

Martin Vlachynský

ZISK, KONKURENCIA A NÁROK PACIENTA

12x o úlohe a fungovaní zdravotných poisťovní



INESS, Bratislava, 2021

Fotografia na obálke: Pixabay

Úvod

V súťaži o najnesmrteľnejšiu ekonomickú tému slovenskej politiky by téma obmedzovania neštátnych zdravotných poisťovní obsadila popredné priečky. Nič na tom nemenia ani zmeny vlády, a tak v lete 2021 máme na stole opäť zásadný návrh na obmedzenie zisku zdravotných poisťovní.

Dlhodobým cieľom INESS je podporovať rozvoj trhovej ekonomiky, pretože sme presvedčení, že takéto spoločenské nastavenie prináša najväčší úžitok všetkým. Na jej úspešné fungovanie ale musia byť na mieste aj jej nástroje – konkurenčné prostredie, voľná cenotvorba, podnikateľské rozhodovanie, či ochrana vlastníckych práv. Čím viac sú tieto nástroje oklieštené, tým horšie výsledky sektor produkuje.

Nasledujúci text je zbierkou našich 12 starších komentárov. Vyberali sme pre vás také, ktoré komentujú ekonomické fungovanie slovenského zdravotníctva práve z pohľadu (ne)funkčnosti trhových nástrojov. Chceme tak prispieť k posunutiu debaty z 15-ročného prešľapovania na mieste k skutočným otázkam (ne)efektívnosti súčasného trhu zdravotného poistenia. Ak vás zaujímajú nami navrhované riešenia, odporúčame publikáciu [Reformný reštart v zdravotníctve](#). Tú nájdete k stiahnutiu na stránke iness.sk v sekcii [Publikácie](#).

Obsah

Téma: Zisk 8

8 pripomienok 8

Osem stručných bodov, ktoré sme zaslali v rámci medzirezortného pripomienkového konania k pripravovanej novele Zákona o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti v auguste 2021. Do tejto „reformnej“ novely, meniacej kategorizáciu nemocníc, primárnu zdravotnú starostlivosť a nezávislosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou sa vkradla aj nenápadná časť o poisťovniach. Predkladateľ v nej stanovuje „optimálny“ zisk pre zdravotnú poisťovňu, ktorý táto nesmie prekročiť. Prečo je to zlý nápad sme spísali v 8 bodoch, ktoré nájdete v tejto podkapitole.

Bez zisku nie je konkurencia 9

Spomenutá zákonná úprava zisku poisťovní sa v náznakoch objavovala už od začiatku leta 2021. Jedným z podivných argumentov bolo zvýšenie konkurencie medzi poisťovňami. V komentári Bez zisku nie je konkurencia ukazujeme, prečo obmedzenie zisku k väčšej konkurencii nepovedie.

Nenahraditeľný zisk 10

V posledných rokoch je čoraz viac trendy hovoriť o „kapitalizme bez zisku“. Prečo však má zisk nenahraditeľnú úlohu a čo to vlastne je?

Téma: Konkurencia 11

Aj pridusená konkurencia je lepšia ako žiadna 11

O (ne)existencii reálnej konkurencie na slovenskom trhu zdravotného poistenia sa toho napísalo už pomerne dosť. U mnohých prevláda názor, že tu vlastne žiadna konkurencia neexistuje. My však zastávame názor, že aj pridusená konkurencia je lepšia ako žiadna.

Prečo je konkurencia v zdravotnom poistení dôležitá 12

V tomto texte spolu spravme krok späť a odpovedzme si na otázku, prečo je vlastne konkurencia taká dôležitá.

Efektívna poisťovňa 13

Pri konkurenčnom porovnávaní zdravotných poisťovní sa neraz hovorí aj o ich efektívnosti. Niekedy však značne zavádzajúco. Efektívnosť nespočíva v čo najväčšom míňaní peňazí.

Téma: Nárok poistenca	14
Kto zdefinuje „nárok“ v zdravotníctve?	14
<i>Spojenie „nárok poistenca“ či „nárok pacienta“ je Yetti v slovenskej zdravotnej politike. Všetci o ňom rozprávajú, ale nikto ho nevidel. Pritom pre dlhodobé efektívne fungovanie zdravotníctva plateného z verejných financií je jeho existencia nevyhnutnosťou. V prvom texte tejto sekcie sa pozrieme práve do základov tohto termínu.</i>	
Kto v zdravotníctve má dostať viac?	15
<i>Aký je súvis medzi programovým rozpočtovaním v zdravotníctve a nárokom poistenca? Približuje ho tento text.</i>	
Spotreba, či katastrofa	16
<i>Nárok je o tom, čo by malo solidárne zdravotníctvo pokrývať. Tieto výdavky môžeme rozdeliť na dve hrubé kategórie - spotrebu a katastrofu. Aký je medzi nimi rozdiel?</i>	
Bez dohľadu	17
<i>Zadefinovať nárok poistenca je jedna úloha, dohliadať nad jeho napĺňaním je úloha druhá. Ani v tej druhej sa nám dosiaľ príliš nedarilo.</i>	
Téma: Štátna poisťovňa	18
8 dôvodov prečo nezvyšovať kapitál VŠZP	18
<i>Slonom v miestnosti trhu so zdravotným poistením je štátna poisťovňa. Posledných 10 rokov prežila vďaka finančným injekciám a vládnemu ohýbaniu pravidiel solventnosti a likvidity. Na jeseň 2020 bola oznámená jej záchrana z peňazí daňových poplatníkov. Vydali sme k tomu tlačovú správu, ktorú si môžete prečítať v tejto podkapitole.</i>	
Rozdeliť a predať	19
<i>Ako zlepšiť situáciu na trhu so zdravotným poistením? Zbaviť sa neefektívneho monopolistu. V záverečnom texte popisujeme 10-ročnú anabázu štátnej poisťovne a jej logické riešenie.</i>	
O autorovi	20
Publikácie INESS z oblasti zdravotníctva	21

Téma: Zisk

8 pripomienok

Osem stručných bodov, ktoré sme zaslali v rámci medzirezortného pripomienkového konania k pripravovanej novele Zákona o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti v auguste 2021. Do tejto „reformnej“ novely, meniacej kategorizáciu nemocníc, primárnu zdravotnú starostlivosť a nezávislosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou sa vkradla aj nenápadná časť o poisťovniach. Predkladateľ v nej stanovuje „optimálny“ zisk pre zdravotnú poisťovňu, ktorý táto nesmie prekročiť. Preto je to zlý nápad sme spísali v nasledovných 8 bodoch:

