

ANALIZA
ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V
SLOVENIJI

Preučitev upravičenosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja

Končno poročilo, oktober 2015

(Nelektorirana verzija)



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**

Preučitev smiselnosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ)

**Končno poročilo
15. oktober 2015**

Preučitev smiselnosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ)

Napisali:

Steve Thomas

Center za zdravstveno politiko in upravljanje, Trinity College Dublin

Sarah Thomson

Urad Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za krepitev zdravstvenega sistema v Barceloni, Sektor za zdravstvene sisteme in javno zdravje, SZO Evropa

Tamás Evetovits

Urad SZO za krepitev zdravstvenega sistema v Barceloni, Sektor za zdravstvene sisteme in javno zdravje, SZO Evropa

Vsebina

Seznam tabel in slik.....	i
Zahvale.....	ii
Seznam kratic.....	iii
Uvod.....	1
1. možnost: Odprava doplačil	3
2. možnost: Zamenjava DZZ z javnim obveznim predplačilom.....	3
3. možnost: Boljša pravna ureditev in nadzor nad DZZ	5
Pokritost prebivalstva, storitve in kritje stroškov	6
Transakcijski stroški	7
Struktura in vedenje trga	10
Premije DZZ.....	13
Razprava.....	14
Druge vloge DZZ in zasebnih zavarovalnic.....	15
Reference.....	18

Seznam tabel in slik

Tabele

Tabela 1: Analiza SWOT – DZZ v Sloveniji

Tabela 2: Ilustrativni primer novih prispevkov za ZZZS, povezanih z opuščanjem doplačil

Tabela 3: Variante predlagane dajatve za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo, mesečna premija (EUR)

Tabela 4: DZZ v petih evropskih državah, 2001 (v milijonih EUR)

Tabela 5: Mesečne premije DZZ (EUR), april 2015

Slike

Slika 1: Zavarovanci v DZZ in povprečne premije, 2006–2014

Slika 2: Pokritost ustreznega prebivalstva z DZZ, 2007–2014

Slika 3: Prihodki in stroški po vsej panogi DZZ (EUR), 2006–2014

Slika 4: Prihodki in obratovalni stroški po vsej panogi DZZ (EUR), 2006–2014

Slika 5: Članstvo v treh zasebnih zdravstvenih zavarovalnicah, 2006–2014

Slika 6: Število članov, starejših od 75 let, v zasebnih zavarovalnicah

Slika 7: Delež starejših od 75 let v portfelju vsake zasebne zavarovalnice

Zahvale

Zelo smo hvaležni za podporo in pripombe slovenski lokalni delovni skupini pri razvoju tega poročila, ki jo sestavljajo Dušan Jošar, Eva Zver, Boris Kramberger, Stane Vencelj, Davor Dominkuš, Franc Klužer in Elda Gregorič Rogelj. Avtorji se jim želimo zahvaliti za vse njihove vpogledne in poenostavitve zbiranja podatkov.

Seznam kratic

DZZ	Dopolnilno zdravstveno zavarovanje
EU	Evropska unija
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
UHC Coverage)	Univerzalno kritje v zdravstvenem varstvu (ang. Universal Health

Uvod

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje (DZZ) v slovenskem zdravstvenem sistemu v celoti pokriva stroške doplačil za zelo velik delež prebivalstva. Pri tem gospodinjstvom zagotavlja finančno varnost pred doplačili in omogoča javnemu sektorju prenos izdatkov na gospodinjstva, ne da bi ustvarjalo veliko nezadovoljenih potreb. Hkrati je sistem zaradi DZZ bolj kompleksen, povzroča transakcijske stroške (vključno z dobički DZZ, administrativnimi stroški DZZ in stroški, povezanimi z izvajanjem predpisov) in zaračunava enotne premije, ki so regresivne. Navedeni nabor dejavnikov je treba v celoti raziskati, če želimo najti rešitve, s katerimi bi DZZ deloval za nacionalne cilje zdravstvenega varstva.

Ključni cilji financiranja zdravstvenega varstva so povezani z zbiranjem zadostnih sredstev za zagotavljanje ali nabavo ustrezne ravni oskrbe, zagotavljanje dostopa do celotnega obsega potrebnih storitev brez finančnih težav in združevanje tveganj po različnih področjih prebivalstva (Normand in Thomas, 2008). Druga načela so običajno povezana tudi z učinkovitostjo pridobivanja in upravljanja prihodkov, kakovostjo financiranega zdravstvenega varstva ter preglednostjo in enostavnostjo finančnih mehanizmov (Kutzin, 2008).

Kot temelj za razmislek o možnostih predstavljamo analizo SWOT, ki opisuje prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti, povezane z DZZ (tabela 1). Analiza vsebuje ključne značilnosti slovenskega sistema, dokazanih dejstev, nanaša pa se tudi na predstavljene cilje financiranja.

Analiza SWOT poudarja, da bo za vsakršno reformo DZZ in njegove vloge treba uporabiti večplastni pristop. Glede na težave z javnim financiranjem v obdobju izvajanja varčevalnih ukrepov in preveliko zanašanje zdravstvenega sistema na prispevke na izplačane plače, je DZZ odigral ključno vlogo pri zbiranju in združevanju sredstev iz gospodinjstev za zmanjšanje finančnega bremena in drugih težav, povezanih z doplačili. Zato je treba vsak poseg skrbno pretehtati. Predlagano zdravilo mora biti boljše od trenutnega stanja, sicer je status quo najboljša privzeta možnost. Potencialna nevarnost posega bi bila, da bi toliko ogrozil zasebno zavarovalno panogo, da velik del prebivalstva ne bi imel finančne zaščite pred doplačili (razen če je vlada pripravljena zamenjati DZZ z javnim financiranjem), kar bi po vsej verjetnosti povzročilo bolj nepravičen in neučinkovit sistem financiranja zdravstva in veliko nepriljubljenost.

Ob upoštevanju tega tveganja so spodaj razdelane naslednje možnosti:

1. možnost: odprava doplačil;
2. možnost: zamenjava DZZ z javnim obveznim predplačilom;
3. možnost: boljše pravna ureditev in nadzor nad DZZ.

Struktura preostalega dela tega poročila sledi predstavitvi in oceni vsake izmed navedenih možnosti. Sklepno poglavje tudi izpostavlja ključne razsežnosti izbire za vlado.

