaju po osnovu dijagnostički srodnih grupa⁴¹, dok se za neakutnu bolničku negu primenjuje sistem plaćanja po bolničkom danu. Za ostale vrste bolničkog lečenja (misli se, pre svega, na psihijatrijsko lečenje i rehabilitaciju) primenjuje se plaćanje po zdravstvenoj usluzi.

³⁹ T. Albreht, E. Turk, M. Toth *et al*, "Slovenia, Health System Review", *Health Systems in Transition* vol.11, br.3(ur. M. Schaefer, O. Avdeeva, E. von Ginneken), European Observatory on Health Systems and Policies 2009, 103-133.

⁴⁰Videti: <http://www.zzs.si/zzs/internet/zzseng.nsf/o/1391832C7C3CBDFDC1256E89004A9C41>, 10.10.2012.

⁴¹ Sistem plaćanja po dijagnostički srodnim grupama je uveden 2003. godine sa ciljem eliminisanja nedostataka plaćanja po zdravstvenoj usluzi. Uvođenjem DSG je izvršena alokacija 10% sredstava na oblast akutnog bolničkog lečenja. U početku je bila predviđena 661 DSG, ali od 2005 . godini postoji 653 DSG jer su za dijalizu i transplantaciju predviđeni posebni metodi plaćanja. Sistem plaćanja po DRG u Sloveniji je zasnovan na australijskom modelu i omogućava da se predvidi budžet svakog pojedinačnog pružaoca usluga. Od uvođenja DSG smanjena je dužina boravka u bolnicama. Međutim, često se kao nedostatak navodi nemogućnost preciznog utvrđivanja koliko je svaki pojedinačni doktor učestvovao ili doprineo lečenju pojedinačne dijagnostički srodne grupe.

Zubarske usluge se plaćaju po sistemu plaćanja po zdravstvenoj usluzi. Obim usluga koji će finansirati Zavod je predviđen ugovorom.⁴² Plaćanje po zdravstvenoj usluzi se primenjuje i kod apotekarskih usluga.

*Zdravstvene usluge koje pružaju socijalne ustanove*⁴³ u okviru mreže javnog zdravstva se plaćaju po bolničkom danu. Usluge zdravstvene nege u banjama koje su u mreži javnog zdravstva se plaćaju po zdravstvenoj usluzi.

Za finansiranje zdravstvenih usluga u hitnim slučajevima predviđeno je plaćanje po zdravstvenoj usluzi. Vrednost usluga transporta u hitnim slučajevima se određuje shodno planiranom budžetu za transport u hitnim slučajevima i shodno ceni za pređene kilometre u slučajevima koji nisu hitni, a sve to u okviru planiranog broja kilometara.

Slovenija nema jedinstven sistem dugotrajne nege za stara, hronično bolesna, nepokretna ili druga lica sa posebnim potrebama, kojima je potrebna delimična ili potpuna nega za obavljanje osnovnih dnevnih životnih aktivnosti. U okviru postojećih sistema socijalne zaštite su obezbeđene različite usluge za ova lica⁴⁴. Lica kojima je potrebna dugotrajna nega mogu dobiti ili novčanu naknadu kojom će samostalno raspolagati, ili da im se delimično pokriju troškovi za korišćenje usluga iz pomenutih programa socijalne zaštite. Novčana naknada je ograničena na lica koja primaju starosnu ili invalidsku penziju, socijalnu pomoć, nezaposlene usled visokog stepena invaliditeta, ratne invalide i veterane. Finansiranje usluga ili novčanih naknada potiče delimično od poreza, a delimično od doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje ili penzijsko-invalidsko osiguranje.

Plaćanje zdravstvenih radnika: Zdravstveni radnici mogu pružati zdravstvenu negu na primarnom i sekundarnom nivou po osnovu ugovora sa javnim ili privatnim pružaocima zdravstvenih usluga.⁴⁵ Oni radnici koji imaju ugovor sa javnim pružaocima

⁴² Prilikom određenja cene usluga uzimaju se u obzir iznosi plata, troškovi za materijal, amortizacija i sl.

⁴³ Pod socijalnim ustanovama se misli na staračke domove, rehabilitacione institucije za fizički ili mentalno obolela lica.

⁴⁴ Neke od usluga su: institucionalna nega, produžena hospitalizacija, kućna nega.

⁴⁵ Pružaoci zdravstvenih usluga mogu biti podeljeni na individualne (doktori, medicinske sestre, stomatolozi i farmaceuti) i kolektivne (bolnice, rehabilitacioni centri i primarni centri). Individualni pružaoci usluga su pod kontrolom profesionalnih udruženja, dok su kolektivni regulisani propisima usvojenim u skladu sa politikom Ministarstva zdravlja.

usluga imaju status javnih službenika i plaćeni su od strane Zavoda za pružene usluge.⁴⁶ Zdravstveni radnici koji rade za privatne pružaoce usluga koji su zaključili ugovor sa Zavodom su plaćeni na osnovu vrste, obima i vrednosti posebnih standardizovanih programa, koji su predviđeni ugovorom sa Zavodom. U slučaju da privatni pružalac zdravstvenih usluga nije zaključio ugovor sa Zavodom da je, stoga, van mreže javnog zdravstva, zdravstveni radnici će biti plaćani direktno od pacijenata ili putem suplementarnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Prema Zakonu, Medicinska komora je dužna da odredi cene usluga privatnih pružalaca, koje potom mora potvrditi Ministarstvo zdravlja.

