

I.6 ANALIZA IZDATKOV IZ ŽEPA ZA ZDRAVSTVO: REZULTATI NA PODLAGI 4. VALA RAZISKAVE SHARE

Valentina Prevolnik Rupel,

Inštitut za ekonomska raziskovanja

Rok Hren,

Inštitut za matematiko, fiziko in mehaniko, Univerza v Ljubljani

Andrej Srakar,

Inštitut za ekonomska raziskovanja

I./83

Ključne ugotovitve:

- Starejši posamezniki v Sloveniji v povprečju porabijo letno 7,2 EUR za bolnišnično oskrbo, 78,8 EUR za izven-bolnišnične storitve in 69,6 EUR za zdravila.
- Njihova skupna poraba za izdatke iz žepa za zdravstvo znaša v povprečju 158,9 EUR na leto in je primerljiva, čeprav nekoliko nižja od izdatkov iz žepa za zdravstvo povprečnega Slovenca.
- Poraba je višja pri kroničnih kot ostalih bolnikih, močno je pogojena z izobrazbo in dohodkom.
- Izsledki bodo pomembni kot osnova za spremljanje izdatkov iz žepa ter oblikovanje zdravstvene politike v smislu zagotovitve ustrezne dostopnosti do zdravstvenih storitev ter zagotovitev ustrezne ravni izdatkov iz žepa v Sloveniji.

1. Uvod: Izdatki iz žepa ali neposredni izdatki za zdravstvo

Izdatki iz žepa (out-of-pocket expenditures) so neposredna plačila bodisi v denarju ali blagu, ki jih gospodinjstva namenjajo zdravstvenemu osebju, dobaviteljem in prodajalcem zdravil, medicinskih pripomočkov ter za druge dobrine in storitve, katerih primarni namen je prispevek k obnovitvi ali vzdrževanju zdravja posameznika ali skupine. Izdatki iz žepa se štejejo med zasebne izdatke (World Health Organization National Health Account database, 2014).

2. Metodologija

Analizirali smo odgovore na vprašanja o izdatkih iz žepa za zdravstvo, ki so bili sestavni del vprašalnika za samoizpolnjevanje (drop-off) 4. vala raziskave SHARE. Starejši od 50 let, ki so bili vključeni v raziskavo, so odgovarjali na tri vprašanja glede višine izdatkov iz žepa za zdravstvo:

- o višini izdatkov za bolnišnično oskrbo;
- o višini izdatkov za izvenbolnišnične storitve in materiale;
- o višini izdatkov za zdravila.

Ker za Slovenijo ni dostopnih podatkov o izdatkih za zdravljenje v domovih za starejše, dnevnih centrih in za domačo oskrbo, teh vprašanj nismo vključili v analizo.

Rezultate smo predstavili glede na starost (v treh intervalih: 50–64 let starosti, 65–79 let ter 80 let in več), spol, izobrazbo (osnovna in manj, srednja, višja in visoka ali več), dohodek (glede na subjektivno zaznavo vprašancev – ali pridejo skozi mesec zelo težko, z nekaj težavami, precej zlahka ali zlahka), zaposlitveni status (upokojenec, zaposleni oz. samozaposleni, drugo), zakonski stan (živi s partnerjem ali drugo) ter geografsko lokacijo bivanja. Statistične odvisnosti smo preverjali s testi razlik med skupinami, torej osnovnimi testi t, F in ANOVA.

Vse spremenljivke o uporabi zdravstvenih storitev iz žepa smo winsorizirali zaradi prisotnosti opaznejših osamelcev. Winsoriziranje je običajen postopek za namene odpravljanja vpliva osamelcev (glej npr. Kokic in Bell, 1994; Lewis, 2007), sestoji pa iz pripisovanja vrednostim, ki so v določenem odstotku (p) vrhnje in skrajno spodnje porazdelitve spremenljivke, vrednost tistega (p) percentila. Prav tako smo podatke pustili brez upoštevanja paritete kupne moči, tako da bi se nominalne vrednosti za namene primerjav morale še ustrezno utežiti.

