

# FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI

## 1. UVOD

Financiranje zdravstva pomeni zbiranje in razporejanje sredstev na vse ravni zdravstvene dejavnosti. Sistem financiranja zdravstvenega varstva je izjemnega pomena za učinkovito izvajanje zdravstvenih programov in zagotavljanje kakovostnih storitev ter dostopnosti zavarovancev do pravic, dogovorjenih v zdravstveni zakonodaji.

Slovenija ima precej dolgo zgodovino oblikovanja javnega zdravstvenega varstva.

Ugotovimo lahko, da je v zgodovini celotnega razvoja sistem temeljil na solidarnosti, neprofitnosti, sorazmerno visoki stopnji zdravstvene in socialne varnosti in pravičnosti ter vključenosti celotnega prebivalstva v obvezno (OZZ) zdravstveno zavarovanje.

Glede na način zbiranja sredstev v Evropi poznamo tri različne modele sistemov zdravstvenega varstva in sicer Bismarckov model ali model socialnega zdravstvenega zavarovanja, Beveridgov ali model nacionalnega zdravstvenega varstva in Semaškov model ali model socialističnega zdravstvenega varstva.

Slovenija spada med države z Bismarckovim modelom, to je socialno zdravstveno zavarovanje.

## 2. OBLIKE VIROV ZA FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI

Sredstva za financiranje zdravstvenega varstva v Sloveniji delimo na tri oblike, javna sredstva, zasebna sredstva iz prostovoljnih zavarovanj in zasebna sredstva za samozdravljenje.

### **2.1. Javna sredstva**

Predstavljajo jih prihodki, ki jih Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) pridobi s prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje. Glavni vir teh sredstev so prispevki zavarovancev, tako delodajalcev kot delojemalcev. Prispevki se obračunavajo po proporcionalnih stopnjah glede na dohodke oziroma druge določene osnove zavezancev, o stopnji prispevka pa odloča državni zbor (2010-12,92% bruto osebnega dohodka).

Poleg sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja kateri predstavljajo 80% vseh sredstev za zdravstvo, se zdravstvu financira še iz premij prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (12,3%), proračunskih sredstev in sredstev drugih naročnikov (samoplačniki).

Slovenija je namenila za zdravstvo v letu 2010 9% bruto družbenega proizvoda (BDP), ali 3.220,7 Mio €, kar nas uvršča v spodnjo četrtino držav v Evropi po deležu za zdravstvo (8,2 – 11,1% BDP).

### 3. PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA IN SPLOŠNI DOGOVOR

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ). ZZVZZ določa, da natančnejši obseg posameznih pravic, postopke za njihovo uveljavljanje in tudi normative in standarde storitev določi ZZZS. ZZZS je po zakonu izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja so akt ZZZS, ki ga sprejme skupščina zavoda. Sestavljajo jo predstavniki delodajalcev in zavarovancev. S pravili se mora strinjati minister za zdravje, nato pa se objavijo v Uradnem listu RS in se praviloma 15 dni po objavi začnejo uporabljati. Pravila se spreminjajo oziroma dopolnjujejo enkrat do dvakrat letno. Spreminjajo se zaradi prilagajanja pravic novim tehnologijam in potrebam zavarovanih oseb, ki morajo biti strokovno podprta. Vsak predlog preuči posebna strokovna komisija Zavoda, ki jo sestavljajo strokovnjaki s področja medicine, ekonomije in prava.

Razporejanje sredstev za zdravstvene programe se v Sloveniji letno izvaja na partnerskih pogajanjih, v katera se vključujejo predstavniki: Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije.

Dogovarjajo se o obsegu in vrednostih zdravstvenih programov. Sprejete vsebine se oblikujejo v Splošnem dogovoru za tekoče leto in Področnih dogovorih.

Naslednji korak je podpisovanje pogodb z izvajalci (javnimi zavodi in zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev).

#### 4. OSNOVNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST

Za izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti, ki zagotavlja 80% storitev v zdravstvu je bilo namenjeno v letu 2010 samo 17% sredstev, namenjenih za zdravstvo. Delež sredstev že od leta 2002 upada iz 20,6%.

##### **4.1. Način financiranja osnovne zdravstvene dejavnosti**

Organizacija dela v ambulantah primarnega zdravstvenega varstva, katere del je poslovanje, v enakem deležu doprinaša k cilju obravnave bolnikov kot klinična stroka. Razumevanje ekonomskega vidika poslovanja je osnova za odločanje in planiranje dela v ambulanti.

Vsakodnevno delo v ambulanti in vse strokovne odločitve se prepletajo z vsebinami organizacije dela in poslovanja, česar se morajo vsi izvajalci, ne le zasebne ambulante vse bolj zavedati.

Pogoje in načine financiranja osnovne zdravstvene dejavnosti urejajo Splošni dogovor in Področni dogovori. Splošne ambulante (tako zasebne kot v zdravstvenih domovih), otroški in šolski dispanzerji ter kurativna dejavnost v medicini dela, prometa in športa pridobivajo svoj dohodek na štiri načine:

- z glavarino,
- s pregledi oz. obiski,
- z medicinskimi posegi,
- s pavšalnim zneskom za dogovorjene programe.

