

## Ako zlepšiť súťaž na trhu zdravotného poistenia?

Inšpirácie podľa najlepších zahraničných skúseností s dôrazom na Holandsko a program Medicaid v USA

Peter Goliaš

INEKO, marec 2012

*(autor má ekonomické a nie medicínske vzdelanie, niektoré výrazy preto nemusia byť plne v súlade s medicínskou terminológiou)*

Tento dokument vznikol najmä vďaka finančnej podpore americkej zdravotnej poisťovne Centene. Pri písaní mi cennými pripomienkami týkajúcimi sa najmä programu Medicaid pomohol Wesley Berkovsky zo spoločnosti Centene, za čo mu patrí moja vďaka. Ďakujem tiež Henriete Tulejovej a Martinovi Kultanovi zo zdravotnej poisťovne Dôvera za ich ochotu diskutovať o zavádzaní DRG systému na Slovensku. Samozrejme, to nič nemení na zodpovednosti, ktorú nesiem za prípadné chyby v texte alebo mylné interpretácie.

*“When European exploration began, Britain’s more constrained crown left trade in the hands of privateers, whereas Spain favoured state control of ocean commerce. The New World’s riches solidified Spanish tyranny but nurtured a merchant elite in Britain. Its members helped to tilt the scales against monarchy in the Glorious Revolution of 1688 and counterbalanced the landed aristocracy, securing pluralism and sowing the seeds of economic growth.”*

Creating economic wealth: The big why, The Economist, March 10th 2012.

Recenzia knihy Why Nations Fail: The Origins of Power, Prosperity and Poverty.

Autori knihy: Daron Acemoglu, James Robinson.

Úvodný citát poukazuje na kontrastné okolnosti, ktoré viedli k úpadku španielskej monarchie a k zrodu demokracie a prevratnému rastu životnej úrovne vo Veľkej Británii a neskôr v celom vyspelom svete. Ako kľúčový rozdiel tu vystupuje posilnenie súkromného vlastníctva a plurality názorov aj mocenských centier, ktoré vo Veľkej Británii na rozdiel od Španielska vytvorili protiváhu štátnej moci. Nazdávame sa, že pred otázkou či a do akej miery treba posilniť súkromné vlastníctvo a pluralitu ako protiváhu štátneho vplyvu, stojí aj dnešné zdravotníctvo a to nielen na Slovensku ale aj v iných najmä európskych štátoch.

V tomto dokumente analyzujeme systém zdravotného poistenia na Slovensku, v Holandsku a v USA s dôrazom na program Medicaid. Hlavným zámerom je skúmať podmienky súťaže zdravotných poisťovní a využiť najlepšie skúsenosti pri formulovaní odporúčaní na zlepšenie súťaže na slovenskom poistnom trhu. Štúdia je určená pre odbornú verejnosť zaujímavú sa o reformu zdravotníctva na Slovensku.

### Obsah

Úvod .....	2
1. Stručný opis zdravotného poistenia na Slovensku .....	5
2. Najlepšie zahraničné skúsenosti s dôrazom na Holandsko a program Medicaid v USA ...	13
2.1 Holandsko .....	14
2.2 USA s dôrazom na Medicaid .....	21
3. Odporúčania INEKO na zlepšenie súťaže na poistnom trhu .....	29
Použitá literatúra .....	33

## Úvod

Slovensko má viacero príkladov, keď sa po privatizácii rozvinula súťaž prinášajúca vyššiu kvalitu aj efektívnosť – banky, telekomunikácie, obchod a čiastočne už aj energetika. Zdravotníctvo medzi úspešné príklady nepatrí. Príčinou sú bariéry súťaže, medzi ktorými dominuje zlá informovanosť pacientov aj poisťovní o nákladoch a kvalite poskytovanej starostlivosti, vysoká koncentrácia a štátne vlastníctvo na trhu poisťovní aj poskytovateľov, nemožnosť odlíšiť sa vo výške poisťných platieb alebo široko a nejasne definovaný základný balík zdravotnej starostlivosti.

**Zdravotníctvo je oproti iným sektorom výnimočné vysokou informačnou nerovnosťou, keď poskytovatelia majú často oveľa lepšie informácie o kvalite a objeme poskytovanej starostlivosti ako tí, čo za ňu platia, teda pacienti a poisťovne.** Rizikom tak je, že za poskytnuté tovary a služby platia neprímerane veľa. Pre efektívnu súťaž je preto nevyhnutné znižovať informačné nerovnosti. Realitou na Slovensku je však stále nedostatok kvalitných informácií o produkte, t.j. predovšetkým o cene (nákladoch), objeme a kvalite poskytovaných tovarov a služieb:

- Ak poisťovne nepoznajú produkt, ktorý kupujú od poskytovateľov, nemôžu navzájom súťažiť v jeho parametroch (cena, kvalita, objem). Rovnako nemôžu finančne motivovať poskytovateľov k zvyšovaniu kvality a efektívnosti.
- Ak si poisťenci nevedia porovnať poisťovne ako aj poskytovateľov podľa nimi preferovaných parametrov, nevedia si medzi nimi vyberať a teda ani vytvárať tlak na ich zlepšovanie a tým pádom aj súťaž medzi nimi.

Oligopolistická štruktúra trhu poisťovní a regionálne monopoly najmä veľkých poskytovateľov zvyšujú riziko vyberania renty (t.j. rozdeľovanie existujúceho bohatstva bez tvorby pridanej hodnoty), diktovania cien veľkými hráčmi a tiež kolúzných, čiže skrytých dohôd napríklad o platbách poskytovateľom. K tomu sa pridáva konflikt záujmov štátu, ktorý je vlastníkom najväčšej poisťovne a tiež najväčších poskytovateľov, čo už v minulosti viedlo k uprednostňovaniu štátnych nemocníc.

Poisťenci síce majú slobodnú voľbu poisťovne, to však nemá žiadny vplyv na výšku ich poisťnej platby a len minimálny vplyv na odlišnosti v poskytovaných benefitoch. Z pohľadu poistenca sa tak poisťovne podobajú takmer ako vajce vajcu.

V dôsledku obmedzenej súťaže poisťovne nie sú dostatočne motivované efektívne riadiť sieť poskytovateľov a zvyšovať ich kvalitu. Tento stav nie je pre zdravotníctvo prospešný. Ako reakcia na problémy sa vo verejnej diskusii paradoxne objavujú názory, že „súťaž a súkromný kapitál do zdravotníctva nepatria“. Z nich pramenia aj regulačné zásahy zamerané proti súťaži a pluralite na poisťnom trhu, akým bol napríklad zákaz vyplácania zisku majiteľom poisťovní z roku 2007. Poisťný systém akoby stál na križovatke, pričom jedna cesta vedie smerom k posilňovaniu súťaže a druhá smerom k vytvoreniu systému jedného platcu (single payer), čiže jednej poisťovne.

Vo svete existujú príklady úspešného fungovania oboch možností a to aj v povinnom zdravotnom poistení. Jedného platcu napríklad využívajú v Škandinávii, súťaž je zas alfou-

omegou holandského systému a do veľkej miery aj programu Medicaid v USA, prostredníctvom ktorého vláda financuje zdravotné poistenie chudobným ľuďom.

Napriek nedostatkom má slovenský systém relatívne blízko k väčšej pluralite a teda aj k súťaži. Príležitosťou je príchod nových investorov s lepšou kultúrou aj know-how, spestrenie možností voľby poisťovne alebo poistných plánov ako aj intenzívnejšie zavádzanie inovácií. Bezradnosť štátu riešiť dnešné problémy ako aj negatívne skúsenosti Slovenska pri výkone štátnej správy (najmä nízka transparentnosť a vysoká korupcia), naproti tomu znižujú pravdepodobnosť efektívneho fungovania systému jedného platcu v porovnaní napríklad so Škandináviou.

INEKO preto neodporúča zrušiť pluralitu v zdravotnom poistení, ale naopak, odporúčame prijať opatrenia na posilnenie súťaže:

- Kľúčové je transparentné informovanie pacientov aj poisťovní o nákladoch, objeme a kvalite poskytovanej starostlivosti. Ide najmä o **zverejňovanie rebríčkov kvality poskytovateľov aj poisťovní na internete, zavádzanie štandardov pre kvalitnú diagnostiku a liečbu, ale aj o zavedenie katalógu výkonov a DRG systému v lôžkovej starostlivosti.**
- Aby súťaž fungovala, bude potrebné poisťovniam aj poskytovateľom umožniť voľne dohadovať ceny a v prípade plánovanej starostlivosti aj nakupované množstvá produktov definovaných systémom DRG. V prípade potreby môže byť časť cien dočasne regulovaná štátom a nábeh na voľnú súťaž pri tvorbe cien môže byť postupný tak, ako to je v Holandsku. Vláda by tiež mala definovať minimálne štandardy napríklad pre dĺžku a evidenciu čakacích radov na plánované zákroky.
- Ďalej odporúčame znížiť koncentráciu a štátny vplyv na poistnom trhu napríklad rozdelením a privatizáciou Všeobecnej zdravotnej poisťovne.
- Poisťovne by tiež mali mať možnosť líšiť sa vo výške poistných platieb. To sa dá dosiahnuť zavedením tzv. nominálneho poistného (t.j. paušálnej platby nezávislej od výšky príjmu) podľa vzoru Holandska alebo vytváraním zdravotných plánov s rôznou výškou spoluúčasti (tzv. deductible) či s rôznymi metódami manažmentu pacienta.
- Potrebné je tiež presnejšie definovať (vrátane časovej dostupnosti) a prípadne aj zúžiť základný balík zdravotnej starostlivosti financovaný z povinného poistenia. Vytvorila sa tak podmienky pre efektívnejšie vymáhanie zákonných nárokov, ako aj pre vznik a rozvoj nepovinného doplnkového poistenia.
- **Poisťovne by mali ako nákupcovia zdravotnej starostlivosti niest vyššiu zodpovednosť za jej kvalitu. Súčasne by mali prostredníctvom riadenej starostlivosti (managed care) získať väčšiu kontrolu nad vybranými poskytovateľmi a ich nákladmi, ako aj nad čerpaním starostlivosti ich poistencami.**

Z uvedeného prehľadu opatrení je zrejmé, že kľúčovú úlohu pri posilňovaní súťaže musí zohrať štát. Ten má v porovnaní s individuálnymi poistencami lepšie možnosti na získanie a spracovanie potrebných informácií, môže tiež zavádzať jednotné pravidlá pre všetkých účastníkov trhu. Týka sa to vyhodnocovania kvality a efektívnosti poisťovní aj poskytovateľov, definovania zákonných nárokov aj zavádzania jednotných štandardov. Inšpiráciou môže byť program Medicaid v USA, kde štát aktívne využíva uvedené nástroje. Pribežne napríklad sleduje, ako poisťovne dodržiavajú dopredu definované merateľné štandardy kvality a efektívnosti, resp. stanovené ciele. Výsledky hodnotenia zverejňuje na

internete a v určitom intervale dokonca podľa nich môže meniť výšku platby, ktorú platí rôznym poisťovňam za poistencov.

## 1. Stručný opis zdravotného poistenia na Slovensku

Všetci občania Slovenska majú rovnaký, t.j. univerzálny nárok na poskytovanie zdravotnej starostlivosti na základe povinného verejného zdravotného poistenia. Dobrovoľné súkromné zdravotné poistenie tu neexistuje, výnimkou sú niektoré druhy životného poistenia, ktoré ponúkajú finančné plnenie v prípade zdravotného postihnutia.

Povinné verejné poistenie pokrýva prakticky celú zdravotnú starostlivosť s výnimkou malej časti výkonov (napr. v zubnom lekárstve a kozmetickej chirurgii), ako aj s výnimkou časti nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré platia pacienti v hotovosti. Tieto poplatky sú pre každého rovnaké, avšak pre dôchodcov a zdravotne ťažko postihnutých platí od roku 2011 maximálny štvrtročný limit doplatkov za predpísané lieky, po prekročení ktorého sa im zaplatené peniaze vracajú. To je rozdiel napríklad od amerického programu Medicaid, kde sa poplatky za lieky líšia podľa toho či ide o dôchodcov, ekonomicky neaktívnych ľudí alebo ľudí s vyššími príjmami. Až na uvedené výnimky majú pacienti na Slovensku na základe verejného poistenia nárok na bezplatnú zdravotnú starostlivosť, oficiálne je ich spoluúčasť nulová.

V skutočnosti obmedzené verejné zdroje nestačia na financovanie oficiálne takmer neobmedzenej spotreby a bezplatné zdravotníctvo je len ilúziou. Spoluúčasť sa šíri živelne, štát z veľkej časti nereguluje jej výšku ani štruktúru. Súkromné výdavky podľa dostupných štatistík každoročne rastú a v súčasnosti tvoria zhruba tretinu celkových výdavkov na zdravotníctvo. Slovensko sa tak v ich výške dostalo v rokoch 2000 až 2007 z chvosta na špičku štátov OECD. Negatívnym dôsledkom neregulovaného šírenia spoluúčasti sú sociálne dopady najmä na chorých a chudobných ľudí, ako aj korupcia (neoficiálne platby), ktorá je podľa prieskumov Transparency International Slovensko (TIS) spomedzi všetkých sektorov najrozšírenejšia práve v zdravotníctve. Napríklad podľa prieskumu TIS z januára 2012 úplatkárstvo v zdravotníctve existuje a je veľmi rozšírené podľa 61% respondentov a neexistuje len podľa 2% respondentov.

### Finančné zdroje v slovenskom zdravotníctve

Rok	Výdavky na zdravotníctvo v pomere k HDP (%)	Podiel verejných výdavkov na celkových (%)	Podiel súkromných výdavkov na celkových (%)		
			Spolu	Domácnosti	Firmy
1997	5,8	91,7	8,3	8,3	0,0
1999	5,8	89,6	10,4	10,4	0,0
2001	5,5	89,3	10,7	10,7	0,0
2003	5,8	88,3	11,7	11,7	0,0
2005	7,0	74,4	25,6	22,6	2,8
2006	7,3	68,3	31,7	26,0	4,7
2007	7,7	66,8	33,2	26,2	6,6
2008	8,0	67,8	32,2	25,2	6,2
2009	9,1	65,7	34,3	25,6	7,6

Zdroj: OECD

Povinné verejné poistenie poskytuje jedna štátna a dve súkromné akciové spoločnosti. Podľa počtu poistencov má dominantné postavenie štátna Všeobecná zdravotná poisťovňa (VŠZP)

so 64,7-percentným podielom na trhu. Súkromná poisťovňa Dôvera má 27,5-percentný podiel a súkromná poisťovňa Union 7,8-percentný podiel. Uvedený stav je výsledkom výraznej koncentrácie, ku ktorej došlo od 1.1.2010. K tomuto dátumu sa VŠZP zlúčila s menšou a tiež štátnou Spoločnou zdravotnou poisťovňou (SZP). V rovnakom čase došlo k zlúčeniu súkromných poisťovní Dôvera a Apollo. Ešte v máji 2008 pritom ohlásila odchod z trhu najmenšia súkromná poisťovňa - Európska zdravotná poisťovňa (EZP). Jej poisťný kmeň prevzala štátna SZP. Viacerí odborníci koncentráciu kritizovali, keďže sa ňou zhoršili podmienky pre fungovanie súťaže na poisťnom trhu.