3. Primernost deleža neposrednih izdatkov za zdravstvo v celotnih izdatkih za zdravstvo

Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju: SZO) si že ves čas prizadeva za univerzalno zdravstveno zavarovanje, ki ga pojmuje in uvaja po treh kanalih. Prvi kanal je pokritost populacije z zdravstvenim zavarovanjem. Pri pokritosti merimo delež populacije, ki je zavarovan v okviru socialnega zdravstvenega zavarovanja. Drugi kanal je pokritost storitev oz. delež storitev, ki so vključene v košarico in katerih stroške krije socialno zdravstveno zavarovanje. Tretji kanal pa se nanaša na zmanjšanje kritja deleža stroškov oz. na zmanjšanje deleža stroškov vsake storitve, ki ga je treba doplačati. Vsak od teh treh kanalov je na osnovi raziskav o zdravstvenem stanju postavljen kot želeni cilj zdravstvenih sistemov, saj prispeva k boljši dostopnosti in zdravju prebivalstva (Busse in Schlette, 2007; World Health Organization, 2014; The World Health Report, 2008; The World Health Report, 2010).

Izmed vseh postavljenih ciljev je najbolj kontroverzna uporaba neposrednih izdatkov v kakršnikoli obliki v zdravstvenem varstvu: ali naj doplačila sploh obstajajo, in če da, kako visoka naj bodo? Argumenti za in proti se meljejo že desetletja. World Health Report 2010 (The World Health Report, 2010) navaja, da »milijoni ljudi ne morejo koristiti zdravstvenih storitev oz. imajo finančne težave zaradi neposrednih doplačil v trenutku koriščenja zdravstvenih storitev«. Implementacija neposrednih plačil z izjemo določenih populacijskih skupin

(kronični bolniki, nosečnice, otroci, starejši, socialno šibki) se v shemah, ki so vpeljale neposredna plačila, ni obnesla. Po eni strani ni prispevala k cilju manjšega koriščenja storitev, ker so izvzete skupine storitve koristile v večji meri kot prej, po drugi strani pa količina zbranega denarja ni dosegla pričakovane ravni, stroški zbiranja in administracije pa so bili visoki. Po drugi strani pa obstajajo številni argumenti, ki kažejo na to, da neposredni izdatki za zdravstvo v kakršnikoli obliki na točki koriščenja zdravstvenih storitev znižujejo moralno tveganje in preprečujejo preveliko koriščenje zdravstvenih storitev (OECD Health Statistics, 2014). V času ekonomske krize, ko se je večina držav spopadala s pomanjkanjem finančnih sredstev za financiranje zdravstvenih storitev in so bila kot možni vir dodatnih sredstev velikokrat omenjena neposredna plačila, je razprava o prednostih in koristih ponovno postala aktualna.

Dr. Margaret Chan je s svojo izjavo »User fees has punished the poor« razmišljanje strokovnjakov na področju zdravstva zapeljala v smer, da čeprav je pomembno, da zberemo dovolj sredstev, da zdravstveni sistem sploh deluje, je prav tako pomembno, kako ta sredstva porabimo. Pri porabi sredstev iz žepa nadzora nad porabo ni in poraba sredstev za zdravstvo je stvar vsakega posameznika; le redko posameznik pri nakupu storitev in blaga preveri, ali so storitve, ki jih kupuje, znanstveno dokazano učinkovite in varne. Čeprav neposredna plačila kot način zbiranja sredstev za financiranje zdravstvenega varstva uporabljamo skoraj povsod, vseeno večji delež v celotnem financiranju predstavljajo v manj razvitih državah. S tem še posebej preprečujemo dostop do storitev najrevnejšim, veliko pa je tveganje finančnega zloma družine v primeru bolezni. Finančno tveganje se glede na rezultate študije (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2014) zniža na zanemarljivo raven šele takrat, ko delež neposrednih izdatkov za zdravstvo pade pod 15–20 %. Neposredna plačila so najmanj pravična oblika financiranja zdravstvenih storitev. So regresivna, nesolidarna in dopuščajo, da za neko storitev vsi plačujemo enako, ne glede na socialno-ekonomski položaj. Korist od plačila je omejena na posameznika in izvajalca (ustanovo), ki mu je bilo namenjeno neposredno plačilo. To ni slabo samo po sebi, ne koristi pa preveč zdravstvenemu sistemu, ki skuša na nacionalni ravni zagotoviti in utrditi osnovne vrednote zdravstvenega sistema, kot sta solidarnost in pravičnost. Neposredna plačila preprečujejo ne le solidarnost med revnimi in bogatimi, zdravimi in mladimi, pač pa tudi onemogočajo razporeditev izdatkov za zdravstvo znotraj posameznikovega življenjskega cikla; celo obratno: plačilo zahtevajo od posameznika takrat, ko ta potrebuje zdravstvene storitve in je najbolj ranljiv (The World Health Report, 2010).

