

ANALIZA
ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V
SLOVENIJI

Pregled izdatkov v zdravstvu

Končno poročilo, oktober 2015

(nelektorirana verzija)



Pregled izdatkov v zdravstvu

Končno poročilo

7. oktobra 2015

Pregled izdatkov v zdravstvu

Pripravil:

Jon Cylus

Evropski observatorij za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik

Vsebina

Seznam tabel in slik.....	4
Zahvala.....	6
Seznam kratic.....	7
Ključne ugotovitve	8
Uvod.....	1
Ozadje: makroekonomske razmere.....	2
Prihodki v zdravstvenem sistemu	13
Izdatki za zdravstvo.....	24
Ključni razlogi za spremembe porabe v zdravstvu.....	40
Blago in storitve v zdravstvu	46
Stroški dela in stroški kapitala	52
Posledice nedavnih in prihodnjih trendov	63
Povzetek ključnih ugotovitev.....	70
Seznam literature.....	71

Seznam tabel in slik

Tabele

Tabela 1: Zakonsko določene prispevne stopnje za OZZ med letoma 2004 in 2014.....	17
Tabela 2: Višine premij DZZ (Vzajemna) in odstotek povečanja.....	21
Tabela 3: Distribucija glavnih virov financiranja tekočih izdatkov za zdravstvo, 2003–2014.....	33
Tabela 4: Odstotek cene zdravstvene storitve, ki jo plača ZZS.....	43
Tabela 5: Tekoči presežki in primanjkljaji v javnih bolnišnicah	46
Tabela 6: Kumulativna višina presežkov oz. primanjkljajev iz preteklih let v javnih bolnišnicah	47
Tabela 7: izdatki za dolgotrajno oskrbo, po viru financiranja in po funkciji, 2003–2013	51
Tabela 8: Primeri izračunov plačil za dežurstvo.....	59
Tabela 9: Projekcije glede zdravja in dolgotrajne oskrbe kot % BDP (delovna skupina za staranje prebivalstva, AWG 2015), s prispevkom staranja v obdobju 2013–2060, referenčni scenariji in tvegani scenariji za Slovenijo in EU.....	69

Slike

Slika 1: Rast realnega BDP, Slovenija in EU-28	2
Slika 2: Stopnja brezposelnosti, Slovenija in EU-28	4
Slika 3: Realna rast bruto plač na zaposlenega, Slovenija, 2005–2017	5
Slika 4: Delež javnega dolga v BDP in primanjkljaj/presežek, 2003 – 2014.....	6
Slika 5: Primerjava deležev javnega dolga v BDP v EU, 2008 in 2014.....	7
Slika 6: Primerjava prihodkov in izdatkov sektorja država kot delež BDP, Slovenija, 2005 – 2014.....	8
Slika 7: Rast stopnje davčnih prihodkov in prihodkov od socialnih prispevkov v Sloveniji, 2005–2013	9
Slika 8: Izdatki sektorja država, raven v mio EUR, in stopnje rasti, Slovenija, 2004–2013	10
Slika 9: Distribucija izdatkov sektorja država, Slovenija, 2004–2013	11
Slika 10: Delež izdatkov za zdravstvo v celotnih izdatkih sektorja država, 2012	12
Slika 11: Prihodki ZZS in stopnje rasti, Slovenija, 2004–2014.....	13
Slika 12: Rast prihodkov ZZS iz naslova prispevkov za socialno varnost v primerjavi s stopnjami brezposelnosti in z realno rastjo plač	14
Slika 13: Delež celotnih prihodkov ZZS, ki prihajajo od prispevkov za socialno varnost, razdeljen po virih, 2000–2014	15
Slika 14: Povprečni mesečni prispevki OZZ na osebo (v EUR), 2004–2014	18
Slika 15: Različne skupine zavezancev OZZ, po kategoriji zavezanca, 2004–2014	19
Slika 16: Aktivno zaposleno prebivalstvo, osebe, zavarovane z javnimi sredstvi, in njihovi družinski člani, ki ne plačujejo prispevkov 2004–2014	20
Slika 17: Donosnost DZZ – premije, zavarovalni zahtevki in obratovalni stroški, 2007–2014.....	22
Slika 18: Dobiček in izguba iz naslova DZZ, 2007–2014.....	23

Slika 19: Skupni, javni in zasebni izdatki za zdravstvo kot delež (%) BDP, 2000–2014.....	24
Slika 20: Tekoči izdatki za zdravstvo (EUR na prebivalca) in rast v Sloveniji, 2000–2014.....	25
Slika 21: Javni izdatki za zdravstvo (EUR na prebivalca) in rast v Sloveniji, 2000–2014.....	26
Slika 22: Struktura tekočih izdatkov za zdravstvo po viru financiranja, 2003–2014.....	26
Slika 23: Delež (%) in struktura javnih izdatkov za zdravstvo v tekočih izdatkih, 2012.....	27
Slika 24: Neto zahtevki dodatnega DZZ in rast, 2007–2014.....	29
Slika 25: Neto zahtevki DZZ in rast, 2007–2014.....	30
Slika 26: Finančna zaščita, 2007 in 2012.....	31
Slika 27: Realna rast izdatkov za zdravstvo, 2003–2014.....	32
Slika 28: Javni izdatki za zdravstvo po namenu, 2003–2013.....	35
Slika 29: Sprememba porazdelitve javnih izdatkov za zdravstvo, 2008–2013.....	36
Slika 30: Operacije sive mreže, število, 2005–2012.....	37
Slika 31: Prispevek k rasti porabe ZZS, po storitvah, 2005–2014.....	38
Slika 32: Spremembe povprečne letne vrednosti uteži SPP.....	41
Slika 33: Spremembe števila zdravil na pozitivnih in vmesnih listah.....	49
Slika 34: Indeks realne rasti izdatkov za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji, 2003–2013.....	50
Slika 35: Zdravniki in med. sestre na 100.000 prebivalcev v Evropi, podatki za zadnje razpoložljivo leto.....	53
Slika 36: Zaposlitev v dejavnostih javnih storitev kot delež skupne zaposlitve v Sloveniji in v EU, v osebah in v opravljenih urah dela, 2013.....	54
Slika 37: Rast zaposlenosti v dejavnostih javnega sektorja pred krizo in med njo, Slovenija in EU.....	54
Slika 38: Javna poraba za nadomestila delavcem v zdravstvu kot % BDP, 2013.....	55
Slika 39: Primerjava rasti bruto dohodka med delavci v zdravstvu in vsemi vrstami prejemnikov dohodka.....	56
Slika 40: Povprečne mesečne bruto plače pri pravnih osebah po dejavnostih.....	57
Slika 41: Rast plač in nadurnega dela v zdravstvu, 2007–2014.....	58
Slika 42: Državni izdatki za bruto naložbe v osnovna sredstva v zdravstvu kot % skupnih državnih izdatkov za bruto naložbe v osnovna sredstva, 2013.....	60
Slika 43: Distribucija izdatkov za kapitalne naložbe v zdravstvenem sistemu, 2003–2013.....	61
Slika 44: Distribucija investicijskih izdatkov v javnih bolnišnicah.....	62
Slika 45: Presežek/Primanjkljaj ter rezerve ZZS.....	64
Slika 46: Projekcije za BDP, zaposlenost in bruto plače.....	65
Slika 47: Projekcije rasti prihodkov in izdatkov, ZZS.....	66
Slika 48: Delež prebivalstva, starega 65 let ali več, in delež prebivalstva, starega 80 let in več, Slovenija in EU-28.....	67

Zahvala

Tega poročila ne bi bilo mogoče pripraviti brez prispevkov mnogih, ki so posredovali podatke, analize, povratne informacije in druge oblike podpore. Posebno bi se rad zahvalil Vlasti Kovačič - Mežek, Evi Zver, Dušanu Jošarju, Jani Kotnik - Podberšič, Sladjani Jelisavčić, Aniti Jacović, Francu Klužerju, Mateji Nagode, Borisu Krambergerju, Lejli Fajić in Vesni Petrič. Ravno tako bi se rad zahvalil Statističnemu uradu Republike Slovenije, ker mi je omogočil dostop do anket o porabi v gospodinjstvih.

Seznam kratic

BDP	Bruto domači proizvod
DDV	Davek na dodano vrednost
DO	Dolgotrajna oskrba
DZZ	Dopolnilno zdravstveno zavarovanje
EU	Evropska unija
MOD	Mednarodna delovna organizacija (ILO)
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NPISG	Neprofitne institucije, ki opravljajo storitve za gospodinjstva
NZR	Nacionalni zdravstveni računi (NHA)
OECD	Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj
OZZ	Obvezno zdravstveno zavarovanje
PKM	Pariteta kupne moči (PPP)
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
SPP	Skupina primerljivih primerov
UMAR	Urad RS za makroekonomske analize in razvoj
WHO-HFA	Zbirka podatkov Health-For-All Svetovne zdravstvene organizacije
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Ključne ugotovitve

Ključna ugotovitev pregleda izdatkov v zdravstvu je velika občutljivost prihodkov v zdravstvenem sistemu za nihanja na trgu delovne sile. Skoraj tri četrtine prihodkov ZZZS prihaja od prispevkov zaposlenih, zato ni presenetljivo, da so se skupaj z nižanjem stopnje zaposlenosti in bruto plač med gospodarsko krizo nižala tudi sredstva za zdravstvo. Makroekonomske napovedi kažejo, da se trg delovne sile ne bo kmalu vrnil na stopnjo, na kateri je bil pred krizo, kar pomeni, da se bo zdravstveni sistem še v prihodnje spoprijemal s finančnimi pritiski. Zaradi starajočega se prebivalstva se ta težava še stopnjuje, saj so prispevki upokojujencev v ZZZS bistveno nižji kot povprečni prispevki zaposlenih.

Zato priporočamo, da se diverzifikacija virov prihodkov za ZZZS postavi kot prioriteta in da se uvedejo proticiklični finančni mehanizmi, s katerimi bo omogočena boljša uravnoteženost virov prihodkov v zdravstvenem sistemu. Brez stabilnega in zanesljivega pritoka prihodkov ZZZS in izvajalci težko načrtujejo proračun za dlje časa kot za obdobje od 6 mesecev do enega leta ter zagotovijo dostop do kakovostnih zdravstvenih storitev. Skoraj vsi drugi zdravstveni sistemi v Evropi, vključno s tistimi, ki so tradicionalno veljali za sisteme socialnega zdravstvenega zavarovanja (npr. v Franciji, Litvi, na Češkem itn.), precej sredstev prejemajo iz splošnih davčnih prihodkov. Ker ZZZS ne sme imeti primanjkljaja oz. ne sme poslovati s presežkom odhodkov nad prihodki, je vedno znova postavljen v položaj, kjer mora ali spremeniti cene, tako da ostane v okviru razpoložljivih sredstev in v vnaprej določenem obsegu storitev, ali odlagati plačila izvajalcem, dokler sredstva niso na voljo. Nižanja cen so sicer lahko ustrezna (glejte Poročilo: *Proces nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev*), odlaganje plačil, dokler sredstva niso na voljo, pa je neprimerno.

Druga ključna ugotovitev zadeva sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ) (glejte ločeno Poročilo: *Presoja o upravičenosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja*). Sicer obstajajo številne neprivačne značilnosti DZZ (npr. visoki administrativni stroški v primerjavi z ZZZS, možnost ustvarjanja in porabe dobička), vendar je med gospodarsko krizo kljub temu odigral pomembno vlogo. Brez DZZ bi bili stroški verjetno preneseni na gospodinjstva v obliki neposrednih izdatkov iz žepa, kar bi povzročilo poslabšanje dostopnosti zdravstvenih storitev in pomanjkanje finančne zaščite. Pred preoblikovanjem DZZ je nujno, da Ministrstvo za zdravje zagotovi približno 400 milijonov EUR, ki so potrebni, da se nadomesti izguba vira iz naslova DZZ. Ministrstvo za zdravje naj se osredotoči na boljše ustvarjanje prihodkov; če se izkaže, da bodo prizadevanja uspešna, bi se lahko deleži doplačil postopoma zmanjšali do točke, ko DZZ ne bi bilo več potrebno. Tak pristop bi bil manj moteč, kot če bi sistem DZZ naenkrat opustili.

Na koncu smo v sklopu pregleda ugotovili, da ZZZS plačuje za nekaj proračunskih postavk, ki niso zdravstvene storitve, vključno s specializacijami. To predstavlja zelo velik strošek, primerljiv s skupnimi operativnimi stroški in dobički DZZ. Ta strošek bi se lahko prenesel na državni proračun.

Uvod

Od nastopa finančne krize je Slovenija poskušala izboljšati vzdržnost zdravstvenega sistema in je zato implementirala ukrepe za ustvarjanje dodatnih prihodkov in za zmanjševanje izdatkov. Prizadevanja v preteklih petih letih vključujejo dvig prispevkov za samozaposlene, obvezni prispevek od delodajalcev, ki zaposlujejo študente, omejevanje upravičenosti do brezplačnih storitev, povečevanje deležev doplačil ter zniževanje cen zdravil in zdravstvenih storitev.

Po poglobljenem pregledu makroekonomskih razmer v Sloveniji leta 2014 je Svet Evropske unije izdal posebno priporočilo, s katerim vlado opozarja na nujne korake, ki jih je treba izvesti za spopadanje s čezmernim javnim primanjkljajem. Zato je Svet zahteval celovit pregled izdatkov za zdravstvo, da bi s tem podprl konsolidacijo javnih financ. Svet je priporočilo izdal, čeprav Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) – kot glavni financer zdravstva v Sloveniji – sam po sebi ne more prispevati k javnemu dolgu. Od leta 2004, ko je državni proračun pokrival visoki primanjkljaj ZZZS, se ZZZS financira skoraj izključno z letnimi prispevki svojih zavarovancev in za razliko od drugih področij javnega sektorja, tekočega leta ne sme končati negativno. Ne glede na to je pregled prihodkov in izdatkov v slovenskem zdravstvenem sistemu zaradi finančnih pritiskov, povezanih z večanjem stroškov v zdravstvu in starajočim se prebivalstvom, pomembna in časovno ustrezna naloga.

Pregled izdatkov za zdravstvo predstavlja dejstvo o tem, kako se ustvarjajo in porabljajo sredstva za zdravstveni sistem, zato da bi pomagal slovenski vladi opredeliti in izvesti reformne ukrepe, ki bodo omogočili večjo učinkovitost zdravstvenega sistema in dolgoročno vzdržnost. Pregled zagotavlja podrobno oceno trenutne ravni financiranja, alokacije sredstev, trendov in projekcij ter podpira splošno oceno uspešnosti virov v zdravstvu.

V splošnem je pregled ugotovil, da je nedavna gospodarska kriza zaradi povečanja brezposelnosti in počasnejše rasti plač povzročila precejšnja znižanja prispevkov za OZZ. Kljub zmanjšanju sredstev za zdravstvo pa se obseg blaga in storitev, za katere plačuje ZZZS, ni sorazmerno zmanjšal; zaradi zmanjšanja prihodkov je ZZZS ukrepal z nižanjem cen zdravstvenih storitev, s prelaganjem stroškov na zavarovalnice, ki ponujajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, in z odlašanjem plačil izvajalcem storitev. Zato je zmanjšanje prihodkov ZZZS najbolj prizadelo izvajalce storitev; nekateri javni izvajalci so poslovali z izgubo, manjše število javnih bolnišnic pa je potrebovalo finančno pomoč Ministrstva za finance. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je imelo med krizo pomembno vlogo, saj je ščitilo gospodinjstva pred visokimi doplačili za storitve. Hkrati je DZZ v omejenem obsegu delno subvencioniralo zagotavljanje storitev, saj zasebne zavarovalnice plačujejo izvajalcem doplačila za opravljene storitve tudi potem, ko izvajalci že opravijo pogodbeni obseg storitev, dogovorjenih z ZZZS za tisto leto. V prihodnje se bo zdravstveni sistem spopadal z naraščajočim pritiskom potreb starajočega se prebivalstva, hkrati pa bo upadalo število aktivnih zavarovancev, ki največ prispevajo za OZZ; za zagotavljanje stabilnega financiranja zdravstva in ohranjanje kakovostnih zdravstvenih storitev so dodatni viri nujni.

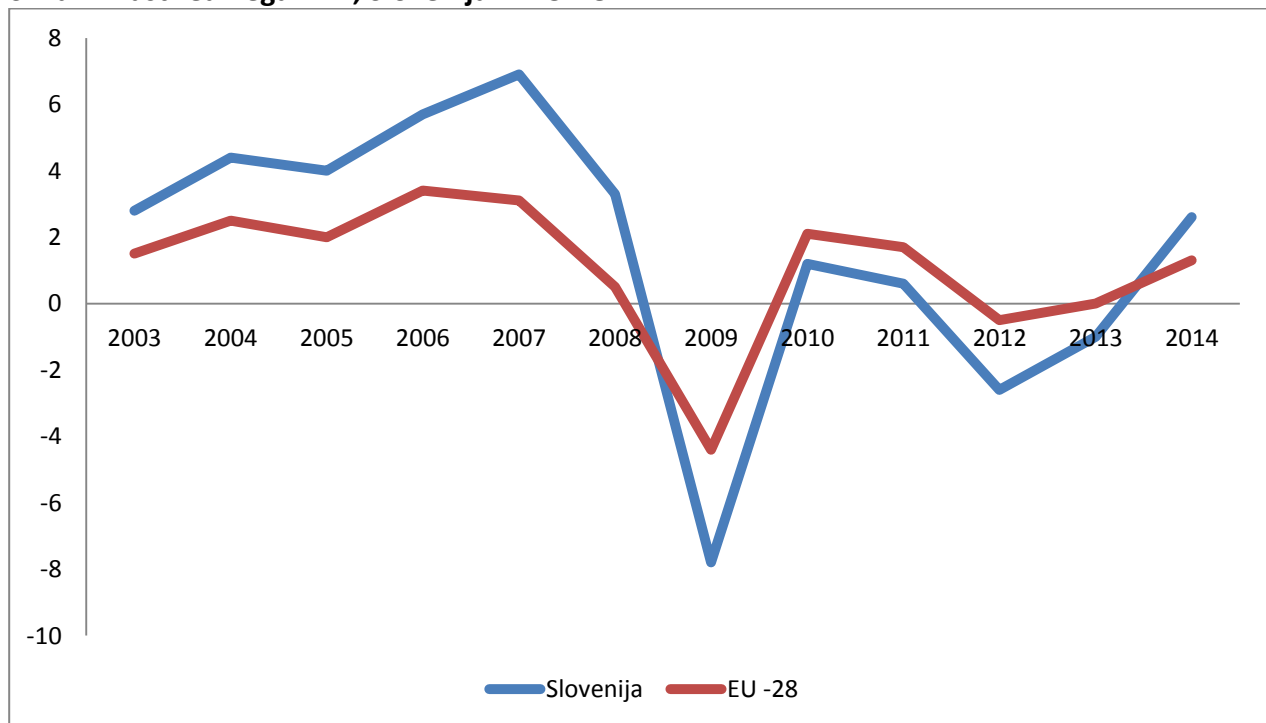
Pregled se začne z opisom makroekonomskih razmer v Sloveniji. Nato obravnava trenutno gibanje pri ustvarjanju prihodkov in izdatkov. Temu sledi pregled ključnih ukrepov iz preteklih nekaj let, ki so bili implementirani, da bi zmanjšali izdatke. Poglavlja, ki sledijo, obravnavajo, kako so spremembe pri porabi sredstev vplivale na določena področja v zdravstvenem sistemu, vključno z bolnišnicami, izdatki za zdravila in dolgotrajno oskrbo; podrobno so obravnavani tudi stroški dela in investicijski izdatki. Na koncu so prikazana tudi pričakovanja v povezavi s prihodnjimi prihodki in izdatki v kontekstu starajočega se prebivalstva. Poročilo se konča s splošnimi ugotovitvami.

Ozadje: makroekonomske razmere

Slovenija je gospodarska kriza močno prizadela.

V začetku tega stoletja je Slovenija doživljala solidno gospodarsko rast, ki jo je dodatno spodbudil pristop k Evropski uniji leta 2004, imela pa je tudi ugoden dostop do posojil. Med letoma 2000 in 2008 je bila gospodarska rast v povprečju letno 4,2 - odstotna, kar je bilo krepko nad povprečjem v EU (slika 1). Leta 2008 je BDP na prebivalca v stalnih cenah znašal 18.769 EUR.

Slika 1: Rast realnega BDP, Slovenija in EU-28



Vir: Eurostat, 2015.

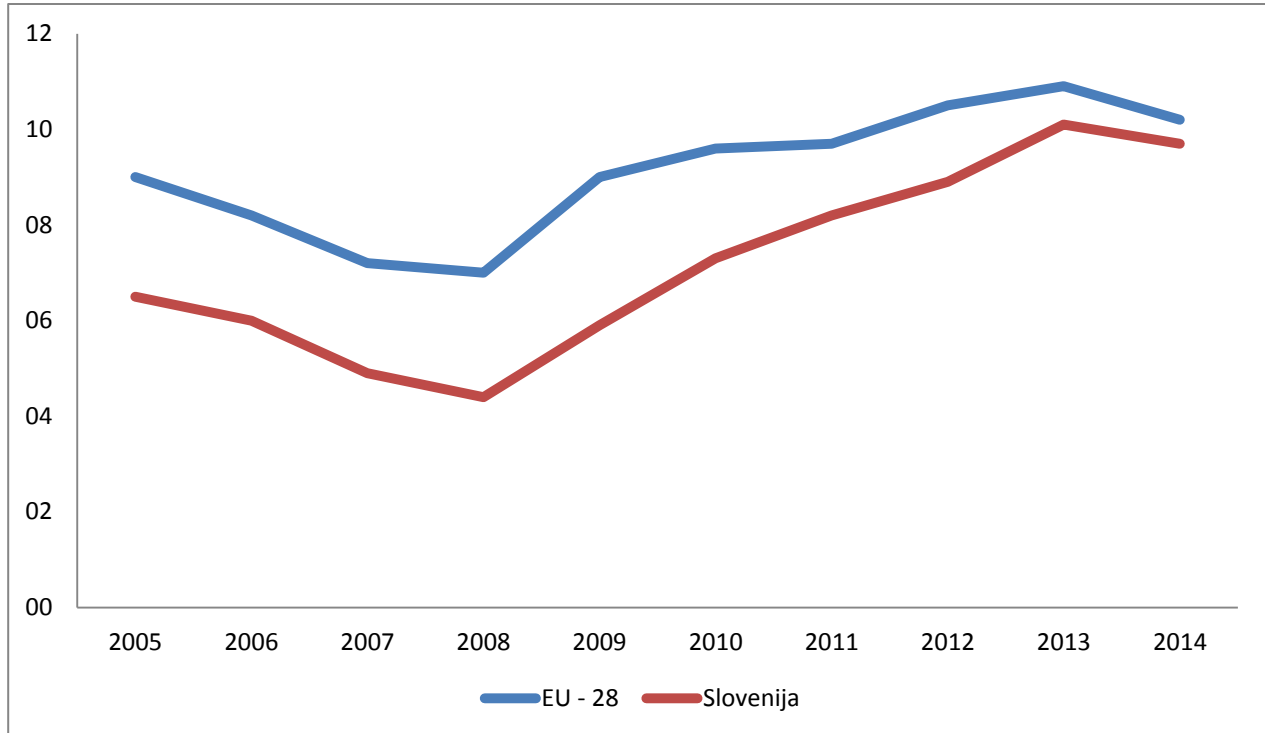
Vendar je bila visoka gospodarska rast deloma posledica nevzdržnega akumuliranja dolgov bank in gospodarskega sektorja. Podobno kot večina držav v EU je Slovenija leta 2009 doživela hud gospodarski padec; BDP se je realno znižal za $-7,8\%$, kar je bil eden izmed največjih padcev v Evropi leta 2009, bil je večji od povprečnega krčenja v EU-28 ($-4,4\%$). Med državami v EU so tistega leta večje padce BDP doživele le Finska, Latvija, Litva in Estonija.

Slovenija je imela leta 2010 sicer pozitivno realno rast BDP (1,2 %), vendar je bilo to okrevanje skromno in še vedno pod povprečjem v EU (2,1 %). Od zadnjega četrletja 2011 in do vključno leta 2013 je bilo gospodarstvo ponovno v recesiji; realno znižanje BDP je leta 2012 znašalo – 2,6 %, leta 2013 pa –1,0 %. Padeč gospodarske aktivnosti je bil tako močan, da je BDP na prebivalca, merjeno v standardih kupne moči, v obdobju od 2008 do 2013 padel z 89 % na 82 % povprečja EU, kar je na ravni razvoja Slovenije leta 2002 oziroma še pred vstopom Slovenije v EU. Druga recesija je bila tudi v drugih državah EU, toda v Sloveniji je bila posebno izrazita. Na primer: leta 2012 je BDP močneje padel le še v Italiji, na Portugalskem in v Grčiji. Do leta 2014 se je v Sloveniji sicer ponovno vzpostavila razmeroma pozitivna gospodarska rast, ki je temeljila na izvozu (nad povprečjem v EU), čeprav je še vedno nižja od povprečja pred krizo.

Brezposelnost je narasla, rast plač pa je stagnirala.

Gospodarska kriza je močno vplivala na trg delovne sile, kar je z vidika zdravstvenega sistema še posebej pomembno, saj le-ta večinoma temelji na financiranju s prispevki iz plač. Podatki Eurostata kažejo, da je stopnja brezposelnosti nenehno naraščala od 4,4 % leta 2008 do 10,1 % leta 2013 (**slika 2**). To je precej pod povprečjem EU-28 v vseh letih, toda v obdobju krize se je uradna stopnja brezposelnosti v Sloveniji bližala povprečju v EU. Nacionalni podatki o registrirani brezposelnosti, ki sicer niso mednarodno primerljivi, kažejo še višjo stopnjo brezposelnosti, ki je leta 2013 dosegla najvišjo vrednost 13,1 % in je vztrajala na tej ravni tudi leta 2014. To pomeni več kot 120.000 brezposelnih, kar je dvakrat toliko kot leta 2008 (63.200). Veliko brezposelnih je brez dela že 12 mesecev ali več; v zadnjem četrletju 2014 je 54,6 % delovno sposobnih brezposelnih oseb (15–74 let) veljalo za dolgoročno brezposelne – to je nad povprečjem v EU, ki znaša 49,8 % (Eurostat – <http://ec.europa.eu/Eurostat/web/gdp-and-beyond/quality-of-life/long-term-unemployment-rate>).

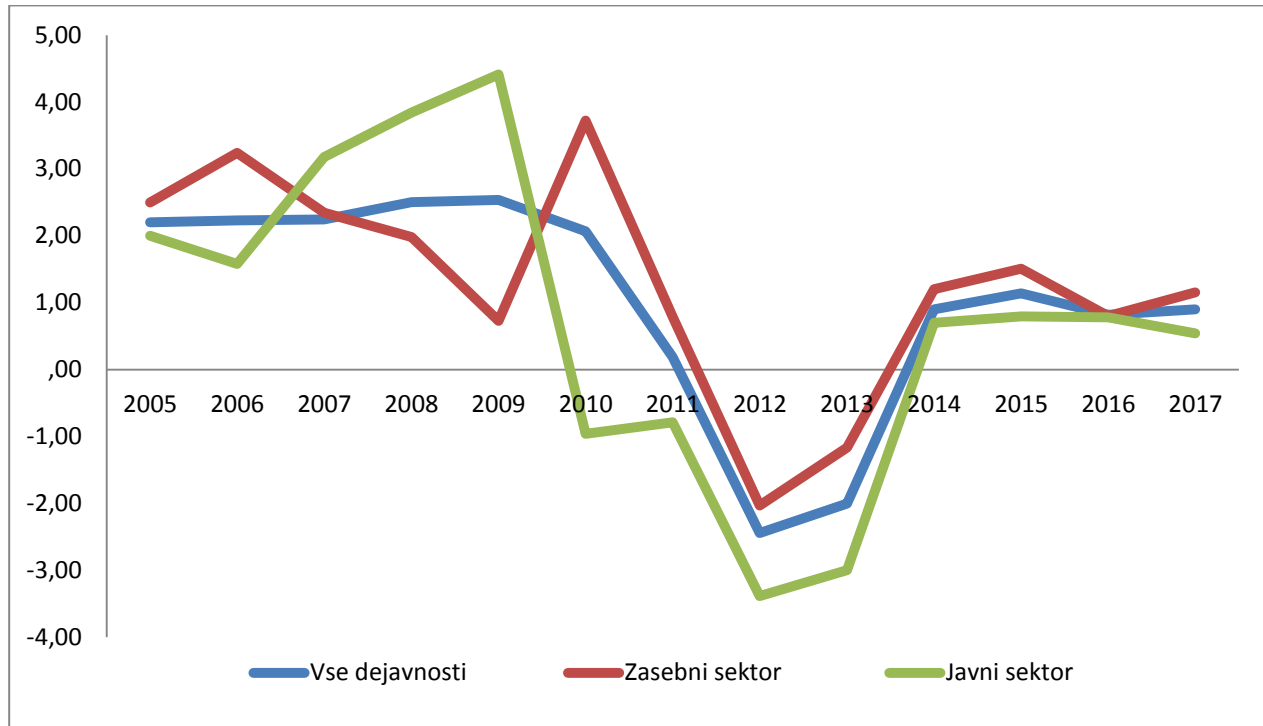
Slika 2: Stopnja brezposelnosti, Slovenija in EU-28



Vir: Eurostat, 2015.

Tisti, ki so ostali zaposleni, so dobili bistveno nižje plače kot pred krizo. Realna rast bruto plače na zaposlenega je ostala konstantna na začetku krize, in sicer je znašala več kot 2 % letno, leta 2011 pa se je precej upočasnila, leta 2012 je upadla za $-2,4\%$, leta 2013 pa za $-2,0\%$ (**slika 3**). Čeprav so plače stagnirale v javnem in zasebnem sektorju, so bili učinki veliko očitnejši v javnem sektorju, v katerem so plače pred krizo precej narasle.

Slika 3: Realna rast bruto plač na zaposlenega, Slovenija, 2005–2017



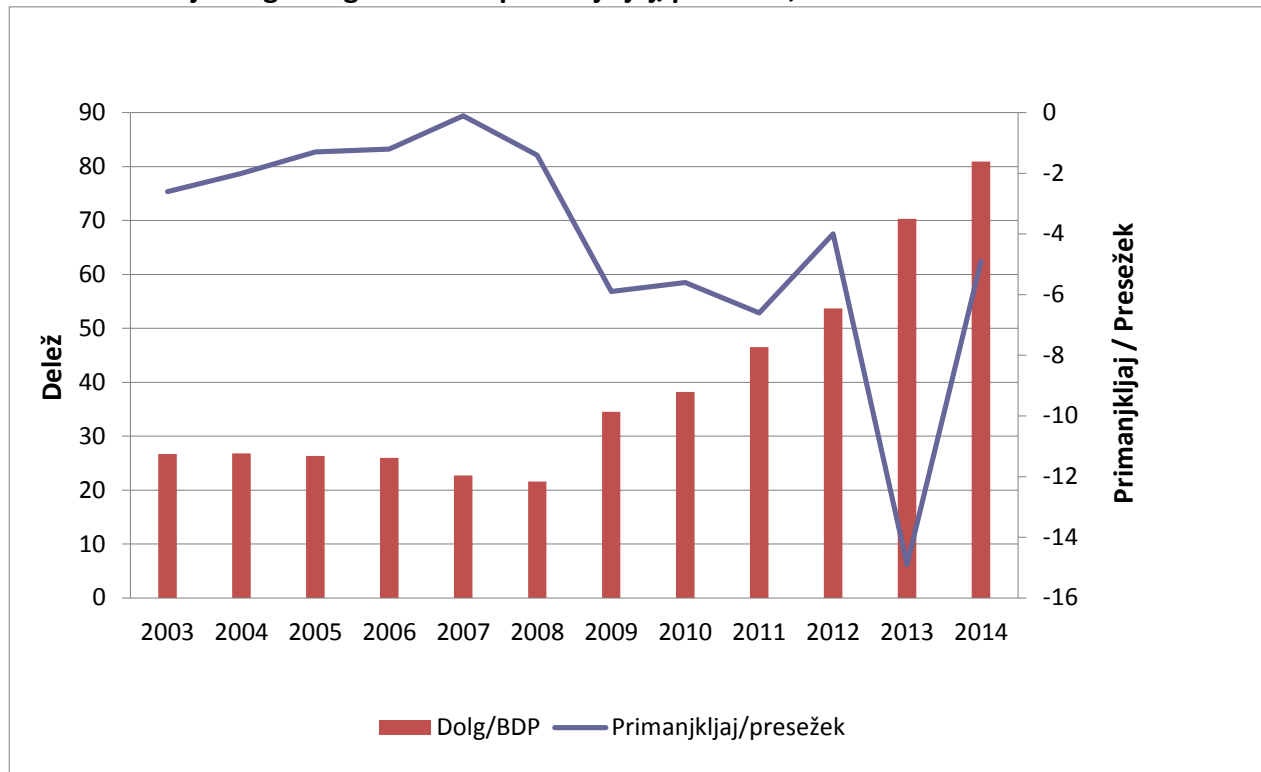
Vir: SURS Opomba: Podatki za leti 2016 in 2017 so napovedi.

Drugi podatki iz mesečnih anket Statističnega urada Republike Slovenije potrjujejo, da so v preteklih letih povprečni mesečni prihodki pravnih oseb naraščali počasneje, še zlasti v poznejših letih krize. Med letoma 2005 in 2010 je bila povprečna letna rast povprečne mesečne bruto plače 5,3 %, leta 2011 je ta odstotek znašal 2,0 %, leta 2012 pa 0,1 %.

Gospodarska kriza je negativno vplivala na javne finance.

Slabe gospodarske razmere, povečana brezposelnost, znižane plače in stroški dokapitalizacije bančnega sektorja so pomembno vplivali na javne finance. Pred gospodarsko krizo je imela Slovenija zaradi zelo močne gospodarske rasti majhen letni javni primanjkljaj. Stabilna gospodarska rast je omogočala Sloveniji ohranjanje deleža javnega dolga v BDP na razmeroma nizki ravni - pred krizo in po pristopu k EU je bil delež slovenskega javnega dolga v BDP konstantno pod 30 % (**slika 4**). Ko pa se je začela kriza, je javnofinančni primanjkljaj narasel z – 1,4 % BDP (2008) na –5,9 % BDP (2009). Višja stopnja primanjkljaja je v naslednjih nekaj letih ostala večinoma nespremenjena, ob tem pa je, ob nizki rasti BDP, javni dolg porasel na stopnjo, ki je približno dvakrat višja od stopnje pred krizo. Leta 2013 se je primanjkljaj zelo povečal na 14,9 % zaradi dokapitalizacije bank v višini več kot 3 milijarde EUR.