Ako uvádza Filko (2010), tzv. Herfindahlov-Hirschmanov (HH) index, ktorý sa používa ako ukazovateľ trhovej koncentrácie, a teda nepriamo aj konkurencie (0 = dokonalá konkurencia; 1 = monopol), dosahuje na slovenskom trhu zdravotného poistenia hodnotu 0,53. Arbitrárne sa pritom uvádza 0,18 ako hodnota, od ktorej je už trh považovaný za veľmi koncentrovaný. Vysoká koncentrácia je aj na strane poskytovateľov, kde má HH index pre fakultné nemocnice hodnotu 0,13 na národnej úrovni a 0,8 na úrovni krajov. Pre regionálne nemocnice je to 0,26 na úrovni krajov a 0,39 na úrovni prirodzených „zhlukov“ okresov.

#### Zdravotné poisťovne poskytujúce verejné zdravotné poistenie

Názov poisťovne	Vlastníctvo	Podiel na trhu (podľa počtu poistencov)				
		1.1.2008	Do 1.1.2010	Od 1.1.2010	1.1.2011	1.1.2012 (odhad)
VŠZP	Štátne	56%	55%	69%	66%	65%
Dôvera	Súkromné	15%	16%	25%	27%	28%
Union	Súkromné	9%	6%	6%	7%	8%
SZP **	Štátne	11%	14%	x	x	x
Apollo***	Súkromné	8%	8%	x	x	x
EZP *	Súkromné	1%	x	x	x	x

Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Poznámky: EZP odišla z trhu v máji 2008, jej poisťný kmeň prevzala SZP, ktorá sa k 1.1.2010 stala súčasťou VŠZP. Poisťovňa Apollo sa k 1.1.2010 stala súčasťou poisťovne Dôvera.

#### Rozdelenie poisťného trhu podľa počtu poistencov

	VŠZP	SZP	Apollo	Dôvera	Union	Spolu
31.12.2008	2 920 629	715 882	446 161	856 681	336 959	5 276 312
31.12.2009	2 896 224	641 526	498 856	865 156	370 629	5 272 391
31.12.2010	3 485 650	x	x	1 402 133	366 455	5 254 238
31.12.2011*	3 387 017	x	x	1 442 032	407 592	5 236 641

Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (\* odhad)

Poistenci môžu zdravotnú poisťovňu zmeniť raz do roka, pričom zmena je bezplatná. K najväčším prestupom medzi poisťovňami došlo po reforme z roku 2004, keď na trh prišli viaceré súkromné poisťovne. V roku 2006 poisťovňu zmenilo 778-tisíc ľudí, čiže zhruba 15% trhu, pričom ľudia prechádzali najmä zo štátnych do súkromných poisťovní. Keďže možno predpokladať, že išlo prevažne o ekonomicky aktívnych a teda menej rizikových poistencov, znamenali tieto prestupy finančnú záťaž pre štátne poisťovne, najmä VŠZP. V dôsledku viacerých regulačných opatrení (napr. zákaz zisku – pozri nižšie) v ďalších rokoch počet prestupov klesol na 5% v roku 2007, 3,5% v roku 2008, 2,6% v roku 2009 a 1,5% v roku 2010.

K nárastu počtu prestupov došlo až v roku 2011, keď poisťovňu zmenilo viac než 157-tisíc ľudí, čiže zhruba 3% trhu. Najväčší čistý prírastok 41-tisíc poistencov pritom mala Dôvera, nasledoval Union s prírastkom 21-tisíc poistencov a VŠZP ubudlo 62-tisíc poistencov.

#### Zmena zdravotnej poisťovne v roku 2011

Názov poisťovne	Počet poistencov k 30.9.2011	Prichádzajúci (akceptovaní)	Odchádzajúci (akceptovaní)	Celkový výsledok	Odhad počtu poistencov k 1.1.2012	% poistného kmeňa k 1.1.2012
Dôvera	1 401 058	88 182	47 208	+ 40 974	1 442 032	27,54 %
VŠZP	3 448 558	14 152	75 693	- 61 541	3 387 017	64,68 %
Union	387 025	54 997	34 430	+ 20 567	407 592	7,78 %
Spolu	5 236 641	157 331	157 331	x	5 236 641	100 %

Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Zdravotné poistenie prešlo zásadnou reformou v roku 2004. Zdravotné poisťovne boli transformované z verejnoprávnych inštitúcií na akciové spoločnosti, ktoré mohli vytvárať a používať zisk podľa rozhodnutia akcionárov. Cieľom reformy bolo vytvoriť konkurenčný trh, na ktorom by poisťovne súťažili o poistencov a tiež pri nákupe zdravotnej starostlivosti od poskytovateľov.

Po parlamentných voľbách v roku 2006 došlo k zmene vlády a tým aj cieľov v zdravotnej politike. Nová vláda sa pokúšala centralizovať a zoštatniť zdravotné poistenie, t.j. vytvoriť tzv. systém jedného platcu („single payer system“), v ktorom neexistuje pluralita poisťovní. Oficiálnym cieľom bolo „*maximálne využitie finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na úhradu zdravotnej starostlivosti*“ (Uznesenie vlády z mája 2007). V roku 2007 vláda rozhodla, že akcionári zdravotných poisťovní si zisk vytvorený v roku 2008 a neskôr nesmú rozdeliť ani s ním nakladať, ale musia ho použiť len na úhrady za poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Prakticky to znamenalo zákaz zisku, čo pre majiteľov poisťovní výrazne zhoršilo návratnosť investícií. Rozhodnutie sa dotklo najmä súkromných akcionárov, ktorí na trh verejného poistenia vstúpili po reforme z roku 2004. Európska zdravotná poisťovňa (investorom bola slovenská finančná skupina J&T) uviedla zákaz zisku ako oficiálny dôvod jej odchodu z trhu v máji 2008. Majitelia súkromných poisťovní Dôvera (investorom bola slovenská finančná skupina Penta) a Union (investorom je holandská poisťovňa Eureko) vstúpili do arbitrážneho konania, v ktorom požadujú od štátu kompenzáciu za poškodenie investície. Obmedzenie použitia zisku napadla aj Európska komisia, ktorá v novembri 2009 začala voči Slovensku konanie s podozrením, že došlo k porušeniu pravidiel pre voľný pohyb kapitálu. V januári 2011 vydal Ústavný súd SR rozhodnutie, podľa ktorého nebol zákaz zisku zdravotných poisťovní v súlade s Ústavou SR. Vláda aj parlament následne opätovne povolili tvorbu a nakladanie so ziskom poisťovní, avšak s nasledovnými podmienkami:

1. Poisťovňa musí mať rezervný fond najmenej vo výške 20% základného imania.
2. Poisťovňa vytvorí technickú rezervu na úhradu zdravotnej starostlivosti pre všetkých poistencov evidovaných v zoznamoch čakateľov na plánované zákroky.

Štát prerozdeľuje príjmy poisťovní s cieľom kompenzovať rozdiely v štruktúre poistných kmeňov. Výsledkom prerozdeľovania bol pravidelne prisun peňazí do VŠZP (ktorá mala

najrizikovejších poistencov) na úkor všetkých ostatných poisťovní, pričom najväčším platcom bola Spoločná zdravotná poisťovňa. V záujme posilnenia súťaže sa základ pre prerozdelenie reformou z roku 2004 znížil zo 100% na 85,5% predpísaného poistného, od 1.1.2009 ho však vláda opätovne zvýšila na 95%. Podľa viacerých odborníkov bolo cieľom tohto opatrenia (ako aj zvýšenia základného imania VŠZP o 65,1 mil. eur v septembri 2009 a následného zlúčenia VŠZP a SZP od roku 2010) zvýšenie príjmov VŠZP, ktorá mala finančné problémy (pozri nižšie). Kritériami prerozdelenia sú pohlavie a vek poistencov, od roku 2010 sa zohľadňuje aj počet poistencov, za ktorých platí poistné odvody štát. Do budúcnosti sa plánujú medzi kritériá zaradiť aj výdavky na lieky (tzv. PCG, Pharmaceutical Cost Groups), čím by mala podľa predbežných prepočtov získať najmä VŠZP.

Poisťovne každoročne rokujú s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti o výške platieb pre daný rok. Vláda do týchto rokovaní nezasahuje, každá poisťovňa si vyjednáva vlastné podmienky. Platby pre všeobecných lekárov sú určené najmä podľa výšky platby na jedného pacienta a počtu pacientov, ktorých daný lekár eviduje (tzv. kapitácia). Platby pre lekárov špecialistov sú určené najmä podľa ceny a množstva výkonov, ktoré lekár poskytne v danom období (tzv. úhrada za službu). Platby lôžkovým zariadeniam sú určené najmä podľa ceny a počtu ukončených hospitalizácií pre dané oddelenie, ako aj podľa typu a veľkosti zariadenia (pozri blok textu nižšie). **Kľúčovou nevýhodou je, že tieto platby nezohľadňujú klinickú ani finančnú náročnosť poskytovaných služieb. Nemocnica napríklad dostane rovnakú platbu za ukončenú hospitalizáciu bez ohľadu na komplikovanosť prípadu či na reálne výkony. Okrem toho, za rovnaké operácie dostávajú menšie regionálne nemocnice podstatne menej peňazí než veľké fakultné nemocnice. Veľké nemocnice z týchto platieb dotujú finančne náročnejšie operácie, za ktoré údajne dostávajú príliš nízke platby a ktoré malé nemocnice vzhľadom na ich náročnosť nevykonávajú.** Ako riešenie sa v súčasnosti pripravuje systém platieb na základe diagnóz, tzv. DRG (Diagnosis Related Groups), ktorý by mal zaviesť jednotné pravidlá pre oceňovanie definovaných skupín diagnóz a výkonov.

Zákon č. 581/2004 o zdravotných poisťovniach ukladá zdravotným poisťovniam zverejňovať kritériá na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi, ako aj vyhodnocovať a zverejňovať ich plnenie. Na základe týchto ustanovení vláda definovala nariadením č. 752/2004 a nariadením č. 51/2009 kritériá kvality a efektívnosti pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, špecializovanej ambulantnej starostlivosti a ústavnej starostlivosti. Okrem toho zdravotné poisťovne pravidelne prostredníctvom dotazníkov zisťujú spokojnosť pacientov s konkrétnymi poskytovateľmi. S využívaním týchto indikátorov sa spája niekoľko problémov:

- Kritériá nemajú dostatočnú vypovedaciu hodnotu vzhľadom na ich relatívne chudobnú štruktúru ako aj na to, že umožňujú minimálne rozlíšenie poskytovateľov podľa ich plnenia. V zásade sú len tri výstupy – štandardná, nízka a vysoká úroveň starostlivosti, pričom veľká väčšina poskytovateľov spadá do „štandardnej“ kategórie.
- Vyhodnocovanie plnenia indikátorov je sporadické a pre verejnosť málo prehľadné. Každá poisťovňa používa inú metódu vyhodnocovania aj prezentácie výstupov, medziročné porovnanie je náročné, nedajú sa zostavovať rebríčky.
- Neexistuje komplexný portál pre hodnotenie kvality a efektívnosti poskytovateľov, ktorý by využíval agregované dáta za všetky zdravotné poisťovne. Poistenci nemajú možnosť si na jednom mieste pozrieť, ako poskytovatelia plnia jednotlivé kritériá, ani jednoducho porovnať medziročné zmeny.



## Platby poisťovní poskytovateľom ústavnej starostlivosti

Dnešný spôsob platieb:

- Platba za ukončenú hospitalizáciu na konkrétnom oddelení
- Platba za výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (SVaLZ, ide najmä o laboratóriá), platba za špeciálny zdravotnícky materiál
- Osobitne hradené výkony a vysoko nákladná starostlivosť

Poisťovne dostávajú od poskytovateľa tieto informácie:

- Diagnóza na vstupe a na výstupe, pohlavie a vek pacienta
- Spotreba špeciálneho zdravotníckeho materiálu, výkony SVaLZ
- Spotreba liekov v prípade vysokých nákladov na lieky
- Informácia či pacient bol operovaný (áno/nie), poskytuje ju však len málo poskytovateľov, príkladom sú niektoré kardiologické oddelenia
- Informácia o dĺžke hospitalizácie, tá však ovplyvňuje výšku ceny len pri starostlivosti o chronicky (dlhodobo) chorých pacientov a v psychiatrických zariadeniach
- Informácie o osobitne hradených výkonoch a vysoko nákladnej starostlivosti

Problémy:

- Neexistuje jednotný zdroj informácií, osobitne sa poskytujú pravidelné informácie o hospitalizáciách (tzv. dávky), finančne náročnej starostlivosti a osobitne hradených výkonoch – väčšina dát pochádza z výkazov poskytovateľov
- V lôžkovej starostlivosti neexistuje katalóg výkonov. Poisťovniam tak chýba informácia o vykonaných výkonoch. Kvôli chýbajúcemu katalógu o nich často nemajú prehľad ani samotné nemocnice, ktoré výkony nevedia evidovať. Poisťovne tak nevedia, čo sa dialo s pacientom, ako prebiehala diagnostika a liečba. Preto sa nedá určiť náročnosť hospitalizácií v rámci odboru (tzv. case-mix). Problém je to najmä na oddeleniach, kde je zložitý case-mix, napr. na traumatológii. Existujú však výnimky, kde poisťovne získavajú presnejšie informácie:
  - Finančne náročné hospitalizácie (tzv. outliers), ktoré ale tvoria len cca 1% celkových nákladov
  - Osobitne hradené výkony (napr. operácia žľníka, operácia chronického ochorenia slepého čreva, katarakty, atď.), tieto tvoria cca 40% výkonov na chirurgických oddeleniach, menší podiel aj na niektorých ďalších oddeleniach
  - Kardiochirurgia, kde poisťovne vedú čiastočne odhadnúť diagnostický a liečebný proces podľa dostupných informácií (napr. podľa spotrebovaného materiálu, či došlo k operácii, atď.)
  - Oddelenia s približne rovnakou štruktúrou pacientov (napr. pre dlhodobo chorých, psychiatria, pôrodnica, novorodenecké), kde je kľúčovým indikátorom pre odhad case-mixu vek pacienta
- Veľké fakultné nemocnice dostávajú za bežné hospitalizácie (napr. novorodenecké oddelenia, totálna endoprotéza, atď.) podstatne vyššie platby ako menšie všeobecné nemocnice. Pritom ide o rovnaké zákroky a náklady by teda mali byť porovnateľné. To vytvára motiváciu veľkých nemocníc umelo hospitalizovať „bežných“ pacientov. Príčiny:
  - Historické nastavenie štátom regulovaných platieb za hospitalizácie – v minulosti boli platby definované podľa oddelení a nemocníc, pričom fakultné nemocnice mali nastavené vyššie platby. Po reforme z roku 2004 platby už nie sú regulované štátom, historické nastavenie však sčasti pretrváva.
  - Veľké fakultné nemocnice majú prakticky monopolné postavenie v regióne, čiže poisťovne na ne nemôžu vyvinúť dostatočný tlak, aby zreálnili svoje ceny. Poisťovne si napríklad nemôžu dovoliť neuzavrieť s nimi zmluvu. Osobitný problém je s Fakultnou nemocnicou v Bratislave, v ktorej blízkosti na rozdiel od iných regiónov nie sú menšie všeobecné nemocnice, ktoré by mohli vykonávať bežné hospitalizácie.
  - Štátne vlastníctvo najväčšej poisťovne a najväčších nemocníc vytvára konflikt záujmov, ktorý vedie k uprednostňovaniu štátnych nemocníc. Po roku 2006 sa to napríklad prejavilo v prudkom náraste platieb fakultným nemocniciam, pričom jednej z nich stúpili platby dvakrát zhruba o 20% v priebehu jedného roka. Jedným z nepriamych dôsledkov bola pokuta Protimonopolného úradu SR pre Asociáciu fakultných nemocníc za vytvorenie kartelu, v ktorom nemocnice žiadali zvýšenie platieb aj od menších poisťovní.
  - Vzhľadom na dominantné postavenie VŠZP pôsobí do veľkej miery ako „price setter“, t.j. menšie poisťovne majú obmedzené možnosti pri vyjednávaní o platbách.