Ko analiziramo izdatke iz žepa za zdravstvo, jih ne smemo prikazovati kot povsem ločeno kategorijo, pač pa v povezavi z drugimi kategorijami izdatkov za zdravstvo. Tako je pri analizi pomembno, kolikšen delež neposredni izdatki predstavljajo v celotnih izdatkih in kolikšen delež v zasebnih izdatkih. Iz podatkov OECD (OECD Health Statistics, 2014) lahko vidimo, da je v skupini evropskih držav, ki jo poleg Slovenije predstavljajo še Francija, Združeno kraljestvo, Danska, Nemčija, Nizozemska, Češka in Norveška, delež neposrednih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo nizek in znaša do 15 %. Najnižji delež v tej skupini imata Nizozemska s 6 % in Francija s 7,5 % deležem. V drugi skupini evropskih držav, ki jo predstavljajo Grčija, Španija, Portugalska, Madžarska, Švica, Poljska

in Slovaška, pa delež neposrednih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo predstavlja več kot 20 %, največ na Portugalskem (31,7 %) in v Grčiji (28,4 %).

Glede na postavljene cilje in prizadevanja držav lahko trdimo, da si vsaka država prizadeva neposredne izdatke za zdravstvo znižati, saj s tem zagotovi večjo dostopnost do zdravstvenih storitev in s tem boljše zdravje, prav tako pa večjo enakost pri dostopu do zdravstvenih storitev, saj, kot opisano, neposredna doplačila iz žepa prizadenejo predvsem socialno šibke sloje. Na podlagi tega je v skladu s pričakovanji, da imajo države, ki jih je ekonomska kriza zelo prizadela (Grčija, Španija, Portugalska), visok delež izdatkov iz žepa – a kaj dela v tej skupini Švica? Prav tako zgornji podatki ne pomenijo, da Slovenije in Francije ekonomska kriza ni prizadela, čeprav imata razmeroma nizke izdatke iz žepa.

TABELA 1: NEPOSREDNI IZDATKI KOT DELEŽ CELOTNIH IZDATKOV ZA ZDRAVSTVO, EVROPSKE DRŽAVE OECD

*Podatek se nanaša na leto 2011.

Vir: OECD Health Statistics, 2014.

| DRŽAVA | 2012 |
|---------------------|-------|
| Avstrija | 16,7 |
| Belgija | 20,4 |
| Češka | 15,0 |
| Danska | 12,4 |
| Estonija | 18,2 |
| Finska | 18,7 |
| Francija | 7,5 |
| Nemčija | 13,0 |
| Grčija | 28,4 |
| Madžarska | 28,3 |
| Islandija | 18,1 |
| Irska | 16,9 |
| Italija | 18,8 |
| Nizozemska | 6,0 |
| Norveška | 15,0* |
| Poljska | 22,7 |
| Portugalska | 31,7 |
| Slovaška | 22,4 |
| Slovenija | 11,9 |
| Španija | 21,8 |
| Švedska | 16,5 |
| Švica | 26,0 |
| Združeno kraljestvo | 9,0 |

