

## ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Na základe: Golinowska: Polityka społeczna państwa w gospodarce rykowej

### Historický vývoj zdravotného poistenia

Zdravotné poistenie obsahuje dva druhy poistenia, a to napriek tomu, že sa týkajú toho istého rizika - choroby. Jedno poistenie je spojené so stratou zárobku počas choroby. Druhé - s výdavkami chorého na potrebné služby liečenia, na lieky či na pobyt v nemocnici. Tieto dva druhy poistení spojených s chorobou sa niekedy interpretujú ako zodpovedajúce dvom rizikám: riziku straty zárobkov a riziku znášania neočakávaných výdavkov.

Zamestnanecké zdravotné poistenie sa rozvíjalo ako poistenie spojené so stratou zárobkov v prípade choroby, ako aj pre neočakávané výdavky na liečenie.

Prvé poistenie pre prípad choroby zaviedol Bismarck v 1883 roku. Uznalo dobrovoľné pokladnice chorých, ktoré sa rozvíjali medzi robotníkmi na základe pruského zákona z polovice XIX. storočia. Toto poistenie bolo povinné pre všetkých robotníkov a úradníkov priemyselných podnikov, s výnimkou skupín s najvyššími platmi. Poistné platili pracovníci a zamestnávateľia v pomere 2/3 a 1/3. Za to získavali lekársku opateru a nemocenské dávky vo výške 50% typického denného zárobku v danom regióne. Maximálne možné obdobie platenia bolo 13 týždňov.

Päť rokov neskôr (1888) podobné poistenie bolo zavedené v Rakúsku. Začiatkom XX. storočia začali zdravotné poistenie zavádzať aj iné krajiny Európy, v tom tiež v slobodnom Poľsku.

Poistenie pre prípad choroby zavedené v jednotlivých krajinách spájali svoje vlastné tradície s nemeckým vzorom, čoho prejavom bola podniková,

profesiová, odvetvová, lokálna alebo regionálna pokladnica chorých - samosprávna poisťovacia inštitúcia.

V Aglii - rok 1911, Lloyd George - bolo poistenie štedrejšie ako v Nemecku.

Rozvinuli sa rôzne typy poistenia: zväčša podnikové, profesné, rezortné, niekde aj lokálne resp. regionálne.

Anglický systém sa stal vzorom pre iné krajiny po druhej vojne- znikol model národnej zdravotnej služby (*National Health Service*). Autorom bol Lord Beveridge. Vytvoril všeobecnú a bezplatnú zdravotnícku starostlivosť tým, že ju vyňal z poisťovacieho systému a vytvoril pre ňu špeciálny fond financovaný zo všeobecných daní. Zdravotnícka služba sa osamostatnila aj z hľadiska riadenia a organizácie. Inak, Beveridge bol liberál, prívrženec systému sociálneho poistenia. V prípade zdravia prebojoval všeobecnú dostupnosť zdravotných služieb financovaných zo štátneho rozpočtu. Bol presvedčený, že ak sa zdravotné služby stanú všeobecne dostupné, náklady na ne prudko vzrastú a žiadna poisťovňa ich neuhradí, pretože rast poistného je politicky neúnosný nad určitú hranicu. Preto musí nastúpiť štátny rozpočet.

Zavádzanie anglického systému trvalo do rokov osemdesiatych, kedy národnú zdravotnú službu zaviedli v Portugalsku a Španielsku.

V tom čase však už bolo jasné, že systém národnej služby potrebuje ekonomicky orientovanú reformu - čiastočný návrat k poisťovaciemu systému. Vytvárajú sa systémy, ktoré z hľadiska financovania možno nazvať pluralitné.

Napr. v Nemecku: poisťovací systém funguje na zásade negociácií medzi zväzom poisťovní a zväzom lekárov. Pokrýva iba opolovicu výdavkov na zdrav. starostlivosť. Nemocnice sú v prevážnej miere financované z lokálnych rozpočtov. V zaobstarávaní liekov dominuje trh.

V USA: dominuje súkromné zdravotné poistenie, napriek tomu je tam široký priestor pre verejné poistenie (pre skupiny starších a chudobnejších).

Funguje tam tiež poistenie organizované, prípadne aj financované veľkými podnikmi.

V Anglii dominuje systém štátnej zdravotnej starostlivosti. V 80-tych rokoch sa rozvinulo súkromné poisťovne a súkromné organizácie poskytujúce zdravotnícke služby.

Výsledkom historického vývoja je, že klient - pacient si nekupuje služby zdravotnej starostlivosti priamo u producenta - lekára, ale medzi nimi sprostredkuje tretia strana - poisťovňa súkromná a štátna, ako aj rozpočet štítny a lokálny.

### **V čom spočíva zlyhávanie trhového mechanizmu vo vzťahu k zdravotníckej starostlivosti**

Zdravotné poistenie sa rozvíja tak v systéme trhovom - súkromnom, ako aj v systéme verejnom, ktorý organizuje štát.

Tržný systém je rozvinutý najmä v USA.

Ukazuje sa, že súkromné poistenie zdravotné je menej atraktívne ako poistenie fungujúce v systéme verejnom. Vyplýva to z niekoľkých znakov tvorenia sa popytu na zdravotné služby.

Začnime od situácie, kedy ešte nepôsobí poistenie ako tretia strana vzťahu pacient - lekár. Popyt na zdravotné služby je formovaný ponukou vo väčšej miere ako v prípade iných tovarov.

Vzťah pacient - lekár sa vyznačuje asymetriou informácií. Pacient je odkázaný takmer absolútne na ordinovaný popstup lekárom a nemá vonkoncom žiadny výber.