Lepšie informácie získajú poisťovne aj poskytovatelia po zavedení nemeckého modelu systému DRG, ktorý by mal vstúpiť do ostrej prevádzky od 1.1.2013:

- DRG podá informáciu o diagnóze na vstupe aj výstupe, výkonoch, vedľajšej diagnóze, komplikáciách, pohlaví, veku a zdravotnom stave pacienta pri prijatí/prepustení. Tieto informácie budú zatriedené do skupín klinicky a ekonomicky navzájom podobných/porovnateľných hospitalizácií, t.j. za pacientov v rovnakej skupine poisťovňa zaplatí rovnakú sumu.
- DRG zjednotí pravidlá pre poskytovanie informácií poisťovníam, ide teda o vytvorenie akejsi základnej infraštruktúry pre komunikáciu poisťovní a poskytovateľov ústavnej starostlivosti. Výhodou jednotného katalógu výkonov je, že nemocnice nebudú musieť vykazovať údaje každej poisťovni podľa odlišnej metodiky, čo by pre ne bolo administratívne náročné ako aj to, že nákladové váhy jednotlivých výkonov budú stanovené jednotne.

Nevyjasnené otázky ohľadom slovenského DRG:

- Bude DRG zahŕňať aj náklady na vzdelávanie, kapitálové výdavky, odpisy majetku? Nemecký model DRG, ktorý by malo Slovensko prebrať, tieto informácie nezahŕňa.
- Budú môcť poisťovne vyjednávať o cenách za hospitalizácie (presnejšie o tzv. základnej sadzbe ktorou sa budú násobiť nákladové váhy jednotlivých hospitalizácií) zatriedené do rôznych skupín, alebo budú ceny regulované, t.j. jednotné pre celý trh? Ak budú jednotné ceny, poisťovne nebudú vedieť zohľadniť v cene počet hospitalizácií u poskytovateľa ani kvalitu, čo by zásadne zúžilo priestor pre súťaž medzi nimi. Z pohľadu jednotkových nákladov a tiež kvality pritom nie je jedno, či poskytovateľ vykoná 10 alebo 500 rovnakých operácií za rok.
- Ako sa budú posudzovať prípadné chyby pri zadávaní informácií? Napríklad v Nemecku chyba = podvod a teda nasledujú automatické sankcie. Ak by to neplatilo, hrozí motivácia k úmyselnému zadávaniu „chybných“ údajov.
- Do akej hĺbky budú členené skupiny diagnóz a súvisiacich výkonov? Nevýhodou príliš jemného členenia je administratívna komplikovanosť, výhodou je presnosť odhadu ceny.
- Bude DRG sprevádzať aj zavádzanie štandardov pre diagnostický a liečebný proces? DRG totiž môže viesť k zníženiu jednotkových nákladov na prípad. **Pokiaľ nebudú existovať štandardy, hrozí, že nemocnice v snahe kompenzovať straty príjmov nebudú poskytovať plný rozsah výkonov alebo budú nahrádzať lieky a zdravotnícke pomôcky lacnejšími, možno až nekvalitnejšími náhradami.**

Poisťovne sú povinné uzatvoriť zmluvu so všetkými všeobecnými lekármi, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť aspoň jednému z ich poistencov. Ďalej musia uzatvoriť zmluvu so všetkými lekárňami a poskytovateľmi záchranej zdravotnej služby, ako aj s určitým minimálnym počtom lekárov špecialistov a nemocníc. V októbri 2007 vláda určila menný zoznam, tzv. koncovú sieť 34 nemocníc, z ktorých všetky boli štátne (neskôr bol zoznam rozšírený na 39 zariadení). S týmito nemocnicami poisťovne museli uzavrieť zmluvy bez ohľadu na ich kvalitu a efektívnosť. Na trhu tak vznikla nerovnováha, keď zariadenia v koncovej sieti získali príliš silné postavenie pri vyjednávaní o zmluvných podmienkach s poisťovňami, na druhej strane zariadenia mimo koncovej siete boli znevýhodnené. Z tohto dôvodu vláda v roku 2011 koncovú sieť zrušila. Poisťovne však naďalej musia uzatvárať zmluvy s nemocnicami v tzv. pevnej sieti, ktorá nie je definovaná menným zoznamom, ale konkrétnymi regiónmi (tvorenými okresmi alebo ich zhlukmi) a požiadavkami na zabezpečenie nepretržitej neodkladnej starostlivosti v definovanom rozsahu. Štát tiež určuje minimálne počty lekárov, zdravotných sestier a lôžok pre jednotlivé oddelenia nemocníc.

Pravidlá pre platobnú schopnosť poisťovní určoval až do konca roku 2008 zákon tak, že poisťovne museli mať vlastné imanie najmenej vo výške 3% ročného poistného. V roku 2008 to splnili všetky poisťovne s vysokou rezervou, jedinou výnimkou bola Všeobecná zdravotná poisťovňa, ktorá po celý rok vykazovala vlastné imanie tesne nad 3%-nou hranicou. Aj preto vláda od roku 2009 zaviedla nové pravidlá, podľa ktorých je poisťovňa platobne neschopnou

až vtedy, keď vykazuje záväzky najmenej 30 dní po lehote splatnosti. Úrad pre dohľad je povinný zrušiť poisťovňu, ak jej platobná neschopnosť trvá päť mesiacov po sebe. Podľa niektorých odborníkov išlo o zmäkčenie pravidiel, ktoré by mohlo ohroziť finančnú stabilitu verejného poistenia. Vláda nanovo definovala podmienky platobnej schopnosti s platnosťou od apríla 2011, vzhľadom na neschopnosť Všeobecnej zdravotnej poisťovne ich splniť však bol termín presunutý na júl 2012. Momentálne je z rovnakých dôvodov v legislatívnom konaní návrh na ďalšie odsunutie termínu. Nové podmienky sú nasledovné:

1. Vlastné zdroje poisťovne (t.j. základné imanie, rezervný fond, zisk bežného obdobia a nerozdelený zisk po odpočítaní strát, atď.) musí byť najmenej vo výške 3% ročného poistného po prerozdelení.
2. Podiel krátkodobých záväzkov k neuhradeným záväzkom voči poskytovateľom musí byť najmenej v hodnote 1,2 (tzv. current ratio).
3. Podiel záväzkov voči poskytovateľom nesplatených ani 30 dní po lehote splatnosti nesmie byť vyšší ako 0,5% všetkých neuhradených záväzkov.

Finančné problémy Všeobecnej zdravotnej poisťovne sa prejavili na jej hospodárskom výsledku za rok 2010, keď vykázala podľa audítora overených výsledkov stratu viac ako 120 mil. €. Vedenie poisťovne preto prijalo ozdravný plán, ktorého súčasťou boli úspory pri nákupe zdravotnej starostlivosti (napríklad odzmluvnenie približne 150 nemocničných oddelení spojené s rušením zhruba 3-tisíc lôžok, nezazmluvnenie časti ambulancií špecialistov, finančná motivácia 1-dňovej starostlivosti) ako aj prepúšťanie zamestnancov. Vďaka tomu sa hospodárenie poisťovne dostalo v roku 2011 do plusových čísiel (predbežný odhad zisku je 5,7 mil. €). Cieľom VŠZP pre rok 2012 je vyrovnané hospodárenie. Súkromná poisťovňa Dôvera dosiahla v roku 2010 zisk 16,2 mil. €. V roku 2011 jej zisk klesol zhruba na 10 mil. €, v roku 2012 očakáva vyrovnané hospodárenie. Najmenšia poisťovňa Union mala v roku 2010 stratu 2,3 mil. €, čo súviselo s financovaním jej vstupných nákladov na trh. Za rok 2011 Union očakáva zisk 9 mil. € a za rok 2012 tiež mierny prebytok.

Hospodárenie zdravotných poisťovní, zisk/strata (v mil. €)

	VŠZP	Dôvera	Union
2010	- 120,23	+16,2	- 2,265
2011 (odhad)	+5,7	+10	+9

Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Povinné platby do poisťovní platia rozliční poistenci nasledovne:

- Zamestnanci a zamestnávateľa platia odvody vo výške 14% z hrubého mesačného príjmu zamestnanca, z toho 4% platí zamestnanec a 10% zamestnávateľ. Minimálny vymeriavací základ je minimálna mzda, ktorá tvorí zhruba 40% priemernej mzdy v ekonomike (327,2 eur v roku 2012). Maximálny vymeriavací základ je 3-násobok priemernej mesačnej mzdy spred dvoch rokov (2307 eur v roku 2012).
- Samostatne zárobkovo činné osoby (SZČO) platia odvody vo výške 14% z vymeriavacieho základu pre daň z príjmov vydeleneho koeficientom 2,14. Maximálny vymeriavací základ je rovnaký ako pri zamestnancoch, minimálny vymeriavací základ sa vypočíta ako 44,2% priemernej mzdy spred dvoch rokov (340 eur v roku 2012). V dôsledku uvedeného krátenia vymeriavacieho základu platí veľká väčšina SZČO odvody z minimálneho vymeriavacieho základu.

- Štát platí odvody najmä za nezaopatrené deti, dôchodcov, nezamestnaných a ľudí starajúcich sa o deti do veku troch rokov (spolu 3,1 mil. ľudí v roku 2011, t.j. 57% obyvateľov). Poistná platba sa od roku 2006 do roku 2009 zvýšila zo 4% na 4,9% z priemernej mzdy v ekonomike spred dvoch rokov, v roku 2010 však klesla na 4,78% a v roku 2011 na 4,32%. Nárast platieb štátu za vlastných poistencov v roku 2009 významne zmiernil negatívne dôsledky krízy na zdroje poisťovní.

#### Výška platieb štátu za vlastných poistencov

	2006	2007	2008	2009	2010	2011 (p)
Percento z priemernej mzdy	4%	4,33%	4,5%	4,9%	4,78%	4,32
Absolútna suma v mil. eur	773	893	990	1 158	1 341	1,208
Percento z HDP	1,4%	1,5%	1,5%	1,8%	2,0%	1,7%

Poznámky: (p) – prognóza

Zdroj: Ministerstvo financií SR

#### Príjmy zdravotných poisťovní bez finančných operácií (v mld. EUR)

	2008	2009 (bez zvýšenia zákl. imania VŠZP)	2010	2011
Príjmy spolu	3,276	3,363	3,593	3,608
Medziročná zmena	-	+2,6%	+6,8%	+0,4%

Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou SR, 2011 – predpoklad Ministerstva financií SR

Pre poistencov nie sú dostupné rebríčky zdravotných poisťovní. Naposledy zverejnil komplexný rebríček kvality súkromný think-tank Health Policy Institute v septembri 2008. V ňom sa umiestnili súkromné poisťovne pred štátnymi. V reakcii na to zverejnil štátny Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou narychlo zostavené vlastné poradie, v ktorom sa štátne poisťovne umiestnili pred súkromnými. V roku 2009 Health Policy Institute rebríček nezostavil, dôvodom boli pochybnosti o validite zverejňovaných údajov a tiež neochota štátnych poisťovní poskytovať údaje.

## 2. Najlepšie zahraničné skúsenosti s dôrazom na Holandsko a program Medicaid v USA

Väčšina vyspelých štátov využíva pluralitu v zdravotnom poistení, keď na trhu pôsobí viacero subjektov. Tieto štáty najčastejšie regulujú povinné zdravotné poistenie podobne ako Slovensko, t.j. tak, že súťaž medzi poisťovňami prakticky neexistuje alebo je výrazne obmedzená (napr. Francúzsko, Nemecko, Belgicko, Rakúsko). Niektoré štáty však už aj do povinného poistenia zaviedli prvky súťaže, pričom z pohľadu kvality zdravotnej starostlivosti dosahujú veľmi dobré výsledky (Holandsko, Švajčiarsko). Najlepšie je súťaž rozvinutá v USA, kde pôsobí viac ako tisíc zdravotných poisťovní. Ďalšia skupina štátov používa namiesto zdravotného poistenia tzv. systém jedného platcu („single payer system“), v ktorom neexistuje pluralita poisťovní, keďže zdravotníctvo financuje prevažne z daní jedna štátna agentúra (napr. Veľká Británia, Švédsko, Fínsko).

V nasledujúcej kapitole sa budeme venovať krajinám, kde funguje na poistnom trhu súťaž. Predstavíme dva základné spôsoby prístupu zdravotných poisťovní na trh. V prvom prípade ide o tzv. otvorený trh, keď na trhu môže pôsobiť a navzájom súťažiť neobmedzený počet poisťovní, ktoré spĺňajú vládou definované kritériá. Tento systém funguje aj na Slovensku, v tejto kapitole ho podrobnejšie opíšeme na príklade Holandska, ako aj komerčného poistenia v USA. V druhom prípade ide o prístup na trh prostredníctvom vládou vypísaného tendra, v ktorom vláda hľadá najmenej dva subjekty, ktoré dokážu najlepšie splniť požadované kritériá a s ktorými uzavrie kontrakt na financovanie a riadenie zdravotnej starostlivosti v danom regióne a období. Tento systém sa využíva v USA vo vládou financovaných zdravotníckych programoch, z ktorých najväčší je program Medicaid zameraný na poskytovanie zdravotnej starostlivosti pre chudobných ľudí.

## 2.1 Holandsko

Holandsko patrí medzi najúspešnejšie príklady štátov, ktoré podporujú súťaž medzi poisťovňami s cieľom zvyšovať kvalitu a efektívnosť pri poskytovaní starostlivosti. Ako takmer vo všetkých štátoch OECD, aj tu existuje univerzálna povinnosť uzatvoriť zdravotné poistenie a poisťovne majú zakázané posudzovať poistencov podľa ich zdravotného stavu.