Nizek delež izdatkov iz žepa v Franciji in Sloveniji je posledica izredno visoke ravni dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, pri čemer je treba poudariti, da se to zavarovanje nanaša na povračila doplačil za zdravstvene storitve v

okviru socialnega zavarovanja. V Franciji in Sloveniji smo ubrali naslednjo pot: zavarovanje doplačil za zdravstvene storitve smo uporabili kot sredstvo za obvladovanje stroškov. Toda namesto da bi tak pristop zniževal porabo, je povečeval rast izdatkov za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, še posebej v Sloveniji, kjer dopolnilno zavarovanje krije celotno realizacijo programa storitev pri izvajalcih (in ne načrtovani obseg storitev, kot ZZZS). Rezultat takega načina zavarovanja je, da se večina državljanov Francije in Slovenije zavaruje v sistemu dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za koriščenje storitev (Mossialos, Thomson, 2004), saj bi bila doplačila iz žepa brez zavarovanja visoka in tako rekoč za vse storitve. Zavarovanje je tako postalo kvaziobvezno. Posledično so seveda neposredni izdatki iz žepa nižji – košarica je še vedno zastavljena široko, poraba pa se zaradi uvedbe takega zavarovanja ni zniževala. Izkušnje drugih držav, ki so skušale uvajati zasebno zdravstveno zavarovanje in znižati javne izdatke za zdravstvo, ne potrjujejo slovenske in francoske izkušnje. Seveda pa v primerih Švedske, Danske, Grčije in Nemčije ni šlo za dopolnilno, pač pa za dodatno zavarovanje. Ureditev zavarovanja v vsaki državi tako zagotovo vpliva na višino neposrednih izdatkov za zdravstvo.

4. Neposredni izdatki za zdravstvo v Sloveniji

Podatke o neposrednih izdatkih za zdravstvo v Sloveniji lahko najdemo v letnih poročilih Zavoda za zdravstveno zavarovanje (ZZZS). Podatki za zadnjih devet let so prikazani v tabeli 2.

TABELA 2: NEPOSREDNI IZDATKI ZA ZDRAVSTVO KOT DELEŽ V CELOTNIH IZDATKIH ZA ZDRAVSTVO, 2003–2013

Vir: Letno poročilo ZZZS za leti 2009 in 2013.

| LETO | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| OOP | 12,46 | 11,77 | 13,79 | 13,43 | 12,70 | 12,20 | 11,79 | 12,38 | 12,61 |

Podatki temeljijo na Anketi o porabi gospodinjestev, ki jo v Sloveniji kontinuirano izvajamo od leta 1997, kar pomeni, da zbiranje podatkov (anketiranje) poteka neprekinjeno. Od leta 1997 do 2012 so bili podatki iz obdobja treh let zaradi majhnih vzorcev preračunani na srednje leto, kar je bilo upoštevano pri interpretaciji rezultatov kot referenčno leto. Zadnji podatki, ki so na voljo po tej metodologiji, se nanašajo na leto 2010 (združeni podatki za leta 2009, 2010 in 2011). V letu 2012 je bilo raziskovanje prenovljeno. Poleg vsebinske razširitve vprašalnika je pomemben tudi način zbiranja podatkov – gre za metodo osebne intervjuja, ki temelji na vprašalniku, in dnevnik, v katere člani gospodinjestev 14 dni zapisujejo dnevne izdatke in kupljene količine življenjskih potrebščin. Anketiranje je enakomerno porazdeljeno skozi vse leto. V letu 2012 je bila anketa izvedena na večjem vzorcu, vzorec je bil dvostopenjski in stratificiran. Ravno zaradi večjega vzorca v letu 2012 se anketa po letu 2012 ni več izvedla.

