

8. Kompenzace rizikové struktury

6MEFZ1

Ekonomika a financování zdravotnictví

doc. Ing. Peter Pažitný, MSc., PhD.



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

MŠMT
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



Motto

„Bez dobrej kompenzácie rizika môžu nevýhody konkurenčného trhu v dôsledku selekcie rizika prevážiť nad jeho výhodami.“



Profesor Wynand van de Ven



Obsah

1. Predpoklady regulovanej súťaže
2. Systém kompenzácie rizika v Holandsku
3. Systém kompenzácie rizika v SR
4. Systém kompenzácie rizika v ČR



1. Predpoklady regulovanej súťaže

- Dobrá kompenzácia rizika
- Informovanosť spotrebiteľov
- Transparentnosť
- Systém klasifikácie produktov
- Dohľad nad kvalitou starostlivosti
- Dostatočná voľnosť pri uzatváraní zmlúv (cena, kvalita, selektívnosť)

Kompenzácia rizika

- Systém kompenzácie rizika má v pluralitnom systéme minimalizovať riziko selekcie
- Cieľom je dosiahnuť konkurenciu na nákupe zdravotnej starostlivosti a nie na optimalizácii štruktúry kmeňa



Patients with chronic diseases drive 75% of healthcare spending nationwide, but marketing to this patient segment requires careful communication.



Cieľ prerozdelenia poistného

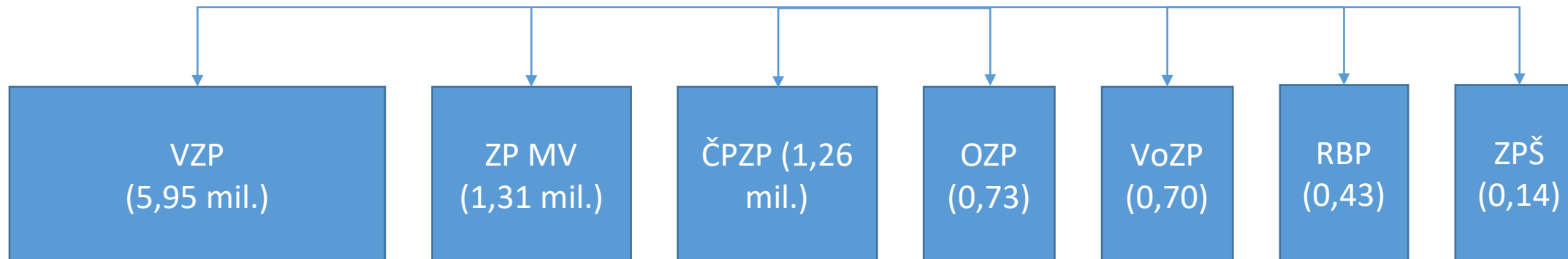
- Účelom prerozdeľovania poistného je vyrovnať rozdiely, ktoré sú medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami, ako na strane solventnosti platcov, tak aj na strane výšky nákladov na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia.
- Prerozdeľovanie poistného má za úlohu udržať mieru solidarity poistencov s vysokými príjmami s poistencami s nižšími príjmami a ďalej zdravých poistencov s poistencami chorými (princíp dvojitej solidarity).



Cieľ prerozdelenia poistného



Kompensácia rizikovej štruktúry





2. Systém kompenzácie rizika v Holandsku

Rok	Nový indikátor rizika
1992	Vek/pohlavie
1995	Región, zamestnanec (áno/nie), postihnutie
1997	Vek/postihnutie
2002	Nákladové skupiny podľa liekov (PCG) / (13 PCG a asi 7 % populácie)
2004	Nákladové skupiny podľa diagnózy (DCG) (asi 2 % populácie) / SZČO (áno/nie)
2007	Povolené viaceré PCG (komorbidita) / (20 PCG a asi 16 % populácie)
2008	Indikátor socioekonomického stavu
2010	Používanie zdravotníckej pomôcky
-	Vysoké náklady na zdravotnú starostlivosť
2017	Spotreba psychiatrickej starostlivosti



Prediktory v holandském systému (2017)

Holandsko - parametre v modeli prerozdelenia:

- **Vek a pohlavie** – podobne ako v SR a ČR, starší poistenci majú v priemere vyššie náklady ako mladší. Taktiež platí, že ženy vo veku 20-40 rokov majú vyššie náklady ako muži v tom istom veku.
- **Charakter príjmu** – pre použitie tohto prediktora sú poistenci rozdelení do viacerých kategórií podľa typu príjmu: zamestnanci, živnostníci, dôchodcovia, osoby na sociálnej podpore a pod. a zároveň podľa vekových pásiem 0-14, 15-34, 35-44, 45-54, 55-64 a 65+
- **Región** – používa sa ako zložená premenná, kde jednotlivé regióny Holandska boli rozdelené do 4 alebo 10 skupín (v rôznych štúdiách sa uvádza iný počet skupín) pomocou clustrovej analýzy podľa podielu imigrantov, podielu slobodných obyvateľov, priemerného príjmu, miery urbanizácie, ale aj štandardizovanej miery úmrtnosti, vzdialenosti k nemocnici a všeobecným lekárom a počtu ošetrovacích lôžok na 1 000 obyvateľov. Tieto informácie majú zachytávať faktory, ktoré ovplyvňujú náklady na zdravotnú starostlivosť, ale nie sú zahrnuté v ostatných parametroch,
- **PCG**
- **DCG** – vychádza z predpokladu, že hospitalizovaný poistenec má vyššie náklady na hospitalizáciu i na nasledujúcu starostlivosť. Využíva informácie o diagnóze pri prepustení z nemocnice v predchádzajúcom roku a kódy 4 vybraných procedúr: hemodialýza, chemoterapia, radioterapia a domáce umelé dýchanie.
- **Používanie zdravotnej pomôcky** – podobne ako u PCG a DCG, používanie zdravotníckej pomôcky slúži ako prediktor vyšších nákladov na zdravotnú starostlivosť.
- **Vysoké náklady na zdravotnú starostlivosť v predchádzajúcom roku**
- **Spotreba psychiatrickej starostlivosti.**

Nákladové skupiny podľa liekov (PCG)

- Miera morbidity ambulantných pacientov založená na údajoch o chronických ochoreniach vychádzajúcich z používania predpísaných liekov.
- Rozšírenie demografického modelu skupinami PCG výrazne zvýšilo prediktívnu silu modelu.