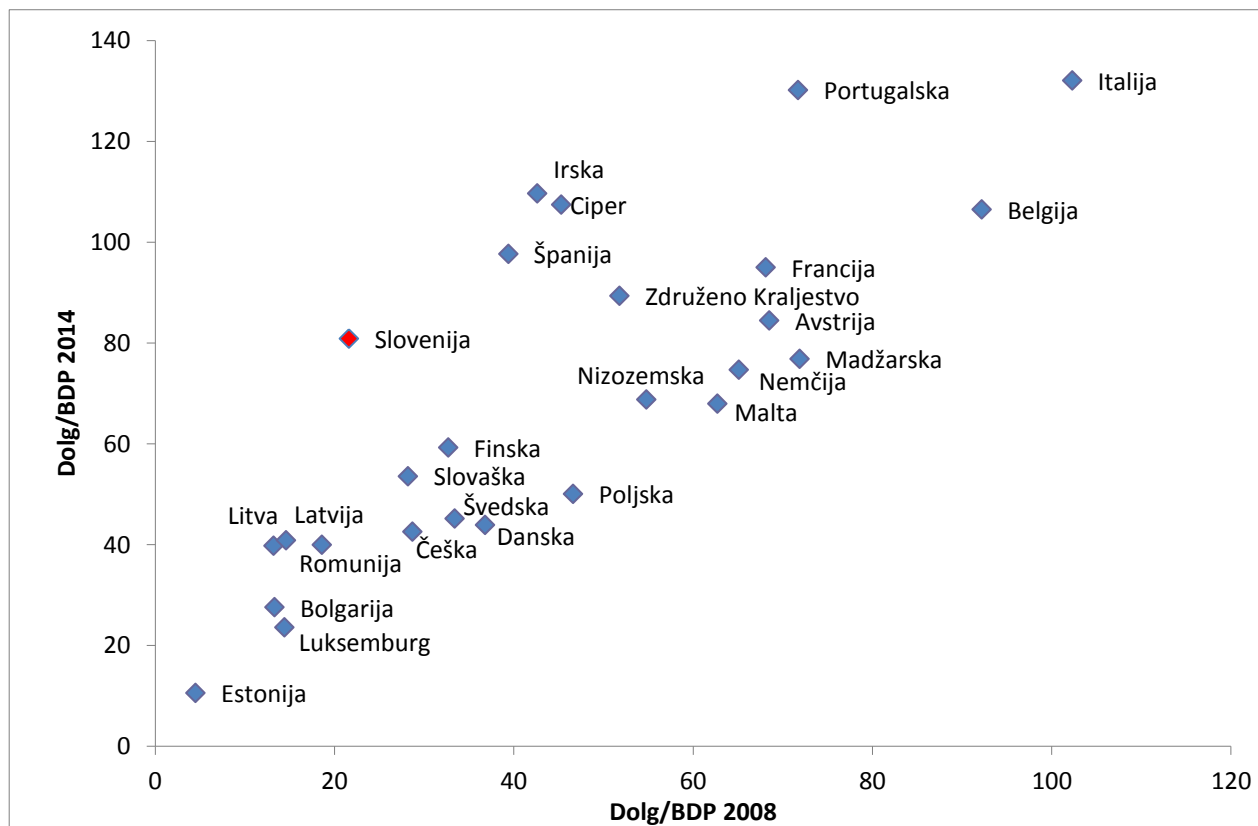
Slika 4: Delež javnega dolga v BDP in primanjkljaj/presežek, 2003 – 2014



Vir: Eurostat, 2015.

Zaradi krize in še zlasti zaradi finančnega reševanja bank leta 2013 je imela Slovenija med letoma 2008 in 2014 tretje največje povečanje deleža javnega dolga v BDP izmed držav EU; delež javnega dolga v BDP je narasel za skoraj 60 odstotnih točk (slika 5).

Slika 5: Primerjava deležev javnega dolga v BDP v EU, 2008 in 2014

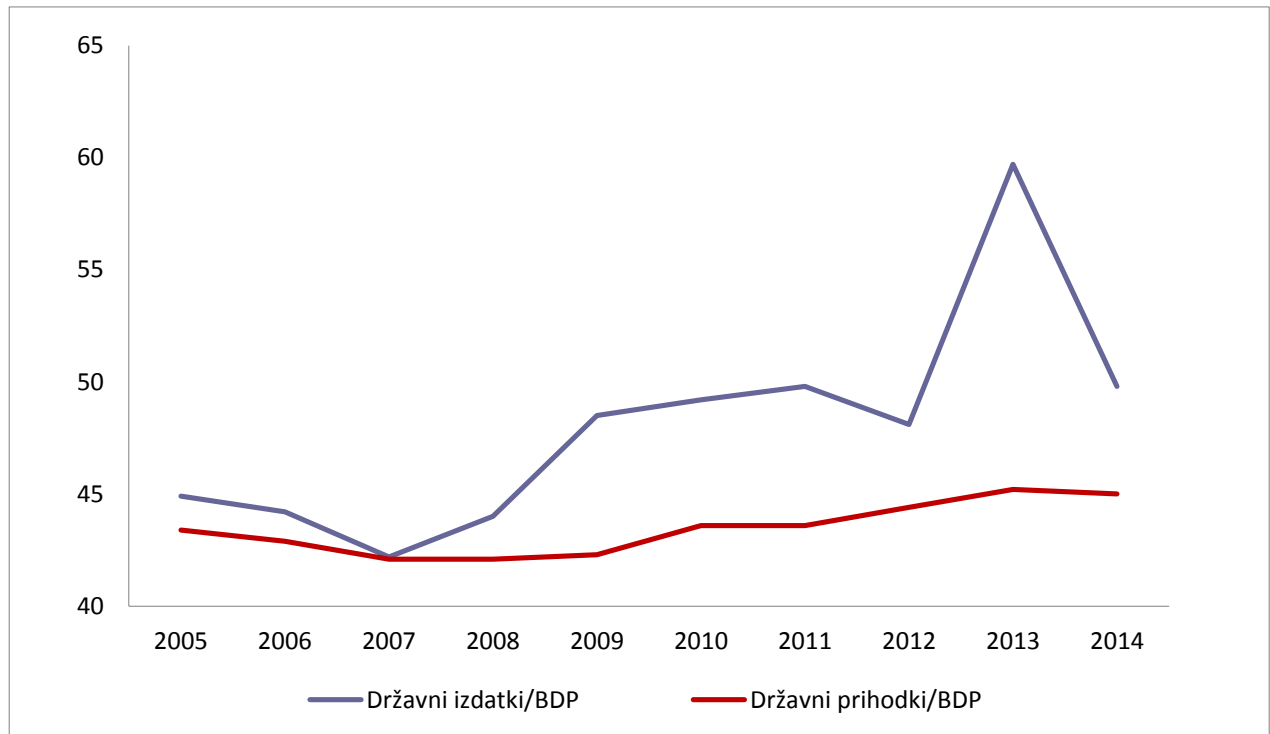


Vir: Eurostat, 2015. Opomba: Države na levi strani so doživele večje povečanje deleža javnega dolga v BDP med letoma 2008 in 2014.

Za razumevanje javnofinančne situacije je potreben natančen pregled prihodkov in izdatkov sektorja država.

Slabo javnofinančno stanje v preteklih nekaj letih je neposredna posledica prociklične fiskalne politike in precejšnjega upada gospodarske aktivnosti, ki je doživela vrhunec s finančnim reševanjem bank leta 2013. Delež skupnih javnih prihodkov v BDP se je povečal z 42,1 % leta 2008, ko se je kriza začela, na 45,0 % leta 2014 (slika 6). To je nekoliko pod deležem javnih prihodkov v BDP celotnega evrskega območja (16 držav), ki je leta 2014 znašal 46,6 %. Na prvi pogled je zaradi naraščajočega trenda sicer mogoče sklepati, da kriza ni negativno vplivala na ustvarjanje javnofinančnih prihodkov, vendar lahko obenem na osnovi nižjega deleža v BDP v primerjavi z evrskim območjem sklepamo, da v Sloveniji še obstajajo možnosti za ustvarjanje dodatnih prihodkov, čeprav so manjše kot v drugih državah, kot so Romunija, Litva in Irska, kjer je delež prihodkov v BDP pod 35 %. Delež celotnih izdatkov sektorja država v BDP, ki je bil pred krizo ustrezen glede na delež prihodkov, je leta 2009 precej narasel. Delež izdatkov sektorja država v BDP je bil sicer leta 2008 44,0 %, toda leta 2009 se je povečal na 48,5 % in do leta 2014 ostal višji od prihodkov.

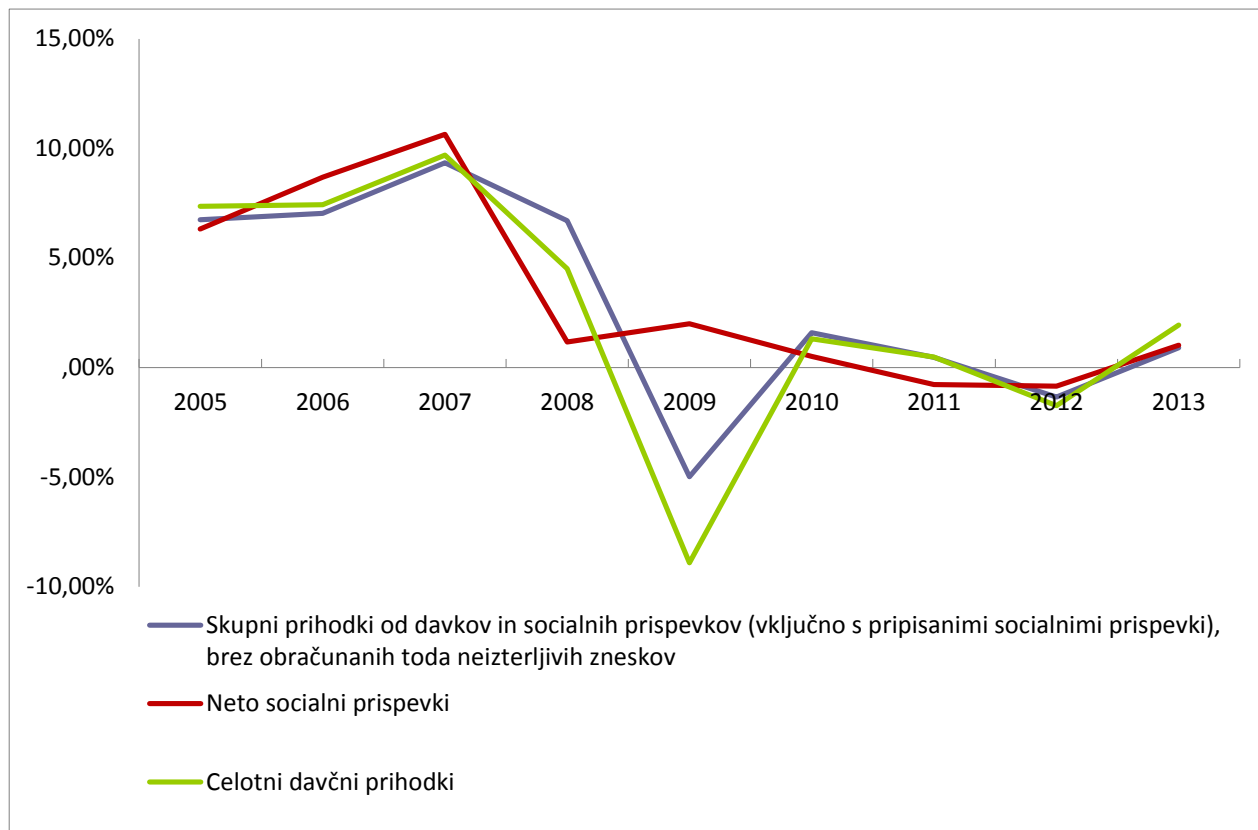
Slika 6: Primerjava prihodkov in izdatkov sektorja država kot delež BDP, Slovenija, 2005 – 2014



Vir: Podatki Eurostat, 2015

Pregled deležev prihodkov in izdatkov v BDP lahko zakrije nihanja v stopnjah ter vrstah prihodkov in izdatkov. Če se pri prihodkih osredotočimo na razlike med davčnimi prihodki (npr. DDV) in socialnimi prispevki (npr. ESR 2010, koda D.61), je slika nekoliko bolj zapletena (**slika 7**). Čeprav je rast davčnih prihodkov leta 2009 precej upadla, kar je sovpadalo z močnim upadom BDP, si je leta 2010 v glavnem opomogla. Po drugi strani pa je rast socialnih prispevkov upadala počasneje, toda enakomerneje, saj je tesno sledila trendom pri brezposelnosti. To kaže, kako je za javni sektor pomembno, da obstaja več tokov prihodkov, kar zmanjšuje dovzetnost za nihanja, ki se dogajajo na konkretnem področju.

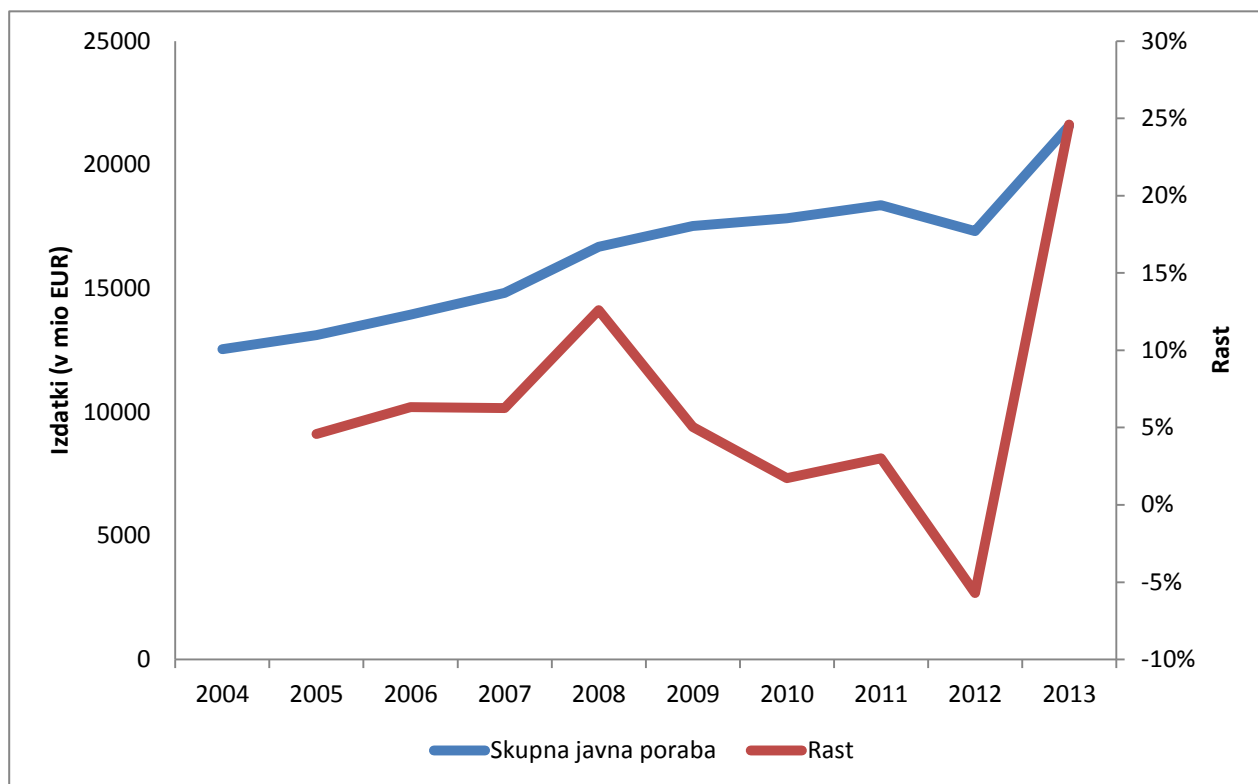
Slika 7: Rast stopnje davčnih prihodkov in prihodkov od socialnih prispevkov v Sloveniji, 2005–2013



Vir: Eurostat, 2015.

Če si natančneje ogledamo izdatke sektorja država, postane bolj jasno, da je do razhajanja med prihodki in izdatki na **sliki 6** prišlo predvsem zaradi enkratnega nenadnega povečanja rasti izdatkov leta 2008 (**slika 8**). Do take pospešene rasti izdatkov sektorja država je leta 2008 prišlo predvsem zaradi plačne reforme v javnem sektorju, ki je začela veljati v drugi polovici leta 2008. Poleg tega visokega povečanja je bila rast izdatkov skoraj 1,7 % tudi leta 2010, 3,0 % leta 2011 in negativna leta 2012, nato pa se je leta 2013 zaradi finančnega reševanja bank ponovno bistveno povečala.

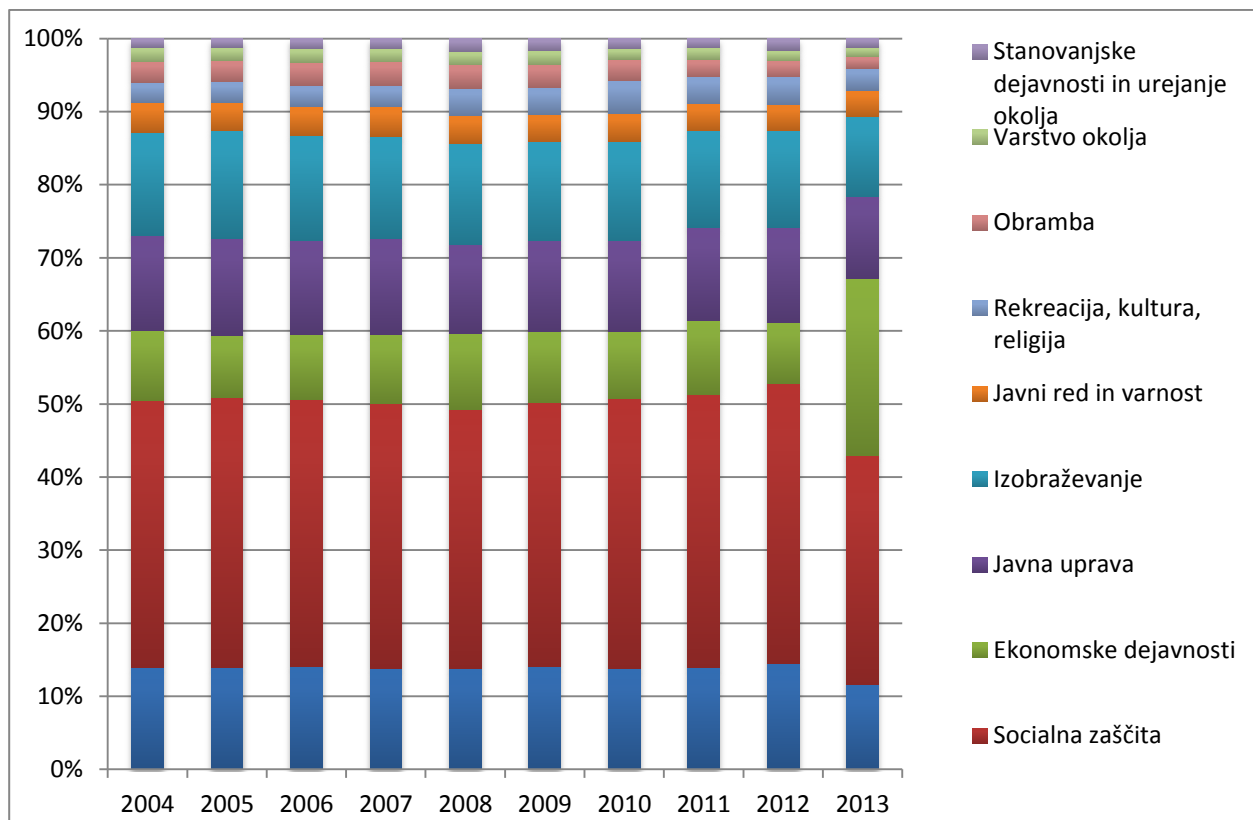
Slika 8: Izdatki sektorja država, raven v mio EUR, in stopnje rasti, Slovenija, 2004–2013



Vir: Eurostat, 2015

Da bi poskušali bolje razumeti dejavnike, ki so vplivali na spremembe izdatkov sektorja država, smo si ogledali še distribucijo javne porabe v daljšem časovnem obdobju (slika 9). Med letoma 2008 in 2009 se je najbolj povečal delež izdatkov sektorja država za področje socialne zaščite (za 0,7 odstotne točke), sledilo je zdravstvo (za 0,3 odstotne točke), vendar so bile te spremembe so vedno relativno majhne (manj kot en odstotek); v povezavi s plačno reformo je bilo namreč visoko povečanje izdatkov leta 2009 enakomerno porazdeljeno po večini namenov javne porabe. Med letoma 2004 in 2012 je delež, ki ga je v skupnih izdatkih sektorja država predstavljalo zdravstvo, ostal skoraj nespremenjen, in sicer med 13,8 % in 14,4 %. Opaznejša sprememba je bila leta 2013, ko so izdatki za področje zdravstva upadli na 11,6 %, vendar je bilo to povezano predvsem z dokapitalizacijo bank, ki je porabo za gospodarske zadeve dvignila na 24,2 % celotnih izdatkov sektorja država. Iz istega razloga se je med letoma 2012 in 2013 delež izdatkov za socialno zaščito, znižal za 7 odstotnih točk.

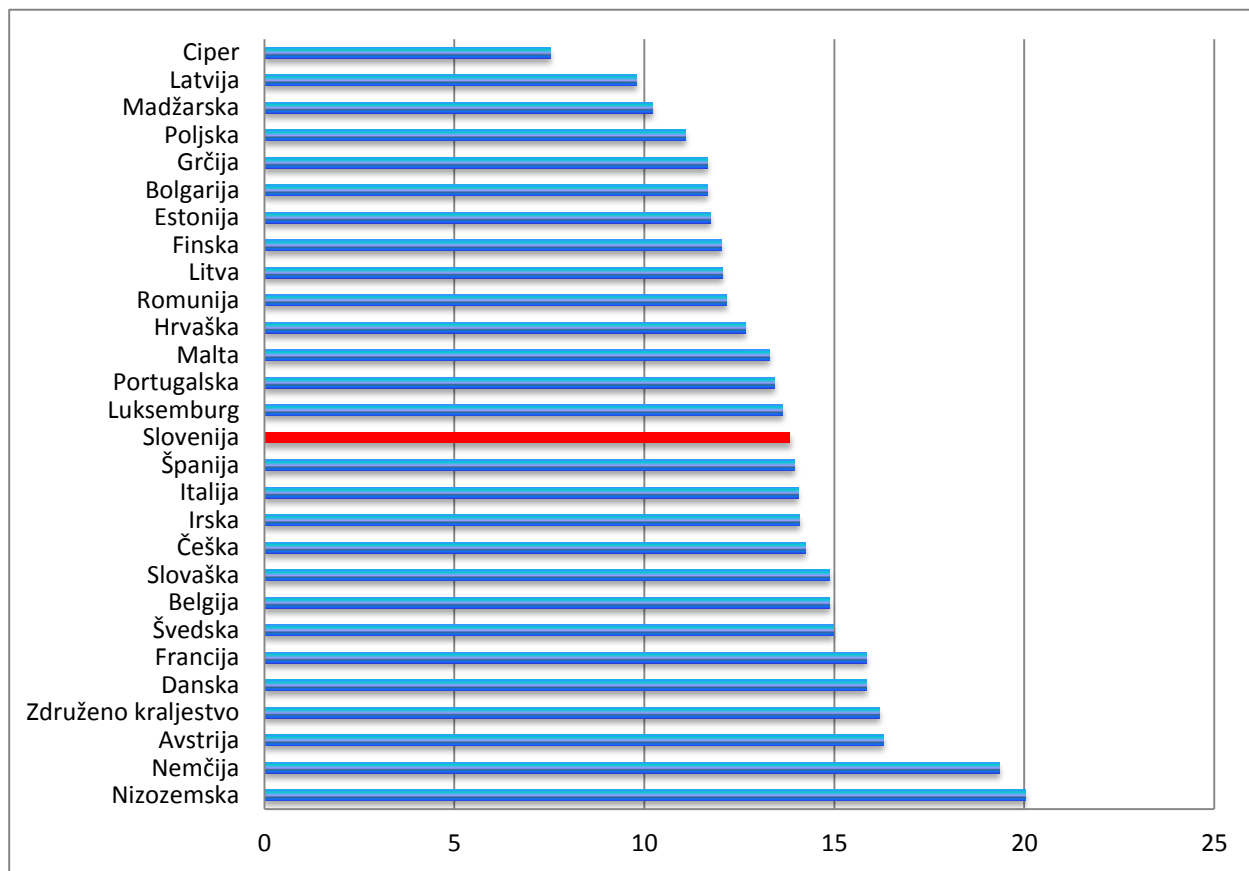
Slika 9: Distribucija izdatkov sektorja država, Slovenija, 2004–2013



http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/viewplus.asp?ma=H247E&ti=&path=../Database/Hitre_Repozitorij/&lang=1
(metodologija COFOG)

V obdobju od leta 2006 do 2012 je bil delež izdatkov sektorja država za področje približno na povprečju EU (**slika 10**). V letu 2013 je delež upadel pod povprečje EU predvsem zaradi visokih javnofinančnih izdatkov, namenjenih finančnemu reševanju bank (SI: 11,6%; EU: 14,8%).

Slika 10: Delež izdatkov za zdravstvo v celotnih izdatkih sektorja država, 2012



Vir: WHO, zbirka podatkov o globalnih izdatkih za zdravstvo

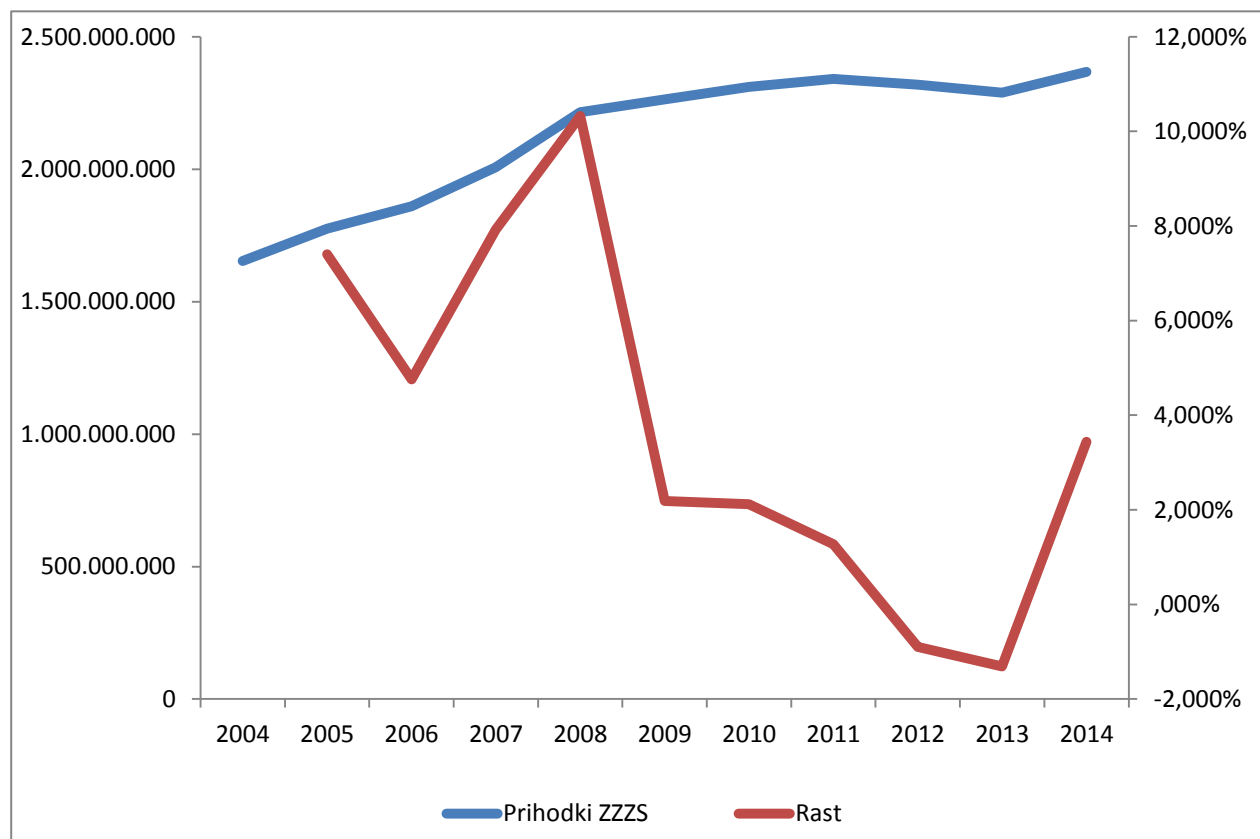
Prihodki v zdravstvenem sistemu

Na rast celotnih javnofinančnih prihodkov so vplivali upadi gospodarske aktivnosti, kljub temu pa so kot delež v BDP med krizo še naprej naraščali. Kot je razvidno iz **slike 7**, so bili javnofinančni prihodki razmeroma odporni proti krizi, ker izvirajo iz mešanice različnih vrst davčnih in socialnih prispevkov. Po drugi strani so bili prilivi prihodkov v zdravstvenem sistemu med krizo manj zanesljivi, ker izhajajo predvsem iz predvsem iz prispevkov socialnega zavarovanja. V tem poglavju si bomo ogledali nedavne trende pri ustvarjanju prihodkov v ZZS in tudi v sistemu dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ).

Rast prihodkov ZZS se je od leta 2008 bistveno upočasnila zaradi nižjih prispevkov za socialno varnost.

Kljub skoraj popolni vključenosti populacije v OZZ, je bilo mogoče od začetka krize zaznati bistveno zmanjšanje prihodkov ZZS (**slika 11**). Med letoma 2007 in 2008 so se sicer prihodki ZZS povečali za 10,3 % zaradi reforme plač v javnem sektorju in visoke stopnje zaposlenosti, toda leta 2009 se je rast prihodkov umirila na 2,2 %. Prihodki so se leta 2012 znižali za -0,9 % in leta 2013 za -1,3 %, v letu 2014 pa se je rast prihodkov okrepila na 3,4 %, še vedno pa je bila pod povprečno stopnjo rasti v obdobju pred krizo.

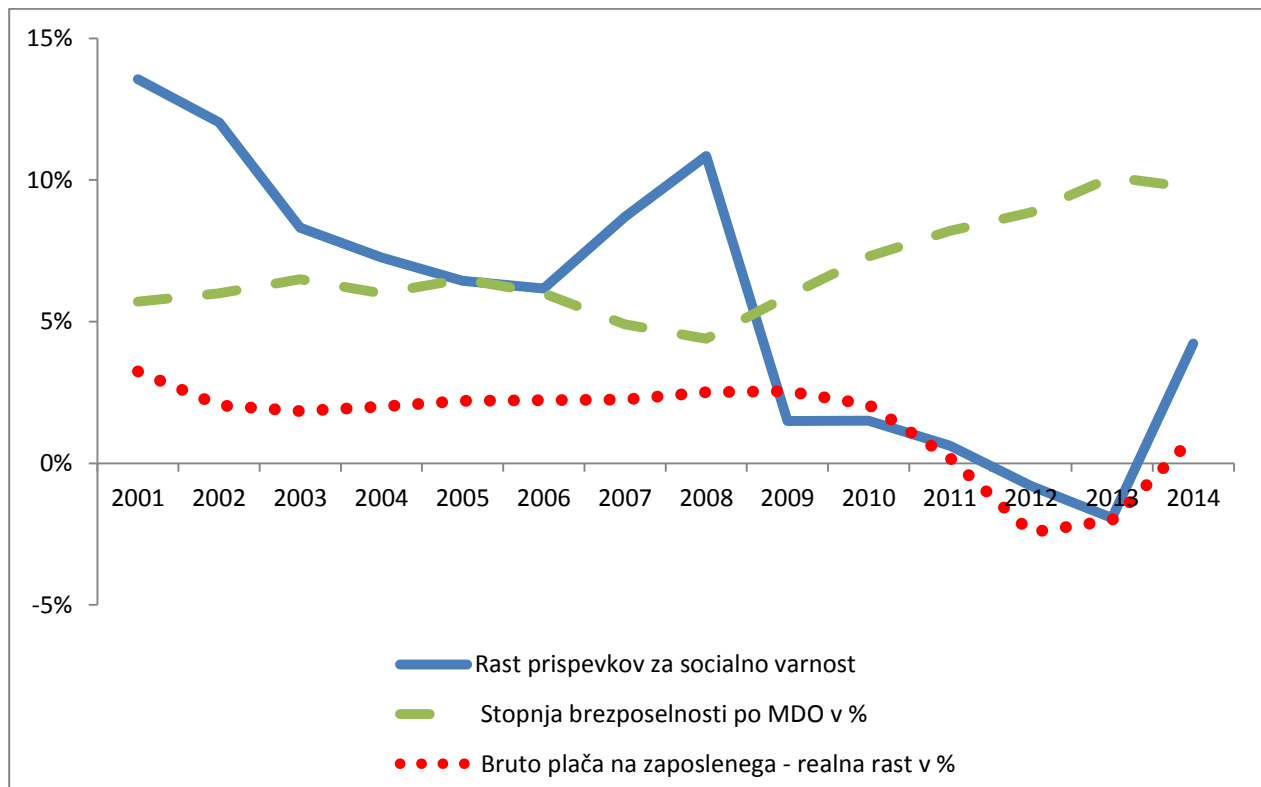
Slika 11: Prihodki ZZS in stopnje rasti, Slovenija, 2004–2014



Vir: ZZS, 2015

Prispevki za socialno varnost predstavljajo veliko večino prihodkov ZZSZ. Skladno z gibanjem celotnih prihodkov ZZSZ (**slika 11**) se je rast prispevkov za socialno varnost bistveno upočasnila na začetku krize, nato se je še umirjala in v letih 2012 in 2013 dejansko skrčila, nato pa leta 2014 ponovno porasla (**slika 12**). Rast prispevkov za socialno varnost je bila skladna z gibanjem v brezposelnosti, dodaten vpliv pa je imelo še zmanjševanje plač. Korelacija med stopnjami brezposelnosti in rastjo prispevkov za socialno varnost, ki se plačujejo ZZSZ, je izrazito negativna ($-0,75$), kar potrjuje, da so znižanja stopnje rasti prispevkov za socialno varnost povezana z zvišanjem stopnje brezposelnosti; slednje odraža tudi nizko raven prispevkov za brezposelne za OZZ iz proračunskih sredstev.

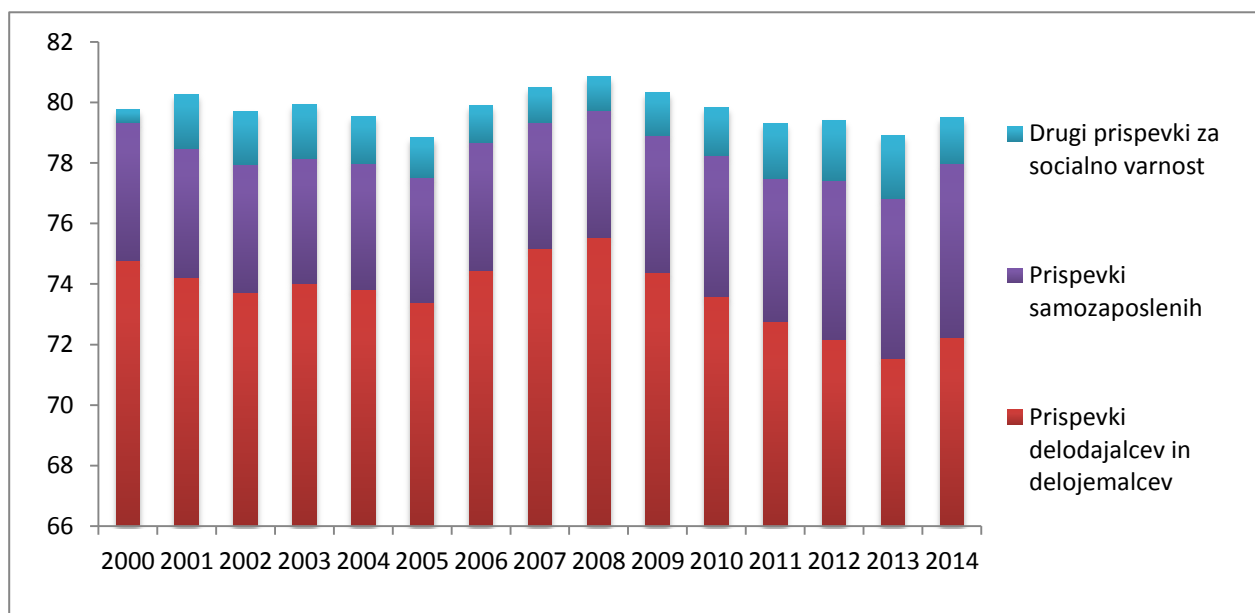
Slika 12: Rast prihodkov ZZSZ iz naslova prispevkov za socialno varnost v primerjavi s stopnjami brezposelnosti in z realno rastjo plač



Vir: SURS, ZZSZ, 2015

Čeprav večina prihodkov ZZZS izvira iz prispevkov za socialno varnost, se je delež prispevkov za socialno varnost v skupnih prihodkih od leta 2008 rahlo zmanjšal. Leta 2008 so prispevki za socialno varnost predstavljali 80,9 % celotnih prihodkov ZZZS (slika 13); toda delež se je zmanjšal na 79,3 % leta 2011 (najnižji delež od leta 2000), do leta 2014 pa je ostal na ravni 79,5 %. Do zmanjšanja prispevkov za socialno varnost je delno prišlo zaradi upada prispevkov delodajalcev in prispevkov za zaposlene, ki so v obdobju od 2008 do 2013 upadli z najvišje ravni 75,5 % na najnižjo raven 71,5 %. Obenem je prišlo do rahlih povečanj deleža prihodkov od samozaposlenih in drugih zavezancev za prispevke.

