

15.3.2011

Ministrstvo za zdravje
Štefanova 5
1000 Ljubljana

ZADEVA: Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020

Spoštovani!

Ministrstvo za zdravje je objavilo in predložilo v javno razpravo dokument »Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020« (v nadaljevanju: Dokument). V Dokumentu ministrstvo napoveduje spremembe v ureditvi sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, ki pomembno vplivajo na dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki predstavlja kar eno petino slovenskega zavarovalnega trga, in na slovensko zavarovalništvo ter porajajo številna vprašanja.

Zavarovalnice, ki izvajamo dopolnilno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju: zavarovalnice), pozorno spremljamo dogajanja na področju ureditve sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji ter pozdravljamo razpravo o nadgradnji financiranja zdravstvenega sistema. Prepričane smo, da je mogoče celoten zdravstveni sistem in tudi njegovo financiranje nadgraditi in izboljšati. Želimo pa si, da bi ta razprava potekala korektno in strokovno – že **Dokument namreč vsebuje nekatere napačne ali zavajajoče navedbe v zvezi z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem.** O dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju se že nekaj let govori kot o glavnem sistemskem problemu slovenskega zdravstva. Ponavljajo se trditve, da so »enake premije zmanjšale nekdanjo solidarnost«, zavarovalnicam se očitajo veliki stroški poslovanja (»velik del sredstev, kar 70 milijonov evrov, zavarovalnice porabijo v druge namene«), »dopolnilno zavarovanje povzroča porabo za nepotrebne zdravstvene storitve« in podobno. Takšno prepričanje je še okrepila trditev Evropske komisije, da nekatera določila Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju glede dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja niso skladna z evropskim pravnim redom, na kar se sklicuje tudi Dokument.

Zavarovalnice se z navedenimi očitki iz Dokumenta ne moremo strinjati in menimo, da je takšna obravnava dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja kvečjemu škodljiva. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je v preteklih letih učinkovito zagotavljalo sredstva za določen del zdravstvenih storitev, hkrati pa je bilo »priručno orodje« za omejevanje stroškov zdravstvene blagajne in ohranjanje nespremenjene prispevne stopnje. Prav tako menimo, da dostopnost omejujejo kvečjemu (do)plačila iz žepa, doplačila prek zavarovanja pa ne. Ostali evropski zdravstveni sistemi imajo manjšo stopnjo univerzalnosti in bistveno večja doplačila »iz žepa«, ki predvsem obremenjujejo bolne in starejše (in tudi zmanjšujejo dostopnost do zdravstvenih storitev za te občutljive skupine). **Bistvena sprememba obstoječega sistema ali celo ukinitvev doplačil pomeni celovito spremembo v obremenitvah s prispevki vseh zavarovancev, lahko pa pripelje tudi do bistvenega zmanjšanja solidarnosti med bolnimi in zdravimi ter s tem ogrozi zdravstveno najbolj občutljive skupine zavarovancev.** Povečanje solidarnosti z večjim obsegom javnih sredstev lahko namreč bistveno zmanjša

oziroma ukine solidarnost pri tistih storitvah, ki ne bodo več predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ob tem bi očitke Evropske komisije brez težav odpravili s spremembo zakona, ki ne bi imela praktično nobenih posledic za delovanje zdravstvenega sistema.

Kako izvajati reformo?

Nadgradnja zdravstvenega sistema obsega pet ključnih izzivov. Drugi in tretji izziv se nanašata na finančno vzdržnost zagotavljanja zdravstvenega varstva in učinkovito upravljanje z javnimi sredstvi ter ločitev javnega in zasebnega. To sta izziva, na katera zavarovalnice lahko vplivajo in kjer bodo po drugi strani rešitve vplivale na zavarovalnice. Zavarovalnice menimo, da mora biti v okoliščinah in pogojih, v katerih deluje javni zdravstveni sistem, ključni del reforme obvladovanje delovanja mreže javne zdravstvene službe oziroma obvladovanje izdatkov za zdravstvo in s tem povečanje mikroekonomske učinkovitosti javnega zdravstvenega sistema.

Tudi nadgradnja sistema zdravstvenega varstva se zato mora začeti pri obvladovanju izdatkov in ne pri sistemu financiranja - ne more biti razlog za spremembo financiranja v potrebnih 30 milijonih evrov letno, saj to predstavlja zgolj en odstotek vseh stroškov za zdravstvo. Poleg tega bi sprememba sistema financiranja z ukinitvijo doplačil in posledično ukinitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja povzročila, da se že na začetku iz »enačbe« izključi glavni mehanizem, ki je vrsto let omogočal prilagajanje prihodkov v zdravstvu potrebam, ki so nastajale v javnem sistemu. Predpostavko, da se bo v naslednjih letih lahko višala prispevna stopnja glede na potrebe zdravstva, ocenjujemo za iluzijo. Tako izkušnje kot strokovna zavarovalniška literatura pripisuje ravno elastičnosti zasebnih (do)plačil to prednost, da je možno relativno neproblematično doseči prilagajanje brez pogostih poskusov spreminjanja prispevne stopnje (ki so navadno neuspešni, ne glede na »barvo« vlade).