Riziková skupina		Doplnková ročná platba REF (v €)
PCG 0	Referenčná skupina	0
1	Astma / CHOCHP	876
2	Epilepsia	1 051
3	Reumatizmus	1 176
4	Ochorenia srdca	1 495
5	Crohnova choroba/ ulcerózna kolitída	1 538
6	Žalúdočné ochorenia	1 932
7	Diabetes (závislosť na inzulíne)	2 807
8	Parkinsonova choroba	2 653
9	Transplantácie orgánov	4 363
10	Rakovina	4 796
11	Cystická fibróza	5 382
12	HIV / AIDS	11 455
13	Problémy s obličkami	18 225

Nákladové skupiny podľa diagnózy (DCG)

- Podstatou skupín DCG je rozdelenie osôb do limitovaného počtu skupín na základe ochorení diagnostikovaných počas predchádzajúcich hospitalizácií a začlenenie týchto informácií do modelu kompenzácie rizika.

Riziková skupina		Doplňková ročná platba REF (v €)
DCG 0	Referenčná skupina	0
7	Poškodenie mozgu	1 735
9	Rakovina hrubého čreva	2 261
11	Ochorenia pečene	3 487
12	Rakovina konečníka	3 636
13	Kongestívne srdcové zlyhanie	3 578
14	Hypertenzia, komplikovaná	4 491
15	Neurologické ochorenia	5 390
16	Rakovina mozgu/nervového systému	6 165
19	Chemoterapia	7 591
20	Diabetes s chronic. komplikáciami	7 288
21	Pľúcna fibróza a bronchiektázia	8 603
22	HIV / AIDS	9 780
23	Zlyhanie obličiek / nefritída	24 020



Prekrývanie skupín PCG a DCG (ako % populácie)

	DCG=0	DCG>0	Všetko
PCG = 0	90,2 %	1,4 %	91,6 %
PCG > 0	7,5 %	0,9 %	8,4 %
Všetko	97,7 %	2,3 %	100 %

Prediktivna presnosť: $R^2 * 100\%$

Model	$R^2 * 100\%$ pre každý model (objasnená odchýlka v %)		
	Výdavky na ambulantých pacientov	Výdavky na hospitalizovaných pacientov (okrem fixných nákladov nemocníc)	Celkové výdavky (okrem fixných nákladov nemocníc)
Bez indikátora	0 %	0 %	0 %
Demo I	6,9 %	2,2 %	5,5 %
Demo II	7,8 %	3,3 %	6,5 %
PCG	19,7 %	4,9 %	11,8 %
DCG	11,3 %	8,6 %	12,6 %
PCG + DCG	21,8 %	9,5 %	16,6 %

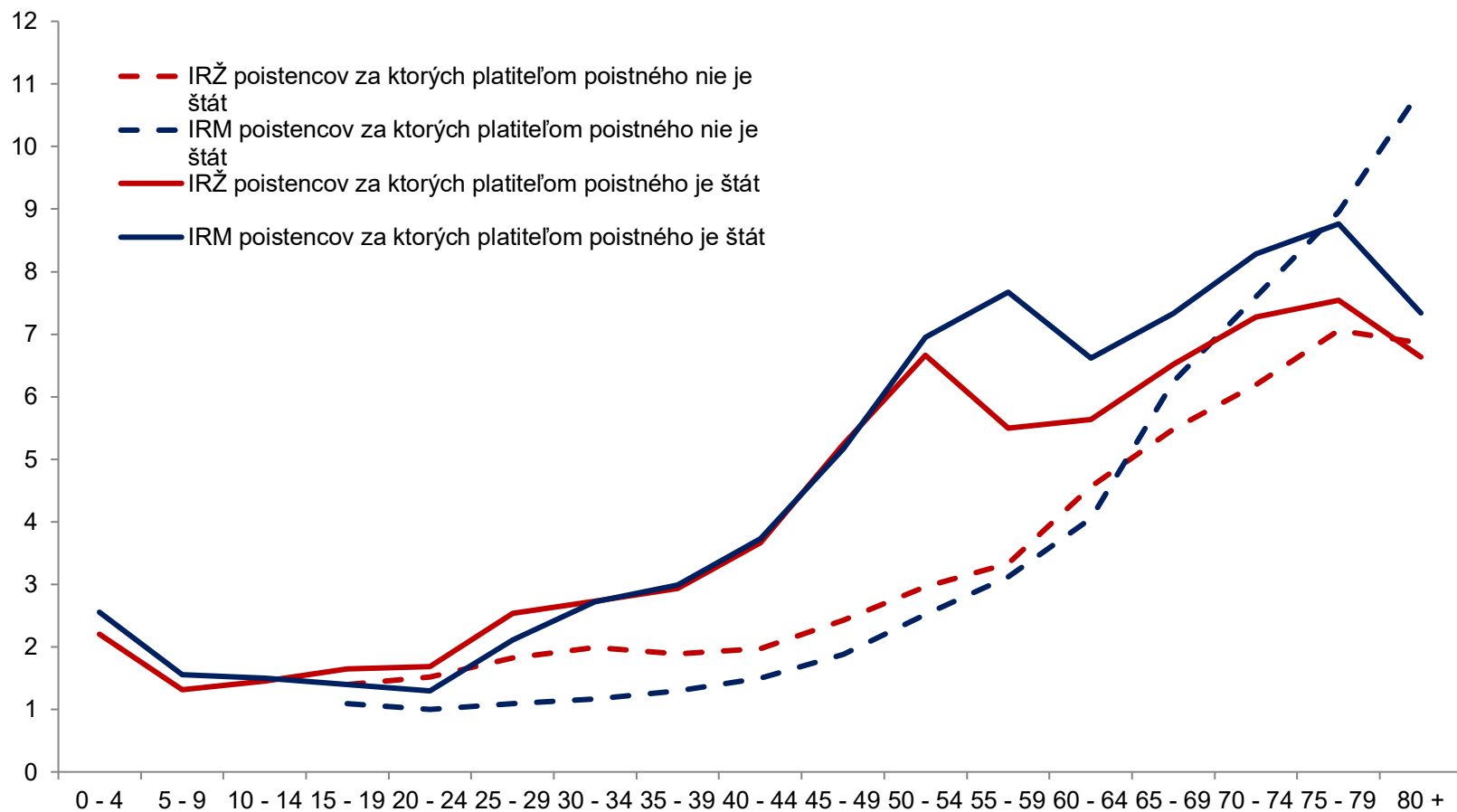


3. Systém kompenzacie rizika v SR

Zmena	Prediktor	Miera prerozdelenia
1.1.1995	Vek (60+ = 3,0)	60%
1.1.1996	Vek (60+ = 3,0)	80%
1.1.1997	Vek (60+ = 2,5)	75%
1.8.1997	Vek (60+ = 2,0)	70%
1.6.1998	Vek (60+ = 2,5)	65%
1.7.1999	Vek / pohlavie (kohorty po 5 rokoch)	100%
1.8.2002	Vek / pohlavie (kohorty po 5 rokoch)	85%
1.1.2005	Vek / pohlavie (kohorty po 5 rokoch)	85,5%
1.1.2009	Vek / pohlavie (kohorty po 5 rokoch)	95%
1.1.2010	Vek / pohlavie (kohorty po 5 rokoch) + ekonomická aktivita	95%
1.7.2012	Vek / pohlavie (kohorty po 5 rokoch) + ekonomická aktivita + PCG	95%
1.1.2018	Vek / pohlavie (kohorty po 5 rokoch) + ekonomická aktivita + PCG + vysoko nákladoví poistenci	95%