1. Toto opatrenie nemá žiaden vnútorný logický súvis so zvyšnými časťami (reforma nemocníc, reforma primárnej ambulantnej starostlivosti a nezávislosť ÚDZS), je len politickým „prílepkom“.
2. Technické parametre zmien (koeficienty) vychádzajú z neznámych základov či z neodôvodnených logických spojení (aký je súvis medzi základnou úrokovou sadzbou ECB a „optimálnym“ hospodárskym výsledkom zdravotnej poisťovne?) a ich dopad na sektor nebol nijak diskutovaný.
3. Návrh je de facto skrytým návrhom na postupné zavedenie unitárneho systému. Dlhodobé fungovanie súkromných investorov v takto obmedzenom prostredí je nepravdepodobné.
4. Nastavenie uzákoňuje motiváciu k neefektívnemu správaniu. Zmyslom zdravotnej poisťovne systéme je efektívny nákup zdravotnej starostlivosti. Návrh zákona z poisťovní definitívne robí „prietokové ohrievače“. Povedie k tomu, že poisťovne budú plytvať, pretože zdroje budú nútené minúť tak či tak.
5. Rozdelenie nákladov na „zdravotnú starostlivosť“ a „iné“ je len byrokratické rozhodnutie. V realite majú všetky výdavky poisťovne vplyv na kvalitu zážitku poistenca. Na jednej strane sú to inovatívne výkony, ktoré v budúcnosti dostanú ešte menšiu šancu ako dnes (napríklad telemedicína ešte donedávna nebola poisťovniam uznávaná ako zdravotná starostlivosť), na strane druhej k zážitku poistenca patrí aj kvalita komunikácie s poisťovňou a podobne.
6. Návrh sa selektívne zameriava na zdravotné poisťovne, no jeho logiku možno použiť na ktorúkoľvek časť zdravotného systému. Poisťovne sú na vrchole kaskády, no s verejnými zdrojmi poistencov narábajú aj distribútori liekov, laboratóriá, lekárne, nemocnice, či súkromné ambulancie. Ak si predkladateľ za svojou logikou stojí, mal by rovnaké pravidlá aplikovať naprieč celým systémom.
7. Návrh potvrdzuje dlhodobo pomýlené nazeranie verejnej správy na vytváranie úžitku v systéme. Podľa logiky návrhu je tým väčší úžitok pre poistenca, čím viac sa peňazí minie. Úžitok pacienta však v skutočnosti vzniká naplnením jeho nároku, nie tým, koľko peňazí sa na toto naplnenie minie.
8. Návrh nijak nerieši hlavný chronický problém trhu so zdravotným poistením na Slovensku - dlhodobo zlý manažment VŠZP a jej katastrofálne finančné výsledky, ktoré boli riešené selektívnym zvýhodnením za stovky miliónov eur, na ktoré sa skladali aj poistenci dvoch súkromných ZP.

Pôvodne zverejnené ako pripomienka 30.8. 2021

Bez zisku nie je konkurencia

Spomenutá zákonná úprava zisku poisťovní sa v náznakoch objavovala už od začiatku leta 2021. Jedným z podivných argumentov bolo zvýšenie konkurencie medzi poisťovňami. V nasledujúcom komentári ukážeme, prečo obmedzenie zisku k väčšej konkurencii nepovedie.

Nič nie je v politickej diskusii o zdravotníctve istejšie, ako pravidelné opakovanie témy o jednej poisťovni a o zákaze, pardon, obmedzení zisku zdravotných poisťovní.

Tieto témy fungujú ako žolík. Dajú sa vytriahnuť kedykoľvek a volič je spokojný, že sa niečo v zdravotníctve deje. Veď milióny eur by sa dali použiť na záchranu malých detí, súkromné poisťovne sú aj tak nechutné inštitúcie žijúce z krvi a sĺz a všetci, čo si dovoľia napísať niečo proti ich obmedzeniam, sú nimi skorumpovaní až do špiku kostí. Jednoduché ako facka.

Ak ste dočítali až sem, existuje šanca, že ste ešte pripravení počúvať argumenty. Výborne, skúsím vám ich tu predstaviť.

Démon zisku

V prípade automobiliek, pekárov či IT firiem väčšina ľudí nepochybuje, že zisk je dobrá vec, pretože jediným druhým stavom je strata. V prípade nemocníc, laboratórií, lekární či ambulancií sa už čelo zvrátiť, ale zisk je ešte stále akceptovaný. Problémom sa stáva v prípade zdravotných poisťovní. Prakticky jediný argument, ktorý zaznieva, je pôvod tržieb zdravotných poisťovní – odvody. Keďže veľkosť nároku nijako nesúvisí so zaplatenou sumou, odvody, označované ako zdravotné poistenie, sú v skutočnosti dane. A je vraj nemorálne robiť zisk na takýchto tržbách.

Morálne posúdenie nechám na čitateľovi, ale pre ekonóma je možnosť zisku motiváciou k efektívnosti. Je semaforom, ktorý ukazuje, či sa subjekt hýbe smerom k vytváraniu vyššej pridanej hodnoty, alebo nižšej. Zisk je viditeľný (a verejnosť dráždi), ale potenciálne náklady neefektívnosti, ktorým sa predišlo, vidieť nie sú.

A hoci predkladatelia tvrdia, že zdravotné poisťovne podstupujú vďaka svojmu biznis modelu „nízke riziko“, život nás už stihol naučiť iné. Príbeh štátnej VŠZP, ktorú pre obrovské straty už dva krát museli zachraňovať daňovníci, ukazuje, že to isté sa dá robiť rôzne. No v pandemickom roku 2020 aj obe súkromné poisťovne zaznamenali nemalé straty. Riziko tu zjavne je a nie malé, akurát v prípade súkromníkov si ho minulý rok zlízli vlastníci a nie daňovníci.

Návrh zisk formálne nezakazuje, ale obmedzenie na 0,2% z vybratého poistného je de facto zákaz zisku. Pre Union to znamená maximálne milión ročne a pre Dôveru zhruba tri. Z toho vypláva taká mizerná návratnosť kapitálu, že z dlhodobého hľadiska sa takýto biznis rozvíjať neoplatí. Pre ilustráciu, Union by potreboval 4 roky, aby ziskami umoril stratu z roku 2020 a dostal sa na nulu a Dôvera rovno 9 rokov.

Môžete namietat, že v zdravotnom poistení máme len takú atrapu trhu. Nesúhlasím s vami úplne, za poslednú dekádu sa pozitívne prejavili niektoré nástroje konkurencie. Ale pripravovaný zákon chce údajne podporovať konkurenciu a chce to dokázať pomocou komerčného pripoistenia. To je však ilúzia, zákon môže naopak konkurenciu v zdravotnom poistení časom úplne zlikvidovať. Vytvára totiž motivácie postavené na hlavu. Poisťovňa, ktorá sa dostane na hranicu maximálneho zisku, okamžite stratí motiváciu ďalej zvyšovať efektívnosť a naopak, bude hľadať spôsoby, ako nadmerný zisk „roztopiť“ niekde v nákladoch. Napríklad na maséroch a tety. A keďže zisk bude v realite limitovaný počtom poistencov, jedinou zmysluplnou obchodnou stratégiou bude maximalizovať nábor poistencov a minimalizovať iné činnosti (napríklad efektívnejšie

zazmluvňovanie poskytovateľov). Paradoxne by zákon znamenal, že najvyšší zisk má dovolené vytvoriť poisťovňa, ktorá dosiaľ na tom bola finančne najhoršie.

Čo pomôže konkurencii

Odkaz „zarábajte na komerčnom pripoistení“ znie rozumne. Má však jeden problém – existencii zdravotného pripoistenia ani doteraz nič legislatívne nebránilo. Prečo teda nevzniklo? Pretože nemá kde.

Dnes existujú len dve oblasti, ktoré sú v šedej zóne medzi verejne hrazeným zdravotníctvom a komerčnými službami – stomatológia a dioptrické chyby zraku. Hoci formálne sú súčasťou poistenia, bez peňaženky k zubárovi dnes nikto nejde. Tieto služby však spadajú do sféry bežnej spotreby, kde drvivá väčšina ľudí nepociťuje potrebu kryť si takúto spotrebu poistením. A pre poistenie nedáva zmysel kryť udalosti bežnej spotreby.