Ešte pred rokom 2006 však v Holandsku neexistoval univerzálny systém, v ktorom by mali všetci obyvatelia povinnosť uzatvárať zdravotné poistenie na vládou definovaný štandard. Popri sebe fungovali dva paralelné systémy verejného a súkromného poistenia. Povinné verejné poistenie krylo zdravotnú starostlivosť pre zhruba 65% obyvateľov a súkromné poistenie pre zvyšných 35% najmä bohatších obyvateľov a ich rodiny (s ročným príjmom približne nad 30-tisíc €). Verejné poistenie spravovalo približne 30 neziskových poisťovní, ktoré ponúkali rovnaký balík zdravotnej starostlivosti a nefungovala medzi nimi súťaž. Financované boli osobitným odvodom, ktorý poistenci platili spolu s daňou z príjmu. Ľudia s vyšším príjmom neboli zahrnutí do verejného poistenia, ale mohli uzavrieť súkromnú poisťku. Súkromné poisťovne mohli rozlišovať medzi ľuďmi podľa výšky platu, zdravotného stavu, alebo veku, mohli tiež odmietnuť uzatvoriť poisťnú zmluvu. V súkromnom poistení nebol mechanizmus na prerozdelenie príjmov. Vláda sa napriek tomu snažila regulovať oba systémy tak, aby adekvátnu zdravotnú starostlivosť v súkromnom systéme dostávali aj ľudia starší a s horším zdravím a súčasne aby bol verejný systém kompenzovaný za to, že v ňom bol vyšší podiel rizikových poistencov. Rastúca nespokojnosť s duálnym systémom vyústila do reformy, ktorá v roku 2006 zjednotila súkromný aj verejný systém a zaviedla tak univerzálne poistenie.

Financovanie zdravotníctva je po reforme z roku 2006 postavené na viacerých zdrojoch/pilieroch:

1. Univerzálne povinné zdravotné poistenie na dlhodobú starostlivosť ktoré, ako uvádza Schäfer (2010), kryje najmä výdavky na sociálne a ošetrovateľské služby pre imobilných, chronicky chorých (napr. s vrodenými fyzickými a psychickými vadami) alebo geriatrických pacientov v lôžkových zariadeniach a v domácom prostredí, ako aj ďalšie súvisiace výdavky (napr. na zdravotné pomôcky, ubytovanie). Poskytovanie starostlivosti organizujú súkromné poisťovne, ktoré financuje štát prostredníctvom osobitnej platby (dane z príjmu), ktorú platia poistenci v roku 2011 so sadzbu 12,15% pri strope príjmu 33427 € ročne, ako aj regionálne samosprávy. V roku 2009 tieto výdavky predstavovali 27% z celkových výdavkov na zdravotníctvo.
2. Univerzálne povinné zdravotné poistenie na základnú starostlivosť ktoré, ako uvádza Schäfer (2010), kryje najmä výdavky na:
  - a. Ambulantnú starostlivosť (všeobecní lekári, špecialisti)
  - b. Zubnú starostlivosť pre ľudí do 22 rokov (pre starších ľudí už len špeciálnu zubnú starostlivosť a umelý chrup)
  - c. Hospitalizáciu v lôžkovom zariadení (ak nejde o prvý pilier, t.j. dlhodobú starostlivosť, zvyčajne trvajúcu viac ako 1 rok)
  - d. Lieky, zdravotné pomôcky a prístroje (len do výšky najlacnejšej alternatívy v danej terapeutickej skupine)
  - e. Pôrody a starostlivosť v tehotenstve
  - f. Záchrannú zdravotnú službu

- g. V obmedzenej miere tieto služby: fyzioterapiu (len pre chronických pacientov, nezahrňa prvých 10 konzultácií v roku), dietetické poradenstvo, rehabilitácie, logopédiu a duševnú starostlivosť (najviac 8 konzultácií ročne u primárneho psychológa, hospitalizácia len do jedného roka), umelé oplodnenie (len prvé tri pokusy).

Poistenie poskytujú súkromné ziskové aj neziskové poisťovne (väčšina je neziskových) na základe povolenia od centrálnej banky. V roku 2009 tvorilo približne 41% z celkových výdavkov na zdravotníctvo.

3. Dobrovoľné doplnkové poistenie na krytie služieb nad rámec vládou definovaného štandardu. Ide napríklad o zubnú starostlivosť pre dospelých, fyzioterapiu s výnimkou chronických pacientov, okuliare, kozmetickú chirurgiu na iné než liečebné účely, spoluúčasť (s výnimkou tzv. „deductible“ platieb – pozri nižšie). Dobrovoľné poistenie uzatvára zhruba 90% občanov Holandska so súkromnými poisťovňami. Poisťovne tu môžu zohľadňovať rizikový profil poistenca, môžu odmietnuť uzavrieť poistnú zmluvu s uchádzačom a môžu požadovať rôzne platby. Doplnkové poistenie tvorí približne 4% výdavkov na zdravotníctvo.
4. Výdavky financované vládou (14% celkových výdavkov na zdravotníctvo v roku 2009)
5. Priame platby (9%) a iné zdroje (4%).

Napriek tomu, že poistenie je v prvom aj druhom pilieri povinné, zhruba 1% obyvateľov sa z rôznych dôvodov nepoistuje a zhruba 2% sú síce poistení, ale nedokážu platiť poistné platby. V oboch prípadoch títo ľudia musia platiť finančnú pokutu. Výnimku z povinného poistenia majú ozbrojené zložky, ktoré majú vlastný systém zdravotného poistenia a tiež osoby, ktoré sa nechcú poistiť z dôvodu ich náboženskej viery alebo filozofického postoja k životu. Tieto osoby však musia platiť určitý odvod na vlastný účet, z ktorého sa hradí ich zdravotná starostlivosť. Po vyčerpaní peňazí z účtu musia platiť zdravotnú starostlivosť z vlastného vrečka.

V druhom pilieri každý občan povinne uzatvára poistenie na vládou stanovený balík zdravotnej starostlivosti, ktorý môžu poisťovne rozšíriť o nadštandardné benefity. Pri rozhodovaní o zaradení starostlivosti do základného balíka sa zohľadňujú tieto kritériá (tzv. Dunning funnel):

1. Prínos ku kvalite života, resp. schopnosť zabrániť stratám v kvalite života
2. Účinnosť
3. Nákladová efektívnosť
4. Finančná dostupnosť pre jednotlivca a miera zodpovednosti jednotlivca

Za deti do 18 rokov uzatvárajú poistenie ich rodičia (prípadne ich opatrovatelia), pričom poistnú platbu platí štát. Dodržiavanie základných štandardov rozsahu aj kvality starostlivosti kontroluje nezávislý štátny úrad. Ten reguluje aj väčšinu platieb za poskytovanie starostlivosti, avšak v lôžkovej starostlivosti sa po zavedení DRG (Diagnosis Related Group) systému v roku 2005 postupne zväčšuje priestor pre dojednávanie cien medzi poisťovňami a poskytovateľmi (pozri nižšie).

Ako uvádza Schäfer (2010), poistenec si môže vybrať poistné plány s finančným alebo vecným plnením:

1. Pri finančnom plnení (benefits in-cash) si poistenec môže vybrať ľubovoľného poskytovateľa, pričom mu za služby platí priamo a následne si vyúčtuje tieto výdavky v zdravotnej poisťovni. Poisťovňa musí preplatiť všetky výdavky, avšak len do určitej výšky obvyklej na trhu. Ak si teda poskytovateľ účtuje viac, než je obvyklá výška, rozdiel dopláca poistenec z vlastného vrecka. V praxi sa tento spôsob platieb neuplatňuje na drahú liečbu, ktorú hradí priamo poisťovňa.
2. Pri vecnom plnení (benefits in-kind) môže mať poistenec obmedzenú voľbu poskytovateľov v rámci partnerskej siete danej poisťovne, mimo siete musí doplácať. Pri čerpaní starostlivosti v partnerskej sieti pacient neplatí, poskytovateľov financuje poisťovňa. V roku 2009 poisťovne selektívnu voľbu poskytovateľov (tzv. selective contracting) nevyužívali, výnimkou boli niektorí individuálni poskytovatelia. V praxi teda do partnerskej siete poisťovní patrili všetky nemocnice a takmer všetci ostatní poskytovatelia na trhu.

V roku 2009 malo vyše 40% obyvateľov poistku s vecným plnením, 25% s finančným plnením, zvyšok mal kombináciu oboch zmlúv.

Zmysel voľby medzi finančným a vecným plnením obmedzuje fakt, že poisťovne pre tieto plány nesmú uplatňovať rôzne poistné platby. Vecné plnenie totiž umožňuje poisťovni efektívnejšie riadiť poskytovateľov v partnerskej sieti, vďaka čomu by mala byť schopná ponúknuť poistencovi lacnejšiu poistku ako kompenzáciu za obmedzenú voľbu poskytovateľa. Naproti tomu pri voľnom výbere poskytovateľa poisťovňa nesie plné finančné riziko aj za čerpanie starostlivosti u poskytovateľa, na ktorého nemá dosah. Mala by tak mať vyššie náklady a tým pádom aj drahšiu poistku. Ak poisťovňa nemôže zohľadniť svoje náklady vo výške poistky, nemá pacient motiváciu voliť obmedzený výber poskytovateľov (keďže nedostane nižšiu poistku), čoho dôsledkom je minimálne využívanie selektívneho výberu a riadenia poskytovateľov.

Ako uvádza Schäfer (2010), pri poistení na dlhodobú starostlivosť (prvý pilier) si pacienti môžu vybrať medzi vecným plnením a tzv. osobným rozpočtom alebo kombináciu oboch spôsobov. Pri voľbe vecného plnenia starostlivosť nakupuje a organizuje poisťovňa dominantná v danom regióne, resp. regionálna samospráva na základe verejného obstarávania, pri voľbe osobného rozpočtu sám pacient.

Podľa HPI (2011) mal v roku 2011 poistenec v Holandsku na výber z 56 rôznych poistných zmlúv v 27 zdravotných poisťovniach. Na trhu pritom dominujú štyri najväčšie holdingy, ktoré majú takmer 90% poistencov. V niektorých regiónoch je koncentrácia ešte vyššia, čo je bariérou súťaže a slobodnej voľby poistenca. Zmeniť poisťovňu môžu poistenci raz do roka. Ako uvádza Maarse (2011), túto možnosť využilo v roku 2006 až 18% poistencov, v roku 2010 už len 3,9% a v roku 2011 5,5% poistencov. Poisťovne musia uzatvoriť zmluvu s každým poistencom, ktorý o to prejaví záujem a spadá do oblasti, v ktorej pôsobia.

Súkromné poisťovne poskytujúce univerzálne poistenie na základný balík majú tri zdroje príjmov:

1. Zhruba 50% tvoria platby z centrálného fondu vyzbierané daňovým úradom od zamestnávateľov a samo-zamestnaných osôb. Zamestnávatelia platili v roku 2011 poistné odvody so sadzbou 7,75% (nárast zo 6,6% v roku 2006) mesačného príjmu



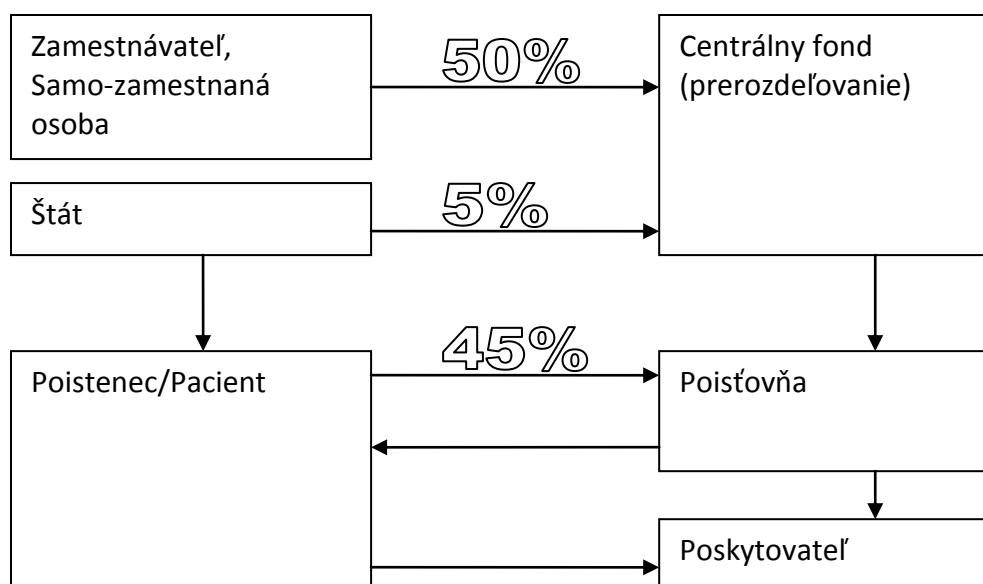
poistenca, najviac však 2600 € ročne. Samo-zamestnané osoby platili v roku 2011 sadzbu 5,65% (4,4% v roku 2006).

2. Zhruba 45% tvoria príjmy z tzv. nominálneho poistného (vrátane platby „deductible“ – pozri nižšie), čo sú platby vyzbierané priamo od poistencov nad 18 rokov. Poistovne súťažia vo výške platieb, každá však musí vyberať rovnaké platby od vlastných poistencov (tzv. community rating), t.j. nesmú rozlišovať poistencov podľa veku, pohlavia alebo zdravotného stavu. Výnimkou sú často využívané kolektívne kontrakty (zväčša so zamestnávateľmi), pri ktorých môžu dať poistovne klientom najviac 10%-nú zľavu. Ako uvádza Maarse (2011), priemerná nominálna platba bola v roku 2011 zhruba 1100 € ročne, čo je nárast zo 795 € v roku 2006. Príčinou nárastu môže byť relatívne nízka úroveň platieb v čase zavádzania reformy s cieľom získať čo najviac klientov, čo potvrdzujú aj nízke dosahované zisky poistovní. Rozdiely v platbách medzi poistovňami sú v praxi malé, len zhruba 5% (v roku 2011 boli ročné platby od 1068 € do 1272 €).
3. Zhruba 5% tvoria platby z centrálného fondu vyzbierané štátom, ktorý platí poistné za chudobných ľudí a deti do 18 rokov. Štát dotuje tzv. nominálne poistné (t.j. paušálne platby vyberané priamo poistovňami) zhruba tretine dospelých obyvateľov.

Poistovne nefinancujú všetky výkony v rámci základného balíka v plnom rozsahu. Ľudia nad 18 rokov od roku 2008 povinne platia v hotovosti za čerpanú starostlivosť platbu (tzv. deductible), ktorú nie je možné kryť povinnou ani dobrovoľnou poistkou. Ide o platbu, ktorú poistenec musí uhradiť skôr, než začne výdavky preplácať zdravotná poistovňa. V roku 2011 bola táto platba 170 € ročne. Platba sa nevzťahuje na vymedzené výkony najmä v primárnej, tehotenskej a materskej starostlivosti ako aj v zubnej starostlivosti do 22 rokov. Od roku 2009 tiež poistovne môžu kompenzovať túto platbu poistencom, ktorí zostanú v ich zmluvnej sieti poskytovateľov (s ktorými majú poistovne osobitné zmluvy o cene a kvalite služieb), užívajú preferované lieky a zdravotné pomôcky alebo vykonávajú vládou definované preventívne programy na cukrovku, depresiu, kardiovaskulárne choroby, nadváhu, atď., ako aj niektorým chronickým pacientom. Naproti tomu, do platby sa nezapočítavajú štátom regulované doplatky na lieky. Poistenec si túto platbu v hotovosti môže dobrovoľne zvýšiť o sumu od 100 € do 500 € (vždy po stovke) výmenou za zníženie nominálnej poistnej platby, čo tiež vytvára pre poistovne priestor na súťaž. **Účelom platieb v hotovosti je zmierniť tzv. morálny hazard, keď poistenci majú sklón k umelému zvyšovaniu spotreby v prípade, že nehradia s tým spojené náklady.**

Okrem platby „deductible“ vláda pri vybraných službách (najmä v prvom pilieri) určuje výšku spoluúčasti, ktorú poistenec musí zaplatiť z vlastného vrecka. Ide zväčša o podiel na celkových nákladoch na čerpanú starostlivosť. Výška spoluúčasti sa líši podľa príjmu jednotlivca, pričom existuje minimálna aj maximálna suma pre výdavky z vrecka poistenca. Pacienti tiež platia fixné doplatky napríklad za konzultácie u psychiatra.

