Analýza rôznych možností financovania zdravotníctva s dôrazom na zmeny vo výbere odvodov

Peter Goliaš
INEKO, september 2010

Za cenné postrehy a pripomienky ako aj pomoc pri získavaní potrebných údajov ďakujem Henriete Maďarovej zo Zdravotnej poisťovne Dôvera a tiež kolegovi Dušanovi Zacharovi, analytikovi INEKO.

Tento dokument vznikol v rámci projektu INEKO a Dôvery Holding a.s., ktorý je zameraný na informovanie o zdravotníctve prostredníctvom internetového portálu www.i-health.sk.

Dokument analyzuje rôzne možnosti financovania zdravotníctva na Slovensku s dôrazom na zmeny vo výbere zdravotných odvodov. Cieľom je poskytnúť odbornej verejnosti aj médiám hlavné argumenty pre a proti jednotlivým možnostiam a podporiť tak efektívnu reformu financovania zdravotníctva. Dokument je rozdelený na dve kapitoly. V prvej analyzujeme výhody a nevýhody solidárneho a zásluhového financovania zdravotníctva. Formulujeme v nej strednodobú víziu financovania založenú na posilňovaní súťaže vrátane deregulácie na strane príjmov zdravotných poisťovní, ako aj základné podmienky pre efektívne napĺňanie vízie, ktorými sú predovšetkým spresnenie definície solidarity a znižovanie informačných nerovností. V druhej kapitole analyzujeme hlavné možnosti zmeny financovania s dôrazom na zmeny vo výbere odvodov, ktoré sa doteraz objavili vo verejnej diskusii. Ide o zavedenie odvodovej neutrality, jednotný výber daní a odvodov, financovanie zdravotníctva z daní, kombináciu daní a tzv. nominálneho poistného, zavedenie dobrovoľného poistenia, uvoľnenie poistných sadzieb, reguláciu spoluúčasti ako aj centralizáciu a zoštátnenie zdravotného poistenia.

OBSAH

KAPITOLA 1. Solidarita verzus zásluhovosť 3
1.1. Fikcia o zásluhovom financovaní zdravotníctva 3
1.2. Problémy spojené s fikciou a ich možné riešenia 5
Problém 1: Náklady z nepoistenia 5
Problém 2: Náklady na poistenie zdravotne rizikových ľudí 6
Problém 3: Náklady na poistenie ľudí s nízkym príjmom 8
Problém 4: Náklady na poistenie ľudí bez príjmu 9
Problém 5: Ilúzia bezplatnosti 10
1.3. Strednodobá vízia financovania a súčasný stav 10
1.4. Definícia solidarity 12
1.5. Informačné nerovnosti 15
1.6. Podpora súťaže 17
1.7. Deregulácia na strane príjmov zdravotných poisťovní 18
KAPITOLA 2. Alternatívy vo výbere zdravotných odvodov 23
2.1. Odvodová neutralita 23
2.2. Projekt UNITAS 25
2.3. Financovanie zdravotníctva z daní 30
2.4. Kombinácia daní a nominálneho poistného 32
2.5. Zavedenie dobrovoľného pripoistenia 33
2.6. Súťaž medzi poisťovňami vo výške sadzieb 34
2.7. Regulovanie a rozšírenie spoluúčasti 35
2.8. Centralizácia a zoštátnenie zdravotného poistenia 37
Zoznam použitej literatúry 39

KAPITOLA 1. Solidarita verzus zásluhovosť

1.1. Fikcia o zásluhovom financovaní zdravotníctva

Predtým, ako začneme posudzovať rôzne možnosti výberu zdravotných odvodov, je dobré zamyslieť sa nad významom solidárneho a zásluhového, resp. verejného a súkromného financovania zdravotníctva. Financovanie zdravotníctva považujeme tým viac za solidárne (a tým menej za zásluhové), čím viac sa zdravotná starostlivosť uhrádza z verejných zdrojov (a menej zo súkromných zdrojov), t.j. čím menej závisia výdavky konkrétneho spotrebiteľa na zdravotnú starostlivosť od objemu jeho spotreby. Vo väčšine vyspelých štátov je zdravotníctvo financované v prevažnej miere z verejných zdrojov v podobe daní alebo povinného poistenia (ktoré je viac alebo menej podobné daniam) a v menšej miere zo súkromných zdrojov. Vidíme za tým dve základné príčiny:

1. V zdravotníctve je na rozdiel od iných sektorov širší rozsah produktov, ktoré spoločnosť chce poskytovať na báze solidarity (t.j. existuje verejný záujem garantovať, že človek tieto produkty v prípade potreby dostane bez ohľadu na to, či na ne má dostatok peňazí)
2. V zdravotníctve je na rozdiel od iných sektorov viac nevyriešených informačných nerovností (asymetrií) medzi jednotlivými subjektmi, ktoré bránia efektívnej tvorbe cien a sťažujú tak zavádzanie financovania zo súkromných zdrojov napríklad na báze trhových riešení

Tabuľka: Súkromné a verejné výdavky na zdravotníctvo ako % celkových výdavkov

	Verejné	**Súkromné**	**Rok**
USA	45,4	54,6	2007
Švajčiarsko	59,3	40,7	2007
Slovensko	**66,8**	**33,2**	**2007**
Kanada	69,8	30,2	2008
Maďarsko	70,6	29,4	2007
Poľsko	70,8	29,1	2007
Portugalsko	71,5	28,5	2006
Rakúsko	76,4	23,6	2007
Nemecko	76,9	23,1	2007
Francúzsko	79,0	21,0	2007
Švédsko	81,7	18,3	2007
Veľká Británia	81,7	18,3	2007
Česká republika	85,2	14,8	2007

Zdroj: OECD Health Data 2009

Solidárne financovanie si v porovnaní so zásluhovým vyžaduje podstatne väčšie nároky na štát, napríklad pri kontrole a vymáhaní požadovaných štandardov alebo pri administratívnom zosúladení ponuky s dopytom. Na štát sa napríklad kladú podstatne väčšie nároky pri regulovaní kapacít poskytovateľov, cien poistného aj poskytovanej starostlivosti, alebo pri určení rozsahu nárokov hradených z verejných zdrojov. Naproti tomu pri zásluhovom financovaní dochádza k stretu ponuky a dopytu prostredníctvom cenového mechanizmu, pričom ceny môžu vznikať v súťaži, čo kladie menšie nároky na štátnu reguláciu. Solidárne financovanie je preto podstatne citlivejšie na možné zlyhania štátu, ku ktorým môže dôjsť napríklad v dôsledku obmedzených odborných kapacít, sledovania krátkodobých cieľov (vzhľadom na volebný cyklus), konfliktu záujmov (napr. keď štát pôsobí ako vlastník aj regulátor), populizmu (odmietanie nepopulárnych ale užitočných riešení), alebo nedostatku

etiky. Zlyhania štátu môžu viesť k živelnému nastoleniu rovnováhy medzi ponukou a dopytom, čo sa môže prejaviť rôznymi spôsobmi:

- Nižšia efektívnosť, čiže horšia kvalita za rovnaké množstvo peňazí
- Nedostatok kapacít na diagnózu a liečbu chorôb
- Šírenie polo- a neoficiálnych platieb a úplatkov
- Predlžovanie čakacích radov
- Liečenie podľa známostí
- Nárast dlhu

Z uvedených dôvodov sa mnoho štátov pokúša kombinovať solidaritu v zdravotníctve s prvkami zásluhovosti vrátane niektorých trhových riešení.

Na druhej strane, neželané dôsledky sa vyskytujú aj v systémoch s prevažujúcim podielom súkromného financovania. Typickým príkladom je USA, kde medzi najväčšie problémy patria vysoké náklady na financovanie zdravotníctva (a to aj po zohľadnení parity kúpnej sily, či výsledkov zdravotnej starostlivosti) a tiež ohrozenie zdravia a sociálnej situácie najmä nepoistených a slabo poistených ľudí. Napriek rekordne vysokým výdavkom na zdravotníctvo sa USA podľa OECD (2009) pri porovnaní dĺžky života, úmrtnosti novorodencov, alebo potenciálne stratených rokov života v súvislosti so zdravotným stavom umiestňuje až v dolnej tretine štátov OECD. Podľa tej istej štúdie vysoké výdavky súvisia skôr s vysokými cenami než s vysokým objemom spotrebovanej starostlivosti.

Tabuľka: Výdavky na zdravotníctvo (v % HDP, 2007)

	Výdavky
USA	16,0
Francúzsko	11,0
Švajčiarsko	10,8
Nemecko	10,4
Rakúsko	10,1
Kanada	10,1
Portugalsko	9,9
Holandsko	9,8
Švédsko	9,1
Veľká Británia	8,4
Slovensko	**7,7**
Maďarsko	7,4
Česká republika	6,8
Poľsko	6,4

Zdroj: OECD Health Data 2009

Slovensko už má z čias komunizmu skúsenosť so zlyhaním rozsiahleho solidárneho financovania celej ekonomiky. Po roku 1989 preto pristúpilo k reformám, ktoré postupne v jednotlivých odvetviach zavádzajú trhové riešenia (privatizácia, liberalizácia cien, súťaž). Zdravotníctvo dosiaľ pokročilo v týchto reformách menej. Ako východisko pri uvažovaní o rôznych spôsoboch financovania zdravotníctva je preto dobré predstaviť si, ako by systém mohol fungovať na báze trhových riešení typických pre väčšinu iných odvetví. Vzhľadom na už spomenutú špecifickosť zdravotníctva pritom musíme vysloviť tieto predpoklady:

2. Nároky na solidaritu sú blízke nule
3. Informačné nerovnosti sú blízke nule

Uvedené predpoklady síce nie sú reálne, umožňujú však formulovať fikciu o čisto zásluhovom financovaní zdravotníctva, t.j. fikciu, ako by vyzeralo financovanie zdravotníctva, keby v ňom neexistovali dané špecifiká. Do takto vytvorenej fikcie neskôr môžme zapracovať regulačné prvky, ktoré by mali bližšie zohľadňovať realitu.

Fikcia o čisto zásluhovom financovaní zdravotníctva: Na trhu pôsobí množstvo navzájom súťažiacich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Pacienti majú na výber, či chcú platiť poskytovateľom priamo, alebo sa poistia v jednej z viacerých navzájom súťažiacich poisťovní. Cena za poskytovanú starostlivosť sa tvorí na trhu medzi pacientom a poskytovateľom, resp. medzi poisťovňou a poskytovateľom. Cena poistenia sa tvorí na trhu medzi pacientom a poisťovňou, resp. medzi zamestnávateľom (alebo iným subjektom združujúcim pacientov) a poisťovňou. Poisťovňa môže posudzovať a v cene poistky zohľadňovať riziko uchádzača o poistenie vrátane jeho zdravotného stavu.

1.2. Problémy spojené s fikciou a ich možné riešenia

Vzhľadom na reálne postoje spoločnosti k solidarite a tiež na reálnu existenciu informačných nerovností sa s danou fikciou spája viacero problémov.

Problém 1: Náklady z nepoistenia

Problémom uvedeného fiktívneho systému je, že by sa v ňom množstvo ľudí nepoistilo (resp. by sa poistili nedostatočne) a v prípade ochorenia by si nemohli dovoliť platiť za potrebnú liečbu, čím by bolo ohrozené ich zdravie aj sociálna situácia. Dôvodom nepoistenia by mohla byť nevedomosť o možných následkoch, nedostatok finančných prostriedkov, alebo jednoducho nezodpovednosť. Postoj k tomuto problému závisí do veľkej miery od toho, aké má spoločnosť nároky na solidaritu. Teoreticky pri nulových nárokoch by štát daný problém nemusel vôbec riešiť. V skutočnosti sú však nároky na solidaritu v zdravotníctve podstatne vyššie, než v iných odvetviach. Spoločnosť by pravdepodobne neakceptovala, že množstvo ľudí nedostáva potrebnú zdravotnú starostlivosť len preto, že si ju nemôže dovoliť zaplatiť. Štát by preto mal hľadať riešenia. Do úvahy prichádzajú tieto možnosti:

- Štátom odporúčané dobrovoľné poistenie na definovanú zdravotnú starostlivosť – rieši problém nedostatočného poistenia. Nevýhodou je stále riziko nepoistenia.
- Osveta o význame poistenia a tiež o následkoch nepoistenia v potrebnom rozsahu – rieši problém nepoistenia z dôvodu nevedomosti. Nevýhodou môže byť neúplné pokrytie obyvateľstva, čo sa dá minimalizovať vhodne zvolenými prostriedkami osvety.
- Dotovanie poistných platieb v závislosti od príjmu jednotlivca – rieši problém nepoistenia z dôvodu nedostatku finančných prostriedkov.
- Dotovanie platieb za poskytovanú starostlivosť – rieši problém nedostupnosti zdravotnej starostlivosti z finančných dôvodov. Nevýhodou je, že ak by ľudia vedeli, že v núdzi za nich zaplatí zdravotnú starostlivosť štát, znížila by sa ich motivácia riadne sa poistiť.
- Povinné poistenie na definovanú zdravotnú starostlivosť – rieši problém nepoistenia, resp. nedostatočného poistenia zo všetkých troch dôvodov (nevedomosť, nedostatok peňazí, nezodpovednosť). Umožňuje štátu garantovať prístup k stanovenému rozsahu zdravotnej starostlivosti a súčasne zmierniť možné dopady na sociálnu situáciu ľudí.

Na základe uvedených možností sa ako efektívne javia dva možné prístupy:

1. Štátom odporúčané dobrovoľné poistenie na definovanú zdravotnú starostlivosť v kombinácii s intenzívnou osvetou o význame poistenia a následkoch nepoistenia a tiež s dotovaním poistných platieb v závislosti od príjmu jednotlivca
2. Povinné poistenie na definovanú zdravotnú starostlivosť

V prípade prvého prístupu môže spoločnosť stále považovať za problém, že by zdravotná starostlivosť bola odopieraná nezodpovedným ľuďom (tí by tak boli odkázaní len na charitu). Okrem toho by v systéme bez povinného poistenia mohlo dôjsť k situácii, keď by sa poisťovali najmä ľudia s vyšším zdravotným rizikom, ktoré poisťovňa nedokáže odhaliť a teda ani zohľadniť v cene poistky (tzv. adverzný výber). Ide o typický problém informačnej nerovnosti, keď uchádzač o poistenie pozná svoj zdravotný stav lepšie než poisťovňa. Dôsledkom by boli vyššie než predpokladané náklady poisťovne na poistné udalosti, čo by viedlo k zvýšeniu ceny poistného a tým pádom k ďalšiemu zníženiu motivácie zdravších ľudí poistiť sa. Teoreticky by tak mohlo dôjsť k špirálovému rastu ceny poistného a kolapsu poistného trhu. Možné riešenia:

- Zavedenie povinného poistenia
- Zdokonaľovanie posudzovania zdravotného rizika uchádzača o poistenie, napríklad aj kvalitnejšou a dostupnejšou evidenciou celoživotných zdravotných záznamov pacienta. To sa zrejme v budúcnosti podarí docieliť vďaka nastupujúcej elektronickej komunikácii a digitalizácii zdravotných záznamov.

Vzhľadom na uvedené riziká vyplývajúce z odopierania zdravotnej starostlivosti nepoisteným ľuďom ako aj z adverzného výberu pri uzatváraní poistenia odporúčame využívať povinné poistenie na definovanú zdravotnú starostlivosť.

<u>Problém 2: Náklady na poistenie zdravotne rizikových ľudí</u>

Aj pri povinnom poistení existuje problém, že by ľudia s vyšším zdravotným rizikom platili príliš vysoké poistné platby vzhľadom na ich príjmy. Dôvodom vyššieho zdravotného rizika môže byť napríklad nezodpovedný prístup k vlastnému zdraviu (zlá životospráva, drogy, fajčenie, atď.), zdraviu škodlivé pracovné alebo životné prostredie, vrodené či náhodne získané hendikepy a ochorenia, alebo vyšší vek. Pri riešení tohto problému by štát mohol využiť nasledovné možnosti:

- Dotovanie poistných platieb v závislosti od príjmu jednotlivca – ak by napríklad cena poistenia presiahla určitú stanovenú hranicu, rozdiel by doplatil štát. V konečnom dôsledku by tak štát platil poistenie (resp. jeho časť) za ľudí s vysokým zdravotným rizikom a/alebo nízkym príjmom.