Tabela 1: Analiza SWOT– DZZ v Sloveniji

<p>Prednosti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DZZ štiti ljudi pred negativnimi učinki doplačil, ki bi bila visoka, če tega zavarovanja ne bi bilo. 2. DZZ omogoča javnemu sektorju tak prenos stroškov na zasebni sektor, ki ne ustvarja nezadovoljenih potreb. 3. Premije DZZ si v tem trenutku lahko privoščijo velika večina prebivalstva. 4. Administrativni stroški DZZ so glede na mednarodne standarde nizki. 5. Shema izravnavanja tveganj pomaga zmanjševati izbiro tveganj. 	<p>Slabosti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Premije DZZ so enotne in zato regresivne. Revna gospodinjstva plačujejo enako kot bogata. Večja gospodinjstva plačujejo več. 2. DZZ povzroča transakcijske stroške, povezane z dobički zavarovalnic, administrativnimi stroški in, posredno, stroške, povezane z izvajanjem predpisov. 3. Obstajajo dokazi o oligopolnem določanju cen, kar ni učinkovito. 4. Trenutni mehanizmi izravnave tveganj ne odpravijo spodbud za selekcijo tveganj. 5. Zaradi DZZ je sistem bolj zapleten; opazno je pomanjkanje informacij in transparentnosti glede njegove uspešnosti. 6. Zaradi DZZ se lahko zmanjšajo prizadevanja ZZS za nadzor stroškov in za povečanje učinkovitosti.
<p>Priložnosti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ali bi lahko reformirali trg DZZ tako, da bi DZZ zagotavljal dobro finančno varnost za vsa gospodinjstva in bi bilo financiranje pravičnejše? 2. Ali bi se lahko transakcijski stroški DZZ zmanjšali? 3. Bi bil trg lahko preglednejši za regulativne organe in potrošnike? 	<p>Nevarnosti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Če bo javni sistem nadaljeval prenos izdatkov na zasebni sektor: <ol style="list-style-type: none"> a. Financiranje sistema lahko postane bolj regresivno (ker bo večji delež skupnih sredstev prihajal iz enotnih premij). b. Naraščajoče enotne premije lahko postanejo manj dostopne za revnejša gospodinjstva, ki bodo izstopala iz zavarovanja in se spoprijemala z neposrednimi doplačili. 2. Transakcijski stroški DZZ lahko še naprej naraščajo in sčasoma zmanjšajo administrativno učinkovitost in dostopnost DZZ, predvsem zaradi novih zahtev solventnosti. 3. Kakršna koli opustitev DZZ bi lahko ogrozila fiskalno vzdržnost, če ne bo vključevala načrta za ublažitev učinka doplačil, kar bi zahtevalo precejšnje dodatno javno financiranje.

Prva možnost: Odprava doplačil

Morda je najpreprostejša rešitev za težave, povezane z DZZ, odprava vseh doplačil, razen če so doplačila povezana z ustrezno napotnico. Odprava doplačil bi takoj odpravila potrebo gospodinjstev po sklenitvi DZZ, ki bi jih varovalo pred bremenom neposrednih plačil iz žepa. To bi nato odpravilo vse težave ali morebitne težave, povezane z dostopnostjo premij DZZ, visokimi transakcijskimi stroški in vsako trajno izbiro tveganj (gl. poznejšo analizo). To bi pomagalo zaščititi univerzalen dostop do storitev. Prav tako bi povečalo preglednost in preprostost sistema, ga naredilo učinkovitejšega in morda sprejemljivejšega za gospodinjstva.

V številnih državah članicah Evropske unije (EU) so doplačila minimalna, primarna in bolnišnična oskrba pa sta brezplačni. S prehodom od doplačil na javno financiranje zdravstvenih storitev so se ukvarjali tudi v drugih državah z visokim dohodkom, ki si prizadevajo za univerzalno pokritost zdravja (UHC) (Lu et al., 2007) in ga dosegajo. Tako je v Južni Koreji. Kljub temu pa so taki prehodi redko doseženi v eni fazi in zahtevajo vztrajnost in precejšnje proračunske obveznosti.

Odprava doplačil bi po vsej verjetnosti povzročila, da bi izginil trg DZZ za kritje doplačil (toda ne za druga dodatna prostovoljna zdravstvena zavarovanja). Prav tako bi ustvarila precejšnjo vrzel v financiranju. Glede na dobro finančno zaščito, ki jo DZZ trenutno zagotavlja, vpliv gospodarske krize na dohodek gospodinjstev in ugotovljene potrebe po dodatnih finančnih sredstvih v zdravstvu bi bilo nujno, da vlada najde dovolj sredstev za financiranje ekvivalenta zahtevkov DZZ v višini okoli 400 milijonov EUR. To bi težko dosegla v enem koraku, saj gre za dolgoročnojšo strategijo, primerno za čas, ko bo fiskalno področje to dopuščalo.

Obstaja veliko možnosti, da se zberejo dodatni javni prihodki, kot je na kratko opisano v 2. možnosti in podrobneje v spremnem poročilu (Ovrednotenje financiranja zdravstva).

Druga možnost: Zamenjava DZZ z javnim obveznim predplačilom

Če vlada ni zadovoljna z delovanjem trga DZZ in se odloči, da ne bo odpravila doplačil, lahko vzpostavi svojo shemo predplačil. DZZ, ki pokriva doplačila, bi nadomestili z obveznimi plačili prek novega predplačilnega sklada, ki bi ga upravljal ZZS. Namesto da bi plačevali za DZZ, bi morali ljudje ali gospodinjstva mesečno ali letno prispevati v nov predplačilni sklad.

Ta možnost ima dve pomembni prednosti. Prvič, ne bi bilo potrebe po ustvarjanju dobička, kritje pa bi zagotavljal en sam subjekt, zato bi bili transakcijski stroški nižji kot pri DZZ. Drugič, kritje bi res bilo univerzalno za vse prebivalce. Toda ta možnost bi verjetno povzročila precejšnjo izgubo delovnih mest v zasebni zavarovalniški panogi in precejšnje nasprotovanje deležnikov (vključno z morebitnimi pravnimi izzivi) med zasebnimi zavarovalnicami. Trenutno zelo majhen trg drugih oblik kritja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ne bi bil prizadet.

Izdatki za škode DZZ trenutno znašajo 404 milijone EUR. Vsak poskus zamenjave DZZ mora najti alternativno zbiranje teh prihodkov, prav tako pa mora poskusiti usmerjati ta sredstva v zdravstveni sistem učinkoviteje, bolj pravično in trajnostno. 404 milijoni EUR bi zahtevali povprečno letno predplačilo 262 EUR na posameznika, ki je vključen v obvezno zdravstveno zavarovanje (v primerjavi s povprečno premijo DZZ v višini okoli 330 EUR v letu 2014).

Ta prihodek bi lahko zbrali na podlagi pavšalnega zneska, enako kot zdaj na trgu DZZ. Toda odprava trga DZZ – z vsemi tveganji in nasprotovanji, ki bi jih sprožila – in hkrati ohranitev regresivnega pristopa k financiranju bi bili zamujeni priložnosti. Politični in izvedbeni stroški zamenjave DZZ bi bili izredno visoki glede na relativno obrobne pridobljene koristi. Zato priporočamo, naj ta možnost vključuje financiranje, ki temelji na plačilni sposobnosti posameznika (torej naj bo povezana z dohodkom).

Najbolj neposredna možnost, ki bi temeljila na dohodku, z najnižjimi transakcijskimi stroški bi bila uporaba zdajšnjega plačilnega sistema ZZS, ki bi ga preprosto razširili, da bi zajemal tudi obvezna predplačila za doplačila. Skupni prihodki ZZS v letu 2014 so bili med 2,3 in 2,4 milijarde EUR. Dodatni prihodki od prispevkov za pokrivanje stroškov zahtevkov DZZ bi morali znašati okoli 17,5 % več od zdajšnje ravni financiranja ZZS (2,3 milijarde EUR). Model finančnih posledic enotnega 17,5-odstotnega skoka prispevnih stopenj ZZS je prikazan v tabeli 2.

Tabela 2: Ilustrativni primer novih prispevkov za ZZS, zaradi opustitve doplačil

Skupina ZZS	Številke 2014	Povprečni plačani letni prispevki (EUR) v letu 2014	Mesečne stopnje za kritje obveznega predplačila ali opustitev doplačil
Zaposleni v formalnem sektorju	719.510	203	238
– delodajalci	719.510	104	123
– zaposleni	719.510	98	115
Samozaposleni	70.315	129	152
Kmetje	12.819	40	46
ZPIZ za upokojece	547.513	56	65
Brezposelni	19.931	104	122
Zavarovani po 20. točki	70.821	20	24
Zavarovani po 21. točki	53.065	28	33
Drugi*	47.421	44	52

Vir: Modeliranje, ki temelji na podatkih ZZS, 2015

¹Zavarovanje Evropa (2013) ocenjuje, da slovenska zavarovalniška panoga zaposluje okoli 6.000 ljudi. Ocenjuje se, da se okoli 600 zaposlenih ukvarja z zdravstvenim zavarovanjem.