Slika 13: Delež celotnih prihodkov ZZZS, ki prihajajo od prispevkov za socialno varnost, razdeljen po virih, 2000–2014



Vir: ZZZS, 2015

Opomba: Razpoložljivi podatki ne omogočajo ločenega prikaza prispevkov od delodajalcev in prispevkov za zaposlene, ker je z letom 2011 prišlo do nedoslednosti podatkov, ko je Finančna uprava Republike Slovenije (FURS) začela uporabljati nov sistem za dokumentiranje virov prispevkov.

Drugi prihodki ZZZS prihajajo predvsem iz javnofinančnih virov, kot so državni in lokalni proračuni ter skladi socialne varnosti (npr. Zavod RS za pokojninsko in invalidsko zavarovanje - ZPIZ), majhen znesek pa iz različnih nedavčnih virov, kot so izkupički od prodaje blaga in storitev. V obdobju krize so se prilivi prihodkov iz teh virov nekoliko povečali, kar je delno nadomestilo zmanjšanje prispevkov za socialno varnost. Povečal se je predvsem transfer iz ZPIZ iz državnega proračuna. Transfer iz državnega proračuna sicer že od nekdaj predstavlja zelo majhen delež prihodkov ZZZS, tako je na primer leta 2008 državni proračun prispeval le 1,0 % prihodkov ZZZS, med letoma 2010 in 2014 se je ta delež več kot podvojil, vendar je leta 2014 še vedno znašal le 2,1 % prihodkov oziroma 0,13 % BDP (v letih od 2004 do 2008 je ta delež znašal le 0,06 % BDP). Na splošno je do povečanja javnofinančnih transferjev v ZZZS prišlo predvsem zaradi povečanja treh vrst prihodkov:

- 1) prispevkov Zavoda za zaposlovanje, povezanih z nadomestili za primer brezposelnosti;
- 2) transferjev iz državnega proračuna za pokrivanje prispevkov za OZZ posebnih skupin prebivalstva (obsojenci, vojni invalidi);
- 3) transferjev iz državnega proračuna za povračilo stroškov zdravstvenih storitev za socialno ogrožene osebe.

Ta povečanja so povzročila, da so drugi javnofinančni viri v ZZS prispevali nekaj več z namenom zaščititi nekatere ranljive skupine, toda obseg teh povečanj je bil precej majhen.

Gospodinjstva od začetka krize v ZZS prispevajo manj.

Čeprav so vsa gospodinjstva krita z enako košarico storitev, se prispevne stopnje razlikujejo glede na značilnosti gospodinjstva. Razloge za zmanjšanje prispevkov za OZZ bomo bolje razumeli, če bomo najprej raziskali, kako se je zaradi krize spremenila kombinacija prispevkov.

Prispevne stopnje se predvsem razlikujejo glede na to, ali je zavarovana oseba zaposlena, in glede na vrsto njene zaposlitve. Zakonsko določene prispevne stopnje se precej razlikujejo med različnimi skupinami in se niso bistveno spreminjale od leta 2004 (**tabela 1**). Vse prispevke zbere ZZS. Čeprav se prispevne stopnje razlikujejo glede na kategorijo zavarovane osebe in so opredeljene glede na pravice, ki se dodelijo posamezni zavarovani osebi, prispevki niso namenjeni določenim skupinam ali storitvam, kar omogoča maksimiranje koristi, ki jih prinaša samo en sklad za vse zavarovance.

Tabela 1: Zakonsko določene prispevne stopnje za OZZ med letoma 2004 in 2014

Zavezanec za prispevke	Delodajalec	Zaposleni	Kmetje		Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje	Zavod za zaposlovanje	Republika Slovenija	Republika Slovenija	Republika Slovenija	Zavarovana oseba	Zavarovana oseba	Občina
Zavarovana oseba	Uradno zaposleni		Kmetje		Upokojenci	Prijavljena brezposelna oseba						
Osnova za plačilo prispevka	Bruto plača in bruto nadomestilo za čas odsotnosti z dela	Bruto plača in bruto nadomestilo za čas odsotnosti z dela	Bruto osnova za pokojninsko zavarovanje	Katastrski dohodek	Pokojnina	Nadomestilo za čas odsotnosti z dela	Plačan prejemek, povečan s koeficientom, ali bruto nadomestilo	Povprečna bruto plača v Sloveniji za oktober preteklega leta	Povprečna bruto plača v Sloveniji za oktober preteklega leta	Povprečna bruto plača v Sloveniji za oktober preteklega leta	25 % zadnje znane povprečne letne plače v Sloveniji, preračunane na mesec	Povprečna bruto plača v Sloveniji za oktober preteklega leta
Skupni prispevek	7,09 %	6,36 %	6,89 %	18,78 %	5,96 %	11,92 %*	6,14 %	2,00 %	13,45%	8,20 %	5,96 %	2,00 %
Zavarovanje za bolezen in poškodbe zunaj delovnega mesta												
Za vse pravice	6,56 %	6,36 %										
Za zdravstvene storitve, povračilo potnih stroškov			5,21 %	18,78 %	5,96 %	11,92 %*	5,96 %	2,00 %		8,20 %	5,96 %	2,00 %
Nadomestilo za izpad plače med začasno odsotnostjo z dela			1,15 %									
Pravice (ne vse)									12,92 %			
Zavarovanje za poškodbe na delovnem mestu in poklicne bolezni							**					
Za vse pravice	0,53 %		0,53 %				0,18 %					
Pravice (ne vse)									0,53 %			

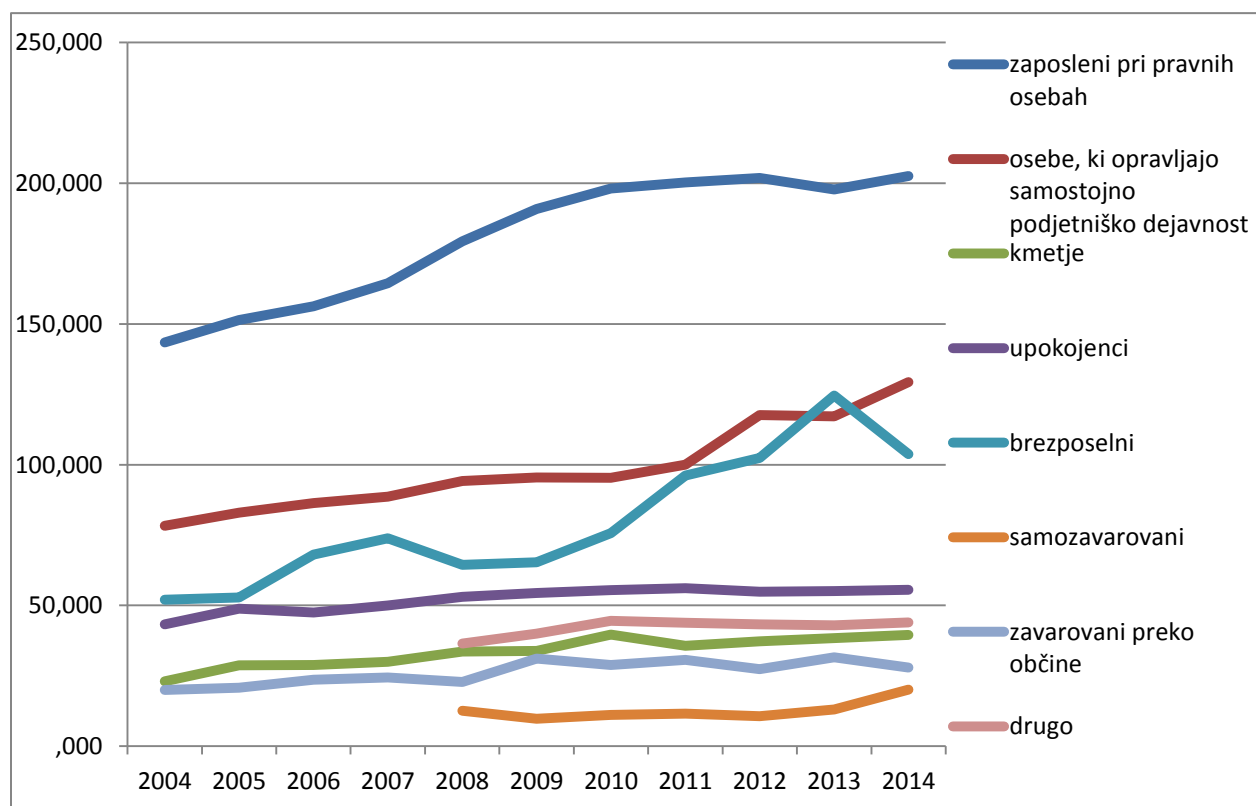
Vir: ZZS, 2015

Opombe: *Do 1. 7. 2012 je bila prispevna stopnja 12,92 %; **Velja le za zavarovane osebe od 19 do 19 a, prvi odstavek 15. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

V dejanskih povprečnih mesečnih prispevkih za OZZ so zajete razlike v plačah, pokojninah, številu ljudi, ki ne prispevajo, in druge značilnosti (**slika 14**). Prilivi iz naslova prispevkov so se od leta do leta višali, toda ni bilo vedno tako; ena razlaga za zmanjšanje povprečnih prispevkov, na primer, bi bila lahko ta, da večje število ljudi v določeni kategoriji preneha plačevati svoje prispevke.

Medtem ko se je med letoma 2004 in 2010 povprečna letna rast mesečnih prispevkov, ki jih plačujejo posamezniki, zaposleni pri pravnih osebah (kategorija z najvišjimi povprečnimi prispevki na osebo in tudi z največjim številom zavezancev), povečala za 5,5 %, se je med letoma 2010 in 2014 zmanjšala na 0,6 %. Od leta 2010 je bila povprečna letna rast prispevkov, ki jih plačujejo upokojenci, 0,0 %, med letoma 2004 in 2010 pa je bila 4,2 %. Čeprav se je rast mesečnih prispevkov upočasnila za zaposlene, raven prispevkov, ki jih plačujejo zaposleni, ostaja precej višja kot v vseh drugih skupinah. Leta 2014 je zaposlena oseba za OZZ prispevala 202,59 EUR na mesec za zavarovanje zase in za svoje gospodinjstvo; naslednja skupina z najvišjimi prispevki so bile osebe, ki opravljajo samostojno delo (129,40 EUR), sledili pa so brezposelni (103,81 EUR), v imenu katerih je prispevke plačeval Zavod za zaposlovanje. Leta 2014 je zaradi spremembe zakona prišlo do bistvenega povečanja ravni prispevkov na osebo za samozaposlene, ravno tako pa do zmanjšanja ravni prispevkov na osebo za brezposelne zaradi zmanjšanja prispevnih stopenj in sprememb osnov za njihove prispevke.

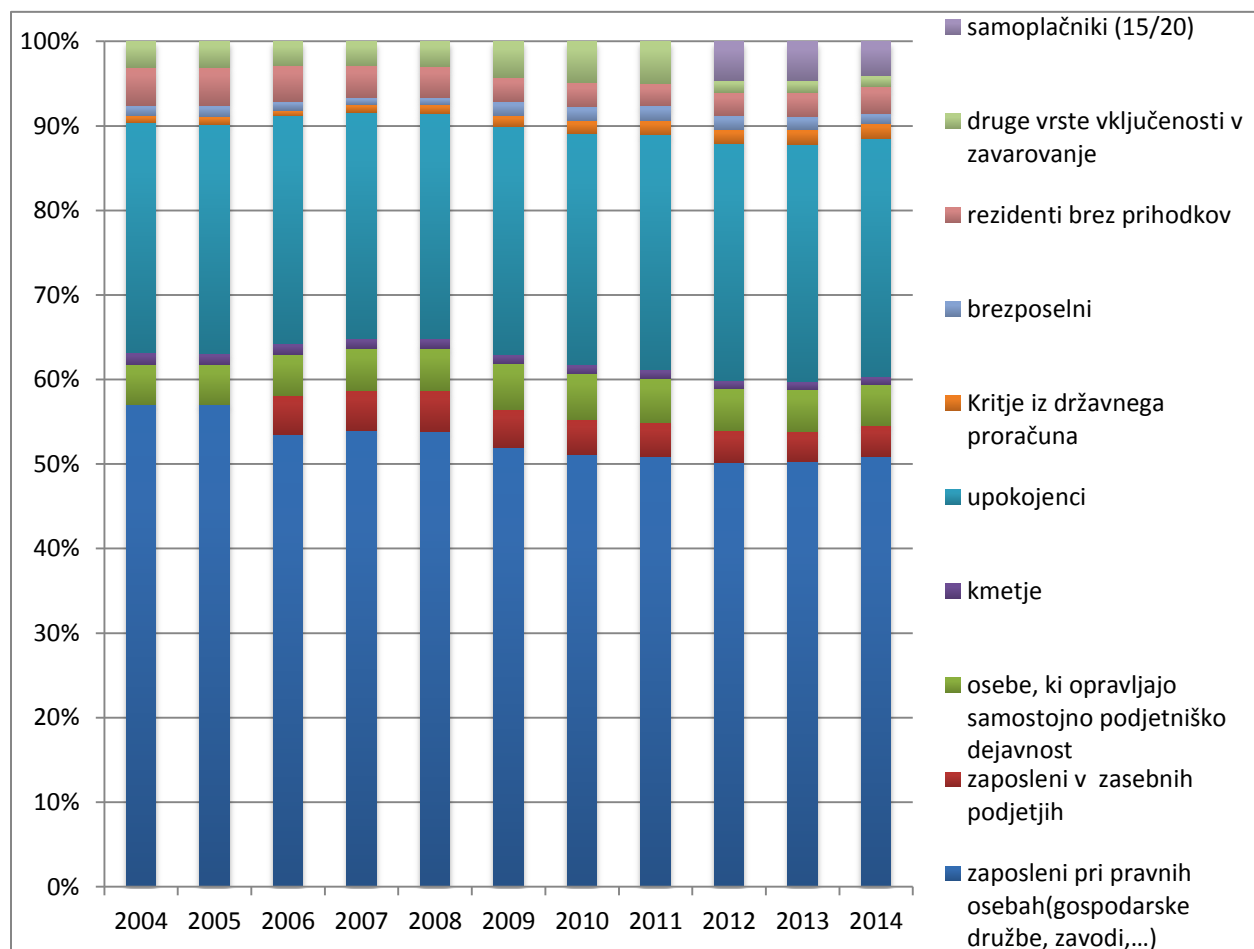
Slika 14: Povprečni mesečni prispevki OZZ na osebo (v EUR), 2004–2014



Vir: ZZS, 2015

Prav tako je prišlo do sprememb v strukturi zavarovancev ZZZS, kar je zaradi spremembe povprečnih ravni prispevkov po kategorijah, kot je prikazano zgoraj, pomembno vplivalo na prihodke. Med letoma 2004 in 2008 se je odstotek zavezancev ZZZS in njihovih družinskih članov, ki so bili prijavljeni kot zasebni zavezanci, ki niso zaposleni na kmetiji, vsako leto večal (**slika 15**). Toda delež ljudi v tej kategoriji se je vztrajno nižal vsaj do leta 2013. To je povzročilo precejšnjo izgubo prihodkov ZZZS, saj je ta skupina v preteklosti plačevala najvišje prispevke. Hkrati pa so se povečale skupine z razmeroma nizkimi prispevnimi ravni, kot so npr. samoplačniki in upokojenci.

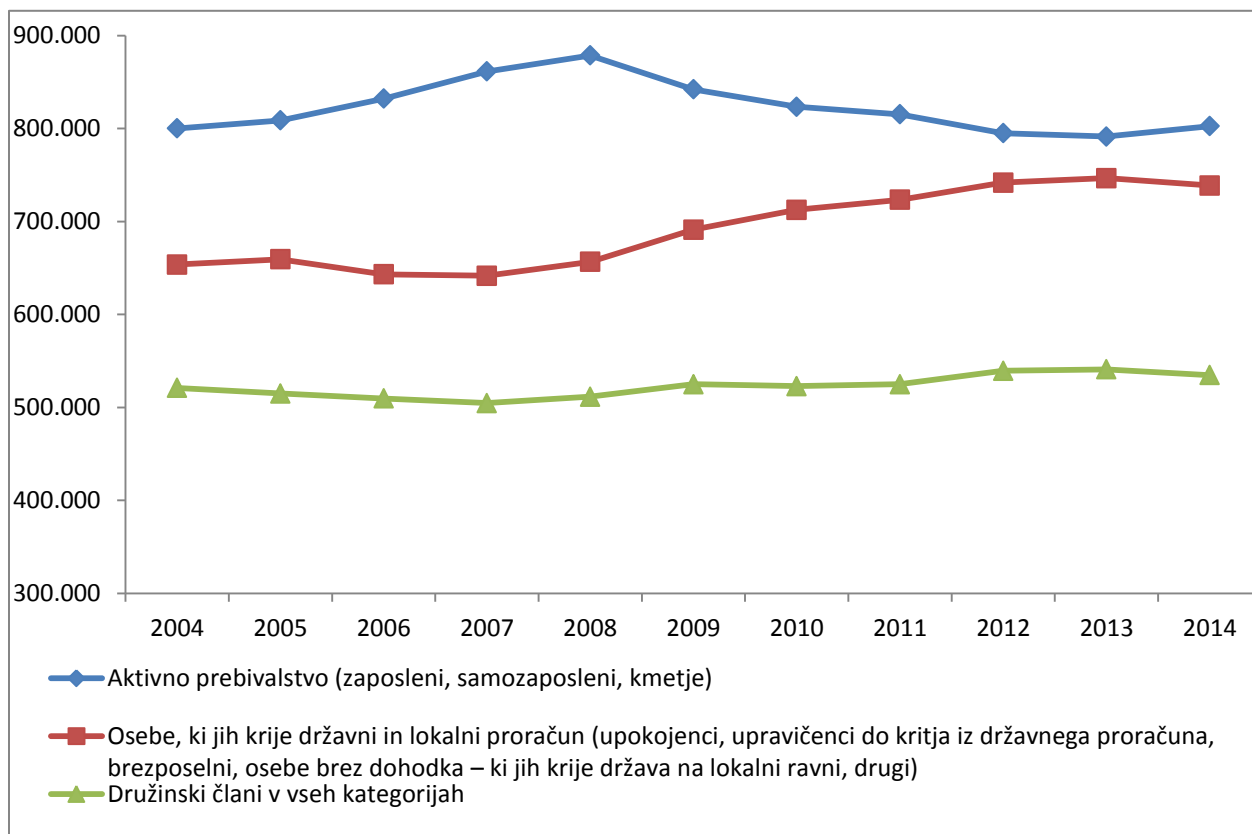
Slika 15: Različne skupine zavezancev OZZ, po kategoriji zavezanca, 2004–2014



Vir: ZZZS, 2015

Če nadaljujemo in te skupine združimo v aktivno zaposleno prebivalstvo (zaposleni, samozaposleni in kmetje), osebe, financirane z javnimi sredstvi (upokojenci, brezposelni itd.), in vse pripadajoče družinske člane, je od leta 2008 mogoče opaziti jasen upad aktivnega prebivalstva in povečanje števila oseb, financiranih z javnimi sredstvi (**slika 16**). Prav tako je prišlo do rahlega povečanja števila družinskih članov, ki ne plačujejo prispevkov, a so zavarovani. Jasno je, da je zmanjšanje prihodkov ZZZS delno posledica oseb, ki so prešle v kategorije ZZZS z nižjimi prispevnimi stopnjami. To ima pomemben vpliv, saj mora ZZZS še vedno zagotoviti kritje za vse svoje zavarovance, čeprav so se skupni prihodki zmanjšali.

Slika 16: Aktivno zaposleno prebivalstvo, osebe, zavarovane z javnimi sredstvi, in njihovi družinski člani, ki ne plačujejo prispevkov 2004–2014



Vir: ZZS, 2015

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je v pretežnem obdobju krize ostalo donosno.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje (DZZ) ponujajo tri zavarovalnice, in čeprav lahko posamezniki izbirajo med njimi, jim vsaka v bistvu ponuja enak produkt. Večina DZZ krije doplačila za storitve, ki jih plačuje ZZS; več kot 95 % prebivalstva, zavezanega plačilu participacije, ima tovrstno kritje DZZ. Največja zavarovalnica glede na tržni delež je Vzajemna, ki ji tradicionalno sledita Adriatic Slovenica in Triglav. Leta 2008 je imela Vzajemna 60,5 % vseh zavarovancev z DZZ, sledili pa sta Adriatic (23,4 %) in Triglav (16,1 %). Do leta 2014 je tržni delež Vzajemne padel na 56,0 %, preostali dve zavarovalnici pa sta bili približno enake velikosti (Agencija za zavarovalni nadzor, Statistično poročanje, list St-2).

Splošna stopnja zavarovanosti z DDZ se ni bistveno spremenila od začetka krize. Pri zavarovalnici Triglav je število sklenjenih zavarovanj naraščalo vsako leto (2008–2014), pri Vzajemni pa se je to število zmanjševalo v vseh teh letih, razen leta 2014. Na splošno je bilo največje zmanjšanje skupnega števila sklenjenih zavarovanj leta 2010, ko je število zavarovancev z DZZ padlo za približno 12.000 ljudi (–0,8 %).

Manjši upad števila zavarovancev se je zgodil leta 2009 (8.200) in 2011 (3.800). Ti upadi so se delno verjetno zgodili zaradi povečanja odhodov tujih priseljencev iz države v času krize. Skupno število sklenjenih zavarovanj leta 2014 (1.485.697) je bilo na najvišji ravni od leta 2008 (1.492.330). Z letom 2009 je država začela kriti participacije za socialno ogrožene ljudi, ki izpolnjujejo vnaprej določene kriterije. To prebivalstvo ni v evidenci zavarovancev z DZZ, a njihove zavarovalne police so ostale veljavne.

Premije so že od leta 2006 podobne za vse zavarovance, ne glede na starost, spol ali zdravstveno tveganje (tj. premije se za zavarovance ne razlikujejo za več kot 1 EUR na mesec), in se tudi niso bistveno spreminjale. Večje povečanje premij leta 2014 je bilo odziv na Zakon za uravnoteženje javnih financ iz leta 2012, ki je breme za nekatere stroške prestavil z ZZZS na DZZ, zato da bi ohranil finančno vzdržnost javnih izdatkov (**tabela 2**). Posledično so se izdatki za DZZ povečali za približno 66 milijonov EUR na leto in zato so vse zavarovalnice svoje premije povišale za več kot 16 %. Toda povečanje premij leta 2014 je bilo večje, kot bi bilo sicer potrebno za kritje izdatkov; posledično je Vzajemna svojim zavarovancem leta 2014 vrnila premije za en mesec, premije pa je leta 2015 tudi zmanjšala.

Da bi zagotovili, da zavarovalnice niso nesorazmerno obremenjene z zavarovanci, ki povzročajo višje stroške, že od leta 2006 velja izravnalna shema. Izravnavanje tveganja je retrospektivno, izračunano na osnovi izdatkov za zdravstvene storitve in za izvajalce zdravstvenih storitev. To je vedno zahtevalo prenos sredstev z Adriatica Slovenice in Triglava na Vzajemno, saj Vzajemna pokriva več kot 90 % upokojujencev. Skupni preneseni znesek po navadi ni višji od 3 milijonov EUR na četrtletje.

Tabela 2: Višine premij DZZ¹ (Vzajemna) in odstotek povečanja

Datum	EUR	Povečanje v odstotku
1. 3. 2006*	19,17	
1. 11. 2006	20,11	4,90 %
1. 9. 2007	20,11	0,00 %
1. 1. 2009	21,10	4,92 %
1. 1. 2010	23,12	9,57 %
1. 1. 2011	22,55	-2,47 %
1. 4. 2012	23,88	5,90 %
1. 3. 2014**	27,76	16,25 %
1. 4. 2015	26,79	-3,49 %

Vir: Plačilna lista, Ministrstvo za zdravje

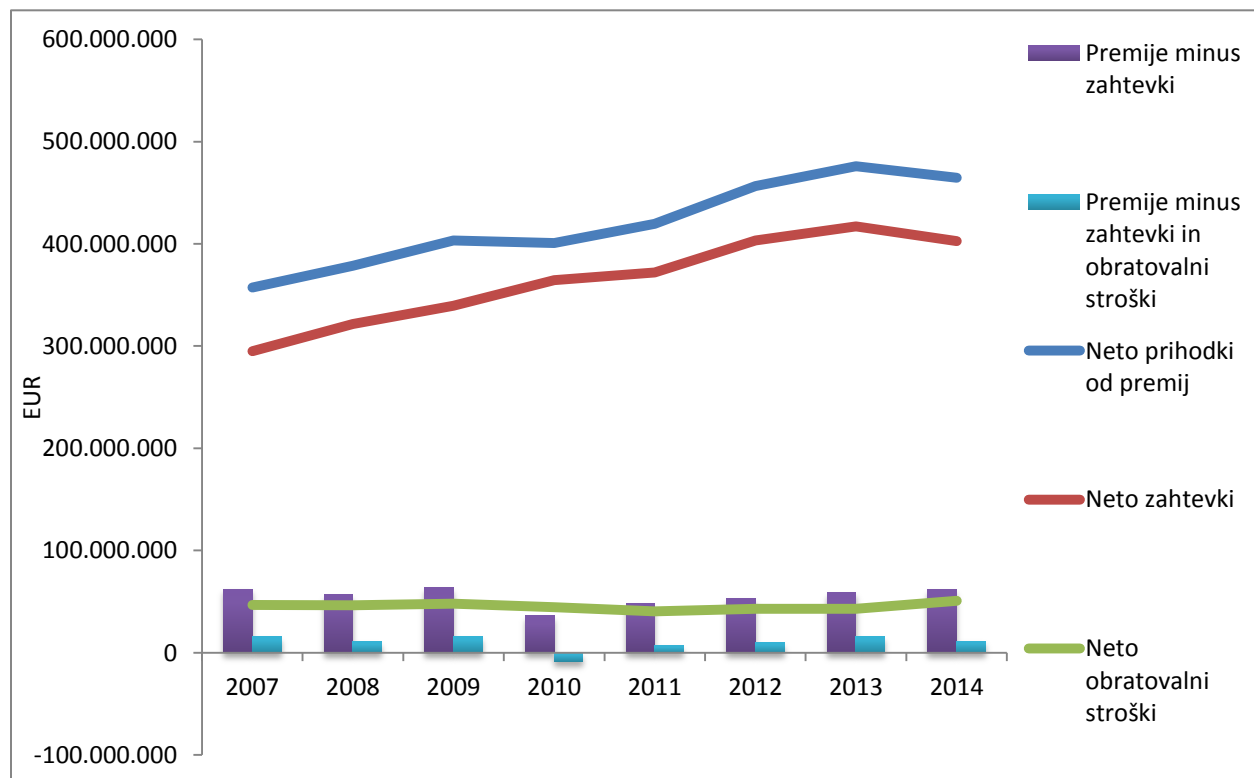
Opombe: *Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju;

**Zakon za uravnoteženje javnih financ

¹ Mesečna premija s 3-odstotnim popustom

Če ne upoštevamo prihodkov, kot so naložbe, ki niso povezane z zdravstvenimi storitvami, je očitno, da so imele zasebne zavarovalnice v preteklih nekaj letih razmeroma dober finančni rezultat (**slika 17**). Skupne neto premije so se med letoma 2009 in 2010 le rahlo znižale in sicer s 403 milijonov EUR na 401 milijon EUR, nekoliko bolj pa med letoma 2013 in 2014 (s 476 milijonov EUR na 465 milijonov EUR). Ne glede na to je bil v vseh letih, razen leta 2010, znesek plačanih premij višji kot vsota plačanih zavarovalnih zahtevkov in drugih stroškov poslovanja. Med letoma 2009 in 2014 je bila razlika med premijami in zavarovalnimi zahtevki/stroški poslovanja (tj. brez naložb in drugih oblik prihodkov) v povprečju 8,7 milijona EUR na leto. Glavni razlog za donosnost je bila počasnejša rast neto zavarovalnih zahtevkov, še zlasti leta 2011, ko so zahtevki narasli za 2,0 %, neto premije pa za 4,7 %. Neto stroški poslovanja so večinoma ostali nespremenjeni, čeprav so med letoma 2013 in 2014 narasli za 17,8 %, predvsem zaradi povečanih stroškov pridobivanja zavarovanj in delno zaradi povečanja stroškov dela (stroški plač). Kot delež skupnih premij so neto stroški poslovanja razmeroma visoki, toda padli so s 15 % leta 2008 na najnižjo vrednost 9,0 % leta 2013, čeprav se je ta delež nato ponovno povečal na 10,9 % leta 2014. Med letoma 2009 in 2014 približno 12 % premij DZZ ni bilo uporabljenih za plačilo zdravstvenih storitev; v povprečju je bila razlika med premijami in zavarovalnimi zahtevki približno 54 milijonov EUR vsako leto.

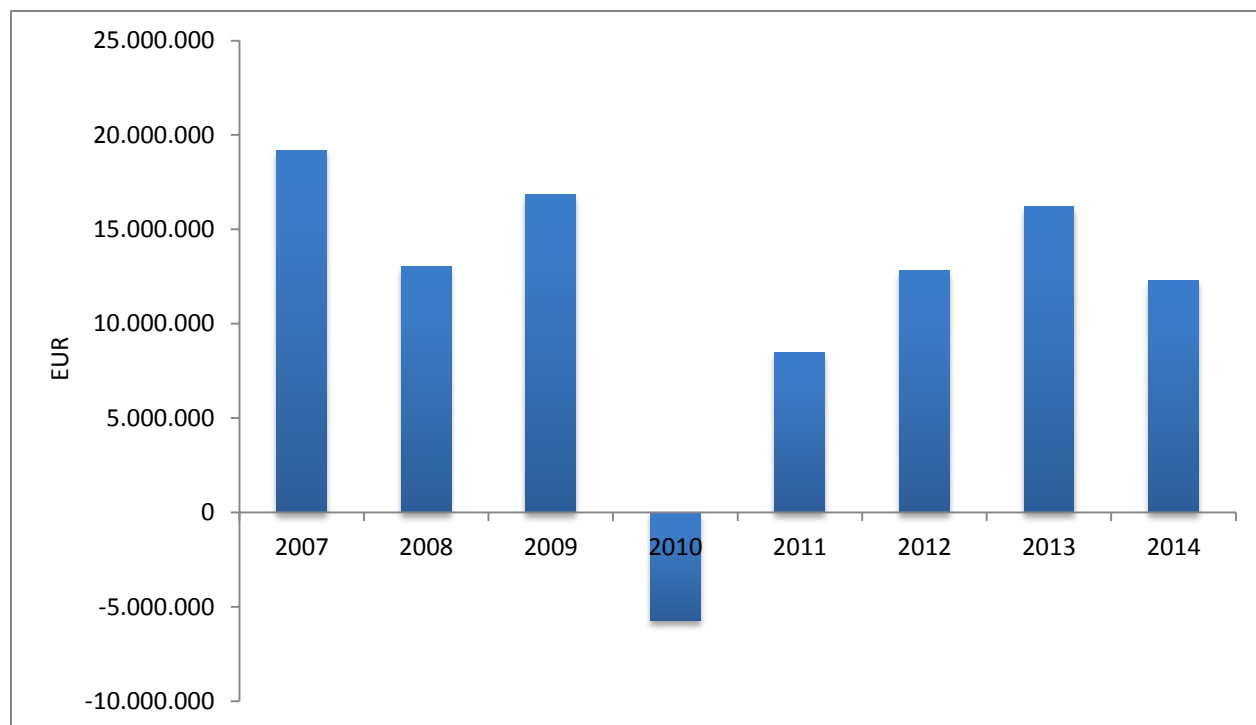
Slika 17: Donosnost DZZ – premije, zavarovalni zahtevki in obratovalni stroški, 2007–2014



Vir: Agencija za zavarovalni nadzor, 2015

Prejšnja razprava se nanaša le na sheme DZZ, ki krijejo le obvezna doplačila. Če upoštevamo vse oblike DZZ (vključno s tistimi shemami, ki kupijo zdravstvene storitve v imenu svojih zavarovancev) in če vključimo vse vrste prihodkov in izdatkov, so zasebne zavarovalnice ustvarile dobiček v povprečnem znesku 10,1 milijona EUR vsako leto med letoma 2009 in 2014 (**slika 18**). Leto 2010 je bilo edino leto po letu 2006, ko so zavarovalnice utrpeli izgube (–5,7 milijona EUR).

Slika 18: Dobiček in izguba iz naslova DZZ, 2007–2014



Vir: Agencija za zavarovalni nadzor, 2015

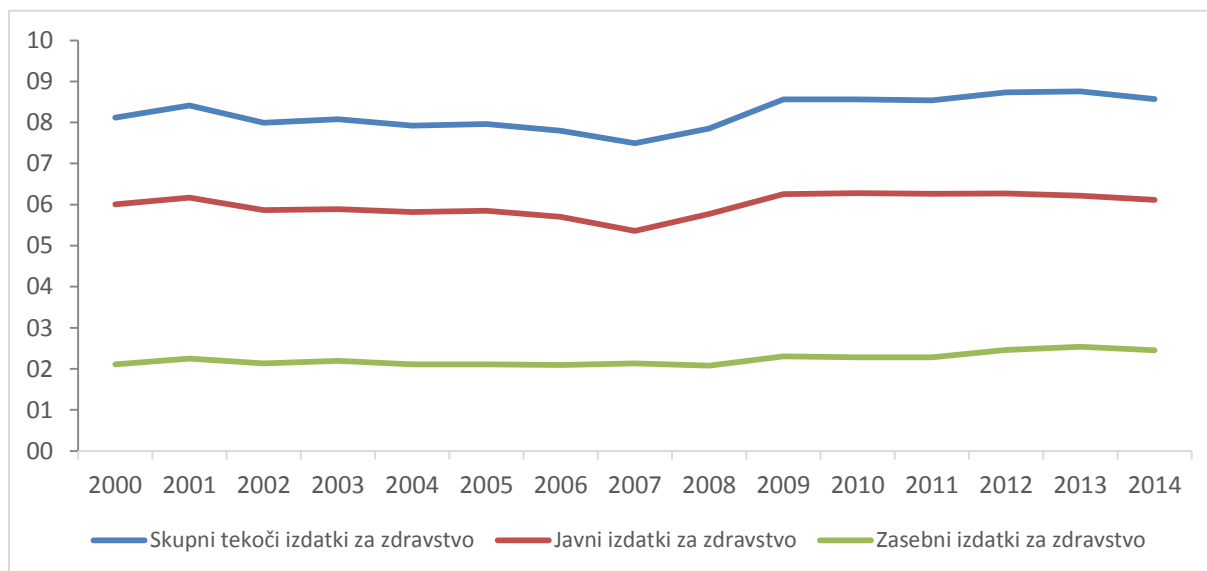
Izdatki za zdravstvo

V tem poglavju si bomo ogledali izdatke za zdravstvo, uporabili pa bomo podatke Nacionalnih zdravstvenih računov² in podatke ZZS, da bi boljše razumeli, kje so nastale bistvene spremembe. Najprej bomo obravnavali splošne trende pri izdatkih, sledili pa bodo trendi po financerjih. Nato si bomo ogledali podrobnejše podatke o izdatkih v posameznih sektorjih.

Izdatki za zdravstvo so od začetka krize porabljali več BDP, toda ravni izdatkov so nominalno ostale skoraj nespremenjene od leta 2009

Med letoma 2003 in 2008 so tekoči izdatki za zdravstvo (razen investicij) predstavljali med 7,5 % in 8,1 % BDP (slika 19). Ta delež je razmeroma hitro naraščal in leta 2009 se je povečal na 8,6 %, upad BDP leta 2009 pa igra pomembno vlogo pri stopnji tega povečanja. Od leta 2010 do leta 2014 je tekoča poraba za zdravstvo predstavljala razmeroma enak delež BDP – med 8,5 % in 8,7 % – tudi ko se je rast BDP upočasnila ali skrčila. Glede na predhodne podatke³ so leta 2014 skupni izdatki za zdravstvo v Sloveniji predstavljali 8,6 % BDP.

Slika 19: Skupni, javni in zasebni izdatki za zdravstvo kot delež (%) BDP, 2000–2014



Vir: SURS: 2000–2013; Podatki o zdravstvu OECD 2015: 2014 (predhodni podatki), izračuni UMAR;

Opomba: *brez investicij; BDP po reviziji ESR 2010.