  Výhody:
  - Poistná platba dáva poistencovi signál o jeho zdravotnom riziku, čím ho motivuje k zmene správania smerom k zníženiu tohto rizika a tým aj k nižšiemu čerpaniu zdravotnej starostlivosti v budúcnosti.
  - Vyššia adresnosť prerozdeľovania, keďže z verejných zdrojov sú dotovaní len tí ľudia, ktorí to naozaj potrebujú.

  Nevýhody:
  - Transakčné náklady na strane poisťovní pri posudzovaní zdravotného rizika, na strane štátu pri posudzovaní oprávnenosti vyplatenia dotácie a tiež na strane štátu (v prípade poskytnutia dotácie) a aj poistenca pri výbere poisťovne, ktorá ponúka najvýhodnejšiu poistku.

- Ľudia s vyšším zdravotným rizikom sú potrestaní vyššími poistnými platbami aj v prípade, že vlastné zdravotné riziko nemohli a ani nemôžu ovplyvniť.
- Môžu sa vyskytnúť prípady tzv. nepoistiteľných ľudí (napr. s vrodenými zdravotnými problémami, s príliš vysokým zdravotným rizikom, atď.). Ich krytie by musel riešiť štát osobitne z verejných zdrojov.

- Zákaz zohľadňovania zdravotného rizika vo výške poistných platieb – ide o tzv. komunitné poistenie, t.j. rovnaké platby pre každého člena danej skupiny (komunity, napr. poistencov danej poisťovne), bez ohľadu na individuálne zdravotné riziko.
  Výhody:
  - Nižšie transakčné náklady na strane poisťovní, štátu aj poistencov, keďže nie je potrebné posudzovať zdravotné riziko poistencov a zjednodušuje sa aj prípadné dotovanie poistných platieb a výber poisťovne.

  Nevýhody:
  - Tzv. selekcia rizika (vyberanie hrozienok) – poisťovne majú pri jednotnej platbe motiváciu vyhľadávať zdravých a bohatých ľudí, ktorých platby pravdepodobne pokryjú náklady na zdravotnú starostlivosť a naopak odmietať chudobných a chorých ľudí, ktorých platby by na krytie zdravotnej starostlivosti pravdepodobne nestačili. Vláda môže túto motiváciu znižovať povinnosťou prijať každého uchádzača o poistenie, ako aj prerozdeľovaním príjmov medzi poisťovňami podľa rizikovosti ich poistných kmeňov. Výsledkom prerozdeľovania je transfer peňazí od menej rizikových k rizikovejším poistencom.
  - Oslabuje sa väzba medzi výškou poistného a skutočným produktom, ktorým je poistenie budúcich výdavkov na zdravotnú starostlivosť (keďže tieto výdavky závisia od zdravotného rizika). Ak poistenec nedostáva zreteľný a dostatočne silný signál (napr. v podobe ceny poistného) o tom, do akej miery jeho správanie (napr. životný štýl) zvyšuje riziko vzniku chorôb a tým aj budúcich nákladov na liečenie, nemá motiváciu zmeniť svoje správanie. Ľudia so zodpovedným prístupom k vlastnému zdraviu nie sú odmenení (v podobe nižších platieb) a naopak ľudia s menej zodpovedným prístupom nie sú potrestaní. Zároveň dochádza k väčšiemu a menej adresnému prerozdeľovaniu, keď napr. zodpovední financujú nezodpovedných.

Z uvedených skutočností vyplýva, že pri rozhodovaní o individuálnych resp. komunitných poistných platbách hrajú významnú úlohu tieto faktory:

1. Výška transakčných nákladov – transakčné náklady na posudzovanie individuálneho zdravotného rizika, oprávnenosti získania štátnej dotácie a tiež na výber poisťovne sú v súčasnosti jednou z prekážok efektívnej realizácie individuálnych poistných platieb. Vďaka rozvoju elektronickej komunikácie a predpokladanej digitalizácii zdravotnej evidencie však predpokladáme, že sa tieto náklady v budúcnosti podarí významne znížiť. Napríklad elektronické prepojenie údajov o príjmoch jednotlivcov a údajov o výške poistných platieb by významne zjednodušilo posudzovanie nárokov na dotáciu. Digitalizácia a on-line aktualizácia zdravotných záznamov by zas uľahčila posudzovanie zdravotného rizika. Rozvoj elektronizácie by tiež mohol viesť k vytvoreniu búrz zdravotného poistenia, prostredníctvom ktorých by si štát aj poistenci mohli vyberať najvýhodnejšiu poisťovňu.
2. Otázka spravodlivosti pri zohľadňovaní rizík vo výške poistných platieb – spoločnosť môže vnímať negatívne, ak by poistné platby zohľadňovali aj niektoré riziká, ktoré jednotlivec nemôže ovplyvniť (napr. vek alebo životné prostredie v regióne), alebo ak by zohľadňovali už existujúce zmeny v zdravotnom stave, ktoré poistenec nemohol

ovplyvniť. Čiastočným riešením môže byť zahrnutie príslušných rizík do základného balíka povinného poistenia. To by napríklad mohlo kryť celoživotné náklady poistenca súvisiace s definovanými ochoreniami, ku ktorých vzniku došlo počas doby trvania poistky. Každá nová poistka by sa tak vzťahovala len na riziko vzniku nových ochorení, t.j. nie na už existujúce ochorenia (ide o vylúčenie posudzovania tzv. pre-existing conditions). Povinné poistenie by sa podľa tohto princípu nevzťahovalo na vrodené choroby, ktorých náklady by preto štát musel kryť z osobitných zdrojov.

Vzhľadom na problém s transakčnými nákladmi a tiež s otázkou spravodlivosti pri zohľadňovaní rizík vo výške poistných platieb odporúčame za súčasných podmienok využívať komunitné poistné platby. Súčasne odporúčame realizovať politiky smerujúce k zníženiu transakčných nákladov (elektronická komunikácia, digitalizácia a on-line aktualizácia zdravotných záznamov) a tiež preskúmať možnosti efektívneho zohľadňovania zdravotných rizík v poistných platbách. V závislosti od možného poklesu transakčných nákladov a tiež od riešení otázky spravodlivosti by budúce vlády mali zvažovať prechod na individuálne posudzovanie zdravotného rizika.

Problém s chýbajúcou motiváciou k zodpovednému prístupu k vlastnému zdraviu pri uplatnení komunitných platieb odporúčame riešiť vytvorením takých podmienok, aby poisťovne mohli postupne zohľadňovať niektoré rizikové faktory vo výške poistného pre jednotlivých poistencov. Ide napríklad o zavedenie bonusov a malusov za zodpovedné, resp. rizikové správanie. V prvej fáze by poisťovne mohli diferencovať ľudí, ktorí absolvujú a neabsolvujú preventívne vyšetrenia, fajčiarov a nefajčiarov, ľudí s nadváhou a obezitou, ľudí s rizikovým správaním/povolaním – vrcholový šport, drogy, alkohol, atď. Aj tu však treba brať do úvahy výšku transakčných nákladov.

<u>Problém 3: Náklady na poistenie ľudí s nízkym príjmom</u>

Aj pri uplatnení komunitnej platby môžu mať ľudia s nízkym príjmom problémy s platením poistného. Možné riešenia:

- Naviazanie poistného na príjem jednotlivca – najbežnejším spôsobom je zavedenie poistných sadzieb z príjmu. To sa dá kombinovať so zavedením odpočítateľnej položky, ktorá oslobodzuje platenie poistného až do určitej výšky príjmu (rovnako funguje nezdaniteľné minimum pri dani z príjmov).
- Ponechanie tzv. nominálneho poistného (t.j. paušálnej platby bez ohľadu na výšku príjmu) a dotovanie poistných platieb v závislosti od príjmu jednotlivca – ak by napríklad cena poistenia presiahla určitú stanovenú hranicu, rozdiel by doplatil štát.

Výhodou poistných sadzieb sú nižšie transakčné náklady, keďže nie je potrebné osobitne dotovať ľudí s nízkym príjmom. Ich nevýhodou však je, že sa stráca väzba medzi výškou poistného a skutočným produktom, ktorým je poistenie budúcich výdavkov na zdravotnú starostlivosť (keďže tieto výdavky nezávisia od výšky príjmu). Zdravotné poistenie sa tým z pohľadu poistenca podobá viac dani z príjmu, než poisteniu, čo môže vytvárať tlak na zrušenie zdravotného poistenia a jeho začlenenie do daňového systému. Poistné sadzby naviazané na príjem prakticky zvyšujú zdanenie práce, čo je bariérou pre vytváranie nových pracovných miest a tým aj pre rozvoj ekonomiky. Okrem iného sa tiež zvyšuje motivácia ľudí s vyšším príjmom vyhýbať sa plateniu poistného.

V prípade zavedenia poistných sadzieb tiež vzniká otázka, aké poistné majú platiť ľudia bez príjmu, resp. v akej výške má za nich platiť štát. Pri striktnom dodržaní sadzieb by nemali

platiť žiadne poistné, keďže nemajú žiadny príjem. To by však pravdepodobne viedlo k nedostatku peňazí v zdravotníctve, resp. k veľkej záťaži ľudí s príjmom, keďže ľudia bez príjmu (najmä deti a dôchodcovia) majú prevažne nadpriemernú spotrebu zdravotnej starostlivosti. Štát preto za týchto ľudí zvyčajne platí priamo zo štátneho rozpočtu vopred dohodnutú sumu. S tým súvisí aj praxou potvrdené riziko, že štát nemusí vždy platiť poistné v adekvátnej výške, čo zvyšuje tlak na rast poistného pre ekonomicky aktívnych ľudí.

Z týchto dôvodov **považujeme za výhodnejšie uplatňovať nominálne poistné platby a dotovať poistenie ľuďom s nízkym príjmom priamo zo štátneho rozpočtu**. V záujme šetrenia verejných zdrojov by mal štát preplácať poistné len do výšky najnižšej poistky na trhu, čím by dotovaných ľudí motivoval prestúpiť do poisťovne s najlacnejšou poistkou. Podmienkou efektívneho dotovania sú nízke transakčné náklady, čo by sa dalo dosiahnuť elektronickým prepojením údajov o príjmoch jednotlivcov a údajov o výške poistných platieb.

Problém 4: Náklady na poistenie ľudí bez príjmu

V ekonomike je množstvo ekonomicky neaktívnych ľudí, ktorí nemajú vlastný príjem a preto môžu mať problém s platením poistného. Ide napríklad o deti, rodičov starajúcich sa o deti, opatrovateľov postihnutých alebo chorých ľudí, alebo nezamestnaných. Osobitnou skupinou sú dôchodcovia, ktorých príjmom sú často relatívne nízke dôchodkové dávky. Existuje niekoľko možností riešenia tohto problému:

- Úhrada poistných platieb blízkou zodpovednou osobou – napríklad keď rodičia platia poistné za vlastné deti, alebo manžel/ka platí za partnera starajúceho sa o deti (tzv. rodinné poistenie).
- Dotovanie poistných platieb štátom – môže ísť o plnú alebo čiastočnú úhradu, napríklad v závislosti od výšky starobného dôchodku alebo od príjmu blízkej zodpovednej osoby pri rodinnom poistení.
- Oslobodenie od poistných platieb – vyžaduje si kompenzáciu v podobe zvýšenia poistných platieb pre ekonomicky aktívnych ľudí.

Každé z uvedených troch riešení má svoje nevýhody. Nevýhodou štátnych dotácií je vyššia záťaž pre verejné zdroje. Nevýhodou rodinného poistenia, resp. platenia poistného z dôchodkových dávok je vyššia záťaž pre rodiny a dôchodcov. Nevýhodou oslobodenia od poistných platieb je vyššia záťaž pre ekonomicky aktívnych ľudí. Tieto nevýhody by sa dali redukovať kombináciou všetkých troch prístupov. **Ak napríklad spoločnosť považuje za prioritu podporu rodiny, môže rodičov oslobodiť od úhrady poistného za ich deti. Ekonomicky neaktívne osoby, ktoré sú poberateľmi štátnych dávok (materský príspevok, starobný dôchodok, atď.), by mohli platiť poistné z týchto dávok. Zachovalo by sa tak ich vedomie, že zdravotné poistenie nie je zadarmo a tým napríklad aj ich motivácia vyberať si kvalitnú poistku a požadovať kvalitnú zdravotnú starostlivosť. Štát by poistné platby dotoval len vtedy, ak by príjmy z dávok neboli dostatočne vysoké.** Ak by napríklad cena poistky dôchodcu presiahla určitú stanovenú hranicu, rozdiel by doplatil štát. V záujme šetrenia verejných zdrojov by mal štát preplácať poistné len do výšky najnižšej poistky na trhu, čím by dotovaných ľudí motivoval prestúpiť do poisťovne s najlacnejšou poistkou. Podmienkou efektívnej realizácie uvedeného návrhu sú nízke transakčné náklady na posudzovanie oprávnenosti zisku štátnej dotácie. Ich zníženie by sa dalo dosiahnuť elektronickým prepojením údajov o príjmoch a ekonomickej aktivite jednotlivcov s údajmi o výške poistných platieb.

Osobitnou kategóriou ekonomicky neaktívnych ľudí sú dobrovoľne nezamestnané osoby, ktoré nie sú poberateľmi žiadnych dávok. Dá sa predpokladať, že ide prevažne o finančne zabezpečených ľudí (napr. nepracujúce manželky z bohatších rodín), ktorí by preto nemali mať nárok na štátnu dotáciu a mali by byť riadnymi platiteľmi poistných platieb.

Aj v prípade zavedenia systému dotácií sa dá očakávať, že časť ľudí poistné nebude platiť. Poisťovne by mali mať efektívne nástroje na vymáhanie nedoplatkov vrátane udeľovania pokút, možnosti exekúcie majetku neplatiča a tiež preplácania len akútnej zdravotnej starostlivosti.

Problém 5: Ilúzia bezplatnosti

Ak ľudia čerpajú zdravotnú starostlivosť na základe povinného poistenia a nie sú nútení pri jej čerpaní platiť v hotovosti, majú sklon k vyššej spotrebe (ide o tzv. morálny hazard). Tento problém možno riešiť zavedením priamych platieb pri čerpaní zdravotnej starostlivosti ako doplnku k financovaniu prostredníctvom povinného poistenia. Priame platby môžu byť vo forme jednorazových poplatkov, spoluúčasti vo forme doplatkov na vybrané tovary a služby, spoluúčasti určenej ako pevná suma alebo ako percento z ceny spotrebovanej starostlivosti, atď. (pozri tiež časť 2.7.). Pred nadmernými výdavkami v hotovosti môžu chrániť pacientov maximálne limity po prekročení ktorých už výdavky hradí zdravotná poisťovňa.

1.3. Strednodobá vízia financovania a súčasný stav

Na základe uvedených argumentov môžme formulovať strednodobú víziu financovania zdravotníctva. Táto vízia by mala byť založená na presne definovanej solidarite, znižovaní informačných nerovností, ako aj na posilnení zásluhovosti a trhových riešení tak, aby v porovnaní s dnešným systémom vytvárala lepšie predpoklady pre oficiálny stret ponuky s dopytom v zdravotníctve. Cieľom je vytvoriť systém, ktorý dokáže pružne reagovať na očakávané zvyšovanie dopytu v dôsledku starnutia obyvateľstva ako aj inovácií v zdravotníckych technológiách a spôsoboch liečby.

Strednodobá vízia financovania zdravotníctva (na 5-10 rokov):

- Na trhu funguje súťaž medzi zdravotnými poisťovňami aj medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Pacienti majú nad rámec povinného poistenia na výber, či chcú platiť poskytovateľom priamo, alebo sa pripoistia. Cena za poskytovanú starostlivosť sa tvorí na trhu medzi pacientom a poskytovateľom, resp. medzi poisťovňou a poskytovateľom. Cena povinného poistenia ako aj dobrovoľného pripoistenia sa tvorí na trhu medzi pacientom a poisťovňou.
- V záujme zabezpečenia solidarity existuje povinné poistenie, ktoré musí uzavrieť každý občan s jednou poisťovňou podľa vlastného výberu. Štát čo najpresnejšie definuje základný balík zdravotnej starostlivosti a každému ukladá povinnosť poistiť sa na tento balík. Poisťovne navzájom súťažia vo výške poistných platieb.
- V rámci jednej poisťovne platí tzv. komunitná platba, ktorá je pre každého poistenca rovnaká bez ohľadu na jeho zdravotné riziko. Poisťovne využívajú systém bonusov a malusov za zodpovedné, resp. rizikové správanie poistenca. Rozdiely v zdravotnom riziku sa medzi jednotlivými poisťovňami vyrovnávajú pomocou prerozdeľovania ich príjmov, ktoré zohľadní okrem iného aj rozdiely vo výdavkoch na lieky a v diagnózach.
- Každý poistenec (vrátane dôchodcov a iných poberateľov štátnych dávok) platí povinné poistné sám za seba, môže však požiadať štát o dotáciu. V takom prípade štát

posudzuje cenu poistenia vo vzťahu k príjmom (vrátane dávok) konkrétneho človeka. Ak cena poistenia presiahne určitú stanovenú hranicu, rozdiel doplatí štát. V konečnom dôsledku tak štát platí poistné (resp. jeho časť) za ľudí so žiadnym alebo s nízkym príjmom. Neplatičom poistného hrozia pokuty, exekúcie a preplácanie len akútnej zdravotnej starostlivosti.

