

Ako zreformovať systém zdravotného poistenia

Viera Mašlejová:

Minister Rudolf Zajac a jeho poradca Ing. Peter Pažitný o vízii ďalších zmien

Ministerstvo zdravotníctva SR usporiadalo v Bratislave v Pálffyho paláci začiatkom februára tohto roku seminár - diskusné fórum na tému Transformácia systému zdravotného poistenia. Minister zdravotníctva MUDr. Rudolf Zajac a jeho poradca Ing. Peter Pažitný si ako hostí pozvali zástupcov zdravotných poisťovní, ekonómov zo Stredoeurópskeho inštitútu pre ekonomické a sociálne reformy - INEKO, z Nadácie F. A. Hayeka, M.E.S.A. 10 a iných inštitúcií.

Seminár otvoril Ing. Peter Pažitný príspevkom Poistný systém, v ktorom opísal, k akým zmenám by malo dôjsť počas transformácie. Mnohé z jeho informácií sú už čitateľom ZdN známe, keďže v čísle 27/2002 (11. júla 2002) sme uverejnili článok pod názvom Nový poistný zákon o zdravotnom poisťovníctve - prvý krok reálnej reformy. Ing. P. Pažitný však počas svojho vystúpenia uviedol aj nové informácie, respektíve spresnil jednotlivé kroky. **MZ SR sa už celkom jasne vyjadrilo, že zdravotné poisťovne by mali byť akciovými spoločnosťami (aj v prípade povinného zdravotného poistenia). Stali by sa subjektmi súkromného práva.** Ing. P. Pažitný to okrem iného odôvodnil aj tým, že pre túto formu sa rozhodli preto, lebo súčasné právo pozná takéto organizácie - akciová spoločnosť je zavedená v Obchodnom zákonníku, má určené účtovníctvo i rozsah auditu. **Podstatnou zmenou pre súčasné zdravotné poisťovne však bude to, že budú mať povinnosť tvoriť prebytok (zisk). Jeho tvorba - aj v povinnom zdravotnom poistení, je podľa Ing. P. Pažitného dôležitým faktorom na dobré fungovanie zdravotných poisťovní. Má to byť hybná sila efektívnosti zdravotných poisťovní.** Zároveň má platiť pravidlo, že prebytok sa rozdelí medzi manažment, akcionárov a poistencov. Manažment zdravotnej poisťovne bude na ňom zainteresovaný, preto autori reformy navrhujú správny fond zdravotných poisťovní zrušiť. Tým, že sa prebytok bude deliť aj medzi poistencov, dostanú zdravotné poisťovne priestor na to, aby sa jedna od druhej mohli odlíšiť. **Dôležitým pravidlom je aj to, že nevybrané poistné budú mať povinnosť doplatiť zo „svojho“ - z prebytku alebo rezervy. Tzv. predpísané poistné - teda poistné vyrátané podľa počtu poistencov, sa bude započítavať aj do prerozdelenia.** Ing. P. Pažitný uvádza, že na zabezpečenie kvalitnejšieho výberu dostanú poisťovne do rúk ďalšie nástroje na zabezpečenie pohľadávok. Napríklad exekúcie aj bez súdneho rozhodnutia. V súvislosti s kombináciou povinná tvorba zisku a stopercentná solidarita však v pléne zazneli výhrady (rozoberáme ich neskôr). Ako možný problém v budúcej reforme označil autor prednášky požiadavku transformovať verejnoprávne zdravotné poisťovne na akciové spoločnosti - a to najmä transformáciu Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a tiež vyriešenie otázky dlhov. **Ing. P. Pažitný ďalej potvrdil, že sa počíta s fungovaním Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Táto inštitúcia sa má stať dôležitou najmä z hľadiska kontroly. Okrem toho, že bude kontrolovať kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti (postupy lege artis), kontrolovať zdravotné poisťovne, či nakúpili predpísanú základnú zdravotnú starostlivosť, spolu s Úradom pre finančný trh bude kontrolovať, či sú zdravotné poisťovne solventné. V prípade, že túto podmienku poisťovne nespĺňajú, budú sa môcť využiť mechanizmy ako v bankovom sektore - nútená správa, dohľad, presun klientov.** Ako hovorí Ing. P. Pažitný, takýto postup má zabrániť tomu, aby nedošlo k podobnej situácii ako v prípade Družstevnej zdravotnej poisťovne Perspektíva. Zabezpečovacie mechanizmy by mali pôsobiť dopredu, obe inštitúcie by mali v predstihu avizovať, že niektorá zo zdravotných poisťovní má finančné problémy. Pri podtému Úrad pre dohľad zdravotnej starostlivosti zaznela z auditória požiadavka, aby bola jeho činnosť doplnená aj o povinnosť kontrolovať opodstatnenosť nákladov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Vynorila sa tu aj diskusia o tom, kto všetko má byť zastúpený v orgánoch úradu - či aj zástupcovia MF SR a MZ SR alebo len zdravotné poisťovne. **Už dlhšie je známe, že sa počíta so zavedením povinného základného solidárneho poistenia a nepovinného zmluvného dobrovoľného poistenia. Ing. P. Pažitný to len potvrdil s tým, že povinné základné budú vykonávať zdravotné poisťovne na základe licencie. Rozsah určí zákon o Liečebnom poriadku.** Nepovinné zdravotné poistenie bude pre občanov dobrovoľné. Vykonávať ho budú môcť aj komerčné poisťovne (ale aj zdravotné) tiež na základe licencie. Rovnako ako nepovinné zdravotné poistenie, tak aj povinné základné poistenie bude pluralitné - to znamená, že ho bude môcť vykonávať viacero zdravotných poisťovní. Ani v základnom zdravotnom poistení nebudú poisťovne obmedzované veľkosťou poistného kmeňa. Teda nebude platiť povinnosť, že poisťovňa musí mať určitý najmenší počet poistencov. Tak ako medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi fungujú dnes zmluvy, mali byť zmluvy aj medzi zdravotnou poisťovňou a každým jedným poistencom. Do praxe by sa mali zaviesť aj osobné účty poistencov. **Predstava autorov reformy je, že takýto systém by fungoval od 1. januára 2004.**