Väčší priestor je v konkurencii pomocou „služieb manažmentu“ – objednávanie a iná komunikácia medzi poskytovateľom a pacientom. Tu však chýba zákonný priestor, legálne sa takéto aktivity pohybujú na hrane, ak nie rovno za ňou.

Tretia možnosť je konkurencia v „hlavných“ balíkoch. Predstavte si, že by ste ako poistenec mali možnosť vybrať si napríklad rôznu výšku spoluúčasti (výmenou za nižšie poistné), alebo rôzne pestrú sieť poskytovateľov. Takéto produkty dnes nie sú možné, pretože neexistuje žiaden „základný balík“. A sme nazad pri slávnej debata o nároku pacienta. Pri nej sa mnohí mylne domnievajú, že sa jedná hlavne o debatu o spôsoboch liečby v štýle „slepák s veľkou jazvou zdarma, s laparoskopiou za príplatok!“. Tak to ale nie je, liečba má prebiehať podľa aktuálnych medicínskych štandardov. Nárok je však nutné zdefinovať z pohľadu časovej dostupnosti, geografickej dostupnosti, nemedicínskych služieb a z pohľadu finančnej spoluúčasti.

V ideálnom svete štát (stelesnený do nezávislého Úradu pre dohľad) dozerá, či poisťovne dávajú poistencom to, čo hovorí zákon a prípadne či sa poisťovňa nechystá o tri dni skrachovať. Všetko ostatné by malo byť výsledkom ich súboja o zákazníka. Predstava, že obmedzenie zisku povedie k vytvoreniu pripoistení v súčasnom systéme a k väčšej konkurencii je iluzórna. Stane sa presný opak, konkurencia poklesne.

Pôvodne vyšlo v SME, 28.7. 2021

Nenahraditeľný zisk

V posledných rokoch je čoraz viac trendy hovoriť o „kapitalizme bez zisku“. Prečo však má zisk nenahraditeľnú úlohu a čo to vlastne je?

S miernym prekvapením a výkrikom „Aj ty, Brutus?“ som si v nemenovanom biznis magazíne prečítal komentár o potrebe vybudovať „nový“ kapitalizmus. Taký, ktorý nehľadí len na zisky, ale aj na človeka, planétu a huňaté mačiatka.

Prečo je zisk taký démonizovaný a zároveň taký dôležitý? Už od čias Aristotela veľká časť učencov delila ekonomiku na „produktívnu“ a „ziskovú“ (akvizičnú, obchodnú...). V produktívnej ekonomike ľudské ruky pretvárali zem na plodiny, rudu na kov, hlinu na džbány. Z ničoho vznikalo niečo. V „ziskovej“ ekonomike už existujúce veci len menili majiteľov. Z pohľadu generácii učencov to bola neproduktívna činnosť a človek stojaci v strede – podnikateľ – odoberal časť vytvorenej hodnoty od tých, ktorí ju vytvorili, teda remeselníkov, roľníkov, robotníkov.

Tento pohľad s miernymi obmenami pretiekol väčšinovým kresťanstvom, potom marxizmom a ostal pevne zakotvený v ľudovom podvedomí. Napriek tomu, že na konci 18. storočia sa konečne začali písať dejiny modernej ekonómie, ktorá pomohla ozrejmiť zmysel zisku pre spoločnosť.

Miesto hrubých kníh siahnem po mojej obľúbenej eseji Ekonomika zajateckého tábora od R. A. Radforda. Tento ekonóm dokázal premeniť svoj neblahý zážitok z trojročného pobytu v nacistickom zajateckom tábore na mimoriadne zaujímavé čítanie o fungovaní peňazí, ale aj o úlohe podnikateľov. Jeho spoluzajatcom bol aj istý kazateľ, ktorý každý deň neúnavne obiehal tábor a menil veci z balíčkov Červeného kríža za iné. Jeden zajatec nemal rád fazuľu, ďalší potreboval novú podrážku, tretí sa nevedel nabažiť čokolády, ale nefajčil. Na konci dňa kazateľ skončil vždy s pár vecami navyše – to bol jeho zisk. Nikoho o tie veci neokradol, práve naopak – všetci boli po výmene s ním šťastnejší, pretože miesto vecí, ktoré chceli menej, dostali veci, ktoré chceli viac.

Aj obchod patrí do produktívnej časti ekonomiky, pretože pomáha naplňovať potreby ľudí tak, ako výroba. Kazateľ nemiesil hlinu, ani netavil rudu, ale hľadal potreby a následne sa ich snažil naplniť. Zisk je semaforom, ktorý plusom alebo mínusom ukazuje, či sa tie potreby naplňovať darí. Zisk je lákadlom pre ďalších kazateľov, aby aj oni s vecami obiehali tábor. Zisk je zdrojom pre investície, aby šikovný kazateľ vedel na druhý deň ponúknuť širšiu paletu produktov.

Zisk je problematickým len vtedy, ak jeho zdrojom nie je uspokojenie zákazníkov, ale iná aktivita. Zisk postavený na dotáciách, podporných schémach či vylobovaných výsadách ekonomiku ničí. Nie len abstraktne v štatistikách HDP, ale v podobe chudobnejších ľudí s prázdnejšími taniermi. Zisku sa netreba báť, len treba pochopiť, čo to je.

Pôvodne vyšlo v HN, 13.7. 2020

Téma: Konkurencia

Aj pridusená konkurencia je lepšia ako žiadna

O (ne)existencii reálnej konkurencie na slovenskom trhu zdravotného poistenia sa toho napísalo už pomerne dosť. U mnohých prevláda názor, že tu vlastne žiadna konkurencia neexistuje. My však zastávame názor, že aj pridusená konkurencia je lepšia ako žiadna.

V septembrových dňoch vrcholí prepoisťovacia kampaň zdravotných poisťovní. Zaznieva argument, že je to len súboj prietokových ohrievačov, nie skutočná trhová konkurencia.

Je pravdou, že poisťný produkt je diferencovaný len minimálne. Pre časť poisťencov môže byť zmena poisťovne zaujímavá, kvôli zazmluvnenosti „ich“ lekárky, doplatkom za lieky, či zubom. Rozdiely môžu pocítiť aj tí, ktorí s poisťovňou častejšie komunikujú, teda zamestnávateľa. Objavujú sa aj prvé lastovičky v „poštuchovaní“ pacientov, napríklad formou odmeny za absolvovanie preventívnej prehliadky. Nemáme však definovaný nárok v zdravotníctve a zároveň je reguláciou výrazne obmedzené, či priam zakázané poskytovať aspoň „manažmentové“ služby ako objednávanie a podobne. Na konci dňa sa tak o väčšinu poisťencov súperí benefitmi v hodnote maximálne pár desiatok eur. Tomu zodpovedá aj záujem poisťencov meniť poisťovňu.

No zabúda sa, že zdravotná poisťovňa hrá úlohu nielen ako poskytovateľ služieb poisťencom, ale aj ako nákupca služieb z verejných peňazí. V tejto pozícii badať pozitívne efekty konkurencie medzi poisťovňami výraznejšie. Tým, že s poskytovateľmi jednájú tri poisťovne a nie jedna, vznikajú tri rôzne sady zmluvných podmienok. Jedna poisťovňa si napríklad dohodla s 26 nemocnicami minimálnu úroveň zmluvných výkonov. Teda v malom spravila to, čo ministerstvu vo veľkom vybuchlo pod rukami. Druhá sa o to pokúša. Iná poisťovňa vyvinula pre svoje potreby systém elektronických receptov (a rozšírila ho na polovicu ambulancií), ktorý neskôr prevzalo štátne e-zdravníctvo.