- V prípade efektívneho fungovania systému dotácií sa poistná platba transformuje z poistných sadzieb na tzv. nominálne poistné, t.j. paušálnu platbu bez ohľadu na výšku príjmu. V prechodnom období môže existovať kombinácia poistných sadzieb a nominálneho poistného.
- S cieľom zabrániť ilúzii bezplatnosti a následnej nadmernej spotrebe existujú ako doplnok k povinnému poisteniu regulované priame platby, ktoré pacienti hradia pri čerpaní zdravotnej starostlivosti. Pred nadmernými výdavkami v hotovosti chránia pacientov ochranné limity, po prekročení ktorých hradia zdravotnú starostlivosť v plnej výške zdravotné poisťovne.

Pre porovnanie uvádzame aj popis dnešného financovania zdravotníctva na Slovensku.

Súčasný stav:

- V zdravotníctve pôsobí množstvo poskytovateľov, ktorí navzájom súťažia len minimálne. Poistenci sa musia poistiť v jednej z troch poisťovní, ktoré pôsobia na vysoko koncentrovanom trhu s obmedzenou súťažou (oligopol). Poisťovne sa každoročne dohadujú s poskytovateľmi na platbách za poskytovanú starostlivosť, štát reguluje ceny len v niektorých prípadoch (lieky, rýchla zdravotná pomoc, atď.).
- V záujme zabezpečenia solidarity existuje povinné poistenie, ktoré musí uzavrieť každý občan s jednou poisťovňou podľa vlastného výberu. Štát nemá presnú definíciu základného balíka zdravotnej starostlivosti, garantuje však bezplatnosť zdravotníctva na základe povinného poistenia.
- Pre všetky poisťovne platí jednotná poistná sadzba, ktorú určuje zákon pre všetkých ľudí z danej kategórie (zamestnanci, SZČO, poistenci štátu, atď.), napríklad ako 14% hrubej mzdy zamestnanca. Poisťovne teda nemôžu súťažiť vo výške sadzieb.
- Štát prerozdeľuje príjmy poisťovní podľa veku a pohlavia poistencov, ako aj podľa počtu poistencov, za ktorých odvody platí štát (ide o prevažnú časť ekonomicky neaktívnych ľudí). Cieľom prerozdelenia je minimalizovať rozdiely v príjmoch poisťovní spôsobené rôznou štruktúrou poistných kmeňov (transfer peňazí od menej rizikových k rizikovejším poistencom).
- Štát platí poistné za neplnoleté deti, nezamestnaných, dôchodcov a niektoré ďalšie skupiny ľudí. Výška platby je obmedzená možnosťami štátneho rozpočtu a politickými dohodami.
- S malými výnimkami (napr. lieky) nefunguje regulácia priamych platieb, ktoré sa preto šíria živelne. Chorí a chudobní pacienti nie sú chránení pred nadmernými výdavkami v hotovosti.

Uvedená vízia má oproti existujúcemu systému nasledovné výhody:

1. Všetky subjekty na trhu sú motivované k dosiahnutiu čo najvyššej kvality pri čo najnižšej cene, t.j. k efektívnosti.
2. K stretu dopytu a ponuky dochádza vo väčšej miere prostredníctvom cenového mechanizmu, keďže existuje spoluúčasť vo forme priamych platieb a ceny poistného aj prevažnej časti poskytovanej starostlivosti určuje súťaž na trhu. To zakladá nižšie nároky na štátnu reguláciu s jej početnými zlyhaniami a súčasne zlepšuje podmienky pre udržateľnosť pri financovaní zdravotníctva z verejných zdrojov. Ide o kľúčovú

výhodu, keďže vzhľadom na očakávané starnutie obyvateľstva a rozvoj medicínskych technológií možno do budúcnosti očakávať významný tlak na zvyšovanie nákladov v zdravotníctve.

3. Vyššia adresnosť – verejné zdroje sa používajú len na presne vymedzenú solidaritu, pričom chránia ľudí pred nadmernými výdavkami na povinné zdravotné poistenie ako aj na priame platby za čerpanú zdravotnú starostlivosť.
4. Poistenci nesú väčšiu zodpovednosť za vlastné zdravie a sú si vedomí, že zdravotná starostlivosť nie je zadarmo.
5. Nominálne poistné platby, ktoré nezávisia od výšky príjmu, majú viac poistný a menej daňový charakter v porovnaní s poistnými sadzbami. Znižuje sa tak daňové zaťaženie príjmov z práce, čo zlepšuje podmienky pre rast zamestnanosti a rozvoj ekonomiky.

Nevýhodou systému popísaného vo vízii sú vyššie transakčné náklady na riešenie niektorých technických problémov:

1. Náklady na výber poistného – poisťovne vyberajú poistné od všetkých poistencov (aj od tých, za ktorých dnes odvody platí štát). V porovnaní s dnešným systémom sú tak vyššie náklady na výber poistného, ako aj administratívna záťaž pre platcov poistného. Riešením môže byť elektronizácia výberu poistného, ako aj digitalizácia a on-line aktualizácia zdravotných záznamov.
2. Náklady na poskytovanie dotácie – v prípade požiadania o dotáciu štát musí reagovať rýchlo, keďže nechce mať nepoistených ľudí. Súčasne musí posudzovať oprávnenosť dotácie, čo môže byť časovo, administratívne aj technicky náročné. Riešením môže byť „ex ante“ vyplatenie dotácie a „ex post“ posudzovanie jej oprávnenosti a zúčtovanie. Do budúcnosti problém vyrieši elektronické prepojenie údajov o príjmoch jednotlivcov a údajov o výške poistných platieb.

Transakčné náklady sú v súčasnosti jednou z prekážok efektívnej realizácie vízie. Vďaka rozvoju elektronickej komunikácie však predpokladáme, že sa tieto náklady v budúcnosti podarí minimalizovať.

Ďalšie riziká pri uplatňovaní trhových riešení popísaných vo vízii vyplývajú z nedodržania oboch vyslovených predpokladov, t.j. jasne definovať solidaritu (vrátane nástrojov na jej zabezpečenie) a znižovať informačné nerovnosti.

1.4. Definícia solidarity

Trh nedokáže zabezpečiť solidaritu. Bez zásahu štátu sa tak solidarita obmedzuje na charitu, čiže dobrovoľnú pomoc slabším, čo v mnohých prípadoch nie je dostačujúce. Potrebná je preto definícia solidarity, t.j. kto má nárok na preplatenie danej starostlivosti z verejných zdrojov. Táto definícia musí byť dostatočne presná, aby verejnosť presne vedela, na čo sa používajú verejné zdroje a tiež aby štát mohol kontrolovať a vymáhať jej napĺňanie. Vo vízii uvedenej v tomto dokumente má definícia solidarity dva rozmery:

- Definícia základného balíka zdravotnej starostlivosti (štandardu)
- Určenie výšky štátnej dotácie na povinné zdravotné poistenie vo vzťahu k príjmom jednotlivca

Popri definovaní solidarity je dôležité určiť aj nástroje, ktoré majú slúžiť na jej zabezpečenie. Ide predovšetkým o prostriedky a mieru štátnej regulácie, ktorá má zabezpečiť efektívne poskytovanie, kontrolu a vymáhanie solidarity.

Pri definovaní solidarity treba na jednej strane zvažovať dosahy na zdravie a sociálnu situáciu ľudí, na druhej strane však treba zvažovať aj tieto riziká:

- Neoficiálny stret ponuky s dopytom: Dopyt po zdraví je nekonečný, zdroje sú však obmedzené. Ak neexistujú alebo nefungujú formálne mechanizmy na zosúladenie ponuky s dopytom (napr. cenový mechanizmus), dochádza k živelnému nastoľovaniu rovnováhy (napr. cez úplatky, predlžovanie čakacích radov, liečenie podľa známostí, podpultový predaj, zhoršovanie kvality poskytovanej starostlivosti, atď.). Riešením je podpora trhu (vrátane intenzívnejšieho zapojenia súkromných zdrojov), resp. efektívna štátna regulácia (cien, čakacích radov, štandardov kvality, atď.).
- Nárast dlhu: V dôsledku obmedzenosti verejných zdrojov môže pri nepresnej, resp. širokej definícii solidarity dôjsť k vyčerpaniu verejných zdrojov určených na zdravotníctvo. Štát však pod tlakom verejnej mienky financuje na dlh aj zdravotnú starostlivosť, na ktorú už neostali vyčlenené verejné zdroje.
- Falošná solidarita: V dôsledku obmedzenosti verejných zdrojov môže pri nepresnej, resp. širokej definícii solidarity dochádzať k situácii, keď sa z verejných zdrojov platí aj starostlivosť, ktorá nie je nevyhnutná pre záchranu života, pričom ostáva menej peňazí na životne dôležitú starostlivosť. Riešením je posudzovanie prínosu poskytovanej starostlivosti pre pacienta, pričom treba zohľadňovať aj súvisiace náklady (t.j. efektívnosť).
- Vytláčanie súkromného kapitálu: Ak štát nedefinuje solidaritu dostatočne presne, môže dochádzať k nejasnému výkladu, čo má byť financované z verejných zdrojov a čo nie. Ak súkromní investori nevedia spoľahlivo určiť, čo môžu financovať, neprídu na trh. Rovnaký problém spôsobuje aj nestabilná definícia solidarity. Ak napríklad niektoré tovary a služby raz patria a inokedy nepatria do základného balíka, nie je možné sa na ne súkromne pripoistiť.
- Nadmerná spotreba: Pri deklarovanej bezplatnosti sú pacienti náchylní spotrebovať viac, než keby za spotrebu platili (ide o tzv. morálny hazard). Riešením môže byť zavedenie spoluúčasti, napr. tzv. marginálne platby, t.j. čiastočná úhrada nákladov v hotovosti z vlastného vrecka (pozri tiež časť 2.7.)
- Vyššie nároky na kontrolu kvality: Najmä pri široko definovanom solidárnom balíku štát nemá dostatočnú kapacitu na kontrolu a vymáhanie požadovaných štandardov pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Riešením môže byť decentralizácia kontroly kvality a zdokonalenie systému pre riešenie sporov (napr. cez súdy).

Aktuálny stav na Slovensku:
Solidárna časť zdravotníctva je financovaná prostredníctvom povinného verejného zdravotného poistenia. Na jeho základe majú občania univerzálny nárok na bezplatné poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Tento nárok 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, a tiež na vybrané služby (vydanie lieku, návšteva pohotovosti, preprava sanitkou, kúpeľná liečba, atď.), ktoré platia pacienti v hotovosti. Pacienti teda oficiálne neplatia za liečbu, ani za návštevu lekára a pobyt v nemocnici. V skutočnosti však súkromné výdavky tvoria tretinu celkových výdavkov na zdravotníctvo, čím sa Slovensko radí nad priemer OECD. Bezplatné zdravotníctvo je teda len ilúziou. Súkromné výdavky tvoria okrem regulovaných doplatkov napríklad polooficiálne a neoficiálne platby za poskytnutú starostlivosť. Pacienti sú tiež často ochotní dobrovoľne zaplatiť nezmluvným lekárom, pretože chcú urýchliť liečbu a často aj obísť štátne zariadenia, ktorým nedôverujú. Týka sa to napríklad plánovaných zákrokov ako je výmena kĺbu alebo operácia kolena.

Zahraničné skúsenosti:
Vyspelé štáty majú zväčša široko definované nároky pacientov na „bezplatnú“ starostlivosť. Najčastejšie sú definované negatívne, t.j. vylúčením určitých tovarov a služieb, a to najmä v zubnom a očnom lekárstve, kozmetickej chirurgii či alternatívnej medicíne. Pozitívne zoznamy sa používajú najmä v prípade liekov, zdravotníckych pomôcok a niektorých preventívnych výkonov. Viaceré štáty spresňujú definíciu solidarity a rozširujú pozitívne zoznamy, zvyčajne podľa kritérií potrebnosti, účinnosti a efektívnosti. Napríklad ako uvádza Leu a kol. (2009), Holandsko rozširuje pozitívne zoznamy na všetky výkony špecialistov. Podobne podľa WHO (2007) Belgicko používa detailný pozitívny zoznam viac než 8-tisíc služieb z celého spektra zdravotnej starostlivosti, v ktorom uvádza pre každú službu výšku zmluvnej ceny dohodnutej medzi poisťovňami a poskytovateľmi, ako aj výšku úhrady na základe povinného poistenia. Výnimkou medzi vyspelými štátmi je USA, kde neexistujú univerzálne nároky na „bezplatnú“ starostlivosť, štát však financuje zdravotnú starostlivosť chudobným a starým ľuďom (najmä cez programy Medicare a Medicaid).

Odporúčania:

A. Definovanie nárokov v rámci povinného poistenia

- Presnejšie definovať a prípadne aj zúžiť nároky pacientov v rámci solidárne financovanej časti zdravotníctva. Zostaviť a pravidelne aktualizovať pozitívny zoznam tovarov a služieb financovaných na základe povinného poistenia (východiskom môže byť existujúci katalóg výkonov) vrátane detailných požiadaviek na ich poskytnutie (napr. maximálne čakacie doby, technické a personálne vybavenie, definovať dostupnosť podľa maximálnej doby dopravy pacienta do daného zdravotníckeho zariadenia, atď.). Solidarita by mala, tak ako vo väčšine vyspelých štátov, zabezpečovať predovšetkým tieto funkcie:
  - Sociálnu ochranu jednotlivca pred neúnosnými výdavkami na zdravotníctvo
  - Dostupnosť prevencie, včasnej diagnózy a liečby najmä závažných ochorení, pričom mieru závažnosti určuje najmä vplyv na dĺžku, resp. kvalitu života
- Zoznam nárokov definovaných v rámci solidarity (tzv. základný balík) zverejňovať v prehľadnej a zrozumiteľnej forme na internete.
- Posudzovať efektívnosť poskytovanej starostlivosti financovanej v rámci povinného poistenia, neefektívnu starostlivosť vyčleniť. Efektívnosť posudzovať najmä na základe medicínskych dôkazov vyjadrujúcich účinok (Evidence-Based Medicine) vo vzťahu k finančným nákladom. Môže ísť napríklad o porovnanie lieku/liečby s iným liekom/liečbou (alebo placebom, t.j. látkou ktorú pacient vníma ako liek, ale ktorá neobsahuje žiadne liečivé látky) podľa:
  - Nákladov na získanie jedného kvalitného roka života (QALY – Quality-Adjusted Life Year),
  - Rozdielu v nákladoch na dva rôzne lieky/typy liečby, ktorý pripadá na rozdiel v účinku oboch liekov/typov liečby (ICER – Incremental Cost-Effectiveness Ratio),
  - Teoretického počtu pacientov, ktorých by sme museli liečiť, aby sme dosiahli požadovaný výsledok u jedného z nich (NNT – Number Needed to Treat).
- Pri zavádzaní uvedených metód spolupracovať so štátmi a inštitúciami, ktoré s nimi už majú skúsenosti - napr. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) vo Veľkej Británii.
- Závery posudzovania zverejňovať v prehľadnej a zrozumiteľnej forme na internete.

B. Definovanie systému dotácií poistných platieb

- Zaviesť systém dotácií poistného pre ľudí so žiadnym alebo s nízkym príjmom – ak by napríklad cena poistenia presiahla určitú stanovenú hranicu (napríklad 10% tých príjmov jednotlivca, ktoré presahujú určitý minimálny príjem), rozdiel by doplatil štát. V záujme šetrenia verejných zdrojov by mal byť doplatok vždy len do výšky najnižšej poistnej platby na trhu. Poistenec požadujúci dotáciu by tak bol motivovaný prestúpiť k najlacnejšej poisťovni, inak by musel rozdiel medzi poskytnutou dotáciou a jeho vlastnou poistkou doplácať z vlastných zdrojov.