Iz tabele je razvidno, da je bila rast neposrednih izdatkov gospodinjstev za zdravstvo v kriznih letih (2008–2013) umirjena. Prav tako je razvidno, da so neposredni izdatki v Sloveniji nizki, prav zaradi tega, ker večino doplačil pokrije dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Dejstvo je, da se slika precej spremeni, če primerjamo celotne zasebne izdatke v primerjavi z javnimi, saj je takrat delež zasebnih izdatkov dokaj visok – ponovno zaradi dokaj velikega deleža stroškov zdravstvenih storitev, ki ga krije kvazizasebno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Umirjeno rast neposrednih izdatkov za zdravstvo med krizo lahko pripišemo blažilni vlogi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki je nadomestilo del izpada javnih sredstev. Kot že opisano, tako ponovno celotnega učinka, ki bi ga sicer kriza imela na zmanjšanje porabe zdravstvenih storitev, v Sloveniji ni bilo. Umirjanje rasti neposrednih izdatkov gospodinjstev za zdravje med krizo pa kaže tudi na to, da je zdravje do določene mere »luksuzna« dobrina (Urad za makroekonomske analize in razvoj, 2014). To dokazuje tudi analiza Ankete o porabi gospodinjstev o dohodkovnih kvintilih, kjer se pri premožnejših gospodinjstvih (peti kvintil) rast izdatkov za zdravje ni bistveno umirila. Le revnejša gospodinjstva si neposredne izdatke za zdravje vse težje privoščijo. Na podlagi podatkov iz Ankete o porabi gospodinjstev je še razvidno, da največ izdatkov iz žepa sicer namenimo za zdravila (31 %, od tega 26 % za zdravila brez recepta), medicinske pripomočke (23 %, od tega 18 % za očala), razne storitve drugih zdravstvenih delavcev (fizioterapija) in alternativne medicine (12 %), zobozdravstvene storitve (10 %) ter specialistične ambulantne storitve (9 %) (Urad za makroekonomske analize in razvoj, 2014).

Dodaten vpogled v neposredne izdatke za zdravstvo nam omogoča infrastrukturna raziskava SHARE, kjer so bili z intervjuji zbrani mikropodatki o zdravju, socialno-ekonomskem statusu ter socialnih in družinskih mrežah posameznikov in gospodinjstev. Vzorec zajema več kot 86.000 posameznikov, zajema pa le posameznike, stare 50 let ali več. Podatki zaradi starostne omejitve niso primerljivi s celotno populacijo, vseeno pa dajo vpogled v neposredne izdatke dela populacije, ki ima največje izdatke za zdravstvo. Analizirali smo podatke 4. vala raziskave SHARE o zdravju, procesu staranja in upokojevanja v Evropi. Podatki o neposrednih izdatkih se v raziskavi SHARE delijo na izdatke za bolnišnično oskrbo, izvenbolnišnično oskrbo in zdravila. V skladu s pričakovanji in velikodušno opredeljeno košarico storitev, ki jo pokriva kombinacija obveznega in dopolnilnega zavarovanja, se neposredni izdatki izkažejo za zelo nizke pri bolnišničnem zdravljenju in znašajo v povprečju na letni ravni 7,2 EUR. 97,32 % tistih, ki so odgovorili na vprašanje, neposrednih izdatkov za bolnišnično zdravljenje nima. V tabeli 2 so prikazani neposredni izdatki za vse tri vrste storitev (bolnišnični, izvenbolnišnični in zdravila) po demografskih in socialno-ekonomskih spremenljivkah. Izdatki za bolnišnično zdravljenje so zelo nizki, zato se v nadaljnjo analizo po podskupinah nismo spuščali. Najvišji delež neposrednih izdatkov ljudje namenjajo zdravstvenim storitvam izven bolnišnice (specialistom). V povprečju letno za te storitve namenijo 78,7 EUR, razlike med plačili pa so zelo visoke. Večina ljudi (79,78 %) ima neposredne izdatke za zdravstvo 0 EUR; koncentracija izdatkov se ne razlikuje veliko po spolu, narašča pa z višjo izobrazbo in višjim dohodkom. Najvišji izdatki za specialistično

dejavnost so v starosti med 65 in 79 letom. Prikazani standardni odkloni so zelo visoki, kar pomeni, da se višina izdatkov posameznikov zelo razlikuje, je zelo razpršena (mediana je 0). Manj razpršeni in bolj razporejeni po celotni populaciji so izdatki za zdravila, kar kaže na to, da so zdravila kategorija, ki jo v Sloveniji sprejemamo kot tisto, za katero je »v navadi« prispevati k ceni v obliki neposrednih izdatkov. Zaradi še vedno visokega standardnega odklona smo v tabeli prikazali tako povprečje kot mediano. Neposredni izdatki za zdravila so precej večji med ženskami, med mlajšimi (50–64) in naraščajo z dohodkom. V povprečju znašajo 69,6 EUR na posameznika letno.

