



VZAJEMNA
zdravstvena
zavarovalnica,
d.v.z.

Kakšna je prihodnost dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja

Robert Sraka, Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.

17. Dnevi slovenskega zavarovalništva, Portorož, 4.6.2010



Dopolnilna zavarovanja na prepihu

- Problemi financiranja zdravstva in dodatno povečevanje doplačil
- Nasveti za povečanje zdržnosti
- Kakšna je prihodnost zasebnih zavarovanj – Nizozemski poskus
- Je prostor za obvezno zasebno zavarovanje?
- Kaj pa druge oblike povečanja soudeležbe?



Problemi financiranja zdravstva

- Razlogi za postopno povečanje deleža storitev iz obveznega zavarovanja, ki ga krije dopolnilno zavarovanje, so znani
- Medicinski inflaciji, ki jo povzročajo nove tehnologije in staranje prebivalstva, se je sedaj pridružil še vpliv finančne krize
- Ta je bil za zdravstveno blagajno še posebno neugoden:
 - vpliv na nižje prihodke od načrtovanih zaradi nižje rasti plač in zmanjševanja zaposlovanja,
 - na odhodkovni strani so se poznali ukrepi iz leta 2008, ko so se bistveno povišale plače zdravnikom
- Prvi začasni ukrep se je tako zgodil julija lani, ko so se doplačila za zdravila na vmesni listi povišala na 90 odstotkov. Tako naj bi zavarovalnice »prispevale« svoj delež k reševanju krize v zameno za istočasno znižanje cen pri bolnišničnih storitvah



Dodatno povečevanje doplačil

- Marca 2010 je bil ukrep povišanja doplačil pri zdravilih podaljšan do konca leta 2010, doplačila pa so bila povišanja na 90 odstotkov tudi pri reševalnih prevozih, zobni protetiki in zdraviliškem zdravljenju, ki ni nadaljevanje bolnišničnega
- Pri takšnem obsegu kritja pa lahko govorimo kvečjemu o subvencioniranju storitev s strani obveznega zavarovanja - doplačilo je preveliko, da bi si še zaslužilo to ime
- S tem je skupščina ZZSZ pravzaprav nakazala, katere storitve so takšne, da bi lahko bile izločene iz obveznega zavarovanja
- Je to prava pot? Marsikdo je prepričan, da je edini način za pravičen zdravstveni sistem ta, da so vse storitve v celoti plačane iz obveznega zavarovanja, dopolnilno zavarovanje pa je neučinkovito in sploh ni pravo zavarovanje ...



Nasveti za povečanje zdržnosti

- Kako torej zagotoviti zdržnost sistema ob stalnem povečevanju odhodkov za zdravstvene storitve?
- Z nedavno študijo o financiranju zdravstva v Evropski uniji (WHO) so ukrepi, ki jih lahko države sprejmejo, razdeljeni v tri skupine:
 - ukrepi, ki bi utegnili povečali zdržnost financiranja,
 - ukrepi, katerih vpliv na zdržnost financiranja je negotov in
 - ukrepi, ki utegnejo ogroziti zdržnost financiranja
- V prvi skupini so nekateri predlogi, ki za Slovenijo niso relevantni – na primer zmanjšanje števila zdravstvenih blagajn ali povečanje izterljivosti prispevkov s prenosom pobiranja prispevkov na davčno upravo



Nasveti za povečanje zdržnosti (2)

- Iz prve skupini je za nas zanimivo (ali »zanimivo«) predvsem:
 - večja uporaba davčnih virov kot dodatni vir prihodkov (tudi zaradi progresivnosti davkov)
 - večja uporaba ocenjevanja novih medicinskih tehnologij pri odločitvah o tem, kaj vključiti v košarico storitev (mnoge države so ustanovile posebne agencije za ocenjevanje novih tehnologij – Francijo leta 1982, sledile pa so Švedska, Nizozemska, Avstrija, Španija, Finska, Latvija, Velika Britanija, Danska, Nemčija, Madžarska in Belgija)
 - sprememba načina plačevanja izvajalcev zdravstvenih storitev, in sicer tako, da je plačilo odvisno od kakovosti in rezultatov opravljenih storitev