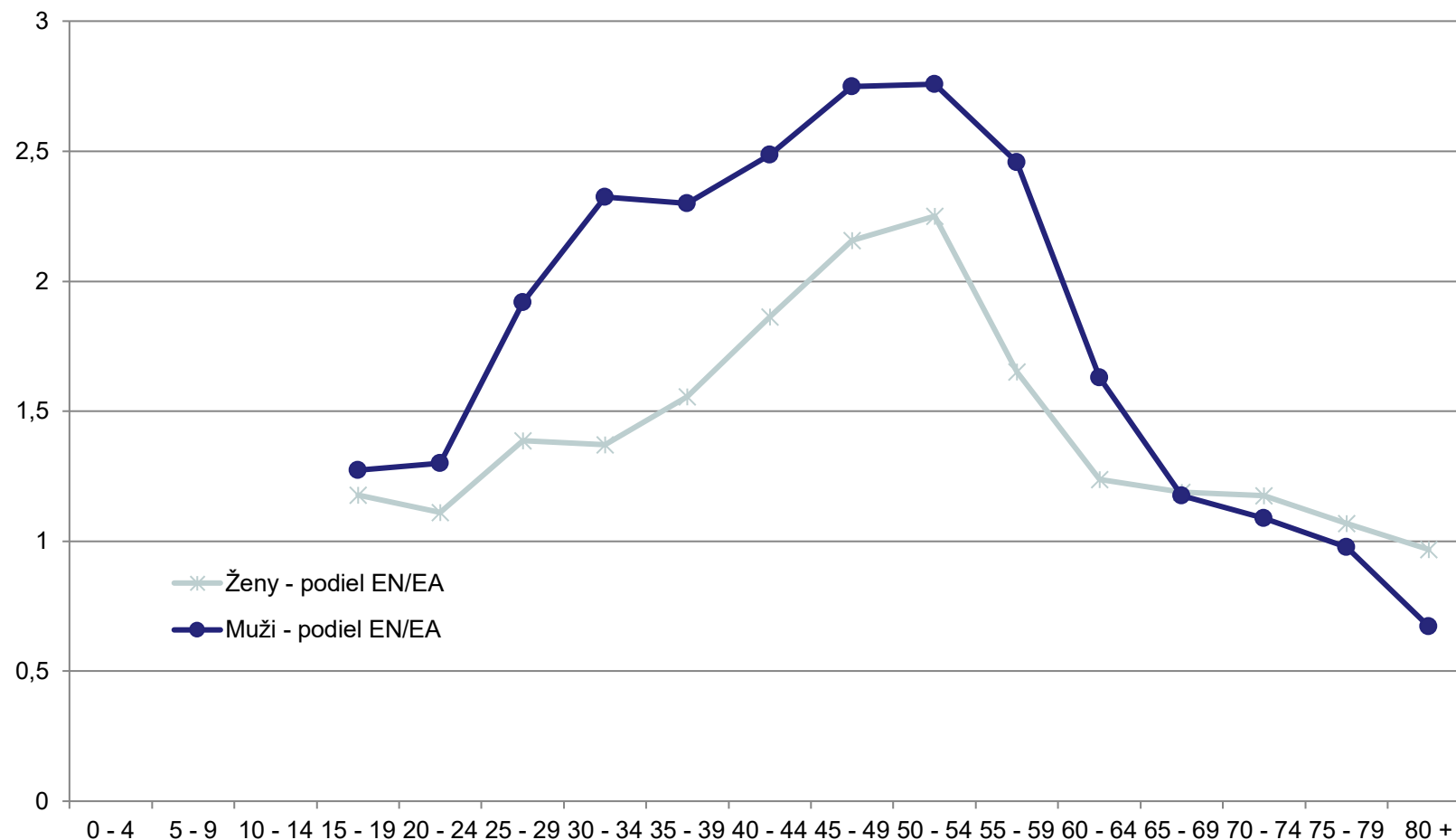


Prečo prediktor ekonomická aktivita?