Če je morebitna nepriljubljenost preprostega povečanja prispevne stopnje ZZZS (zlasti med bogatejšimi gospodinjstvi) težava, bi vlada lahko razmislila o alternativnem pristopu, ki prav tako temelji na dohodku: opcija z »dajatvijo« je sicer manj redistributivna, a jo je vlada v preteklosti predlagala za dodatno financiranje obveznega zdravstvenega zavarovanja in dolgotrajne oskrbe (tabela 3).

Tabela 3: Variante predlagane dajatve za zdravstveno in dolgotrajno oskrbo, mesečna dajatev (EUR)

Stopnja dohodka	1. varianta	2. varianta	3. varianta
Pod 60 % povprečnega dohodka	14	15	15
Od 60 % do 140 % povprečnega dohodka	17,5	18	18,5
Od 140 % do 200 % povprečnega dohodka	24,5	26,5	28
Nad 200 % povprečnega dohodka	30	30,5	31
Finančni rezultat (milijonov EUR na leto)	310,4	307,4	308,8

Vir: Ministrstvo za zdravje, 2015

Opombe:

- i) Izviren predlog je vključeval 4. varianto z enotno dajatvijo. Stroški so nekoliko zastareli glede na obseg potrebnega financiranja (zato so tudi stopnje predplačil, ki naj bi bile zaračunane, prenizke), vendar jih je mogoče posodobiti na enaki osnovi.
- ii) Druga in tretja varianta izključujeta nekatere segmente prebivalstva iz prispevkov, zato so finančni rezultati nižji kot pri prvi varianti.

Tretja možnost: Boljša pravna ureditev in nadzor nad DZZ

Lahko bi sklepali, da zgoraj navedene možnosti kratkoročno niso dosegljive in da je DZZ nepogrešljiv del infrastrukture financiranja zdravstvenega varstva. Razlog je v nevarnosti, da bi se gospodinjstva morala spopasti z neposrednimi plačili iz žepa, in težav pri zbiranju zadostnih finančnih sredstev iz zdajšnjega sistema, ki je odvisen od prispevkov na izplačane plače. V takih okoliščinah je morda najboljša vladna politika izboljšati ureditev področja DZZ in zagotoviti njegovo optimalno delovanje. Ključni cilji so: zagotoviti cenovno dostopnost za prebivalstvo, ublažiti regresivnost financiranja in ovrednotiti in spodbujati učinkovitost.

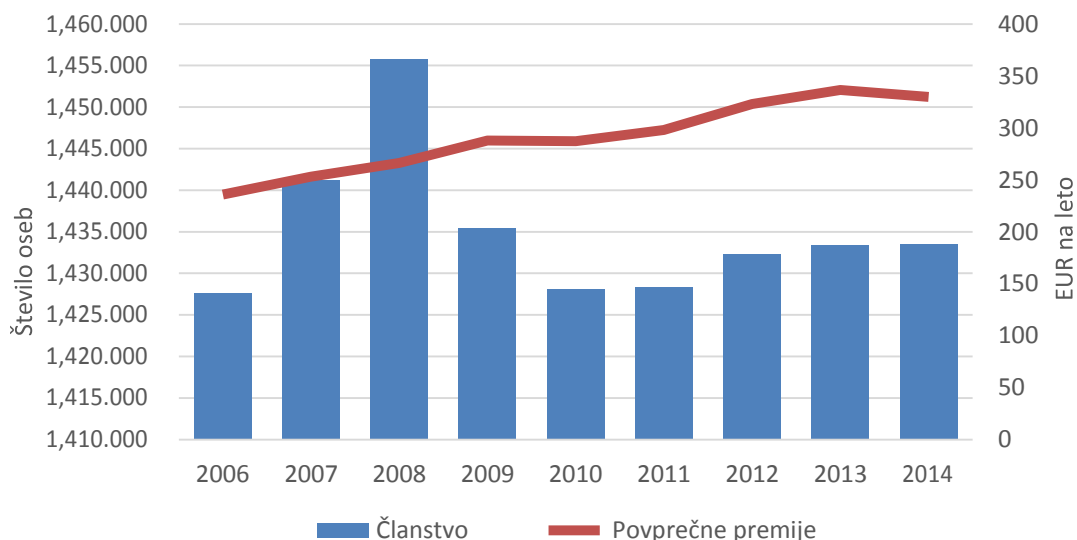
Ključna merila (kazalniki) uspešnosti za zavarovalniško industrijo bi bila določena na podlagi razumevanja, da dobro delovanje *ne* bo privedlo do sanacijskih posegov vlade ali reforme zaradi odsotnosti konkurence na trgu. Področja, na katera bi se ureditev osredotočala, bi bila: spremljanje pokritosti prebivalstva za zagotovitev finančne zaščite pred doplačili, spremljanje gibanja cen za zagotovitev dostopnosti, spremljanje učinkovitosti financiranja prek DZZ v povezavi s stroški škod kot deležem celotnih premij in v povezavi z izbiro (selekcijo) in izravnavo tveganj.

Ob nedavnem povečanem deležu financiranja zdravstva v Sloveniji, ki ga izvaja DZZ, je treba oceniti, kako uspešno deluje sektor DZZ in v kolikšnem obsegu ga je mogoče izboljšati z učinkovito ureditvijo. Oceno ključnih meril (kazalnikov) podajamo spodaj.

Pokritost prebivalstva, storitve in kritje stroškov

DZZ pokriva okoli 83 % celotne populacije in okoli 95 % tistih, ki morajo plačevati doplačila.

Slika 1: Število zavarovancev za DZZ in povprečne premije, 2006–2014



Vir: Ministrstvo za zdravje, 2015

Ob gospodarski krizi se je število zavarovancev zmanjšalo, kot je razvidno s slike 1. V letu 2014 je bilo pokritih 22.000 ljudi manj kot v letu 2008. Dejansko je bilo število posameznikov, ki so izgubili kritje DZZ med letoma 2008 in 2010, še celo višje, približno 28.000. Padec števila zavarovancev DZZ lahko pomeni, da več ljudi ni imelo kritja za neposredna plačila iz žepa. Majhen delež tega padca lahko razložimo z neto izseljevanjem v letu 2010 po več letih neto priseljevanja, vendar bi to predstavljajo manj kot 1.000 ljudi (Cukut Krilić, 2013).

Slika 2 prikazuje delež zadevnega prebivalstva z DZZ, ki ga krijejo tri zavarovalnice. Delež je padel z 98-odstotne pokritosti posameznikov, ki prispevajo v obvezno zdravstveno zavarovanje (ali zanje prispeva vlada), v letu 2007 na 96 % v letu 2014 (otroci, mlajši od 18 let, in študenti pod 26 let so oproščeni plačila prispevkov in doplačil). To je še vedno zelo visoko in kaže skoraj univerzalno pokritost, lahko pa kaže tudi trend, ki ga je treba raziskati in obrniti.

Slika 2: Pokritost zavezancev za doplačila z DZZ, 2007–2014



Vir: Prirejeno po Agenciji za zavarovalni nadzor 2015

Vladni viri poročajo, da je vlada začela plačevati doplačila za tiste, ki si ne morejo več privoščiti DZZ. Ni jasno, v kolikšnem obsegu to drži. Nejasno je tudi, ali ta dva dejavnika predstavljata celoten padec pokritosti. Tisti, ki so izgubili kritje, si najverjetneje lahko najmanj privoščijo neposredna plačila iz žepa (razen če gre za migracijo). Potem lahko to, da morajo neposredno plačati za zdravstveno oskrbo, ki je ne krije obvezno zdravstveno zavarovanje, nanje vpliva tako, da odlagajo iskanje oskrbe, potencialno postajajo vse revnejši in ne zadovoljujejo svojih potreb.