Graf: Finančné toky v zdravotníctve v Holandsku (druhý pilier, zjednodušená schéma)



Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva, Holandsko, [Health Insurance System](#)

Holandsko vyrovnáva rozdiely v riziku poistných kmeňov prerozdelením vybraných príjmov medzi poisťovňami (tzv. risk sharing). Cieľom je zabrániť tomu, aby si poisťovne vybrali len zdravších poistencov, resp. aby sa v niektorej z poisťovní koncentrovali rizikovní poistenci. Inými slovami, prerozdelenie má zabezpečiť, aby z pohľadu ziskovosti pre poisťovne neboli rozdiely medzi viac alebo menej rizikovými poistencami. Vykonáva sa v dvoch fázach:

1. „Ex ante“ sa prerozdeľujú príjmy z centrálného fondu, ktorý zhromažďuje odvody platené sadzbou z príjmu a tiež platby štátu, čiže zhruba 55% všetkých príjmov poisťovní. Platby vzbierané priamo od poistencov (tzv. nominálne poistné) sa neprerozdeľujú, aby poisťovne mohli súťažiť v ich výške. Prerozdelenie zohľadňuje rozdiely medzi poistencami vo veku, pohlaví, ekonomickej aktivite, regióne (kompenzácie podľa podielu imigrantov, rizika úmrtnosti a príjmu), ďalej v historických výdavkoch na lieky potrebné na liečenie chronických chorôb (tzv. PCG, Pharmaceutical Cost Groups) ako aj v diagnózach chronicky chorých poistencov (tzv. DCG, Diagnostic Cost Groups). Na základe uvedených faktorov sa vypočíta pre každú poisťovňu odhad výdavkov v danom roku, od čoho sa odpočíta odhad príjmov z nominálneho poistného. Výsledná suma sa vypláti príslušnej poisťovni. Zdieľanie rizika sa tak týka všetkých zdrojov poisťovní, hoci reálne sa prerozdeľuje len 55%. Odhad príjmov z nominálneho poistného sa počíta podľa štandardizovanej, t.j. nie reálnej platby, aby poisťovne neboli motivované umelo ich znížiť s cieľom získať viac peňazí z centrálného fondu.
2. „Ex post“ prerozdelenie má kompenzovať poisťovne po uplynutí „ex ante“ relevantného obdobia za vzniknuté náklady, ktoré nemohli ovplyvniť. Ide napríklad o zmenu rizikovosti poistného kmeňa a neočakávané vysoké výdavky na zdravotnú starostlivosť. Okrem toho poisťovne dostávajú kompenzácie, ak sú ich priemerné variabilné náklady na poistenca v lôžkovej starostlivosti príliš vysoké v porovnaní s národným priemerom a naopak, musia kompenzovať iné poisťovne, ak sú ich náklady príliš nízke. Súčasťou „ex post“ prerozdelenia sú aj platby, ktoré majú vyrovnáť rozdiely medzi očakávanými a skutočnými nákladmi za všetky poisťovne.

Cieľom reformy z roku 2006 bolo, aby súkromné poisťovne medzi sebou súperili aj pri uzatváraní zmlúv s poskytovateľmi, t.j. pri dohadovaní kvality, kvantity a ceny poskytovaných služieb. Poisťovne by sa tak mali stať reálnymi nákupcami poskytovanej starostlivosti. Základné predpoklady pre zavedenie cenovej súťaže pri vyjednávaní s nemocnicami boli:

- Vytvorenie transparentného a jednotného mechanizmu oceňovania starostlivosti poskytovanej v nemocniciach a tiež v špecializovaných ambulanciách (DRG systém zavedený od roku 2005)
- Možnosť pre poisťovne uzatvárať kontrakty iba s vybranými poskytovateľmi, t.j. nie so všetkými (tzv. selective contracting), túto možnosť však zatiaľ poisťovne uplatňujú len v minimálnej miere.

Do roku 2005 boli nemocnice financované podľa rozpočtov, ktoré zohľadňovali najmä ich veľkosť (napr. počet lôžok, počet zamestnancov) a funkčné zameranie. Nemocnice si jednotlivé služby účtovali oddelene, pričom nebolo zrejmé, ako spolu súvisia pri starostlivosti o pacienta s konkrétnou diagnózou. S cieľom sprehľadniť finančné toky bolo potrebné zaviesť mechanizmus, v ktorom by peniaze sledovali pacienta, t.j. ktorý by rozlišoval, koľkých pacientov s akými diagnózami nemocnice liečia. Riešením je holandská alternatíva DRG systému (ide o tzv. Diagnosis Treatment Combinations), podľa ktorého musia nemocnice od roku 2005 vykazovať všetky svoje výdavky. Systém stanovil približne 30-tisíc kombinácií diagnóz a príslušných výkonov (od prvej konzultácie, cez diagnostikovanie až k liečebným zákrokom), pričom každej kombinácii priradil náklady, ktoré majú nemocnice dostať za poskytnutie služieb. Úhrady v novom systéme už teda nezávisia napríklad od dĺžky hospitalizácie alebo počtu diagnostických vyšetrení, súvisiace finančné riziko prešlo plne na poskytovateľa.

**Od zavedenia DRG systému sa postupne rozširuje skupina diagnóz a súvisiacich výkonov, ktorých cenu už nereguluje štát, ale môžu ju voľne dohadovať poisťovne s nemocnicami. Kým v roku 2005 išlo o 10% príjmov nemocníc, v roku 2009 to už bolo 33%. Voľné dohadovanie cien sa zo začiatku týkalo len rutinných výkonov ako výmena kolenného či bedrového kĺbu, operácia šedého zákalu, kŕčových žíl, liečenie cukrovky, a podobne. Ceny služieb, ktoré sa nedohadujú na trhu, zatiaľ reguluje štát. V regulovanom segmente nefunguje ani voľné dohadovanie kvality a objemu zdravotnej starostlivosti. Ako píše Maarse (2011), väčšinou ide o rokovania dominantnej poisťovne s nemocnicou, pričom vyššie poisťovne akceptujú dohodnuté podmienky. Nemocnice tu navyše stále musia dodržať maximálny strop výdavkov, ktorý stanovuje štát. Duálny systém financovania nemocníc je neprehľadný a spôsobuje administratívne problémy. V roku 2010 preto ministerstvo zdravotníctva ohlásilo radikálne rozšírenie neregulovaného segmentu na 70% príjmov nemocníc v roku 2012.**

Ako uvádza Schäfer (2010), holandská verzia DRG systému je zložitá a medzinárodne nekompatibilná. Od roku 2011 sa preto zjednodušuje, pričom sa znižuje počet kombinácií diagnóz a súvisiacich výkonov z 30-tisíc na 3-tisíc. Vyhodnotenie DRG systému a voľného uzatvárania zmlúv je vzhľadom na krátkosť času od jeho zavedenia nemožné, hoci predbežné údaje v roku 2008 poukázali na mierne zlepšenia v kvalite aj cene poskytovanej starostlivosti. **Jednou z hlavných bariér ďalšieho zvyšovania kvality sú chýbajúce objektívne štandardy a nedostatočná transparentnosť v informovaní o kvalite poskytovateľov.**

S cieľom posilniť súťaž a tzv. riadenú starostlivosť o pacienta (managed care) v **Holandsku od roku 2010 zavádzajú tzv. platby za epizódy, ktoré majú financovať poskytovanie primárnej aj špecializovanej starostlivosti pre vybrané diagnózy (napríklad cukrovka, kardiovaskulárne choroby, atď.). Ide o podobný systém ako DRG, ibaže v ambulantnej sfére.** Zavedením jednej platby sa zvýši motivácia pre všeobecných lekárov aj špecialistov spolupracovať na liečbe konkrétneho pacienta a tým zvýšiť efektívnosť. Nový systém tiež môže vytvoriť priestor pre poisťovne súťažiť aj pri nakupovaní ambulantnej starostlivosti. V súčasnosti v tejto oblasti poisťovne prakticky nesúťažia. Samostatní špecialisti sú od roku 2008 odmeňovaní na báze DRG systému, pričom pre každú kombináciu diagnóz a súvisiacich výkonov je ich odmena určená podľa počtu hodín a štátom regulovanej hodinovej mzdy, ktorá je jednotná pre všetky špecializácie. Všeobecní lekári sú odmeňovaní najmä platbami na poistenca (tzv. kapitačné platby) a v menšej miere platbou za konzultácie a vybrané výkony. Ako píše Schäfer (2010), predstavitelia všeobecných lekárov (napr. komory), poisťovní a ministerstva zdravotníctva každoročne dohadujú maximálne platby. Následne komory dohadujú kontrakty s najväčšou poisťovňou v regióne, pričom dohodnuté podmienky akceptuje väčšina zvyšných poisťovní. V malom počte poisťovne dohadujú s lekármi aj individuálne kontrakty.

Pri dlhodobej starostlivosti (prvý pilier) boli poskytovatelia až do roku 2009 odmeňovaní podľa počtu lôžok. Po reforme vznikli tzv. balíky služieb v závislosti od intenzity (napr. koľko hodín denne si vyžaduje starostlivosť o pacienta) a náročnosti poskytovaných služieb, pričom náklady pre každý balík na jeden deň poskytovanej starostlivosti reguluje štátny úrad.

Reforma vytvorila priestor aj pre vertikálnu integráciu poisťovní a poskytovateľov. Ako píše Schäfer (2010), prejavuje sa to zatiaľ len v majetkovom previazaní niektorých poisťovní so zdravotníckymi centrami poskytujúcimi odkladnú starostlivosť, lekárňami, či plánom jednej z poisťovní kúpiť regionálnu nemocnicu. Maarse (2011) uvádza, že jedna z poisťovní sa špecializuje na investície do centier primárnej starostlivosti.

Poisťovne zatiaľ priamo neriadia pohyb pacientov medzi poskytovateľmi. Používajú skôr mäkké nástroje, ako napríklad informovanie o čakacích lehotách v nemocniciach, alebo kompenzáciu priamej platby (tzv. „deductible“ vo výške 170 € v roku 2011) v prípade, že sa poistenec lieči v partnerskej sieti poskytovateľov. Ako však uvádza Maarse (2011), v roku 2010 niektoré poisťovne oznámili, že neuzavrú zmluvy s vybranými nemocnicami na určité výkony (napr. chirurgické odstránenie rakoviny prsníka), keďže dané nemocnice nespĺňajú požadované štandardy kvality. Okrem toho, **zdravotné poisťovne požadujú odporúčanie všeobecného lekára pri úhrade nákladov na špecializovanú odkladnú starostlivosť.** Všeobecní lekári tak majú kľúčovú úlohu pri rozhodovaní o ďalšej liečbe pacienta a tým aj pri riadení nákladov s tým spojených. Odporúčanie sa netýka konkrétnej nemocnice, tú si môže vybrať pacient podľa vlastných preferencií.

## 2.2 USA s dôrazom na Medicaid

USA je jedným z troch členov OECD (popri Mexiku a Turecku), kde neexistuje univerzálny zdravotný systém zabezpečujúci starostlivosť pre všetkých obyvateľov. Niektoré štáty však v minulosti podnikli kroky smerom k univerzálnemu systému, a to napríklad zavedením povinného zdravotného poistenia, ktoré chudobným dotuje štát, pre väčšinu obyvateľstva. Najvýraznejším príkladom je štát Massachusetts (reforma z rokov 2006 - 2007).

V USA pôsobí viac ako tisíc zdravotných poisťovní. Sú to predovšetkým súkromné neziskové organizácie, pôsobia tu však aj ziskové poisťovne. Zdravotné poistenie má zhruba 83% obyvateľov, zvyšných 17% je bez poistenia (v roku 2009 to bolo podľa Wikipédie 16,7%, ide najmä o ľudí s nižším príjmom). Väčšina ľudí je poistených súkromne, 59% cez zamestnávateľa a zhruba 9% si platí poisťku individuálne. Poistné platby v komerčnom poistení sú nominálne, t.j. nie sú určené ako sadzba z príjmu, zdravotné poisťovne sa môžu líšiť v ich výške a môžu v nich zohľadniť zdravotné riziko poistenca. Pre časť ľudí je tak zdravotné poistenie príliš drahé, čo je zrejme jednou z hlavných príčin vysokého podielu nepoistených ľudí. Vláda financuje z daní zdravotnú starostlivosť približne pre 28% obyvateľov a to najmä pre ľudí nad 65 rokov a zdravotne postihnutých (program Medicare financovaný osobitnou daňou zo mzdy), chudobných (program Medicaid), pre deti z rodín s nízkym príjmom (SCHIP), ako aj pre vojenských veteránov (VHA) a ľudí v aktívnej vojenskej službe (TRICARE).

Pre lepšie pochopenie štruktúry financovania zdravotnej starostlivosti uvádzame základné formy zdravotného poistenia, ktoré v USA existujú v komerčnom poistení, t.j. mimo vládou financovaných programov (Zdroj: INEKO 2009 a 2011):

1. Tradičné poistenie (Fee-For-Service Plans, resp. Indemnity Plans) – poisťovne preplácajú náklady na liečbu u každého poskytovateľa, ktorého si zvolí poistenec. Kvôli širokej dostupnosti poskytovateľov je tradičné poistenie zvyčajne drahšie než poistenie s obmedzenou sieťou poskytovateľov. Poisťovne nepreplácajú celú sumu nákladov na liečbu. Až do určitej výšky platí náklady pacient z vlastného vrecka. Pacient sa čiastočne podieľa aj na financovaní nákladov nad stanovenú sumu, väčšinu však prepláca poisťovňa. Poisťovne bežne stanovujú ročný strop pre výdavky pacienta. Náklady prevyšujúce tento strop preplácajú poisťovne v plnej výške. Z pohľadu pacienta sú tradičné poisťovne náročné na administratívu, keďže vyžadujú vyplňanie formálnych žiadostí na preplatenie nákladov na liečbu. Ide o podobný systém ako sú holandské zdravotné plány s finančným plnením. Podiel tradičných poisťovní na trhu zamestnávateľov klesol zo 73% v roku 1988 na 1% v roku 2011.
2. Poisťovne manažujúce pacienta (tzv. Managed Care Organizations) – platia za liečbu prevažne/prioritne vybraným poskytovateľom (s výnimkou naliehavých prípadov, napr. úrazov). Za to majú zvyčajne dohodnuté nižšie ceny, sú teda lacnejšie. Ich podiel na trhu rastie, zmluvy s nimi v súčasnosti uzatvárajú takmer všetci zamestnávateľia. Patria sem predovšetkým:
  - Health Maintenance Organizations (HMO) – väčšinou ziskové poisťovne, ktoré na základe dopredu dohodnutých platieb umiestňujú pacientov u vybraných poskytovateľov, s ktorými úzko spolupracujú, prípadne ich aj zamestnávajú. Kľúčovú úlohu medzi poskytovateľmi majú všeobecní lekári, ktorí na základe štandardov HMO rozhodujú o ďalšej liečbe pacienta hradenej HMO (tzv.

gatekeepers). HMO hradia takmer všetky náklady spojené s liečbou, pacient dopláca minimálne. Z pohľadu pacienta sú HMO menej náročné na administratívu než tradičné poisťovne, keďže vo vlastnej sieti poskytovateľov majú náklady na liečbu viac pod kontrolou. Podiel HMO na trhu zamestnávateľov stúpol v roku 1996 na 31%, odvtedy klesol na 17% v roku 2011.