Prečo prerozdeľujeme

Minister zdravotníctva Rudolf Zajac vystúpil na podujatí s prednáškou Prerozdelenie poistného v rámci povinného zdravotného poistenia. Na otázku, Prečo musíme prerozdeľovať?, odpovedal argumentmi: • **chceme vybudovať univerzálny systém, kde by tzv. solidárny balík zdravotníckych služieb mal byť rovnaký pre každého; • na tento základný balík by mal mať nárok každý, ak uznávame princíp solidarity bohatého s chudobným, zdravého s chorým, mladého so starým.** Minister uvádza, že v základnom balíku treba eliminovať pokusy o „zbieranie smotany“ - napríklad prípady, keď by zdravotná poisťovňa chcela mať vo svojom poistnom kmeni len ekonomicky aktívnych poistencov, ktorým by poskytovala niečo navyše, len aby si ich udržala, a prepúšťala by ekonomicky neaktívnych poistencov - dôchodcov, deti. Podľa MUDr. R. Zajaca treba eliminovať aj prípady, keď by zdravotné poisťovne začali odmietať rizikových poistencov. Poisťovne si totiž radšej poistia zdravého mladého človeka ako toho, kto potrebuje transplantáciu kostnej drene. **Podľa názoru ministra zdravotníctva sa v rámci prerozdelenia treba bližšie pozrieť na index rizika nákladov. V súčasnosti zohľadňuje len pohlavie a vek - odstupňovaný po piatich rokoch.** To znamená, že pri 100% solidarite - prerozdelení je na každého občana bez ohľadu na to, v ktorej zdravotnej poisťovni je poistený, pripravený rovnaký objem peňazí vypočítaný podľa veku a pohlavia. To všetko sa vzťahuje a platilo by aj v budúcnosti len na základný balík služieb. **MUDr. R. Zajac však upozorňuje, že poistenci sa dajú štruktúrovať ešte podrobnejšie, nielen podľa veku a pohlavia. Dajú sa sem „vmontovať“ ďalšie váhy - chronicky chorí pacienti, frekvencia starších občanov.** Rozpracovanie indexu rizika nákladov by mal na starosti Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Jeho úlohou by tiež bolo právoplatne rozhodnúť v prípade nedorozumení, ktorá poisťovňa, koľko korún má odvieť do prerozdelenia. V súčasnosti totiž takýto rozhodovací orgán chýba. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou by spravoval aj register poistencov. V tejto súvislosti minister podotkol, že register poistencov je v súčasnosti považovaný za skoro čistý. **„Ak teda chceme, aby v základnom balíku bola stopercentná solidarita, treba stanoviť, čo presne bude obsahovať,“** konštatuje MUDr. R. Zajac. Jeho predstavy, čo by malo byť v základnom balíku, sú už dlhšie známe. Niekolkokrát sa vyslovil, že by do neho malo patriť najmä všetko to, čo súvisí s nepoistiteľným rizikom - onkologické, kardiologické ochorenia, chronické ochorenia. Minister pripomenul, že v súčasnosti v porovnaní s ostatnými transformujúcimi sa krajinami