Podatki Nacionalnih zdravstvenih računov (NZR) so pokazali, da je bila med letoma 2003 in 2008 povprečna letna rast ravni izdatkov na prebivalca v Sloveniji 7,3 % (slika 20). Ta stopnja se je precej znižala leta 2010, saj so se nominalno zmanjšali izdatki na osebo za –0,5 %. V naslednjih štirih letih, med letoma 2010 in 2014, so izdatki naraščali s povprečno letno stopnjo rasti, ki je

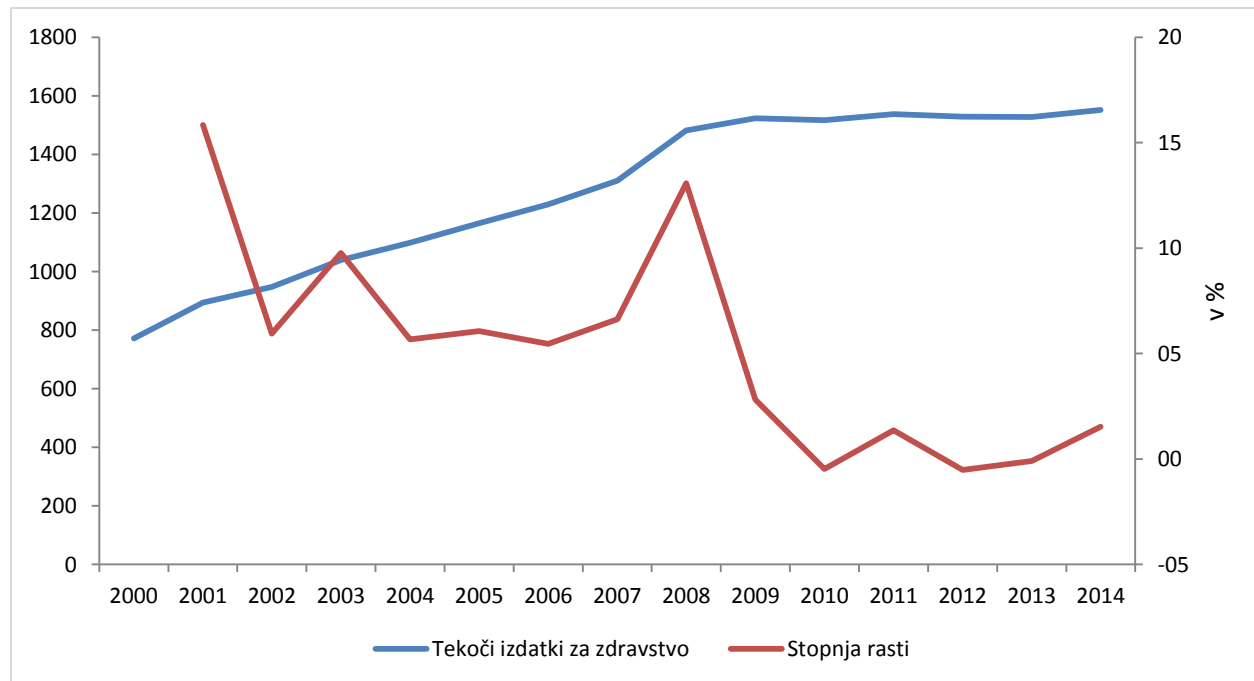
² Izdatki za zdravstvo in viri financiranja (SURS, podatki za 2003–2013) Statistični podatki o zdravstvu OECD 2015 (2000–2013 in zgodnji podatki za 2014) (oboje objavljeno julija 2015).

³ Poslovno poročilo ZZS za 2014. Podatki v skladu z metodologijo Sistema zdravstvenih računov (SHA) so bili ocenjeni v povezavi s SURS.

znašala le 0,6 %.

Upočasnitev rasti izdatkov za zdravstvo, ki je bila posledica finančne krize, je bila veliko hujša v Sloveniji kot v mnogih drugih državah EU. Podatki Eurostata so pokazali, da so države EU, ki so imele počasnejšo povprečno letno rast izdatkov na prebivalca kot Slovenija, med letoma 2008 in 2011 bile Estonija, Španija, Madžarska, Poljska, Portugalska in Romunija.⁴ Nominalno je bila leta 2012 tekoča poraba za zdravstvo na prebivalca 2.003 EUR (pariteta kupne moči - PKM), kar je 91 % povprečja EU-28 (2.193 EUR PKM) (OECD, 2014).

Slika 20: Tekoči izdatki za zdravstvo (EUR na prebivalca) in rast v Sloveniji, 2000–2014



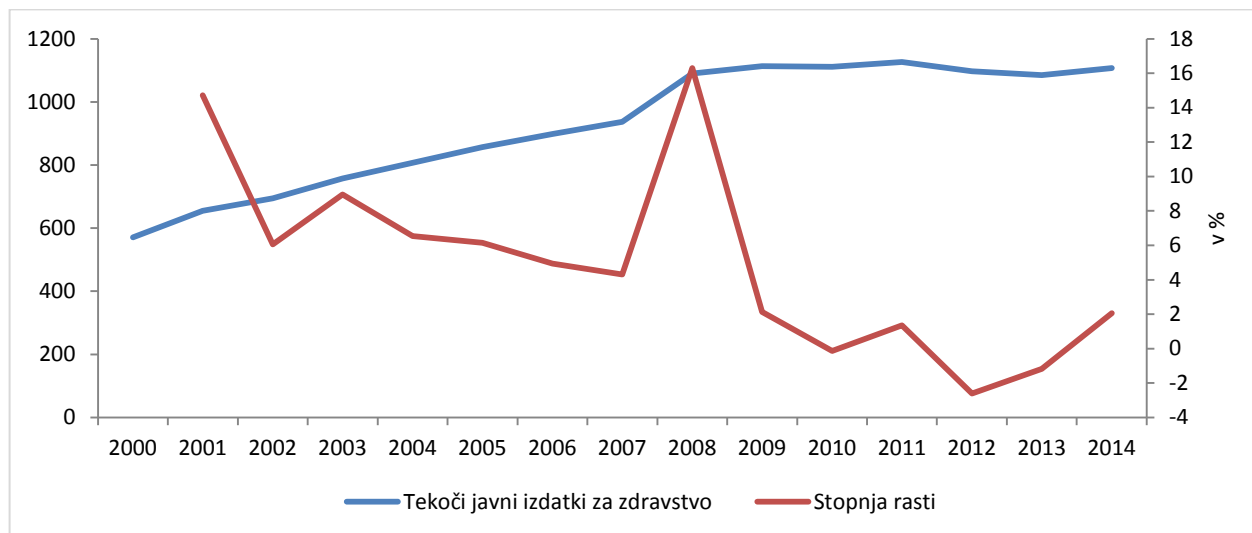
Vir: SURS: 2000–2013; Podatki o zdravstvu OECD 2015: zgodnji izračuni UMAR, 2014;
Opomba: *brez investicij; BDP po ESR 2010, revizija.

Javni izdatki so predvsem izdatki ZZZS, njihova rast pa se je precej upočasnila.

Trendi pri splošni porabi so predvsem posledica gibanja javnofinančnih izdatkov, saj ti predstavljajo večino izdatkov za zdravstvo. Sicer se zdi, kot da so javni izdatki za zdravstvo razmeroma nespremenljivi, če si ogledamo zdravstvo kot delež javnih izdatkov (**slika 9**), toda izdatke zasenči dejstvo, da se je rast na ravni skupnih javnih izdatkov upočasnila od začetka krize, leta 2012 pa se je celo zmanjšala (**slika 8**). Nominalna rast letnih javnih izdatkov na prebivalca, porabljenih za zdravstvo, je bila med letoma 2010 in 2014 negativna v treh izmed petih let (**slika 21**). Realno gledano so se med letoma 2010 in 2014 javni izdatki za zdravstvo na prebivalca v povprečju zmanjševali za –0,9 % na leto (UMAR).

⁴ Primerljivi podatki Eurostata za Hrvaško, Grčijo in Latvijo niso na voljo.

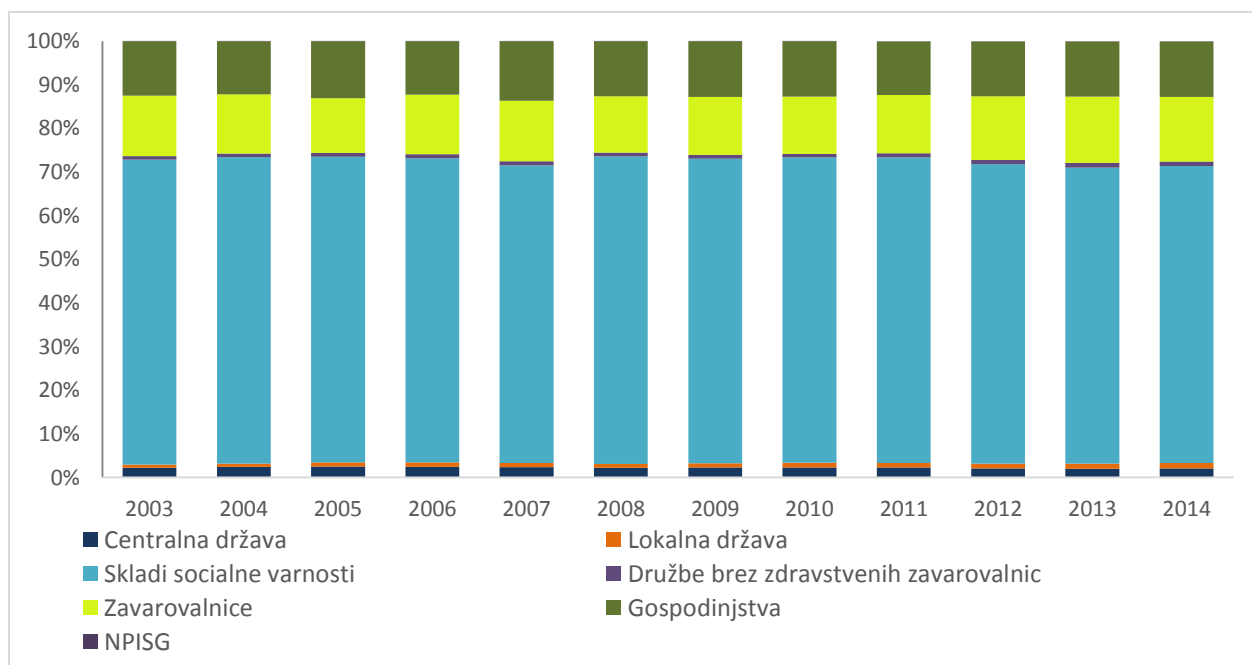
Slika 21: Javni izdatki za zdravstvo (EUR na prebivalca) in rast v Sloveniji, 2000–2014



Vir: SURS: 2000–2013; Podatki o zdravstvu OECD 2015: zgodnji izračuni UMAR, 2014; Opomba: *brez investicij; BDP po ESR 2010, revizija.

Od začetka krize se je javna poraba kot delež skupnih tekočih izdatkov rahlo zmanjšala (**slika 22**). Med letoma 2003 in 2007 je javna poraba v povprečju znašala 72,9 % tekočih izdatkov za zdravstvo (brez investicij). Leta 2008 se je povečala na 73,6 %, toda od takrat se je javni delež skupne porabe zmanjšal v štirih izmed šestih let. Glede na predhodne ocene je leta 2014 javna poraba predstavljala 71,4 % skupne tekoče porabe.

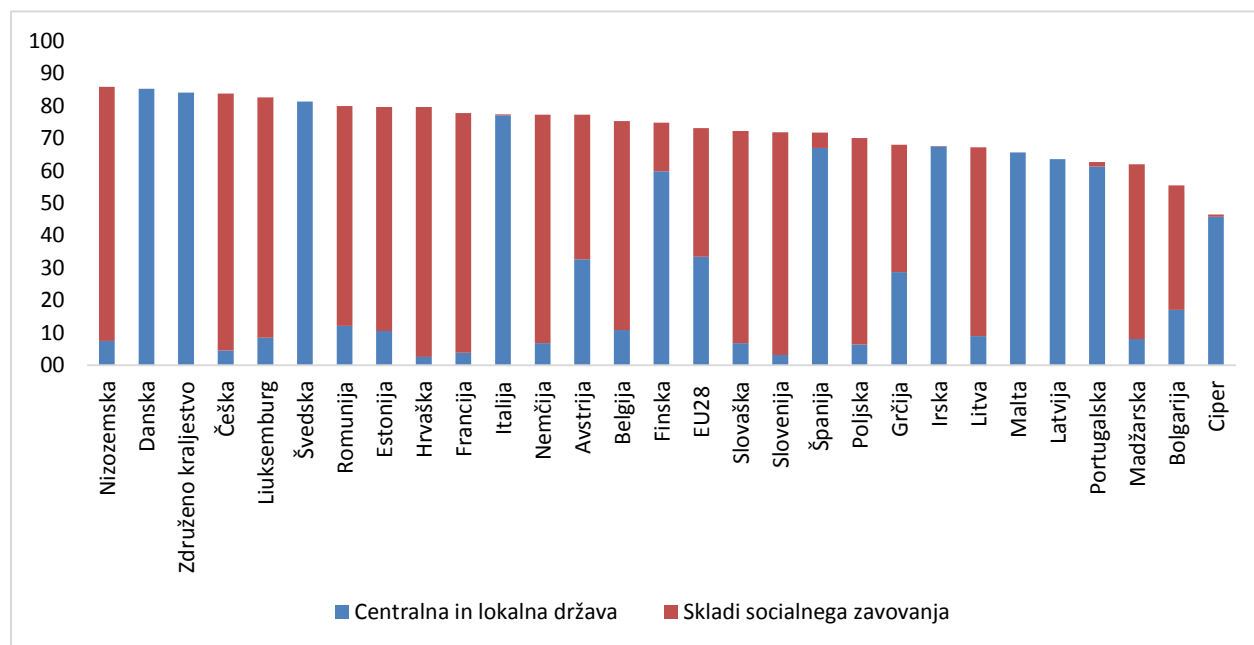
Slika 22: Struktura tekočih izdatkov za zdravstvo po viru financiranja, 2003–2014



Vir: SURS: 2003–2013; Podatki o zdravstvu OECD 2015: zgodnji izračuni UMAR, 2014; Opomba: Tekoči izdatki ne vključujejo investicij; BDP po ESR 2010, revizija.

Izdatki, ki jih za zdravstvo porablja centralna država, so večinoma namenjeni investicijam, upravljanju zdravstvenega sistema, financiranju nekaterih programov na področju javnega zdravja in preventive ter participacijam za ljudi z zelo nizkimi dohodki. Čeprav država na centralni in lokalni ravni za zdravstvene storitve porabi le majhen del svojih sredstev (3,3 % leta 2014), se ta znesek ni bistveno spremenil v primerjavi z obdobjem pred krizo (**slika 22**). Toda izdatki države na centralni in lokalni ravni kot delež skupne porabe (vključno z investicijami) so se zmanjšali, potem ko so leta 2009 dosegli vrhunec (8,5 %), za leto 2014 pa se ocenjuje, da znašajo 6,3 %. Ta upad ni posledica le nižjih splošnih državnih izdatkov, ampak tudi nižje prednosti, ki se posveča zdravstvu v sklopu državnih proračunov – še zlasti investicijam v zdravstvenem sistemu. Leta 2008 je centralna država porabila 1,03 % svojega proračuna za zdravstvo. Ta odstotek se je do leta 2012, ko je dosegel 0,58 %, vsako leto zmanjševal. Od takrat je nekoliko narasel, leta 2014 je namreč dosegel 0,8 %, toda centralna država še naprej porablja manj kot en odstotek svojega proračuna za zdravstvo.

Slika 23: Delež (%) in struktura javnih izdatkov za zdravstvo v tekočih izdatkih, 2012



Vir: SURS in OECD Health at a Glance 2014

Čeprav so javni izdatki še vedno primarni vir financiranja v Sloveniji, je javni delež tekočih izdatkov za zdravstvo leta 2012 znašal 71,8 % (tj. brez investicij) in je v primerjavi z drugimi državami v EU nekoliko pod povprečjem EU, ki znaša 73,0 % (**slika 23**). Večino porabi ZZSZ; kot smo že navedli, poraba države na centralni in lokalni ravni predstavlja zelo majhen delež porabe za zdravstvo in je v primerjavi z drugimi evropskimi državami nizka. Država na centralni in lokalni ravni je v Sloveniji leta 2012 porabila le 3,2 % tekoče porabe za zdravstvo. V EU je porabila manjši delež le Hrvaška. Toda v nekaterih državah EU, prikazanih na **sliki 23**, ki imajo visoko porabo skladov socialne varnosti, kot so Madžarska, Francija, Češka, Slovaška in Litva, se precejšen odstotek izdatkov za socialno varnost dejansko financira iz splošnih državnih virov. Na Madžarskem, na primer, več kot polovico izdatkov socialnega zdravstvenega zavarovanja predstavlja transfer iz ravni centralne države; v Sloveniji predstavljajo veliko večino sredstev

socialnega zavarovanja prispevki zavarovancev.

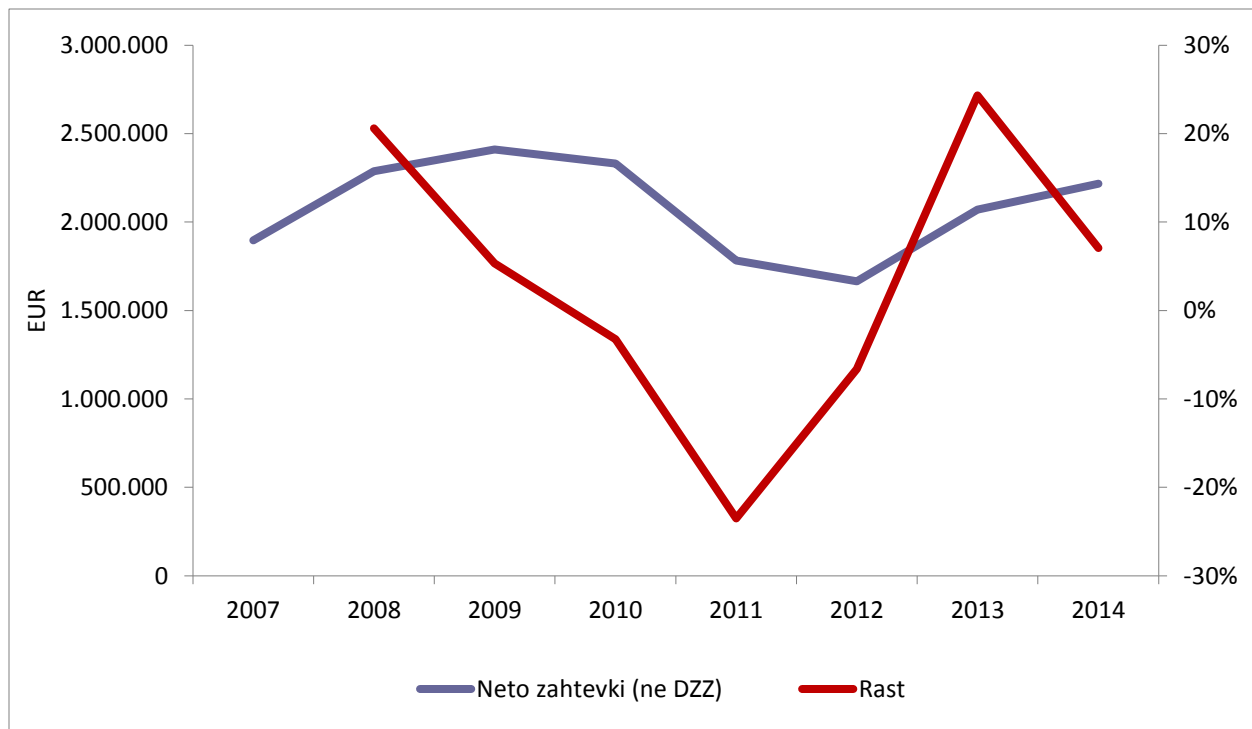
Zasebna poraba je nadomestilo za vse manjšo rast javnih izdatkov (načrtno)

Zasebna poraba je sestavljena predvsem iz izdatkov DZZ (večina te porabe se nameni plačevanju doplačil za storitve, ki jih krije ZZZS) in izdatkov gospodinjstev; tudi gospodarske družbe plačujejo majhen delež (predvsem za zdravje pri delu in kapitalne naložbe). Zaradi krize se je precej povečala skupna zasebna poraba kot delež BDP (**slika 19**). Leta 2008 so zasebni izdatki sicer predstavljali 2,1 % BDP, toda predhodne ocene⁵ kažejo, da so zasebni izdatki za zdravstvo leta 2014 predstavljali 2,5 % skupnega BDP.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je največja oblika zasebnih izdatkov za zdravstvo; skupaj je leta 2008 DZZ pokril 12,9 % tekočih izdatkov za zdravstvo. Ta odstotek se je do leta 2013, ko je dosegel 15,2 %, vsako leto višal, nato pa je leta 2014 rahlo upadel na 14,8 % (predhodna ocena). Za povečan delež porabe DZZ obstajata dve možni razlagi. 1) Ljudje sklepajo dodatna prostovoljna zavarovanja in plačujejo za več kot le za doplačila ZZZS, npr. zavarovanje, s katerim se je mogoče izogniti čakalnim vrstam ali omogoča dostop do storitev, ki jih ZZZS ne krije, ali 2) so bili stroški prestavljeni na zasebni sektor s povečanjem deleža doplačil za storitve, ki jih krije ZZZS, ali z večjim povpraševanjem po storitvah z razmeroma višjimi deleži doplačil. Toda če si ogleđamo neto izdatke za zavarovalne zahtevke za DZZ, vidimo, da prva razlaga ni zelo verjetna (**slika 24**). Poleg tega, da je raven izdatkov za zahtevke dodatnega DZZ zelo nizka, so se ti zahtevki precej zmanjšali od začetka krize, in sicer toliko, da je bila raven izdatkov za zahtevke leta 2014 nižja kot leta 2010. Skupne premije za dodaten DZZ so se leta 2011 precej zmanjšale in sicer za 35 %, v vsakem izmed naslednjih treh let pa so se povečale. Premije dodatnega DZZ so sicer ohranile zelo majhen delež trga, hkrati pa so dosledno višje od zahtevkov; skupne premije so leta 2014 znašale 7,9 milijona EUR – ta znesek je 3,5-krat višji od zavarovalnih zahtevkov (2,2 milijona EUR).

⁵ Poslovno poročilo ZZZS za 2014. Podatki v skladu z metodologijo Sistema zdravstvenih računov (SHA) so bili ocenjeni v povezavi s SURS.

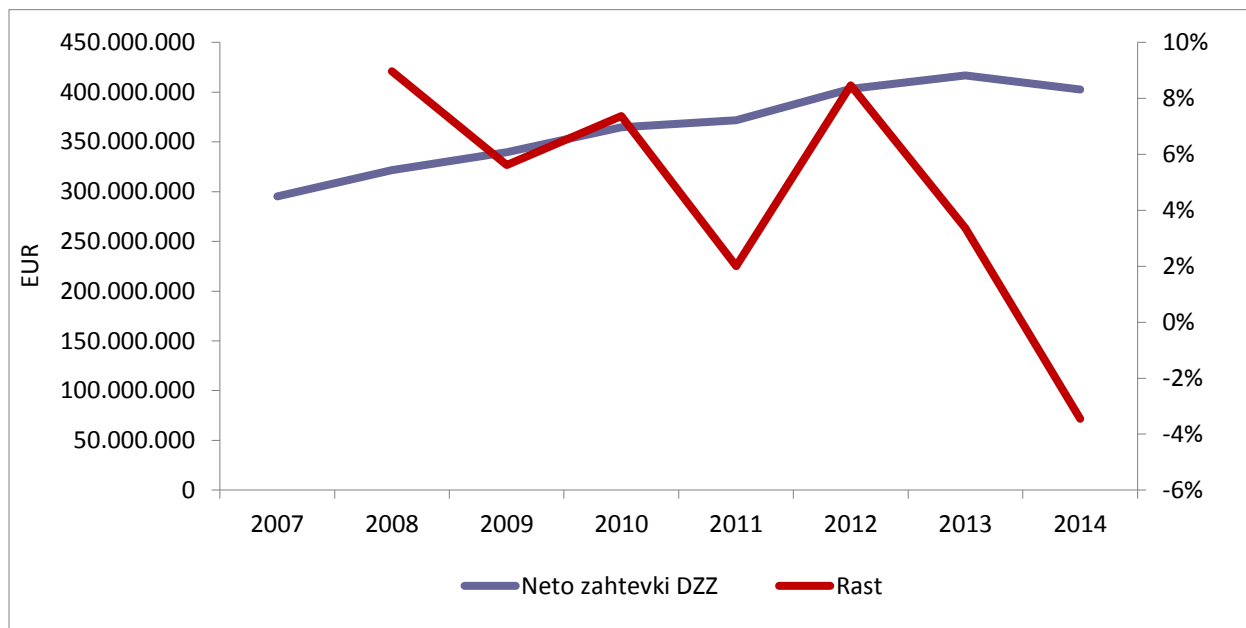
Slika 24: Neto zahtevki dodatnega DZZ in rast, 2007–2014



Vir: Agencija za zavarovalni nadzor, 2015

Na drugi strani so se neto zahtevki za DZZ, ki krije doplačila ZZZS, večali v vseh letih od leta 2007, razen leta 2014, ko se je rast upočasnila za 3,4 % (slika 25). Povečan delež porabe za zasebno zavarovanje je bil torej posledica večje porabe DZZ za doplačila in ni nastal zaradi povečanega števila ljudi, ki so sklenili DZZ za kritje storitev, ki se ne krijejo z javnimi sredstvi. Toda navesti moramo, da je DZZ v vsem tem obdobju, ko so se povečevali izdatki za zasebno zavarovanje, razen leta 2010, ostal dobičkonosen, kot smo že navedli (slika 18).

Slika 25: Neto zahtevki DZZ in rast, 2007–2014



Vir: Agencija za zavarovalni nadzor, 2015

Gospodinjstva zaradi kritja z DZZ plačujejo majhen delež za zdravstvo

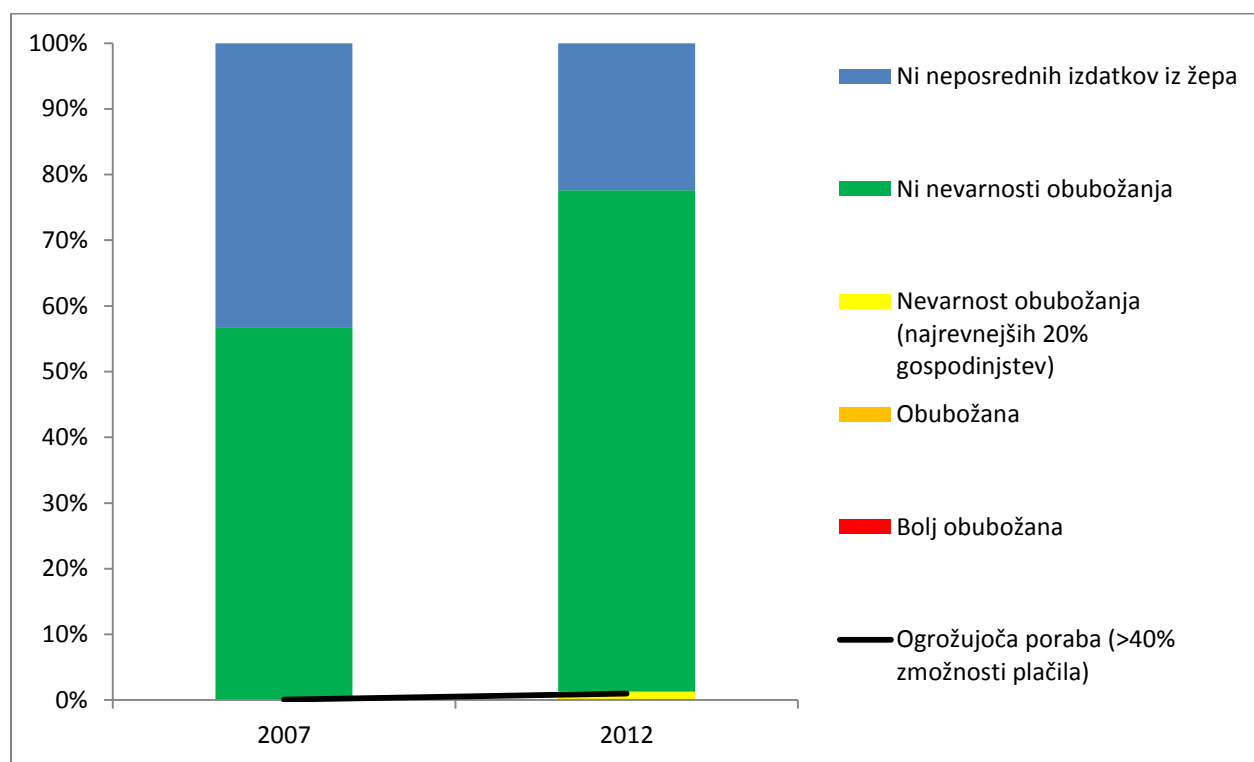
V preteklosti so imeli neposredni izdatki iz žepa v Sloveniji razmeroma majhno vlogo pri financiranju zdravstva, ker DZZ učinkovito krije doplačila za storitve ZZS. Neposredni izdatki iz žepa se uporabljajo predvsem za nakup blaga in storitev, ki jih ne krije ZZS, in za dostop do zdravstvene oskrbe v zasebnem sektorju. Med krizo gospodinjstva niso bistveno povečala svojega deleža v tekočem financiranju zdravstva; med letoma 2008 in 2014 so gospodinjstva plačevala med 12,2 % in 12,8 % tekočih izdatkov za zdravstvo (**slika 22**). Toda podatki raziskave o družinskih proračunih so pokazali, da se je od začetka krize delež skupne neposredne porabe iz žepa v gospodinjstvu, ki se je uporabila za zdravstvene storitve, povečal z 1,8 % leta 2008 na 2,3 % leta 2012. Do povečanja je prišlo zaradi porabe v razmeroma premožnih gospodinjstvih, v katerih je povečanje neposredne porabe iz žepa v primerjavi s skupno porabo v gospodinjstvu precejšnje in ki na splošno porabijo več kot revnejša gospodinjstva. Leta 2012 so revna gospodinjstva v prvem kvintilu (tj. najrevnejših 20 % gospodinjstev na osnovi ekvivalentnega izdatka za osebno porabo) v povprečju porabila 232 EUR neposrednih izdatkov iz žepa na leto, premožnejša gospodinjstva v petem kvintilu (tj. najpremožnejših 20 % gospodinjstev) pa so porabila 728 EUR na leto. Leta 2012 sta se skoraj dve tretjini neposrednih izdatkov iz žepa porabili za medicinske proizvode, kot so zdravila in medicinska oprema. Približno ena četrtnina porabe je bila namenjena zobozdravstvenim storitvam.

Neposredni izdatki iz žepa na splošno ne predstavljajo večje ovire za dostop do zdravstvenih storitev v Sloveniji. To so potrdili tudi podatki EU-SILC, ki kažejo, da ima Slovenija dosledno eno izmed najnižjih (če ne najnižjo) ravni nezadovoljenih zdravstvenih potreb v Evropi za vse dohodkovne razrede. Na primer: leta 2013 je 99,8 % prebivalstva izjavilo, da nima nezadovoljenih potreb, razlog za to pa je predvsem obširen paket pravic, ki jih krijeta obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Poleg tega je z metodo, ki jo je za merjenje finančne zaščite razvila organizacija WHO, Urad za

krepitev zdravstvenih sistemov v Barceloni, razvidno, da so slovenska gospodinjstva bolj zaščitena pred stroški zdravstvene oskrbe (**slika 26**). Leta 2007, pred krizo, je le 0,1 % gospodinjstev izkusil ogrožujočo porabo⁶, pri čemer je bila več kot polovica te porabe namenjena zobozdravstvenim storitvam, ki jih ne krije ZZZS. Do leta 2012 se je povečala ogrožujoča poraba v absolutnih zneskih na le 1,0 % gospodinjstev, več kot polovica ogrožujoče porabe pa za zobozdravstvene storitve. Zanimivo je, da leta 2007 43,2 % gospodinjstev sploh ni imelo nikakršnih neposrednih izdatkov iz žepa, toda ta odstotek se je leta 2012 zmanjšal na 22,4 %, kar kaže povečano nagnjenost gospodinjstev k nakupom zdravstvenega blaga in storitev z neposrednimi izdatki iz žepa; toda velika večina gospodinjstev, ki ima neposredne izdatke iz žepa, še vedno ni bila v nevarnosti, da bi zaradi neposrednih izdatkov iz žepa pri porabi za zdravstvo obubožala.

Slika 26: Finančna zaščita, 2007 in 2012



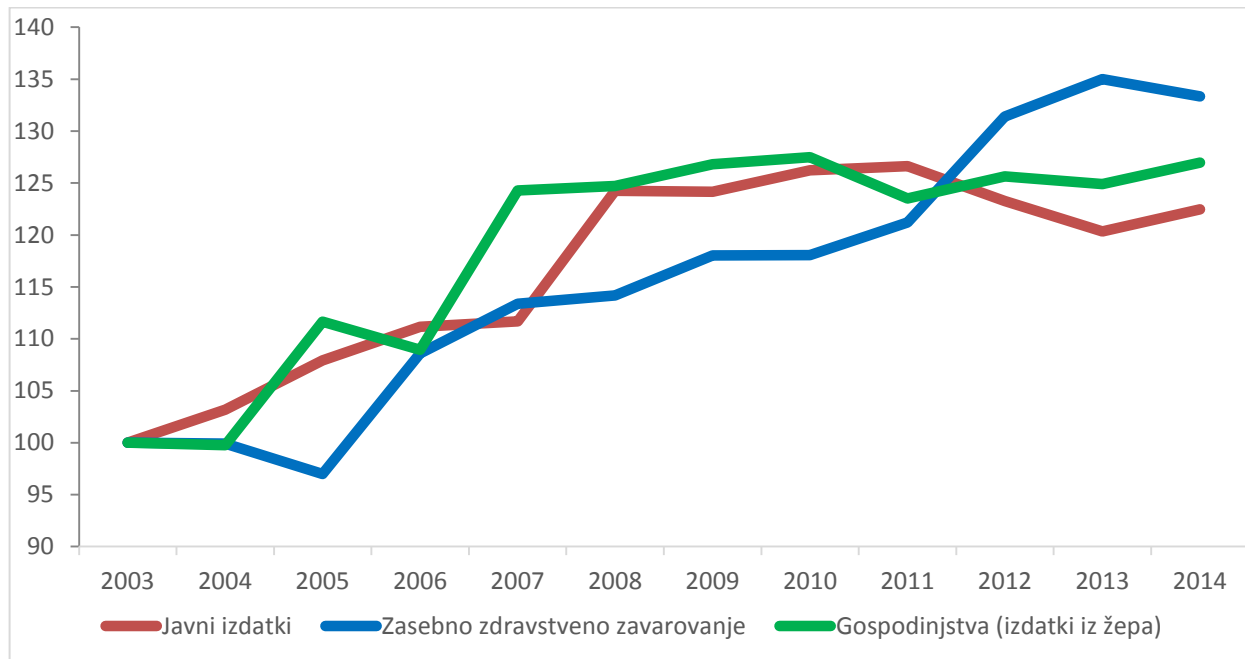
Vir: Izračuni temeljijo na podatkih raziskave o družinskih proračunih; Opomba: Bolj obubožana gospodinjstva so pod eksistenčnim minimumom, toda imajo neposredne izdatke iz žepa; obubožana gospodinjstva imajo več neposrednih izdatkov iz žepa, kot je njihova zmogljivost plačevanja; gospodinjstva, ki so v nevarnosti obubožanja, so imela razliko med porabo in neposrednimi izdatki iz žepa pod 120 % eksistenčnega minimuma; gospodinjstva, ki niso v nevarnosti obubožanja, so tista, katerih razlika med porabo in neposrednimi izdatki iz žepa je večja od 120 % eksistenčnega minimuma.

⁶ Pojav ogrožujočih izdatkov vključuje gospodinjstva, za katere so neposredni izdatki iz žepa za zdravstvo višji od 40 % njihove zmogljivosti za plačevanje, gospodinjstva, ki so zaradi neposrednih izdatkov iz žepa za zdravstveno oskrbo obubožala, in gospodinjstva, ki živijo pod in so imela neposredne izdatke iz žepa za zdravstvo.