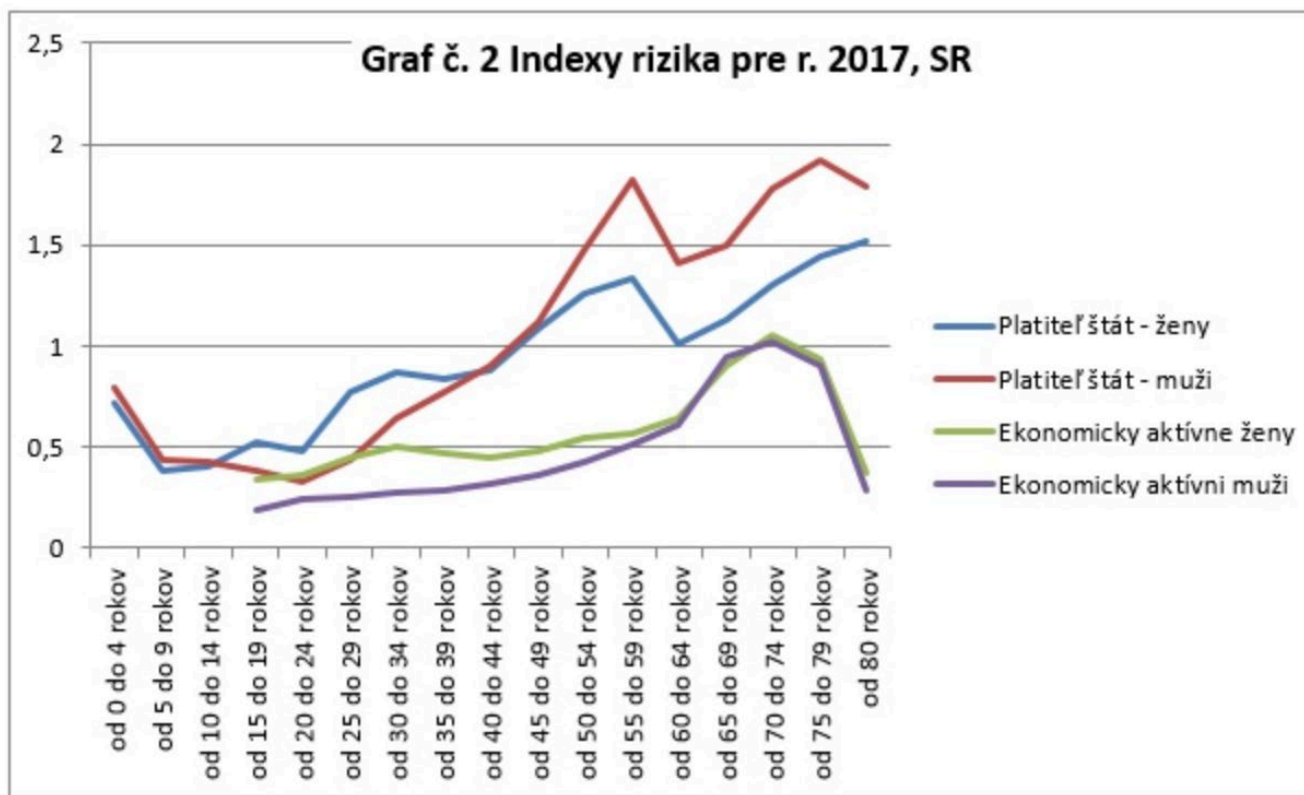




Prečo prediktor ekonomická aktivita?



Prečo prediktor ekonomická aktivita?



Zdroj: autorka z vyhlášky MZ SR č. 380/2016, ktorou sa ustanovuje index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na rok 2017



Počet poistencov podľa prediktora PCG

Priemerný počet poistencov zaradených do FNS		2017			2018		
Kód	Názov FNS	VšZP	DÔVERA	Union	VšZP	DÔVERA	Union
AST	Astma	45 453	16 326	4 913	43 879	16 552	4 821
CFP	Cystická fibróza alebo ochorenia exokrinnej funkcie pankreasu	160	32	4	154	37	5
CNS	Ochorenia mozgu a miechy	3 074	909	196	3 343	770	184
COP	CHOCHP a ťažká astma	12 347	3 631	1 079	11 257	3 547	1 024
CRO	Crohnova choroba, ulcerózna kolitída	6 608	2 243	601	6 033	2 181	559
DEP	Liečba antidepresívami	56 300	19 740	6 294	56 728	20 880	6 399
DM1	Diabetes typu I.	48 737	15 069	3 377	47 720	15 526	3 395
DM2	Diabetes typu II.	15 181	4 882	1 190	16 048	5 361	1 288
DMH	Diabetes s hypertenziou	57 731	17 337	3 103	58 748	18 160	3 283
EPI	Epilepsia	12 334	4 270	1 548	12 236	4 448	1 517
HIV	HIV / AIDS	321	107	37	1 029	412	123
CHO	Hypercholesterolémia	155 201	48 231	8 985	151 289	48 301	9 002



Počet poistencov podľa prediktora PCG

Priemerný počet poistencov zaradených do FNS		2017			2018		
Kód	Názov FNS	VŠZP	DÔVERA	Union	VŠZP	DÔVERA	Union
KVS	Srdcové choroby	131 436	31 739	5 534	126 725	31 899	5 589
ONK	Malignity	7 408	2 300	516	7 258	2 353	508
PAR	Parkinsonova choroba	10 786	2 500	417	10 700	2 584	428
PSY	Antipsychotiká, Alzheimerova choroba, liečba závislostí	26 877	7 672	2 413	27 160	7 943	2 594
RAS	Liečba rastovým hormónom	557	267	95	572	296	101
REN	Renálne zlyhanie	3 141	726	189	2 982	746	193
REU	Reumatické choroby liečené inak ako inhibítormi TNF	8 448	2 918	730	8 504	3 080	803
TNF	Reumatické choroby liečené inhibítormi TNF	4 897	1 722	441	x	x	x
TRA	Transplantácie	1 929	491	122	1 949	517	121
HOR	Hormonálna onkoliečba	11 704	3 184	540	12 474	3 417	589
NPP	Neuropatická bolesť	7 951	2 105	579	7 891	2 201	590
HEM	Hemofília	185	0	0	190	0	1
AUT	Autoimunitné ochorenie liečené biologickou liečbou	x	x	x	5 752	2 080	522
PAH	Primárna pľúcna hypertenzia	x	x	x	136	33	8
THY	Poruchy štítnej žľazy	x	x	x	48 185	17 936	4 229
Spolu		628 765	188 399	42 902	668 940	211 260	47 875

Zdroj: ZP, úrad

+6,4% +12,1% +11,6%



Prečo prediktor vysokónákladový poistenci?

Od 1. januára 2018 bol do systému prerozdelenia poistného zaradený nový parameter - nadlimitná suma, ktorý rieši existenciu vysoko nákladových poistencov, u ktorých nie je možné vopred predpovedať výšku ich nákladov.

Cieľom zavedenia tohto parametra bolo, aby každá ZP mala dostatok zdrojov aj na liečbu týchto vysoko nákladových poistencov.

Poistenci, ktorých sa toto osobitné prerozdelenie týkalo, sú takí poistenci, ktorých skutočné náklady sú vyššie ako súčet nákladov určených podľa indexu skupiny, do ktorej je poistenec zaradený, a to 20-násobku priemerných nákladov na poistenca.

Náhrada takýchto nadlimitných nákladov – nadlimitná suma – bola stanovená vo výške 80 % z nákladov prekračujúcich túto hranicu.



Vzájomná pozícia zdravotných poisťovní

Tabuľka č. 9 Prehľad údajov z mesačného prerozdelenia preddavkov na poistné v roku

Ukazovateľ v roku 2018 [v eur]	VšZP	DÔVERA	Union
Celková suma zaplatených preddavkov (§ 27 ods. 2 písm. a) zákona č. 580/2004 Z. z.)	3 062 488 956	1 358 957 011	404 357 801
Základ mesačného prerozdelenia (§ 27 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.) (95 %)	2 909 364 508	1 291 009 160	384 139 911
Počet poistencov celkom - údaj ZP, z toho:	38 153 863	17 841 596	5 746 121
• platiteľ iný	17 110 714	7 652 760	2 545 457
• platiteľ štát	21 043 149	10 188 836	3 200 664
Výsledok mesačného prerozdelenia (+/-) (§ 27 ods. 6 zákona č. 580/2004 Z. z.)	203 062 926	-133 134 989	-69 927 937



4. Systém kompenzácie rizika v ČR

- Účelem přerozdělování je vyrovnat rozdíly, které jsou mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami jak na straně výše příjmů od plátců, tak na straně výše nákladů na zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění.
- Přerozdělování pojistného má za úkol udržet určitou míru solidarity pojištěnců s vysokými příjmy s pojištěnci s nižšími příjmy a dále pojištěnců zdravých s pojištěnci nemocnými.