Police DZZ zagotavljajo popolno povračilo doplačil, ki jih pokrivajo. Delež DZZ je med zasebnimi izdatki za zdravstvo (okoli 48 % v letu 2013) drugi najvišji v Evropi (za Francijo, 59 %) in šesti najvišji na svetu. To kaže, da zelo dobro pokriva vrzeli v javno financiranem kritju. Vendar pa Slovenija v tem pogledu zaostaja za Francijo, zato bi bilo koristno preučiti, ali bi lahko trg DZZ spodbudili, da bi ponudil kritje za druge zdravstvene dejavnosti, ki povzročajo precejšnja plačila iz žepa, npr. zobozdravstvo. Glede na podatke EU-SILC o nezadovoljenih potrebah in analizo finančne varnosti, ki jo je izvedla SZO, so stroški zobozdravstva eden izmed redkih vzrokov za nezadovoljene potrebe in finančne težave v Sloveniji.

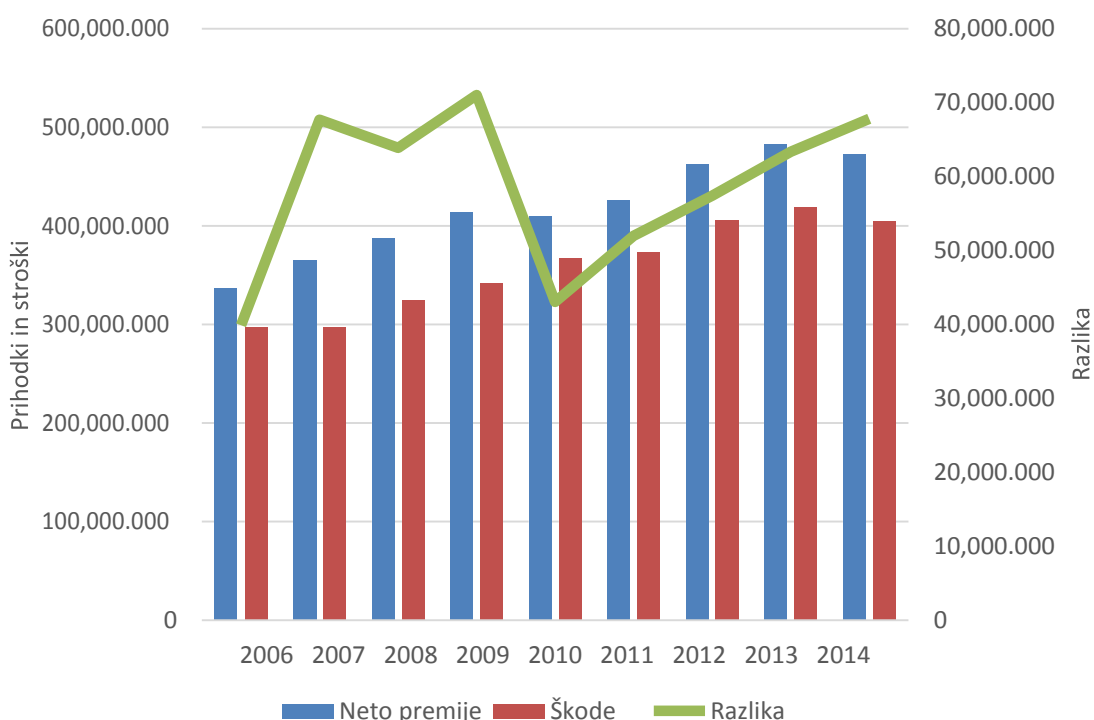
Ugotoviti, kje in zakaj pride do vrzeli v kritju, mora biti prednostna naloga za ukrepanje vlade. To informacijo je mogoče pridobiti z raziskavami.

Transakcijski stroški

Povprečna zavarovalna premija kaže vztrajen trend rasti v zadnjih letih (slika 1). Od leta 2006 do 2013 se je povprečna premija zvišala za 93 EUR na polico ali 40 %, čeprav je prišlo do rahlega padca premij med letoma 2013 in 2014. Videti je, da so varčevalni ukrepi le malo vplivali na ravni premij DZZ. Vendar pa so podobni vzorci zviševanja premij DZZ po vsej Evropi.

Za razumevanje razlogov za povišanje premije je treba raziskati razmerje med prihodki od premij in stroški škod, kar je prikazano na sliki 3. To je opora pri analizi učinkovitost DZZ pri financiranju zdravstvenega varstva. Vrzel med prihodki in stroški škod kaže transakcijske stroške izvajanja DZZ za to ključno vlogo pri financiranju zdravstvenega varstva. Kjer transakcijski stroški rastejo, se kaže neučinkovitost, saj ob praktično enakem številu zavarovancev dosegamo višje administrativne stroške. To lahko sčasoma ogrozi dostopnost DZZ, zlasti revnejšim gospodinjstvom.

Slika 3: Prihodki in stroški po vsej panogi DZZ (EUR), 2006–2014



Vir: Ministrstvo za zdravje, 2015

Slika 3 prikazuje, kako so se stroški škod povečali med letoma 2007 in 2013, nato pa v letu 2014 nekoliko padli (zaradi nižjih stroškov cen zdravstvenih storitev, ki jih delno narekuje vladna cenovna politika in obseg kritja). Prihodki iz premij so pred krizo rasli, potem pa rahlo padli v letu 2010 in 2014. Vrzel med prihodki in stroški je strmo rasla pred krizo in dosegla vrhunec pri okoli 70 milijonih EUR v letu 2009. Kriza je učinkovala tako, da se je v začetku zmanjšala vrzel med neto premijami in stroški škod. Kljub temu pa se je vrzel spet začela povečevati, dobički in obratovalni stroški se gibljejo navzgor in so v letu 2014 znašali okoli 70 milijonov EUR, s čimer so se vrnili na raven iz leta 2009. Slika 4 prikazuje razčlenitev razlike med prihodki iz premij in odhodki za škode ter kaže, da je velik delež tega posledica dejanskih stroškov poslovanja, ne dobička. Kakor koli, uradne ravni dobička ne predstavljajo v celoti razlike med prihodki in stroški.

Slika 4: Dobički in stroški (brez stroškov škod) po vsej panogi DZZ (EUR), 2006–2014



Vir: Ministrstvo za zdravje, 2015

Kljub temu pa so v primerjavi z drugimi državami, ki DZZ namenjajo primerljiva sredstva, slovenski transakcijski stroški pravzaprav zelo nizki (tabela 4). To niti ni presenetljivo, saj slovenske zavarovalnice ne kupujejo zdravstvenih storitev in bi zato morale imeti manjše administrativne stroške. Zanimivo je, da ima Francija z zelo podobno vlogo DZZ (tj. kritjem doplačil z omejeno vlogo kupca) nekoliko slabši škodni količnik, in sicer 83 %, kar pomeni, da slovenski DZZ v tem pogledu trenutno dobro posluje. Kljub temu nekateri podatki kažejo, da je škodni količnik v Sloveniji padel na okoli 85 % v letu 2014 z najvišje dosežene vrednosti 90 % v letu 2010. Poleg tega obstajajo pomisleki, da bi lahko nove zahteve za solventnost še dodatno dvignile transakcijske stroške, čeprav obseg tega še ni v celoti pojasnjen.