Rozdiely sú aj v platbách všeobecným lekárom. Poisťovne používajú rôzny mix kapitačných a výkonnostných platieb, teda „paušálu“ na osobu a príplatku za splnenie rôznych parametrov, napríklad za prístrojové

vybavenie ambulancie, či využívanie elektronického zdravotníctva. Líšia sa aj „balíčky“, ktoré si poisťovne dohodli pri starostlivosti o obéznych pacientov, či pacientov s hypertenziou. Nájde sa aj projekt bezpečného predpisovania liekov. Poisťovne takisto prišli s projektami bezlimitného prostredia pre špecialistov s rôznymi podmienkami, napríklad minimálne odrobené hodiny lekára, či povinné objednávanie. A nie, nepíšem tu len o dvoch súkromných poisťovniach, konkurencia vtiahla do hry aj štátneho zástupcu.

Konkurencia medzi poisťovňami nedostala od slovenských vlád šancu na plnohodnotný život. Ale aj keď to nevidíme, hlboko v zákutiach robí tá pridusená konkurencia to, čo aj v iných odvetviach – hľadá cestičky, ako vytvoriť viac hodnoty.

Pôvodne vyšlo v HN, 9.9. 2019

Prečo je konkurencia v zdravotnom poistení dôležitá

Teraz spravme krok späť a odpovedzme si na otázku, prečo je vlastne konkurencia taká dôležitá.

Každoročná prepoisťovacia kampaň zdravotných poisťovní je dobrou príležitosťou pripomenúť si, aký zmysel má konkurencia v zdravotnom poistení. Zo strany slovenských politikov je to asi najčastejšie spochybňovaný aspekt slovenského zdravotného systému.

Pred rokmi sa poistenci lákali na ľadvinky a balenie celaskonu zdarma. Dnes je zoznam ponúkaných benefitov pre poistenca podstatne širší a pri troche premýšľania môže poistenec reálne ušetriť cez 100 eur ročne. Pri priemerných ročných odvodoch zamestnanca 1800 eur to nie je dramatická, ale ani zanedbateľná suma. Bod jedna pre konkurenciu. Vo vymýšľaní kreatívnych benefitov nezaostáva ani štátna poisťovňa. Za popoháňanie obvykle skostnateneho štátneho podniku píšem konkurencii druhý bod.

Partnermi poisťovní sú aj poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Tí môžu tretí bod konkurencii pripísať za to, že vždy môžu tú najštedrejšiu ponuku použiť ako odrazový mostík pre vyjednávanie o úhradách s ostatnými dvoma poisťovňami. Konkurencia je nielen vo výške platieb, ale aj vo forme. Poisťovne v rôznom tempe rušia limity, poskytujú príplatky za telefonické konzultácie, či benefitujú rôzne nadštandardné vyšetrenia.

Zdravotný systém musí balansovať množstvo poskytnutej zdravotnej starostlivosti a zdroje, ktoré sa na ňu minú. Zdravotné poisťovne sú dnes prakticky jedinými strážcami peňazí v systéme, aj keď za to schytávajú od politikov, pacientov, aj médií. Ak budú šetriť príliš, poistenci budú nespokojní a odskočia. Ak budú šetriť málo, zhoršia sa im hospodárske výsledky.

To máme päť či šesť bodov pre konkurenciu. No mohlo by to byť oveľa viac. Hlavnou zbraňou v konkurenčnom prostredí je vždy produkt. A tu je problém. Ani dlhý zoznam benefitov nezmení to, že produkty zdravotných poisťovní sa príliš neodlišujú. Ako by teda mohla vyzeráť konkurencia v produktoch?

Najskôr si povedzme, ako by asi nevyzerala. Veľmi malý priestor je v samotných medicínskych výkonoch. Tie by mali byť dané štandardami vytvorenými a menenými na základe vedeckého poznania. Ak vieme, že slepé črevo sa operuje takým postupom, mal by sa používať ten. Ak je vhodný onen katéter, použiť sa má ten.

Dnes vieme, ako liečiť akútny infarkt myokardu, ale nevieme, ako pomôcť 31-ročnému človeku s miernou nadváhou a rastúcou inzulínovou rezistenciou, ktorý bude mať prvé problémy o 15 rokov. Niektorí potrebujú motivovať finančne, iní schopného výživového poradcu a tretiemu pomôžu len lieky. Metabolický symbol, poškodenie pohybového aparátu či problémy so srdcom – v manažmente týchto hrozieb môže konkurencia poisťovní zohrávať podstatnú úlohu. V súčasnom systéme však chýba diel do skladačky – možnosť dlhodobých kontraktov. Ak sa poisťovňa nemôže podieľať na dlhodobých úsporách plynúcich z dobrého zdravia, nedokáže takýto produkt ziskovo ponúkať

Ďalším priestorom je dostupnosť. Napríklad ja nemám problém cestovať za zdravotnou starostlivosťou desiatky, alebo aj stovky kilometrov. Ak by mi poisťovňa ponúkla, že regionálne budem mať dostupné minimálne služby, ale v niekoľkých centrách budem mať kratšie čakacie doby, presné objednávanie a milú recepciu s kávou, tak beriem. Určite sú poisťenci, ktorí zase preferujú služby čo najbližšie ku svojmu bydlisku a na čakanie v čakárni sú zvyknutí. Takýto model rôznych produktov majú napríklad holandské zdravotné poisťovne. Ďalšou formou odlišenia môže byť rôzna miera spoluúčasti, podobne ako pri havarijnom poistení auta. Tým by sa do hry dostala aj konkurencia v cene, nielen kvalite.

Nechajte produktové inovácie kvasiť zopár rokov a sektor sa môže zmeniť k nepoznaniu. Kombinácia zdravotného poistenia s poistením kritických chorôb, zdieľanie biodát zo smart hodiniek, či profilu zo Stravy, výmenou za nižšie poistné, tri týždne rekonvalescencie v Thajsku zdarma, ak si tam nechám vymeniť bedrový kĺb, dohoda s Mayo Clinic, že automaticky dostanem druhé posúdenie na každú vážnejšiu diagnózu... a takto tu môžem snívať, až kým nezoderiem klávesnicu.

Svet, v ktorom emancipovaní spotrebiteľia-laici si nevyberajú operáciu (ako niektorí kritici konkurenciu produktov v zdravotníctve kreslia), ale vyberajú si spotrebiteľský zážitok. Konkurencia to môže dokázať, a pritom nikomu neubrať zo šance dostať medicínsku pomoc.

Pôvodne vyšlo v Trend, 8.9. 2020

Efektívna poisťovňa

Pri konkurenčnom porovnávaní zdravotných poisťovní sa neraz hovorí aj o ich efektívnosti. Niekedy však značne zavádzajúco. Efektívnosť nespočíva v čo najväčšom miňaní peňazí.

Diskusia o navýšení kapitálu VŠZP sa úctyhodne rozkošatila všetkými smermi. Mňa ale najviac zaujal moment, keď sa začalo hovoriť o efektívnosti Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Zdá sa totiž, že ani premiér, ani minister zdravotníctva nerozumejú (alebo nechcú rozumieť), čo je hlavnou úlohou zdravotnej poisťovne v slovenskom systéme.