##### **4.1.2. Financiranje ambulante družinske medicine**

Glavarina je število opredeljenih zavarovanih oseb, ki je določenega zdravnika izbrala za svojega osebnega zdravnika.

Glavarina se izraža v količniku (enota za obračunavanje, katere cena je enaka za vse izvajalce).

Na osnovi glavarine prejme ambulanta okvirno polovico prihodka.

V letu 2011 je bil letni plan glavarinskih količnikov 28.546 oziroma 2378 mesečno.

Vrednotenje količnikov je opredeljeno glede na starost opredeljenih oseb:

Starost:	Število količnikov na mesec
do 1 leta	3,00
1 do 6 let	1,90
7 do 18 let	0,88
19 do 49 let	0,84
50 do 64 let	1,40
65 do 74 let	2,20
nad 75 let	3,00

**Storitve** obsegajo obiske v ambulanti ali na domu ter medicinske posege.

Obračunska enota za storitve se izraža v količnikih.

Število količnikov je odvisno od obsežnosti pregleda in posega, ki je bil narejen med obiskom.

Višino količnikov določa ZZZS in jih je treba natančno evidentirati v zdravstveni dokumentaciji.

K 0001	kratek obisk	1,5 količnikov
K 0002	prvi kurativni pregled	3,6 »
K 0003	ponovni kurativni pregled	2,3
K 0004	preventivni pregled otroka in šolarja	9,0
K 0005	preventivni pregled odraslega	13,0
K 0006	priprava bolnika za oceno na invalidski komisiji	13,0
K 0007	obsežen pregled	28,0
K 0008	lažje dostopen hišni obisk	12,0
K 0009	težje dostopen hišni obisk	20,0
K 00010	pregled pred cepljenjem otroka v 2. Letu	6,0
K 00011	cepljenje šolskega ali predšolskega otroka	1,5
K 00020	mali poseg	2,0
K 00021	srednji poseg	4,0
K 00022	veliki poseg	7,0
K 00023	obsežno delo	18,0

Letni plan količnikov iz storitev je bil v letu 2011 27.488 oziroma minimalno 13.000 količnikov. 100% realizacija plana storitev obsega 42% celotnega prihodka ambulante. Pogoj za 100% plačilo ambulante družinske medicine je opravljen plan preventivnih pregledov odraslih, kar doprinese 8% plačila ambulante.

Prihodki v ambulanti družinske medicine

85% prihodkov ambulante družinske medicine prinašajo nakazila ZZZS in obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ). Višina akontacij je odvisna od realizacije glavarine (50%), števila opravljenih storitev 4,2% ter realizacije preventivnih pregledov (8%).

15% vrednosti storitev (ne glavarine) je pokrito iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (PZZ), katerega zavarovanci nakazujejo komercialnim zavarovalnicam (Vzajemna zdr. zavarovalnica, Adriatic).

Sredstva nakazuje ZZS v obliki mesečnih akontacij. Preseganje glavarine plačujejo v celoti, preseganje storitev plačujejo do indeksa preseganja glavarine, preko doseganja glavarine storitve iz OZZ niso plačane, iz PZZ je plačano 15% vrednosti storitev preko plana (Primer: če ima ambulanta glavarino 120% povprečja, je plačanih storitev le do višine 110% predvidenih količnikov).

V Splošnem dogovoru za tekoče leto so opredeljene kalkulacije za planiranje in financiranje programov zdravstvenih storitev.

## PRIHODKI AMBULANTE DRUŽINSKE MEDICINE 2011

	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	K IZ OBISKOV
ZDRAVNIK SPECIALIST	1,00	53	44.077,12	27.488
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	1,10	25	16.169,20	NORMATIV iz 43.čl.DOGOVORA
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,36	24	5.088,20	
				K IZ GLAVARINE
				28.546
SKUPAJ	2,46		65.334,52	56.034
NOSILCI LAB. MEDICINE	0,33	25	4.850,76	TOČKE
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,6	24	848,03	
SKUPAJ LABORATORIJ	0,39		5.698,79	4.200
SKUPAJ LABORATORIJ				
VSE SKUPAJ	2,85		71.033,31	

FINANČNI NAČRT	PROGRAM	LABORATORIJ	SKUPAJ	CENE
BRUTO OD	65.334,52	5.698,79	71.033,31	
OBVEZNOSTI	10.518,86	917,51	11.436,37	
SKUPNA PORABA	2.458,50	389,76	2.848,26	
PREMIJA ZA DOD.POK.ZAV.	958,17	151,91	1.110,08	
MAT. STROŠKI**	19.456,02	7.494,80	26.950,82	VISOKA
AMORTIZACIJA	3.163,77	368,34	3.532,11	4,17
DOD.SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	773,76		773,76	NIZKA
SKUPAJ – EUR	102.663,60	15.021,11	117.684,71	2,05
SKUPAJ –EUR (-2,5%)	100.097,01	14.645,59	114.742,60	

Iz razpredelnice je razvidno, da kalkulativni element vključujejo kadrovske normative, sredstva za laboratorijsko diagnostiko in materialne stroške.

Skupen prihodek ambulante ob 100% izpolnjenih obveznostih je v letu 2011 znašal 114.742 €.