Tabela 4: DZZ v petih evropskih državah, 2001 (v milijonih EUR)

	Premije	Zahtevki	Razlika	Odškodnine kot % dohodka od premij
Belgija	1.308	904	404	69 %
Finska	218	170	48	78 %
Francija (2011)	9.501	7.239	2.262	76 %
Francija (2013)	10.300	8.533	1.767	83 %
Portugalska	540	452	88	84 %
Slovenija	429	375	54	87 %

Vir: Prirejeno po Zavarovanju Evropa (2014)

Naraščajočim transakcijskim stroškom bi morali posvetiti največ pozornosti pri boljši pravni ureditvi in s tem bi zagotovili, da bo DZZ še vedno ostal široko dostopen in da bo trg DZZ posloval učinkovito. Prav tako mora biti precej pozornosti posvečene boljšemu spremljanju tega področja zaradi boljše preglednosti trga za regulativne organe in zavarovance. Na resnično konkurenčnem trgu bi zavarovalnice samodejno popravile cene navzdol, ko bi se zmanjšala njihova stroškovna osnova. Kot koristen ukrep boljše pravne ureditve bi bila določitev minimalnega škodnega količnika, tako da bi morale zavarovalnice porabiti minimalni delež zbrane premije za stroške zdravstvene oskrbe. To bi omejilo transakcijske stroške in pomagalo zavarovati dostopnost na trgu DZZ. Vlada bi morala zaostri tudi zahteve poročanja.

Struktura in vedenje trga

Trendi članstva v zasebnih zdravstvenih zavarovalnicah v Sloveniji med letoma 2006 in 2014 so prikazana na sliki 5. Na trgu DZZ so samo tri zasebne zavarovalnice, zato gre za oligopolni trg. Ključne teoretične značilnosti takega oligopolnega trga so, da je le malo cenovne konkurence, cene se po navadi premikajo skupaj in nikoli navzdol, oglaševanje, blagovne znamke in dodatki pa so, poleg rastočih marž, po navadi glavni način konkurence.

Slika 5: Število zavarovancev v treh zasebnih zdravstvenih zavarovalnicah, 2006–2014



Vir: Ministrstvo za zdravje, 2015

Opombe:

VZA – Vzajemna, Vzajemna zdravstvena zavarovalnica

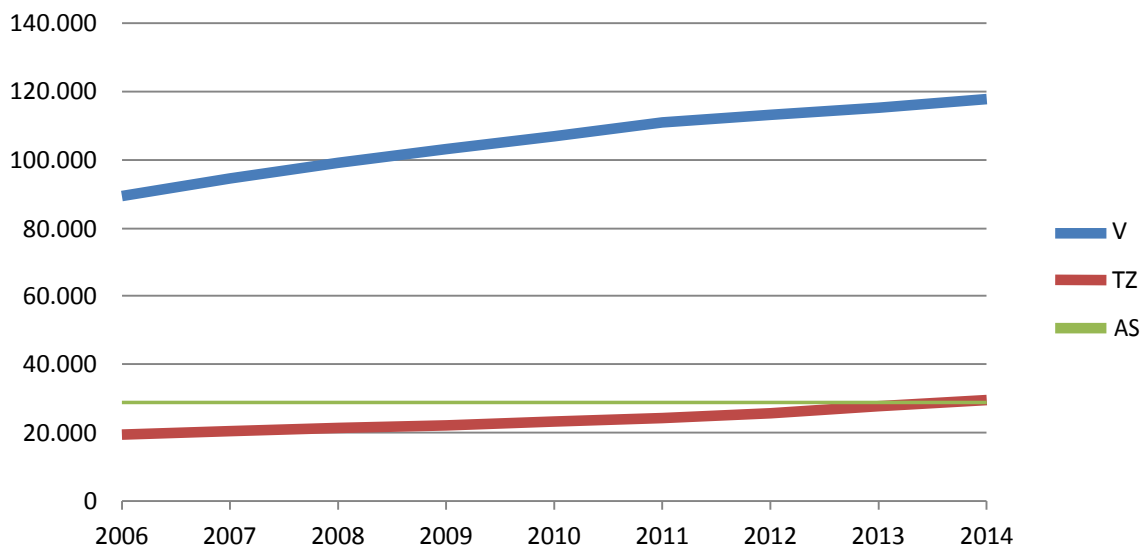
TZZ – Triglav zdravstvena zavarovalnica, d. d.,

AS – Adriatic Slovenica (AS zdravstvena zavarovalnica, d. d.)

Kot je navedeno, se celotna zavarovanost z DZZ ni veliko spremenila (gl. sliko 1). Vendar pa je bilo nekaj prerazporeditev zavarovancev med zasebnimi zdravstvenimi zavarovalnicami. Članstvo Vzajemne, največje in najstarejše zavarovalnice, je vztrajno padalo, večinoma v korist Triglav zdravstvene zavarovalnice. Mednarodna literatura navaja, da se za zamenjavo navadno odločijo mladi in zdravi, stari in bolni pa ne (Royalty et al., 1999,; Van Dijk, 2008; Strombom, 2002). Zasebne zdravstvene zavarovalnice lahko tekmujejo, da bi pritegnile nizkocenovne segmente prebivalstva in tako povečale svojo donosnost.

V tej luči je zanimivo opozoriti na trende zavarovanosti starejših od 75 let v Sloveniji, ki so v povprečju najvišja stroškovna in potencialno (brez trdne prilagoditve tveganj) najmanj donosna skupina. Triglav zdravstvena zavarovalnica je med letoma 2006 in 2010 močno pritegnila mlajše starostne skupine, pri čemer se je povprečna starost njenih zavarovancev znižala s 40,3 na 39,5 leta. Tej zavarovalnici je med letoma 2006 in 2013 uspelo znižati delež starejših od 75 let v svojem portfelju (gl. sliko 6 in 7). V nasprotju s tem pa se je delež starejših od 75 let v Vzajemni še naprej večal, dokler ni dosegel več kot dve tretjini vseh, ki spadajo v to starostno skupino.

Slika 6: Število zavarovancev, starejših od 75 let, po zasebnih zavarovalnicah



Vir: Ministrstvo za zdravje, 2015

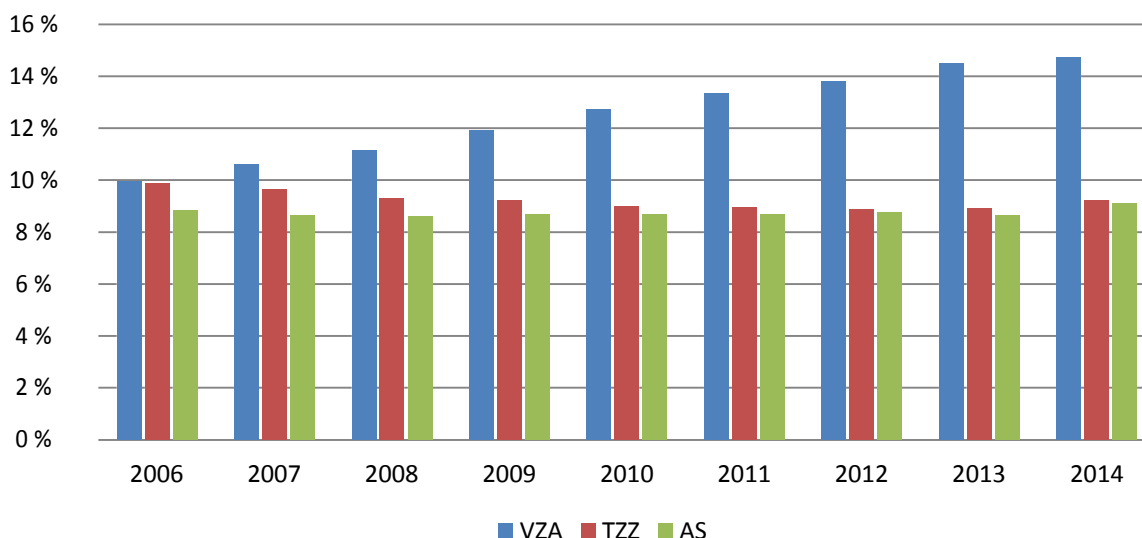
Opombe:

V – Vzajemna, Vzajemna zdravstvena zavarovalnica

TZ – Triglav zdravstvena zavarovalnica, d. d.,

AS – Adriatic Slovenica (AS zdravstvena zavarovalnica, d. d.)

