

Prerodeľovací mechanizmus si vyžaduje revíziu o kritické diagnózy

© Peter Pažitný, 2005
 Health Policy Institute
 www.hpi.sk

V systéme manažovanej konkurencie zdravotných poisťovní na trhu zdravotného poistenia je veľmi dôležité vyrovnať ich štartovaciu pozíciu, aby nedochádzalo k vedomej selekcii poisťencov a presúvaní zlých rizík len na niektoré subjekty poisťného trhu. V slovenskom zdravotníctve túto vyrovnávaciu funkciu plní prerodeľovací účet.

Samotný prerodeľovací účet prešiel viacerými fázami. Na začiatku poisťného systému bolo predmetom prerodeľovania bolo len 60 % vybraných zdrojov a zvyšok si poisťovne ponechávali. Tento systém však zjavne znevýhodňoval poisťovne s pasívnym typom kmeňa, takže v priebehu ďalších rokov dochádzalo k prudkým zmenám pravidiel prerodeľovania (pozri tabuľku 1). Spor bol čiastočne vyriešený až v roku 1999 stanovením úplne odlišných pravidiel prerodeľovania. Odvtedy sa prerodeľuje 100 % vybraného poisťného na základe

indexu rizika podľa päťročných vekových skupín. V roku 2002 však miera prerodeľovania klesla na 85 %.

Časté a nepredvídateľné zmeny pravidiel prerodeľovania nezostali bez negatívnej odozvy. Najvypuklejším prejavom boja o zdroje z prerodeľovania sa stali dvojité duše. Slovensko tri roky po sebe zaznamenalo o 200 000 poisťencov viac ako obyvateľov. Tento problém bol definitívne odstránený zavedením centrálného registra poisťencov.

Až do prijatia reformných zákonov v októbri 2004, ktoré sú platné od 1. 1. 2005 bolo prerodeľovanie administrované cez prerodeľovací účet a prerodeľovalo sa vybrané poisťné. Prijatím nových zákonov sa bude prerodeľovať predpísané poisťné, zrušuje sa prerodeľovací účet (ktorý nemal právnu subjektivitu z čoho pramenili viaceré spory ohľadom pohľadávok a záväzkov voči účtu prerodeľovania) a nahrádza ho prerodeľovacia matica, ktorú dozoruje Úrad pre dohľad.

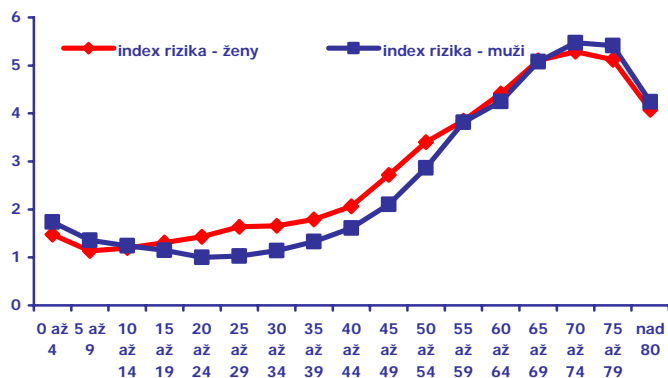
Tabuľka 1: Prehľad zmien pravidiel systému prerodeľovania a návrh na zmeny

Platnosť zmeny	Parametre prerodeľovania	Predmet prerodeľovania	Objem poisťného, ktoré nepodlieha prerodeľovaniu
	Koeficient poisťenca nad 60 rokov	Vybrané poisťné	
1. 1. 1995	3,0	60 %	40
1. 1. 1996	3,0	80 %	20
1. 1. 1997	2,5	75 %	25
1. 8. 1997	2,0	70 %	30
1. 6. 1998	2,5	65 %	35
1. 7. 1999	Zaniká koeficient poisťenca nad 60 rokov. Poisťenci sú rozdelení na skupiny podľa vekovej štruktúry po piatich rokoch a určuje sa pojem index rizika	100 %	0
1. 8. 2002	Poisťenci sú rozdelení na skupiny podľa vekovej štruktúry po piatich rokoch a určuje sa pojem index rizika	85 %	15
1. 1. 2005	Poisťenci sú rozdelení na skupiny podľa vekovej štruktúry po piatich rokoch a určuje sa pojem index rizika Zaniká prerodeľovací účet Vzniká prerodeľovacia matica, ktorú dozoruje Úrad pre dohľad	Základom prerodeľovania je 95 % z predpísaného poisťného. Miera prerodeľovania je 90 %. Efektívna miera prerodeľovania pri nulových pohľadávkach na poisťnom tak dosahuje 85,5 %	Až do výšky 14,5 % z predpísaného poisťného
1. 1. 2006	Doplniť prerodeľovaciu rovnicu o kritické diagnózy	Bez zmien	Bez zmien