máme málo zdrojov, máme problémy zaplatiť základnú zdravotnú starostlivosť - onkologické choroby. Ťarchu financovania zdravotníctva nesú na svojich pleciach ekonomicky aktívni poistenci - kategória zamestnanec. Na margo zdravotných poisťovní ešte uviedol, že v základnom - solidárnom zdravotnom poistení si nebudú konkurovať pri výbere poistného, ale pri nákupe služieb zdravotnej starostlivosti. Budú hľadať najvýhodnejšiu cenu a kvalitu pre svojich poistencov.

Reformu treba

Riaditeľ Stredoeurópskeho inštitútu pre ekonomické a sociálne reformy INEKO Ing. Eugen Jurzyca sa vyjadril, že naznačená reforma v oblasti systému zdravotného poistenia je veľmi dobrý a dôležitý krok pre Slovensko správnym smerom. Osobne by však privítal, keby bol občan viac motivovaný platiť odvody na zdravotné poistenie a zdravotné poisťovne by tiež mali byť viac motivované pri výbere zdravotného poistenia. Podľa Ing. E. Jurzyca by sa mali nájsť systémy bonifikácie, ktoré by motivovali občanov platiť poistné a neunikat' do režimov, kde môžu minimalizovať svoje odvody. Za jeden z dobrých motivačných nástrojov pokladá aj ten, ktorý prezentoval Ing. P. Pažitný - rozdelenie prebytku zdravotných poisťovní aj medzi poistencov. Ďalším krokom by - ako uvádza prezident INEKO, mohlo byť zníženie odvodov. Ing. E. Jurzyca polemizoval s MUDr. R. Zajacom o úlohe 100% prerozdelenia. **„Chápem pána ministra, že sa veľmi stará o to, aby aj chudobnejší pacienti mali prístup k tzv. bezplatnej zdravotnej starostlivosti alebo k základnému solidárnemu balíku. Povedal, že nie sme takí bohatí, aby sme si mohli dovoliť menej prerozdeľovať, mať nižšiu solidaritu. Rozumiem mu. Z krátkodobého hľadiska je to vždy pravda. Z dlhodobého hľadiska sa však ukazuje, že práve veľká miera prerozdeľovania vedie k chudobe. Máme päť poisťovní, ale ak bude platiť 100% prerozdelenie -de facto to znamená, akoby fungovala jedna. Zdravotným poisťovňiam sa potom neoplatí súťažiť pri výbere poistného. Prechod z čisto solidárneho (priebežného) systému na viac motivačný je drahý. V prípade dôchodkovej reformy sa hovorí o 60 miliardách ako o spodnej hranici. Obávam sa, že ak sa nenájdu peniaze, z ktorých by bol prechod na nový systém zabezpečenia (nielen v zdravotníctve) financovaný, bude význam a rozsah reforiem veľmi limitovaný. V šesťdesiatych rokoch minulého storočia žila ČSSR nad svoje možnosti, čo bolo umožnené aj rôznymi formami znárodnenia súkromných úspor určených na sociálne zabezpečenie. Vtedy sa stalo to, že sme z motivačného systému prešli na priebežný, plne solidárny. Teraz to chceme urobiť naopak a - zjednodušene povedané - peniaze, ktoré sme si vtedy požičali, musíme do systému vrátiť.“**