Slika 7: Delež starejših od 75 let v portfelju zasebnih zavarovalnic



Vir: Ministrstvo za zdravje, 2015

Opombe:

VZA – Vzajemna, Vzajemna zdravstvena zavarovalnica

TZZ – Triglav zdravstvena zavarovalnica, d. d.,

AS – Adriatic Slovenica (AS zdravstvena zavarovalnica, d. d.)

To ni edinstven pojav. Dokazi iz Irske kažejo ne samo, da obstaja trg za mlade in zdrave, ampak tudi, da obstajajo načrtne strategije zavarovalnic, da ne spodbujajo starih (Thomas in Darker, 2013). Zavarovalnice, ki se osredotočajo na mlade in zdrave, lahko dosežejo obseg trga, čez katerega se ne želijo širiti iz strahu, da bi zajeli preveč zavarovancev z večjim tveganjem. Tipičen vzorec je potem tak, da so vse zavarovalnice previdne, da starejšim ljudem ne dajejo cenovnih spodbud za zamenjavo zavarovalnice. Zato običajno približno istočasno dvignejo svoje premije. Tako je tudi pri nas, kjer so premije tipično zelo podobne in se običajno gibljejo skupaj. Trenutne premije DZZ (v aprilu 2015) so prikazane v tabeli 5. Mesečne premije se razlikujejo za 75 centov, kar je 3-odstotna razlika. Cene AS in TZZ so nekoliko višje od VZA, in to je lahko oblika izbire tveganja.

Tabela 5: Mesečne premije DZZ (EUR), april 2015

	Vzajemna	Triglav	Adriatic
3-odstotni popust	26,79	27,51	27,49
Osnovna premija	27,62	28,36	28,34

Vir: Ministrstvo za zdravje, 2015

V tem scenariju zavarovalnice igrajo igro ničelne vsote z zelo malo koristi za družbo kot celoto, saj tekmujejo za tiste člane, ki so bolj donosni. To jim omogoča tudi ustvarjanje dobička s »pobiranjem smetane« namesto z učinkovitim delovanjem. Za omejitev takih dejavnosti je treba imeti učinkovito shemo izravnave tveganj. Če ta deluje dobro,

je konkurenca na trgu manj osredotočena na privabljanje mlajših, bolj zdravih skupin in bolj na poskušanje zmanjševanja stroškov poslovanja.

Dokazi iz slovenske izkušnje izravnave tveganj kažejo, da obstajajo redna plačila iz Triglav zdravstvene in Adriatic Slovenice v Vzajemno, ustrezno z njihovimi profili tveganj. Kljub temu pa so ta plačila precej majhna, saj so v letu 2014 znašala samo 12 milijonov EUR. To predstavlja približno 3 % celotnega prihodka iz premij. Zato ta plačila kot taka verjetno ne bodo izničila spodbud za »pobiranje smetane«. Zato bi se izračun izravnave tveganj moral verjetno ponovno pregledati, in sicer tako, da zavarovalnice ne bi bile več motivirane za prepustitev dražjih bolnikov Vzajemni. Najosnovnejši kriteriji za izravnavo tveganj na premijski strani temeljijo na starosti in spolu. So preprosti za zbiranje in spremljanje, vendar slabo orodje za pričakovane stroške zdravstvenega varstva (Ellis, 2007). Zato so izravnave na podlagi teh dejavnikov po navadi neuspešne pri zmanjševanju spodbud za izbiro tveganj. Bolj zapleteni modeli vključujejo zdravstvena tveganja kot napovednike: podatke, ki temeljijo na uporabi zdravstvenih storitev (kot so bolnišnični sprejemi, dolžina bivanja v bolnišnici), klinične diagnoze ali celo podatki o porabi zdravil.

Za zagotovitev učinkovitega delovanja trga DZZ bi se vlada morala osredotočiti na izboljšanje izračuna za izravnavo tveganja. Ekonomisti se strinjajo, da je robustno izenačevanje tveganj ključnega pomena za učinkovito konkurenco, kjer so premije enotne v posamezni zavarovalnici. Bolj izpopolnjeno izenačevanje tveganj bi pomagalo znižati transakcijske stroške zavarovalnic.

Premije DZZ

Jasno je, da so enotne premije DZZ regresivne. Ne upoštevajo višine dohodkov ali plačilne sposobnosti posameznika. Dejstvo, da je pokritost z DZZ skoraj univerzalna, pomeni, da trenutno DZZ sklepajo tudi revnejša gospodinjstva, kar lahko povzroči določene težave. Kjer je, kot je navedeno, prišlo do rahlega padca zavarovalnega porfela, to lahko pomeni, da regresivne premije vplivajo na odločitve o sklenitvi zavarovanja in posledično lahko pride do izpostavljenosti doplačilom in potencialno nezadovoljenih potreb. Iz analize finančne varnosti, vključene v Pregled izdatkov zdravstvenega sistema (gl. ločeno poročilo), je razvidno, da je finančna zaščita v sistemu zelo dobra, se pa nekoliko slabša, kar je verjetno posledica varčevalnih ukrepov in z njimi povezane brezposelnosti ter padajočih plač. Vendar se glede na podatke EU-SILC (2013) zdi, da so nezadovoljene potrebe še vedno nizke.

Ena od možnosti, da bi preprečili regresivnost in se izognili potrebi, da se revnejša gospodinjstva odločajo o opustitvi kritja, bi bila sprememba premijske politike DZZ. V idealnem primeru bi bila višina premije sorazmerna s plačilno sposobnostjo posameznika. To pa je težko izvedljivo, saj bi DZZ potem moral poznati podatke o dohodkih, ki so, čeprav jih vlada ima, sicer lahko zaupni. Medtem ko bi bilo to ugodno za revnejša in večja gospodinjstva, ki bi za DZZ plačevala manj ali toliko kot zdaj, to ne bi bilo več tako privlačno za bogatejša gospodinjstva, ki bi za DZZ plačevala več kot zdaj.

Druga možnost je, da se učimo iz naukov drugih držav. V Franciji, kjer DZZ, na primer, igra zelo podobno vlogo pri pokrivanju doplačil, so oblasti uvedle dva ukrepa za pomoč revnejšim ljudem, da si lahko privoščijo DZZ (Chevreul et al 2010). Leta 2000 je Zakon CMU (*couverture maladie universelle*) zagotovil brezplačno DZZ posameznikom, katerih letni dohodek je nižji

od 7.521 EUR (v januarju 2010). To se v glavnem financira iz davkov na poslovanje DZZ (1,8 milijarde EUR v letu 2009). V letu 2008 je to pokrivalo 7 % prebivalstva. Leta 2004 je bila z Zakonom o reformi zdravstvenega zavarovanja ustanovljena shema »voucherjev«, zato da bi pomagali ljudem na meji dohodkovnega praga CMU za dostop do DZZ. Finančna pomoč v obliki »zdravstvenega čeka« (*cheque santé*) je na voljo ljudem, katerih dohodek je pod pragom. Ponujeni znesek je odvisen od starosti osebe. V letu 2010 je znašal od 100 EUR na leto za osebe, mlajše od 25 let, do 400 EUR za osebe, starejše od 60 let. Leta 2008 je znašal v povprečju 220 EUR.