Zjednodušený príklad výpočtu štátnej dotácie

	Poistenec 1	Poistenec 2	Pracujúci 3
Mesačný príjem	300 EUR	600 EUR	800 EUR
Mesačná poistka	50 EUR	50 EUR	50 EUR
Minimálny príjem	200 EUR	200 EUR	200 EUR
10% príjmu presahujúcich minimálny príjem	10 EUR (=10%x(300-200))	40 EUR (=10%x(600-200))	60 EUR (=10%x(800-200))
Dotácia od štátu	40 EUR (=50-10)	10 EUR (=50-40)	0 EUR

1.5. Informačné nerovnosti

V zdravotníctve existujú informačné nerovnosti na viacerých úrovniach:

- Pacient – poisťovňa:
  - Ak uchádzač o poistenie pozná svoj zdravotný stav lepšie než poisťovňa, môže dôjsť v systéme bez povinného poistenia k tzv. adverznému výberu (pozri časť 1.2. – Problém 1).
  - Ak poisťovňa pozná riziká vzniku ochorení lepšie než pacient, môže s ním uzavrieť poistku s nadmerným rozsahom krytia alebo s nadmernou cenou. Možné riešenia:
    - Osveta o rizikách vzniku rôznych ochorení
    - Podpora súťaže medzi poisťovňami tak, aby si pacient mohol porovnávať ponuky od viacerých poisťovní

- Pacient – poskytovateľ: Ak poskytovateľ pozná potrebu liečby lepšie než pacient, môže ho liečiť neefektívne, t.j. môže mu naordinovať aj menej potrebnú liečbu, resp. môže mu účtovať neprimerane vysoké ceny. Možné riešenia:
    - Poistenie – ak má pacient uzavreté zdravotné poistenie, je v záujme poisťovne, ktorá má potrebné medicínske znalosti, aby bol liečený efektívne
    - Zlepšovanie informácií o štruktúre a cene poskytnutej liečby (napr. vykazovaním poskytnutých služieb na základe katalógu výkonov, atď.)
    - Zlepšovanie informácií o kvalite poskytovateľov (napríklad zverejňovaním rebríčkov kvality)
    - Zlepšovanie informácií o diagnózach a liekoch (napr. zverejňovaním zrozumiteľných databáz popisujúcich diagnózy resp. lieky a ich cenu, účinok, atď.)
    - Definovanie diagnostických aj liečebných štandardov – ak štát definuje štandardy, poskytovateľovi sa zužuje priestor na neefektívnu liečbu
    - Zavedenie, resp. rozšírenie regulovanej spoluúčasti tak, aby pacienti mali motiváciu získať „hodnotu za peniaze“ a teda vyhľadávať potrebné informácie

- Poskytovateľ – poisťovňa: Ak poskytovateľ pozná vlastnú štruktúru nákladov lepšie než poisťovňa, môže si nechať preplácať neprimeraný rozsah poskytovanej starostlivosti. Možné riešenia:
    - Podpora súťaže medzi poskytovateľmi tak, aby si poisťovňa mohla porovnávať náklady a efektívnosť viacerých poskytovateľov
    - Transparentnosť: Zlepšovanie informácií o štruktúre a cene poskytnutej liečby (napr. vykazovaním poskytnutých služieb na základe katalógu výkonov, zavedením platieb za diagnózu – systém DRG, štandardizáciou účtovníctva rôznych poskytovateľov, atď.)

Aktuálny stav na Slovensku:
Dostupnosť a kvalita informácií je výrazne obmedzená a to najmä v dôsledku týchto skutočností:

- Pacienti nemajú prístup k rebríčkom kvality lekárov. Čiastočné informácie ponúka zdravotná poisťovňa Dôvera, ktorá v roku 2009 zverejnila zoznam lekárov, ktorí robia najviac prevencie a ich pacienti sú s nimi spokojní.
- Pacienti nemajú prístup k rebríčkom kvality oddelení jednotlivých nemocníc. Čiastočné informácie ponúka zdravotná poisťovňa Dôvera, ktorá od roku 2008 zverejňuje rebríček kvality nemocníc a od roku 2009 aj kúpeľov. Všeobecná zdravotná poisťovňa zverejňuje rebríčky nemocníc len podľa hodnotenia spokojnosti pacientov. Rebríčky konkrétnych oddelení nezverejňuje žiadna poisťovňa, v roku 2010 však Dôvera po prvý raz zverejnila najlepšie oddelenia podľa hodnotenia pacientov a Union porovnanie oddelení podľa štátom definovaných indikátorov kvality, ktoré však umožňujú len minimálnu diferenciáciu v hodnotení poskytovateľov.
- Pacienti nemajú prístup k rebríčku kvality zdravotných poisťovní. V rokoch 2007 a 2008 síce rebríček zostavila mimovládna organizácia Health Policy Institute, avšak jeho spoľahlivosť a dôveryhodnosť oslabila neochota štátnych zariadení poskytovať potrebné údaje, ako aj spochybňovanie rebríčka zo strany štátnych orgánov.
- Pacienti aj poisťovne majú obmedzené možnosti na kontrolu vykonanej liečby a zhodnotenie jej adekvátnosti, keďže nemajú prístup k štandardom pre diagnózu a liečbu chorôb a často ani k evidencii vykonaných zákrokov.
- Strana dopytu (napr. pacient, poisťovňa) nemá dostatočné informácie o cene a štruktúre poskytnutých tovarov a služieb.

Odporúčania:

- Pravidelne zostavovať a zverejňovať objektívne rebríčky kvality poisťovní aj poskytovateľov (pri nemocniciach aj na úrovni konkrétnych oddelení).
- Zvýšiť transparentnosť tak, aby kupujúci (napr. pacient, poisťovňa) detailne videl, za čo a koľko platí, t.j. poskytovatelia budú podávať pacientom aj poisťovniam detailný popis poskytnutých tovarov a služieb. Spolu so štandardizáciou liečby to umožní napríklad zmeniť menej presné odmeňovanie založené na ročných platbách či počte ukončených hospitalizácií na presnejšie odmeňovanie podľa diagnóz (napr. systém DRG), výsledkov liečby alebo aspoň konkrétnych výkonov.
- Zaviesť a zverejniť diagnostické a liečebné štandardy, ktoré pomôžu lepšie popísať konkrétny produkt.
- Podporovať elektronickú komunikáciu (napr. elektronické vedenie zdravotnej dokumentácie, elektronické predpisovanie liekov, atď.) a zaviesť elektronickú evidenciu informácií o cene a štruktúre spotrebovaných tovarov a služieb. Každého pacienta pravidelne (napr. raz za rok) informovať o jeho spotrebe hradenej

z povinného poistenia, pričom je dôležité, aby bol bonusom alebo inou odmenou motivovaný hľadať prípadné nezrovnalosti.
- Zaviesť, resp. rozšíriť regulovanú spoluúčasť tak, aby pacienti mali motiváciu získať „hodnotu za peniaze“ a teda vyhľadávať potrebné informácie (pozri tiež časť 2.7.).
- Podporovať súťaž medzi poisťovňami aj poskytovateľmi

1.6. Podpora súťaže

Pri uvažovaní o nástrojoch na zabezpečenie solidarity treba rozhodnúť, do akej miery je možné spoľahnúť sa na súťaž a do akej miery je potrebné zapojiť štátnu reguláciu. Vo vízii sme uviedli, že jedným z nástrojov by malo byť povinné poistenie, keďže: (1) štát chce predísť situácii, keď by sa množstvo ľudí nepoistilo a v prípade ochorenia by si nemohli dovoliť platiť za potrebnú liečbu, (2) štát chce v istom rozsahu garantovať zdravotnú starostlivosť a jej dopad na sociálnu situáciu ľudí. Povinné poistenie a súťaž sa ale navzájom nevylučujú. Príkladom je povinné zmluvné poistenie áut, ktoré poskytujú súkromné a ziskové poisťovne súťažiace na trhu.

Jasné definovanie solidarity a zníženie informačných nerovností otvára cestu k zavádzaniu súťaže aj do zdravotníctva. Fungujúca súťaž je zásadnou podmienkou efektívneho použitia zdrojov. Na Slovensku je popri nejasnom definovaní solidarity a nedostatku kvalitných informácií súťaž medzi zdravotnými poisťovňami a medzi poskytovateľmi obmedzená najmä nasledovnými skutočnosťami:
- Vysoká koncentrácia a prevládajúce štátne vlastníctvo na poistnom trhu – povinné verejné poistenie vykonáva jedna štátna a dve súkromné akciové spoločnosti. Dominantné postavenie má štátna Všeobecná zdravotná poisťovňa so 69-percentným podielom na trhu podľa počtu poistencov. Súkromná poisťovňa Dôvera má 25-percentný podiel a súkromná poisťovňa Union 6-percentný podiel.
- Prevládajúce štátne vlastníctvo a netransparentné formy riadenia na trhu poskytovateľov v lôžkovej sfére – počas reformy z rokov 2003-2004 došlo k transformácii predovšetkým menších a stredne veľkých zariadení z verejnoprávnych inštitúcií na akciové spoločnosti, neziskové organizácie a spoločnosti s ručením obmedzeným. Súčasne s transformáciou prechádzali zariadenia z vlastníctva štátu do vlastníctva samosprávnych krajov, miest a súkromných subjektov. Pred parlamentnými voľbami v roku 2006 vláda transformáciu zastavila. Zhruba tretina zariadení vrátane najväčších tzv. fakultných nemocníc a špecializovaných ústavov tak ostali ako verejnoprávne inštitúcie vo vlastníctve štátu, resp. miestnej samosprávy.
- Regulácia tvorby a použitia zisku poisťovní – vláda v roku 2007 presadila obmedzenie použitia zisku z verejného poistenia. Až do roku 2008 mohli poisťovne vytvárať a používať zisk podľa rozhodnutia akcionárov. Po zásahu vlády musia použiť zisk vytvorený v roku 2008 a neskôr len na úhrady za poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Prakticky to znamená zákaz zisku.
- Zákaz zisku poskytovateľov – zhruba dve tretiny poskytovateľov v lôžkovej sfére nemôže tvoriť zisk, keďže fungujú ako verejnoprávne alebo neziskové organizácie.
- Regulácia siete poskytovateľov – poisťovne sú povinné uzatvoriť zmluvu so všetkými všeobecnými lekármi a lekárňami, ako aj s určitým minimálnym počtom lekárov špecialistov a nemocníc. V októbri 2007 vláda určila minimálnu sieť 34 nemocníc, z ktorých všetky sú štátne. S týmito nemocnicami poisťovne musia uzavrieť zmluvy. Štát tiež určuje minimálne počty lekárov a zdravotných sestier pre jednotlivé oddelenia nemocníc.

- Regulácia výberu poistného, t.j. poistných sadzieb ako aj selekcie a rozloženia rizika na poistnom trhu.

Zahraničné skúsenosti:
Vo vyspelých štátoch je pomerne bežné využívanie súťaže na báze ziskových a súkromných subjektov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, skôr zriedkavé je pri jej financovaní. Najviac rozvinutá súťaž je v USA, kde popri sebe pôsobia ziskové aj neziskové subjekty tak medzi poskytovateľmi ako aj poisťovňami. Na trhu povinného poistenia je súťaž najlepšie rozvinutá v Holandsku (pôsobia tu súkromné ziskové aj neziskové poisťovne) a Švajčiarsku (pôsobia tu len súkromné neziskové poisťovne). Na trhu poskytovateľov v ambulantnom sektore je súťaž na báze súkromného vlastníctva a voľnej tvorby zisku dobre rozvinutá takmer vo všetkých vyspelých štátoch, menej rozvinutá je v lôžkovej sfére.

Odporúčania:
- Podporovať súťaž medzi poisťovňami aj medzi poskytovateľmi. Využívať pritom transparentné formy riadenia (najmä akciové spoločnosti), ako aj motivačný vplyv zisku a súkromného vlastníctva (privatizácia). **Kľúčovou úlohou je zníženie koncentrácie na poistnom trhu, čiže odstránenie dominantného postavenia Všeobecnej zdravotnej poisťovne**. Možnosti sú dve: (1) Rozdelenie poisťovne na niekoľko častí a ich následná privatizácia. (2) Zníženie bariér vstupu na trh a prilákanie súkromných investorov. 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 významné politické riziká (napr. obavy zo zmeny vlády a následné zásahy proti súkromným poisťovniam). V prípade privatizácie je možné riziko politických zásahov čiastočne znížiť úpravou zmluvných podmienok v prospech ochrany súkromných investícií.
- Súťaž podporovať predovšetkým pri liečení bežných chorôb, poskytovaní jednoduchých výkonov a pri rutinných, dlhodobo plánovaných zákrokoch, resp. všade tam, kde je nízka miera informačnej asymetrie medzi kupujúcim a predávajúcim. Ako uvádza Sahlberg (2002), vhodné pre súťaž a tvorbu zisku sú činnosti, pri ktorých je možné jasne definovať diagnózu aj spôsob liečby, vďaka čomu si pacient môže ľahko porovnať vstupy (náklady) aj výstupy (kvalita, množstvo výkonov) a pri ktorých pacient nie je dlhodobo viazaný na jedného poskytovateľa. Ide napríklad o plánované chirurgické zákroky pri jasnej diagnóze (napr. jednodňová chirurgia), röntgenové snímky, laboratórne testy a čiastočne aj výkony v primárnej a špecializovanej starostlivosti. Naproti tomu, nevhodné pre súťaž sú zložité diagnózy, pri ktorých je ťažké alebo nemožné porovnávať rôzne prístupy k liečbe.
- Uvoľniť reguláciu siete poskytovateľov zrušením povinnosti pre poisťovne uzatvárať zmluvy s poskytovateľmi. Poisťovne zaväzovať k poskytnutiu konkrétneho produktu – základného balíka zdravotnej starostlivosti (vrátane definovania dostupnosti napr. podľa maximálnej doby prepravy pacienta do daného zdravotníckeho zariadenia), nie k uzatváraniu kontraktov s poskytovateľmi.
- Postupne uvoľňovať reguláciu na strane príjmov zdravotných poisťovní.

1.7. Deregulácia na strane príjmov zdravotných poisťovní

Aktuálny stav:
Solidaritu v zdravotnom poistení štát okrem iného zabezpečuje reguláciou na strane príjmov zdravotných poisťovní. Cieľom je najmä garantovať nediskriminačný prístup k zdravotnému

poisteniu, chrániť zdravotne rizikovejších ľudí pred neúnosnými výdavkami na poistenie, resp. pred obmedzovaním finančného krytia poskytovanej starostlivosti zo strany zdravotných poisťovní. Prostriedkami regulácie sú predovšetkým nasledovné opatrenia:

- Povinnosť registrovať sa v zdravotnej poisťovni a platiť odvody – každý ekonomicky aktívny občan musí platiť odvody na zdravotné poistenie. Štát platí odvody najmä za nezaopatrené deti, dôchodcov, nezamestnaných a ľudí starajúcich sa o deti do veku troch rokov.
- Regulácia sadzby zdravotných odvodov – poistenci platia jednotnú sadzbu vo výške 14% z vymeriavacieho základu.
- Regulácia výberu poistencov – poisťovňa musí prijať a poskytnúť rovnaké podmienky každému človeku, ktorý prejaví záujem poistiť sa.
- Prerozdeľovanie poistného medzi poisťovňami – štát prerozdeľuje príjmy poisťovní s cieľom kompenzovať rozdiely v štruktúre poistných kmeňov tak, aby poisťovne nevyhľadávali bohatých a zdravých poistencov na úkor chudobných a chorých. Kritériami prerozdeľovania sú pohlavie a vek poistencov, od roku 2010 sa zohľadňuje aj počet poistencov, za ktorých platí poistné odvody štát. Od 1.1.2009 vláda zvýšila základ pre výpočet sumy určenej na prerozdeľovanie z 85,5% na 95% predpísaného poistného.

Zahraničné skúsenosti:
Z vyspelých štátov je zdravotné poistenie najliberálnejšie v USA:

- Ľudia nie sú povinní uzatvárať zdravotné poistenie. Výnimkou je štát Massachusetts. Tzv. Obamova reforma z roku 2010 postupne zavedie povinné poistenie aj do ostatných štátov.
- Neexistujú obmedzenia pre výšku poistných platieb. Výnimkou je štátny poistný program Medicare, ktorý hradí zdravotnú starostlivosť pre ľudí nad 65 rokov a zdravotne postihnutých.
- Poisťovne môžu posudzovať zdravotný stav uchádzača o poistenie, môžu tiež odmietnuť uzatvoriť s ním zmluvu.
- Príjmy poisťovní nepodliehajú žiadnemu prerozdeľovaniu.