System kompenzácie rizika v ČR (1993 – 2005)

- Pojistné vybrané jednotlivými zdravotními pojišťovnami podléhá přerozdělování již od 1. ledna 1993.
- V letech 1993 až 2004 nebyla kritéria přerozdělování zcela dostačující, byl přerozdělován pouze nízký stupeň vybraného pojistného (60 %) a nebyla zohledněna nákladovost pojištěnců.
- Kritériem přerozdělování byl jen počet a věk pojištěnců, za které hradí pojistné stát.
- Cílem takto nastaveného přerozdělování bylo vyrovnat rozdílný podíl státních pojištěnců v jednotlivých pojišťovnách.
- Tento způsob přerozdělení sice VZP částečně ekonomicky stabilizoval, byl ale stále pro jednotlivé pojišťovny různě výhodný a umožňoval také cílený výběr ziskových pojištěnců podle věku (například mladí pojištěnci byli stále výhodní).



Nákladové indexy vek + pohlavie (2005)

Vzhledem k tomu, že principy solidarity nelze zachovávat jen na straně příjmové, ale i na straně výdajové, bylo od 1. ledna 2005 přijato nové přerozdělování 100 % vybraného pojistného, jehož kritériem byla nákladovost pojištěnců dle věku a pohlaví.

Úplné příjmové přerozdělení:

- 100% všech plateb za zdravotní pojištění v systému je sečteno a přerozděleno podle počtu pojištěnců a jejich věkové struktury (18 věkových skupin odlišených v pětiletých intervalech podle věku a pohlaví, na něž jsou stanoveny koeficienty průměrných nákladů)

Nákladové přerozdělení :

- 80% nákladů přesahujících zvláště nákladnou péči (definována jako 15ti násobek průměrných nákladů na pojištěnce) je hrazeno podle klíče příjmového přerozdělování. Jde o cca 10% z celkových finančních toků, které finančně kompenzují poskytování péče za cca 0,80% nejnákladnějších klientů.

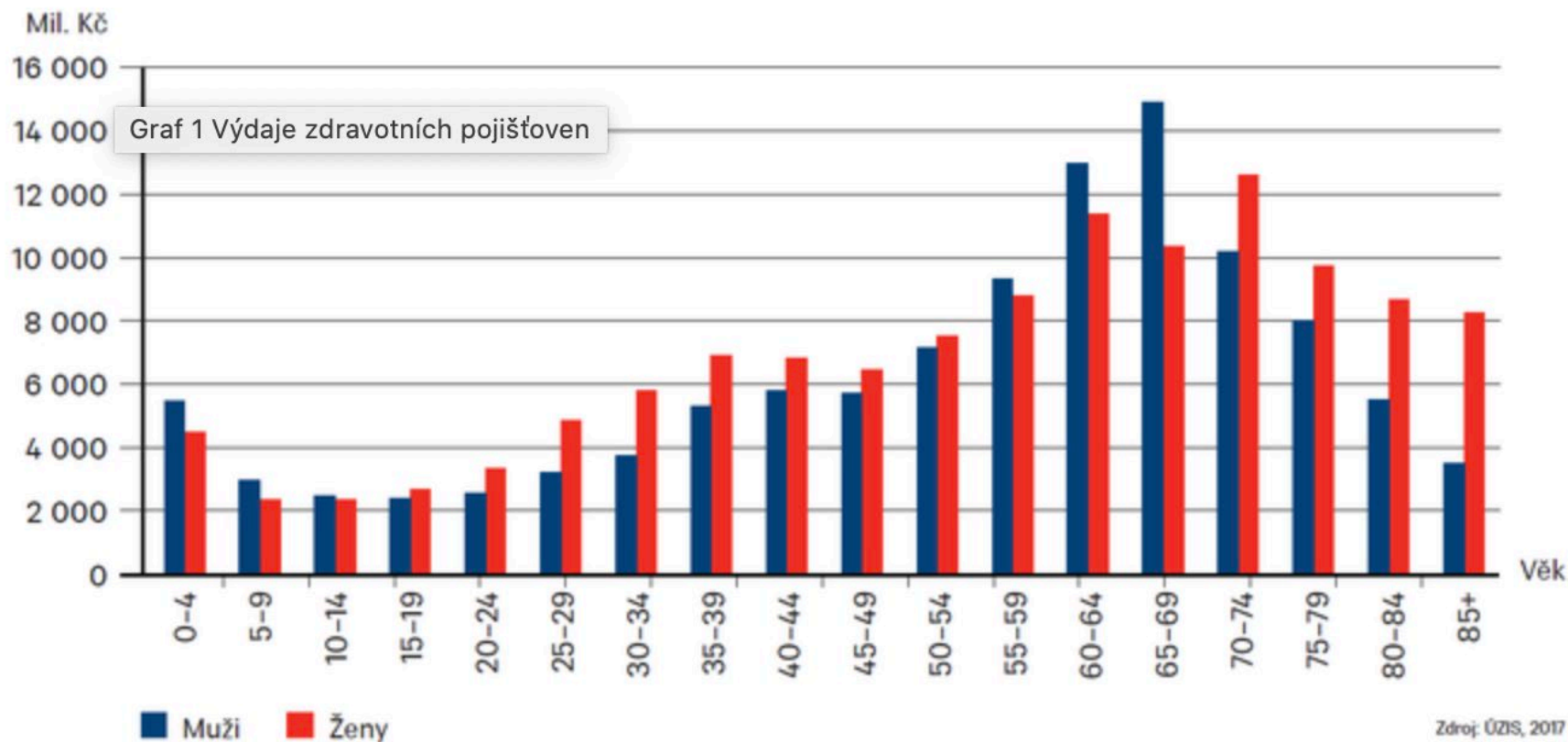


Nákladové indexy (2015)

Věková skupina pojištěnců		Nákladové indexy podle pohlaví pojištěnců	
od	do	muži	ženy
0	5	1,4572	1,3104
5	10	0,8549	0,7337
10	15	0,8500	0,9178
15	20	0,7680	1,0000
20	25	0,6433	0,9771
25	30	0,7293	1,2726
30	35	0,8143	1,4144
35	40	0,9038	1,3463
40	45	1,0329	1,3542
45	50	1,2482	1,5727
50	55	1,5980	1,8583
55	60	2,1939	2,1331
60	65	2,8450	2,4374
65	70	3,6289	3,0240
70	75	4,2934	3,5835
75	80	4,8464	4,1361
80	85	4,9879	4,5522
85	a více	5,1021	4,9410

Výdavky ZP podľa veku a pohlavia (2015)

Graf 1: Výdaje zdravotních pojišťoven na péči dle pohlaví a věkových skupin v roce 2015



Prestupy mezi ZP (2015)