Ako argument zaznelo, že VŠZP dáva viac na jedného poistenca, dáva viac na lieky, alebo že nedostáva rovnaký podiel platieb, aký by jej prislúchal podľa podielu na nakúpenej zdravotnej starostlivosti. Ale veď to je predsa definícia neefektívnosti! Úlohou zdravotnej poisťovne nie je platiť čo najviac, každému poskytovateľovi koľko si povie a za čo si povie. Jej úloha je nakupovať zdravotnú starostlivosť čo najvýhodnejšie, a tým v slovenskom zdravotníctve udržiavať rovnováhu medzi príjmami a výdavkami.

Zdravotná poisťovňa má nakupovať toľko zdravotnej starostlivosti, aby bol splnený zákon (minimálna sieť, kategorizované lieky) a zároveň aby im poistenec neutiekol ku konkurencii. Musí za to zaplatiť takú sumu, aby ju poskytovatelia neodmietli, ale aby ani nezbankrotovala. Najefektívnejšia poisťovňa je tá, ktorá má spokojných poistencov, dostatok poskytovateľov a najzdravšie financie.

Ktorá poisťovňa to teda je? Presne nevieme, lebo nemáme zadefinovaný nárok, nemáme oficiálne čakacie doby, nemáme žiadne oficiálne ukazovatele kvality. Ale máme silný ukazovateľ – presuny poistencov. A tie hovoria dosť jasne. Poistencovi je jedno, koľko ktorá poisťovňa míňa v prepočte na poistenca, pretože to môžu byť peniaze masérovi, či tetke, ktoré jeho nijako neovplyvnia.

Som plne za to, aby bol na Slovensku čo najpresnejšie definovaný nárok, aby boli zverejňované spoločné ukazovatele kvality, alebo čakacie doby. Lenže nie je náhoda, že nič také na oficiálnych miestach za 15 rokov nevzniklo. Miesto otázky jednej štátnej poisťovne by potom možno viac rezonovala otázka, načo vlastne štátna poisťovňa existuje.

Pôvodne vyšlo v Trend, 41/2020

Téma: Nárok poistenca

Kto zdefiniuje "nárok" v zdravotníctve

Spojenie „nárok poistenca“ či „nárok pacienta“ je Yetti v slovenskej zdravotnej politike. Všetci o ňom rozprávajú ale nikto ho nevidel. Pritom pre dlhodobé efektívne fungovanie zdravotníctva plateného z verejných financií je jeho existencia nevyhnutnosťou. V prvom texte tejto sekcie sa pozrieme práve do základov tohto termínu.

Vždy, keď v diskusii o slovenskom zdravotníctve padne magické spojenie „definícia nároku pacienta“, všetky hlavy naokolo sa súhlasne rozkývajú. „Áno, nárok treba zdefiniovať! Bez toho sa nepohneme!“ Ale nárok ostáva schovaný v jaskyni ako snežný muž.

Ako sa môžu rozdeľovať zdroje v zdravotníctve? Metódy sú v princípe tri. Prvou, najmenej používanou, je komerčný systém. Či už priamy nákup služieb pacientom, alebo skutočný poistný systém. Teda taký, kde podľa svojho rizikového profilu a zaplateného poistného dostanem finančný limit, v ktorého rámci môže čerpať zdravotné služby. Čiastočne to funguje v USA, ale aj tam už zhruba polovicu (obrovských) výdavkov na zdravotníctvo financuje verejný sektor.

Väčšina rozdeľovania zdravotných zdrojov vo vyspelom svete prebieha vo verejnom sektore a deje sa dvoma zvyšnými metódami. Jednu by sme mohli nazvať vedeckou. Spočíva vo výpočte, koľko zdravých rokov života zdravotná intervencia prinesie. Ak ste niekde zachytili skratky ako HTA (Health technology assesment), či QUALY (Quality-adjusted life year), tak ste na správnej ulici. Na Slovensku je nákladová efektivita na kategorizáciu liekov stanovená na necelých 40 000 eur. Štandardy a indikačné obmedzenia následne povedia, v akých prípadoch má byť táto nákladovo efektívna intervencia použitá.

S trochou prehánania by sme mohli povedať, že taká je úradná hodnota roku života z pohľadu slovenskej zdravotnej politiky. Vlastne, s dosť veľa prehánaním. Táto metóda má svoje nedostatky. Po prvé, je veľa dát pre lieky, no už menej dát pre iné intervencie. Zistiť, koľko rokov zdravého života prinesie nejaká komplexná liečba, je veľmi zložitá a často ovplyvnená lokálne. Nie vždy sa dajú univerzálne použiť dáta napríklad z Veľkej Británie (kde je HTA venovaný rozsiahly program). Naviac cena lieku či technológie klesá s rastom jeho používania a prví „drahí“ pacienti dláždia cestu znižovaniu ceny.

Ostáva tak posledná, najčastejšia metóda rozdeľovania – živelná, alebo aj „metóda nedostupnosti“. Starostlivosť je poskytnutá podľa aktuálne dostupných zdrojov, čo znamená neskôr, alebo aj vôbec. Rozhodcom v takomto prípade je niekedy poisťovňa, niekedy poskytovateľ, ale najčastejšie je ním anonymný „systém“, v ktorom sú niektoré spojenia popretŕhané. Pacient so širokými lakťami a ešte širším telefónnym zoznamom si vie cestu prešliapať, iný nie. Prejavom sú najmä čakacie doby a „strácanie“ sa v systéme.

Bohatneme, starneme, zomiera početne viac ľudí. Sme informovanejší, chceme spotrebovať kvalitu. V 70-ke chceme robiť hrebeňovky a potápať sa v Egypte. Inými slovami, význam zdravotníctva ako sektoru v ekonomike bude rásť. Európska komisia v roku 2018 predstavila 12 scenárov verejných výdavkov na zdravotníctvo, v ktorých nárast podielu zdravotníctva na ekonomike Slovenska do roku 2070 dosahuje až 78%. Bez jasnejšie zdefinovaného nároku pacienta máme zarobené na kolabujúci systém, v ktorom každoročne budú miznúť miliardy, ale jeho výsledkom bude nespokojnosť.

Prečo teda už 15 rokov o definícii nároku rozprávame, ale nevidíme ju? Lebo ako si v INESS interne hovoríme, treba na to psychopata. Nieкого, kto sa postaví pred kamery a povie, že tu je hranica verejného zdravotného poistenia. Nieкого, kto si tým pravdepodobne ukončí politickú kariéru a nič za to nedostane, okrem uznania analytikov zo zle vetraných kancelárií.

Zažili sme, akou rozbuškou bol nedávny pokus o revíziu úhrad liekov. Ale v princípe presne o to ide. Povedať, že dodatočných 14 mesiacov života (prakticky nikdy nejde o „vyliečenie“) už verejné zdravotníctvo neuhradí. Že od určitého veku drahý zákrok neuhradí, lebo smrť sa aj tak blíži. Že za lepšiu šošovku, či epidurálku sa priplatí. Ťažko sa to už len číta, predstavte si, že by ste to mali presadiť ako oficiálnu politiku.