V zavarovalnicah se, tudi zaradi številnih podatkov o opravljenih storitvah ter stikov z izvajalci v zdravstvu, strinjamo s tistimi, ki trdijo, da »zdravstvene pomaranče sploh še nismo začeli stiskati«. Strinjamo se s trditvijo, da se v zdravstvenem sistemu še ni zgodil preskok, ki ga lahko imenujemo obvladovanje stroškov ali racionalizacija dela. Organizacija in interni procesi so pogosto še zmeraj prilagojeni zdravstvenim potrebam in tehnologiji, ki je bila na voljo takrat, ko so jih pred desetletji postavljali.

Na podlagi navedenega smo prepričani, da je pravilno zaporedje reforme:

1. vzpostavitev sistema za prepoznavanje, analiziranje in obvladovanje stroškov v javnem zdravstvu,
2. aktivnosti za zmanjševanje stroškov,
3. določitev košarice pravic s standardi in normativi,
4. posledično spremembe v načinu financiranja zdravstva, tako s spremenjenimi obremenitvami med javnim in zasebnim financiranjem kot tudi z razvojem zasebnih zavarovanj.

Pri obvladovanju skupnih stroškov v zdravstvu igra pomembno vlogo večja poraba zdravstvenih storitev, za njihovo obvladovanje pa je smiselno uporabiti vsa orodja, ki so za to na voljo. Menimo, da se prav s zdravstveno analitiko, ki bi pripeljala do odkrivanja neučinkovitosti in razkrila, katere storitve in v kolikšnem obsegu bi lahko izločili iz košarice pravic, sedaj nihče ne ukvarja. Tudi ZZS, ki bi bil najbolj poklican za to, v sedanjem okviru in s svojimi trenutnimi administrativnimi stroški tega ne more zagotoviti. Administrativni stroški poslovanja ZZS v višini 2,1 % od višine prispevkov oziroma 50 milijonov evrov letno so sicer med najnižjimi v EU, vendar s temi sredstvi ni mogoče učinkovito nadzorovati

izdatkov in zniževati porabo javnih sredstev - stroški javnih blagajn v EU, ki za razliko od ZZZS tovrstne aktivnosti izvajajo, so v povprečju vsaj dvakrat višji.

Potrebna reorganizacija dela na ZZZS z uvedbo kontrole in spremljanja stroškov po zavarovancu bi iz narodno gospodarskega vidika zaradi dejstva, da te aktivnosti zavarovalnice že izvajajo, na nek način pomenila podvajanje stroškov, vendar bi se jim z ustreznimi ukrepi lahko izognili. Ker tovrstna tehnologija z usposobljenimi strokovnjaki že deluje v zavarovalnicah in ne bi zahtevala dodatnih vlaganj, je treba le vzpostaviti sodelovanje med ZZZS in zavarovalnicami na višji ravni. To bi pomenilo, da bi se lahko zavarovalnice takoj in neposredno vključile v »reformo obvladovanja stroškov« v javnem zdravstvu, s čimer bi realizirali večletno zahtevo (in pričakovanje) zavarovalnic po aktivni vključitvi v sistem nadzora in »usmerjanja« zdravstvenega sistema. Ob tem velja dodati, da so tudi skupni obratovalni stroški treh zavarovalnic in ZZZS v višini 100 milijonov evrov oziroma 3,7 % od skupnih premij in prispevkov še vedno nižji od povprečnih stroškov za podobne sisteme v najbolj naprednih državah EU.

Razmišljanja pa gredo lahko tudi naprej - monopolni sistemi so praviloma okoreli in težje prilagodljivi dinamiki dogajanj v okolju in mnogi so prepričani, da velja podobno tudi za ZZZS. **V okviru nadgradnje zdravstvenega sistema bi zato kazalo resno razmisliti tudi o vzpostavitvi konkurence na tej ravni** - tudi s podelitvami koncesij za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja zasebnim zdravstvenim zavarovalnicam.