Zdroj: Pažitný, 2002 na základe analýzy zákon č. 273/1994 Z.Z. v znení neskorších predpisov a zákonov o štátnom rozpočte 1995 až 2001

Funkciou prerозdelovacieho mechanismu je vyrovnávanie rizík medzi jednotlivými vekovými kategóriami podľa oboch pohlaví. Kým najlacnejším poistencom je 20-ročný muž, tak najdrahším naopak je 70-ročná žena. So stúpajúcim vekom totiž náklady na zdravotnú starostlivosť rastú. Takže 20-ročný muž má index rizika nákladov 1 a 70-ročný muž zase 5,5 (Graf 1). Znamená to, že náklady na liečbu tejto vekovej kategórie žien sú **v priemere 5** a pol násobne vyššie ako u kategórie 20-ročných mužov s indexom 1.

Graf 1: Index rizika nákladov podľa pohlavia a veku



Zdroj: MZ SR

Cieľom prerозdelovacieho mechanismu je vyrovnávať šance medzi poisťovňami a zabezpečiť pre každú poisťovňu rovnaký objem zdrojov na poistenca s rovnakým indexom rizika. V praxi prerозdelovanie funguje tak, že zdroje sú presúvané do poisťovní podľa zloženia ich kmeňa podľa veku a pohlavia. Znamená to, že tá zdravotná poisťovňa, ktorá má starších a aj chorľavejších (a tým pádom aj drahších) poistencom má automaticky aj viac zdrojov.

Žiaľ tento inak dobrý mechanismus však nedokáže postihnúť všetky nuansy v systéme a tak vzniká pre každú poisťovňu motivácia „vylepšovať“ kmeň poistencom. Keďže nie je možné drahším poistencom zvyšovať poistné (tak ako v komerčnom poistení), existuje tu jasná motivácia drahého pacienta sa postupne zbaviť. Reformné zákony túto motiváciu výrazne potláčajú, keď neumožňujú častú zmenu zdravotnej poisťovne, ale len raz za kalendárny rok – vždy k 30. septembru. Na druhej strane stále existujú diagnózy, ktoré vekovo-rodovo založená schéma prerозdelenia nepokrýva dostatočne a tieto majú tendenciu kumulovať sa v najväčšej zdravotnej poisťovni, ktorej vlastníkom je štát. Navrhujeme, aby na zníženie tejto motivácie ministerstvo zdravotníctva doplnilo prerозdelovacieho rovnicu o ďalší parameter – a to kritické diagnózy.

Medzi takého kritické diagnózy môžeme určite zaradiť hemofíliu, dialýzy, či niektoré chronické diagnózy. Navrhujeme vybrať maximálne 10 takýchto diagnóz a zaradiť ich do vzorca s indexom rizika nákladov, ktorý vyjadruje pomer medzi ich objektívnymi nákladmi a nákladmi na 20-ročného muža. Aby sa však tento systém nezneužíval, je kľúčové viesť evidenciu (samozrejme pri zachovaní zákona o ochrane osobných údajov) a monitorovať ich zdravotný stav zaradením poistencom do dispenzárnej starostlivosti.

Zavedením kritických diagnóz do prerозdelovacieho vzorca získame systém, v ktorom nebude existovať negatívna motivácia na strane zdravotnej poisťovne zbavovať sa veľmi nákladných rizík a vyrovnajú sa šance na efektívny nákup zdravotnej starostlivosti, ktorá je základom konkurencie medzi zdravotnými poisťovňami.