Bez toho však pacient ostane odsúdený na čakacie doby, zháňanie kontaktov a naťahovačky s poisťovňami. Aj v súčasnom systéme tak nedostanú všetci všetko, akurát sa tak deje podľa nejasných pravidiel. Na revolúciu neverím, psychopata nenájdeme. Ale pri obmedzených zdrojoch nejaká forma diskriminácie pacientov bude existovať. Čím viac poriadku v nej bude, tým lepšie pre všetkých.

Pôvodne vyšlo v Postoj, 10.7. 2019

Kto v zdravotníctve má dostať viac?

Aký je súvis medzi programovým rozpočtovaním v zdravotníctve a nárokom poistenca? Odpoveď na túto otázku približuje nasledujúci text.

Na konci každého roka nastupuje veselé obdobie schvaľovania rozpočtu verejných financií. Týždne a mesiace naťahovačiek o príjmy, výdavky, kapitoly. Rozpočet zdravotníctva býva tradične najväčším problémom.

Problém prvý – celková suma. Hoci výdavky na zdravotníctvo každoročne rastú (za posledných 10 rokov narástli o 40 %, kým HDP o 15 %), vždy je v rozpočte diera. Ministri financií radi podstreľujú skutočné náklady politických opatrení (rekreačné poukazy, zvyšovanie miezd), ignorujú riziká na strane odvodových príjmov a nemajú zmapované zmeny, ktoré sa v rezorte dejú (nové lieky, vývoj kapitálovej diery...).

Problém druhý – rozdelenie celkovej sumy. Ministerstvá financií a zdravotníctva si vždy spolu v rozpočte nakreslia programové kolónky, do ktorých umiestňujú financie. Toľko špecialistom, toľko na lieky, toľko nemocniciam. Lenže môžu si písať čo chcú, keď prídu predstavitelia nemocníc za poisťovňou, že potrebujú minimálne toľko a toľko peňazí (lebo napríklad musia zaplatiť zamestnancom rekreačné poukazy) a že inak nepodpíšu zmluvy, tak poisťovňa (väčšinou) zaplatí a neobzerá sa, koľko že to tie ministerstvá napísali do kolónky s názvom „nemocnice“.

Vláda z toho bola vždy nešťastná, pretože vláda chce vládnuť. Chce rozhodovať o každom eure, byť štedrým sultánom, za ktorým chodí trh a ponížene si pýta peniažky. Preto vláda schválila zmenu zákona o poisťovníach, ktorá doterajší systém stavia na hlavu. A urobila to typickým spôsobom, teda úplným odignorovaním toho, ako v realite funguje sektor.

O čo ide? Vznikne komisia 9 pomazaných hláv (všímajte si, ako súčasná vláda miluje komisie?), ktoré rozhodnú o tom, koľko peňazí sa má v zdravotníctve na čo minúť. To by ešte nebola žiadna novinka, veď tak to bolo aj doteraz, akurát to nikoho k ničomu nezaväzovalo. No po novom budú tieto čísla pre zdravotné poisťovne záväzné. Ak neminú napríklad na nemocnice toľko, koľko rozhodne komisia, majú (finančný) problém.

Odhliadnime nateraz od podružných dôvodov, prečo je takýto krok chybou (napríklad rozdielne kmene poisťovní, ktoré potrebujú rozdielnu štruktúru zdravotnej starostlivosti). Pozrime sa na ten hlavný dôvod, prečo je tento krok ďalšou ranou pre slovenské zdravotníctvo.

Tento systém je snahou zaviesť tvrdé centrálné plánovanie do slovenského zdravotníctva. Ale čo je najväčším problémom centrálného plánovania už od čias Karla Marxa? Kalkulácia! Dopyt aj ponuka sú dynamické veličiny, neustále sa menia v čase aj priestore. Informácie o potrebách a možnostiach ich uspokojenia sú roztrúsené medzi tisíckami poskytovateľov a miliónmi pacientov. Potrebné sú delikátne nástroje ako podnikateľské objavovanie či trhové ceny, aby obmedzené zdroje plynuli tam, kde ich je najviac potreba a nie inam.

Tieto argumenty môžete prehlásiť za neoliberálne blábotanie o neviditeľnej ruke trhu. Zdravotníctvo je „iné“, tam majú rozhodovať študovaní odborníci a excelové tabuľky. No budiž, nejdem sa v týchto riadkoch hádať. Ale aj ten centrálny plánovač musí z niečoho vychádzať, keď chce zdroje rozdeľovať do rozpočtových kolóniek. No a tu je ďalší problém.

V slovenskom zdravotníctve neexistuje definícia nároku, dostupnosti či kvalitatívne ukazovatele, neexistujú žiadne hmatateľné ciele ani krátkodobé ani dlhodobé (ak nerátam neuchopiteľné metaciele ako odvrátiteľná úmrtnosť). Neexistuje mapovanie prichádzajúcich trendov, neexistuje dlhodobá práca s dátami ani pri tých najzávažnejších diagnózach, neexistuje nič. Centrálny plánovač má ruky dokonale prázdne.

Teda, nie úplne. Má informácie o tom, koľko sa v jednotlivých kolónkach minulo v minulosti a má lobistov klopajúcich na dvere s jasnými finančnými požiadavkami. Nemocnice budú tvrdiť, že potrebujú viac, lebo sa rozpadajú, všeobecní potrebujú viac, lebo oni sú tým spájacím ohnivkom, lekárne potrebujú viac, lebo majú zlé hospodárske výsledky, na inovatívne lieky treba dať viac, lebo onkologickí pacienti si robia zbierky... Každý je dôležitý, všade treba viac. S týmto bude centrálny plánovač pracovať. A tak to aj dopadne.

Slovenský poistenec nepotrebuje rozpočtové chlieviky. Pacientovi je úplne jedno, či poisťovňa splnila výdavkový plán ministerských plánovačov na 97 % alebo na 103 %. Pacient potrebuje jasný rámec – za to, čo zaplatím, mám nárok na toto, tu a vtedy a v takej minimálnej kvalite. Poisťovňa, sprav to! Bohužiaľ, v stanovení tohto rámca slovenskí politici dlhodobo zlyhávajú. O to viac sa následne snažia o priamy „manažment“ všetkých a všetkého.

Pôvodne vyšlo v Blog SME, 1.12. 2020

Spotreba, či katastrofa

Nárok je o tom, čo by malo solidárne zdravotníctvo pokrývať. Tieto výdavky môžeme rozdeliť na dve hrubé kategórie – spotrebu a katastrofu. Aký je medzi nimi rozdiel?

Ponúkame nový produkt! Poistenie hladu! Už nikdy si nemusíte plniť košík v supermarkete podľa peňaženky! A poznáte ten pocit, keď v neznámej reštaurácii nesmelo nakúpkate do jedálneho lístka, a rozhodujete sa, či je toto miesto pre vás? S Poistením hladu je ten pocit preč. Stačí vytiahnuť kartičku poistenca vždy keď vám zaškvrka v žalúdku a žiadna pochúťka sa pred vami neschová!

Väčšina čitateľov by takýto inzerát správne zaradila do sekcie humoru a fikcie. Postenie hladu je ekonomický nezmysel. Poistenie je nástroj na manažment rizika, ktorého pravdepodobnosť na individuálnej úrovni nedokážeme odhadnúť. Vyhori mi v nasledujúcich 30 rokoch byt? Spôsobím hromadnú nehodu na diaľnici? Utopím sa pri kúpaní v jazere? Keď však vezmem tisíc ľudí, zrazu viem pomerne presne odhadnúť, koľko požiarov bytov sa u nich v nasledujúcej dekáde odohrá a dokážem toto riziko finančne ohodnotiť. Ľudia nemajú radi riziko a sú za jeho zníženie ochotní zaplatiť. To je pridaná hodnota produktu poistenia.