Splošna rast izdatkov za zdravstvo se je upočasnila, pri čemer se je nekaj stroškov preneslo z javnih na zasebne

Na splošno so bile v preteklih nekaj letih le manjše spremembe glede tega, kdo plačuje za zdravstvene storitve v Sloveniji (**tabela 3**). Rast se je na splošno upočasnila, od začetka krize pa je bilo tudi nekaj let z zmanjšanimi javnimi izdatki, predvsem zaradi manjše porabe ZZZS. S tem upadom se je ohranil rahel premik z javnega financiranja zdravstva na zasebno, saj DZZ z doplačili krije večji delež porabe za zdravstvo (**slika 27**).

Slika 27: Realna rast izdatkov za zdravstvo, 2003–2014



Vir: SURS: 2003–2013; Podatki o zdravstvu OECD 2015: zgodnji izračuni UMAR, 2014; Opomba: *brez investicij; BDP po ESR 2010, revizija; za izračun izdatkov za zdravstvo v stalnih cenah se je uporabil deflator BDP.

Tabela 3: Distribucija glavnih virov financiranja tekočih izdatkov za zdravstvo, 2003–2014

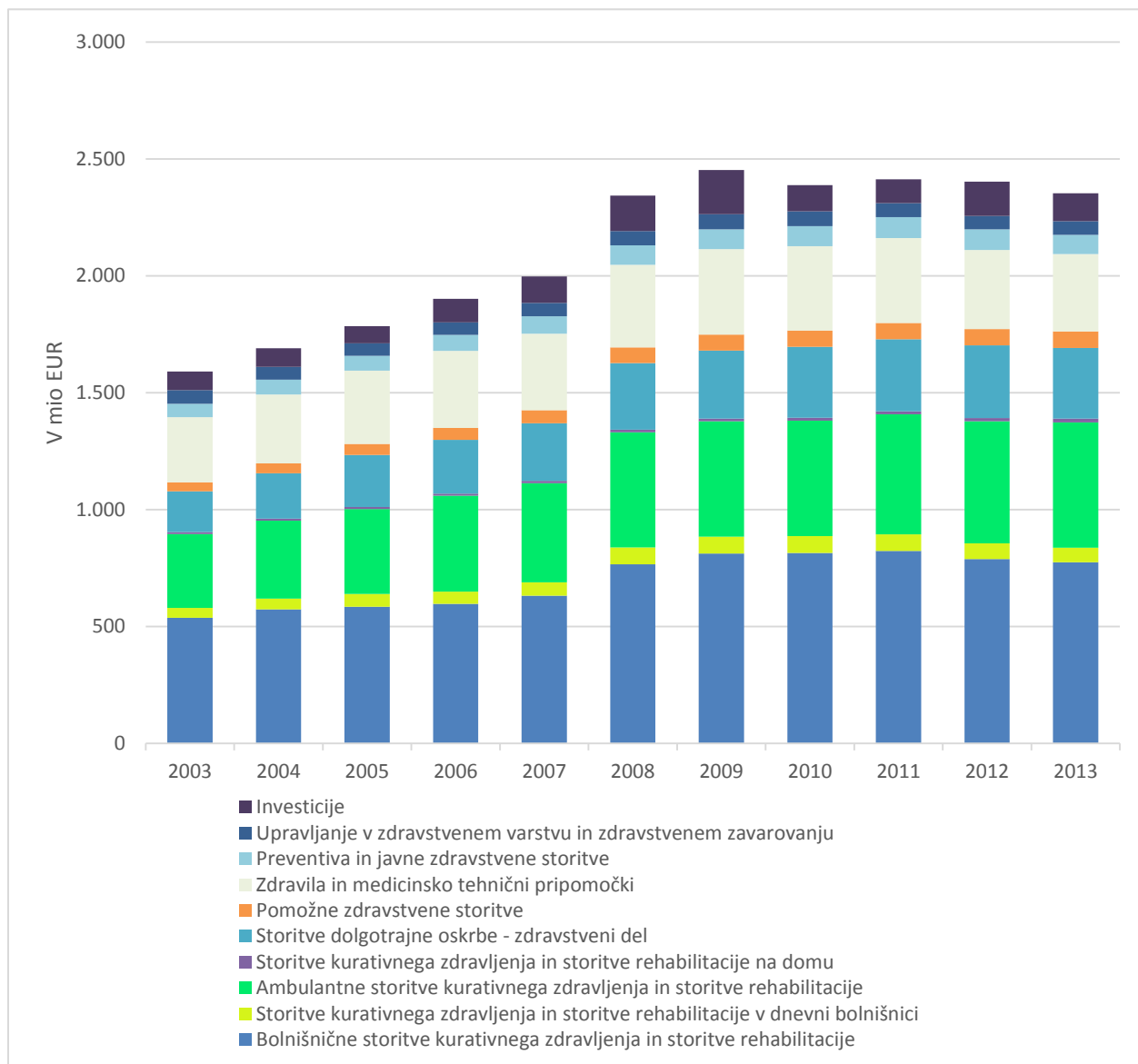
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Javni izdatki	72,8	73,4	73,5	73,1	71,5	73,6	73,1	73,3	73,3	71,8	71,0	71,4
Centralna država	2,2	2,4	2,5	2,4	2,4	2,2	2,3	2,3	2,2	2,1	2,0	2,1
Lokalna država	0,7	0,7	1,0	1,0	0,9	0,8	0,9	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2
Skladi socialne varnosti	69,9	70,3	70,0	69,7	68,2	70,5	69,9	69,9	70,0	68,6	67,8	68,1
Zasebni izdatki	27,2	26,6	26,5	26,9	28,5	26,4	26,9	26,7	26,7	28,2	29,0	28,6
Gospodarske družbe (brez zdravstvenih zavarovalnic)	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	0,9	0,9	0,8	1,0	1,0	1,1	1,0
Zasebne zavarovalnice	13,9	13,6	12,6	13,6	13,8	12,9	13,3	13,1	13,4	14,6	15,2	14,8
Gospodinjstva	12,5	12,2	13,0	12,3	13,6	12,6	12,8	12,7	12,2	12,5	12,6	12,7
NPISG	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Vir: SURS: 2003–2013; Podatki o zdravstvu OECD 2015: zgodnji izračuni UMAR, 2014; Opomba: *brez investicij; BDP po ESR 2010, revizija.

V preteklih nekaj letih se vrste kupljenega blaga in storitev niso preveč spremenile.

Na splošno se je raven javne porabe za zdravstvo najbolj povišala med letoma 2007 in 2008, od takrat naprej pa je bila razmeroma stabilna. Povečanje med letoma 2007 in 2008 je bilo predvsem posledica povečanja porabe za bolnišnično oskrbo, ambulantno oskrbo in za dnevno oskrbo, osnova zanj pa je bila predvsem vsesplošna povečana poraba zaradi reforme plač v javnem sektorju (**slika 28**). Od leta 2008 je prišlo le do manjših sprememb distribucije javne porabe za zdravstvo. Distribucija porabe je v dobrem položaju, če jo primerjamo s povprečjem v EU. Poročilo OECD Health at a Glance 2014 pravi, da je Slovenija leta 2012 za ambulantno oskrbo porabila nekoliko manjši odstotek, kot je povprečje v EU, ter nekoliko več za medicinsko blago, upravo in za preventivo (gledano skupaj kot ena kategorija).

Slika 28: Javni izdatki za zdravstvo po namenu, 2003–2013



Vir: SURS: 2003–2013; izračuni UMAR.

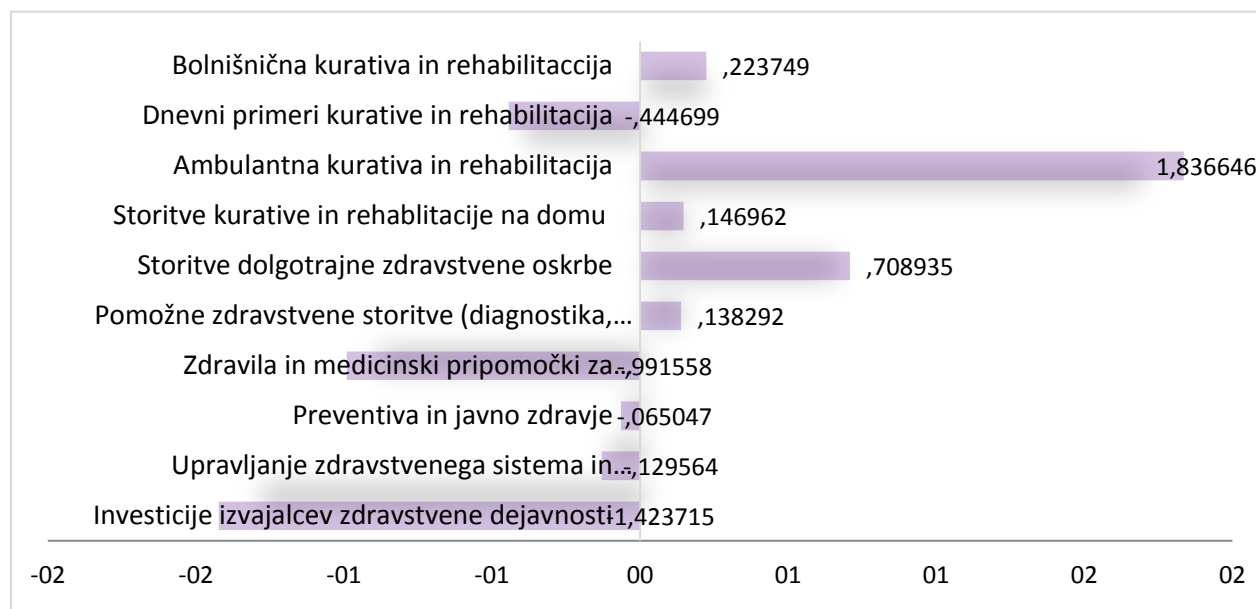
Spremembe so bile del manjših premikov pri distribuciji izdatkov, ki so se zgodili med letoma 2008 in 2013, na splošno pa so bile z vidika učinkovitosti pozitivne (**slika 29**). Na primer: delež javnih izdatkov za upravo se je med letoma 2008 in 2013 zmanjšal za 0,1 odstotne točke (z 2,6 % na 2,5 % skupne državne porabe za zdravstvo) in s tem se je nadaljeval razmeroma konstanten upad, ki je trajal od leta 2003. V primerjavi z drugimi državami v OECD so izdatki, ki jih ima Slovenija za upravo, kot delež skupne tekoče porabe za zdravstvo razmeroma visoki – 4. najvišji izmed 18 držav v EU, za katere so podatki za 2013 na voljo v zbirki podatkov za zdravstvo OECD. Toda pomemben razlog za visoke splošne upravne stroške je upravljanje zasebnega zdravstvenega zavarovanja; upravljanje zasebnega zdravstvenega zavarovanja predstavlja 1,8 % skupnih izdatkov za zdravstvo oziroma približno polovico skupnih upravnih izdatkov, čeprav se z njimi plačuje le približno 15 % tekočih izdatkov za zdravstvo. Izmed 9 držav EU, za katere so na voljo podatki za 2013, je Slovenija porabila najvišji delež tekočih izdatkov za administracijo v

zasebnem zdravstvenem zavarovanju, toda prav tako je porabila drugi najmanjši delež tekoče porabe za administracijo v javnem sektorju.

Prav tako je bilo manj javnih izdatkov za medicinsko blago, ki se uporablja za bolnike v ambulantni, kar je najverjetneje posledica znižanja cen, povečanja deležev doplačil ter drugih ukrepov, ne pa manjše količine zaužitih zdravil. To je mogoče predvidevati, ker se je število receptov med letoma 2008 in 2012 povečalo s 15.795 na 16.763 (v milijonih) (podatki ZZS, 2014). Delež porabe za medicinsko blago, ki se uporablja za bolnike v ambulantah, se je v tem obdobju znižal s 15,1 % na 14,3 %, pri čemer je bila raven porabe nominalno nižja leta 2012 kot leta 2008.

Toda največji upad deleža izdatkov je bil za investicije, kar bi lahko bilo težavno, če bi bile investicije potrebne za vzdrževanje prostorov ali izboljšanje kapacitet (več o kapitalskih naložbah spodaj). Investicije so nazadnje doživele večje povečanje v letih 2008 in 2009.

Slika 29: Sprememba porazdelitve javnih izdatkov za zdravstvo, 2008–2013

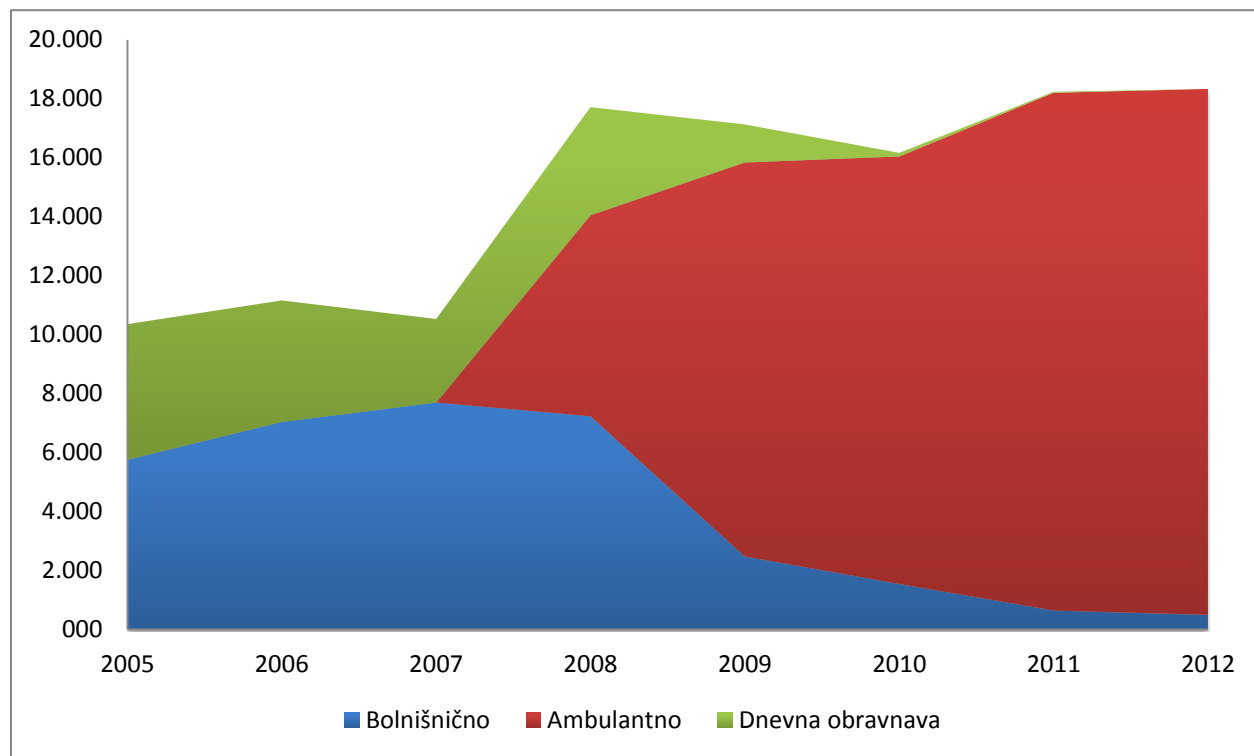


Vir: SURS, NZR, 2015

Čeprav se je lahko zaradi zmanjšanja izdatkov na nekaterih področjih povečal delež sredstev za kurativo in rehabilitacijo, obstajajo dokazi, da bi lahko Slovenija dosegla prihranke, če bi se še naprej osredotočala na prehod k ambulantni ali dnevni obravnavi. Število bolnišničnih kirurških posegov na 100.000 oseb na primer je v Sloveniji razmeroma visoko (7.577 posegov leta 2010) v primerjavi s povprečjem v EU (6.779 leta 2009 – to je leto z najnovejšimi razpoložljivimi podatki za EU) (baza podatkov WHO-HFA). Toda na tem področju je že bil dosežen določen uspeh. Če za študijo primera uporabimo operacije sive mreže, je jasno, da je prišlo do očitnega premika od bolnišničnih posegov k posegom v okoljih, ki zahtevajo manj sredstev, npr. ambulante (**slika 30**). Poleg tega so se leta 2015 izvajalci zdravstvenih storitev v Splošnem dogovoru zavezali, da bodo preusmerjali bolnike od iz hospitalne obravnave v dnevno obravnavo in ambulantno specialistično obravnavo. Čakalne dobe za prvi obisk specialistične ambulante naj bi se skrajšale, kjer je to mogoče, pa se bodo boljše razvile storitve nege na domu oziroma bodo bolniki

odpuščeni iz bolnišnice čim prej in prestavljeni v zavode za rehabilitacijo oziroma zdravilišča (7. točka prvega odstavka 2. člena Splošnega dogovora).

Slika 30: Operacije sive mreže, število, 2005–2012



Vir: Eurostat, 2015

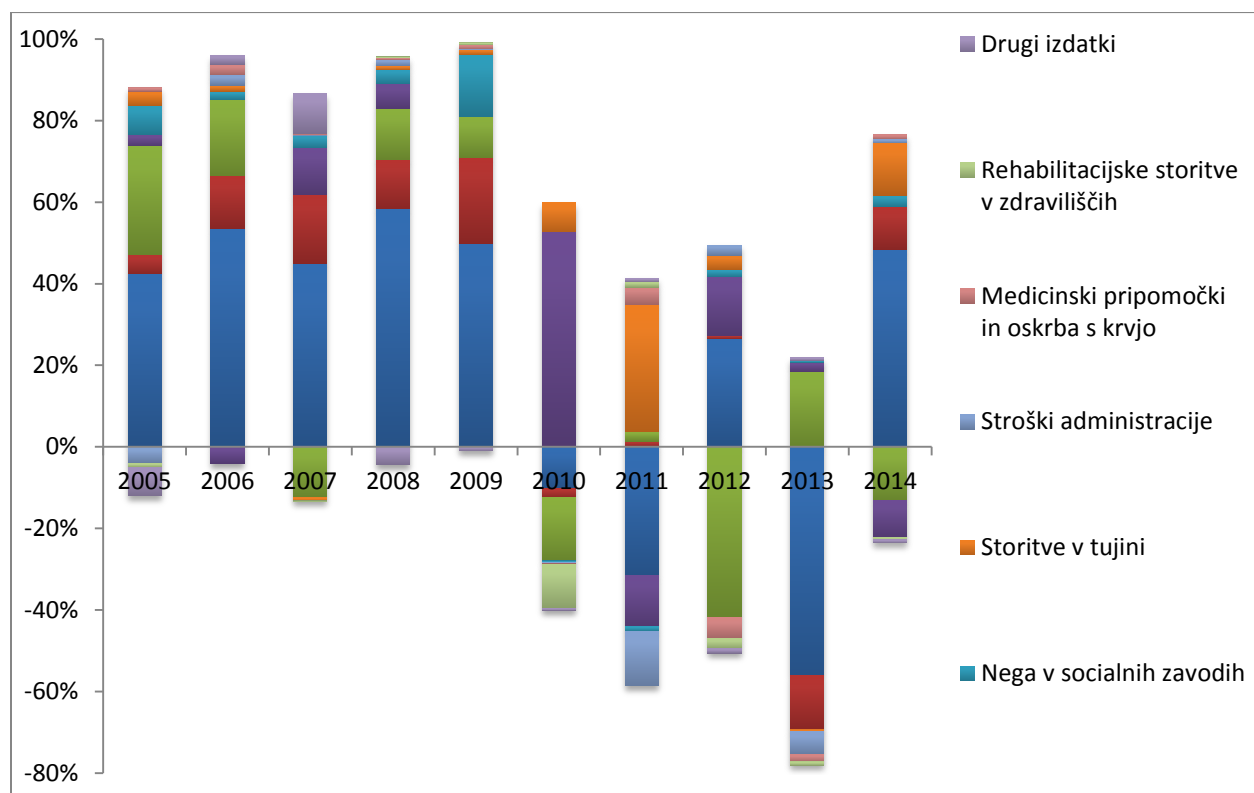
Počasnejša rast izdatkov je posledica zmanjšane porabe za različne vrste storitev.

Čeprav večino javnih sredstev porabi ZZSZ, je poleg podatkov NZR koristno pregledati podatke o izdatkih, ki jih ima ZZSZ. Kot smo že navedli, se je splošna rast izdatkov ZZSZ precej upočasnila; med letoma 2004 in 2008 je bila povprečna letna nominalna rast izdatkov 6,9 %, med letoma 2008 in 2014 je bila povprečna rast 1,0 % na leto. V treh izmed šestih let v obdobju 2008–2014 je bila letna rast negativna.

Do te upočasnitve pri porabi je prišlo zaradi zmanjšanja porabe za vse vrste storitev, razen porabe za storitve v tujini (**slika 31**). Največja kategorija izdatkov so storitve specialističnih ambulant in bolnišnične storitve; ta kategorija je na splošno pomemben odločilni dejavnik za skupne vzorce. Ta kategorija je med letoma 2008 in 2014 naraščala za pičlih 1,1 % povprečne letne nominalne rasti. To je precejšnja upočasnitev v primerjavi s povprečno letno rastjo 9,3 % med letoma 2004 in 2008 (toda ta rast je večinoma posledica reforme plač v javnem sektorju leta 2008, tako da je bila povprečna letna rast med letoma 2004 in 2007 pičlih 6,2 %).

Leto za letom so bile različne storitve glavni razlog za upočasnitve, in sicer zaradi ukrepov, kot so: znižanja cen, povečanja deležev doplačil in odložena plačila (opis ključnih ukrepov za zniževanje izdatkov za vsako leto lahko najdete spodaj). Leta 2010, ki je bilo prvo leto, ko je bila rast izdatkov ZZS skoraj 0 % (0,4 %), je bil prihranek dosežen zaradi zmanjšanja porabe za zdravila, rehabilitacijske storitve v zdraviliščih ter specialistične ambulantne storitve, to pa je učinkovito uravnotežilo povečanje denarnih dajatev (10,3 %). Leta 2011 je zmanjšanje splošnih izdatkov za -0,3 % povzročila manjša poraba za specialistične ambulantne in za bolnišnične storitve, administracijo (delo ZZS) in denarna nadomestila. Leta 2012 skoraj ni bilo skupne rasti, toda to je pokazalo pomembne razlike: po eni strani so bila razmeroma velika zmanjšanja porabe za zdravila, medicinske pripomočke in oskrbo s krvjo, rehabilitacijske storitve v zdraviliščih in »druge« vrste porabe, po drugi strani pa je bila rast na vseh drugih področjih pozitivna. Tudi leta 2013 in 2014 so specialistične ambulantne storitve in storitve bolnišnične oskrbe dosegle največje razlike v rasti.

Slika 31: Prispevek k rasti porabe ZZS, po storitvah, 2005–2014



Vir: ZZS, 2015

Opomba: Ta podatek kaže rast izdatkov, ponderirano s sorazmernim deležem skupnih izdatkov ZZS in omejeno, da je njena vsota 100 %. V letih 2011, 2012 in 2013 so bile stopnje rasti negativne, zato so ponderji obrnjeni (tj. pomnoženi z -1).

Med krizo so imeli opazno povečanje le izdatki za storitve, opravljene v tujini, za katere je plačal ZZZS; razlog za to so predvsem zamude pri plačilih drugim državam, predvsem Bosni, za oskrbo slovenskih državljanov v tujini. Leta 2008 je bilo 0,6 % vseh izdatkov namenjenih tekočim prenosom v tujino, toda ta odstotek se je do leta 2014 povečal na 1,6 %. Leta 2011 so storitve, opravljene v tujini, narasle za 58,6 %; leta 2014 so se povečale za 37,1 %. Povečanje porabe za storitve v tujini je med letoma 2010 in 2011 (+14,4 milijona EUR) skoraj povsem uravnotežilo zmanjšanje porabe za specialistične ambulantne storitve in storitve bolnišnične oskrbe (-14,6 milijona EUR).

To so pokazali tudi skupni podatki OECD. Med letoma 2007 in 2012 je bila namreč povprečna letna rast uvoza zdravstvenih storitev 7,4-odstotna; kljub temu to predstavlja le 0,33 % skupnih izdatkov leta 2012 (OECD, *Health at a Glance 2014*, str. 131). Pravzaprav je bilo povečanje izvoza zdravstvenih storitev še večje, saj je med letoma 2007 in 2012 v povprečju naraščalo za 23,7 % na leto in je predstavljalo 1,58 % skupne porabe za zdravstvo.

ZZZS je prevzel odgovornost za plačevanje nekaterih postavk, ki niso povezane z opravljanjem zdravstvenih storitev, kot so pripravništva in specializacije. Pred letom 2008 so bili ti stroški financirani iz državnega proračuna, toda od takrat naprej zanje plačuje ZZZS. Leta 2014 je ZZZS financiral izdatke za specializacije v znesku 45.821.329 EUR in za pripravništva v znesku 16.919.965 EUR. Ravno tako je 30. maja 2013 Zakon o izvrševanju proračunov Republike Slovenije za leti 2013 in 2014 povečal splošno stopnjo DDV z 20 % na 22 % in povečal znižano stopnjo DDV z 8,5 na 9,5 %. To je leta 2013 prispevalo približno 1,5 milijona EUR dodatnih izdatkov ZZZS; na letni ravni se ocenjuje, da povečanje stopnje DDV prispeva približno 3,5 milijona EUR k izdatkom ZZZS. ZZZS ravno tako financira raziskave in podiplomsko izobraževanje v okviru terciar I (približno 17,3 milijona EUR na leto). ZZZS se kot nadomestilo za novo porabo iz naslova novih/višjih obveznosti dodatna sredstva niso zagotovila.

Ključni razlogi za spremembe porabe v zdravstvu

To poglavje obravnava nekatere ključne ukrepe, ki so pripomogli k upočasnitvi rasti javnih izdatkov za zdravstvo in k premiku k zasebnemu financiranju. Pomembno je vedeti, da ZZZS posluje skladno s Paktom o stabilnosti, pri čemer ZZZS ni dovoljeno, da bi izkazoval presežek odhodkov nad prihodki ob koncu leta oziroma da bi se zadolžil, čeprav se ZZZS lahko med letom odobrijo kratkoročna posojila iz državne zakladnice. Če to upoštevamo, v bistvu obstajajo štirje načini, na katere se lahko trendi izdatkov za zdravstvo v Sloveniji spremenijo, da se ZZZS ne bi zadolžil med zagotavljanjem zdravstvene oskrbe:

- 1) spremembe cen (tj. ohranjanje obsega storitev kljub zmanjšanju prihodkov)
- 2) spremembe deležev doplačil
- 3) odloženi izdatki ZZZS
- 4) zmanjšanje administrativnih stroškov ZZZS

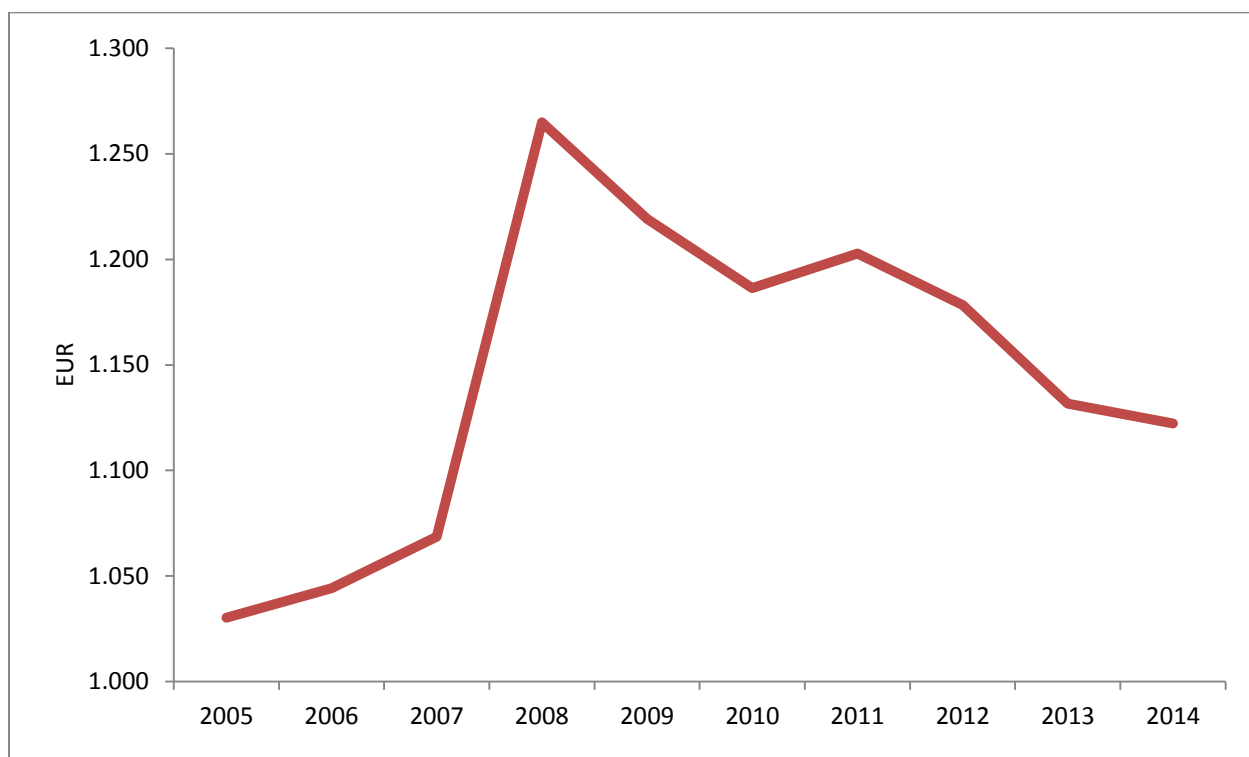
Spremembe vrednosti uteži SPP bistveno učinkujejo na javno porabo

Eden izmed ključnih dejavnikov, ki je vplival na upočasnitev rasti izdatkov, je bila padajoča vrednost uteži SPP, ki odraža ceno bolnišnične storitve (**slika 32**). Med letoma 2007 in 2008 je vrednost uteži SPP bistveno narasla, in sicer s 1.068,62 EUR na 1.264,98 EUR, za kar je bila glavni razlog plačna reforma v javnem sektorju. To povečanje za 18,4 % je sovpadalo s povečanjem porabe ZZZS (19,2 %) za specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje s splošnim povečanjem izdatkov ZZZS (13,8 %). Od leta 2008 je vrednost uteži SPP nenehno padala vsako leto, tako da je leta 2014 utež SPP vredna le 1.122,23 EUR.

Rezultati projekta Eurostat/OECD, ki primerja mednarodne cene bolnišnic, so pokazali, da so leta 2011 cene za bolnišnične storitve v Sloveniji predstavljale 82 % povprečne cene v EU, pri čemer so na primer cene bolnišničnih storitev na Irskem predstavljale 181 % povprečne cene v EU, v Avstriji 156 %, v Franciji 123 %, na Češkem pa po drugi strani 60 % (Koechlin et al., 2014).

Vrednost uteži SPP je funkcija prihodkov, ki so na voljo za kritje dogovorjenih storitev: medtem ko se prihodki manjšajo in obseg storitev ostaja večinoma nespremenjen, so potrebna znižanja cen storitev, da bi se preprečila zadolžitev ZZZS. Vrednost uteži SPP se posledično med letom, ko so na voljo podatki o ravni sredstev, ki naj bi bili ZZZS na voljo do konca leta, revidira.

Slika 32: Spremembe povprečne letne vrednosti uteži SPP



Vir: Podatki ZZS, 2015

Seveda obstaja močna soodvisnost ($= 0,85$) med letno rastjo vrednosti uteži SPP in letno rastjo porabe ZZS za specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje med letoma 2005 in 2014. Upad vrednosti uteži SPP je sicer povzročil prihranek ZZS, toda to je na račun nižjih plačil bolnišnicam, ki morajo zmanjšati stroške in poslovati učinkoviteje. Nekatere bolnišnice so zato utrpeli finančne izgube in podaljšanje čakalnih dob za določene storitve (glejte spodnje poglavje). Na koncu je bilo leta 2014 opravljeno dodatno plačilo izvajalcem storitev za posege, katerih obseg ni omejen, za postopke, za katere prejmejo plačilo tudi za do 10-odstotno presežanje dogovorjenega programa; prav tako pa tudi za povečano število prvih obiskov..

Spremembe vrednosti uteži SPP so prav tako povzročile spremembe stroškov DZZ. Če ZZS plačuje nižje cene za storitve, bo tudi DZZ imel korist od nižjih plačil, ob predvidevanju, da se premije DZZ ne spremenijo istočasno. Na podlagi tega je mogoče sklepati, da lahko znižana vrednost uteži SPP prav tako ustvari prihranek za DZZ. Toda v letih, za katera so na voljo podatki, ne obstaja močna soodvisnost med spremembami neto zahtevkov za DZZ in spremembami vrednosti uteži SPP, delno zaradi istočasnih sprememb deleža doplačil, in ker DZZ še naprej plačuje za storitve, ki jih krijejo doplačila in ki se opravijo, čeprav presežajo obseg, dogovorjen med izvajalci in ZZS.

Spremembe deležev doplačil sicer zmanjšujejo javnofinančne izdatke, toda stroške preložijo na DZZ

Čeprav nižanje cen povzroča manjše javnofinančne izdatke na račun izvajalcev, je bilo v Sloveniji povečevanje deležev doplačil še eno orodje za zmanjšanje javne porabe. S tem se zmanjša javna obremenitev, saj se stroški preložijo na zasebno, toda še vedno skupno financiranje z DZZ, saj imajo skoraj vsi prebivalce Slovenije DZZ. Dokaj nizek delež javnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v primerjavi z državami v EU se delno ohranja zaradi visokih deležev doplačil za javno košarico storitev (**slika 23**).

Spremembe deležev doplačil so bile pomemben razlog za premik z javnega na zasebno financiranje. Deleži doplačil, ki jih plačuje ZZSZ, se razlikujejo za konkretne storitve, v mnogih primerih pa tudi glede na čas (**tabela 4**). Dejanski deleži doplačil se morajo ujemati z zakonsko določenimi minimalnimi in maksimalnimi deleži doplačil, odvisno od vrste storitve. Za neko blago in nekatere storitve mora ZZSZ po zakonu kriti minimalni delež stroška oskrbe. Leta 2011, na primer, je moral ZZSZ kriti vsaj:

- 1) 100 % stroškov za preventivo, otroke, učence, dijake in študente, obvezno cepljenje, določena bolnišnična zdravljenja, nujno medicinsko pomoč, zdravila na pozitivni listi in presaditve organov,
- 2) 90 % stroškov zdravljenja v tujini, intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo, diagnostiko ter terapevtske in rehabilitacijske storitve,
- 3) 80 % stroškov specialističnoambulantnih, bolnišničnih in zdraviliških storitev kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe zunaj dela, nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču v okviru nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe zunaj dela, zdravljenje zobnih in ustnih obolenj, medicinske in tehnične pripomočke,
- 4) 70 % stroškov za specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, medicinske pripomočke v zvezi z zdravljenjem poškodb zunaj dela, zdravila na pozitivni listi,

Za druge storitve mora ZZSZ kriti največ:

- 5) 60 % stroškov za prevozne storitve, zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja,
- 6) 50 % stroškov za zdravila in dietno prehrano za posebne zdravstvene namene z vmesne liste, za zobno protetiko za odrasle, medicinske naprave izboljšanje vida za odrasle.

Doplačila se sicer v drugih zdravstvenih sistemih uporabljajo za zmanjševanje povpraševanja, toda v Sloveniji zanje plačuje DZZ skoraj v vseh primerih in zato se zmanjšanje povpraševanja ne more učinkovito doseči. Pravzaprav lahko doplačilo poveča povpraševanje, ker za nekatere storitve ZZSZ

plača nadomestilo le do zgornje meje naročenega obsega, DZZ pa nadomestilo za delež doplačila plača vedno za vsako opravljeno oskrbo v košarici ugodnosti ZZS, saj DZZ ne more vedeti, kdaj so količine v sklopu naročenih obsegov dosežene. To lahko spodbudi opravljanje več storitev z visokim deležem doplačila, čeprav ni dokazov, da se to dogaja sistematično.