- Preferred Provider Organizations (PPO) – voľnejšie a tiež širšie združenia poskytovateľov, ktoré uzatvárajú zmluvy s viacerými poisťovňami alebo zamestnávateľmi. Väčšinu PPO financujú priamo zamestnávatelia, ktorí tak nesú finančné riziko. Zamestnávatelia rozhodujú o poistných platbách hradených zamestnancami a ich rodinami ako aj o balíkoch služieb, na ktoré majú na základe týchto platieb nárok. Zamestnávatelia tiež platia pravidelný administratívny poplatok zdravotnej poisťovni za spracovanie platieb poskytovateľom a sprístupnenie cien, ktoré daná poisťovňa vyjedнала s poskytovateľmi. V porovnaní s HMO má v PPO pacient slobodnejšiu voľbu pri výbere poskytovateľa (napr. nepotrebuje odporúčanie), mimo siete PPO však platí viac a musí vyplňovať formálne žiadosti na preplácanie nákladov. Celkovo sú doplatky pacienta pri PPO vyššie ako pri HMO. Trhový podiel tohto typu poistenia medzi zamestnávateľmi stúpol z 11% v roku 1988 na 55% v roku 2011.
  - Point of Service (POS) – podobne ako HMO vyžadujú pre ďalšiu liečbu odporúčanie konkrétneho všeobecného lekára, ktorého si pacient zvolil v rámci zmluvnej siete. Tento lekár sa stáva pre pacienta kľúčovým bodom rozhodujúcim o jeho zdravotnej starostlivosti (point of service). Súčasne však podobne ako pri PPO umožňuje POS všeobecnému lekárovi odporučiť pacienta na liečbu aj u poskytovateľov mimo zmluvnej siete, avšak za podstatne vyšší doplatok pacienta, na ktorého tiež v takom prípade prechádza administratíva spojená s preplácaním nákladov. Podiel POS na trhu zamestnávateľov stúpol na 24% v roku 1999, odvtedy klesá na 10% v roku 2011.
3. High Deductible Health Plans With Savings Options (HDHP/SO) – zdravotné plány spadajúce pod Indemnity Plans, HMO, PPO, alebo POS, ktoré spĺňajú dve podmienky:
- a. Ponúkajú možnosť zníženia poistného za podmienky, že pacient bude najskôr financovať náklady poskytnutej zdravotnej starostlivosti v určitej minimálnej výške v hotovosti (tzv. deductible, v roku 2011 to bolo 1000-1200 \$ pre jednotlivca, resp. 2000-2400 \$ pre rodinu) a až následne za neho začne hradíť náklady poisťovňa.
  - b. Umožňujú poistencom alebo ich zamestnávateľom sporiť si na hotovostné výdavky uvedené v predošlom bode na osobitnom účte.

Podiel HDHP/SO na trhu zamestnávateľov stúpol z 0% v roku 2005 na 17% v roku 2011, pričom ho využívajú najmä veľké firmy s viac než 1000 zamestnancami.

Podiely rôznych druhov poistenia na trhu zamestnávateľov (podľa počtu zamestnancov)

	Tradičné poisťovne	HMO	PPO	POS	HDHP/SO
1988	73%	16%	11%	0%	0%
1993	46%	21%	26%	7%	0%
1996	27%	31%	28%	14%	0%
1999	10%	28%	39%	24%	0%
2003	5%	24%	54%	17%	0%

2006	3%	20%	60%	13%	4%
2011	1%	17%	55%	10%	17%

Zdroj: Kaiser, 2011 (b)

Uvedená tabuľka poukazuje na postupný rozmach rôznych foriem riadenej starostlivosti (tzv. managed care), ktorú dnes využívajú takmer všetci zamestnávateľia v USA. Najrozšírenejšie sú združenia poskytovateľov (tzv. PPO), ktoré zamestnávateľom ponúkajú výhodnejšie podmienky pri poistení ich zamestnancov, súčasne však umožňujú pacientom navštíviť za poplatok aj poskytovateľov mimo tohto združenia. Od roku 2006 na trhu zaznamenali prudký nárast poistné plány ponúkajúce relatívne vysoké odpočítateľné položky z poistky (tzv. deductible) výmenou za úhradu časti nákladov v hotovosti a súčasne umožňujúce poistencovi alebo jeho zamestnávateľovi sporiť si na tieto výdavky na osobitnom účte.

**Kľúčovou výhodou systému riadenej starostlivosti (managed care) je, že poisťovne získavajú lepšiu kontrolu nad nákladmi, ktoré platia za poskytovanie zdravotnej starostlivosti ako aj nad kvalitou a objemom poskytovanej starostlivosti.** Myšlienka spočíva v koordinovaní čerpania zdravotnej starostlivosti tak, aby pri dodržaní požadovanej úrovne kvality nedochádzalo k vzniku zbytočných nákladov, napríklad duplicitných alebo nepotrebných vyšetrení, predpisovaniu drahších liekov ak sú dostupné lacnejšie alternatívy, neúmernému predlžovaniu hospitalizácií, alebo vzniku chorôb a komplikácií (a tým aj nákladov), ktorým sa dá predchádzať prevenciou a kvalitnou liečbou. Ku koordinácii môže dochádzať na základe spolupráce definovanej v zmluvnom vzťahu medzi poisťovňou a poskytovateľom a/alebo zavádzaním motivácií pre poskytovateľov aj pacientov tak, aby niesli spoluzodpovednosť za celkové náklady na zdravotnú starostlivosť.

Medzi základné znaky riadenej starostlivosti patria:

- Na rozdiel od platieb za výkony (fee-for-service), sú pre riadenú starostlivosť typické tzv. kapitačné kontrakty, ktoré uzatvára poisťovňa s poskytovateľmi. Ide o kontrakt, kde poskytovateľ dostáva pravidelne určenú sumu na poistenca bez ohľadu na objem ním spotrebovanej zdravotnej starostlivosti. **V porovnaní s tradičným systémom teda poisťovňa prenáša na poskytovateľov časť finančného rizika spojeného s krytím nákladov na zdravotnú starostlivosť.** Výhodou kapitačnej platby je, že nemotivuje poskytovateľa ku generovaniu nepotrebných výkonov, čo by umelo zvyšovalo náklady.
- Poisťovne môžu odmeňovať poskytovateľov pracujúcich v skupine (t.j. nie individuálne), ktorá môže mať rôzne formy, od združení nezávislých poskytovateľov, po zamestnanie v rámci jednej spoločnosti. V rámci tejto skupiny zdieľajú poskytovatelia klinické i ekonomické (finančné) riziká s cieľom čo najefektívnejšie alokovať klinické zdroje a uspokojiť potreby pacientov. **Typickým znakom je pomerne silné postavenie všeobecného lekára, ktorý sa stáva osobným/rodinným lekárom pacienta, vo veľkej miere rozhoduje o jeho ďalšej zdravotnej starostlivosti** a je pre neho teda akousi vstupnou bránou k iným poskytovateľom (tzv. gate keeper).
- Poskytovatelia aktívne riadia náklady na zdravotnú starostlivosť v spolupráci so zdravotnými poisťovňami, prípadne i s poistencami. Poskytovateľ sa napríklad naďalej slobodne rozhoduje o tom, aká zdravotná starostlivosť je pre jeho pacienta najlepšia, t.j. môže sa odchyliť od doporučeného (nie prikázaného) postupu, avšak musí vedieť zdôvodniť, prečo sa tak rozhodol.

- Dôraz na zvyšovanie kvality spolu so zdieľaním rizík medzi poisťovňami a poskytovateľmi motivuje poskytovateľov zvyšovať efektívnosť, kľasť dôraz na prevenciu, včasne identifikovať ochorenia a predchádzať možným komplikáciám. **Aby poskytovatelia neboli motivovaní znižovať náklady na úkor kvality poskytovanej starostlivosti (napr. tzv. podliečovaním pacientov), je potrebné definovať požadovanú kvalitu a zaviesť systémy pre jej sledovanie a zlepšovanie.**
- Moderné programy riadenej zdravotnej starostlivosti využívajú motivačný program, ktorý napríklad prostredníctvom bodového systému (kde na základe počtu získaných bodov vzniká nárok na určené benefity) odmeňuje pacientov za želané správanie a odrádza od neželaného. Podobné systémy môžu poisťovne uplatňovať aj vo vzťahu k poskytovateľom.

Koncept riadenej starostlivosti vznikol v reakcii na prudký rast nákladov v zdravotníctve. Cieľom zmeny bolo spomaliť rast nákladov a súčasne zvýšiť kvalitu zdravotnej starostlivosti a to bez zavádzania limitov na poskytnuté výkony a bez predlžovania čakacích radov, čo sú v Európe bežne využívané nástroje na kontrolu nákladov. V 90-tych rokoch 20. storočia v USA skutočne došlo k spomaleniu rastu nákladov na zdravotníctvo. Ako uvádza Kaiser 2011 (a), kým v rokoch 1980 až 1990 stúpol podiel zdravotníckych výdavkov na HDP až o 3,2%, v rokoch 1990 až 2000 to bolo už len o 1,2%.

Na druhej strane však podľa Wikipedie od konca 90-tych rokov 20. storočia prieskumy verejnej mienky poukazovali na názory pacientov, že znižovanie nákladov išlo často na úkor kvality poskytovanej liečby. Pre 90-te roky bolo okrem toho aj v iných odvetviach príznačné zosilnenie súťaže o zákazníka, ktorý viac než predtým požadoval produkty šité na jeho mieru. Aj v zdravotníctve začali pacienti prejavovať nespokojnosť so zúženou možnosťou výberu poskytovateľa a viac než predtým chceli rozhodovať o tom, akú zdravotnú starostlivosť a kde budú čerpať. Viaceré štáty USA preto zaviedli prísnejšie štandardy pre kvalitu liečby, zdravotné poisťovne reagovali tiež pestrejšou ponukou zdravotných plánov, ale aj uvoľnením dovtedy pomerne prísnej kontroly nákladov v rámci riadenej starostlivosti. Jedným z dôsledkov bolo prudké zrýchlenie rastu nákladov na zdravotníctvo po roku 2000.

Riadená starostlivosť sa v USA rýchlo rozšírila aj vzhľadom na nepopulárnosť alternatívnych možností, ako znižovať náklady (napr. zužovanie balíka poisťovňou preplácaných služieb, znižovanie platieb poskytovateľom, atď.) a dnes predstavuje dominantný spôsob financovania v súkromnom ale aj v štátom financovanom poistení.

Rozširovaniu riadenej starostlivosti v USA a jej vplyvu na rast nákladov a kvalitu liečby sa zaoberajú viaceré štúdie (pozri napr. Miller, 1997; CBO, 1994; Cutler, 1997). Podľa jednej z nich (Cutler, 1997) využívalo zdravotné plány s riadenou starostlivosťou v roku 1980 zhruba 5% súkromne poistených Američanov, v roku 1987 to bolo 25% a v roku 1995 už cez 75%. V rámci USA však boli veľké rozdiely medzi jednotlivými štátmi, keď napríklad v Kalifornii využívalo riadenú starostlivosť v roku 1995 zhruba 80% súkromne poistených obyvateľov, v štátoch ako Aljaška alebo Wyoming to bol podiel blízky nule. Podľa štúdie dávala Kalifornia na zdravotníctvo v prepočte na obyvateľa v roku 1980 o 17% viac než bol americký priemer za všetky štáty, do roku 1993 však jej výdavky klesli na úroveň priemeru. Na podobných porovnaníach **autori štúdie ukazujú, že ak podiel poistencov v HMO, čo je najstriktnejšia forma riadenej starostlivosti, stúpne o 10%-nych bodov, dôjde k spomaleniu rastu**



**výdavkov na zdravotníctvo v priemere o 0,5%-neho bodu ročne. K najväčšiemu šetreniu dochádza v nemocniciach a to najmä vďaka skráteniu doby strávenej na lôžku, pričom počet hospitalizácií ostáva nezmenený.**

V súčasnosti zažíva riadená starostlivosť v USA renesanciu, keď ju využíva čoraz viac poistencov štátu najmä v rámci štátneho programu Medicaid. Tento program vznikol v roku 1965 s cieľom poskytnúť bezplatné zdravotné poistenie chudobným a zdravotne postihnutým Američanom. Je financovaný z federálnych aj štátnych príjmov, pričom štáty si ho spravujú samostatne podľa pravidiel určených na federálnej úrovni. S výnimkou Arizony program Medicaid vznikol na úrovni vlády konkrétneho štátu, ktorá pôsobila ako jeden platca (single payor) pre všetkých oprávnených užívateľov. Celkové verejné výdavky programu Medicaid v pomere k HDP kontinuálne rastú z 0,4% HDP v roku 1970 na 0,9% v roku 1980, 1,2% v roku 1990, 2% v roku 2000 a 2,7% v roku 2009 (CMS, 2010). Podľa The Economist (2011) je Medicaid najväčší zdravotný program v USA, ktorý v roku 2011 využil aspoň na mesiac každý piaty Američan. Kaiser (2012) uvádza, že v jednotlivých štátoch tvorí Medicaid s podielom 16% na rozpočte druhú najväčšiu výdavkovú položku hneď po školstve.

Medicaid financuje široký balík zdravotníckych tovarov a služieb, pričom federálne pravidlá zakazujú štátom znižovať náklady prostredníctvom rozširovania spoluúčasti alebo zužovania tohto balíka pre väčšinu užívateľov. V snahe spomaliť rastúce náklady na Medicaid preto štáty postupne začali zavádzať riadenú starostlivosť prostredníctvom uzatvárania zmlúv so súkromnými zdravotnými poisťovňami, ktoré boli lepšie pripravené odstraňovať neefektívnosti typické pre systém jedného platcu vo verejnom zdravotnom poistení. Podiel účastníkov zapojených do riadenej starostlivosti v programe Medicaid stúpol od 90-tych rokov minulého storočia prakticky z nuly na 72% v roku 2009 a stále rastie.