Seveda pa so tudi še druge poti. Lahko se izvedejo postopne spremembe v obstoječem dopolnilnem zavarovanju, dodatnih možnosti pa je še nekaj – tudi na primer uvedba »participacije« v višini enega evra pri prvem obisku pri zdravniku ali pri izdaji zdravila, kot to poznajo v drugih državah in kar bi nekoliko znižalo izdatke za zdravstvene storitve in v določeni meri vplivalo tudi na rabo storitev. Glede na vzpostavljeni on-line sistem zdravstvenega zavarovanja bi bilo dokaj preprosto vgraditi tudi omejitve (kot je na primer najvišja skupna četrletna ali letna »participacija«). Ob vzpostavljenem dopolnilnem zavarovanju tudi pri izvajalcih zdravstvenih storitev ne bi bilo treba izvesti nobenih sprememb, ker bi lahko zaračunavanje in plačevanje potekalo preko zavarovalnic ob mesečnih računih.

Pri spremembah je treba vsekakor izhajati iz cilja, da se pri zasebnih sredstvih za zdravstvo doseže čim širšo vzajemnost in se v zavarovanja po možnosti vključi vse prebivalce. V tem smislu je velika penetracija dopolnilnega zavarovanja v Sloveniji odlika in ne nekaj, kar bi bilo treba grajati. **Nekatere države so šle pri tem še korak naprej z obveznim pogodbenim zavarovanjem - torej zasebnim zdravstvenim zavarovanjem, ki ga je dolžan skleniti vsak.** Takšen sistem je z reformo leta 2006 uvedla Nizozemska in kar nekaj evropskih držav vidi v takšni rešitvi resno možnost tudi pri spremembi lastnega sistema financiranja zdravstva. Nizozemska reforma iz leta 2006 je spremenila način financiranja največjega segmenta zdravstvenega sistema, ki krije storitve akutne obravnave. Cilj sprememb je bil zagotoviti univerzalno zdravstveno zavarovanje za vse, vzpostaviti tržne mehanizme na strani zakupa zdravstvenih storitev, kar bi povečalo učinkovitost in kakovost storitev, ter povečati odgovornost posameznikov za lastno zdravje in za racionalno rabo zdravstvenih storitev. Namesto obveznega javnega zavarovanja, ki so ga do uvedbe reformnih posegov izvajale zdravstvene blagajne, oziroma zasebnega prostovoljnega, ki so ga izvajale zavarovalnice, je bilo z reformo za celotno populacijo uvedeno obvezno zasebno zavarovanje, ki ga izvajajo zavarovalnice. Pomembna sprememba, ki jo je prinesla reforma, je tudi način dogovarjanja z izvajalci zdravstvenih storitev – zavarovalnice namreč niso več dolžne skleniti pogodb z vsako bolnico, pač pa se lahko aktivno pogajajo za ceno in kakovost storitev. Tudi to je eden od razlogov, da so stroški zdravstvenih storitev pri zavarovalnicah v prvih dveh letih po uvedbi reforme rasli zgolj z 1,5-odstotno letno stopnjo namesto s predvideno 5-

odstotno. Tudi Irska je v februarju 2011 najavila reformo zdravstvenega sistema v smeri nizozemskega modela do leta 2016.

Makroekonomski in drugi vplivi

Kot finančne ustanove se moramo dotakniti tudi makroekonomskih in nekaterih drugih vplivov predlagane reforme. Vsi trije scenariji nadgradnje zdravstvenega sistema se naslanjajo na dvig pripevne stopnje delojemalca kot osnove za prenos sredstev iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v obvezno. Vendar pa že analiza Inštituta za ekonomska raziskovanja z naslovom »Ocena posledic uvedbe zgornje meje za osnovo prispevkov za socialno varnost,« ki je bila podlaga za dokument, jasno opozarja, da so v Sloveniji višje plače zelo obremenjene: »Neomejena osnova je tudi razlog, da se Slovenija potem, ko se prispevkom doda še progresivno dohodnino, pri davčni obremenitvi visokih plač uvršča v svetovni vrh.« Ministrstvo za zdravje se s predlogom o dodatni obremenitvi plač, kar še dodatno poslabšuje sedanje stanje, očitno ne zaveda teže in posledic predloga.

Analiza »Ocena posledic uvedbe zgornje meje za osnovo prispevkov za socialno varnost,« ki je bila podlaga za predlagane scenarije, opozarja tudi naslednje: **»Slovenska ureditev plačevanja prispevkov, pri čemer neomejena osnova za prispevke ne velja za vse kategorije zavarovancev, je nekonsistentna, mednarodno nekonkurenčna ter povzročča davčno izogibanje – iskanje takšnih oblik izplačila dohodkov, ki s prispevki niso obremenjeni.«** Grede na takšen sklep analize, ki jo je naročilo samo ministrstvo za zdravje, bi moral predlog reforme nujno vsebovati tudi predlog ureditev obremenitve s prispevki, ki ga mora izpeljati Ministrstvo za finance. Eden od možnih načinov bi bila tudi zgornja omejitev prispevkov. Analiza ocenjuje, da bi to imelo dolgoročne pozitivne posledice: »Kapica torej v nobenem primeru ne prinaša dodatnih sredstev, po našem mnenju pa bi imela dolgoročno pozitivne posledice na zagotavljanje horizontalne davčne izenačenosti ter mednarodno konkurenčnost slovenskega gospodarstva. Z drugimi besedami, ob predpostavki, da bi bili v razširjeno osnovo zajeti vsi dohodki, ki v tem trenutku predstavljajo obvod plačevanja prispevkov, bi se breme prispevkov enakomerneje porazdelilo med zavarovance, slovensko davčno okolje pa bi s kapico postalo bolj zanimivo za izplačila visokih dohodkov«