3. Přechody pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami k 1. 1. 2015:

Původní ZP	Nová ZP							Odchody	Saldo odch. a přích.
	VZP	VOZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP		
VZP		16 913	15 030	13 411	649	16 387	8 036	70 426	-30 891
VOZP	7 229		3 793	4 993	103	2 838	1 049	20 005	10 525
ČPZP	9 737	5 783		7 177	100	3 775	4 629	31 201	-360
OZP	9 156	4 089	4 382		163	6 684	1 010	25 484	4 796
ZPŠ	455	164	126	187		373	5	1 310	-161
ZPMV	5 408	2 891	3 957	1 808	128		1 591	15 783	15 608
RBP	7 550	690	3 553	2 704	6	1 334		15 837	483
Příchody	39 535	30 530	30 841	30 280	1 149	31 391	16 320	180 046	-



PCG (2018)

- Mechanismus přerozdělování platný od 1. ledna 2005 však nezohledňoval chronicky nemocné pacienty, proto se od 1. ledna 2018 přešlo na tzv. PCG přerozdělování.
- Přerozdělování od roku 2018 používá dva různé mechanismy, řízené samostatnými a oddělenými kritérii – ex ante a ex post.
- První mechanismus (ex ante) provádí přerozdělování pojistného podle nákladových indexů věkových skupin a farmaceuticko-nákladových skupin pojištěnců. Do určité míry zachovává solidaritu na straně výdajů za zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění v rámci zvolených 38 skupin pojištěnců a lépe zohledňuje chronicky nemocné pacienty.
- Druhý mechanismus (ex-post) provádí přerozdělování podle pojištěnců, za něž byly zdravotními pojišťovnami uhrazeny zvlášť nákladné hrazené služby z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o částečnou kompenzaci u pojištěnců s nejvyšším zdravotním rizikem.



System kompenzacie rizika v ČR

- Nákladnými hrazenými službami se rozumí hrazené služby poskytnuté pojištěncům, u nichž výše úhrady příslušnou zdravotní pojišťovnou za jednoho pojištěnce překročila v jednom období přerozdělování částku odpovídající součtu příjmu zdravotní pojišťovny na tohoto pojištěnce z přerozdělování podle indexů a zajišťovací konstanty.
- Pro vyúčtování nákladných hrazených služeb je za nákladnou hrazenou službu považován patnáctinásobek průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění za posledně účetně uzavřený kalendářní rok.
- Úhrady za nákladné pojištěnce jsou příspěvkem pojišťovnám na drahé pojištěnce, a to s ohledem na jejich zdravotní stav napříč věkovými skupinami. Jedná se o solidaritu v rámci nadměrného výskytu zdravotního rizika a dále o zajištění pojišťoven proti nadprůměrnému výskytu drahých pojištěnců, který by vedl k finančním problémům dané pojišťovny.



Zoznam PCG skupin a ich indexov (2018)

Obrázek 1 – Seznam PCG skupin a jejich nákladových indexů pro 2018.

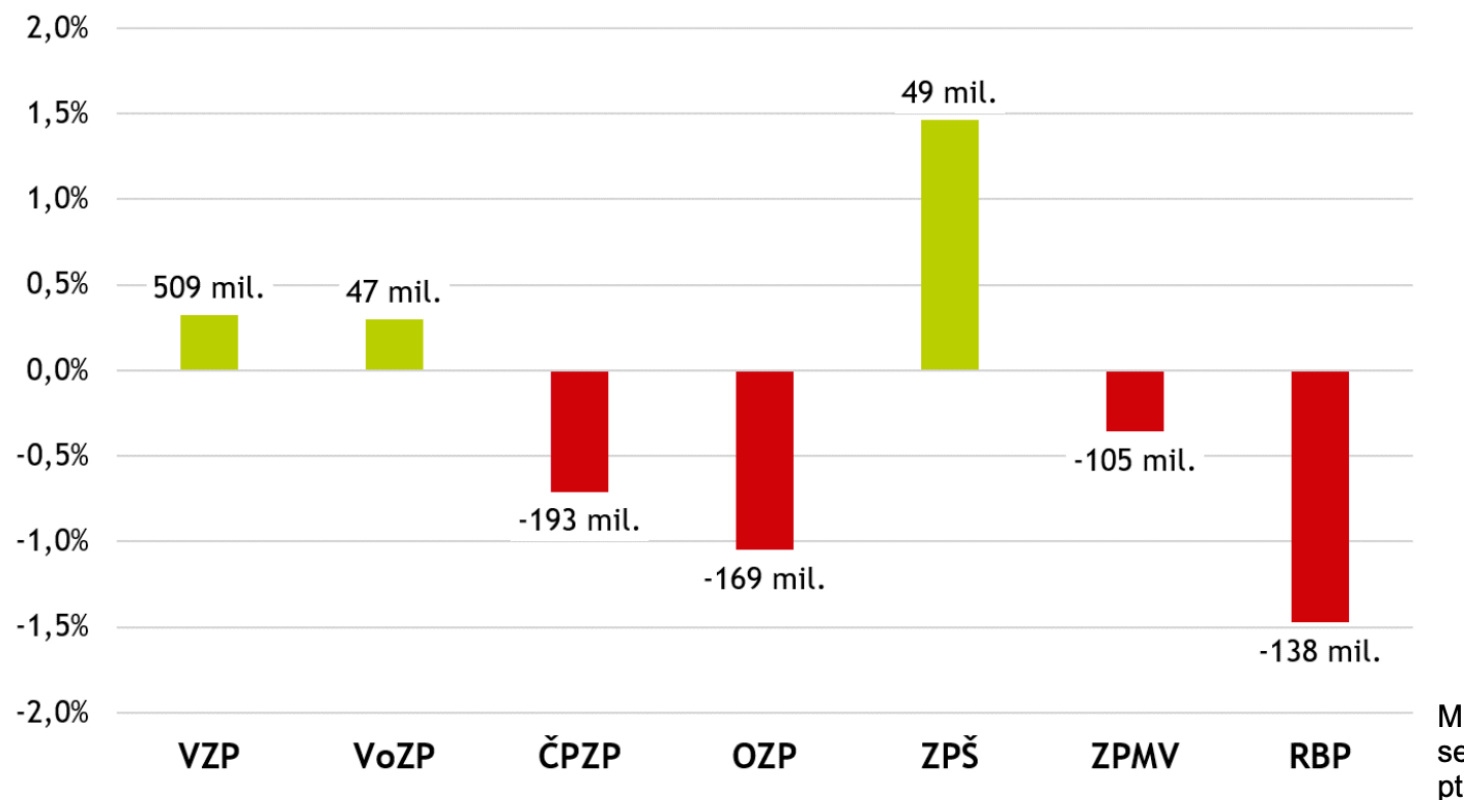
Kód	Název skupiny	Nákladový index pro 2018
GLA	Glaukom	0,2246
THY	Poruchy štítné žlázy	0,2533
PSY	Antipsychotika, Alzheimerova choroba, léčba závislosti	1,9603
DEP	Léčba antidepressiv	0,8659
CHO	Hypercholesterolémie	0,2838
DMH	Diabetes s hypertenzí	1,0344
COP	Těžké astma, chronická obstrukční choroba plic	1,8142
AST	Astma	0,8682
DM2	Diabetes typu II	0,4561
EPI	Epilepsie	1,3813
CRO	Crohnova choroba, ulcerózní kolitida	0,9823
KVS	Srdeční choroby	1,5601
TNF	Revmatické choroby léčené inhibitory TNF	14,4966
REU	Revmatické choroby léčené jinak než inhibitory TNF	0,9963
PAR	Parkinsonova choroba	1,4167
DM1	Diabetes typu I	2,1692
TRA	Transplantace	4,1426
CFP	Cystická fibróza a onemocnění exokrinní funkce pankreatu	20,7391
CNS	Onemocnění mozku a míchy	10,1492
ONK	Malignity	17,2183
HIV	HIV, AIDS	10,7017
REN	Renální selhání	41,6000
RAS	Léčba růstovým hormonem	10,3981
HOR	Hormonální onkologická léčba	2,2946
NPP	Neuropatická bolest	2,2671