Tabela 4: Odstotek cene zdravstvene storitve, ki jo plača ZZS

Datum	1. 1. 1995	19. 9. 1996	18. 7. 2009	27. 3. 2010	5. 1. 2013
	%	%	%	%	%
1. Skupine, bolezni, storitve in poškodbe na delu, ki se krijejo v polnem znesku	100	100	100	100	100
2 Zelo zahtevne zdravstvene storitve	99	95	95	95	90
3 Zdravstvene storitve na primarni ravni, zobozdravstvo – odrasli – zdravljenje (bolezni in poškodbe izven dela, ki niso vključene v 1. skupino)	85	85	85	85	80
4 Specialistične in bolnišnične ambulantne storitve, rehabilit. v zdraviliščih, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja (za bolezni, ne poškodbe)	95	85	85	85	80
5 Medicinski pripomočki (bolezni)	95	85	85	85	80
6 Poškodbe izven dela (specialistične ambulantne in bolnišnične storitve, zdraviliška rehabilit., ki je nadaljevanje boln. oskrbe, in medicinski pripomočki)	80	75	75	75	70
7 Zdravila, pozitivna lista	80	75	75	75	70
8 Zdravila, vmesna lista	50	25	10	10	10
9 Zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja	60	40	15	10	10
10 Zobozdravstvo – odrasli – zobna protetika	45	25	10	10	10
11 Nenujni reševalni prevoz	60	30	30	10	10
12 Medicinski pripomočki za vid	50	25	25	10	10

Vir: Podatki ZZS, 2015

Kadar je ZZZS v negotovosti, se izogne zadolževanju z odlaganjem izdatkov do naslednjega leta.

Kadar obveznosti presežejo prihodke in ni možnosti za znižanje cen, ZZZS v mnogih primerih plačila odloži, dokler sredstva niso na razpolago, in s tem učinkovito svoj dolg prenese na izvajalce. V obdobju med letoma 2010 in 2013 je ZZZS odložil plačilo obveznosti, ki izvirajo iz tekočega leta, do naslednjega leta, da bi s tem zagotovil uravnotežen denarni tok. Leta 2011 je odložil plačilo 41 milijonov EUR na leto 2012, leta 2012 je odložil plačilo 64 milijonov EUR na leto 2013, leta 2013 pa je odložil plačilo 49 milijonov EUR na leto 2014. Leta 2014 je ZZZS plačal vse obveznosti, ne da bi moral kakršne koli izdatke odlagati na leto 2015.

ZZZS lahko zmanjša tudi svoje lastne administrativne izdatke, čeprav je trenutna administrativna poraba razmeroma nizka.

Poleg uporabe zgoraj navedenih pristopov lahko ZZZS izdatke za zdravstvo nekoliko zmanjša z zmanjšanjem lastnih izdatkov za zaposlene in drugih administrativnih stroškov. Odhodki za delo ZZZS (tj. izdatki ZZZS za plače, dodatke, obresti in investicijski izdatki itn.) so že tako ali tako razmeroma nizki. Leta 2008 so predstavljali 2,3 % skupnih izdatkov ZZZS; leta 2010, 2011 in 2013 so se izdatki ZZZS za administrativne stroške zmanjšali, leta 2014 pa so dosegli 1,8 % izdatkov ZZZS. Nominalno so bili administrativni izdatki leta 2014 nižji kot leta 2003. Maksimalno dovoljeno število zaposlenih pri ZZZS, ki ga je določila država na centralni ravni, se je zmanjševalo vsako leto, vsaj od leta 2006, ko je država ZZZS odobrila 952 zaposlenih; leta 2015 je država ZZZS dovolila največ 857 zaposlenih. Ker so administrativni stroški v javnem zdravstvu razmeroma nizki, še zlasti v primerjavi z drugimi državami v OECD (glejte poglavje *Izdatki za zdravstvo*), se z dodatnimi omejitvami verjetno ne bo ustvaril prihrank za zdravstveni sistem.

Posebni ukrepi, opravljeni za znižanje izdatkov ZZZS od leta 2009

To poglavje opisuje nekatere posebne ukrepe, ki so bili sprejeti za zmanjševanje izdatkov za zdravstvo od leta 2009.

V letu 2009 je ZZZS sprejel nekaj ukrepov za zagotovitev finančne vzdržnosti zdravstvenega proračuna: znižanje cen zdravstvenih storitev za 2,5 %; selektivno zmanjšanje materialnih stroškov v cenah zdravstvenih storitev; zmanjšanje kalkulativnega deleža amortizacije v cenah zdravstvenih storitev za 20 %; zmanjšanje kalkulativnih plač v ceni zdravstvenih storitev za 5 %, znižanje cen dializ zaradi nižje cene za eritropoetin, zmanjšanje odhodkov za terciarno dejavnost za 5 % ter znižanje dodatkov na pogoje dela in zmanjšanje sredstev za regres. Leta 2009 so ti ukrepi ustvarili 96,3 milijona EUR prihranka, prihrank na letni ravni pa je znašal 138,9 milijona EUR.

Ukrepi, sprejeti leta 2009, so se nadaljevali tudi leta 2010. Še več, Slovenija je leta 2010 dopolnila *Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju*, tako da se je povečal delež stroškov za nekatere zdravstvene storitve, ki jih krije dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Leta 2011 je Vlada sprejela dodatne varčevalne ukrepe, da bi zagotovila finančno stabilnost ZZZS, v skupni vrednosti 25 milijonov EUR (znižanje sredstev za terciarno dejavnost, znižanje standarda za tehnično-

administrativen kader, sprememba standarda dialize,..).

V letu 2012 je bil sprejet Zakon o uravnoteženju javnih financ, ki je:

- znižal odstotek vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih krije OZZ, za 5 %,
- znižal odstotek nadomestil za obdobja odsotnosti z dela, ki jih plača OZZ za do 90 dni, in sicer za 10 %, razen nege, nesreče na delovnem mestu in poklicne bolezni,
- spremenil raven prispevkov za brezposelne (z 12,92 % na 11,92 %),
- odpravil nadomestila za plačo med bolniško odsotnostjo z dela za brezposelne,
- odpravil možnosti znižanja ali odpisa dolga iz naslova prispevkov za OZZ;
- znižal cenovne standarde za medicinsko tehnične pripomočke,
- povečal pavšalne odškodnine od premije za obvezno avtomobilsko zavarovanje (s 6,5 % na 8,5 %),
- znižal osnove za starševsko nadomestilo za 10 % (razen materinskega nadomestila) in z zmanjšanjem najvišjega nadomestila (zmanjšanje prihodkov iz naslova prispevkov za OZZ), indeksacija pokojnin in drugih transferjev, zagotavljanjem manjkajočih prispevnih stopenj.

Leta 2012 so zgoraj navedeni ukrepi za ZZZS ustvarili prihranke v znesku približno 52,82 milijona EUR (tj. 103,58 milijona EUR prihrankov vsako leto). Ti varčevalni ukrepi so bili kratkoročne rešitve; ko je rast BDP presegla 2,5 % leta 2014, naj bi se ti intervencijski ukrepi delno korigirali. Prav tako je bilo s 1. 5. 2012 uveljavljeno znižanje cen za zdravstvenih storitev za 3 %, ker so se ohranili dogovorjeni obsegi storitev (s 1. 5. 2012).

Oktober 2013 so bile sprejete spremembe Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju; med drugim so vključevale uvedbo čezmejne zdravstvene direktive in novih prispevkov, plačljivih ZZZS (npr. prihodek od pogodb o avtorskih pravicah, višji prispevki od samozaposlenih). Ocenjuje se, da to pomeni dodatne prihodke za ZZZS 35,8 milijona EUR na letni ravni.

Leta 2014 so se uvedli tudi drugi ukrepi za zmanjšanje izdatkov ZZZS. Ti vključujejo: spremembe Zakona o spremembah in dopolnitvi Zakona o socialnovarstvenih prejemkih, ki so odpravile pogrebno in posmrtnino kot pravico iz OZZ. Namesto tega se zagotavlja pomoč na področju prejemkov socialne zaščite (dve novi obliki izredne denarne socialne pomoči). Zaradi tega zakona so se izdatki ZZZS zmanjšali za približno 9,6 milijona EUR na leto. Poleg tega cene zdravstvenih storitev niso bile usklajene s povprečno rastjo cen (inflacijo) in ZZZS je prihranil približno 13 milijonov EUR. ZZZS prav tako ni upošteval: dodatnih vkalkuliranih sredstev iz naslova napredovanj v zdravstvenem sistemu in dodatnih vkalkuliranih sredstev za zdravstvene storitve iz naslova odprave tretje četrtine plačnih nesorazmerij (ZZZS je prihranil 64 milijonov EUR).

Blago in storitve v zdravstvu

To poglavje obravnava bolnišnice, izdatke za zdravila in dolgotrajno oskrbo. V veliko primerih podrobni podatki na ravni izvajalcev, ki bi jih potrebovali, da bi lahko opravili celovito oceno uspešnosti, niso na voljo.

Bolnišnice

Zmanjšanja izdatkov ZZZS so najbolj občutile bolnišnice. Skupni izdatki v bolnišnicah so se leta 2012 in 2013 manjšali, in sicer so se zmanjšali z 1,28 milijarde EUR leta 2011 na 1,24 milijarde EUR leta 2014. Nominalne ravni izdatkov leta 2014 so bile enake kot ravni porabe leta 2010.

Zaradi takih zmanjšanj izdatkov so bile finance bolnišnic pod pritiskom, čeprav so podatki, potrebni za oceno učinkovitosti in sposobnosti izvajalcev, da shajajo z zmanjšanimi sredstvi, omejeni zaradi pomanjkanja stroškovnega računovodstva pri izvajalcih. Med bolnišnicami obstajajo velike razlike glede donosnosti. Ob koncu leta 2014, na primer, je 19 izmed 27 bolnišnic ustvarilo presežek prihodkov nad odhodki, 7 bolnišnic pa je imelo presežek odhodkov nad prihodki (**tabela 5**). Če si bolnišnice ogledamo skupno, od leta 2009 naprej večinoma niso poslovale s presežkom prihodkov nad odhodki. Leta 2013 je 15 bolnišnic, kar je bilo največ dotlej, ustvarilo kumulativni primanjkljaj; v skupnem znesku so javne bolnišnice do leta 2014 ustvarile približno 131 milijonov EUR kumulativnega primanjkljaja (**tabela 6**). Glavni razlog za primanjkljaj v bolnišnicah leta 2013 in 2014 je bila odprava tretje četrtine plačnih nesorazmerij, ki je bila opravljena v celotnem javnem sektorju. ZZZS skladno z usmeritvami Ministrstva za zdravje in Ministrstva za finance zato ni zagotovil dodatnih sredstev za bolnišnice. ZZZS ni imel dovolj lastnih sredstev (pribl. 64 milijonov EUR), Ministrstvo za finance pa je izdalo stališče, da morajo vsi uporabniki proračunskih sredstev to kriti z lastnimi sredstvi. Leta 2013 so dodatni s sredstvi nepokriti stroški za odpravo tretje četrtine plačnih nesorazmerij samo v bolnišnicah znašali 24,6 milijona EUR. Večina bolnišnic je plačala le prvo polovico svojih obveznosti, drugo polovico pa so plačale leta 2015, prikazale pa v rezultatu poslovnega leta 2014.

Tabela 5: Tekoči presežki in primanjkljaji v javnih bolnišnicah

	Skupaj primanjkljaj v EUR	Število bolnišnic s primanjkljajem	Skupaj presežek v EUR	Število bolnišnic s presežkom	Skupaj	Celotni prihodki v EUR	Delež %
2014	11.579.853	7	8.490.256	19	-3.089.597	1.240.230.974	-0,25 %
2013	41.329.630	17	1.439.187	9	-39.890.443	1.197.389.506	-3,33 %
2012	17.273.724	12	4.058.965	14	-13.214.759	1.253.918.513	-1,05 %
2011	11.579.174	8	4.020.088	18	-7.559.086	1.268.856.087	-0,60%
2010	10.329.966	7	4.296.683	19	-6.033.283	1.235.680.065	-0,49 %
2009	2.072.743	1	12.860.401	25	10.787.658	1.222.889.983	0,88 %
2008	0	0	29.675.892	26	29.675.892	1.153.116.898	2,57 %
2007	16.713.329	8	4.093.203	16	-12.620.126	962.091.505	-1,31%

Vir: Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve

Tabela 6: Kumulativna višina presežkov oz. primanjkljajev iz preteklih let v javnih bolnišnicah

	Kumulativni primanjkljaj v EUR	Število bolnišnic s primanjkljajem	Kumulativni presežek v EUR	Število bolnišnic s presežkom	Skupaj kumulativni presežki	Skupni prihodki v EUR
2014	131.350.567	14	10.895.066	12	-120.455.501	1.240.230.974
2013	123.107.086	15	10.718.038	11	-112.389.048	1.197.389.506
2012	83.900.907	13	13.078.753	13	-70.822.154	1.253.918.513
2011	71.270.551	11	16.324.036	15	-54.946.515	1.268.856.087
2010	61.632.454	12	19.820.521	14	-41.811.933	1.235.680.065
2009	51.653.023	12	17.567.922	14	-34.085.101	1.222.889.983
2008	56.123.885	12	14.138.523	14	-41.985.362	1.153.116,898

Vir: Bilance stanja, Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve

Oktober 2013 so tri bolnišnice v državni lasti prejele likvidnostna posojila iz državne zakladnice, samo da bi lahko poplačale nujne terjatve dobaviteljev. V določenem trenutku je obstajala nevarnost prekinitve dobav zaradi dolgih plačilnih rokov, toda do tega ni prišlo. Tudi druge bolnišnice prejemajo posojila od državne zakladnice, skupne zapadle obveznosti vseh javnih bolnišnic pa so ob koncu leta 2014 znašale približno 100 milijonov EUR. Leta 2015 se je Ministrstvo za finance odločilo, da se morajo bolnišnice vsa posojila odplačati do konca leta. Oktobra 2015 so bolnišnice imele likvidnostna posojila iz državne zakladnice v skupni višini 3,036 milijona EUR (na začetku leta 2015 je bil ta znesek 5,6 milijona EUR). Tri bolnišnice imajo načrt razdolžiti se do konca leta 2015, tri pa načrtujejo poplačilo dolga v naslednjih treh letih. V predlogu Zakona o izvrševanju proračunov RS za leti 2016 in 2017 omogoča, da bolnišnice pridobijo posojila iz državne zakladnice za dobo treh let namesto enega.

Kljub tem finančnim pritiskom je veliko bolnišnic še naprej opravljalo storitve, ki so presegle dogovorjene obsege, čeprav niso več prejemale plačil od ZZS. Na primer: samo leta 2013 je bilo 15.696 primerov bolnišnične oskrbe, ki so bili opravljeni, čeprav je bil dogovorjeni obseg presežen – če uporabimo uteži SPP, to znaša 25.652 uteži SPP oziroma predstavlja neplačano oskrbo v višini približno 30 milijonov EUR (če upoštevamo 100-odstotno plačilo ZZS).

V nekaterih primerih se je tako zmanjšanje plačil bolnišnicam ujemalo s povečanjem čakalnih dob. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje je leta 2014 število bolnikov, ki so čakali na zdravstvene storitve, naraslo s 155.862 na 182.498, pri čemer je število bolnikov, ki so čakali dlje, kot je najdaljša dopustna čakalna doba, naraslo za skoraj eno tretjino (s 14.770 na 24.815 bolnikov). V letih pred krizo so bila dodatna sredstva namenjena skrajševanju čakalnih dob za nekatere storitve ambulantne oskrbe in operacije (UMAR, 2015). Pri tem moramo poudariti, da Nacionalni inštitut za javno zdravje ugotavlja, da upravljanje s čakalnimi seznammi ni ustrezno in da podatki niso v celoti zanesljivi (obstajajo primeri, ko je čakalna doba brez čakajočih pacientov, ko je poročano število čakajočih pacientov vsak mesec enako, ko je čakalna doba za hitro obravnavo daljša od čakalne dobe za redno obravnavo,...).

Zaradi pomanjkanja informacij o tem, kako bolnišnice porabljajo svoje vire, je na splošno težko sklepati, ali bi bolnišnice sploh lahko povečale učinkovitosti. Ker je med gospodarsko krizo še

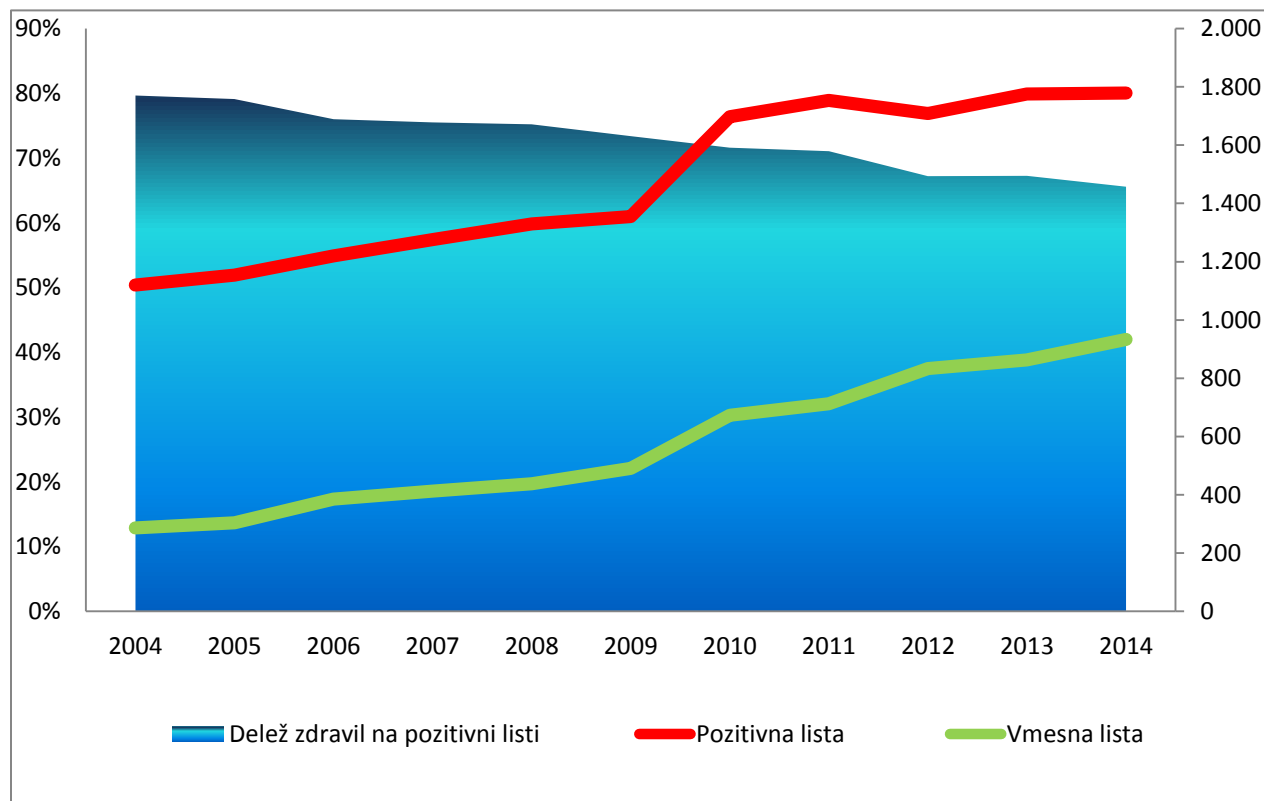
vedno veliko bolnišnic poslovalo s presežkom prihodkov nad odhodki, se zdi, da je vsaj del problema finančnih primanjkljajev v nekaterih bolnišnicah posledica slabega upravljanja; to bi veliko lažje ocenili, če bi imeli boljše podatke od izvajalcev o tem, kako se viri porabljajo. Kljub temu podatki Agencije Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve kažejo, da so bili nominalni stroški za javne bolnišnice leta 2014 (1.243.320.571 EUR) nižji kot leta 2011 (1.276.414.200 EUR), predvsem zaradi zmanjšanja stroškov dela in amortizacijskih stroškov, kar kaže, da so bolnišnice na splošno našle načine za izboljšanje učinkovitosti. Nekateri drugi osnovni kazalniki bolnišničnih virov in dejavnosti so prav tako pokazali, da je Slovenija med krizo izboljšala učinkovitost. Število postelj za kurativno (akutno) oskrbo se je znižalo s 3,8 na 1000 prebivalcev leta 2008 na 3,6 leta 2013; toda povprečje OECD je bilo leta 2013 še vedno nekoliko nižje (3,3). V istem obdobju se je povprečno trajanje bivanja v bolnišnici skrajšalo s 7,5 dni na 6,8, kar je pod povprečjem OECD (7,3 dni), število odpustov iz bolnišnice pa se je povečalo za 7,4 % (2013: 18.151 na 100.000; povprečje OECD je bilo 15.550) (OECD Health Data, 2015). Ker pa manjkajo podatki o rezultatih zdravljenja ali o skupinah primerljivih primerov, ne moremo z gotovostjo sklepati, da so zmanjšanja virov povzročila povečanje učinkovitosti.

Izdatki za zdravila

Delež porabe ZZZS, namenjen zdravilom, je padel z najvišje vrednosti 18,2 % leta 2006 na 14,4 % leta 2014 (**slika 31**). To se je zgodilo iz najrazličnejših razlogov. Leta 2009 je ZZZS na primer povečal delež doplačil za zdravila z vmesne liste s 85 % na 90 %, leta 2012 pa je povečal delež doplačil za zdravila s pozitivne liste s 25 % na 30 %. Poleg tega je leta 2010 prišlo do dogovora s farmacevtsko industrijo za 3-odstotni popust na cene zdravil, ki mu je leta 2011 sledil 6-odstotni popust, leta 2012 pa še 9-odstotni popust. Tudi leta 2013 je bil z uvedbo novega sistema skupin terapevtskih zdravil ustvarjen prihranek, saj je ta sistem določil, da cene zdravil temeljijo na najnižji ceni v skupini terapevtsko primerljivih zdravil in ne v skupini zdravil, ki imajo enako aktivno farmacevtsko učinkovino; s tem so prihranili ZZZS in zasebne zavarovalnice. Izdatki ZZZS za zdravila so bili leta 2014 (278.342.609 EUR) le za 1,5 % višji, kot so bili leta 2007.

Tako zmanjšanje porabe za zdravila kot deleža izdatkov ZZZS je prav tako posledica sprememb deleža zdravil na pozitivni v primerjavi z vmesno listo. Skupno število zdravil na pozitivni in vmesni listi se je povečalo med letoma 2004 in 2014 (**slika 33**). Toda sorazmerni delež na pozitivni listi je precej upadel, kar je pomembno, ker imajo zdravila na pozitivni listi precej nižji delež doplačil; ZZZS je plačal le 10 % cene zdravil na vmesni listi v primerjavi s plačilom 70 % cene zdravil na pozitivni listi. Leta 2004 je bilo 79,7 % zdravil na pozitivni listi, do leta 2014 pa jih je na tej listi bilo le še 65,6 %. Največja sprememba se je zgodila leta 2012, ko se je delež zdravil na pozitivni listi zmanjšal za 3,9 odstotne točke. To je sovpadalo z upadom rasti skupnih izdatkov ZZZS za zdravila (-7,4 %). Pomemben je podatek, da vsako zdravilo, za katerega je napisan recept za prebivalce, ki so oproščeni doplačil (npr. nosečnice, otroke, nekatere kronične bolnike itn.), v celoti (100 %) krije ZZZS.

Slika 33: Spremembe števila zdravil na pozitivnih in vmesnih listah



Vir: ZZS, 2015

Po podatkih NZR je bilo leta 2013 14,6 % tekočih izdatkov za zdravstvo namenjenih zdravilom na recept, kar je bil četrti najvišji odstotek v državah EU po zbirki podatkov OECD, za katere obstajajo razpoložljivi podatki (precej manj kot v treh državah na vrhu lestvice: na Madžarskem (29,3 %), Slovaškem (26,5 %) in v Latviji (24,5 %)); ⁷ 5,3 % teh izdatkov je bilo od zavarovalnic, kar je zdaleč najvišji odstotek med državami, katerih podatki so na voljo; 9,1 % teh izdatkov je bilo od ZZS, le 0,2 % pa je bilo neposrednih izdatkov iz žepa gospodinjstev.

Med letoma 2007 in 2014 so vse javne lekarne poslovale s presežkom prihodkov nad dohodki čeprav je stopnja presežka v celotnih prihodkih padla s 5,8 % leta 2008 na le 1,8 % leta 2014 (po podatkih Agencije Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve). Javnim lekarnam je to uspelo delno zaradi zmanjšanja stroškov s povprečno letno stopnjo -2,4 % med letoma 2010 in 2014.

Dolgotrajna oskrba

Dolgotrajna oskrba je pomembno področje, ki ga je treba obravnavati zaradi starajočega se prebivalstva. Po podatkih raziskave EU-SILC je leta 2012 v Sloveniji 26 % ljudi, starejših od 65 let,

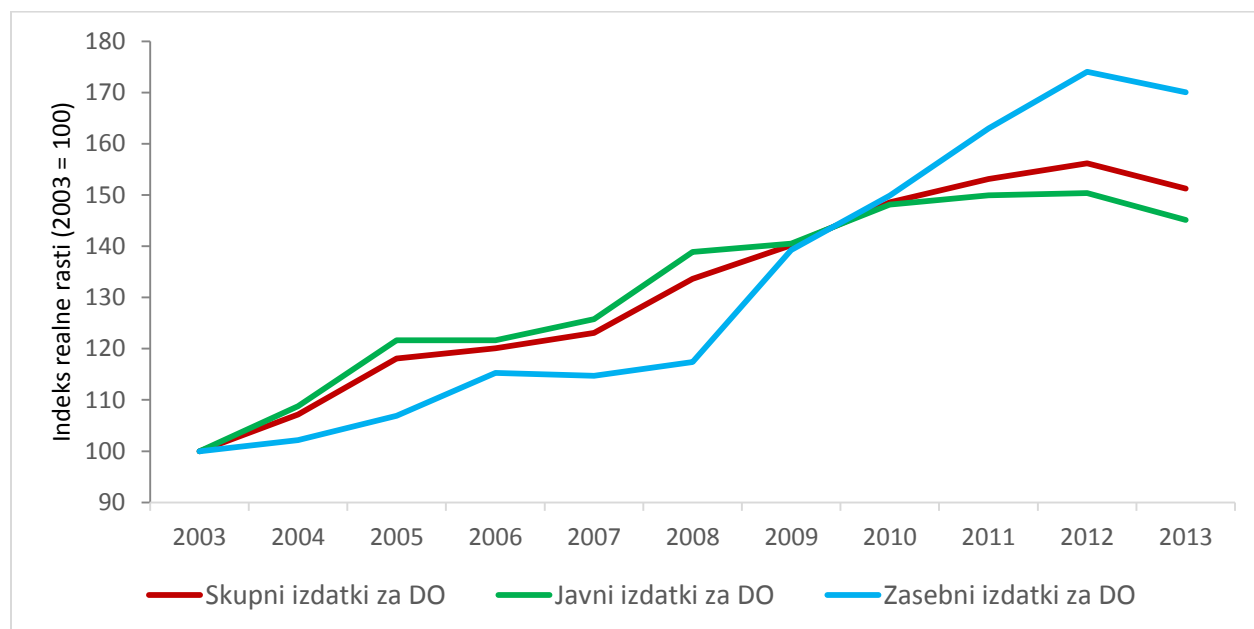
⁷ Navesti je treba, da je ta primerjava prav tako odvisna od plač in drugih ravni izdatkov. Na Madžarskem so plače na primer veliko nižje kot v Sloveniji, cene zdravil pa so primerljive, kar pomeni, da je delež porabe za zdravila v skupnih izdatkih višji na Madžarskem.

poročalo, da imajo resne okvare zdravja, kar omejuje njihovo zmožnost opravljanja vsakodnevnih dejavnosti (EU: 20,5 %), ta delež med prebivalstvom, starejšim od 75 let, je znašal 34 % (28 %), med prebivalstvom, starejšim od 85 let, pa 44 % (EU: 40 %).

Po podatkih NZR so leta 2013 izdatki za dolgotrajno zdravstveno oskrbo znašali 9,6 % tekočih izdatkov za zdravstvo. To je postopno povečanje od leta 2003, ko so predstavljali 8,1 % skupne porabe. Večina teh izdatkov je javnih. V večini evropskih držav, razen, kar je pomembno, na Finskem, se je delež porabe za zdravstvo, ki je namenjen dolgotrajni oskrbi, podobno večal ali pa je ostal konstanten v celotnem obdobju. Vključujoč še storitve socialnega varstva, zasebni sektor krije večji delež stroškov. Izdatki v zasebnem sektorju so se veliko let povečevali veliko hitreje kot javni izdatki, realno v povprečju skoraj 7 % na leto med letoma 2003 in 2013 (**slika 34** in **tabela 7**).

Dolgotrajna oskrba je urejena z različnimi segmenti zakonodaje, kar v praksi pomeni, da različni plačniki plačujejo za različne storitve in krijejo različne skupine prebivalstva. Približno tri četrtine izdatkov za dolgotrajno oskrbo (zdravstvo in socialno varstvo) plačuje javni sektor, med letoma 2003 in 2013 pa se je majhen del stroškov prestavil v zasebni sektor. Javni sektor predvsem krije zdravstveno oskrbo (96,2 % stroškov dolgotrajne zdravstvene oskrbe je leta 2013 plačal javni sektor), izdatki v zasebnem sektorju pa predvsem krijejo dolgotrajne storitve socialne varnosti, v glavnem so to dodatne dajatve za namestitev in prehrano v domovih za upokojeince in v drugih oblikah institucionalne nege ter izdatki gospodinjstev za pomoč na domu. ZZZS krije skoraj polovico skupnih javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo (47 % leta 2013). Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije za dolgotrajno oskrbo prispeva približno 23 % izdatkov, državni in občinski proračuni krijejo približno 20 %, 10 % pa plačuje Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.

Slika 34: Indeks realne rasti izdatkov za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji, 2003–2013



Vir: SURS; izračun UMAR. Opomba: Podatki temeljijo na metodologiji OECD, Eurostata, Sistema zdravstvenih računov WHO iz leta 2011; deflator BDP se uporablja za izračun izdatkov za dolgotrajno oskrbo v stalnih cenah.

Slovenija zaostaja za povprečjem OECD v smislu vključenosti prebivalstva v dolgotrajno oskrbo, toda manj kot so navajale prejšnje ocene⁸; delež prebivalstva, starejšega od 65 let, ki je vključen v dolgotrajno oskrbo, je prvič znašal 11,9 %, povprečje v 21 državah OECD pa je 12,9 %. 35 % prejemnikov dolgotrajne oskrbe je v institucionalnem varstvu, 34 % storitev dolgotrajne oskrbe se opravlja na domu, približno 30 % prejemnikov prejema le dodatek za pomoč in postrežbo za plačilo oskrbe na domu, 1 % prejemnikov pa spada med dnevne primere dolgotrajne oskrbe. Za dnevno dolgotrajno oskrbo se ne porablja skoraj nič denarja. V skandinavskih državah je razmerje med izdatki za institucionalno varstvo in izdatki za oskrbo na domu obratno, v EU kot celoti pa se to razmerje vseskozi giblje okoli 50 : 50. V preteklem desetletju se je razmerje v Sloveniji še dodatno poslabšalo, saj je bila rast javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo na domu v Sloveniji najnižja v primerjavi z vsemi 19 državami OECD. Večina držav v OECD je med letoma 2000 in 2011 povečala javno naložbo v dolgotrajno oskrbo na domu (storitve patronažnega varstva na domu, oskrba na domu, denarni dodatki), Slovenija pa je beležila veliko večjo naložbo v institucionalno varstvo (UMAR, 2015)

Tabela 7: izdatki za dolgotrajno oskrbo, po viru financiranja in po funkciji, 2003–2013

						Indeks nominalne rasti	Povprečna letna stopnja realne rasti, v %
	2003	2005	2010	2012	2013	2013/2003	2013/2003
Izdatki za dolgotrajno oskrbo, po viru financiranja (v milijonih EUR)							
Skupaj	254	314	450	480	471	186	5,3
Javni	192	245	339	349	342	178	4,8
Zasebni	62	70	111	131	130	209	6,9
Delež BDP (%)							
Skupaj	0,99	1,08	1,24	1,33	1,30		
Javni	0,75	0,84	0,94	0,97	0,94		
Zasebni	0,24	0,24	0,31	0,36	0,36		
Struktura (%)							
Javni	75,5	77,8	75,3	72,7	72,5		
Zasebni	24,5	22,2	24,7	27,3	27,5		
						Indeks nominalne rasti	Povprečna letna stopnja realne rasti, v %
Izdatki za dolgotrajno oskrbo, po funkciji (v milijonih EUR)							
Skupaj	254	314	450	480	471	186	5,3
Zdravstvo (HC.3)	179	230	315	327	314	176	4,6
Oskrba (HC.R.6.1)	75	84	134	153	157	209	6,9
Struktura (%)							
Zdravstvo (HC.3)	70,4	73,3	70,2	68,1	66,7		

Vir: NHA, 2015

⁸ Ob koncu leta 2014 je SURS prvič objavil podatke o prejemnikih dolgotrajne oskrbe v Sloveniji v skladu z mednarodno opredelitvijo OECD. Poleg prejemnikov dolgotrajne oskrbe je bila prvič upoštevana ocena nege na domu; delež tistih, ki so vključeni v dolgotrajno oskrbo, je torej višji, kot to navajajo prejšnje analize, še zlasti delež tistih, ki so vključeni v dolgotrajno oskrbo na domu.

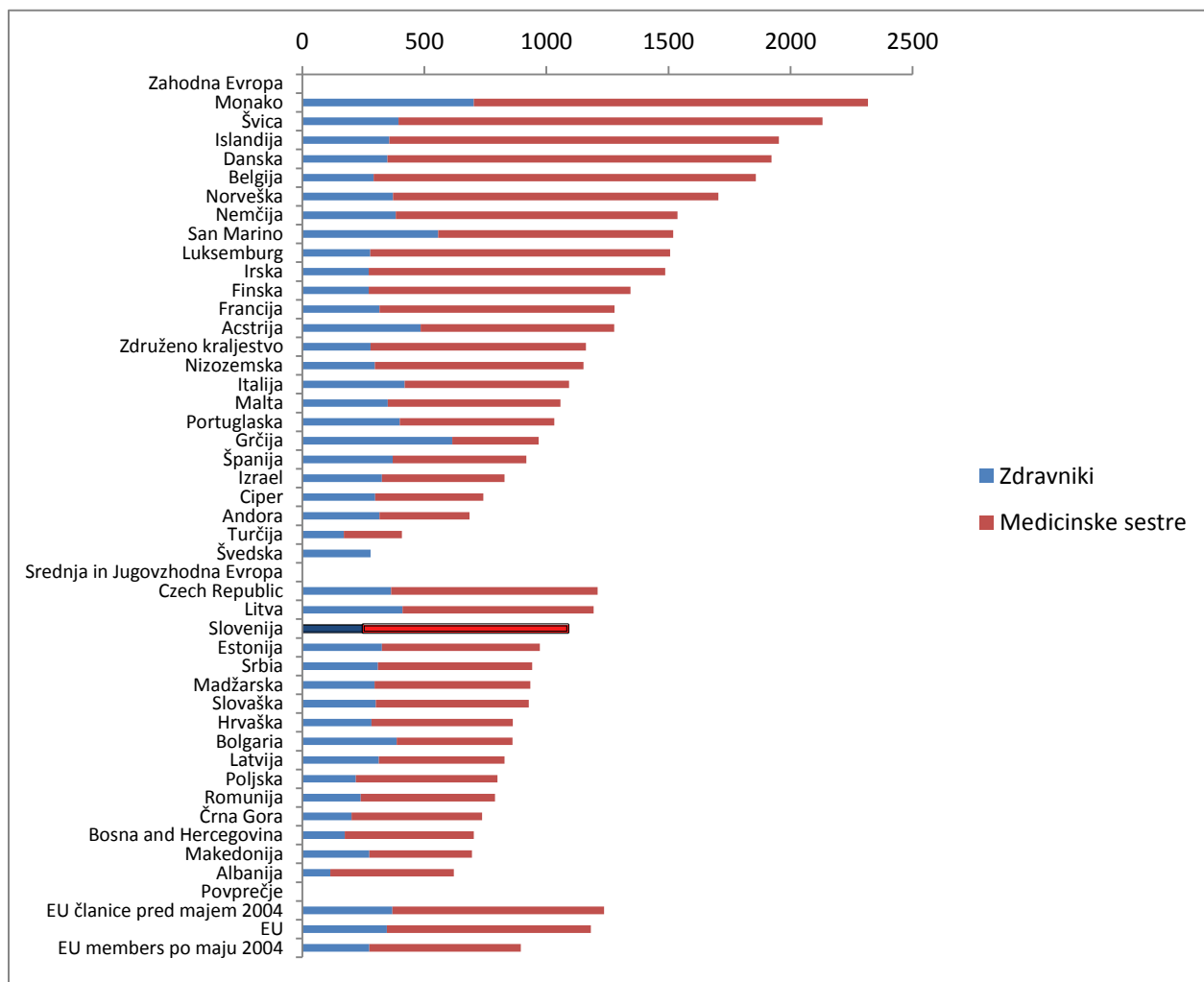
Stroški dela in stroški kapitala

To poglavje obravnava stroške dela in investicije v zdravstvenem sistemu, da bi razumeli, ali so ti viri zadostni in ali se učinkovito uporabljajo.