Opozoriti pa kaže tudi na nekatera druga že zapisana dejstva. Analiza Inštituta za ekonomska raziskovanja v poročilu »Ocena posledic prenosa dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v obvezno zdravstveno zavarovanje« kaže, da bi pri dvigu prispevne stopnje za 2,0 % (drugi scenarij, ki je po besedah ministra za zdravje najbolj verjeten) preko prispevnih stopenj v sistemu zbrali 356,7 milijonov EUR novih prispevkov, zaradi nižje dohodninske osnove pa bi izpad dohodnine v proračunu znašal 76,4 milijonov EUR. Skupen priliv v javne finance bi znašal 280,3 milijonov EUR. To pomeni, da bi se odpovedali 356,7 milijonom na račun 280,3 milijonov EUR, ta operacija pa bi naj letno stala 76,4 milijonov EUR.

Vendar pa ta izračun ne upošteva vseh vplivov. Na podlagi bilančnih podatkov in analize obratovalnih stroškov zavarovalnic izhaja, da prihaja pri delovanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja do neposrednega vračanja sredstev iz sistema dopolnilnega zavarovanja na račune ZZZS in izvajalcev v višini 20 milijonov EUR letno. To pa pomeni, da je treba zgornji »ceni prenosa« dodati še 20 milijonov EUR letno. Ali drugače: **z ukinitvijo dopolnilnega zavarovanja in povišanjem prispevne stopnje za dve odstotni točki bi se odpovedali 356,7 milijonom na račun 280,3 milijonov EUR, ta operacija pa bi naj letno stala okrog 100 milijonov EUR.**

Pri zapisanem pa je treba omeniti tudi vpliv na same zavarovalnice in zaposlene v njih, ki ga dokument ne obravnava. Po prvem in drugem scenariju spremembe financiranja zdravstva bi se prihodki iz naslova premij za dopolnilno zavarovanje pri zavarovalnicah, ki izvajajo

zdravstvena zavarovanje, zmanjšali za približno 98 %. Obseg drugih zdravstvenih zavarovanj, kot je dodatno ali vzporedno zavarovanje, ne dosega 2% skupne premije za zdravstvena zavarovanja. Popolnoma realen je zaključek, da bi specializirani zdravstveni zavarovalnici v primeru ukinitve dopolnilnega zavarovanja prenehali z delovanjem, pri zavarovalnici, ki izvaja tudi druga premoženjska zavarovanja, pa bi morali odpustiti delavce v sorazmernem številu glede na prihodek. **V zavarovalništvu je tako pod vprašajem približno 500 delovnih mest.**

Sodelovanje zavarovalnic

Nekateri vidiki finančnega dela napovedane nadgradnje zdravstvenega sistema, s ciljem, da konstruktivno prispevamo k iskanju najučinkovitejšega načina za financiranje zdravstva v prihajajočih letih, so strnjeni v zborniku, ki ga pošiljamo v prilogi kot sestavni del naših pripomb in predlogov.

Ker se zavarovalnice, ki izvajamo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, zavedamo, da je financiranje zdravstvenega sistema zapleteno, menimo, da morajo biti spremembe postopne in preišljene, da celotne družbe ne bodo stale več, kot bi bilo koristi, hkrati pa ne smejo privedi do povečanja plačil za zdravstvene storitve »iz žepa«. Zato Ministrstvo za zdravje pozivamo, da nam pri pripravi bodočih sprememb ureditve sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in nove zdravstvene zakonodaje omogoči aktivno sodelovanje v korist vseh zavarovancev.

Lepo pozdravljeni.

Mirko Kaluža
Direktor SZZ



v imenu zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje:

- ADRIATIC SLOVENICA, zavarovalna družba d.d.
- TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.
- VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica d.v.z.

Gradivo so pripravili:

- ADRIATIC SLOVENICA, zavarovalna družba d.d.: Dušan Čebolin, mag. Alenka Šik, Matej Osenar
- TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.: mag. Ivan Gracar, mag. Simon Vidmar
- VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica d.v.z.: Dušan Kidrič, Robert Sraka