Vláda USA dotuje zdravotnú starostlivosť pre zhruba 28% obyvateľov, a to najmä pre starších ľudí (Medicare), chudobných (Medicaid) a pre deti z rodín s nízkym príjmom (SCHIP). Napriek tomu je podľa OECD (2009) zhruba 16% obyvateľov bez poistenia, pričom ide najmä o ľudí s nižším príjmom. Kritici systému poukazujú predovšetkým na prudko rastúce náklady na zdravotníctvo, nerovný prístup k zdravotnej starostlivosti a nárast počtu nepoistených, resp. nedostatočne poistených Američanov. Medzi najviac diskutované riešenia patrí zavedenie povinného poistenia, t.j. univerzálneho zdravotného systému a rozšírenie ochranných opatrení pre chudobných. Administratíva prezidenta Baracka Obamu presadila v roku 2010 reformu, podľa ktorej budú tieto riešenia v prechodnom období realizované. Reforma počíta aj s ponukou vládou definovaných zdravotných plánov (alternatíva štátnej poisťovne, ktorej zriadenie nakoniec neprešlo) a tiež s rozšírením búrz zdravotného poistenia, na ktorých si jednotlivci aj firmy budú môcť vybrať z ponuky súkromných poisťovní.

Niektoré vyspelé štáty regulujú zdravotné poistenie s cieľom zabezpečiť všetkým obyvateľom prístup k zdravotnému poisteniu bez nežiaducej diskriminácie, zároveň však podporujú súťaž medzi poisťovňami s cieľom zvyšovať kvalitu a efektívnosť pri poskytovaní starostlivosti. Medzi najúspešnejšie príklady patrí Holandsko a Švajčiarsko. V oboch krajinách existuje univerzálna povinnosť uzatvoriť zdravotné poistenie a poisťovne majú zakázané posudzovať poistencov podľa ich zdravotného stavu. Vo Švajčiarsku však poisťovne môžu predpísať rôzne poistné platby podľa regiónu, resp. podľa toho, do ktorej z troch vekových skupín spadá

poistenec (0-18, 19-25, 26 a viac rokov). V oboch krajinách poisťovne môžu súťažiť vo výške poistných platieb, v Holandsku však poisťovne získavajú zhruba polovicu príjmov aj na základe fixnej, štátom regulovanej sadzby (2009: 6,5% z príjmu). V oboch štátoch vláda dotuje poistné platby ľuďom s nižším príjmom. Vo Švajčiarsku ide zhruba o 30% obyvateľov, pričom výška vládnej dotácie pre jednotlivca sa určuje tak, aby jeho výdavky na poistku nepresiahli 10% príjmu. V Holandsku platí štát odvody za deti a dotuje tzv. nominálne poistné (t.j. paušálne platby vyberané priamo poisťovňami) pre zhruba 40% obyvateľov. V oboch štátoch napriek tomu existuje malá časť obyvateľstva (cca 1,5%), ktorá nedokáže alebo odmieta platiť poistné platby. Obe krajiny sa snažia vyrovnávať rozdiely v riziku poistných kmeňov prerozdeľovaním vybraných príjmov medzi poisťovňami. Vo Švajčiarsku ide o pomerne jednoduchý mechanizmus zohľadňujúci len vek a pohlavie poistencov.
V Holandsku ide o zložité prerozdeľovanie, ktoré zohľadňuje napr. aj rozdiely v historických výdavkoch na lieky, resp. v diagnózach poistencov. Prerozdeľuje sa len zhruba polovica príjmov poisťovní plynúcich z fixných poistných platieb, „ex post“ sa však prerozdeľujú aj zisky resp. straty jednotlivých poisťovní.

Tabuľka: Regulácia poistných trhov v Holandsku a vo Švajčiarsku

	Holandsko	Švajčiarsko
Povinné poistenie	áno	áno
Rozdiely v poistných platbách jednotlivých poisťovní	áno, ale zhruba polovica príjmov poisťovní je na základe fixnej sadzby 6,5% z príjmu poistenca	áno
Rozdiely v poistných platbách na základe zdravotného stavu poistenca	nie	nie
Rozdiely v poistných platbách na základe veku poistenca	nie	áno (0-18, 19-25, 26 a viac rokov)
Podiel obyvateľstva s dotovanými poistnými platbami	40%	30%
Prerozdeľovanie medzi poisťovňami	áno, ale len pre príjmy z fixnej sadzby 6,5% z príjmu poistenca	áno

Zdroj: INEKO podľa Leu a kol. (2009)

Výhody aktuálneho stavu:
Jednoduchosť a nízke transakčné náklady (netreba rozhodovať o rôznych sadzbách poistného, alebo o dotáciách pre jednotlivých ľudí, netreba riešiť informačné asymetrie medzi poisťovňou a poistencom).

Problémy:
2. Regulácia výberu poistného obmedzuje súťaž medzi poisťovňami (keďže obmedzuje možnosti vzájomne sa odlišovať), čím oslabuje tlak na zvyšovanie kvality a efektívnosti poskytovanej starostlivosti.
3. Regulovaním výberu poistného môže dochádzať k nesúladu vybraných zdrojov a zdrojov potrebných na krytie poskytnutej starostlivosti, čo sa môže prejaviť nárastom dlhu, predlžovaním čakacích radov, znižovaním kvality, rozšírením neformálnych platieb v zdravotníctve a podobne.

4. Regulácia poistných platieb neumožňuje poisťovniam rozlišovať menej rizikových od rizikovejších ľudí a zohľadniť toto riziko vo výške poistných platieb. S tým sú spojené dva problémy:
    - Poisťovne majú pri jednotnej sadzbe motiváciu vyhľadávať zdravých a bohatých ľudí, ktorých platby pravdepodobne pokryjú náklady na zdravotnú starostlivosť a naopak odmietať chudobných a chorých ľudí, ktorých platby by na krytie zdravotnej starostlivosti pravdepodobne nestačili (tzv. selekcia rizika). Vláda môže túto motiváciu znižovať povinnosťou prijať každého uchádzača o poistenie, ako aj prerozdeľovaním príjmov medzi poisťovňami podľa rizikovosti ich poistných kmeňov.
    - Ak poistenec nedostáva zreteľný a dostatočne silný signál (napr. v podobe ceny poistného) o tom, do akej miery jeho správanie (napr. životný štýl) zvyšuje riziko vzniku chorôb a tým aj budúcich nákladov na liečenie, nemá motiváciu zmeniť svoje správanie. Ľudia so zodpovedným prístupom k vlastnému zdraviu nie sú odmenení (v podobe nižších platieb) a naopak ľudia s menej zodpovedným prístupom nie sú potrestaní. Zároveň dochádza k väčšiemu a menej adresnému prerozdeľovaniu, keď napr. zodpovední financujú nezodpovedných.

Odporúčania:

- Ponechať univerzálne povinné poistenie a tiež komunitné poistné platby
- Spresňovať mechanizmus prerozdeľovania zdrojov medzi poisťovňami tak, aby čo najlepšie predpovedal ich rozdielne výdavky spôsobené rozdielnym rizikom poistných kmeňov.
- Postupne uvoľňovať reguláciu tak, aby poisťovne mohli navzájom súťažiť vo výške poistného. To sa dá realizovať napríklad uvoľnením fixnej sadzby poistného v určitom intervale (pozri časť 2.6.), alebo zavedením tzv. nominálneho poistného, t.j. paušálnej platby, ktorá nie je viazaná na výšku príjmu (pozri časť 2.4.).
- Vytvoriť podmienky, aby poisťovne mohli postupne zohľadňovať niektoré rizikové faktory vo výške poistných platieb pre jednotlivých poistencov (napr. zavedením bonusov a malusov za zodpovedné, resp. rizikové správanie).
- Umožniť poisťovniam vytvárať zdravotné plány, ktoré by sa odlišovali podľa výšky spoluúčasti (tzv. deductible), resp. podľa rôznych možností manažmentu pacienta v sieti poskytovateľov.
- Zvyšovať adresnosť pri poskytovaní solidarity zavedením štátnych dotácií na poistné platby, ktorých výšku určí súťaž na trhu. Tieto dotácie by mali postupne nahradiť platby štátu za ekonomicky neaktívnych poistencov. Okrem iného sa tak zvýši vedomie o cene poistného pre všetky skupiny obyvateľstva.

Poznámky:

- Zavedeniu súťaže medzi poisťovňami vo výške poistných platieb by malo predchádzať zníženie koncentrácie na poistnom trhu na takú úroveň, ktorá nebude brániť efektívnej súťaži.
- Rizikom súťaže vo výške poistných platieb je, že ekonomicky aktívni poistenci budú prestupovať do finančne zdravších poisťovní s nižšími platbami a následne sa tak zhorší poistný kmeň a tým aj hospodárske výsledky poisťovní s vyššími platbami. Uvedené riziko je tým väčšie, čím menej presný je systém prerozdeľovania príjmov medzi poisťovňami. Neželaným dôsledkom by mohol byť tlak na zvýšenie objemu prerozdeľovaných zdrojov, alebo na zvýšenie dotácií štátu pre poisťovne s horším poistným kmeňom. Čiastočným riešením môže byť, ak by štát preplácal poistné za

vlastných (prevažne rizikovejších) poistencov len do výšky najnižšej poistky na trhu. Títo poistenci by tak boli motivovaní prestúpiť do poisťovne s najlacnejším poistením.

KAPITOLA 2. Alternatívy vo výbere zdravotných odvodov

V predošlej časti sme analyzovali hlavné výhody a nevýhody solidárneho a zásluhového financovania zdravotníctva a formulovali sme víziu financovania zdravotníctva, ku ktorej by sme sa časom chceli dostať. Aktuálny systém financovania zdravotníctva na Slovensku je od tejto vízie významne vzdialený a tento rozdiel nie je možné prekonať jednoduchými opatreniami. Reforma financovania zdravotníctva si vyžiada dlhší čas, začať s ňou však môžeme prakticky ihneď. V tejto časti dokumentu popisujeme jednotlivé možnosti reformy s dôrazom na výber zdravotných odvodov, ktoré sa objavili vo verejnej diskusii. Predstava o vízii, ku ktorej chceme smerovať, nám pomôže pri hodnotení jednotlivých riešení.

Vo verejnej diskusii sa objavili najmä tieto návrhy na zmeny ovplyvňujúce výber zdravotných odvodov:

- Odvodová neutralita (zjednotenie vymeriavacích základov pre rôzne druhy príjmov)
- Projekt UNITAS – jednotný výber daní, ciel a odvodov
- Financovanie zdravotníctva z daní (návrh podpredsedu KDH)
- Kombinácia daní (resp. poistných sadzieb) a nominálneho poistného (holandský systém)
- Zavedenie pripoistenia
- Súťaž medzi poisťovňami vo výške sadzieb
- Regulovanie a rozšírenie spoluúčasti
- Centralizácia a zoštátnenie zdravotného poistenia

2.1. Odvodová neutralita

Vo verejnej diskusii sa pravidelne objavujú návrhy na zavedenie tzv. odvodovej neutrality, čiže stavu, v ktorom by sa platili rovnaké odvody z rôznych druhov príjmov. Podobná reforma prebehla v daniach v roku 2003, keď došlo k zjednoteniu vymeriavacích základov pre rôzne druhy príjmov a tým aj k zrušeniu množstva výnimiek pri platení dane z príjmov.

Aktuálny stav:
Odvody na zdravotné poistenie sú z pohľadu platcu veľmi podobné dani z príjmov. Obe sa platia z príjmu z práce, určuje ich jednotná sadzba a pri oboch má každý človek rovnaké nároky na verejné tovary a služby bez ohľadu na výšku odvedenej sumy. Zdravotné odvody tak majú výrazne daňový charakter, v plnej miere sa používajú na solidárne financovanie zdravotníctva. Vymeriavacie základy pre daň z príjmu sú napriek tomu podstatne odlišné od vymeriavacích základov pre zdravotné odvody. Pravidlá pre platenie zdravotných odvodov sú navyše nejednotné a obsahujú množstvo výnimiek, čím motivujú ľudí špekulovať a vyhľadávať spôsoby, ako sa ich plateniu vyhnúť. Príklady hlavných problémov:

- Zamestnanci a zamestnávatelia platia odvody vo výške 14% z hrubého mesačného príjmu zamestnanca, z toho 4% zamestnanec a 10% zamestnávateľ. Minimálny vymeriavací základ je minimálna mzda, ktorá dosahuje 40% priemernej mesačnej mzdy v ekonomike (307,70 eur v roku 2010). Maximálny vymeriavací základ je 3-násobok priemernej mesačnej mzdy spred dvoch rokov. Naproti tomu samostatne zárobkovo činné osoby (SZČO) platia odvody vo výške 14% z vymeriavacieho základu pre daň z príjmov zvýšeného o daňovo uznané výdavky na zdravotné poistenie a vydeleného koeficientom 2,14. Maximálny vymeriavací základ je rovnaký ako pri zamestnancoch, minimálny vymeriavací základ je určený ako 44,2% z priemernej mzdy spred dvoch rokov (v roku 2010 je to 319,57 eur). **V dôsledku krátenia vymeriavacieho základu koeficientom 2,14 platí veľká väčšina SZČO**

odvody z minimálnej mzdy. V porovnaní so zamestnancami tak SZČO platia podstatne nižšie odvody. Napríklad v roku 2008 bolo na Slovensku 5-násobne menej SZČO ako zamestnancov a zaplatili 8-násobne menej na dani z príjmov. Avšak na zdravotných odvodoch zaplatili až 12-násobne menej. Systém platenia odvodov je preto z pohľadu zamestnancov diskriminačný. Dôsledkom je prechod mnohých pôvodných zamestnancov na živnosť.

Tabuľka: Porovnanie daní a odvodov zamestnancov a SZČO v roku 2008

	Počet	DPFO	Odvody do ZP
Zamestnanci	2,094 mil.	48,8 mld. Sk	62,1 mld. Sk
SZČO	0,418 mil.	6,3 mld. Sk	5,0 mld. Sk
Pomer	**5-násobok**	**8-násobok**	**12-násobok**
Zdroj	ŠÚ SR	MF SR	HPI

SZČO – samostatne zárobkovo činná osoba
DPFO – daň z príjmov fyzických osôb
ZP – zdravotné poisťovne
ŠÚ SR – Štatistický úrad SR
MF SR – Ministerstvo financií SR
HPI – Health Policy Institute

- **Zákony umožňujú využívať množstvo rôznych druhov príjmov, ktoré nepodliehajú zdravotným odvodom, avšak podliehajú dani z príjmov alebo zrážkovej dani.** Ako príklady uvádza Mihál (2009) nasledovné príjmy: Príjmy na základe dohody o vykonaní práce, dohody o pracovnej činnosti, dohody o brigádnickej práci študentov, príkaznej zmluvy, zmluvy o dielo, nepomenovanej zmluvy, odstupné, odchodné, náhrada za pracovnú a služobnú pohotovosť, rôzne druhy odmien (napr. pri životnom a pracovnom výročí), honoráre za autorské príspevky do novín, časopisov, rozhlasu a televízie (okrem umeleckých výkonov), príjmy z prenájmu nehnuteľností, dividendy, podiely na zisku vlastnej s.r.o., atď.. Z pohľadu platenia zdravotných odvodov je teda poberanie uvedených príjmov podstatne výhodnejšie než práca na živnosť, alebo zamestnanie.
- Pri platení dane z príjmov existuje nezdaniteľné minimum vo výške 22,5-násobku životného minima (2009: 4025,70 EUR). Ľudia teda platia daň až z príjmu, ktorý prevyšuje uvedené minimum. Pri zdravotných odvodoch podobné minimum neexistuje, ľudia platia odvody z celého príjmu. Na rozdiel od dane z príjmu však pri zdravotných odvodoch existuje minimálny a maximálny vymeriavací základ. Dôsledkom týchto rozdielov je, že daň z príjmov je vo vzťahu ku mzde zamestnanca progresívna (efektívna daňová sadzba, t.j. podiel zaplatenej dane a mzdy, rastie s výškou mzdy), kým zdravotné odvody sú vo vzťahu ku mzde zamestnanca regresívne (efektívna odvodová sadzba, t.j. podiel zaplatených odvodov a mzdy, klesá s výškou mzdy). **Regresívny charakter zdravotných odvodov spôsobuje, že ľudia s nižším príjmom sú viac zaťažení platením odvodov ako ľudia s vyšším príjmom. Vzniká tak bariéra pre tvorbu pracovných miest s nižším príjmom**, čo postihuje najmä ľudí, ktorí sa ťažšie uplatňujú na trhu práce.