Kot statistično značilne so se pokazale razlike glede vrednosti izdatkov za izvenbolnišnično oskrbo med vprašanci s terciarno in vprašanci s primarno ($p = 0,0020$) oz. sekundarno ($p = 0,0000$) ravno izobrazbe; prvi imajo nekoliko večje tovrstne izdatke. Ni pa bilo vidnih razlik med tistimi s primarno in tistimi s sekundarno izobrazbo. Podobno so bile glede kategorije izdatkov za izvenbolnišnično oskrbo vidne tudi razlike med tistimi, ki pridejo skozi mesec zlahka in tistimi, ki pridejo zelo težko ($p = 0,015$) ali z nekaj težavami ($p = 0,046$); prvi imajo nekoliko višje tovrstne izdatke.

Vidne so bile tudi nekatere statistično značilne razlike glede izdatkov za zdravila: ženske imajo v povprečju nekoliko višje tovrstne izdatke kot moški ($p = 0,0889$), prav tako pa imajo višje izdatke tudi tisti, ki skozi mesec pridejo zlahka, kot pa katerakoli druga kategorija spremenljivke subjektivnega dohodka (zelo težko: $p = 0,079$; z nekaj težavami: $p = 0,066$; precej zlahka: $p = 0,074$).

Pri skupnih izdatkih lahko ugotovimo statistično razliko pri izobrazbi – tisti s primarno izobrazbo imajo skupno manjše izdatke kot tisti s sekundarno ($p = 0,078$) izobrazbo – ter pri (subjektivnem) dohodku – tisti, ki skozi mesec pridejo zlahka, imajo višje skupne izdatke od tistih, ki skozi mesec pridejo zelo težko ($p = 0,039$) ali z nekaj težavami ($p = 0,069$). Značilnih razlik glede spola ali starosti nismo uspeli potrditi pri stopnji značilnosti največ 0,10.

TABELA 3: NEPOSREDNI LETNI IZDATKI ZA BOLNIŠNIČNE STORITVE, IZVENBOLNIŠNIČNE STORITVE IN ZDRAVILA GLEDE NA DEMOGRAFSKE IN EKONOMSKO-SOCIALNE SPREMENLJIVKE, V EUR