Tako možnost bi bilo koristno preučiti v slovenskem sistemu, pri čemer bi bila sredstva, pridobljena z davkom na poslovanje DZZ, namenjena gospodinjstvom glede na njihove prihodke.

Boljše razumevanje finančne dostopnosti DZZ bi moralo biti prednostna naloga vlade. To bi ji omogočilo razviti učinkovite politike za zagotovitev dobre finančne varnosti za vsa gospodinjstva in izboljšanje pravičnosti financiranja DZZ.

Navedene možnosti pomenijo politična tveganja (zlasti 1. in 2. možnost, ki učinkovito odpravljata trg DZZ za kritje doplačil) ali jih omejuje fiskalna politika. Celo regulativna možnost zahteva dodatna sredstva za izboljšanje ovrednotenja trenutnega delovanja in informacijskih sistemov ter potencialno nov pristop k določitvi premije za izboljšanje pravičnosti, kar lahko tudi izzove nasprotovanje. Posledično bi vlada lahko ohranila nespremenjen sistem. Medtem, ko ta strategija ne bo ogrozila zdajšnjih prednosti pokritosti doplačil za prebivalstvo, prav tako ne bo odpravila zdajšnjih pomanjkljivosti DZZ v sistemu. Nekatere, je mogoče izboljšati z boljšo zakonodajo.

Razprava

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji dosega zelo visoko pokritost in zdi se, da so premije večinoma cenovno dostopne. Zagotavlja finančno zaščito gospodinjstvom pred doplačili in varnostni ventil za javno financiranje v času krize. Kljub temu pa je zapleten in financiran regresivno, število zavarovancev se v zadnjih letih znižuje, medtem ko se transakcijski stroški in dobički zavarovalnic povečujejo. Prav tako mu manjka preglednost.

Če vlada meni, da je za izpolnjevanje nacionalnih ciljev zdravstvene politike potrebna radikalna reforma, bi lahko razmislila o odpravi potrebe, da ljudje sklepajo DZZ, ki pokriva doplačila. To bi lahko dosegli z **odpravo doplačil (1. možnost) ali z zamenjavo DZZ z možnostjo javnega obveznega predplačila (2. možnost).**

Obe možnosti imata prednost – znižali bi transakcijske stroške na sistemski ravni in izboljšali administrativno učinkovitost. Glede načina izvedbe pa bi lahko izboljšali tudi preglednost in pravičnost financiranja (z navezavo plačila na višino dohodka). Vendar pa v primerjavi s 3. možnostjo obe predstavljata precejšnja politična tveganja, saj bi izzvali nasprotovanje zasebnih zavarovalnic (in drugih). Prav tako ustvarjata dodatne izzive za vlado.

- Obe možnosti imata velik vpliv na trg DZZ, ki bi verjetno izgubil veliko delovnih mest. Vendar pa bi 1. možnost lahko vpeljali postopoma v daljšem časovnem obdobju, kar bi dalo panogi čas za prilagoditev in razvoj novih proizvodov.
- Pri obeh možnostih se postavi vprašanje, kako premostiti vrzel v financiranju – v višini približno 400 milijonov EUR, ki jo ustvarja odprava DZZ, ki pokriva doplačila (2. možnost), in odprava doplačil (1. možnost). To je temeljno vprašanje, o katerem mora razmisliti vlada glede kratkoročne fiskalne omejitve in dolgoročnega pomena razširitve osnove javnih prihodkov.
- Če ne bo mogoče najti dodatnega javnega financiranja, ki bi v celoti premostilo to vrzel, in se bodo stroški preusmerili na gospodinjstva, bo delovanje zdravstvenega sistema verjetno ogroženo.

Alternativno bi **boljša ureditev in nadzor trga DZZ (3. možnost)** pomagala omiliti slabosti DZZ, hkrati pa bi ohranila njegove prednosti. Vlaganje v ustrezno politično analizo, izboljšanje zahtev za poročanje, uvedba minimalnega škodnega količnika in krepitev izravnave tveganj bi izboljšalo preglednost, pomagalo znižati transakcijske stroške in zagotovilo učinkovitejše delovanje trga. Z boljšo analizo in informacijami bo vlada sposobna uvesti učinkovite politike za zagotovitev dostopnejšega in pravičnejšega financiranja DZZ ter zagotoviti, da bo DZZ še naprej ponujal dobro finančno varnost vsem gospodinjstvom.

Delež DZZ med zasebnimi izdatki za zdravstvo (okoli 48 % v letu 2013) je drugi najvišji v Evropi (za Francijo, 59 %) in šesti najvišji na svetu. To kaže, da zelo dobro pokriva vrzeli v javno financiranem kritju. Toda Slovenija v tem pogledu zaostaja za Francijo, zato bi bilo koristno pregledati, ali bi lahko trg DZZ spodbudili, da bi ponudil kritje za druge zdravstvene dejavnosti, ki povzročajo precejšnja plačila iz žepa, kot je zobozdravstvo. Stroški za zobe so eden od redkih vzrokov nezadovoljenih potreb in težav v Sloveniji.

Zaradi teh dodatnih političnih tveganj, in ker so odločitve o povečanju javne porabe lahko v glavnem zunaj nadzora Ministrstva za zdravje, lahko boljša ureditev in nadzor odpravita pomanjkljivosti trga DZZ.

Druge vloge DZZ in zasebnih zavarovalnic

Strategija, ki so jo izpostavili nekateri deležniki, je spremeniti vlogo zasebnih zdravstvenih zavarovalnic, ki bi postale kupci vseh zdravstvenih storitev, in tako uvesti konkurenco za nakup pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Čeprav se morda na prvi pogled zdi, da bi uvedba konkurence v procesu nakupovanja zdravstvene oskrbe imela potencialne ugodnosti, dokazi govorijo proti oprijemljivim koristim te možnosti v Sloveniji:

1. ***Ekonomija obsega in majhno število prebivalcev:*** Značilno je, da so kupci zdravstvenih storitev običajno uspešnejši, če so večji, saj lahko izkoriščajo ekonomijo obsega. Zanimivo je, da se je po obdobju konsolidacije in združitve nizozemski sistem ustalil v štirih glavnih zavarovalniških skupinah, ki pokrivajo celotno populacijo 16 milijonov (Ryan, Thomas in

Normand, 2009). To pomeni, da ekonomija obsega gravitira proti 1. shemi na 4 milijone ljudi. Glede na majhnost prebivalstva v Sloveniji, ki je nekaj več kot 2 milijona, je malo verjetno, da je država dovolj velika za ohranjanje velikih konkurenčnih zavarovalnic, da izkoristi prednosti razpoložljive ekonomije obsega. Trenutni edini kupec zdravstvenega varstva, ZZZS, je primernejši.

2. **Neučinkovita kompleksnost:**

- a. Dodatni regulativni stroški – Leta 2006 je Nizozemska prešla s sistema več obveznih in konkurenčnih bolezenskih skladov za dve tretjini prebivalstva na univerzalni sistem, ki ga upravljajo zasebne zavarovalnice. Nizozemska vlada je morala zaposliti dodatnih 600 javnih uslužbencev za upravljanje in urejanje novega sistema zaradi njegove kompleksnosti (Okma, Marmor in Oberländer, 2011)
- b. Povečani transakcijski stroški (podvajanje) – Značilno je, da imajo sistemi, ki se opirajo na več kupcev, višje transakcijske stroške (WHA 2011). Del tega je posledica potrebe po podvajanju zmogljivosti za nakup oskrbe (po več zavarovalnicah). To je delno povezano z zahtevnostjo vzporednih pogajanj (in potrebo po ustvarjanju dobička, če gre za komercialne zavarovalnice).