Odporúčania:
Upraviť vymeriavacie základy pre platenie zdravotných odvodov tak, aby boli čo najviac zhodné s vymeriavacími základmi pre platenie dane z príjmov. Cieľom je obmedziť špekulácie a úniky pri platení zdravotných odvodov a zmeniť regresívny charakter zdravotných odvodov na progresívny. Pred realizovaním tejto zmeny je potrebné prepočítať

dopady na verejné financie (najmä príjmy zdravotných poisťovní) a tiež na jednotlivé skupiny ľudí (zamestnanci podľa výšky príjmu, živnostníci, majitelia a štatutári obchodných spoločností, atď.). Parametre zmeny nastaviť tak, aby bol výsledný vplyv na verejné financie neutrálny a v prípade potreby zaviesť prechodné obdobia tak, aby sa dotknuté subjekty mali čas pripraviť. Súčasťou zmeny by malo byť aj zavedenie odpočítateľnej položky pre platenie zdravotných odvodov a zrušenie minimálnych vymeriavacích základov tak, ako to funguje pri dani z príjmov. Prípadný negatívny dopad na príjmy zdravotných poisťovní by malo kompenzovať zjednotenie vymeriavacích základov pre všetky druhy príjmov, t.j. vrátane rozšírenia vymeriavacích základov na príjmy, ktoré sú dnes od platenia zdravotných odvodov oslobodené, avšak platí sa z nich daň z príjmov.

Poznámka: Podľa prepočtov Podnikateľskej aliancie Slovenska by po zrušení krátenia vymeriavacieho základu SZČO a po rozšírení vymeriavacích základov aj na príjmy z dohôd a z podielov na zisku obchodných spoločností stúpli príjmy zdravotných poisťovní ročne zhruba o 250 mil. EUR, čo je zhruba 7,5%.

2.2. Projekt UNITAS

Ministerstvo financií pripravuje projekt zjednotenia výberu daní, ciel a odvodov s pracovným názvom UNITAS. Projekt plánuje presunúť výber daní, ciel, zdravotných a sociálnych odvodov na jednu centrálnu inštitúciu. Projekt sa zaoberá aj zmenami vo vymeriavacích základoch pre platenie zdravotných odvodov, ktoré sme rozobrali v predchádzajúcej časti o tzv. odvodovej neutralite. V tejto časti sa preto sústredíme len na jednotný výber. Naša analýza je pritom vo viacerých bodoch len orientačná, keďže projekt UNITAS doteraz nebol v ucelenej podobe zverejnený.

Pri analýze výhodnosti jednotného výberu daní, ciel a odvodov budeme hľadať odpovede na tieto otázky:

- Ako sa zmenia podmienky pre súťaž na poistnom trhu?
- Dokáže štát vyberať zdravotné odvody efektívnejšie ako zdravotné poisťovne?
- Zníži sa administratívna záťaž pre platiteľov odvodov?
- Ako sa zmení riziko politických zásahov pri rozhodovaní o toku peňazí do zdravotných poisťovní?
- Ako sa zmení citlivosť príjmov zdravotných poisťovní na ekonomický cyklus?
- Aké sú potenciálne prínosy zjednoteného výberu s porovnaní s potenciálnymi nákladmi na jeho realizáciu?

1. <u>Súťaž na poistnom trhu</u>

Aktuálny stav:
Zdravotné poisťovne dnes prakticky na strane príjmov, t.j. vo výbere zdravotných odvodov, nesúťažia. Príčinou je silná regulácia, keď sa napríklad poisťovne nemôžu odlišovať vo výške poistného. Súťaž nefunguje ani na strane výdavkov, t.j. vo vzťahu s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Medzi hlavné bariéry súťaže patrí popri regulácii výberu poistného aj vysoká koncentrácia na poistnom trhu a tiež obmedzenia pri použití zisku. V dôsledku nefungujúcej súťaže je motivácia poisťovní ponúkať poistencom čo najvyššiu pridanú hodnotu obmedzená, čo má vplyv na celkovo suboptimálne fungovanie zdravotníctva.

Možné dopady a odporúčania:

Z pohľadu vízie uvedenej v prvej časti tohto dokumentu je súťaž pri výbere poistného dôležitým prvkom fungovania zdravotníctva. **Presun výberu na centrálnu inštitúciu by pre zdravotné poisťovne znamenal stratu know-how na výber poistného a do veľkej miery aj stratu kontaktu s poistencami. V závislosti od technického riešenia projektu UNITAS by sa tým pravdepodobne sťažili podmienky pre neskoršie uvoľňovanie regulácie a posilňovanie súťaže na strane príjmov v rámci povinného poistenia.** Podmienky pre deregulácíu výberu poistného by zlepšili predovšetkým tieto opatrenia:

- Uvoľnenie poistných sadzieb
- Zavádzanie bonusov a malusov za zodpovedné, resp. rizikové správanie
- Vytváranie viacerých zdravotných plánov, ktoré by zohľadňovali napríklad rozličnú mieru spoluúčasti (tzv. deductible), resp. rôzne možnosti manažmentu pacienta v sieti poskytovateľov (založené napr. na kontrole nákladov)
- Prechod na nominálne poistné, atď.

Ak by preto došlo k zjednoteniu výberu, mali by byť súčasne prijaté také riešenia, ktoré by umožňovali posilňovať súťaž realizáciou uvedených opatrení.

2. Efektívnosť výberu odvodov

Aktuálny stav:
Odvody vyberané priamo od poistencov tvoria zhruba 70% príjmov zdravotných poisťovní, maximalizovať efektívnosť výberu je teda v ich životnom záujme. Otázkou je, či by Daňový úrad dosiahol vyššiu efektívnosť výberu než zdravotné poisťovne. Pre porovnanie uvádzame údaje o úspešnosti výberu za jednotlivé kategórie platiteľov podľa Daňového úradu (výber daní) a tiež podľa Štatistického úradu (výber zdravotných odvodov).

Úspešnosť výberu daní (v %)

	2006	2007	2008	2009
DPFO – podnikatelia (SZČO)	-	84,4	94,5	94,3
DPFO – zamestnanci	-	102,3	101,5	95,5
DPPO – zamestnávatelia	-	91,6	98,6	98,6
Vážený priemer	-	95,6	99,6	97,1

Zdroj: Daňové riaditeľstvo SR
Poznámka: Úspešnosť výberu vyjadruje podiel predpísanej a zaplatenej daňovej povinnosti v bežnom roku. Údaje o predpise aj výbere sú vykázané na hotovostnom princípe. Zaplatená daňová povinnosť v bežnom roku bola znížená o sumu preplatkov, vzťahujúcich sa k úhradám daňových povinností minulých období.

Úspešnosť výberu zdravotných odvodov (v %)

	2006	2007	2008	2009
SZČO	106,0	99,3	84,7	75,5
Zamestnanci	99,1	96,8	99,7	98,9
Zamestnávatelia	99,3	98,6	100,4	97,3
Vážený priemer	99,8	98,2	99,0	95,9

Zdroj: Štatistický úrad SR
Poznámka: Úspešnosť výberu vyjadruje podiel predpísaných a zaplatených zdravotných odvodov v bežnom roku. Údaje o predpise sú vykázané na akruálnom princípe a údaje o zaplatenom poistnom na hotovostnom princípe.

Z uvedeného porovnania je zrejmé, že sa nedá urobiť jednoznačný záver, či je pri výbere úspešnejší Daňový úrad alebo zdravotné poisťovne. Výraznejšie vyššiu úspešnosť má Daňový

úrad len v rokoch 2008 a 2009 pri SZČO. Vysvetlením môže byť, že SZČO musia platiť odvody vždy, čiže aj keď nemajú žiadny príjem, a to aspoň z minimálneho vymeriavacieho základu, zatiaľ čo dane platia len ak majú nejaký príjem. Vyberať odvody od niekoho, kto nemá žiadny príjem, je pritom ťažšie. Vplyv tohto faktora je pravdepodobne významný, keďže z minimálneho vymeriavacieho základu v súčasnosti platí zdravotné odvody zhruba 80% SZČO. Pri zamestnancoch aj zamestnávateľoch úspešnosť výberu v jednotlivých rokoch kolíše. Ani takéto porovnanie však nie je celkom korektné z týchto dôvodov:

1. Metodika vykazovania údajov nie je jednotná. Údaje Daňového úradu o predpise aj zaplatenej povinnosti ako aj údaje Štatistického úradu o zaplatenej povinnosti sú zostavené na hotovostnom princípe (rozhodujúci je dátum platby), kým údaje Štatistického úradu o predpise sú zostavené na akruálnom princípe (rozhodujúci je dátum vzniku záväzku, resp. pohľadávky).
2. Neexistuje jednotná metodika výpočtu predpísaného poistného v jednotlivých zdravotných poisťovniach. Výpočet je tak ovplyvnený rozdielmi v ich informačných systémoch.
3. Existujú rozdiely vo frekvencii aj v spôsobe platieb zdravotných odvodov a daní pre jednotlivé typy platcov. Napríklad SZČO platí zdravotné odvody každý mesiac, kým dane len raz za rok (prípadne každý štvrťrok po prekročení istého obratu). Odvody aj dane sa pritom vypočítavajú z vymeriavacích základov za rozdielne obdobia, čo spôsobuje rozdielnu citlivosť úspešnosti ich výberu na ekonomický cyklus. Napríklad vysoké odvody vypočítané z príjmov z dobrého roka platí SZČO až od júla nasledujúceho roka, ktorý už môže byť horší, pričom dane zaplatí už v marci. Okrem toho SZČO musia platiť odvody vždy, čiže aj keď nemajú žiadny príjem, a to aspoň z minimálneho vymeriavacieho základu, zatiaľ čo dane platia len ak majú príjem.
4. Existujú rozdiely v určovaní predpisu poistného. Zdravotné poisťovne majú register poistencov a párujú platby s poistencami. Keď neprídu platby, hľadajú príčiny. Daňový úrad neporovnáva platby s databázou obyvateľov. Keď sa teda niekto k príjmom neprizná, nenahrá sa ani predpis a nevystupuje to ani v úspešnosti výberu.
5. Rozdiely v úspešnosti výberu súvisia aj s rozdielmi v nástrojoch na vymáhanie nedoplatkov. Exekúcie napríklad môžu vykonávať priamo zamestnanci Daňového úradu, kým zdravotné poisťovne môžu len podávať na ÚDZS návrhy na platobné výmery (ide o možnosť vykonávať exekúcie). Až do roku 2005 pritom mohli platobné výmery vydávať priamo poisťovne. Po presune tejto kompetencie na Úrad pre dohľad došlo k prudkému poklesu vydaných výmerov z takmer 30-tisíc v roku 2004 takmer na nulu v roku 2006 a následnému rastu len na 10-tisíc v roku 2008.

Možné dopady a odporúčania:

Nedá sa jednoznačne povedať, či by presun výberu odvodov na centrálnu inštitúciu zvýšil efektívnosť výberu v porovnaní so súčasným stavom. Mohlo by sa tak stať vtedy, ak by súčasne došlo k harmonizácii vymeriavacích základov ako aj nástrojov na vymáhanie nedoplatkov tak, ako to funguje pri daniach. Tieto opatrenia sa však dajú realizovať aj bez zjednotenia výberu. Vymeriavacie základy pre zdravotné odvody by sa mohli čo najviac priblížiť tým pre dane a poisťovne by mohli získať naspäť právomoc vydávať platobné výmery. Ďalší priestor na zvýšenie úspešnosti výberu je v aktívnejšom prístupe poisťovní k neplatičom. Poisťovne by napríklad mohli pravidelne a v prehľadnej forme na internete zverejňovať neplatičov poistného vrátane výšky nedoplatkov (dnes zverejňujú len zoznamy neplatičov bez bližšej špecifikácie). V anonymnom prostredí, kde neexistuje možnosť verejnej kontroly platobnej disciplíny, totiž majú ľudia vyššiu motiváciu vyhýbať sa plateniu.

3. Administratívna záťaž

Aktuálny stav:
Pri platení daní a odvodov musia poplatníci komunikovať s Daňovým úradom, zdravotnými poisťovňami a Sociálnou poisťovňou. Pri platení zdravotných odvodov musí zamestnávateľ komunikovať so všetkými poisťovňami, v ktorých sú poistení jeho zamestnanci. V súčasnosti sú na trhu tri poisťovne. Okrem pravidelného platenia preddavkov na dane a odvody musia poplatníci každoročne podávať aj osobitné daňové priznanie a osobitné zúčtovanie zdravotných odvodov. Presné údaje o rozsahu administratívnej záťaže súvisiacej so zdravotnými odvodmi nie sú známe, z dostupných údajov ale vyplýva:

- Podľa analýzy Ministerstva hospodárstva SR, ktorej závery boli zverejnené v marci 2010, je spracovanie a doručenie ročného zúčtovania zdravotných odvodov najväčšou administratívnou záťažou pre podnikateľov.[1]
- Ako uvádza PricewaterhouseCoopers v správe Paying Taxes 2010, z 257 hodín ročne, ktoré firmy v roku 2009 v priemere strávili spracovaním daňovej a odvodovej administratívy pripadá 100 hodín na dane z práce (t.j. najmä odvody). Zvyšok pripadá na daň zo zisku (43 hodín) a spotrebné dane, a to najmä DPH (114 hodín). Celkovo sa tak Slovensko umiestnilo na 103. mieste zo 183 hodnotených štátov.

Možné dopady a odporúčania:
Zjednotenie výberu daní a odvodov by znížilo administratívnu záťaž pre všetkých poplatníkov. Vzniklo by totiž jedno komunikačné miesto so štátom, súčasne by odpadla povinnosť podávať osobitné zúčtovanie zdravotných odvodov. Táto povinnosť by sa ale dala odstrániť aj bez zjednoteného výberu, keďže údaje potrebné pre zúčtovanie zdravotných odvodov obsahuje už daňové priznanie. Zdravotné poisťovne by tak mohli už dnes dostávať všetky potrebné údaje pre zúčtovanie zdravotných odvodov od Daňového úradu bez toho, aby osobitne vyžadovali informácie od platiteľov odvodov. Bez zjednotenia výberu by sa dala zjednodušiť aj komunikácia poplatníkov so zdravotnými poisťovňami, a to posilnením jednotného kontaktného miesta a elektronickej komunikácie (napr. pri hlásení zmien údajov, mesačných vymeriavacích základov, podávaní dokumentov, atď.).

4. Politické riziko

Aktuálny stav:
Zdravotné poisťovne vyberajú zhruba 70% svojich príjmov priamo od platiteľov odvodov (najmä zamestnávatelia, zamestnanci a samostatne zárobkovo-činné osoby). Tu je politické riziko relatívne nízke, keďže štát fyzicky nie je zúčastnený na tomto výbere. Zvyšných zhruba 30% príjmov poisťovne dostávajú priamo zo štátneho rozpočtu ako platbu za ekonomicky neaktívnych poistencov (najmä deti, matky na materskej dovolenke, nezamestnaní a dôchodcovia). Tu je politické riziko vyššie, keďže táto platba je predmetom politických diskusií pri každoročnom zostavovaní štátneho rozpočtu a priamo sa na ňu vzťahujú obmedzenia dané aktuálnym stavom v štátnom rozpočte. Okrem toho existuje politické riziko aj pri ročnom ex post zúčtovaní platieb za štátnych poistencov, kde napríklad nie je legislatívne stanovený termín úhrady záväzkov štátu voči poisťovniam a v realite tak dochádza k meškaniu úhrady týchto záväzkov.

Možné dopady a odporúčania:

[1] Pozri napríklad Pravda, 24.3.2010: Podnikateľov najviac zaťažuje ročné zúčtovanie odvodov

Zjednotením výberu daní a odvodov by poisťovne dostávali od štátu 100% svojich príjmov. Zvýšilo by sa tak riziko politických zásahov, ktoré by mohli meniť príjmy poisťovní. **Poisťovne by napríklad stratili kontrolu nad finančnými tokmi (cash-flow). Zvýšilo by sa tiež riziko zmeny pozície zdravotných poisťovní z vlastníka vybraných zdrojov na správcu verejných zdrojov, čím by sa riadenie finančných tokov aj použitie zdrojov dostalo pod väčší vplyv štátu.** Ak by preto došlo k zjednoteniu výberu, mali by byť súčasne prijaté garancie, ktoré by riziko politických zásahov minimalizovali.