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE

| | BOLNIŠNIČNE STORITVE | | | IZVENBOLNIŠNIČNE STORITVE | | | ZDRAVILA | | | SKUPNO | | |
|---|----------------------|---------------|------------|---------------------------|---------------|------------|-------------|---------------|-------------|--------------|---------------|-------------|
| | povprečje | stand. odklon | mediana | povprečje | stand. odklon | mediana | povprečje | stand. odklon | mediana | povprečje | stand. odklon | mediana |
| M | 8.7 | 53.5 | 0.0 | 77.0 | 206.3 | 0.0 | 43.5 | 839.0 | 0.0 | 127.0 | 427.2 | 15.0 |
| Ž | 6.0 | 45.5 | 0.0 | 80.2 | 221.0 | 0.0 | 87.3 | 570.0 | 11.5 | 181.3 | 913.8 | 20.0 |
| 50-64 let | 10.0 | 58.3 | 0.0 | 60.0 | 180.4 | 0.0 | 79.0 | 612.4 | 10.0 | 158.3 | 944.4 | 17.0 |
| 65-79 let | 5.2 | 41.4 | 0.0 | 101.8 | 252.9 | 0.0 | 58.3 | 115.2 | 4.8 | 175.2 | 550.8 | 20.0 |
| 80+ let | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 79.1 | 194.6 | 0.0 | 65.3 | 107.6 | 24.0 | 102.8 | 182.0 | 45.0 |
| Primarna izobrazba | 4.6 | 38.9 | 0.0 | 14.2 | 67.1 | 0.0 | 48.1 | 132.8 | 0.0 | 57.7 | 144.0 | 0.0 |
| Sekundarna izobrazba | 5.7 | 40.1 | 0.0 | 98.0 | 248.4 | 0.0 | 94.1 | 629.6 | 20.0 | 212.7 | 1,027.1 | 20.0 |
| Terciarna izobrazba | 19.0 | 86.2 | 0.0 | 156.6 | 271.3 | 0.0 | 45.0 | 60.3 | 30.0 | 208.7 | 548.3 | 50.0 |
| Zelo težko shajam s svojim dohodkom | 0.7 | 5.2 | 0.0 | 42.2 | 166.3 | 0.0 | 54.0 | 123.5 | 0.0 | 89.5 | 233.8 | 0.0 |
| S svojim dohodkom shajam z nekaj težavami | 16.0 | 75.9 | 0.0 | 65.0 | 204.7 | 0.0 | 65.3 | 137.6 | 15.0 | 146.1 | 467.4 | 20.0 |
| S svojim dohodkom shajam precej zlahka | 4.4 | 29.8 | 0.0 | 98.1 | 244.1 | 0.0 | 48.0 | 64.9 | 40.0 | 141.8 | 430.2 | 40.0 |
| S svojim dohodkom zlahka shajam | 22.2 | 94.0 | 0.0 | 185.2 | 289.1 | 20.0 | 290.6 | 1,536.2 | 50.0 | 468.7 | 2,048.1 | 60.0 |
| SKUPNO | 7.2 | 49.1 | 0.0 | 78.8 | 214.3 | 0.0 | 69.6 | 443.2 | 10.0 | 158.9 | 752.3 | 20.0 |

Raziskava SHARE omogoča tudi križanja vprašanj o uporabi zdravstvenih storitev s podatki o neposrednih izdatkih za storitve. Posamezniki, ki so večkrat obiskali zdravnika, so imeli večje neposredne izdatke za izvenbolnišnične storitve; vsi izdatki so bili namenjeni obiskom pri specialistu. Posamezniki, ki so v zadnjih 12 mesecih obiskali specialista, so za obiske specialista v povprečju namenili 182 EUR. Izdatki za zdravila prav tako naraščajo s številom zdravil, ki jih posamezniki jemljejo.

TABELA 4: NEPOSREDNI LETNI IZDATKI ZA ZDRAVILA GLEDE NA ŠTEVILO ZDRAVIL, KI JIH JEMLJEJO POSAMEZNIKI

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE

| ŠTEVILO ZDRAVIL, KI JIH ANKETIRANI TRENUTNO JEMLJE TEDENSKO | POVPREČNI NEPOSREDNI IZDATKI ZA ZDRAVILA (V EUR) | MEDIANA NEPOSREDNIH IZDATKOV ZA ZDRAVILA (V EUR) | ŠTEVILO ANKETIRANIH |
|---|--|--|---------------------|
| 0 | 29,6 | 7,3 | 113 |
| 1 | 34,6 | 5,5 | 150 |
| 2 | 46,9 | 7,8 | 107 |
| 3 | 190,9 | 128,0 | 78 |
| 4 | 59,1 | 13,2 | 43 |
| 5+ | 146,6 | 35,2 | 42 |

Prav tako imajo tisti posamezniki, ki imajo kronične težave, v povprečju višje neposredne izdatke kot tisti, ki teh težav nimajo. V naslednji tabeli je prikazana primerjava neposrednih izdatkov za obe skupini.

