



Konkurence nutí zdravotní pojišťovny pracovat efektivněji

Zdroj: Medical Tribune

01.09.2017

Autor: Ing. Ladislav Friedrich, CSc., prezident Svazu zdravotních pojišťoven

Konkurence mezi zdravotními pojišťovnami není dosud v České republice ani zdaleka využívána tak, jak by bylo účelné.

Brzdí ji silná legislativní omezení, a hlavně prakticky neomezená rozhodovací pravomoc ministerstva zdravotnictví při určování cen a způsobů úhrady za poskytovanou zdravotní péči.

Přesto jsou už ale některé přínosy pro občany ze soutěžení pojišťoven zcela zřejmé. Nejen, že si každý občan může svobodně vybrat svoji pojišťovnu, a čerpat tak individuální výhody z její nabídky anebo projevit tak svůj názor na kvalitu nabízených služeb, ale ukazují se, že i v tomto sektoru nutí konkurence instituce k větší efektivitě práce. Dokazují to aktuální čísla ze zdravotně pojistných plánů pro rok 2017. Rozdíl v efektivitě práce je mezi nejlepším a nejslabším údajem markantní. Zatímco v největší české zdravotní pojišťovně připadá jeden zaměstnanec na administraci přibližně 1600 pojištěnců, zaměstnanci v konkurenčních pojišťovnách zvládají až o 400 pojištěnců více. Úsporu na provozních nákladech pak pojišťovny použijí na výhody pro klienty. V porovnání se základní zdravotní péčí a jejími náklady jsou to sice částky malé, ale ukazují, jaký by mohl být potenciál úspor i v této oblasti.

V této souvislosti se nabízí otázka, jestli pak menší pojišťovny nejsou z ekonomických důvodů nuceny šetřit na svých klientech. To lze ale snadno vyvrátit. V České republice totiž funguje mimořádně rozsáhlý systém přerozdělení vybraného pojistného, díky kterému se veškeré finanční prostředky vybrané na zdravotní pojištění sčítají a následně rozdělují mezi všechny zdravotní pojišťovny na základě demografické struktury jejich pojištěnců a dalších nákladových kritérií. Z těchto peněz je pak hrazena zdravotní péče všem pacientům, a to v rozsahu garantovaném státem, což zaručuje stejnou péči pro všechny pojištěnce bez ohledu na jejich pojišťovnu. Žádná z pojišťoven fakticky nemůže podle platné legislativy vydat na poskytnutou zdravotní péči o konkrétního pacienta větší částku, než by vydala konkurenční pojišťovna, pokud by dotyčný pacient byl jejím klientem. To sice není správné a mělo by se to změnit, protože často by bylo možné nakoupit kvalitní péči levněji, ale současně to vyvrací některá zjednodušená srovnávání, která se objevují. O vyšší platby totiž nerozhoduje pacient, lékař ani pojišťovna – sazby jsou jasně stanovené platnou Úhradovou vyhláškou.

Zdravotně pojistné plány sice obsahují i náklady vztažené na jednoho pojištěnce, ale tento údaj bohužel o ničem nevypovídá. Každá pojišťovna má v systému přerozdělení poměrně složité oceněné nákladové riziko za své konkrétní pojištěnce a konečné příjmy se pak mezi pojišťovnami samozřejmě liší. A protože všichni v důsledku úhradových vyhlášek utrácejí vše, co mají k dispozici, je jasné, že jednotlivé výkony jsou v průměru placeny stejně. Zde ještě konkurence nevznikla. Pojišťovna s vyšší průměrnou disponibilní částkou na jednoho pacienta

je ta, která má ve svém portfoliu více starších a vážněji nemocných pacientů, na které díky systému přerozdělení dostává z vybraného pojistného větší částky. U nás je to zpravidla VZP, která jako historicky první pojišťovna v ČR pochopitelně eviduje nejvíce starších a nemocných občanů. Na jejich pojištění tak díky tomuto solidárnímu systému nejvíce přispívají ostatní pojišťovny. V roce 2017 to bude zhruba 15 miliard Kč. Srovnávání zdravotních pojišťoven podle finančních prostředků přepočítaných na jednoho pojištěnce je proto zcela zavádějící.

To potvrzují i fakta o nejnákladnějších pacientech, jejichž léčba se pohybuje v řádu desítek milionů. Pokud by pro kvalitu zdravotní péče o klienty byla rozhodující průměrná disponibilní částka té které pojišťovny na jednoho pacienta, mohlo by se snadno stát, že by při souběhu více takto závažných diagnóz u klientů jedné pojišťovny došlo rychle k vyčerpání veškerých zdrojů a ostatní klienti by měli takzvaně smůlu. Zdravotnický systém v České republice je pro tyto případy nastaven dobře a o mimořádně nákladné pacienty je díky němu postaráno bez ohledu na to, u které pojišťovny jsou registrováni. Na jejich léčbu se totiž skládají všechny pojišťovny dohromady.

Konkurence zdravotních pojišťoven se tak odehrává především uvnitř pojišťoven. Na straně výdajů platí za poskytnutou zdravotní péči svým pojištěncům všechny pojišťovny stejně, i když v důsledku plošných pravidel vznikají i výrazné odchylky. Ty se však v součtu eliminují. Také na straně příjmů je možnost ovlivnit jejich výši díky platnému systému přerozdělení minimální. Rozdíl je tedy především v efektivitě nastavených interních procesů jednotlivých pojišťoven, díky kterým mohou pak vytvářet dodatečné provozní rezervy a nabízet benefiční programy i při zachování srovnatelné úrovně služeb.