Poisťujem katastrofu. Potreba raňajok, obeda a večere nie sú katastrofou, sú spotrebou. Zo skupiny tisíc ľudí sa táto udalosť stane každému z nich, a to so železnou pravidelnosťou. Poistenie s tým nedokáže nič urobiť. Poistenie hladu by nevyrábalo pridanú hodnotu, naopak, administratívne náklady by vyrábali stratu.

Napriek tomu jedno také poistenie existuje. Voláme ho zdravotné poistenie, hoci je to trocha kamufláž, pretože je platené daňou, nie jednotným (a už vôbec nie rizikovo odstupňovaným) poplatkom. Toto kvázi poistenie pokrýva ako katastrofy (rakovina, infarkt, ťažký úraz), tak spotrebné udalosti, ktoré sa opakovane udejú všetkým – triviálne ochorenia, boľiestky a drobné úrazy.

Existuje jeden argument, ktorý vraví, že tak je to správne. Ľudia podľa neho nevedia správne vyhodnotiť riziko a v snahe ušetriť pár centov utrpia nakoniec väčšie a drahšie škody na zdraví. Existuje ale aj protiargument. Odtrhnutie spotreby od jej nákladov vedie k nárastu spotreby. Ak by ste mali poistenie hladu, chodili by ste na kebab na rohu, alebo na argentínske steaky? Nárast spotreby následne vyčerpáva zdroje. Ak vo svete obmedzených zdrojov vyčerpáme viac na spotrebu, ostane menej na katastrofy. Stotisíc preplatených paralenov je jeden nepreplatený inovatívny liek.

Hranica toho, čo je zdravotná starostlivosť sa neustále rozširuje. Už to nie je doktor s koženou taškou a desiatimi fľaštičkami. Dnes je to vesmír liekov, zákrokov, testov, rehabilitácií, terapií a konzultácií, ktorý sa každý deň rozširuje. V Spojených štátoch je zdravotníctvo skoro pätina ich ekonomiky. Dokáže verejný sektor obsiahnuť celý tento vesmír, zaplatiť to a neskrachovať?

Môže sa o to pokúsiť. Na Slovensku ideme skôr smerom štedrejšieho preplácania spotreby, vid' napríklad nedávne zrušenie doplatkov za lieky (už tak výrazne limitovaných ochranným limitom) pre veľké skupiny obyvateľstva. No šanca je, že sa to nepodarí. Vo výsledku môžeme skončiť s dvoma paralelnými zdravotníctvami. Štátnym, ktoré sa bude snažiť dať všetkým všetko, ale bude v ňom panovať neformálny prídellový systém nekonečných čakačiek, a hotovostným systémom, v ktorom si budeme môcť kúpiť všetko, ale za plnú sumu. Ak nie na Slovensku, tak v okolitých krajinách.

Preto je dôležité viesť debatu o tom, či má náš systém naozaj hradiť všetku spotrebu akýchkoľvek zdravotníckych služieb. Môžeme začať napríklad liekmi. My sme už začali - novou publikáciou s názvom [Zázračné lieky - ako ich zaplatiť a neskrachovať](#). Môžete si ju [stiahnuť na stránke iness.sk](#).

Pôvodne vyšlo v Postoj, 23.11. 2020

Bez dohľadu

Zadefinovať nárok poistenca je jedna úloha, dohliadať nad jeho napĺňaním je úloha druhá. Ani v tej druhej sa nám dosiaľ príliš nedarilo.

Všimli ste si, že Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou nemal 18 mesiacov predsedu? Ak áno, tak patríte ku vzácnej menšine. Väčšine tento predseda vôbec nechýbal. To tak trochu symbolicky ukazuje, akú reálnu úlohu má Úrad v slovenskom zdravotníctve. Limitne nulová.

Lenže je tu problém - nárok pacienta neexistuje, neexistujú zadané poistné produkty a z poisťovní má večné finančné problémy len tá štátna, na ktorú sa nesiaha. V realite sa tak Úrad stal lampárňou, kde sa môžete ísť sťažovať, ak vám náhodou v nejakej nemocnici odpíli nesprávnu nohu. Áno, dôležité, ale je to trochu málo.

Nová predsedníčka je známou finančnou profesionálkou. Verím, že posudzovanie finančnej zdatnosti poisťovní bude kvalitné a hlavne férové (aj keď pre štátnu je vždy pripravená poistka v podobe peňazí daňových poplatníkov). No opäť - je to málo. Tá kontrola má zmysel hlavne vtedy, keď sa poisťovne púšťajú do súbojov o klientov rôznymi produktami a hrozí, že príliš agresívne nadizajnovaný produkt či zazmluvňovacia stratégia ohrozí finančnú stabilitu poisťovne.

Úrad toto nezmení, na ťahu je ministerstvo a vláda. Uvidíme, či popri zaneprázdnenosti z mĺňania stoviek miliónov z Plánu obnovy stihne konečne po 15 rokoch dotiahnuť prerod slovenského zdravotníctva na moderný sektor postavený na potrebách pacienta - spotrebiteľa.

Pôvodne vyšlo v Zdravotníckej noviny, 13.5. 2021

Téma: Štátna poisťovňa

8 dôvodov prečo nezvyšovať kapitál VŠZP

Slonom v miestnosti trhu so zdravotným poistením je štátna poisťovňa. Posledných 10 rokov prežila vďaka finančným injekciám a vládnemu ohýbaniu pravidiel solventnosti a likvidity. Na jeseň 2020 bola oznámená jej záchrana z peňazí daňových poplatníkov. Vydali sme k tomu nasledovnú tlačovú správu:

INESS so znepokojením vníma avizovanú snahu z verejných zdrojov vykonať rozsiahly kapitálový vklad do štátnej Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Takéto rozhodnutie by bolo zásadným krokom späť pre slovenské zdravotníctvo.

Je na to minimálne osem dôvodov:

1. Obrovský výdavok 100 miliónov eur nemá žiadnu pozitívnu späťosť s kvalitou a dostupnosťou zdravotnej starostlivosti pre slovenských pacientov. Naopak, je pokračovaním tradície oddlžovania neefektívne sa správajúcich subjektov a podporovaním morálneho hazardu. Navyšovanie imania sa udialo aj pred rokom 2010. Po obrovskej strate z roku 2016 ho chystala v roku 2018 aj Ficova vláda, poisťovňa vtedy dokázala z problému ešte vyrásť.
2. Najvyššie výdavky za zdravotnú starostlivosť nie sú pozitívnou vlastnosťou, ale definíciou neefektívneho nakupovania zdravotnej starostlivosti. O neefektivite svedčí aj fakt, že VŠZP má zhruba 660 zamestnancov na milión poistencov, kým súkromné majú priemerne 450. Podobne tak aj kauzy ako teta Anka, či úpadok majetku spoluvlastneného VŠZP (kúpele Sliač, v ktorých dokonca v roku 2017 VŠZP zvýšila svoj podiel odkúpením podielu súkromného spoluvlastníka).
3. Poistenci hlasujúci každý rok v septembri svojim výberom poisťovne signalizujú skôr preferenciu občanov znižovať objem zdrojov štátneho subjektu. Ďalší veľký presun z dominantnej štátnej poisťovne k súkromným s najväčšou pravdepodobnosťou nastane aj tento rok. Za posledných 10 rokov VŠZP tak stratila okolo 600 000 poistencov.
4. Je to de facto začiatok likvidácie konkurencie v zdravotnom poistení. Práve tá odryla hlbokú neefektivitu štátnej poisťovne.
5. VŠZP hrá na tom istom ihrisku ako súkromné poisťovne a mala rovnakú možnosť tvoriť zisk a vybudovať si rezervy. Každá poisťovňa má možnosť vytvoriť zisk len z príjmov svojho kmeňa poistencov, nie zo „spoločného“, pretože taký neexistuje.
6. Štát neustálym znižovaním platby za svojich poistencov, vrátane poistencov súkromných poisťovní, „ušetril“ stovky miliónov. Tisíce ľudí v karanténe, či na OČR sa v roku 2020 stali (dočasne) poistencami štátu, štát však za týchto dodatočných poistencov neplatil ani euro. Z týchto peňazí, na ktoré sa poskladali všetci, by teraz profitovali len poistenci štátnej poisťovne.
7. Platba za poistencov štátu nie je dobrovoľné charitatívne rozhodnutie vlády, ani žiadna „pomoc“, nie je to „spoločný“ zdroj, ale splnenie záväzku zaplatiť poisťné zdravotnej poisťovni na základe slobodného výberu poistenca. Chýbajúce zdroje za štátnych poistencov pochopiteľne prináležia všetkým poisťovniam, ktoré majú štátnych poistencov.
8. Ponuka kapitálového vstupu do súkromných poisťovní nie je alternatívou. Štát môže znižovaním platby za poistencov štátu tohtoročnú situáciu opakovať každý rok a súkromné poisťovne tak postupne celé vyvlastniť – tým, že nebude platiť za služby pre svojich poistencov.

Štát by mal zvýšiť platbu za svojich poistencov bez ohľadu na to, pre ktorú poisťovňu sa rozhodli. Ak považuje súčasné množstvo zdrojov v systéme za dostatočné a platbu zvýšiť nechce, musí akceptovať, že najslabšie články to neprežijú.

Z dlhodobého hľadiska je otázne, aký prínos má pacient a zdravotníctvo zo štátneho vlastníctva dominantnej poisťovne. Tá má opakujúce sa finančné problémy a stráca veľké množstvo klientov, čím ako štátny majetok neustále stráca na hodnote. Jej rozdelením a predajom by štát potenciálne mohol získať aj niekoľko miliárd eur, ktoré by boli v zdravotníctve využiteľné lepšie. Vstup nových investorov do slovenského zdravotníctva by podporil konkurenciu a sektor by sa zbavil politickej otázky, ktorá už 15 rokov vo verejnej diskusii blokuje všetky ostatné témy.

Pôvodne vyšlo ako tlačová správa INESS 8.10. 2020

Rozdeliť a predat'

Ako zlepšiť situáciu na trhu so zdravotným poistením? Zbaviť sa neefektívneho monopolistu. V záverečnom texte popisujeme 10-ročnú anabázu štátnej poisťovne a jej logické riešenie.

Po zachraňovaní nemocníc sme sa dopracovali k zachraňovaniu štátnej zdravotnej poisťovne. Déjà vu? Vrátili sme sa do čias na prelome tisícročí, kedy zdravotné poisťovne nedokázali platiť poskytovateľom, ktorým následne hrozila druhotná platobná neschopnosť. Ročný deficit VŠZP sa blížil 6 miliardám korún. Až mnohomiliardové oddĺženie celého systému cez Veriteľ a.s. na začiatku druhej Dzurindovej vlády situáciu stabilizovalo.

No nie nadhlo. Už v roku 2007 sa prvá Ficova vláda snažila zmeniť (vtedy ešte dve) štátne poisťovne späť z akciovky na verejnoprávnu poisťovňu a zneprehľadniť tak ich financie. Vedeli prečo. Na jar 2009 totiž už mnohí lekári hlásili, že VŠZP mešká s platbami 10-20 dní. Rezerva hotovosti štátnej poisťovne v tých časoch stačila na jediný deň prevádzky. V roku 2010 Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou konštatoval, že „VŠZP si dlhodobu neplní obchodno-finančný plán“.

Poisťovňa prežívala vďaka pomoci štátu. Spoločná zdravotná poisťovňa (od roku 2010 zlúčená s VŠZP) dostala v rokoch 2004-2005 zhruba 80 miliónov eur, zhruba 23 miliónov v roku 2006 a už zlúčená VŠZP dostala v roku 2010 vyše 65 miliónov eur a zlúčením získala aj imanie SZP zhruba 30 miliónov eur.

Opäť to dlho nevydržalo. V roku 2016 prichádza odhalenie viac ako 100 miliónovej straty a ozdravný plán. Silný rast miezd a zamestnanosti v ekonomike vtedy pomohol cez vyššie odvody udržať poisťovňu nad vodou. No tieto časy pominuli a situácia je opäť kritická.

Mení sa len to, že suma pomoci rokmi stúpa. Poisťovňa podľa všetkého dostane pomoc skoro 200 miliónov eur, hoci vláda verejnosť presviedčala, že to bude len 100 miliónov (a pandemický výpadok príjmov všetkých troch poisťovní dosahuje spolu len 160 miliónov eur).

Opäť počúvame, že teraz je to iné. Už žiadna korupcia, naopak, budú sa štartovať procesy, čistiť, optimalizovať, štátna poisťovňa odteraz pobeží ako hodinky, až na veki. Kto chce, uverí. Ja mám iný návrh. Načo štát stovkami miliónov sanuje inštitúciu, ktorá za poslednú dekádu stratila viac ako pol milióna poistencov, a tým aj nemalú časť svojej hodnoty? Využitie VŠZP na vykonávanie štátnej zdravotnej politiky je mýtus, poisťovňa sa v prvom rade snaží podpísať zmluvy s poskytovateľmi a prežiť, nie vykonávať nejakú politiku neustále sa meniacich ministrov. Možno by bolo načas baviť sa o tom, či by nebolo jednoduchšie túto poisťovňu rozdeliť a predat'. Štát by nemusel stále vyťahovať peňaženku, naopak, získal by pravdepodobne niekoľko miliárd eur, ktoré môže použiť v zdravotníctve lepšie a konečne by sme tu mali trh so 4 podobne veľkými, konkurujúcimi a zdravými poisťovňami.

Pôvodne zverejnené v HN, 16.11. 2020

O autorovi



Martin Vlachynský pôsobí ako analytik INESS od roku 2012. Vyštudoval na Ekonomicko-správni fakulte MU v Brne, následne absolvoval štúdium na University of Aberdeen. Zaoberá sa podnikateľským prostredím a štátnymi zásahmi, najmä v sektore zdravotníctva.

Činnosť INESS podporili aj zdravotné poisťovne Dôvera a Union.

Vydal: INESS - Inštitút ekonomických a spoločenských analýz
www.iness.sk

Autor: Martin Vlachynský

Grafický dizajn: Mona Múza / INESS

Rok vydania: 2021

Kontakt:

Martin Vlachynský

martin.vlachynsky@iness.sk

Publikácie INESS z oblasti zdravotníctva

Ďalšie publikácie z oblasti zdravotníctva nájdete [na stránke iness.sk](#) v sekcii Publikácie.

www.iness.sk