TABELA 5: PRIMERJAVA NEPOSREDNIH IZDATKOV ZA KRONIČNE IN NEKRONIČNE BOLNIKE

| | SKUPNO | BOLNIŠNIČNE STORITVE | IZVENBOLNIŠNIČNE STORITVE | ZDRAVILA |
|--------------------|--------|----------------------|---------------------------|----------|
| KRONIČNI BOLNIKI | 21,9 | 12,9 | 86,5 | 93,9 |
| NEKRONIČNI BOLNIKI | 2,3 | 0,0 | 68,2 | 36,8 |

Neposredni izdatki kroničnih bolnikov so pri vseh kategorijah višji za kronične bolnike, statistično značilni sta razliki pri bolnišničnih storitvah ($p = 0,0066$) in zdravilih ($p = 0,0447$). Razlika je torej izrazita predvsem pri bolnišničnih storitvah, vidna pa je tudi pri izdatkih za zdravila. Da bi videli, v čem natančno so razlike in ali so take razlike dopustne, bi bila potrebna natančnejša analiza po vrstah zdravil, ki jih obe vrsti bolnikov jemljeta.

5. Zaključek

Medtem ko so letni povprečni izdatki, kot izhajajo iz Ankete o porabi gospodinjestev, 187,98 EUR na posameznika, so letni povprečni izdatki, kot izhajajo iz podatkovne baze SHARE, 158,90 EUR na posameznika, seveda pa gre pri slednjem le za posameznike, stare 50 let ali več, pri prvi vrednosti pa za vse prebivalce Slovenije. Ker bi pričakovali, da bo starejše prebivalstvo porabilo nekoliko več sredstev za zdravstvene izdatke iz žepa v povezavi z večjim koriščenjem zdravstvenih storitev v starejših letih, povedano torej pomeni, da gre pri ocenah na osnovi podatkov SHARE najverjetneje za nekoliko preveč konzervativne ocene izdatkov, kar je lahko posledica majhnega vzorca tistih, ki so odgovarjali na vprašanja o izdatkih iz žepa, ali pa uporabljenega postopka winsorizacije, ki je zmanjšal vpliv osamelcev (newinsorizirano povprečje znaša 187,86 EUR letno in je skoraj identično povprečju za skupno slovensko populacijo). V vsakem primeru pa svetujemo posebno skrb na področju izdatkov za zdravstvo starejših; ti izdatki so, kot smo pokazali, pogojeni z dohodkom in izobrazbo, zaradi česar lahko postanejo pereč problem zlasti za revnejše sloje prebivalstva.

Literatura

- Aron-Dine, A., Einav, L., Finkelstein, A. (2013): »The RAND health insurance experiment, three decades later«. *J. Econ. Perspect.* 2013, 27: 197–222.
- Busse, R., Schlette, S. (2007): *Focus on Prevention, Health and Aging, New Health Professions*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Mossialos, E, Thomson, S. (2004): *Voluntary Health Insurance in the European Union*. European Observatory on Health Systems and policies. World Health Organization, 2004. Dostopno na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98448/E84885.pdf?ua=1. Dostop: 7. december 2014.
- OECD (2014): *OECD Health Statistics*. Dostopno na: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. Dostop: 8. december 2014.
- Statistični urad RS (2014): *Anketa o porabi v gospodinjestvih, metodološka pojasnila*. Dostopno na: http://www.stat.si/metodologija_pojasnila.asp?pod=8. Dostop: 9. december 2014.
- World Health Organisation (2008): *The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More than Ever*. Geneva: World Health Organization. 23–40. Chapter 2.
- World Health Organisation (2010): *The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: World Health Organization. 1–17. Chapter 1.
- Urad za makroekonomske analize in razvoj (2014): *Poročilo o razvoju*. UMAR: Ljubljana, junij 2014. Dostopno na: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2014/POR_2014.pdf. Dostop: 7. december 2014.

• World Health Organization (2014): *World Health Organization National Health Account database*. Dostopno na: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>. Dostop: 18. maj 2014

• World Health Organization (2014): *World Health Organization What is Universal Coverage?* Dostopno na: http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/. Dostop: 18. maj 2014

• Xu, K. Saksena, P., Jowett, M., Indikadahena, C., Kutzin, J., Evans, D.B. (2010): *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report 2010 background paper, no. 19

• Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2010): *Letno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje za leto 2009*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

• Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2014): *Letno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje za leto 2013*, Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