5. Citlivosť príjmov na ekonomický cyklus

Aktuálny stav:
Zamestnávatelia aj zamestnanci platia odvody z príjmov v bežnom roku (ide zhruba o 65% príjmov poisťovní). Veľká väčšina samostatne zárobkovo-činných osôb platí minimálne odvody, ktoré sa počítajú z priemernej mzdy spred dvoch rokov, zvyšní platia odvody z príjmov v predchádzajúcom roku (zhruba 5% príjmov poisťovní). Štát platí odvody z priemernej mzdy v ekonomike spred dvoch rokov (zhruba 30% príjmov poisťovní). Rozhodujúce obdobia pre platenie odvodov tak pokrývajú tri po sebe idúce roky, pričom ťažisko sa vzťahuje na bežný rok a obdobie spred dvoch rokov. Takéto rozloženie zmierňuje potenciálny dosah krátkodobých ekonomických cyklov na volatilitu príjmov zdravotných poisťovní. Na druhej strane, stabilizačný vplyv platieb za štátnych poistencov oslabujú každoročné zmeny v sadzbách, ktoré štát upravuje do veľkej miery pod vplyvom aktuálneho stavu štátneho rozpočtu. Napríklad od roku 2006 do roku 2009 sa sadzba zvýšila zo 4% na 4,9% z priemernej mzdy v ekonomike spred dvoch rokov, v roku 2010 však klesla na 4,78%.

Výška platieb štátu za vlastných poistencov

	2006	2007	2008	2009	2010 (p)
Percento z priemernej mzdy	4%	4,33%	4,5%	4,9%	4,78%
Absolútna suma v mil. eur	773	893	979	1 162	1 283
Percento z HDP	1,4%	1,5%	1,5%	1,8%	1,9%

Poznámky: (p) – prognóza
Zdroj: Ministerstvo financií SR

Možné dopady a odporúčania:
Vplyv zjednotenia výberu daní a odvodov na stabilitu príjmov zdravotných poisťovní závisí od prípadných zmien vo vymeriavacích základoch pre platenie odvodov. Keďže detaily týchto zmien zatiaľ neboli zverejnené, nie je možné ich analyzovať.

6. Porovnanie prínosov a nákladov

Pri rozhodovaní o zavádzaní jednotného výberu treba posúdiť aj návratnosť projektu UNITAS, t.j. porovnať potenciálne prínosy (napr. v dôsledku vyššej efektívnosti výberu, zníženia administratívnej záťaže, nižších nákladov zdravotných poisťovní na výber poistného, atď.) s nákladmi. Napríklad za rok 2008 by pri celkovom predpísanom poistnom 3,268 mld. eur znamenalo zvýšenie úspešnosti o jeden percentuálny bod vyššie príjmy zdravotných poisťovní o 33 mil. eur. Na strane nákladov treba zohľadniť pripravenosť Daňového úradu na realizáciu projektu (pochybnosti vzbudzuje napríklad nefunkčnosť internetového portálu počas podávania daňových priznaní v marci 2010) a potrebné investície na realizáciu vrátane zavedenia centrálneho informačného systému. Výška týchto investícií zatiaľ nie je známa, podľa medializovaných informácií však ministerstvo financií podpísalo v máji 2010 trojročný kontrakt so spoločnosťou IBM v hodnote 56 mil. eur bez DPH na poskytnutie služieb

technickej asistencie pri vybudovaní integrovaného informačného systému (v prvej fáze má ísť len o zjednotenie daní a ciel).[2]

Závery:

Zjednotenie výberu daní a odvodov by znížilo administratívnu záťaž pri platení odvodov. Vplyv na zvýšenie efektívnosti výberu v porovnaní so súčasným stavom nie je jednoznačný. Zníženie administratívnej záťaže aj zvýšenie efektívnosti pri výbere však možno do veľkej miery dosiahnuť aj bez zjednotenia výberu (napr. harmonizáciou daňových a odvodových vymeriavacích základov, posilnením kompetencií zdravotných poisťovní pri výbere a vymáhaní nedoplatkov, zlepšením komunikácie poisťovní s Daňovým úradom, posilnením jednotných kontaktných miezd, aktívnejším prístupom poisťovní k neplatičom, elektronizáciou komunikácie s platiteľmi, atď.).

Na druhej strane presun výberu odvodov na centrálny orgán by pravdepodobne zhoršil podmienky pre zavedenie súťaže medzi poisťovňami na strane príjmov a súčasne by sa zvýšilo riziko politických zásahov pri riadení finančných tokov medzi štátom a zdravotnými poisťovňami. Súťaž medzi poisťovňami pritom považujeme za kľúčový predpoklad pre efektívne fungovanie zdravotníctva. Zjednotenie výberu, ktoré by bránilo rozvoju súťaže na strane výberu poistného (napríklad uvoľnením poistných sadzieb, zavádzaním bonusov a malusov, vytvorením viacerých zdravotných plánov, neskorším prechodom na nominálne poistné, atď.)**, preto neodporúčame realizovať.**

2.3. Financovanie zdravotníctva z daní

Podpredseda KDH Anton Marcinčin pred parlamentnými voľbami v roku 2010 predstavil návrh, podľa ktorého by sa zdravotné odvody zrušili a zdravotníctvo by sa financovalo z daní a to zvýšením sadzby dane z príjmov a DPH z 19% na 22%. Ako hlavný dôvod uviedol:

„To, čo je solidárne, treba platiť z daní, kým to, čo je zásluhové, treba platiť odvodmi zo mzdy. Nikomu nenapadne, aby sme cesty, parky alebo základné školy financovali odvodmi, lebo všetko sú to verejné statky a služby, ktoré solidárne financujeme z daní. Ak je zdravotníctvo verejné a prístupné každému rovnako, bez ohľadu na to, koľkými eurami do systému prispieva, potom je podobne nezmyselné financovať ho odvodmi.“[3]

Uvedený návrh čiastočne obsahuje prvky odvodovej neutrality (premenou časti odvodov na daň z príjmu sa zjednotia vymeriavacie základy) ako aj projektu UNITAS (presun výberu financií zo zdravotných poisťovní na štát). Zásadným rozdielom je zníženie zdanenia práce (zrušenie 14% odvodov, nárast dane z príjmu z 19% na 22%) a zvýšenie zdanenia spotreby (DPH z 19% na 22%).

Možné dopady a odporúčania:
Vzhľadom na podobnosť s predošlými návrhmi existujú paralely aj v hodnotení dopadov:

- Premenou odvodov na dane sa zjednotia vymeriavacie základy pre rôzne druhy príjmov, čím sa **eliminuje priestor pre vyhýbanie sa plateniu zdravotných odvodov** podobne ako pri zavedení odvodovej neutrality.

[2] Zdroj: SITA, 19.2.2010, Na zjednotení výberu daní a odvodov zarobí IBM 56 mil. eur
[3] Zdroj: HN 11.3.2010, Spravodlivé odvody

- Presunom výberu financií zo zdravotných poisťovní na štát sa **zhoršia podmienky pre zavedenie súťaže medzi poisťovňami**. **Vplyv na zvýšenie efektívnosti výberu nie je jednoznačný**, podobne ako pri realizácii projektu UNITAS.
- V porovnaní s projektom UNITAS sa **výraznejšie zníži administratívna záťaž** pre poplatníkov, keďže dôjde k úplnému zrušeniu zdravotných odvodov.
- V porovnaní s projektom UNITAS sa **výraznejšie zvýši riziko politických zásahov** pri rozhodovaní o toku peňazí do zdravotných poisťovní, keďže nebude existovať samostatný odvod, resp. daň na financovanie zdravotníctva a zdroje určené pre zdravotné poisťovne budú priamo súčasťou štátneho rozpočtu. Väčší vplyv štátu pri rozhodovaní o zdrojoch zdravotných poisťovní tiež **zhoršuje predpoklady pre pružnú reakciu na očakávaný rast nákladov v zdravotníctve** vzhľadom na vývoj demografie a medicínskych technológií.
- Ak by bolo súčasťou návrhu zrušenie odvodov za štátnych poistencov, tak by to znamenalo **zhoršenie stability príjmov zdravotných poisťovní**, ktoré by vo väčšej miere podliehali ekonomickému cyklu. DPH sa totiž platí z príjmov v bežnom roku a daň z príjmov sa v prípade zamestnancov platí z bežného roku a v prípade SZČO z príjmov v predchádzajúcom roku. Rozhodujúce obdobia pre platenie odvodov by tak pokrývali len dva po sebe idúce roky na rozdiel od súčasných troch, pričom ťažisko by sa vzťahovalo na bežný rok.

Z pohľadu pracovného trhu je výhodou návrhu podpredsedu KDH zníženie odvodového zaťaženia príjmov z práce, čo by zamestnávateľom uvoľnilo zdroje na investície a tvorbu pracovných miest. Pre ľudí by sa tiež znížila motivácia pracovať načierno. Na druhej strane zvýšením zdanenia spotreby by došlo k rastu inflácie, čo by sa negatívne dotklo najmä dôchodcov a ľudí bez práce. Prípadná realizácia návrhu si preto vyžaduje prepočet dopadov týchto zmien na životnú úroveň jednotlivých skupín obyvateľstva.

Kľúčový argument podpredsedu KDH spočíva v tom, že solidarita má byť financovaná z daní a nie z odvodov. Pri jeho analyzovaní je kľúčovou otázka, čo presne v zdravotníctve má byť financované solidárne. Podľa súčasného systému by malo na Slovensku fungovať rozsiahle financovanie zdravotníctva na báze solidarity. Výnimkou je len oficiálna spoluúčasť napríklad za lieky alebo zubnú starostlivosť. V skutočnosti ale dochádza k prudkému šíreniu súkromných platieb, ktoré už podľa OECD predstavujú zhruba tretinu celkových výdavkov v zdravotníctve (33,2% v roku 2007). Rozšírené sú pritom rôzne polooficiálne a neoficiálne platby, ktoré so solidaritou nemajú nič spoločné. Realitou je často aj liečenie podľa známostí, alebo jednoducho nekvalitná zdravotná starostlivosť či nárast dlhu. To všetko sú príznaky zlyhávania rozsiahleho financovania na báze solidarity.

Ako sme už uviedli vo vízii v prvej kapitole, štát by mal financovať z daní (t.j. na báze solidarity) platby na povinné poistenie (alebo jeho časť) ľuďom, ktorí si ho vzhľadom na svoje príjmy nemôžu dovoliť platiť z vlastných zdrojov. Povinné poistenie by malo kryť nároky v rámci presne definovaného balíka zdravotnej starostlivosti. Povinné poistenie by pritom nemalo ostať plne solidárne, ale štát by mal do neho postupne zavádzať prvky zásluhovosti a tiež súťaže. Napríklad v podobe zdravotných plánov s rôznou výškou spoluúčasti, zavádzania bonusov a malusov za zodpovedné alebo rizikové správanie, alebo v uvoľnení poistných platieb tak, aby sa poisťovne mohli líšiť v ich výške.

<u>Závery:</u>

Financovanie zdravotníctva z daní by na jednej strane znížilo zdanenie práce, obmedzilo únik pred platením odvodov a znížilo administratívnu záťaž pri platení odvodov. S výnimkou prvého faktora však možno všetky tieto efekty do veľkej miery dosiahnuť aj bez zrušenia zdravotných odvodov (napr. harmonizáciou daňových a odvodových vymeriavacích základov, posilnením kompetencií zdravotných poisťovní pri výbere a vymáhaní nedoplatkov, zlepšením komunikácie poisťovní s Daňovým úradom, posilnením jednotných kontaktných miest, aktívnejším prístupom poisťovní k neplatičom, elektronizáciou komunikácie s platiteľmi, atď.).

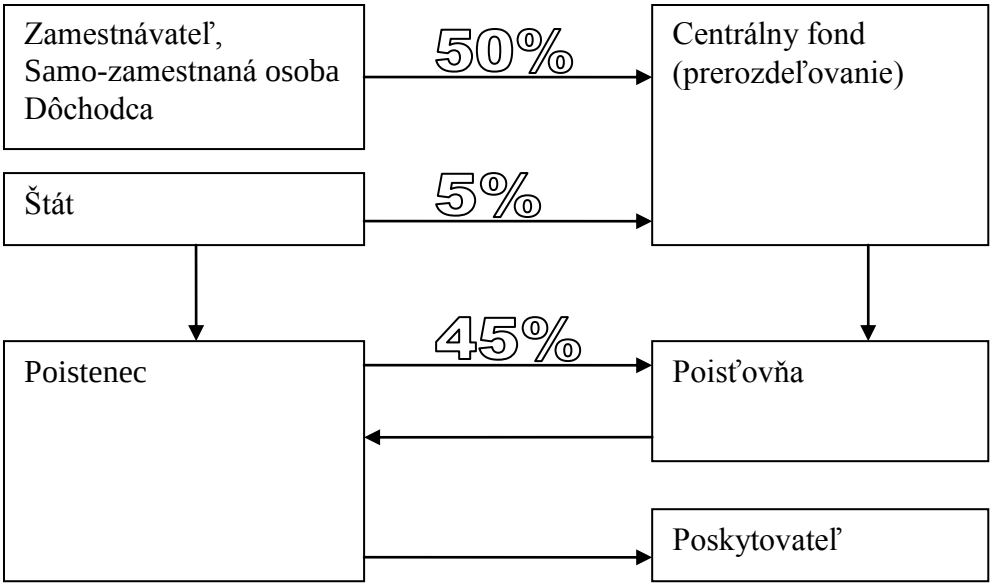
Na druhej strane by financovanie z daní znemožnilo zavedenie súťaže medzi poisťovňami na strane príjmov a súčasne by sa významne zvýšilo riziko politických zásahov pri riadení finančných tokov medzi štátom a zdravotnými poisťovňami. Súťaž medzi poisťovňami pritom považujeme za kľúčový predpoklad pre efektívne fungovanie zdravotníctva. Zrušenie zdravotných odvodov a financovanie zdravotníctva z daní preto neodporúčame realizovať.

2.4. Kombinácia daní a nominálneho poistného

V Holandsku existuje univerzálne povinné poistenie, ktoré financujú zdravotné poisťovne z troch zdrojov (podrobnejší popis holandského systému uvádzame aj v závere prvej kapitoly):

- Zhruba 50% tvoria platby z centrálneho fondu vyzbierané daňovým úradom od zamestnávateľov, samo-zamestnaných osôb a dôchodcov. Zamestnávatelia platia poistné odvody vo výške 6,5% príjmu poistenca, samo-zamestnané osoby a dôchodcovia vo výške 4,4% svojho príjmu. Horný strop pre platby bol v roku 2009 30-tis. EUR ročne.
- Zhruba 5% tvoria platby z centrálneho fondu vyzbierané štátom, ktorý platí poistné za chudobných ľudí a deti do 18 rokov.
- Zhruba 45% tvoria príjmy z tzv. nominálneho poistného, čo sú platby vyzbierané priamo od poistencov nad 18 rokov. Poisťovne súťažia vo výške platieb, každá však musí vyberať rovnaké platby od vlastných poistencov. Poisťovne nesmú rozlišovať poistencov podľa veku alebo zdravotného stavu. Priemerná platba je zhruba 100 EUR mesačne. Rozdiely v platbách medzi poisťovňami sú v praxi malé, len zhruba 5%. Tieto platby na rozdiel od zvyšných príjmov nepodliehajú prerozdeľovaniu medzi jednotlivé poisťovne.

Graf: Finančné toky v zdravotníctve v Holandsku



Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva, Holandsko, Health Insurance System

Z uvedeného popisu vyplýva, že ide o kombináciu centrálneho a individuálneho výberu poistného. Výhodou je vyššia adresnosť, zosúladenie nárokov so zdrojmi (a tým lepšia finančná udržateľnosť), ako aj intenzívnejšia súťaž medzi poisťovňami na strane príjmov, keďže sa môžu líšiť vo výške nominálnych platieb. Nevýhodou sú vyššie transakčné náklady pri rozhodovaní o dotáciách a výške poistného. Systém umožňuje prechod k usporiadaniu poistného trhu tak, ako to popisuje naša vízia v prvej kapitole. Dochádza v ňom totiž k oddeleniu solidárneho financovania (centrálny výber) od potenciálne zásluhového financovania (individuálny výber). Môže byť teda vhodnou inšpiráciou pre reformu výberu zdravotných odvodov na Slovensku. V prípade jeho realizácie možno postupovať takto:

- Zachovať povinné poistenie na základný balík zdravotnej starostlivosti
- Spresňovať metódu prerozdeľovania vybraného poistného tak, aby čo najlepšie predpovedala výdavky poisťovní súvisiace s rozdielnym rizikom ich poistných kmeňov
- Rozdeliť poistné platby na regulovanú (daň) a tzv. nominálnu časť (paušálna platba)
- Umožniť poisťovniam, aby sa mohli líšiť vo výške nominálnych platieb
- Zaviesť dotácie poistných platieb pre ľudí so žiadnym alebo s nízkym príjmom a postupne nimi nahradiť platby štátu za ekonomicky neaktívnych poistencov
- Prerozdeľovať len príjmy poisťovní plynúce z dane

V prípade realizácie vízie popísanej v prvej kapitole je potrebné v dostatočne dlhom prechodnom období postupne presadzovať aj tieto opatrenia:

- Znižovať daňovú (regulovanú) časť poistného (až na nulu) a zvyšovať nominálnu časť
- Vytvoriť podmienky, aby poisťovne mohli postupne zohľadňovať niektoré rizikové faktory vo výške nominálneho 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/povolaním – vrcholový šport, drogy, alkohol, atď.