- Index příslušné PCG je přičten k demografickému nákladovému indexu



Dopady na zdravotné poisťovne

Obrázek 2: Srovnání dopadu současného a nového přerozdělení na bilanci roku 2016 v jednotlivých zdravotních pojišťovnách, v % jejich současného příjmu po přerozdělení



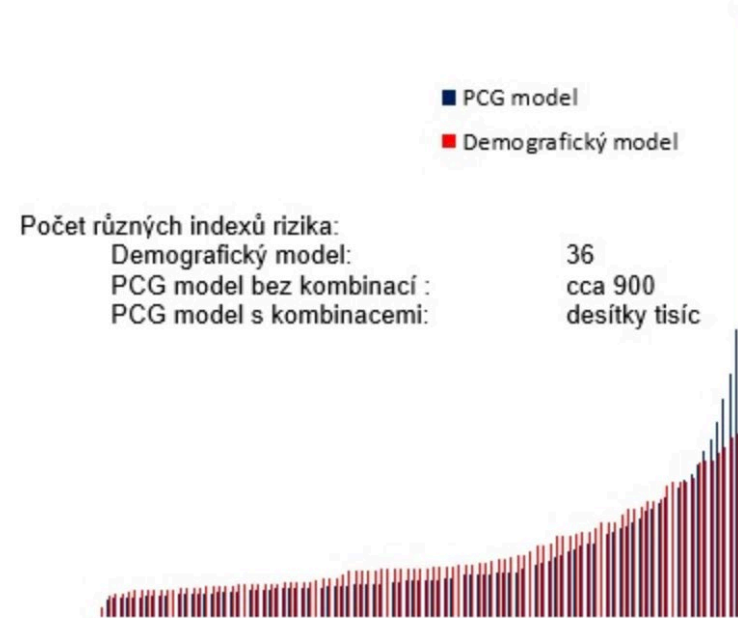
DEMO vs. PCG

- Demografický model, oproti PCG modelu, nadhodnocuje riziko velké části populace (té „zdravé“), a opravdu velmi podhodnocuje riziko právě těch pojištěnců, kteří mají velkou potřebu zdravotní péče
- PCG model dokáže opravdu podstatně přesněji odhadnout budoucí spotřebu (bohužel nikoli potřebu) zdravotních služeb jednotlivců (a tedy) pojistných kmenů, než model založený jen na pohlaví a věku (demografický model).
- Jinými slovy, PCG model podstatně lépe oceňuje riziko nákladů zdravotních služeb jednotlivců a (tedy) pojistných kmenů.

Graf 1:

Distribuce rizika v populaci: porovnání demografického a PCG modelu:

Na ose X jsou seřazeni pojištěnci veřejného zdravotního pojištění podle modelem predikovaných nákladů, na ose Y je výše predikovaných nákladů





Technické parametry PCG V ČR

PCG model predikuje náklady metodou lineární regrese. Přesnost modelu se dá vyjádřit tzv. koeficientem determinace (R^2), který říká, jaký podíl pozorované variability v nákladech jednotlivých pojištěnců je vysvětlen použitými prediktory

Na základě definice jednotlivých PCG skupin lze postavit různě přesné PCG modely. Nejvíce záleží na dvou detailech modelu:

- tzv. práh preskripce (tedy kolik definovaných denních dávek léků zahrnutých do definice PCG skupiny musí pojištěnec za 12 měsíců celkem spotřebovat, aby byl klasifikován do dané PCG skupiny)
- zařazení pojištěnce do více PCG skupin (v reálném světě to přibližně odpovídá polymorbidním pacientům), případně brát do úvahy kombinace PCG klasifikace a věku (např. mladý diabetik vs. starý diabetik).



Technické parametry PCG V ČR

- Práhem preskripce v ČR je **181 DDD**
(stejný práh se používá v Holandsku a na Slovensku)
- PCG model v ČR **zohledňuje zařazení do více PCG skupin**, avšak nikoli kombinace PCG a demografických parametrů.
- Tento model je o něco méně přesný, než by mohl být, avšak samozřejmě velmi podstatně přesnější než starý demografický model, a také přesnější, než PCG model používaný na Slovensku, který zařazení do více PCG skupin nezohledňuje.



Technické parametry PCG v ČR

- V celkových nákladech zdravotního pojištění jsou samozřejmě i náklady velmi drahé péče, která je zároveň z principu velmi špatně predikovatelná, např. i proto, že vůbec nesouvisí s chronickými chorobami. Takové riziko jde řídit velmi špatně a pro zdravotní pojišťovnu je nejlepší se proti němu pojistit (říká se tomu zajištění).
- V českém systému veřejného zdravotního pojištění takový institut existuje. Část skutečných nákladů za péči těch nejdražších pojištěnců je pojišťovnám již dnes refundována poté, co pojištěnci péči čerpali a pojišťovna ji uhradila, tedy ex post.
- Při přechodu na PCG model je zajištění součástí modelu. Výpočet je navržen tak, že riziko extrémních výdajů jednotlivců je vylučováno současně s odhadem rizikových indexů modelu. PCG model tedy nemusí odhadovat toto a priori velmi špatně predikovatelné riziko (protože ho pojišťovny stejně nenesou) a je proto velmi podstatně přesnější (!).