Ukrepi z negotovim vplivom

- V navedeni študiji so nadalje nanizani ukrepi, katerih vpliv na zdržnost financiranja je negotov:
 - spremembe v načinu plačevanja primarnega zdravstva
 - uporaba skupin primerljivih primerov (SPP) pri plačevanju bolnišnic
 - vzpostavitev konkurence med kupci zdravstvenih storitev
- Prvih dveh ukrepov ne spremljajo večji pomisleki, saj sta to ukrepa, ki ju zdravstveni sistemi uvajajo pretežno zaradi pravičnejše razporeditve sredstev. Rezultati uvedbe drugačnega načina financiranja so bili po državah različni – ponekod so pripeljali do znižanja stroškov, drugod do zvišanja
- Po mnenju avtorjev študije tudi vzpostavitev konkurence med kupci zdravstvenih storitev ne prinaša dolgoročnega vpliva na zdržnost financiranja



»Ogrožajoči« ukrepi

- Še zanimivejši je seznam ukrepov, ki naj bi zdržnost financiranja zdravstva ogrozili:
 - povečanje odvisnosti od prispevkov za socialno zdravstveno zavarovanje (torej povečanje prispevne stopnje)
 - povečevanje zasebnega zdravstvenega zavarovanja (malo verjetno naj bi bilo, da bi tako lahko zagotovili dovolj novih prihodkov, hkrati pa bi lahko ta zavarovanja spodkopala alokacijo virov)
 - uvedba zdravstvenih računov
 - povečanje delitve stroškov, to je uvajanja različnih oblik doplačil, ki naj bi vplivala na racionalnejšo rabo zdravstvenih storitev
- Poenostavljeno lahko priporočila preberemo tako, da lahko na večjo zdržnost vplivamo zgolj s povečevanjem sredstev iz proračuna in s skrbnejšo rabo denarja, ki je že na voljo



Pa druge možnosti?

- Sodeč po priporočilih bi lahko sklenili, da za zasebno zdravstveno zavarovanje ni prihodnosti
- Te nasvete je smiselno jemati s primerno mero kritičnosti, saj so rešitve v posameznih državah zelo različne in zato tudi ocene primernosti posameznega ukrepa ni mogoče podati pavšalno, pač pa v kontekstu posameznega zdravstvenega sistema
- Spremembo sistema z največjim povečanjem zasebnih sredstev v zadnjih letih je izvedla Nizozemska, kar nekaj evropskih držav pa nizozemski poskus vidi kot resno možnost tudi pri spremembi lastnega sistema financiranja zdravstva:
 - Nemčija, Irska, Češka ...
- Ali lahko tudi pri nas uporabimo mehanizme, ki jih je vpeljala Nizozemska?



Nizozemski poskus

- Do leta 2006 je bilo nizozemsko zdravstveno zavarovanje razdeljeno v tri segmente:
 - Prvi, financiran iz davkov, je pokrival tako imenovane katastrofalne rizike, kot so dolgotrajna oskrba, psihiatrična oskrba in vse druge storitve, ki zahtevajo dolgotrajno zdravljenje
 - Drugi segment je pokrival vso akutno medicinsko oskrbo, ki ni bila vsebovana v prvem segmentu. Ta segment je bil nadalje razdeljen na dva dela, in sicer na obvezno zavarovanje, ki so ga izvajale zdravstvene blagajne, ter na prostovoljno nadomestno zavarovanje, ki so ga izvajale zavarovalnice
 - Tretji segment je pokrival zobozdravstvene storitve za odrasle, alternativno zdravljenje, plastične operacije in druge storitve z nižjo vrednostjo za zdravje, za katere so bile na voljo različne oblike prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj



Uvedba novega modela

- Reforma leta 2006 je spremenila način financiranja največjega, to je drugega segmenta
- Cilji te spremembe:
 - zagotoviti univerzalno zdravstveno zavarovanje za vse
 - vzpostaviti tržne mehanizme na strani zakupa zdravstvenih storitev, kar bi povečalo učinkovitost in kakovost storitev
 - povečati odgovornost posameznikov za lastno zdravje in za racionalno rabo zdravstvenih storitev
- Namesto obveznega javnega zavarovanja, ki so ga izvajale zdravstvene blagajne, ter zasebnega prostovoljnega, ki so ga izvajale zavarovalnice, je bilo uvedeno obvezno zasebno zavarovanje za vso populacijo, ki ga izvajajo zavarovalnice.