**Zavádzanie riadenej starostlivosti v programe Medicaid prinieslo podľa prevažnej väčšiny analýz (Lewin, 2009) úsporu nákladov na zdravotnú starostlivosť a zároveň zlepšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti (najmä prevencie a primárnej starostlivosti) a tiež spokojnosti pacientov.** K najväčšiemu šetreniu dochádza v nemocniciach a to najmä vďaka zníženiu nákladov na hospitalizáciu pacientov, druhou významnou oblasťou v úsporách sú výdavky na lieky. Viaceré štáty napriek tomu zatiaľ do riadenej starostlivosti nezahrnuli vysoko nákladové služby ako aj vysoko nákladových a ťažko zdravotne postihnutých pacientov (napr. tzv. ABD pacienti – aged, blind, disabled). Riadenú starostlivosť tak síce dostáva väčšina pacientov v programe Medicaid, avšak väčšinu nákladov (60% v roku 2009) financuje vláda ako jeden platca tradičným spôsobom, teda na báze fee-for-service. Práve rozširovanie riadenej starostlivosti do segmentu pacientov s vysokými nákladmi tak predstavuje najväčšiu výzvu do budúcnosti.

Medzi riadenou starostlivosťou v programe Medicaid a v komerčnom poistení existuje niekoľko základných rozdielov:

1. V komerčnom poistení majú zdravotné poisťovne voľný prístup na trh, stačí ak splnia podmienky regulácie a získajú súhlas vlády. Naproti tomu v programe Medicaid musia poisťovne súťažiť vo vládou vypísanom tendri, v ktorom štát na základe definovaných kritérií vyberie poisťovne, ktoré môžu poisťovať klientov v danom regióne a danom období. Definovaním kritérií (napr. náklady, kvalita, dostupnosť poskytovateľov,

spôsob poskytovania služieb, atď.) štát priamo ovplyvňuje parametre, v ktorých si želá súťaž poisťovní. Zároveň na základe týchto kritérií štát vyberá poisťovne, ktoré dokážu ponúknuť užívateľom najväčšiu pridanú hodnotu za dané peniaze.

2. Poistné platby v programe Medicaid neplatí poistenec, resp. jeho zamestnávateľ, ale štát. Ide pritom o tzv. kapitačné platby, čiže štát platí na každého poistenca v danej skupine rovnakú platbu (to isté platí pre platby štátu za ekonomicky neaktívne osoby na Slovensku). Zo skúseností jedného platcu má štát lepší prístup k informáciám a celkovo silnejšie postavenie vo vzťahu k poisťovni než individuálny poistenec. Vďaka tomu by mal byť štát schopný lepšie vyberať, kontrolovať a motivovať poisťovňu k tomu, aby poistencom poskytovala optimálnu hodnotu.
3. Na rozdiel od komerčného poistenia poistenci v programe Medicaid neplatia žiadnu spoluúčasť a to ani v prípade, že dostanú starostlivosť mimo partnerskej siete poskytovateľov. Poisťovne tu pôsobia ako vládni agenti, ktorí monitorujú poskytovateľov v zmluvnej sieti, či poskytujú užívateľom všetky definované benefity. V prípade, že sa poskytovatelia pokúšajú zavádzať priame platby za tieto benefity, majú poisťovne povinnosť nahlásiť túto skutočnosť príslušným autoritám.

Ako uvádzame v prvom bode, v rámci vládou financovaných schém zdravotného poistenia **štát pravidelne vyhlasuje tendre na prevádzkovanie programov riadenej starostlivosti v určitom období**. Programy sú zväčša zamerané na špecifické regióny, skupiny obyvateľstva a špecifickú zdravotnú starostlivosť. Napríklad v Texase vyhlásila vláda v apríli 2011 [tender](#) v rámci programu Medicaid s cieľom nájsť poisťovne, ktoré dokážu ponúknuť rovnaké alebo lepšie služby za nižšie náklady než mala vláda v pozícii jedného platcu. Tender bol zameraný na poskytovanie komplexnej zdravotnej starostlivosti pre účastníkov tohto programu, ale aj špecificky na poskytovanie akútnej a dlhodobej starostlivosti pre starších alebo zdravotne znevýhodnených ľudí, alebo na poskytovanie primárnej a preventívnej starostlivosti pre deti z rodín s nízkym príjmom. **V záujme zabezpečiť možnosť voľby pre klientov a tým aj súťaž na trhu štát udeľuje licencie pre dané obdobie (napr. v Texase ide o 4 roky s možnosťou predĺženia najviac o ďalšie 4), región a program vždy najmenej dvom organizáciám poskytujúcim riadenú starostlivosť** (tzv. MCOs, Managed Care Organizations – môže ísť o HMO ale aj iné formy, napríklad združenia poskytovateľov, atď.). Štát vyhlasuje tendre formou výzvy na podávanie návrhov projektov. Pre každý program výzva definuje konkrétne skupiny obyvateľstva, ktoré sa do neho musia zapojiť povinne, ktoré sa môžu zapojiť dobrovoľne, prípadne ktoré sa nesmú zapojiť. Súčasťou výzvy je presné definovanie rozsahu zdravotnej starostlivosti, na ktorý v danom programe existuje pre dané skupiny obyvateľstva bezplatný nárok.

V texaskom tendri vláda vyhodnocuje návrhy projektov najmä podľa týchto kritérií: kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti, inovácie a kvalita služieb pre zákazníkov, miera plnenia požadovaných štandardov, skúsenosti a finančná stabilita uchádzačov. Plnenie požadovaných štandardov musia uchádzači preukázať najmä v týchto oblastiach:

- Sieť poskytovateľov – sleduje sa napr. presná identifikácia, počet a typ/kvalifikácia, časová a priestorová dostupnosť (napríklad dĺžka čakacích radov) poskytovateľov. Každý uchádzač musí vyplniť formulár s otázkami, aký je podiel a počet pacientov s prístupom k danému typu poskytovateľa do určitej vzdialenosti, napr. aký je podiel a počet pacientov s prístupom do 30 míľ od všeobecného lekára alebo nemocnicu poskytujúcu akútnu starostlivosť, do 15 míľ od lekárne, resp. do 75 míľ od lekárne

otvorenej 24 hodín denne, atď. Uchádzači tiež musia uviesť priemerné vzdialenosti daného typu poskytovateľov pre všetkých pacientov.

- Kvalita a efektívnosť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti – sledujú sa napr. pravidlá pre meranie kvality poskytovateľov vrátane zisťovania spokojnosti klientov; odmeňovanie za vyššiu kvalitu; vyvodenie dôsledkov za nižšiu kvalitu; uplatňovanie štandardných klinických postupov; spotreba liekov konkrétnych poskytovateľov; podmienky tvorby a delenia úspor dosiahnutých vďaka vyššej efektívnosti; podmienky pre povinné poskytovanie telefonického poradenstva/horúcej linky pre poskytovateľov; atď.
- Kontinuita vo vzťahoch medzi pacientmi a poskytovateľmi
- Služby klientom/poistencom (napr. podmienky pre povinné poskytovanie telefonického poradenstva/horúcej linky pre klientov; podmienky pre informovanie o balíku zdravotnej starostlivosti na ktorý majú klienti bezplatný nárok; plán pre riešenie problémov s dostupnosťou poskytovateľa; spôsob spracovania sťažností; atď.)
- Program manažmentu chronických chorôb (disease management) a manažmentu pacientov s rizikom vysokých/katastrofických nákladov na liečbu (case management) – spôsob identifikácie a liečby pacientov. Pre poisťovne je často know-how súvisiace s uvedenými programami hlavnou konkurenčnou výhodou, keďže im najviac pomáha v šetrení nákladov. **Poisťovne vedú podrobné databázy informácií o tom, akú starostlivosť čerpali ich klienti a na ich základe sa snažia predpovedať a predchádzať vzniku budúcich nákladov.**
- Manažment informačných systémov (včasné úhrady poskytovateľom za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, práca s dátami, atď.)
- Špecifické ciele (napr. dosiahnuť určitý podiel tehotných žien, ktoré dostanú včasnú prenatálnu starostlivosť, poskytovať poradenstvo pre mentálne zdravie, zákaz diskriminácie podľa rasy, národnosti, atď.).

Vláda v tendri nevyhodnocuje náklady jednotlivých uchádzačov. Tie musia poisťovne vykryť z príjmov, ktoré sú dané tzv. kapitačnými platbami, čo sú pravidelné platby vlády za každého klienta (t.j. bez ohľadu na objem spotrebovanej starostlivosti). Výšku platieb určuje vláda osobitne pre každý program a skupinu obyvateľstva, ako aj pre každú organizáciu poskytujúcu riadenú starostlivosť. Vláda v nej môže zohľadniť napríklad zdravotný stav príslušného kmeňa poistencov, alebo objem a štruktúru spotrebovanej starostlivosti. Kapitačná platba zahŕňa tri zložky:

1. Platba určená na krytie nákladov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti
2. Platba určená na krytie administratívnych nákladov poisťovne, resp. organizácie poskytujúcej riadenú starostlivosť
3. Platba určená ako zisková marža pre poisťovňu, resp. organizáciu poskytujúcu riadenú starostlivosť

Súčet týchto zložiek musí byť nižší než náklady vlády v pozícii jedného platcu. Inými slovami, náklady na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a administratívne náklady poisťovne musia byť nižšie, než náklady vlády v pozícii jedného platcu a súčasne tento rozdiel musí byť vyšší než zisk poisťovne. Inak by bolo pre vládu výhodnejšie financovať poistenie užívateľom programu Medicaid samostatne, t.j. z pozície jedného platcu.

Výkonnosť úspešných uchádzačov vláda kontroluje priebežne počas trvania kontraktu podľa dopredu definovaných merateľných ukazovateľov. Ich plnenie sleduje na základe cieľov stanovených pre každý rok trvania kontraktu, ako aj na základe porovnania s konkurenčnými spoločnosťami na trhu. Ide o podrobné sledovanie práce poisťovní, ktorého súčasťou môže byť kontrola návštevnosti pacientov u vybraných poskytovateľov, kontrola vykonávania definovaných vyšetrení, spôsob vybavovania sťažností pacientov alebo monitoring marketingových služieb. Bežné je využívanie fingovaných poistencov (tzv. secret shoppers), ktorí sú najatí štátom, aby v praxi overovali praktiky poisťovní. Výsledky z tohto hodnotenia môže vláda zverejniť na internete, čo vplýva na reputáciu poisťovní (ktorá je dôležitým kritériom ich úspechu), ako aj na rozhodovanie potenciálnych poistencov pri výbere poisťovne. Kvalitné poisťovne môže vláda odmeniť aj tým, že im automaticky priradí nových klientov, ktorí si sami nezvolia poisťovňu. Naopak, pokiaľ poisťovňa nespĺní dopredu stanovené ciele, môže jej vláda znížiť kapitačné platby až o 5%. Takto ušetrené peniaze následne môže využiť na odmenu tých najlepších poisťovní.

Vláda tiež reguluje zisky poisťovní tak, že poisťovňa si môže ponechať celý zisk len ak jej zisk pred zdanením dosahuje najviac 3% príjmov. Ak poisťovňa dosahuje dobré výsledky (ktoré môžu byť aj dopredu definované), môže jej vláda zvýšiť tento limit na 3,5%. Pri dosiahnutí vyššieho zisku musí poisťovňa časť z neho odvieť vláde. Zo zisku od 3% do 5% musí odvieť 20%, zo zisku od 5% do 7% musí odvieť 40%, zo zisku od 7% do 9% musí odvieť 60% a zo zisku od 9% do 12% musí odvieť 100%. Ak hrubý zisk presahuje 12% príjmov, musí poisťovňa odvieť vláde celú časť zisku prevyšujúcu tých 12%.

#### Regulácia zisku poisťovní v programe Medicaid, Texas, 2011

Hrubý zisk ako podiel z príjmov	Pre poisťovňu	Pre štát
Do 3%	100%	0%
Od 3% do 5%	80%	20%
Od 5% do 7%	60%	40%
Od 7% do 9%	40%	60%
Od 9% do 12%	20%	80%
Nad 12%	0%	100%

Zdroj: [Výzva na predkladanie projektov](#) pre riadenú starostlivosť, Texas 2011

### 3. Odporúčania INEKO na zlepšenie súťaže na poistnom trhu

V predchádzajúcich kapitolách sme poukázali na príklady zo zahraničia, že súťaž v povinnom zdravotnom poistení môže fungovať efektívne: holandský systém s nominálnym poistným, riadená starostlivosť v programe Medicaid v USA. Slovensko má okrem toho aj vlastné príklady z iných sektorov, kde sa po privatizácii rozvinula súťaž prinášajúca vyššiu kvalitu aj efektívnosť – banky, telekomunikácie, obchod a čiastočne už aj energetika. Fakt, že povinné poistenie a súťaž sa navzájom nevyklučujú, potvrdzuje aj povinné zmluvné poistenie áut, ktoré na Slovensku poskytujú súkromné a ziskové poisťovne súťažiace na trhu.

Napriek tomu, že na slovenskom trhu pôsobí viacero aj súkromných zdravotných poisťovní, je súťaž medzi nimi výrazne obmedzená a to najmä z týchto dôvodov:

- Zdravotníctvo je oproti iným sektorom výnimočne vysokou informačnou nerovnosťou, keď poskytovatelia majú často oveľa lepšie informácie o kvalite a objeme poskytovanej starostlivosti ako tí, čo za ňu platia, teda pacienti a poisťovne. Rizikom tak je, že za poskytnuté tovary a služby platia neprimerane veľa. Pre efektívnu súťaž je preto nevyhnutné znižovať informačné nerovnosti. Realitou na Slovensku je však stále nedostatok kvalitných informácií o produkte, t.j. predovšetkým o cene (nákladoch), objeme a kvalite poskytovanej starostlivosti:
  - Ak poisťovne nepoznajú produkt, ktorý kupujú od poskytovateľov, nemôžu navzájom súťažiť v jeho parametroch (cena, kvalita, objem). Rovnako nemôžu finančne motivovať poskytovateľov k zvyšovaniu kvality a efektívnosti.
  - Ak si poistenci nevedia porovnať poisťovne ako aj poskytovateľov podľa nimi preferovaných parametrov, nevedia si medzi nimi vyberať a teda ani vytvárať tlak na ich zlepšovanie a tým pádom aj súťaž medzi nimi.
- Malý počet poisťovní a vysoká koncentrácia na poistnom trhu. Dominantné postavenie Všeobecnej zdravotnej poisťovne zužuje priestor pre menšie poisťovne dohadovať výhodnejšie zmluvné podmienky. Priestor na súťaž zužuje aj vysoká koncentrácia na trhu najmä najväčších poskytovateľov – fakultných nemocníc. Oligopolistická štruktúra trhu poisťovní a regionálne monopoly najmä veľkých poskytovateľov zvyšuje riziko vyberania renty (t.j. rozdeľovanie existujúceho bohatstva bez tvorby pridanej hodnoty) a kolúzných (t.j. skrytých) dohôd napríklad o platbách poskytovateľom.
- Prevládajúce štátne vlastníctvo na poistnom trhu aj trhu poskytovateľov. Dôsledkom je chýbajúce know-how aj kultúra súkromných investorov, ktorí majú skúsenosti napríklad z fungujúcej súťaže na zahraničných trhoch. Štát je okrem toho v konflikte záujmov, keď vlastní najväčšiu poisťovňu aj najväčších poskytovateľov, čo bráni ich efektívnemu riadeniu a v minulosti to už viedlo k uprednostňovaniu štátnych nemocníc pri platbách.
- Nemožnosť odlíšiť sa vo výške poistných platieb.
- Široko a nejasne definovaný základný balík zdravotnej starostlivosti. **Štát presne nevymedzuje tovary a služby preplácané z verejných zdrojov, nedostatočná je aj regulácia časovej dostupnosti (napr. čakacích radov alebo maximálnej doby dopravy pacienta do daného zdravotníckeho zariadenia), chýbajú diagnostické a liečebné štandardy.** Dôsledkom je minimálna možnosť poisťovní odlíšiť sa v štruktúre poskytovaných benefitov, obmedzená možnosť štátu pri vymáhaní

zákonnych nárokov ako aj rozšírenie tzv. defenzívnej medicíny, t.j. poskytovania nadmernej (aj nepotrebnnej) starostlivosti s cieľom vyhnúť sa prípadným problémom pri komplikáciách a neskorších sťažnostiach pacientov.