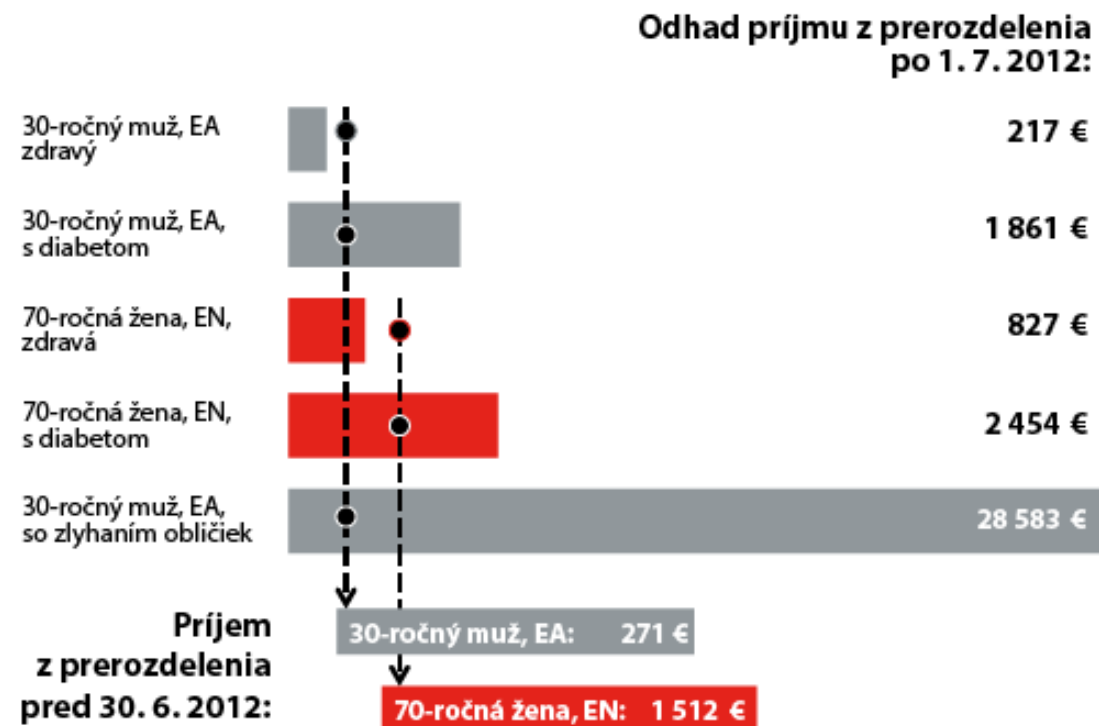


Technické parametry PCG v ČR

- Výhodu tohoto přístupu ukazuje následující tabulka porovnávající koeficienty determinace různých modelů:
 - Demografický model bez zajištění: $R^2 = 2-3\%$
 - Demografický model se zajištěním : $R^2 = 4-7\%$
 - PCG model bez zajištění (např. Slovensko) $R^2 = 11 - 14\%$
 - PCG model se zajištěním použitý v českém přerozdělení $R^2 = \text{cca } 40\%$
 - PCG model Klient PRO se zajištěním $R^2 = \text{až } 44\%$

Čo môže PCG zmeniť v ČR

- V ČR je ale zatím prevence i léčba chronických nemocí v mnoha případech roztržitá a neefektivní.
- Investovat do programů integrované péče o chronicky nemocné
- Povede i k vyšší transparentnosti, většímu uvědomění si významu chronických nemocí,
- Lepší práci s rizikem ve zdravotních pojišťovnách a zpřesnění úhradových mechanismů.
- Začlenění PCG do přerozdělení sice nic zásadního nezmění přes noc, povede ale k rozvoji vhodných forem léčby a prevence chronických nemocí a větší roli zdravotních pojišťoven v této oblasti.





Prínosy PCG

Bude totiž možné mnohem lépe než dosud:

- a) Vytvářet programy oslovující malé kmeny pojištěnců s úmyslem získat nové pojištěnce a udržet si ty staré, a tyto programy mohou začít přinášet hodnotu také i chronicky nemocným pojištěncům
- b) Takové produkty vytvářet ve spolupráci s lokálními poskytovateli zdravotních služeb

To obojí, spolu s regionálními rozdíly ve spotřebě, znamená prostor pro rozvoj systémů řízené péče.

Byla by ale iluze se domnívat, že změna přerozdělení sama nastartuje boom programů zaměřených speciálně na chronicky nemocné. K tomu je třeba splnit ještě dvě další nutné podmínky:

- Moci a umět vytvářet lokálně specifické kontrakty pojišťoven se skupinami poskytovatelů, které budou umožňovat poskytovatelům profitovat z efektivního zvládání chronických chorob
- Začít zveřejňovat údaje o výsledcích péče na úrovni populací



Zhrnutie

- Bez dobrej kompenzácie rizika môžu nevýhody konkurenčného trhu v dôsledku selekcie rizika prevážiť nad jeho výhodami.
- Cieľom prerozdelenia je posilňovať dvojitú solidaritu
- Vo všetkých krajinách sledujeme postupný prechod od demografických prediktorov k prediktorov založených na spotrebe zdravotných služieb (PCG, DCG, psychiatrická starostlivosť)
- Kvalitnejšia kompenzácia rizika vytvára podmienky pre vývoj nových produktov, nových platobných mechanizmov a novej úrovne vzťahov medzi zdravotnou poisťovňou a skupinami poskytovateľov



Zdroje

- Wynand van de Ven at al.: Risk Adjustment and risk selection in Europe: 6 years later, Health Policy 83, 2007
- Maďarová, H.: Evaluating risk adjustment for health insurance redistribution mechanism: A multivariate regression analysis, 2006
- Pažitný, P.: Prerozdeľovací mechanizmus si vyžaduje revíziu o kritické diagnózy, Health Policy Institute, 2005
- Pažitný, P.: Ako ďalej zlepšovať systém prerozdelenia na Slovensku, Health Policy Institute, 2007
- Prednáška Wynanda van de Vena z konferencie „Dobrý poistenec nad zlato. Vieme ako ho vyvážiť?“ z 3.6.2008
- Prednáška Bertrama Hausslera z konferencie „Dobrý poistenec nad zlato. Vieme ako ho vyvážiť?“ z 3.6.2008



Zdroje

- Pažitný, P. et al: Dobrý poistenec nad zlato. Vieme ako ho vyvážiť? Health Policy Institute, 2008
- Hroboň, P.: Očekávané dopady zohlednění chronických nemocí v přerozdělení pojistného v ČR, 2017
- Macháček, T.: Výzvy a možnosti používání PCG v České republice, 2017
- Gavurová, B. a Glova, J.: Vybrané aspekty systémů zdravotnej starostlivosti, Grant Journal, 2013
- Červinka, T.: Systém veřejného zdravotního pojištění v ČR, VZP, 2015
- Tulejová, H.: Ako ďalej zlepšiť prerozdelenie po zavedení PCG, 2017
- ÚDZS: Správa o vykonávaní verejného zdravotného poistenia, 2018

Ďakujem veľmi pekne za pozornosť