2.5. Zavedenie dobrovoľného pripoistenia

Aktuálny stav:
Dobrovoľné zdravotné poistenie na Slovensku takmer neexistuje. Hlavným dôvodom je nepresne definovaný a široký rozsah povinného verejného poistenia, ktorý ponecháva príliš malý priestor pre vznik nepovinného poistenia.

Význam:
Dobrovoľné poistenie môže byť dôležitým doplnkom povinného poistenia, ktorým by si ľudia mohli financovať starostlivosť nad rámec základného balíka zdravotnej starostlivosti. Významným zdrojom príjmov zdravotných poisťovní by sa mohlo stať len v prípade významného zúženia základného balíka. To ale môže byť v rozpore s verejným záujmom a má to tiež obmedzenú politickú priechodnosť, keďže ide o nepopulárne opatrenie.

Zahraničné skúsenosti:
Rozsah dobrovoľného poistenia je relatívne nízky vo väčšine vyspelých štátov (hlavnou výnimkou je USA, kde povinné poistenie zatiaľ neexistuje a dobrovoľné poistenie tu patrí medzi hlavné zdroje krytia výdavkov na zdravotníctvo). Prevažne sa pritom vzťahuje na nadštandardnú starostlivosť, poistenie finančnej spoluúčasti (najmä Francúzsko a Kanada), ako aj na nízkorizikové a finančne menej náročné ochorenia napr. v zubnej a očnej starostlivosti. Skôr výnimkou je krytie kompletnej starostlivosti vybraných skupín obyvateľstva (napr. v Nemecku ide o vybrané slobodné povolania a ľudí s vyšším príjmom, pokiaľ odmietnu povinné solidárne poistenie – spolu asi 9% obyvateľstva).

Tabuľka: Podiel dobrovoľného poistenia na celkových výdavkoch v zdravotníctve (v %)

	Podiel (2007)
USA	35,2
Francúzsko	13,4
Kanada	12,8
Nemecko	9,3
Švajčiarsko	9,2
Rakúsko	4,6
Portugalsko	4,1
Holandsko	5,7
Veľká Británia	1,1
Maďarsko	1,1
Poľsko	0,5
Švédsko	0,2
Česká republika	0,2
Slovensko	**0,0**

Zdroj: OECD Health Data 2009

Odporúčanie:
Presnejšie definovať základný balík zdravotnej starostlivosti financovaný z povinného poistenia a vytvoriť tak podmienky pre vznik a rozvoj nepovinného doplnkového poistenia.

2.6. Súťaž medzi poisťovňami vo výške sadzieb

Jednou z možností, ako posilniť súťaž medzi poisťovňami na strane príjmov, je uvoľnenie poistných sadzieb (pri zachovaní rovnakých nárokov na základe štátom definovaného rozsahu zdravotnej starostlivosti poskytovanej v rámci povinného poistenia). Napríklad namiesto súčasnej fixnej sadzby 14% z vymeriavacieho základu by poisťovne mohli určiť sadzbu

v intervale 13% až 15%. Postupne by sa mohol tento interval rozširovať. Znižovanie sadzieb by malo byť podmienené finančnou stabilitou poisťovne, napr. plnením definície solventnosti, plnením úhrad voči poskytovateľom, alebo dobrými hospodárskymi výsledkami. Podobne ako pri zavedení nominálneho poistného by táto zmena okrem intenzívnejšej súťaže vytvorila aj podmienky pre zosúladenie finančných zdrojov v rámci povinného poistenia s univerzálnymi nárokmi na zdravotnú starostlivosť. V porovnaní so zavedením nominálneho poistenia má uvoľnenie sadzieb výhodu v jednoduchšej realizácii, keďže by šlo o relatívne menší odklon od súčasného systému. Nevýhodou je zachovanie financovania naviazaného najmä na príjem ekonomicky aktívnych ľudí, pričom ekonomicky neaktívni, pokiaľ za nich naďalej bude poistné platiť štát, nemajú motiváciu vyberať si zdravotnú poisťovňu na základe ceny poistky. Ďalšou nevýhodou môže byť komplikovanejší prechod na systém financovania popísaný vo vízii v prvej kapitole, ktorý je de facto založený na platení nominálneho poistného.

V prípade realizácie vízie popísanej v prvej kapitole by bolo v dostatočne dlhom prechodnom období potrebné prijať ďalšie opatrenia:

- 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/povolaním – vrcholový šport, drogy, alkohol, atď.
- Zaviesť dotácie poistných platieb pre ľudí so žiadnym alebo s nízkym príjmom a postupne nimi nahradiť platby štátu za ekonomicky neaktívnych poistencov.

2.7. Regulovanie a rozšírenie spoluúčasti

Aktuálny stav:
Oficiálna spoluúčasť je s výnimkou liekov, zdravotníckych pomôcok a malej časti výkonov (napríklad v zubnom lekárstve) prakticky nulová. V skutočnosti je však bezplatné zdravotníctvo ilúziou. Spoluúčasť sa šíri živelne, štát z veľkej časti nereguluje jej výšku ani štruktúru. Súkromné výdavky podľa dostupných štatistík každoročne rastú (aj v stálych cenách) 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.

Problémy:

1. Ilúzia bezplatnosti prispieva k vzniku nerovnováhy, keď obmedzené verejné zdroje nestačia na financovanie oficiálne neobmedzenej spotreby. Rovnováha sa tak nastavuje živelne s nasledovnými nežiaducimi dôsledkami:
   - Živelné šírenie spoluúčasti (ohrozenie sociálnej situácie chorých a chudobných), korupcia (neoficiálne platby), liečenie podľa známostí
   - Nízka kvalita a nedostupnosť liečby (napríklad predlžovanie čakacích radov)
   - Nárast dlhu
2. Nezodpovedný postoj k vlastnému zdraviu: Ak sa človek môže spoľahnúť, že ho bezplatne vyliečia, resp. ak mu nehrozia sankcie za nesprávnu životosprávu, má menšiu motiváciu vyhýbať sa prípadným ochoreniam.

Zahraničné skúsenosti:
Vo vyspelých štátoch sa využívajú nasledovné formy regulovanej spoluúčasti, prípadne ich kombinácia:

1. Spoluúčasť určená ako percento (tzv. copayment). Percento možno určiť:

- Z ceny účtovanej za poskytnuté tovary a služby – využíva sa najmä v prípadoch, keď sa ceny tvoria v súťaži na trhu
- Z maximálnej sumy/ceny určenej štátom – využíva sa najmä v prípadoch, keď súťaž na trhu nie je efektívna a preto je potrebná štátna regulácia cien

2. Spoluúčasť určená ako fixná platba za poskytnuté tovary a služby (tzv. direct fee, direct payment) – využíva sa bez ohľadu na spôsob tvorby cien. Vhodná je preto aj tam, kde výška ceny nie je známa, čo v súčasnosti platí pre veľkú časť slovenského zdravotníctva.
3. Spoluúčasť určená ako horný limit pre výdavky v hotovosti, ktoré pacient musí zaplatiť predtým, než za neho začne platiť poisťovňa (tzv. deductible) – na túto formu spoluúčasti sa nie je možné pripoistiť, pacient ich teda vždy musí platiť v hotovosti. Cieľom je obmedziť tzv. morálny hazard, keď poistení pacienti majú sklon k zvyšovaniu spotreby, ak nemusia platiť žiadne výdavky v hotovosti. „Deductible“ platby využívajú väčšinou štáty s rozvinutým dobrovoľným pripoistením, vo Švajčiarsku aj Holandsku ich však využívajú aj v základnom povinnom poistení. Napríklad v Holandsku je minimálna platba 150 EUR ročne, t.j. poisťovňa začne preplácať až výdavky nad túto sumu. Čím vyššiu platbu sa poistenec rozhodne platiť v hotovosti, tým nižšie sú jeho poistné platby.
4. Platba v hotovosti následne preplácaná poisťovňou (tzv. reimbursement) – pacient platí ihneď v hotovosti za poskytnutú starostlivosť a následne žiada o preplatenie výdavkov v zdravotnej poisťovni. Využíva sa najmä v ambulantnej sfére napríklad vo Francúzsku a Belgicku (s výnimkou liekov), v Holandsku (o spôsobe platby sa rozhoduje pacient pri uzatváraní poistky), alebo v Austrálii (o spôsobe platby rozhoduje lekár).

Tabuľka: Príklady regulovanej spoluúčasti vo svete
(v % z účtovaných cien, resp. z maximálnej sumy určenej štátom)

	Liečba v ambulancii			Liečba na lôžku		
	Všeobecný lekár	Lekár špecialista	Zubná starostlivosť	Súkromná nemocnica	Verejná nemocnica	Nákladná a dlhodobá liečba
Austrália	0%	15%	100%	25%	0%	n
Belgicko	25%	40%	n	0%		
Francúzsko	30%		65%	20%		0%
Japonsko	30%		n	20%		n
Singapur	15%		n	10% až 20%		
Švajčiarsko	10%		n	10%		
Taliansko	0%	Do 30%	n	Do 30%	0%	n

Poznámka: Väčšina štátov využíva uvedenú spoluúčasť v kombinácii s fixnými platbami. Fixné platby predstavujú podstatnú časť spoluúčasti najmä v Singapure a Švajčiarsku.
n - nezistený údaj
Zdroj: INEKO (2009_b)

Tabuľka: Príklady vybraných fixných platieb vo svete

	Návšteva lekára	Pobyt v nemocnici	Vydanie lieku
Fínsko	11 EUR, max 33 EUR/rok	26 EUR/deň max 590 EUR/rok*	n
Francúzsko	1 EUR, max 50 EUR/rok	16 – 18 EUR/deň	0,5 EUR/balenie
Írsko	45 – 60 EUR	75 EUR/deň, max 750 EUR/rok	Do 90 EUR/mesiac
Singapur	30 SID/účet	450 SID/deň	n
Veľká Británia	Bez poplatku	Bez poplatku	5 – 7 GBP

* - maximálny limit platí pre všetky hotovostné výdavky za verejné služby
n - nezistený údaj
Zdroj: INEKO (2009_b)

Odporúčania:

- **Regulovať spoluúčasť pacienta pri financovaní zdravotnej starostlivosti s cieľom obmedziť živelné šírenie spoluúčasti ako aj nežiaduce dôsledky ilúzie bezplatnosti.** Pri určovaní výšky spoluúčasti vychádzať z definície nárokov pacientov v rámci solidárne financovaného zdravotníctva. Čím lepšie plnia tovary a služby kritériá solidarity (predovšetkým vplyv na kvalitu a dĺžku života vo vzťahu k finančným nákladom), tým nižšia by mala byť spoluúčasť pri ich financovaní.
- V prvej fáze zaviesť spoluúčasť vo forme samostatných fixných platieb za poskytnuté tovary a služby. Po vybudovaní systému, v ktorom budú poskytovatelia podávať pacientom vyúčtovanie za spotrebované tovary a služby v druhej fáze:
    i. Zaviesť spoluúčasť vo forme percenta z účtovanej ceny, resp. z maximálnej ceny regulovanej štátom.
    ii. Umožniť poisťovniam ponúknuť spoluúčasť vo forme tzv. deductible (horný limit pre výdavky v hotovosti, ktoré pacient musí zaplatiť predtým, než za neho začne platiť poisťovňa) a odlíšiť sa tak vo výške poistných platieb pre jednotlivých poistencov v závislosti od výšky spoluúčasti (čím vyššia spoluúčasť, tým nižšia poistná platba).
- Pri zavádzaní spoluúčasti preferovať jednotné percento (napr. vo výške 10%), resp. jednotné fixné platby pre širšiu skupinu tovarov a služieb. Určovanie a kontrolovanie rôznej výšky spoluúčasti pre rôzne tovary a služby je totiž administratívne náročné a pre pacientov neprehľadné.
- Oficiálne stanovenú výšku spoluúčasti pre jednotlivé tovary a služby zverejňovať v prehľadnej a zrozumiteľnej forme na internete.
- Pri zavádzaní spoluúčasti v širšom rozsahu adekvátne znížiť odvody na povinné zdravotné poistenie tak, aby bol vplyv na verejné financie neutrálny.
- Sociálne slabších, chronicky chorých a starších pacientov chrániť pred neúnosnými výdavkami v hotovosti. Využívať pritom najmä výnimky z platenia spoluúčasti, resp. limity pre maximálne výdavky v hotovosti. Preferovať jednoduchú formu ochrany, t.j. napríklad zavádzať jednotné limity pre širšiu skupinu tovarov a služieb, resp. širšiu skupinu pacientov. Riadiť a kontrolovať zložitú štruktúru ochrany (napr. rôznu výšku limitov pre rôzne časové obdobia, tovary a služby, alebo skupiny pacientov), je totiž administratívne náročné a pre pacientov neprehľadné. Zoznam výnimiek a maximálnych limitov zverejňovať v prehľadnej a zrozumiteľnej forme na internete.

2.8. Centralizácia a zoštátnenie zdravotného poistenia

Aktuálny stav:
Vláda pod vedením Roberta Fica sa v rokoch 2006 až 2010 pokúšala centralizovať a zoštátniť 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). Táto snaha bola úspešná len čiastočne, keďže v roku 2010 na trhu ostali dve menšie súkromné poisťovne (oproti štyrom v roku 2006) a jedna dominantná verejnoprávna poisťovňa (oproti dvom v roku 2006).

Zahraničné skúsenosti:

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 medzi poisťovňami prakticky neexistuje súťaž (napr. Francúzsko, Nemecko, Belgicko, Rakúsko). Niektoré štáty však už aj do povinného poistenia zaviedli prvky súťaže, pričom 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).

Možné dopady a odporúčania:
Výhody:

- Možné úspory z rozsahu vďaka odstráneniu duplicít
- Efektívnejšie presadzovanie rozhodnutí
- Nižšia administratívna záťaž pre platiteľov poistného

Nevýhody:

- Monopolné postavenie (nižšia efektívnosť, nižšia miera inovácií, vyššie nároky na štátnu 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 efektívnu reguláciu (ľudské aj odborné)
  - Negatívne skúsenosti Slovenska pri výkone štátnej správy (nízka transparentnosť, vysoká korupcia, nedostatok skúseností a odborných znalostí)

Vzhľadom na uvedené nevýhody ako aj na skutočnosť, že systém jedného platcu je v priamom rozpore s posilňovaním súťaže na poistnom trhu (a teda aj s víziou uvedenou v prvej kapitole), neodporúčame na Slovensku tento systém zavádzať. Naopak, odporúčame znižovať koncentráciu na poistnom trhu tak, ako sme to uviedli v časti 1.4.

Zoznam použitej literatúry:

INEKO (2009_a): Peter Goliaš, INEKO, Odporúčania na reformu financovania zdravotníctva v SR, september 2009

INEKO (2009_b): Peter Goliaš, INEKO, Financovanie zdravotníctva vo vybraných štátoch, február 2009

Leu a kol. (2009): Robert E. Leu, Frans F. H. Rutten, Werner Brouwer, Pius Matter, and Christian Rütschi, The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets, The Commonwealth Fund, January 2009

Mihál (2009): Jozef Mihál, Daňové a odvodové tipy Jozefa Mihála (19.), eTrend, 15.4.2009

OECD (2009): Health Care Reform in the United States, David Carey, Bradley Herring and Patrick Lenain, OECD Economics Department Working Papers No. 665

Sahlberg (2002): Pär Axel Sahlberg, Can For-Profit Benefit Swedish Healthcare?, Commission on Profit or Not-for-Profit in the Swedish Health System, Stockholm, Sweden, November 2002

WHO (2007): Dirk Corens, The World Health Organisation, Health Systems in Transition, Belgium, Health System Review, 2007