7. ZAKLJUČAK

Polazeći od strukture zdravstvenog sistema, nivoa pacijentima zajemčenih prava, opšteg zdravstvenog stanja nacije i dr, sistem zdravstvene zaštite Slovenije može se oceniti kao moderan. Međutim, u poređenju sa drugim evropskim zemljama, njega karakterišu izvesne specifičnosti i nedostaci, koje se pre svega ogledaju u rasprostranjenosti dobrovoljnog osiguranja kao i činjenici da su davaoci specijalističkih zdravstvenih usluga najvećim delom u državnom vlasništvu, što je prevashodno posledica istorijskih okolnosti i time uslovljenog razvojnog puta zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja.

Među značajnijim nedostacima u funkcionisanju zdravstvene zaštite u Sloveniji nalaze se ograničenost kapaciteta (misli se na nedostatak zdravstvenih radnika i bolničkih kreveta) i ograničenost pristupa zdravstvenoj zaštiti. Jedna od posledica deficitarnosti zdravstvenih radnika je i ta da su zaposlenih iz javnih ustanova počele sa radom po ugovoru sa privatnim, a neretko i sa javnim ustanovama.⁴⁷

Naime, Slovenija je razvila opšti sistem zdravstvene zaštite, u kome je pristup primarnom nivou zaštite obezbeđen svim licima. Problematično je pitanje pristupa sekundarnoj i tercijarnoj zaštiti, koje je moguće samo uz uput izabranog lekara. U oblasti ortopedije, kardiovaskularne hirurgije, endokrinologije, kao i kada je potrebno izvršiti snimanje magnetnom rezonancom postoje liste čekanja, a to predstavlja smetnju pristupu

⁴⁶ Iznos plata se utvrđuje u pregovorima između sindikata i Ministarstva zdravlja, koji se posle unosi u opšte i posebne ugovore za različite vrste pružaoaca zdravstvenih usluga. Njihov položaj je regulisan Zakonom o javnim službenicima, Ur. L. RS 63/2007).

⁴⁷ T. Abreht, 2009, 9.

zdravstvenoj zaštiti. Opcija pacijentima kojima su potrebne ove zdravstvene usluge, a koji žele da izbegnu liste čekanja, jeste da izvrše direktno plaćanje ili da se opredele za suplementarno zdravstveno osiguranje.

Principi solidarnosti i jednakih doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje se primenjuju na sva lica koja imaju redovna primanja ili primaju izvesne nadoknade na osnovu penzijskog i invalidskog osiguranja. Međutim, činjenica da su izvesne kategorije osiguranika (npr. zanatlije ili samostalni preduzetnici) slobodne da same odrede osnovicu za obračun doprinosa, kao i činjenica da su sva prava koja proizilaze iz obaveznog zdravstvenog osiguranja jednaka za sve osiguranike nezavisno od iznosa njihovih doprinosa, može predstavljati izvor nejednakosti i značajnog gubljenja finansijskih sredstava.⁴⁸ Sem toga, princip solidarnosti se ne ostvaruje tako lako ni u pogledu osiguranja u slučaju povreda na radu ili profesionalnih bolesti jer troškove lečenja i rehabilitacije u tom slučaju ne snosi poslodavac, što bi bilo za očekivati pošto je on odgovoran za bezbednost na radu, već Zavod tako da svi osiguranici delimično snose troškove prouzrokovane nebezbednim i nesigurnim radnim mestima.

Međutim, i pored iznetih nedostataka zdravstvenog sistema Slovenije, ne može se osporiti da su ukupna struktura zdravstva, nivo garantovane zdravstvene zaštite, metodi skupljanja sredstava za zdravstveno osiguranje vremenom znatno poboljšani, a tome je doprinela implementacija odgovarajućih propisa, sistem zdravstvenog osiguranja, kao i posvećenost stanovništva ostvarenju principa solidarnosti. Pored toga, Slovenija svakodnevno nastoji da osavremnei svoj zdravstveni sistem. Tako je Slovenija prva država koja je uvela elektronske kartice za zdravstveno osiguranje. Sada i ostale države članice uvode sličnu infrastrukturu. Ipak, pred Slovenijom ostaje jedan veliki izazov u budućnosti, a to je okončanje privatizacije u ovoj oblasti, kao i povećanje efikasnosti zdravstvenog sistema.

⁴⁸ Prema procenama Zavoda za zdravstveno osiguranja ta suma dostiže iznos od 150 miliona evra.