Gostota zdravnikov je nizka v primerjavi z mnogimi drugimi državami v EU, toda to se spreminja

V Sloveniji je preskrbljenost z zdravniki in medicinskimi sestrami razmeroma nizka v primerjavi z drugimi državami v EU (**slika 35**). Leta 2012 je bilo število zdravnikov na prebivalca tretje najnižje izmed držav OECD (2,5 na 1000 prebivalcev) (OECD 2015); toda število narašča zaradi diplomirancev nove medicinske fakultete v Mariboru. Maja 2015 je bilo skupaj 5.712 poklicno dejavnih zdravnikov v Sloveniji, kar je približno 2,8 na 1000 prebivalcev. Število medicinskih sester (8,2 na 1000 prebivalcev leta 2012) je nekoliko nad povprečjem EU28 (8,0) in od leta 2000 se je povečalo za 1,5 na 1000 prebivalcev. Razmerje med številom medicinskih sester in številom zdravnikov je v Sloveniji razmeroma veliko (3,2 medicinski sestre na zdravnika), kar je krepko nad povprečjem v EU. Zaradi primerljivo večje oskrbe z medicinskimi sestrami je skupna gostota zdravnikov in medicinskih sester visoka v primerjavi z drugimi državami v osrednji in jugovzhodni Evropi. V državah članicah EU je povprečno število farmacevtov na 1000 prebivalcev 0,74, v Sloveniji pa je to povprečje le 0,55, vključno s farmacevti, zaposlenimi v zdravstvenem sistemu, ZZS, Nacionalnem inštitutu za javno zdravje in Nacionalnem laboratoriju za zdravje, okolje in hrano (OECD, 2015).

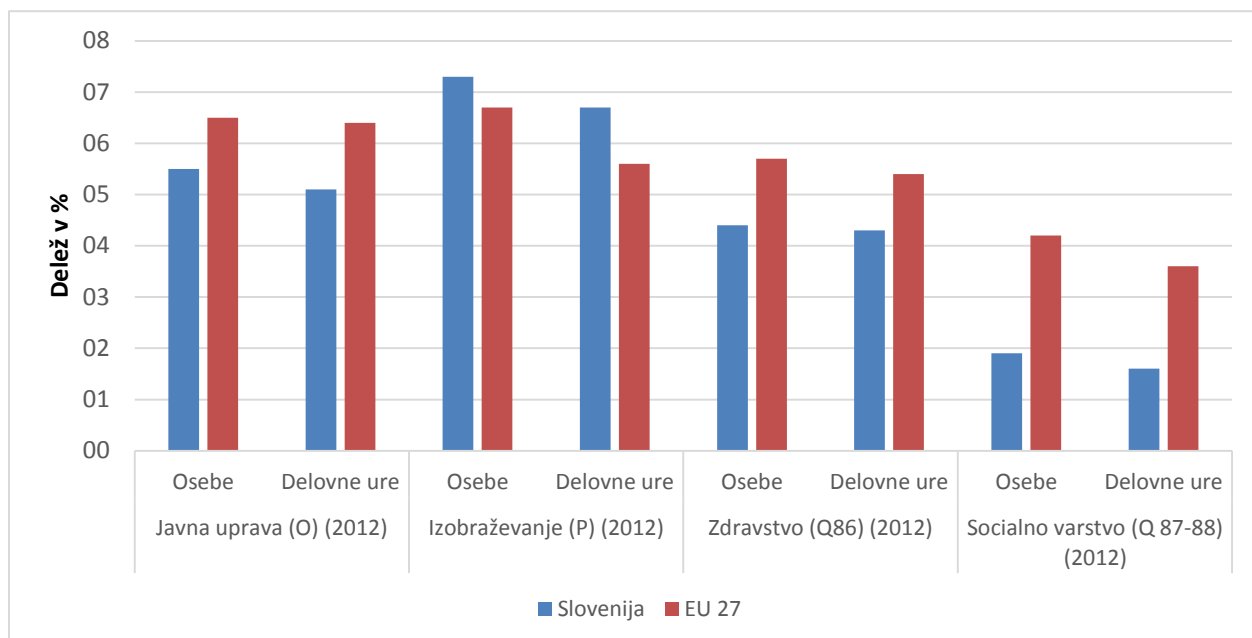
Slika 35: Zdravniki in med. sestre na 100.000 prebivalcev v Evropi, podatki za zadnje razpoložljivo leto



Vir: WHO, 2015

V Sloveniji je zaposlenost v zdravstvenem sistemu nekoliko nižja v primerjavi z drugimi javnimi sektorji. V zdravstvu dela manj ljudi v primerjavi z izobraževanjem in javno upravo, če pa primerjamo zdravstvo in socialno delo, dela v zdravstvu več ljudi (**slika 36**). V skladu s tem je tudi število ur dela, ki so jih opravili delavci v zdravstvu, precej nizko, pod povprečjem EU.

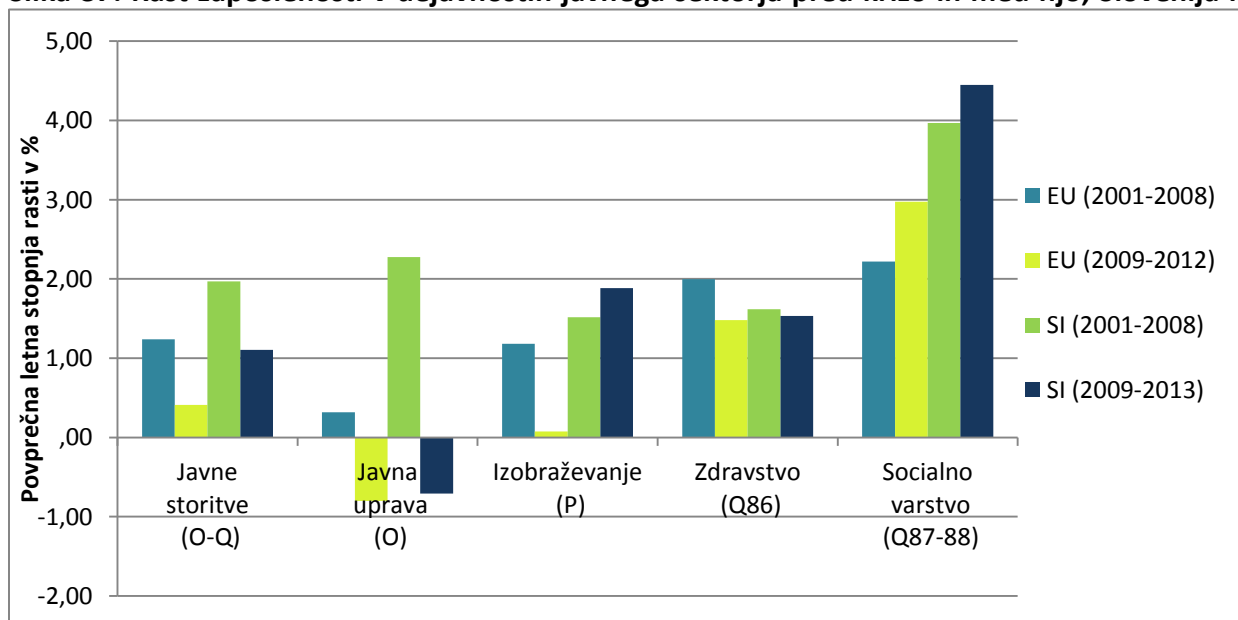
Slika 36: Zaposlitev v dejavnostih javnih storitev kot delež skupne zaposlitve v Sloveniji in v EU, v osebah in v opravljenih urah dela, 2013



Vir: Eurostat, SURS; izračun UMAR. Opombe: Deleži v skupni zaposlitvi v skladu z nacionalnimi računi

Kljub razmeroma nizki preskrbljenosti z delavci v zdravstvu je bila rast zaposlenosti primerljiva s povprečjem v EU od začetka krize (**slika 37**). Pred krizo je bila rast počasnejša, saj je povprečna letna rast znašala 1,6 % v primerjavi s povprečno letno rastjo v EU (2,0 %) med letoma 2000 in 2008.

Slika 37: Rast zaposlenosti v dejavnostih javnega sektorja pred krizo in med njo, Slovenija in EU

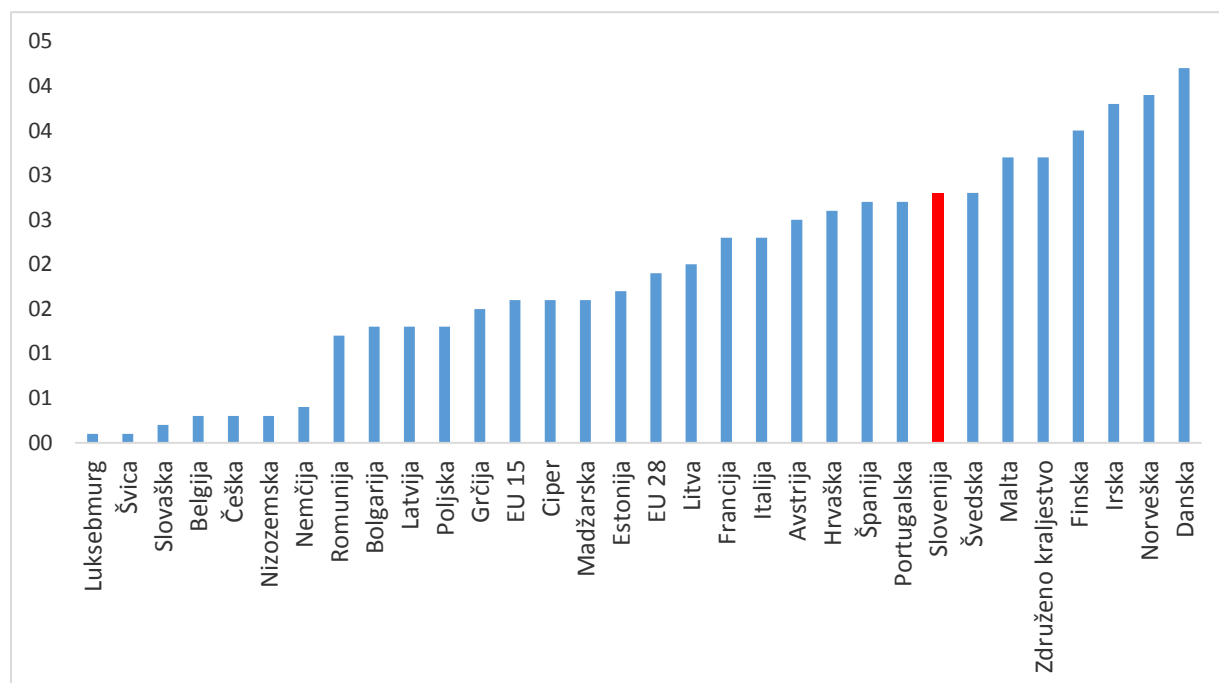


Vir: Eurostat in Umar

Plače v zdravstvenem sistemu so se povišale z reformo leta 2008, toda od takrat ne dohajajo drugih sektorjev.

Kot smo že večkrat navedli v tem poročilu, je bila plačna reforma v javnem sektorju bistven razlog za splošno povečanje porabe tik pred krizo leta 2008. Leta 2008 so uvedli nov plačni sistem v javnem sektorju, s katerim so hoteli zamenjati ločeno kolektivno pogajanje na ravni posameznih poklicnih skupin s kolektivnim pogajanjem na ravni celotnega javnega sektorja. S tem so želeli izboljšati preglednost in izenačiti ravni plač vseh primerljivih služb. Kratkoročno je to povzročilo enkratno povišanje ravni plač delavcev v zdravstvu. Po podatkih Eurostat so se državna nadomestila delavcev v zdravstvu povišala za 15,3 % leta 2008 in 11,2 % leta 2009, so pa nato rasla manj kot 1 % na leto (ali se je nižalo) do vključno leta 2012. Leta 2013 je bila rast pozitivna (6,1 %). V primerjavi z drugimi državami v EU tvorijo nadomestila v javnem sektorju razmeroma velik delež BDP (slika 38).

Slika 38: Javna poraba za nadomestila delavcem v zdravstvu kot % BDP, 2013

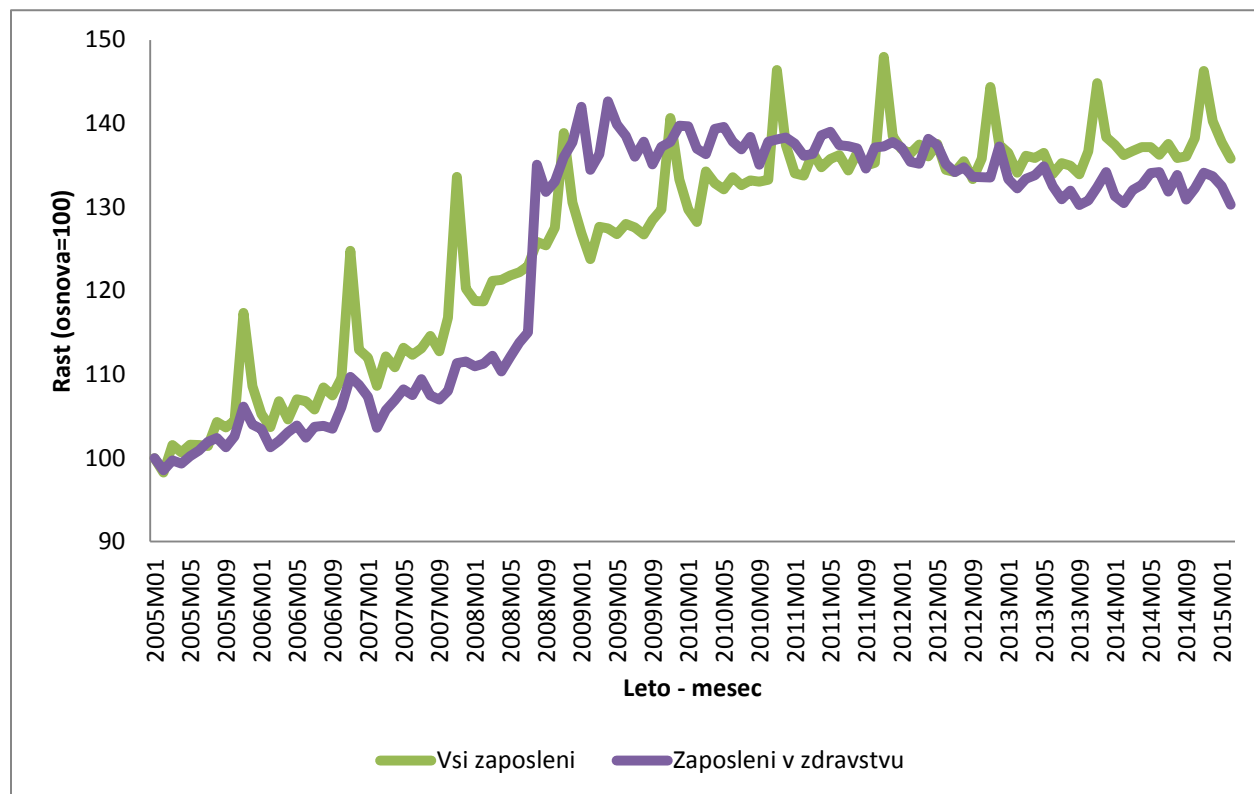


Vir: Eurostat, 2015

Da bi razumeli, kako se plače delavcev v zdravstvu primerjajo z drugimi vrstami delavcev v Sloveniji, smo primerjali rast mesečnega bruto dohodka, pri čemer smo kot osnovo uporabili plače januarja 2005 (slika 39). Opazimo lahko, da so sicer delavci v zdravstvu zaslužili višje mesečne plače kot druge vrste delavcev (delavci v drugih dejavnostih so februarja 2015 v povprečju zaslužili 1.515,98 EUR na mesec, delavci v zdravstvu pa 1.850,04 EUR na mesec), toda rast dohodkov delavcev v zdravstvu ni dohajala rasti dohodkov delavcev v drugih dejavnostih. Čeprav je bil namen plačne reforme leta 2008 začasen popravek tega neravnotežja, je dohodek delavcev v zdravstvu od tedaj dosledno naraščal počasneje kot dohodek drugih delavcev. Po eni strani je to zaradi varčevalnih ukrepov v javnem sektorju, ki so jih uvedli med letoma 2009 in 2015, po drugi strani pa zaradi povečanja minimalne plače leta 2010 ter sprememb zaposlitvene strukture med krizo, ki so nastale zaradi odpuščanja zaposlenih z najnižjimi plačami; oba

navedena dejavnika sta pozitivno vplivala na rast plač v zasebnem sektorju.

Slika 39: Primerjava rasti bruto dohodka med delavci v zdravstvu in vsemi vrstami prejemnikov dohodka

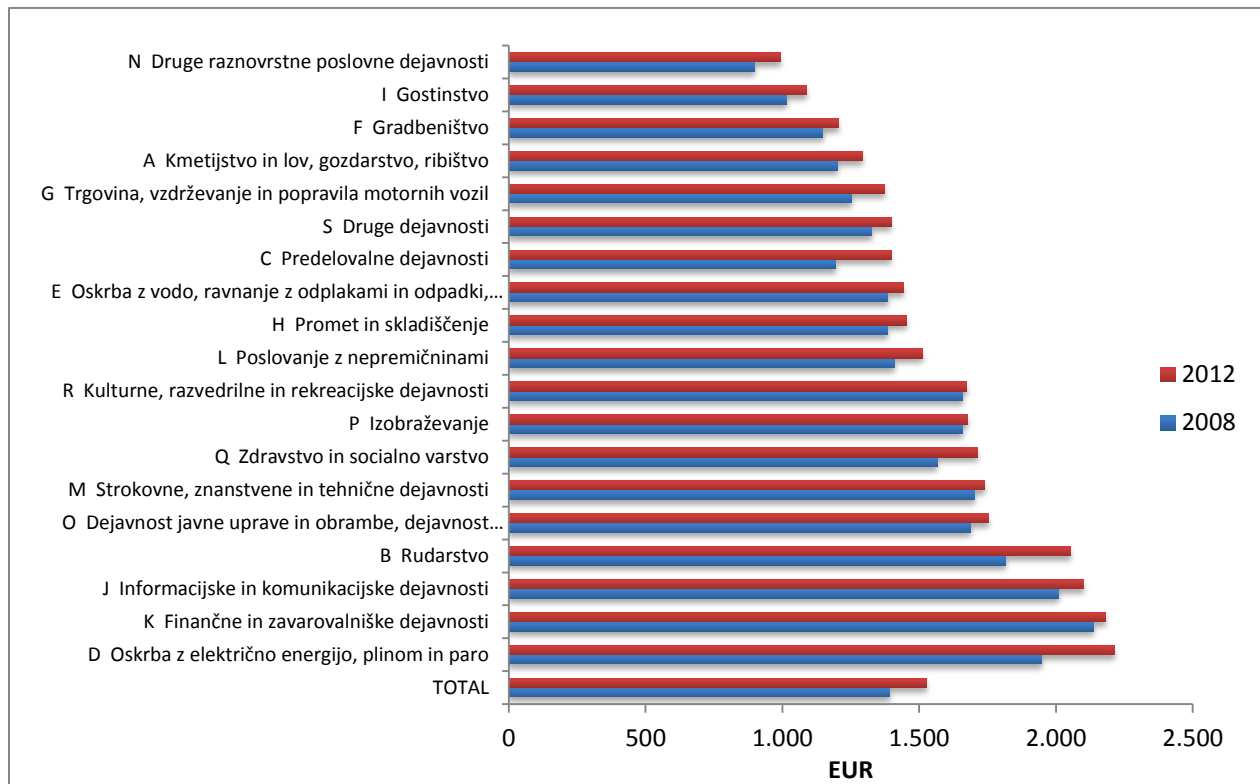


Vir: SURS

V primerjavi z različnimi vrstami delavcev delavci v sistemu zdravstva in socialnega varstva nimajo previsokih dohodkov (**slika 40**). Leta 2012 so ti delavci na splošno zaslužili nadpovprečne plače; toda zaslužili so manj kot delavci na naslednjih področjih:

- oskrba z električno energijo, plinom in paro;
- finančne in zavarovalne dejavnosti;
- informacijske in komunikacijske dejavnosti;
- rudarstvo;
- javna uprava in obramba; obvezna socialna varnost;
- strokovne, znanstvene in tehnične dejavnosti.

Slika 40: Povprečne mesečne bruto plače pri pravnih osebah po dejavnostih



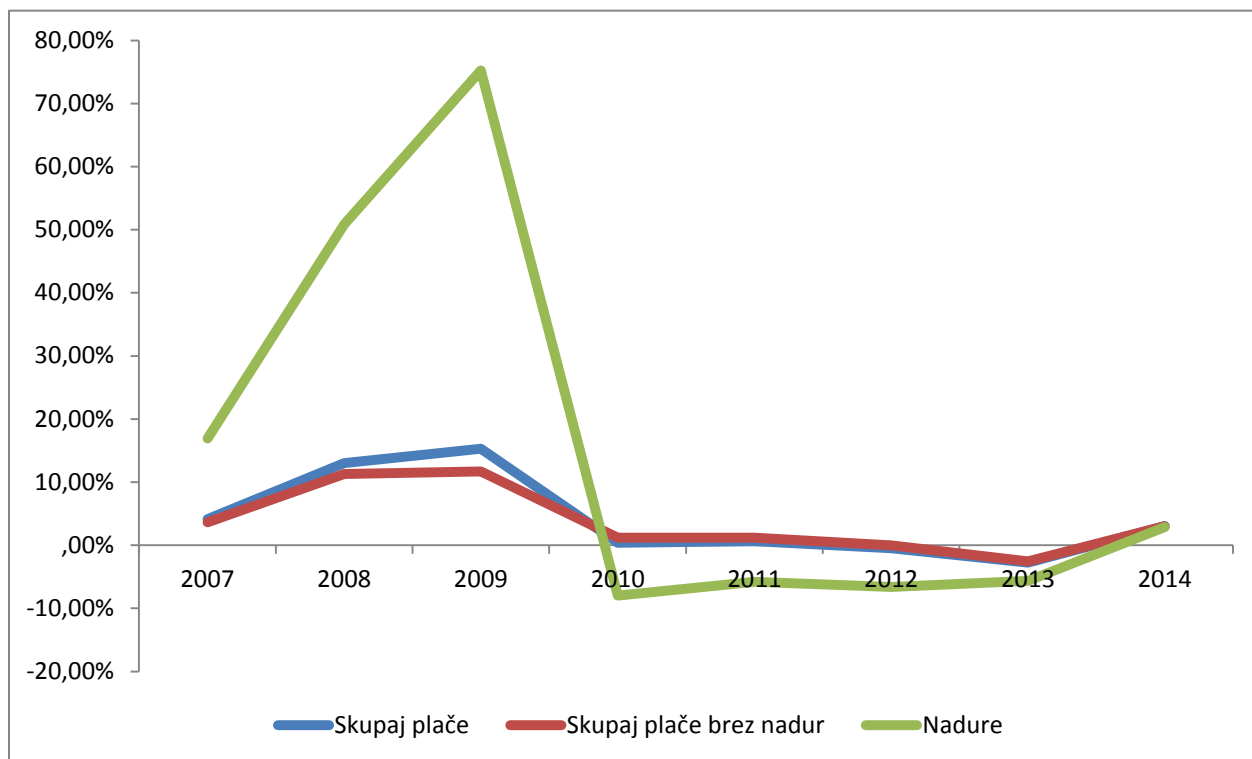
Vir: SURS, 2015

Vendarle to prikrije velike razlike med stroški dela, še zlasti med različnimi vrstami zaposlenih v zdravstvu. Po statističnih podatkih OECD (podatki niso prikazani) splošni zdravniki in zdravniki specialisti zaslužijo približno 2,3-krat več, kot je bila povprečna plača v Sloveniji leta 2012, toda medicinske sestre, ki predstavljajo večino delavcev v zdravstvu, zaslužijo le 97 % povprečne plače. Vendar tudi za zdravnike ta številka ni posebno visoka v primerjavi z drugimi državami. Izmed 18 držav z razpoložljivimi podatki je imela Slovenija 12. najvišje razmerje med dohodkom zdravnikov specialistov in povprečno plačo.

V javnih bolnišnicah, lekarnah, zdravstvenih domovih in v drugih zdravstvenih zavodih so skupne plače (vključno z nadurnim delom) predstavljale 47,5 % skupnih izdatkov leta 2014. Ta odstotek se razlikuje (kar ni presenetljivo) med različnimi vrstami izvajalcev, od 11,2 % v javnih lekarnah do 69,2 % v zdravstvenih domovih. Toda po letu 2008, ko so skupne plače predstavljale 44,5 % izdatkov, se je za stroške dela porabil večji odstotek izdatkov.

Povečan delež izdatkov, namenjenih delu, ni posledica čezmerne ali neprekinjene rasti skupnih plač. Leta 2008 in leta 2009 je bila rast skupnih plač sicer pozitivna, toda poraba za plače je po letu 2010 bolj ali manj zastala (**slika 41**). V tem času so skupne plače kot delež izdatkov še vedno narasle skoraj za eno odstotno točko (s 46,6 % leta 2010 na 47,5 % leta 2014).

Slika 41: Rast plač in nadurnega dela v zdravstvu, 2007–2014



Vir: Izkaz prihodkov in izdatkov po denarnem toku, Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve

Ker je zdravnikov malo, obstaja skrb, da je eden izmed razlogov za rast stroškov dela povečani izdatki za dežurstva in delo preko polnega delovnega časa. Plačilo zdravnikom za delo preko polnega delovnega časa in dežurstva so lahko draga; plačilo je odvisno od plačilnega razreda in drugih dejavnikov, povezanih z dodatki:

- dodatek za delo preko polnega delovnega časa, ki je določen v Kolektivni pogodbi za javni sektor (30 %);
- dodatek za delo ponoči 15 %;
- dodatek za delo ob nedeljah 37,5 %;
- dodatek za delo ob praznikih ali na dan, ki je z zakonom določen kot dela prost dan 45 %.

V **tabeli 8** so primeri izračunov plačil za dežurstvo.

Tabela 8: Primeri izračunov plačil za dežurstvo

Plača + dežurstvo (na mesec)	Mesečna osnovna plača	Osnovna plača na uro	16** ur dežurstvo ob delovnih dnevih (od ponedeljka do sobote), vključno s 7 urami dela ponoči	16 ur-no nedeljsko delo, vključno s 7 urami dela ponoči	Skupaj 32 ur dežurstvo***	Skupaj (osnovna plača in dežurstvo)
2015	1	2 = 1/174 ur	3	4	5 = 3 + 4	6 = 1 + 5
Zdravnik specialist – plačni razred 57	3.814 EUR	22 EUR	479 EUR	615 EUR	1.094 EUR	4.908 EUR
Zdravnik specialist – plačni razred 50	2.930 EUR	17 EUR	368 EUR	472 EUR	840 EUR	3.770 EUR
Specialist specializant – plačni razred 45	2.422 EUR	14 EUR	304 EUR	390 EUR	694 EUR	3.116 EUR
Specialist specializant – plačni razred 40	2.001 EUR	12 EUR	251 EUR	322 EUR	574 EUR	2.575 EUR
Povprečna	2.792 EUR	16 EUR	351 EUR	450 EUR	800 EUR	3.592 EUR

Opombe:

*Maksimalni plačni razred za zdravnike

**16 ur dežurstva je zakonski maksimum za dva zaporedna delovna dneva

***32 ur dežurstva je zakonski maksimum za neprekinjen delovni čas

Večina nadurnega dela se opravi v javnih bolnišnicah (skoraj 80 %), preostanek pa je v primarni zdravstveni dejavnosti. Toda zdi se, da upočasnitev rasti plač med krizo ni rezultirala v povišanju plačil za nadurno delo, vsaj ne skupno. Pomemben razlog za to je dejstvo, da plačila za nadurno delo predstavljajo le majhen odstotek skupnih plač. Med letoma 2006 in 2014 je bilo leto z najvišjim odstotkom skupnih plač, porabljenim za plačila nadurnega dela, leto 2009 (8,6 %); to je bilo predvsem zaradi večjega povišanja plačil za nadurno delo, ki je bilo posledica reforme plač. Od takrat se je odstotek skupnih plač, porabljen za nadurno delo, z vsakim letom nižal, leta 2014 pa je dosegel 6,7 %. Ta upad deleža skupnih izdatkov, ki se porabi za nadure, se je zgodil v obdobju upočasnitve rasti plač, ko bi lahko pričakovali, da bodo delavci v zdravstvu želeli dodatne nadure, torej ni zelo verjetno, da se nadure pogosto uporabljajo kot nadomestilo za nižajoče se plače. Če od skupnih plač odštejemo plačila za nadurno delo, ima to pravzaprav skoraj zanemarljiv vpliv na rast plač, kot je razvidno s **slIKE 41**.

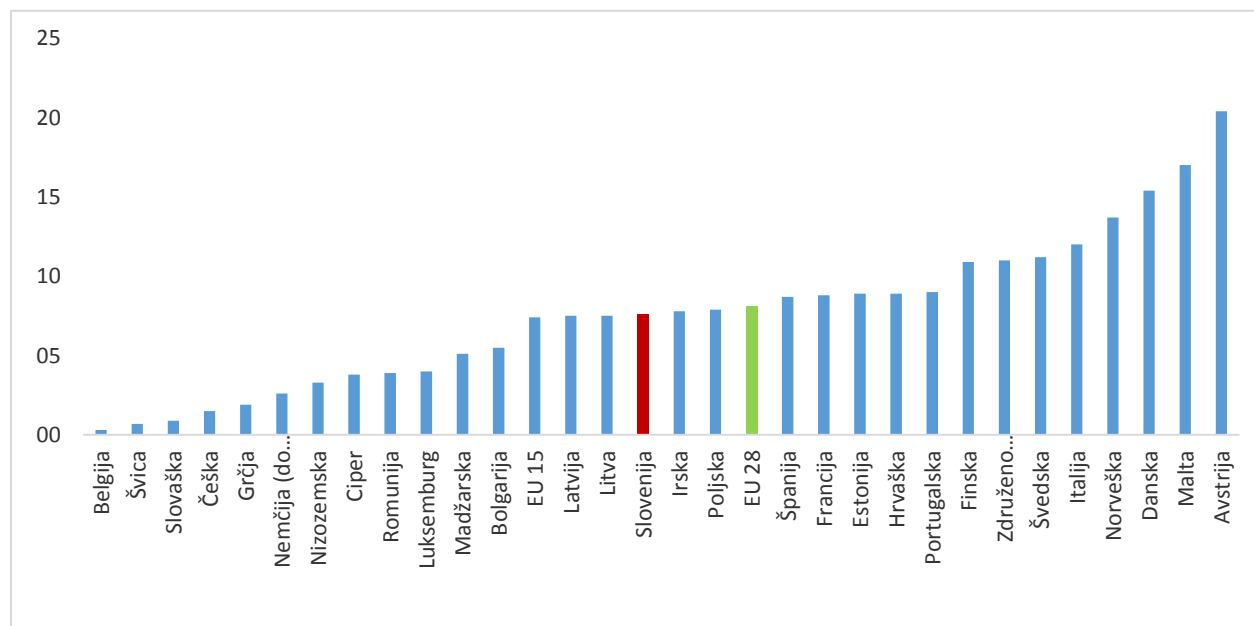
Kljub temu bi lahko plačila za nadurno delo vplivala na izdatke v prihodnosti, saj je trenutno velik del nadurnega dela neplačan. Dne 31. 1. 2015 je bilo skoraj pol milijona neplačanih nadur. To se nanaša na 14.328 delavcev, ki so v povprečju opravili 38,7 neplačanih ur. Zanimivo je, da je več kot polovica teh delavcev z neplačanimi nadurami medicinskih sester, ki imajo že tako in tako razmeroma nizke plače, predstavljajo pa večji delež delovne sile. Veliko neplačanih nadur je tudi za nemedicinske delavce, ki zato verjetno prejemajo nizko plačo.

Ena mogoča razlaga za prevlado nadurnega dela je nekoliko večja pogostost odsotnosti z dela zaradi bolezni v zdravstvenem sistemu v primerjavi z drugimi področji v javnem sektorju. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje, na primer, je bil povprečen delavec v zdravstvu 4,5 % svojega načrtovanega delovnega časa leta 2014 odsoten z dela zaradi bolezni, delavci v javnem sektorju na sploh pa so bili le 3,7 % delovnega časa odsotni zaradi bolezni. Mogoča razlaga za prevlado nadurnega dela so tudi omejitve zaposlovanja, ki so bile sprejete na državni ravni. Z uveljavitvijo Zakona o izvrševanju proračunov RS za leti 2014 in 2015 je bilo določeno, da se število zaposlenih, ki se financirajo iz javnih virov, zmanjša na letni ravni za 1 % (znižanje ni veljalo za pripravnike, specializante, mlade raziskovalce, zaposlene v sistemu javnih del,...).

Kapitalske naložbe so bile v preteklosti neredne.

Kapitalske naložbe (investicije) kot delež v skupnih izdatkih za zdravstvo so se v preteklosti spreminjale. Po podatkih NZR je bil delež pred krizo približno 5,5 %, med krizo pa je padel na okoli 4,5 % skupnih izdatkov za zdravstvo (leta 2013 je bilo povprečje v EU 3,6 % skupnih izdatkov za zdravstvo). Večino naložb je opravila centralna država (ZZZS je plačal le malo), za približno eno tretjino pa je plačal zasebni sektor. Po najnovejših razpoložljivih podatkih so bruto naložbe za zdravstveni sistem kot delež skupne državne porabe 7,6 %, kar je tik pod povprečjem v EU (8,1 %) (slika 42).

Slika 42: Državni izdatki za bruto naložbe v osnovna sredstva v zdravstvu kot % skupnih državnih izdatkov za bruto naložbe v osnovna sredstva, 2013

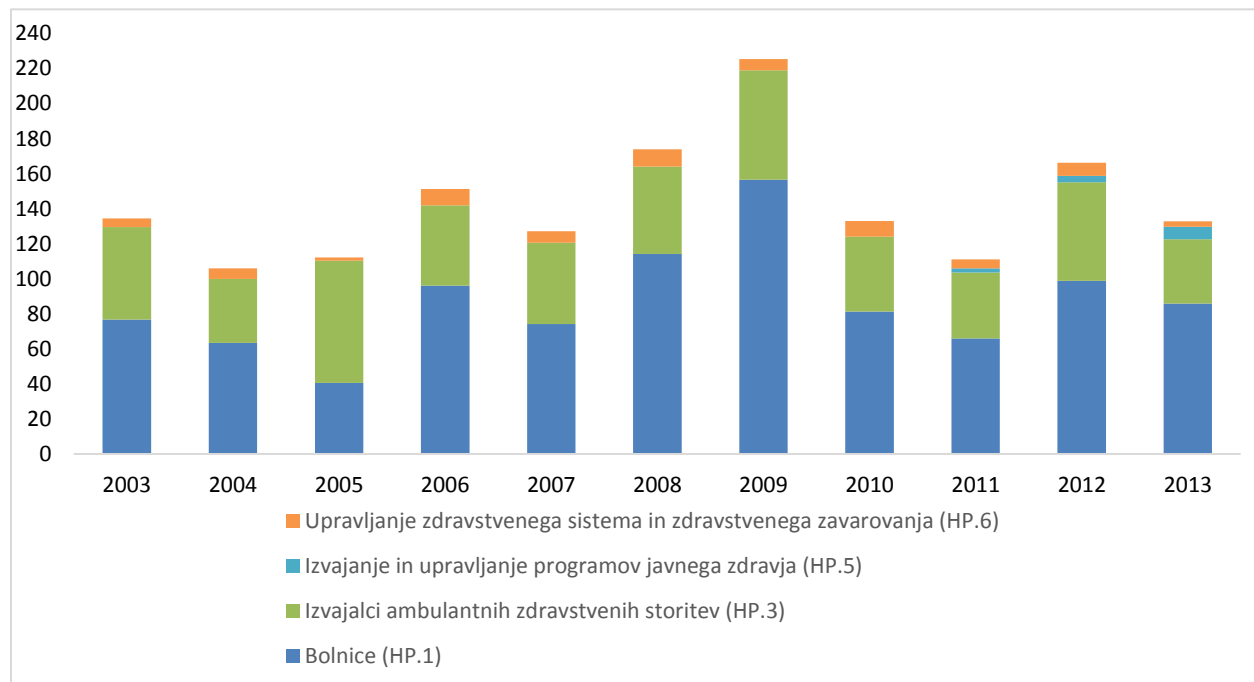


Vir: Eurostat, 2015 po metodologiji COFOG

Vendar je primerjava presečnih podatkov o izdatkih za investicije težka, ker pogosto obstajajo velike spremembe v rasti kapitalskih naložb iz leta v leto. Naložbe so se leta 2008, na primer, povečale za 36,8 %, leta 2010 pa so padle za 49,4 %. Leta 2012 so kapitalske naložbe predstavljale le približno 5 % skupnih izdatkov za zdravstvo, kar je le malce nad povprečjem v

državah OECD, za katere so razpoložljivi podatki za preteklih 5 let (4,2 %). V Sloveniji je bila večina investicij vsako leto namenjena bolnišnicam, sledi pa ambulantna zdravstvena oskrba (slika 43).