Zisk kontra solidarita

Generálny riaditeľ Spoločnej zdravotnej poisťovne a súčasný prezident Združenia zdravotných poisťovní SR Ing. Peter Kvasnica vyčítal naznačeným zmenám najmä to, že prostredníctvom 100% prerozdelenia by jedna zdravotná poisťovňa sanovala zisk druhej zdravotnej poisťovne. Podľa jeho názoru sa treba zamyslieť, či vôbec má byť 100% solidarita. „**Treba sa zamyslieť, do akej miery je takéto prerozdelenie spravodlivé,**“ uviedol. Pripomenul tiež, že ak by išlo do prerozdelenia predpísané poistné (teda nie len fyzicky vybrané, ako je to dnes), zdravotné poisťovne nebudú motivované, aby vybrali čo najvyššie poistné.

Riaditeľka Všeobecnej zdravotnej poisťovne (VšZP) Ing. Eva Andrejčáková sa na samotnom diskusnom fóre v Pálffyho paláci v Bratislave nezúčastnila, no dodatočne sme ju požiadali o vyjadrenie: „**Neviem si predstaviť fungovanie zdravotných poisťovní vo forme akciových spoločností pri dnešnej legislatíve. V budúcnosti, ak by sa legislatíva menila a zdravotné poisťovne by dostali právomoc určovať aj stranu svojich príjmov a výdavkov, potom by sa dalo uvažovať aj o takejto forme. Pri dnešnom systéme povinného zdravotného poistenia, kde štát určuje výšku odvodov, aj dávky kryté zo zdravotného poistenia, ťažko môžu fungovať zdravotné poisťovne ako ziskové inštitúcie.**“ Podotkla však, že zatiaľ nemá úplné informácie o tom, ako by fungoval celý systém, ani bližšie informácie o predstave ministra zdravotníctva. Na otázku ZdN, či by prijali aj 85% prerozdelenie, uviedla, že rozhodne budú trvať na 100% solidarite. Súčasný stav (85% prerozdelenie) považujú za nespravodlivý, hodnotia ho ako nesystémový krok urobený len na základe lobingu jednej zdravotnej poisťovne. „**Stoppercentné prerozdelenie bolo založené na prepočtoch, odporúčaníach a posudkoch aj zo zahraničia a vzišlo z konsenzu všetkých zdravotných poisťovní. Súhlasím s tým, že by sa mal zvýšiť počet parametrov, na základe ktorých dochádza k prerozdeleniu (index rizika). Motivácia pri výbere poistného sa dá riešiť pomocou správneho fondu. Myslím si, že argument Spoločnej zdravotnej poisťovne, že vynakladá veľa úsilia na výber poistného sa nezakladá na pravde, pretože má veľa poistencov, kde zamestnávateľmi sú štátne inštitúcie - Armáda SR, Policajný zbor SR - a tí platia automaticky. Skôr iné poisťovne môžu mať problémy pri výbere poistného,**“ skonštatovala riaditeľka VšZP.