Plačevanje premij

- Posamezniki so zdaj dolžni kupiti osnovni paket zavarovanja - premija je za vse zavarovance pri isti zavarovalnici enaka
- Zavarovalnice z nominalno premijo zberejo v povprečju polovico denarja. Nominalno premijo zavarovalnica določi sama, vendar ta ne sme biti več kot 25 evrov pod ali nad priporočeno premijo, ki jo določi država in znaša 1050 evrov
- Predviden je bil letni bonus v primeru neuporabe zdravstvenih storitev, vendar je bil leta 2008 ukinjen, nadomestila pa ga je obvezna letna franšiza (od 100 do 500 evrov)
- Ker je nominalna premija neodvisna od prejemkov posameznika, država tistim z nižjimi dohodki prispeva del premije kot davčno olajšavo v obliki neposrednega mesečnega plačila na bančni račun



Razdeljevanje premij glede na rizičnost

- Drugo polovico denarja zavarovalnice pridobijo prek plačil, ki so odvisna od posameznikovih prejemkov
- Delodajalci tega dela ne nakažejo zavarovalnici, pri kateri je oseba zavarovana, pač pa v skupno zdravstveno blagajno
- Iz zdravstvene blagajne se prispevki prerazporedijo po zavarovalnicah glede na njihovo strukturo zavarovancev – prispevki so torej prilagojeni riziku, ki ga zavarovanci predstavljajo
- Tako je zagotovljeno, da zavarovalnice ne morejo pridobiti prednosti z izbiro zavarovancev, prisiljene pa so v obvladovanje operativnih stroškov ter v učinkovitost zagotavljanja zdravstvene oskrbe



Način razdelitve premij

- Določitev višine prispevkov, prilagojenih riziku je precej zapletena – delno je prospektivna, delno retrospektivna
- Prospektivna izravnava upošteva več rizičnih profilov in prilagoditev:
 - Spol in starost zavarovanca
 - Vir prihodka - po viru prihodka so osebe razdeljene v več razredov (prejemnike invalidnine, prejemnike socialne pomoči, prejemnike podpore za brezposelne ali druge državne podpore, samozavarovane osebe, zaposlene osebe in osebe brez lastnega vira prihodka, otroci do 14. leta ter osebe, starejše od 65 let)
 - Regija, v kateri oseba živi - določenih je deset regij, pri čemer se kot utež upošteva stopnja urbanizacije, delež imigrantov, delež oseb, ki živijo same, standardizirana verjetnost smrti in še nekaj drugih faktorjev.



Način razdelitve premij (2)

- Poleg naštetih kriterijev upoštevajo še dva dodatna:
 - stroškovne skupine za zdravila,
 - diagnostične stroškovne skupine
- Stroškovne skupine za zdravila so določene ob predpostavki, da je mogoče identificirati osebe s kronično boleznijo na podlagi zdravil, ki so predpisane zanjo.
- S stroškovnimi skupinami za zdravila pa ne morejo opisati tistih bolnikov, pri katerih kronična bolezen zahteva klinično zdravljenje ali zdravila, ki jih oseba prejme v bolnišnici. Za te primere je določenih trinajst diagnostičnih stroškovnih skupin, v katere se razvrščajo tiste diagnoze, pri katerih je v naslednjem letu pričakovati visoke stroške.



Retrospektivna korekcija

- Med letom pride do pomembnih odstopanj v stroških, zato sistem predvideva še naknadno – retrospektivno – izravnavo:
 - retrospektivna korekcija števila zavarovancev pri zavarovalnici,
 - korekcija za skupne škode (ta kompenzira razliko med ocenjenimi in dejanskimi skupnimi škodami – zaradi te korekcije zavarovalnicam ni treba vračunati tako visokega varnostnega dodatka, kot bi bilo sicer potrebno, kar vpliva na višino premij)
 - sozavarovanje presežnih škod – zajema 90 odstotkov stroškov posameznika, ki presegajo 12.500 evrov v koledarskem letu
 - generična delitev rizikov med zavarovalnicami –izravnavo se 30 % razlike med dejanskimi stroški in izračunanimi stroški na podlagi prospektivne ocene, popravljene s prvimi tremi retrospektivnimi korektorji; ta popravek izravnave je najbolj problematičen in naj bi bil postopoma ukinjen



Retrospektivna korekcija (2)

- To še ni konec – še dve vrsti korekcije:
 - proporcionalna delitev rizikov korigira razliko med dejanskimi stroški in prospektivnimi prispevki, prilagojenimi riziku, in korigiranimi z vsemi že naštetimi oblikami retrospektivne korekcije,
 - varnostna mreža – ob vsem naštetem lahko zavarovalnica začasno uporabi še varnostno mrežo, ki omejuje finančni rizik zavarovalnice; zavarovalnica lahko uporabi varnostno mrežo v obliki prejemka iz zdravstvene blagajne v primeru, da dejanski stroški zavarovalnice na osebo od izračunanih z vsemi naštetimi korekcijami odstopajo za več kot 17,50 evra; v tem primeru lahko zavarovalnica prejme od blagajne 90 odstotkov razlike nad 17,50 evra.