Slika 43: Distribucija izdatkov za kapitalske naložbe v zdravstvenem sistemu, 2003–2013

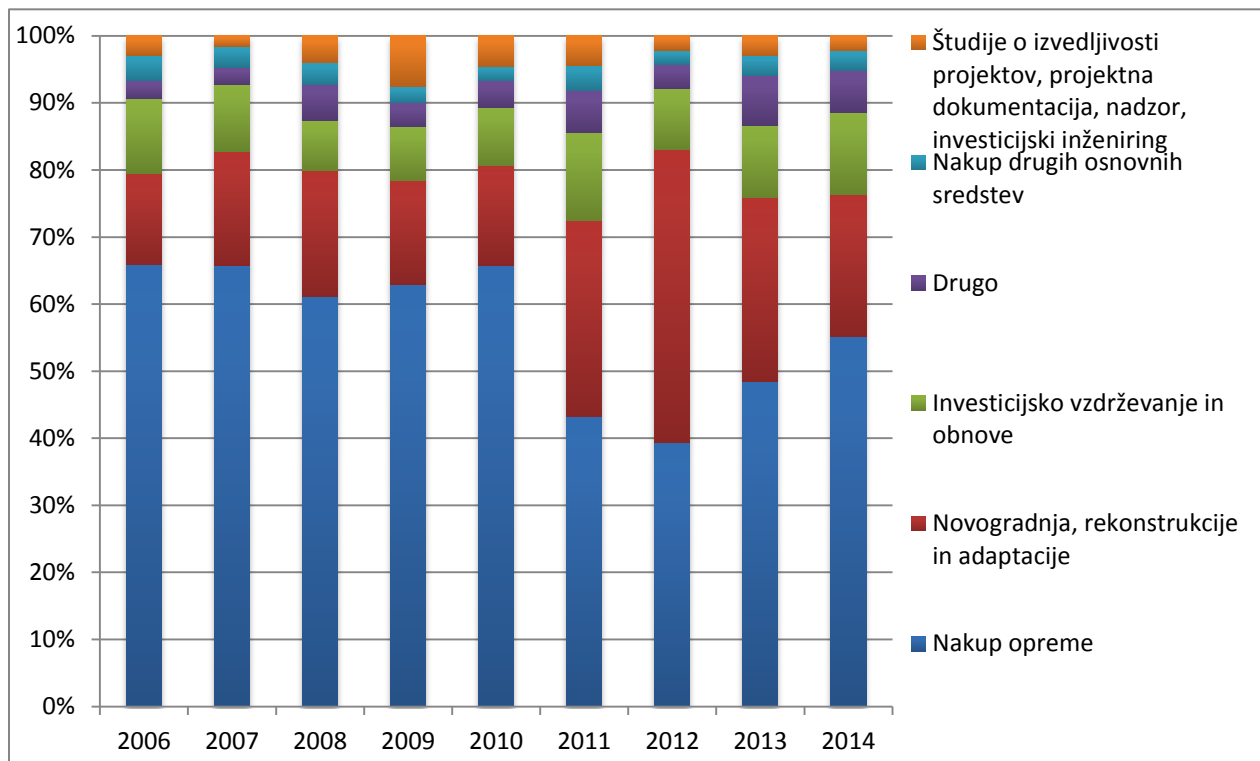


Vir: Podatki o zdravstvu – OECD Health Data 2015 (NZR)

Opomba: V Sloveniji domovi za starejše občane niso vključeni med nastanitvene domove za bolniško nego, čeprav se večina dolgotrajne bolniške oskrbe v Sloveniji opravlja prav v domovi za starejše občane. Zato ni investicij v domove za starejše občane (HP.2).

Po podatkih iz finančnih izkazov so javne bolnišnice med letoma 2006 in 2010 največ naložb namenile nakupu opreme (slika 44). Toda med letoma 2011 in 2014 se je poraba za opremo precej zmanjšala. Namesto tega so se povečale naložbe v novogradnjo, rekonstrukcijo in adaptacijo. To povečanje naložb v novogradnjo pa se ni ohranilo in raven porabe se je bistveno zmanjšala leta 2013 (-63,3 %) in leta 2014 (-25,5 %). ZZZS v pogodbah izvajalcem prizna določeno stopnjo amortizacije. Leta 2013 so bolnišnice, ki so poročale Ministrstvu za zdravje, navajale, da le približno 3,2 mio EUR obračunane amortizacije ni bilo priznane v cenah storitev.

Slika 44: Distribucija investicijskih izdatkov v javnih bolnišnicah



Vir: Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve, podatki o denarnem toku

Čeprav je med letoma 2012 in 2013 prišlo do povečanja naložb, mnogi investicijski projekti v Sloveniji niso bili dokončani zaradi pomanjkanja sredstev. Ena izmed posledic nerednih kapitalskih naložb so bile razlike v sodobnosti bolnišnic: 10 od 26 bolnišnic se še mora modernizirati, da bodo energetske učinkovite. Prav tako obstajajo večje razlike v porabi energije, in sicer so se ti zneski leta 2013 gibali med 17,3 EUR na m² in 117,1 na m². Najvišji stroški so sicer bili na Onkološkem inštitutu v Ljubljani, verjetno zaradi upravljanja drage medicinske opreme, toda nekatere razlike so posledica različnih kapitalskih naložb v energetske varčno tehnologijo.

Prostori v objektih se velikokrat ne uporabljajo učinkovito, čeprav lahko na osnovi razpoložljivih podatkov le težko navedemo razloge za to. Objekt z najbolj izkoriščeno uporabo prostora za zdravstvene dejavnosti uporablja le 47,8 % svojega razpoložljivega prostora, kar je veliko manj v primerjavi z bolnišnico, ki uporablja največ prostora za zdravstvene dejavnosti: 85 %. V vseh bolnišnicah obstaja le majhna pozitivna korelacija med uporabo razpoložljivega prostora in stroški za energijo na m² (korelacija = 0,119), kar pomeni, da ob uporabi več prostorov ne nastanejo nujno veliko višji režijski stroški.

Glede kapitalskih izdatkov za opremo ima Slovenija razmeroma majhno gostoto opreme za medicinsko diagnostičnih aparatov. Čeprav je znano, da je podatke o tehnologiji medicinske diagnostike težko primerjati, je bilo leta 2013 le 1,2 CT-skenerjev na 100.000 prebivalcev, še manj pa je bilo naprav za slikanje z magnetno resonanco (MRI) (0,87 na 100.000). Leta 2012 je bilo 33,2 MRI-skenov na 1000 prebivalcev, kar je krepko pod povprečjem v državah OECD (50,6

na 1000), če upoštevamo podatke držav, ki poročajo. Slovenija je prav tako imela 52,6 CT-pregledov na 1000 prebivalcev, toda podatki so na voljo le za bolnišnice; druge države, ki poročajo le o CT-skenih v bolnišnicah, vključujejo Združeno kraljestvo (75,7 skena), Portugalsko (132,1 skena), Irsko (71,3 skena), Avstrijo (133,4 skena) in Novo Zelandijo (26,7 skena). Tudi tukaj so se stroški amortizacije medicinske opreme v javnih bolnišnicah precej povišali, in sicer s 335 milijonov EUR leta 2007 na 533 milijonov EUR leta 2014. Glede na navedeno se zdi, da v Sloveniji obstaja pomanjkanje naložb v medicinsko opremo.

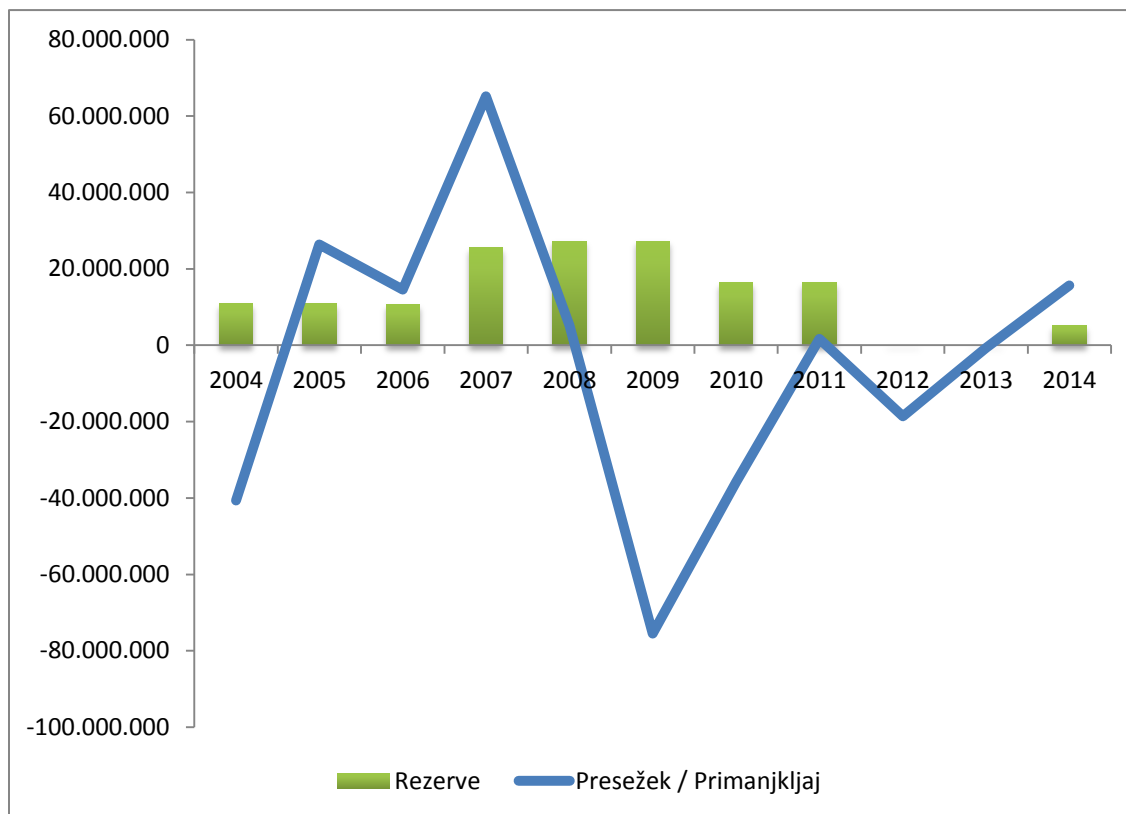
Posledice nedavnih in prihodnjih trendov

Kriza je imela močan učinek na ustvarjanje prihodkov in izdatkov v slovenskem zdravstvenem sistemu in državi na sploh. Zmanjšanje gospodarske aktivnosti in zaposlenosti je povzročilo nižje prispevke za socialno varnost, ZZS pa je uvedel ukrepe za zmanjšanje svojih izdatkov, da bi uravnotežil ta upad. Ti ukrepi predvsem vključujejo znižanje cen za zdravstvene storitve, prestavljanje stroškov na dopolnilno zdravstveno zavarovanje in odlaganje plačil, dokler sredstva ne bodo na voljo.

Zmanjšanje izdatkov je bilo do zdaj pravzaprav večje kot zmanjšanje prihodkov, kar je leta 2014 poleg povečanih prilivov konec leta (izplačila božičnic) povzročilo presežek ZZS (**slika 45**). V preteklosti to ni bilo nič nenavadnega, čeprav večjega presežka ni bilo že od leta 2007, ko se je presežek ZZS povečal s 14,5 milijona EUR leta 2006 na 65,2 milijona EUR. To je precej prispevalo h kopičenju rezerv, ki so pomemben vir za proticiklično porabo v zdravstvu med gospodarsko krizo.

Vsaj 25 % letnega presežka se vloži v rezervni sklad. Ta sklad se oblikuje pred zaključnim računom in zato predstavlja rezultat za tekoče leto. Med letoma 2004 in 2014 je bilo v rezervnem skladu nekaj denarja v vseh letih, razen v letih 2012 in 2013, ko so se rezerve iz preteklih let porabile. Od stanja gospodarstva (glede ustvarjanja prihodkov) in od potenciala za prihodnje zmanjševanje javnih izdatkov z nižanjem cen in prestavljanjem stroškov je odvisno, ali bo ZZS še naprej po letu 2015 ustvarjal presežek.

Slika 45: Presežek/Primanjkljaj ter rezerve ZZS

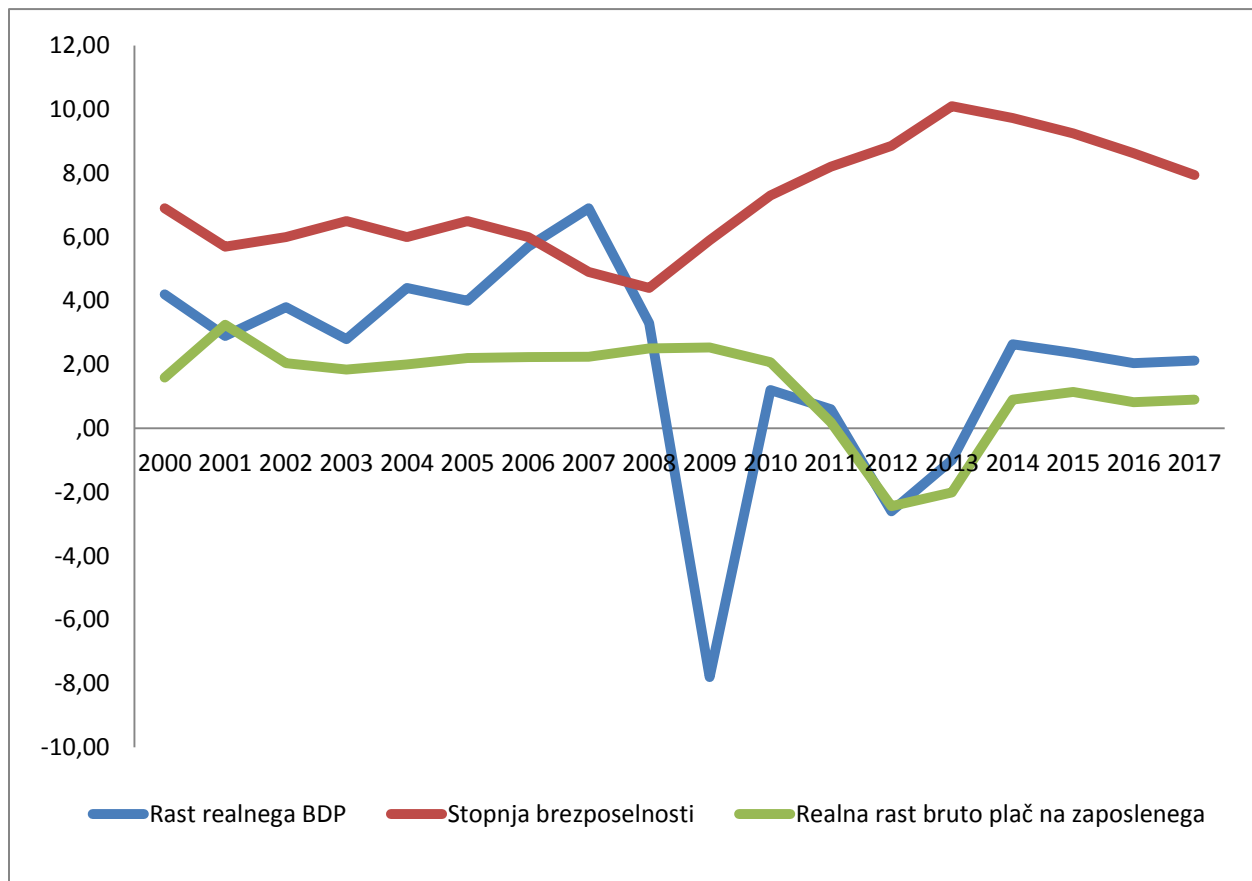


Vir: ZZS, 2015

Projekcije za gospodarsko dejavnost napovedujejo ponovno zmerno pozitivno rast socialnih prispevkov.

Gospodarska dejavnost je ključnega pomena za prihodke v zdravstvenem sistemu. Projekcije BDP, zaposlenosti ter bruto plač kažejo, da se je slovensko gospodarstvo po krizi že začelo izboljševati (slika 46). Za obdobje 2015–2017 se pričakuje, da bo realni BDP še naprej naraščal, čeprav z rahlo nižjo povprečno letno stopnjo v višini 2,1 % v obdobju 2015–2017 (UMAR). Stopnja brezposelnosti je dosegla višek leta 2013 in napoveduje se, da bo v prihodnje polagoma upadala, leta 2017 pa naj bi dosegla 7,9 %. To je sicer več od povprečja pred krizo oziroma leta 2000, vendar naj bi vodila k zmerno pozitivni rasti prihodkov, saj se bodo zaradi večjega števila zaposlenih povečali prispevki za socialno varnost. Tudi projekcije rasti plač napovedujejo preobrat, ki pa je zmernejši v primerjavi z obdobjem pred krizo.

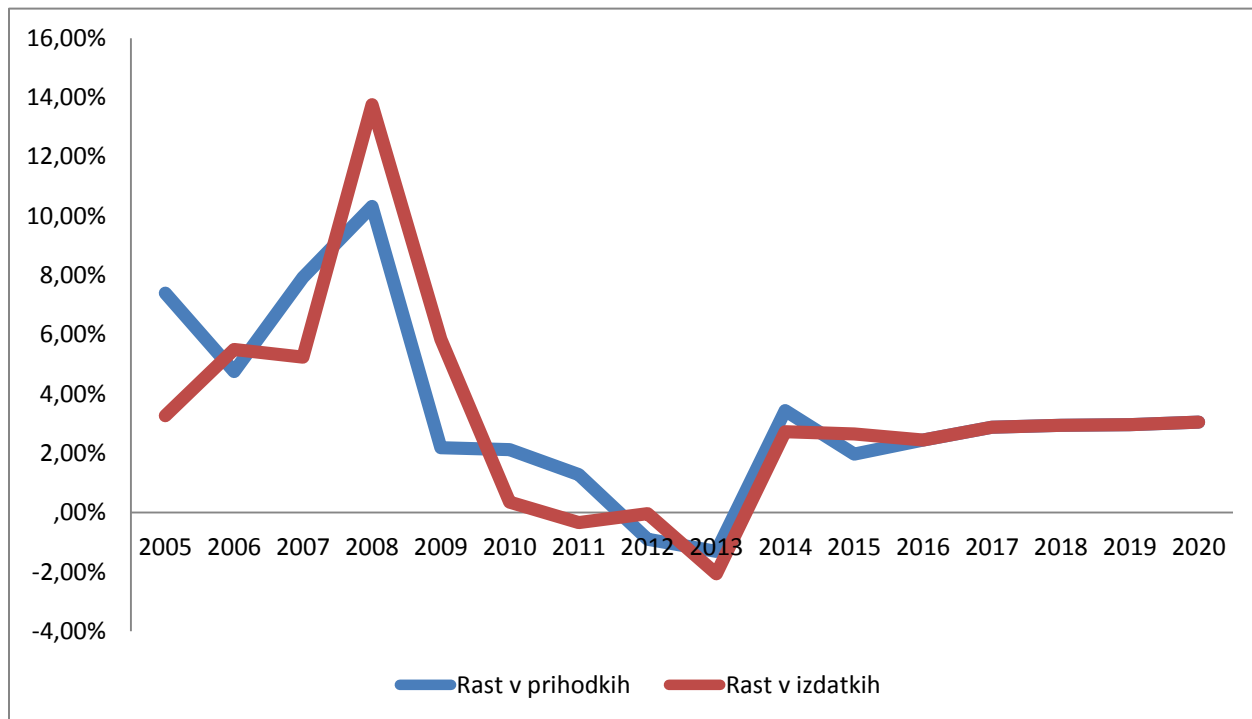
Slika 46: Projekcije za BDP, zaposlenost in bruto plače



Vir: UMAR, Pomladanska napoved 2015

Projekcije ZZZS so prav tako usklajene s to preprosto oceno (slika 47) Leta 2015 se sicer pričakuje, da se bo rast prihodkov v primerjavi z letom 2014 upočasnila, toda na splošno se pričakuje, da bodo prihodki (in izdatki) od leta 2016 do vključno 2020 zaradi izboljšanja stanja v gospodarstvu naraščali za približno 3,0 % na leto.

Slika 47: Projekcije rasti prihodkov in izdatkov, ZZS



Vir: ZZS, 2015

Rast izdatkov bo odvisna od političnih odločitev in sredstev, ki bodo na voljo ZZS.

Ker se ZZS se sme zadolžiti, so izdatki v zdravstvu v Sloveniji, gledano skupaj, skoraj povsem odvisni od prihodkov, ki so v določenem letu na voljo ZZS. Zaradi zmanjševanja prihodkov je splošni pristop v preteklih letih vključeval zniževanje cen, prestavljanje stroškov na DZZ, da bi s tem ohranili obseg storitev, in odlaganje plačil izvajalcem. Toda zaradi znižanih cen so mnoge bolnišnice v preteklih nekaj letih ustvarile izgubo; dodatna znižanja cen morda ne bodo mogoča, ne da bi se prej previdno ocenilo finančno stanje bolnišnic oziroma njihove upravljalvske zmožnosti.

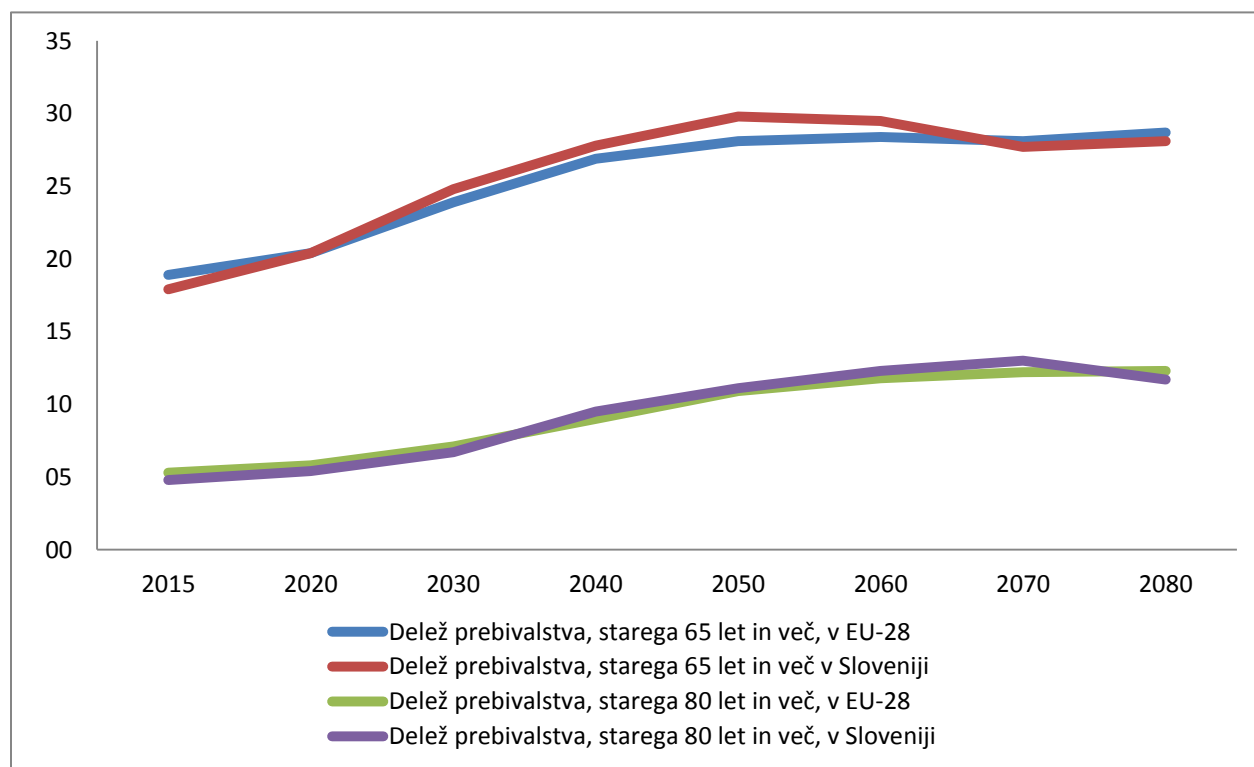
ZZS pričakuje, da bodo izdatki še naprej naraščali za manj kot 3 % na leto do vključno leta 2020. To je sicer dosegljiv cilj, toda taka rast je veliko počasnejša, kot je bila povprečna letna rast med letoma 2004 in 2007 (4,7 %) pred krizo in pred reformo plač. ZZS bi moral biti pripravljen in moral bi imeti zadostna sredstva za večjo rast izdatkov, kot jo trenutno napoveduje.

Spreminjajoča se demografska sestava pomeni dodatne izzive za prihodke in izdatke v javnem sektorju.

Demografske spremembe vplivajo na javne finance in v javnem sektorju še zlasti na pokojnine in dolgotrajno oskrbo. Toda staranje samo po sebi prispeva le majhen del k skupni rasti v zdravstvenem sistemu (Rechel et al., 2013), veliko pomembnejši je učinek nedemografskih dejavnikov, kot so povišanje cen v zdravstvenem sistemu in tehnološki napredki.

Ocenjuje se, da je bila Slovenija leta 2015 po številu prebivalstva nad 65. letom starosti na 17. mestu izmed 31 evropskih držav: 17,9 % prebivalstva je starejšega od 65 let, povprečje v EU pa je 18,9 % (slika 48). Toda v skladu z glavnim scenarijem projekcij Eurostata se pričakuje, da bo starajoče se prebivalstvo Slovenije preseglo evropsko povprečje. Do leta 2020 naj bi bil odstotek v Sloveniji enak povprečju v EU (20,4 % prebivalstva nad 65 let) in Slovenija naj bi zasedla 10. mesto med 31 evropskimi državami. Leta 2040 naj bi bilo slovensko prebivalstvo nad 65 let 7. največje, leta 2050 pa naj bi doseglo vrhunec, ko bo 29,8 % prebivalstva starejšega od 65 let. Te projekcije so odvisne od različnih dejavnikov, vključno z življenjsko dobo, migracijami in plodnostjo.

Slika 48: Delež prebivalstva, starega 65 let ali več, in delež prebivalstva, starega 80 let in več, Slovenija in EU-28



Vir: Eurostat, 2015

Starejše prebivalstvo ima pomembne posledice za sisteme socialne zaščite na sploh – ne le v zdravstvenem sistemu. Glede prihodkov v zdravstvenem sistemu starejše prebivalstvo v ZZS

prispeva manj na osebo, kot prispevajo zaposleni. Če se ne bo povečalo financiranje z davki v sistemu financiranja v zdravstvu oziroma če se ne bosta precej povečali zaposlenost in rast plač, da bi se uravnotežil vedno večji delež starejšega prebivalstva, bodo vplivi na prihodke, ustvarjene s prispevki za socialno varnost, negativni.

Po napovedih delovne skupine za staranje prebivalstva (AWG – Ageing Working Group) bo glede na osnovni scenarij med letoma 2013 in 2060 poraba za zdravstvo (povezana s starostjo) v Sloveniji predstavljala 1,2 dodatni odstotni točki v BDP; poraba za dolgotrajno oskrbo, povezano s starostjo, naj bi predstavljala 1,5 dodatne odstotne točke v BDP (**tabela 9**). Slovenija je med 28 državami EU na 10. najslabšem mestu glede obremenitve porabe za zdravstvo, povezane s starostjo, v primerjavi z BDP med letoma 2013 in 2060, in na 7. najslabšem mestu glede obremenitve dolgotrajne oskrbe, povezane s starostjo. Treba je navesti, da lahko izhodiščne projekcije za dolgotrajno oskrbo le predvidevajo učinke sprememb demografske sestave in predpostavljajo, da se 50 % napovedanega podaljšanja pričakovane življenjske dobe preživi brez invalidnosti (tj. brez potrebe po oskrbi). To pomeni, da izhodiščne projekcije ne upoštevajo sprememb politik v zvezi s pravili za upravičenost do različnih storitev dolgotrajne oskrbe v trenutnem sistemu. Projekcije za izdatke v zdravstvu lahko prav tako samo predvidevajo učinke staranja in domnevajo, da bomo polovico preostalih let svojega življenja zdravi in da bo dohodkovna elastičnost v višini 1,1, kar je zelo zmeren učinek nedemografskih dejavnikov. Toda ob upoštevanju močnejšega učinka nedemografskih dejavnikov v scenariju tveganja AWG (npr. sprememb tehnologije, cen v medicini, zaposlenosti itn.) je Slovenija na 12. najslabšem mestu v zdravstvu, v odvisnosti od BDP, in na 16. najslabšem mestu glede dolgotrajne oskrbe, odvisno od BDP. Navesti je treba, da so te projekcije iz leta 2015 nekoliko bolj črnoglede kot tiste, ki so bile oblikovane leta 2012, predvsem zaradi novih demografskih projekcij.

Tabela 9: Projekcije glede zdravja in dolgotrajne oskrbe kot % BDP (delovna skupina za staranje prebivalstva, AWG 2015), s prispevkom staranja v obdobju 2013–2060, referenčni scenariji in tvegani scenariji za Slovenijo in EU

Poraba za zdravstvo kot % BDP												
Referenčni scenarij AWG												
	2013	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	CH 13–60
Slovenija	5,7	5,7	5,9	6,2	6,4	6,6	6,8	6,8	6,9	6,9	6,8	1,2
EU	6,9	7	7,2	7,3	7,5	7,6	7,7	7,8	7,9	7,9	7,8	0,9
Tvegani scenarij												
Slovenija	5,7	5,8	6,1	6,5	6,8	7,1	7,3	7,4	7,5	7,5	7,5	1,9
EU	6,9	7,1	7,4	7,6	7,8	8,1	8,3	8,5	8,5	8,6	8,5	1,6
Poraba za dolgotrajno oskrbo kot % BDP												
Referenčni scenarij AWG												
Slovenija	5,7	5,7	5,9	6,2	6,4	6,6	6,8	6,8	6,9	6,9	6,8	1,5
EU	6,9	7	7,2	7,3	7,5	7,6	7,7	7,8	7,9	7,9	7,8	1,1
Tvegani scenarij												
Slovenija	1,4	1,5	1,7	1,9	2,2	2,5	2,9	3,2	3,6	3,9	4,2	2,7
EU	1,6	1,7	1,9	2,0	2,2	2,5	2,8	3,1	3,5	3,8	4,1	2,4

Vir: Evropska komisija, 2015

Povzetek ključnih ugotovitev

S tem pregledom smo ugotovili, da se je v gospodarski krizi pokazalo, da je zdravstveni sistem občutljiv na nihanja prispevkov za socialno zavarovanje. Prispevki za socialno zavarovanje so se med krizo zmanjšali zaradi počasnejše rasti plač, povečanja deleža neaktivnih upravičencev, ki na mesec prispevajo sorazmerno malo, visoke stopnje brezposelnosti in nezadostnih proticikličnih ureditev v sistemu za financiranje zdravstva. Taka upočasnitev rasti prihodkov je bila za ZZS izrazitejša kot rast skupnih javnih prihodkov – med letoma 2005 in 2013 se je delež skupnih javnih prihodkov v BDP povečal za 1,8 odstotnih točk, prihodki ZZS pa so se povečali le za 0,3 odstotne točke. Poraba za zdravstvo v državi na centralni in lokalni ravni je v primerjavi s standardi EU ostala na nizki ravni, čeprav se je poraba v preteklih nekaj letih rahlo povečala.

Izdatki za zdravstvo so tesno povezani s prihodki ZZS, saj se mora ZZS financirati brez državnih posojil na centralni ravni in brez povečanj prispevnih stopenj za zavarovanje. Kljub manjši količini sredstev se storitve oziroma obseg kupljenih storitev v preteklih nekaj letih ni bistveno spremenil; pravzaprav je ZZS še naprej plačeval za postavke, ki jih ni financiral v letih pred krizo, kot sta na primer pripravništva in specializacije, hkrati pa je moral kriti višje stopnje DDV. Sprejeti so bili varčevalni ukrepi z željo, da bi se ohranila raven zdravstvenih programov in dostopnosti do storitev. Obseg storitev se je ohranil z nižanjem cen, odlaganjem plačil in prestavljanjem stroškov na dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Zavarovalnice za dopolnilno zdravstveno zavarovanje so bile večinoma med krizo donosne, čeprav je dobiček predstavljal le majhen delež skupnih izdatkov za zdravstvo (približno 0,3 % skupnih izdatkov za zdravstvo leta 2014); zasebne zavarovalnice so prav tako zaščitile gospodinjstva pred katastrofalnimi izdatki in delno subvencionirale javne izvajalce. Toda obstajajo dokazi, da so se čakalne dobe podaljšale in da so številni izvajalci utrpeli izgube, nekateri pa so celo potrebovali posojila iz državne zakladnice, da bi lahko še naprej poslovali. Potrebni so boljši podatki o izvajalcih, da bi se lahko celoviteje ocenilo, kako so zmanjšanja izdatkov vplivala na uspešnost izvajalcev, in da bi se opredelila področja, za katera je potrebno izboljšanje učinkovitosti. Plače delavcev v zdravstvu v povprečju niso zelo visoke, toda to je predvsem zaradi nižjih plač medicinskih sester in drugih nemedicinskih delavcev; obstaja zaskrbljenost glede plačil za nadure, ki so sicer razmeroma visoka, toda predstavljajo le majhen delež izdatkov.

Po tekočih izhodiščnih napovedih se pričakuje, da bo staranje prebivalstva povzročilo večje povišanje izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo, odvisno od BPD, v primerjavi s povprečjem v EU-28. Zaradi vse večjega povpraševanja in počasne rasti prihodkov iz naslova prispevkov za socialno zavarovanje se bodo morali dolgoročno bodisi poiskati novi alternativni viri prihodkov bodisi se bo morala zmanjšati košarica storitev ZZS ali pa se bodo morale neprekinjeno nižati cene, da bi se ohranila obseg storitev in kakovost nege.

Seznam literature

Evropska komisija (2015) *The 2015 Aging Report*. Na voljo na:

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/pdf/ee8_en.pdf

Eurostat (2015) *Eurostat Database*. Bruselj: Evropska komisija. Na voljo na:

<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

UMAR (2015) *Poročilo o razvoju 2015*. Ljubljana: UMAR

Koechlin, F. et al. (2014). Comparing Hospital and Health Prices and Volumes Internationally: results of a Eurostat/OECD Project. OECD Health Working Papers, št. 75. Pariz: OECD Publishing. Na voljo na: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/comparing-hospital-and-health-prices-and-volumes-internationally_5jxznwrj32mp-en

OECD (2014) *OECD Health at a Glance*. Pariz: OECD Na voljo na: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8114211e.pdf?expires=1446459960&id=id&accname=guest&checksum=ACFE644A5DF5877363F092E263A7B8C1>

OECD (2015) *Health Data 2015*. Pariz: OECD Na voljo na: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Rechel B., Grundy E., Robine J.M., Cylus J., Mackenbach J., Knai C., McKee M. (2013) Ageing in the European Union. *The Lancet*, 381(9874):1323 - 31, 13. april 2013.

WHO (2015) *Health for All Database*. Kopenhagen: Regionalni urad WHO za Evropo.