



### **Konkurence mezi zdravotními pojišťovnami se vyplácí – nutí je pracovat efektivněji**

**Zdroj: tribune.cz**

**Datum: 30.08.2017**

Konkurence mezi zdravotními pojišťovnami není ještě kvůli silným legislativním regulacím v České republice rozvinutá v plné výši, přesto jsou už ale první přínosy zcela zřejmé.

Nejen, že si každý občan může svobodně vybrat svoji pojišťovnu a čerpat tak individuální výhody z její nabídky, ale ukazuje 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 mezi nejlepším a nejslabším údajem je markantní. Zatímco v největší české zdravotní pojišťovně připadá jeden zaměstnanec na administraci přibližně 1600 pojištěnců, zaměstnanci v konkurenčních pojišťovnách musí zvládat až o 400 pojištěnců více.

V této souvislosti se nabízí otázka, jestli pak menší pojišťovny nejsou z ekonomických důvodů nuceny šetřit na svých klientech. To ale odborníci vylučují. V České republice totiž funguje tzv. systém přerozdělení, díky kterému se veškeré finanční prostředky vybrané na zdravotní pojištění sčítají a následně rozdělují mezi všechny zdravotní pojišťovny na základě demografické struktury a očekávaných nákladů na jejich pojištěnce. Z těchto peněz je pak hrazena zdravotní péče všem pacientům, a to v rozsahu garantovaném státem. To zaručuje stejnou základní péči pro všechny pojištěnce bez ohledu na jejich pojišťovnu. „Žádná z pojišťoven prakticky 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“, vysvětluje Ing. Ladislav Friedrich, prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR. O výši platby totiž nerozhoduje pacient, lékař a většinou ani pojišťovna – sazby jsou jasně stanovené platnou Úhradovou vyhláškou.

O čem tedy svědčí pojišťovnami často uváděné finanční zdroje přepočtené v průměru na jednoho pacienta? „Pojišťovna s vyšší průměrnou disponibilní částkou na jednoho pacienta bude pravděpodobně 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 pojištěnce tak díky tomuto solidárnímu systému nejvíce přispívají i ostatní pojišťovny. V roce 2017 tak zaměstnanecké pojišťovny přispívají na léčbu pacientů VZP systémem přerozdělení přibližně 15 mld. Kč.“, popisuje zjednodušeně poměrně složitý systém Ing. Friedrich a dodává: „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, mohly 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 dobře nastaven 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,“ ujišťuje Ing. Friedrich.

Jestli tedy vůbec mají jednotlivé konkurenční pojišťovny možnost ovlivňovat hospodárnost v nakládání se svěřenými prostředky vysvětluje MUDr. Pavel Frňka, předseda zdravotní sekce SZP ČR: „Na straně výdajů platí za poskytnutou zdravotní péči svým pojištěncům všechny pojišťovny stejně a na straně příjmů je možnost ovlivnit jejich výši díky platnému systému přerozdělení také minimum. Rozdíl je tedy především v efektivitě nastavených interních procesů jednotlivých pojišťoven, díky kterým mohou vytvářet dostatečné rezervy a nabízet pestré benefiční programy při zachování srovnatelné úrovně služeb. Zde se jednotlivé pojišťovny skutečně odlišují.“