Rezultati nizozemskega poskusa

- Uvedba novega obveznega zasebnega zavarovanje manj problematična, kot so pričakovali
- V prvem letu uvedbe je zavarovalnico zamenjalo 30 % zavarovancev, postopoma pa se prehodi zmanjšujejo
- Sistem je povzročil konsolidacijo zavarovalnic, tako da zdaj zasebno zavarovanje na Nizozemskem obvladuje sedem zavarovalnih skupin
- Povečana konkurenca je znižala pričakovane premije – namesto pričakovane nominalne premije v višini 1100 evrov je znašala povprečna premija v prvem letu 1038 evrov
- Zato pa so zavarovalnice kumulativno pridelale kar nekaj izgube, saj so s (pre)nizko premijo kupovale tržni delež



Vpliv na izvajalce v sistemu

- 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
- Čakalne dobe so se praktično čez noč odpravile
- Za končno oceno modela je še prezgodaj, ni pa presenetljivo, da je za model vse več zanimanja tudi v drugih državah



Možnosti za obvezno zasebno zavarovanje

- Ali bi lahko izkušnje z obveznim zasebnim zavarovanjem uporabili tudi pri nas?
- Dopolnilno zavarovanje je v preteklih letih imelo učinkovito vlogo pri zagotavljanju sredstev za določen del storitev, vendar pa zavarovalnice niso imele možnosti vplivati niti na ceno niti na obseg le-teh
- Dokler zavarovalnice zgolj doplačujejo storitve, ki so sicer predmet urejanja obveznega zavarovanja, večjega koraka naprej pri tem ni mogoče pričakovati
- Povsem drugače pa bi bilo, če bi pri storitvah, za katere sedaj velja doplačilo v višini 90 odstotkov, to »doplačilo« povišali še za deset odstotkov.



Potrebne lastnosti novega zavarovanja

- Če bi bile izločene storitve prepuščene običajnemu zasebnemu zavarovanju z individualno oceno rizika, bi to pomenilo, da za del populacije to zavarovanje ne bi bilo več dosegljivo.
- Novo zavarovanje bi zato moralo imeti naslednje lastnosti:
 - Moralo bi biti dosegljivo za vse, ki imajo sedaj dopolnilno zavarovanje – to bi lahko dosegli z zasebnim zavarovanjem z enako premijo za vse, kot je to urejeno pri dopolnilnem zavarovanju
 - Zadržati bi bilo treba visoko zavarovanost, ki je ena od pomembnih lastnosti našega prostovoljnega zavarovanja – npr. z obvezno sklenitvijo zavarovanja k dopolnilnemu
 - Zavarovalnice bi bile pri novem dodatnem zavarovanju partner ministrstvu in izvajalcem oziroma bi glede na cilje zdravstvene politike optimizirale storitve v okviru tega zavarovanja



Kaj bi zavarovanje prineslo

- Takšna sprememba bi po eni strani razrešila dileme, povezane z vplivom zavarovalnic na stroške, ki jih plačujejo (tega vpliva sedaj nimajo, z novim dodatnim zavarovanjem pa bi ga dobile za storitve, ki bi jih to zavarovanje krilo), po drugi strani pa bi bilo treba normativno urediti vsa zasebna zavarovanja in nadgraditi izravnavo
- Opisano dodatno zavarovanje sicer ne bi bilo obvezno na splošno, pač pa zgolj za tiste osebe, ki so prostovoljno dopolnilno zavarovane
- Model obveznega zasebnega zavarovanja bi morebiti lahko učinkovito uporabili tudi pri financiranju dela dolgotrajne oskrbe



Kakšne so torej možnosti?

- Možnosti za dopolnilno zavarovanje:
 - (ukinitev in vključitev v obvezno zavarovanje)
 - Postopna izločitev dela storitev, ki bi se zavarovale z prostovoljnim zasebnim zavarovanjem
 - Postopna izločitev dela storitev, ki bi se zavarovale s obveznim zasebnim zavarovanjem
 - Kombinacija obojega ali postopni prehod
- Dodatno k temu pa še dodatna, vzporedna in nadomestna prostovoljna zasebna zavarovanja



Do naslednje reforme ...