3. **Povečanje izdatkov:** Mednarodni dokazi nedvoumno poudarjajo, da so najdražji sistemi zdravstvenega varstva na svetu tisti, ki se zanašajo na zasebne zavarovalnice kot glavne kupce zdravstvene oskrbe (Nizozemska, Švica, ZDA) (McPake, Normand in Smith 2013). Nizozemske izkušnje kažejo zelo hitro stopnjevanje stroškov po ustalitvi novega sistema, ki so več kot 5 % pred inflacijo (Thomas in Darker, 2013). Veliko tega povzročita neuspeh pri zniževanju cen proizvajalcev in povečanje dejavnosti v sistemu.

4. **Težko je odstraniti spodbude za izbor tveganj in povezano neučinkovitost:** Tudi z zelo prefinjeno shemo izravnave tveganj nizozemski sistemi niso odpravili spodbud, da bi zavarovalci »pobrali smetano«. Zavarovalnice še vedno izbirajo tveganje, včasih na podlagi izbire potrošnikov za dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje (Thomas in Darker, 2013). Medtem ko imajo lahko dobiček od »pobiranja smetane«, obstaja le malo spodbud, da bi zavarovalci znižali izdatke za zdravstvo. »Pobiranje smetane« je dejansko igra z ničelno vsoto brez skupne koristi za sistem zdravstvenega varstva. Take motnje v sistemu enega kupca niso prisotne. Stroški informacijskih zahtev in transakcijski stroški, povezani z razvojem robustnega mehanizma izravnave tveganj, so precejšnji.

5. **Pravičnost:** Sistem, v katerem financiranje zdravstva temelji na plačilni sposobnosti, lahko pripelje do dvorazrednega dostopa s povezanimi visokimi stopnjami nezadovoljenih potreb. Če prispevki niso povezani z dohodki, so regresivni. Medtem ko vlada lahko kompenzira take nepravičnosti s sistemom subvencij za najrevnejše, bo sistem zapleten (gl. zgoraj, težave z ureditvijo in transakcijski stroški).

6. **Preglednost:** Ena izmed možnih prednosti sistema, ki se financira z davki na izplačane plače, namenjenimi za zdravstvo, je, da prebivalci vidijo, kam grejo njihova sredstva, zato je lahko plačevanje višjih sredstev sprejemljivo (McPake, Normand in

Smith, 2013). Pri večji kompleksnosti lahko to pomanjkanje preglednosti ogrozi sprejemljivost financiranja zdravstvenega varstva.

7. **Izbira ponudnika:** nepričakovana posledica uvedbe selektivnega sklepanja pogodb na Nizozemskem je, da je zdaj manjša izbira izvajalcev zdravstvenega varstva (Okma in Crivelli 2010).

Iz mednarodnih dokazov je jasno, da bo uvajanje konkurence kupcev – še posebej, če so kupci zasebne zavarovalnice z malo ali nič izkušenj z nakupom – privedlo do dviga transakcijskih stroškov, lahko pa tudi do povečevanja izdatkov za zdravje, nepravičnosti, neučinkovitosti in slabše preglednosti.

Seznam literature

Chevreur, K., Durand - Zaleski, I., Bahrami, S., Hernández - Quevedo, C. in Mladovsky, P. (2010) *Francija: Pregled zdravstvenega sistema*. Zdravstveni sistemi v tranziciji, 12(6): 1–291.

Cukut Krilić, S., Novak, T., Jurišić, B. (2013) *Dinamična zgodovinska analiza dolgoročnejših procesov selitev, trga dela in človeškega kapitala v Sloveniji*. Državno poročilo, izdelano v okviru projekta. 'SEEMIG upravljanje migracij in njihovih učinkov - Transnacionalne dejavnosti za približevanje strategijam, temelječih na dokazih'. <http://www.seemig.eu/downloads/outputs/SEEMIGHistoricalAnalysisSlovenia.pdf>

Ellis, R. P. (2007) Prilagoditve tveganj na trgih zdravstvenega varstva: Koncepti in uporabe, v *Financiranju zdravstvenega varstva: Nove ideje za spreminjajočo se družbo* (urednika M. Lu in E. Jonsson), Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, Weinheim, Nemčija.

Zavarovanje Evropa (2014). Statistika št. 50: Evropsko zavarovanje v številkah (nabor podatkov). Objavljeno 6. januarja 2015.

Kutzin, J. (2008) *Politike financiranja zdravstva: Vodnik za odločevalce*. Kopenhagen: Regionalni urad SZO za Evropo.

Lu, J. F., Leung, G., Kwon, S., Tin, K., van Doorslaer, E., O'Donnell, O. (2007). Horizontalna pravičnost koriščenja zdravstvenega varstva – dokazi iz 3 azijskih gospodarstev z visokimi dohodki. *Socialna znanost in medicina* 64(1): 199–212.

McPake, B., Normand, C. in Smith, S. (2013) *“Zdravstvena ekonomija: Mednarodna perspektiva*. Routledge. 3. izdaja.

Okma, K. in Crivelli, L. (2010). *Šest držav, šest modelov reform: izkušnje zdravstvene reforme v Izraelu, na Nizozemskem, Novi Zelandiji, v Singapurju, Švici in na Tajvanu*. Singapur: World Scientific Publishers.

Okma, K. G. H., Marmor, T. R., Oberlander, J. (2011). Upravljana konkurenca za medicinsko varstvo? Streznitvene lekcije z Nizozemske. *New England Journal of Medicine*, 365(4), 287–289. DOI: 10.1056/NEJMp1106090

Royalty, A. B., Solomon, N. (1999) Izbira zdravstvenega načrta: Elastičnost cen v upravljanem okolju konkurence Izbira zdravstvenega načrta Elastičnost cen v upravljanem okolju konkurence. *J Hum Resour.*; 34(1): 1–41.

Ryan, P., Thomas, S. in Normand, C. (2009) Prevajanje nizozemskih: izzivov in priložnosti v reformo financiranja zdravstva na Irskem. *Irish Journal of Medical Sciences*, 178: p. 245–8.

Strombom, B. A., Buchmueller, T. C., Feldstein, P. J. (2002) Prenos stroškov, cenovna občutljivost in izbira zdravstvenega načrta. *J Health Econ.* Jan; 21(1): 89–116.

Thomas, S., Darker, C. (2013) Kateri je pravi model celovitega zdravstvenega zavarovanja na Irskem? V, urednik Tom O'Connor, *Celostna oskrba za Irsko v mednarodnem kontekstu. Izzivi za politiko, institucije in posebne storitve uporabniških potreb*, Cork, Oak Tree Press.

Van Dijk, M., Pomp, M., Douven, R., Laske - Aldershof, T., Schut, E., de Boer, W et al. (2008) Potrošniška cenovna občutljivost v nizozemskem zdravstvenem zavarovanju. *Int J Health Care Finance Econ.* Dec; 8(4): 225–44.

WHA. (2011). *Trajnostno financiranje zdravstvenih struktur in univerzalna pokritost: 64. svetovna zdravstvena skupščina* točka dnevnega reda 13. 4.

Pridobljeno

S

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=RedirectURL&_method=externObjLink&_locator=url&_issn=01406736&_origin=article&_zone=art_page&_plusSign=%2B&_targetURL=http%253A%252F%252Fapps.who.int%252Fgb%252Febwha%252Fpdf_files%252FWHA64%252FA64_R9-en.pdf