

# Čo so zdravotnými poisťovňami?

**Posilnenie plurality a súťaže by zdravotníctvu prospelo viac ako rušenie zisku.**

Slovensko má viacero príkladov, keď sa po privatizácii rozvinula súťaž prinášajúca vyššiu kvalitu aj efektívnosť – banky, telekomunikácie, obchod a čiastočne už aj energetika. Zdravotníctvo medzi úspešné príklady nepatrí.

Oproti iným sektorom je v zdravotníctve vyššia informačná nerovnosť, keď poskytovatelia majú lepšie informácie o kvalite a objeme služieb ako tí, čo za ne platia, teda pacienti a poisťovne. Ak poisťovne nepoznajú produkt, ktorý nakupujú, nemôžu navzájom súťažiť v jeho cene či kvalite. Rovnako ak poistenci nevedia porovnávať poisťovne aj poskytovateľov, nevedia si medzi nimi vyberať a teda ani vytvárať tlak na ich zlepšovanie.

Ďalšou bariérou súťaže je oligopolná štruktúra poistného trhu, čo zvyšuje riziko vyberania renty, čiže rozdeľovania existujúceho bohatstva bez tvorby pridanej hodnoty.

Vyššie je aj riziko diktovania cien veľkými hráčmi a uzatvárania skrytých dohôd, napríklad o platbách poskytovateľom. K tomu sa pridáva konflikt záujmov štátu, ktorý vlastní najväčšiu poisťovňu aj poskytovateľov, čo v minulosti viedlo k uprednostňovaniu štátnych nemocníc.

Súťaži by mala prospievať slobodná voľba poisťovne. Jej zmena však nemá vplyv na výšku poistnej platby a len minimálny na poskytované benefity. Z pohľadu poistenca sa tak poisťovne podobajú takmer ako vajce.

## **Zlyhal štát, nie súťaž**

V dôsledku obmedzenej súťaže poisťovne nie sú motivované efektívne riadiť sieť poskytovateľov a zvyšovať ich kvalitu. Vo verejnej diskusii sa paradoxne objavujú názory, že súťaž a súkromný kapitál do zdravotníctva nepatria. Do tejto kategórie patrí aj návrh zakázať poisťovňam zisk.

Ide o škodlivý extrém, hoci istá regulácia zisku na oligopolnom trhu je potrebná. Problémom zdravotníctva však nie je zlyhanie súťaže a súkromného kapitálu, ide skôr o zlyhanie dominantného štátu a nefungujúcu súťaž.

Zdravotné poistenie akoby stálo na križovatke, pričom jedna cesta vedie k posilňovaniu súťaže a druhá k vytvoreniu jednej poisťovne. Vo svete úspešne fungujú obe možnosti, a to aj v povinnom poistení. Jedného platcu napríklad využívajú v Škandinávii, súťaž v Holandsku.

Napriek nedostatkom má slovenský systém relatívne blízko k druhej alternatíve. Príležitosťou je príchod nových investorov s lepšou kultúrou aj know-how, spestrenie možností voľby poisťovne a intenzívnejšie zavádzanie inovácií.

Bezradnosť štátu riešiť dnešné problémy, ako aj nízka transparentnosť a korupcia v štátnej správe naproti tomu znižujú pravdepodobnosť efektívneho fungovania jedného platcu.

Preto odporúčame ísť cestou súťaže. Kľúčové je informovať pacientov aj poisťovne o nákladoch, objeme a kvalite poskytovanej starostlivosti.

Zverejňovať rebríčky kvality poskytovateľov aj poisťovní na internete, zavádzať štandardy pre diagnostiku a liečbu, ale aj zaviesť katalóg výkonov a DRG systém s voľnou tvorbou cien v lôžkovej starostlivosti.

## **Rozdeliť Všeobecnú zdravotnú poisťovňu**

Vysokú koncentráciu a štátny vplyv na poistnom trhu by riešilo rozdelenie a privatizácia Všeobecnej zdravotnej poisťovne.

Možnosť líšiť sa vo výške poistných platieb sa dá dosiahnuť podľa vzoru Holandska zavedením tzv. nominálneho poistného, čiže paušálnej platby nezávislej od výšky príjmu, alebo tvorbou zdravotných plánov s rôznou výškou spoluúčasti či metódami manažmentu pacienta.

Potrebné je tiež presnejšie definovať (vrátane časovej dostupnosti) a zúžiť základný balík zdravotnej starostlivosti. Samozrejme, s primeranou ochranou chudobných a chorých. Vytvorí sa tak podmienky na efektívnejšie vymáhanie zákonných nárokov, ako aj pre vznik a rozvoj nepovinného doplnkového poistenia.

V konečnom dôsledku by poisťovne mali ako nákupcovia zdravotnej starostlivosti niesť vyššiu zodpovednosť za jej kvalitu. Súčasne by mali získať väčšiu kontrolu nad vybranými poskytovateľmi a ich nákladmi, ako aj nad čerpaním starostlivosti ich poistencami.

Z uvedeného prehľadu je zrejmé, že kľúčovú úlohu pri posilňovaní súťaže musí zohrať štát. Ten má v porovnaní s individuálnymi poistencami lepšie možnosti na získanie a spracovanie potrebných informácií, môže tiež zavádzať jednotné pravidlá pre všetkých účastníkov trhu.

Inšpiráciou môže byť program Medicaid v USA, kde štát priebežne sleduje, ako poisťovne dodržiavajú merateľné štandardy kvality a efektívnosti. Výsledky hodnotenia zverejňuje na internete a v určitom intervale dokonca podľa nich môže meniť výšku platby, ktorú platí rôznym poisťovniam za poistencov.

INEKO finančne podporuje zdravotná poisťovňa Dôvera a americká poisťovňa Centene.

Peter Golias, autor je riaditeľom INEKO  
Článok bol uverejnený v tlačnom vydaní SME.