- Silný dôraz regulácie na vstupy (napr. požiadavky na minimálnu sieť poskytovateľov, ich materiálne a personálne vybavenie) a nízky dôraz na výstupy (napr. časová dostupnosť, kvalita a objem poskytnutej starostlivosti, atď.).
- Nepresné prerozdelenie zdrojov medzi poisťovňami znevýhodňuje poisťovne s rizikovejším kmeňom poistencov.
- Časté a nekonzistentné regulačné zásahy štátu. Príkladom je umožnenie tvorby a slobodného použitia zisku zdravotných poisťovní reformou v roku 2004, následne zákaz vyplácať zisk akcionárom prijatý v roku 2007 a zrušenie tohto zákazu v roku 2011 podmienené dodržiavaním čakacích lehôt pri vybraných diagnózach.

V dôsledku obmedzenej súťaže poisťovne nie sú dostatočne motivované efektívne riadiť sieť poskytovateľov a zvyšovať ich kvalitu. Tento stav nie je pre zdravotníctvo prospešný. Ako reakcia na problémy sa vo verejnej diskusii paradoxne objavujú názory, že „súťaž a súkromný kapitál do zdravotníctva nepatria“. Z nich pramenia aj regulačné zásahy zamerané proti súťaži a pluralite na poistnom trhu, akým bol napríklad zákaz vyplácania zisku majiteľom poisťovní z roku 2007. Poistný systém akoby stál na križovatke, pričom jedna cesta vedie smerom k posilňovaniu súťaže a druhá smerom k vytvoreniu systému jedného platcu (single payer), čiže jednej poisťovne. Pri rozhodovaní, ktorou cestou sa vybrať, treba zvážiť výhody aj nevýhody oboch alternatív.

Výhody systému jedného platcu v porovnaní s pluralitným systémom s fungujúcou súťažou:

- Maximalizácia použitia zdrojov zo zaplateného poistného na financovanie zdravotnej starostlivosti najmä vďaka úsporám z rozsahu, odstráneniu duplicit, zníženiu správnych nákladov, zrušeniu zisku, atď.
- Efektívnejšie presadzovanie rozhodnutí týkajúcich sa celého sektora
- Nižšia administratívna záťaž pre regulátora aj pre platiteľov poistného

Nevýhody systému jedného platcu v porovnaní s pluralitným systémom s fungujúcou súťažou:

- Monopol a teda nižšia efektívnosť, nižšia miera inovácií, poisťenci nemajú možnosť voľby, vyššie nároky na štátne riadenie a reguláciu cien aj siete poskytovateľov
- Politický vplyv a závislosť od kvality fungovania štátnej správy – využitie výhod aj odstránenie nevýhod systému jedného platcu je podmienené kvalitným fungovaním štátnej správy. S tým sa však spájajú viaceré obmedzenia:
  - Preferovanie krátkodobých na úkor dlhodobých cieľov (vzhľadom na 4-ročné volebné cykly)
  - Konflikt záujmov štátu (štát je súčasne rozhodcom aj hráčom, keďže reguluje trh a zároveň vlastní poisťovňu aj časť poskytovateľov)
  - Obmedzené kapacity štátu na efektívne riadenie a reguláciu celého sektora
  - Negatívne skúsenosti Slovenska pri výkone štátnej správy (nízka transparentnosť, vysoká korupcia, nedostatok skúseností a odborných znalostí). Tieto skúsenosti znižujú pravdepodobnosť efektívneho fungovania systému jedného platcu v porovnaní napríklad so Škandináviou.

Z uvedeného vyplýva, že dnešný systém má aj napriek vyššie uvedeným obmedzeniam viaceré výhody (príležitosti) v porovnaní so systémom jedného platcu:

- Lepšia východisková pozícia pre zmenu k väčšej pluralite a teda aj súťaži s príchodom nových hráčov s lepšou kultúrou aj know-how.
- Šanca na odlíšenie sa poisťovní (možnosť voľby pre poistenca) a tiež na intenzívnejšie zavádzanie inovácií. Hoci obmedzene, už aj dnes existujú rozdiely medzi poisťovňami napríklad v spôsobe odmeňovania ambulantných lekárov aj nemocníc, v prístupe k zverejňovaniu rebríčkov kvality alebo zoznamov liekov, v ponúkaní niektorých nadštandardných benefitov, v dĺžke čakacích radov, atď.

Z týchto dôvodov neodporúčame zrušiť pluralitu v zdravotnom poistení a zavádzať systém jedného platcu. Naopak, odporúčame prijať opatrenia na posilnenie súťaže:

- Znižovať informačné nerovnosti transparentným informovaním predovšetkým o cene (nákladoch), objeme a kvalite poskytovanej starostlivosti:
  - **Pravidelne zverejňovať rebríčky kvality a efektívnosti zdravotných poisťovní a tiež poskytovateľov**, optimálne prostredníctvom osobitných internetových portálov. Využívať dotazníkové prieskumy medzi pacientmi aj poskytovateľmi, zavádzanie a dodržiavanie indikátorov kvality a efektívnosti ako aj diagnostických a liečebných štandardov (tzv. guidelines).
  - Zaviesť jednotné pravidlá pre definovanie produktu, ktorý poisťovne kupujú od poskytovateľov. **Pre lôžkové zariadenia ide najmä o vytvorenie katalógu výkonov a zavedenie systému DRG**, ktorý zatriedi hospitalizácie podľa diagnóz a súvisiacich diagnostických a liečebných výkonov do skupín.
  - **Posilniť vedomie o právach pacientov** (napríklad povinným informovaním pacienta odovzdaním letáka na začiatku každej hospitalizácie) a kontrolovať dodržiavanie týchto práv.
- **Aby súťaž fungovala, bude potrebné poisťovňam aj poskytovateľom umožniť voľne dohadovať ceny a pre plánované zákroky aj nakupované množstvá produktov definovaných systémom DRG.** V prípade potreby môže byť časť cien dočasne regulovaná štátom a nábeh na voľnú súťaž pri tvorbe cien môže byť postupný tak, ako to je v Holandsku. Menej vhodné pre súťaž sú najmä náročné diagnózy, pri ktorých je ťažké alebo nemožné porovnávať rôzne prístupy k liečbe. Vláda by tiež mala definovať minimálne štandardy napríklad pre dĺžku a evidenciu čakacích radov na plánované zákroky.
- **Znížiť koncentráciu na poistnom trhu, čiže odstrániť dominantné postavenie Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Možnosti sú dve: (1) Rozdelenie poisťovne na niekoľko častí a ich následná privatizácia. (2) Vstup nových súkromných investorov na trh.** Prvá možnosť by pravdepodobne priniesla rýchlejšie riešenie problému. Budovanie poisťovne na zelenej lúke by si totiž vyžiadalo viac času a rizikom je aj neochota vstupu nových investorov vzhľadom na politické riziká (napr. obavy zo zmeny vlády a následné zásahy proti súkromným poisťovňam). V prípade privatizácie je možné riziko politických zásahov čiastočne znížiť úpravou zmluvných podmienok v prospech ochrany súkromných investícií.
- Umožniť poisťovňam líšiť sa vo výške poistných platieb:
  - **Zaviesť tzv. nominálne poistné**, teda paušálnu poistnú platbu, ktorá by nezávisela od výšky príjmu poistenca, pričom by bola rovnaká pre všetkých poistencov jednej poisťovne resp. s rovnakým poistným plánom. Pre ľudí so žiadnym alebo s nízkym

príjmom by mohol tieto sadzby dotovať štát podobne, ako to funguje v Holandsku.

- **Umožniť poisťovniam vytvárať zdravotné plány**, ktoré by sa odlišovali podľa výšky spoluúčasti (tzv. deductible), resp. podľa rôznych možností manažmentu pacienta v sieti poskytovateľov.
- **Vytvoriť podmienky, aby poisťovne mohli postupne zohľadňovať niektoré rizikové faktory vo výške poistného** pre jednotlivých poistencov, napr. zavedením bonusov a malusov za zodpovedné, resp. rizikové správanie. V prvej fáze by poisťovne mohli napríklad diferencovať ľudí, ktorí absolvujú a neabsolvujú preventívne vyšetrenia, fajčiarov a nefajčiarov, ľudí s nadváhou a obezitou, ľudí s rizikovým správaním/povoláním – vrcholový šport, drogy, alkohol, atď.
- Pri regulácii posilniť dôraz na výstupy a súčasne uvoľniť reguláciu vstupov. **Štát by sa mal zamerať na presnejšie definovanie základného balíka zdravotnej starostlivosti, tvorbu a dodržiavanie diagnostických a liečebných štandardov, meranie kvality liečby a reguláciu časovej dostupnosti poskytovateľov.** Súčasne by mal menej vyžadovať od poisťovní plošné uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi, mal by tiež postupne uvoľňovať podmienky na personálne a materiálne vybavenie poskytovateľov.
- Presnejšia definícia základného balíka **vytvorí podmienky pre vznik a rozvoj nepovinného doplnkového poistenia, účinnejšie vymáhanie zákonných štandardov** a zníži motiváciu vykonávať tzv. defenzívnu medicínu.
- Spresňovať mechanizmus prerozdelenia zdrojov medzi poisťovňami tak, aby čo najlepšie predpovedal ich rozdielne výdavky spôsobené rozdielnym rizikom poistných kmeňov. Do kritérií prerozdelenia zaradiť najmä údaje o spotrebe liekov (tzv. Pharmaceutical Cost Groups) ako aj o výskyte diagnóz v poistnom kmeni (tzv. Diagnostic Cost Groups).
- **Poisťovne by mali ako nákupcovia zdravotnej starostlivosti niest' vyššiu zodpovednosť za jej kvalitu. Súčasne by mali prostredníctvom riadenej starostlivosti (managed care) získať väčšiu kontrolu nad vybranými poskytovateľmi a ich nákladmi, ako aj nad čerpaním starostlivosti ich poistencami.**

Z uvedeného prehľadu opatrení je zrejmé, že kľúčovú úlohu pri posilňovaní súťaže musí zohrať štát. Ten má v porovnaní s individuálnymi poistencami lepšie možnosti na získanie a spracovanie potrebných informácií, môže tiež zavádzať jednotné pravidlá pre všetkých účastníkov trhu. Štát má okrem toho silnú pozíciu ako platca poistného za 57% obyvateľstva, pričom jeho platby tvoria až tretinu príjmov poisťovní. Aktívnejšia úloha štátu sa týka najmä vyhodnocovania kvality a efektívnosti poisťovní aj poskytovateľov, definovania zákonných nárokov aj zavádzania jednotných štandardov. Inšpiráciou môže byť program Medicaid v USA, kde štát využíva všetky uvedené nástroje. Priebežne napríklad sleduje, ako poisťovne dodržiavajú dopredu definované merateľné štandardy kvality a efektívnosti, pričom výkonnosť poisťovní vyhodnocuje na základe cieľov stanovených pre každý rok ako aj na základe porovnania s konkurenčnými spoločnosťami na trhu. Výsledky hodnotenia zverejňuje na internete a v určitom intervale (+/- 5%) dokonca podľa nich môže meniť výšku platby, ktorú platí rôznym poisťovniam za poistencov.



## Použitá literatúra

- CBO, 1994: [Effects of Managed Care: An Update](#), Congressional Budget Unit Memorandum, March 1994.
- CMS, 2010: 2010 Actuarial report on the financial outlook for Medicaid, Centers for Medicare & Medicaid Services, United States Department of Health & Human Services, 2010.
- Cutler, 1997: [Managed Care and the Growth of Medical Expenditures](#), NBER Working Paper No. 6140, David Cutler, Louise Sheiner, 1997.
- Filko, 2010: Martin Filko, Peter Pažitný, Tomáš Szalay, Angelika Szalayová, 2 cesty k lepšiemu zdravotníctvu: [Niekoľko návrhov na zvýšenie kvality a efektívnosti slovenského zdravotníctva](#), SGI, apríl 2010.
- HPI, 2011: Mária Pourová, Peter Pažitný, Nominálne poistné, Príklady fungovania v Holandsku, Švajčiarsku a Nemecku, Health Policy Institute, november 2011.
- INEKO, 2009: [Financovanie zdravotníctva vo vybraných štátoch](#), Peter Goliaš, INEKO, február 2009.
- INEKO, 2011: [Výhody a riziká riadenej starostlivosti](#), Peter Goliaš, INEKO, december 2011.
- Kaiser, 2011 (a): Health Care Spending in the United States and Selected OECD Countries, Kaiser Family Foundation, April 2011.
- Kaiser, 2011 (b): Kaiser/HRET (The Kaiser Family Foundation and the Health Research & Educational Trust), [Survey of Employer-Sponsored Health Benefits](#).
- Kaiser 2012: Medicaid facts, Kaiser Commission on Medicaid and the uninsured, Kaiser Family Foundation, February 2012.
- Lewin, 2009: Medicaid Managed Care Cost Savings – A Synthesis of 24 Studies, Lewin Group, 2004, updated 2009.
- Maarse, 2011: Hans Maarse, [Dutch health care reform at the crossroads](#), University of Maastricht, 2011.
- Miller, 1997: [Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care?](#), Robert H. Miller, Harold S. Luft, 1997.
- OECD, 2008: [Health Care Reform in the United States](#), David Carey, Bradley Herring and Patrick Lenain, OECD Economics Department Working Papers No. 665.
- Schäfer, 2010: Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E. [The Netherlands: Health system review](#). Health Systems in Transition, 2010; 12(1):1–229.
- Texas, 2011: [Výzva na predkladanie projektov](#) pre riadenú starostlivosť, Texas, 2011.
- The Economist, October 8th 2011, [A new prescription for the poor](#).
- The Economist, March 10th 2012, [Creating economic wealth: The big why](#).
- The Commonwealth Fund, 2011: International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund, november 2011.
- Wikipedia: [Healthcare in the Netherlands](#), [Healthcare in the United States](#), [Managed care](#)