Úlohy strany ponuky, čiže lekára, zvyšuje aj moderná technika. Čím je vybavenie lekára na vyššej úrovni, tým na vyššej úrovni sú aj jeho možnosti diagnostické a možnosti liečenia - inými slovami, tým lekár viac rozširuje svoje služby. Dôsledok - liečenie aj banality vyžaduje stále väčšie množstvo služieb a

úkonov. Má to pochopiteľne pozitívny vplyv na efekty liečenia. Na druhej strane to ale predlžuje čas, ktorý lekár pacientovi venuje. Preto je potrebných stále viac lekárov pomocného zdravotníckeho personálu. Zdravotná starostlivosť absorbuje stále viac prostriedkov.

Dôsledok: priamy ekonomický vzťah medzi lekárom a pacientom by mohol, pri stálej tendencii k zdražovaniu zdravotných služieb viesť k tomu, že pacienti budú sa vyhýbať týmto službám viac, ako je racionálne potrebné.

Cieľom súkromného poistenia je ustrážiť potencionalneho opacienta pred výdavkami, ktoré sú nielen nepredvídané (náhodnosť choroby), ale aj neznáme čo sa ich veľkosti týka.

Súkromné poistenie vplýva tiež na zmenšenie využívania zdrav. služieb, a to tým, že vylučuje z poistenia tých, ktorí zdravotnú starostlivosť najviac potrebujú. Je to dôsledok konkurencie medzi poisťovňami - žiadna nechce zvyšovať poisťné, a to napriek tomu, že výdavky na zdravotnú starostlivosť rastú. Firmy preto starostlivo kalkulujú individuálne zdravotné riziko každého poistenca a snažia sa vyhýbať tým, u ktorých je riziko väčšie - starým, chorým chronicky, postihnutým a pod. Súkromné zdravotné poistenie diskriminuje osoby so zvýšeným zdravotným rizikom, čím znižuje konsumpcju zdravotných služieb v spoločnosti, pri súčasnom raste výdavkov na tieto služby.

Zavedenie povinného poistenia zdravotného mení zníženú konsumpciu zdravotných služieb v nadkonsumpciu.

### **Problémy povinného zdravotného poistenia**

Expanziu ponuky služieb zdravotných možno vysvetliť tým, že do vzťahu opacient - lekár vstupuje tretia strana, čiže ten, ktorý platí za službu, t.j., zdravotná poisťovňa, alebo fond verejných prostriedkov. Výsledkom je, že kontakt ponuky - lekára a dopytu - pacienta sa vyznačuje neprítomnosťou ceny. Ak teda doktor je platený popdľa zásady *fee-for-service* (podľa počtu a druhu vykonaných činností) a na strane pacienta nie sú žiadne ekonomické obmedzenia

na príklad v podobe spoluúčasti (*copayment*), tak výsledkom je nadprodukcia zdravotných služieb.

Je teda snaha udržať vo vzťahu pacient - lekár prítomnú cenu. Sú na to dva spôsoby - faktická spoluúčasť pacienta na platení za službu a simulovaná spoluúčasť pacienta (*reimbursement* -*ri:imbosmont* - pacient platí lekárovi a poisťovňa mu vracia peniaze späť, niekedy však nie v plnej výške). Problémom je, že lekár je v tomto systéme platený formou *fee-for-service* a ostáva preto iba viera, že má takú morálnu úroveň, že svoje výdavky obmedzuje. To však nefunguje, a preto reformy zdravotných poistení, ktoré smerujú výlučne k zvýšeniu racionálnosti správania sa pacienta nemôžu priniesť očakávaný efekt, t.j. zabrzdenie tendencie prudkého rastu nákladov na zdravotnú starostlivosť.

Kľúčom k reforme sa ukazuje ekonomické pôsobenie na popyt cestou obmedzovania ponuky a nie priamo dopytu (to je metóda, ktorú s úspechom používalo už komunistické zdravotníctvo). Predpokladom je rezignácia zo systému *fee-for-service* a zavedenie rôznych foriem platenia pri stanovenom vopred rozpočte.

Alternatívou je systém štátneho zaopatrenia. Zdravotné poistenie sa však rozvinulo ako historicky prvé a má mnoho znakov, ktoré ho robia naďalej atraktívnym politicky aj sociálne. Tá atraktivita je v solidarizme poistenia - vo všeobecnom vedomí solidarity chorých so zdravými, mužov a žien, poistených bez rodín a s rodinami, mladých a starých, viac zarábajúcich a menej zarábajúcich. Požiadavky na viacej prostriedkov nesmerujeme k anonymnému štátu, ale k spolupoistencom v tej istej firme. Treba ich „iba“ presvedčiť, aby platili vyššie poistné.

Potreba presvedčiť poistených, aby platili vyššie poistné vyvolala potrebu rozvinúť systém trvalých negociácií. Stranami v negociácii sú reprezentácie tých, ktorí platia (pracovníci a zamestnávateľia) a tých, ktorí poskytujú zdravotné služby (hlavne lekári). Poisťovne vo vyspelých krajinách preto vytvorili vlastný systém volieb do týchto organizácií (tzv. sociálne voľby v Nemecku) a vlastný systém práce s týmito predstaviteľmi.

## **Úloha štátu**

Napriek tomu, že systém poistenia má svoje klady, pre neustály nárast nákladov na zdravotné služby štát do tejto oblasti neustále vstupuje svojimi intervenciami a má tiež úlohu garanta celého systému. Poistenie totiž nepokrýva náklady na celý zdravotnícky systém. Štát v systéme zaopatrenia, čiže financovaním služieb zo všeobecných daní zabezpečuje základné služby tzv. verejného zdravia, značnú časť medicínskeho výskumu a infraštruktúru nemocničných služieb.