



Stanovisko prezidenta Svazu zdravotních pojišťoven k aktuální mediální kampani VZP

Kampaň zdravotních pojišťoven na získávání nových pojištěnců je v plném proudu. Každá z pojišťoven se snaží motivovat potenciální klienty k přestupu především tím, čím se její nabídka liší od konkurence. Na tom by pochopitelně nebylo nic špatného. Stále častěji ale kromě poctivého konkurenčního boje vidíme i podivnou hru s čísly, která je přinejmenším zavádějící, a jejímž cílem je prezentovat jako konkurenční výhodu něco, co jí ve skutečnosti vůbec není. Už jsme si tak například zvykli na pravidelné zprávy Všeobecné zdravotní pojišťovny o tom, kolik platí za léčbu toho či onoho mimořádně nákladného pacienta, přestože jeho léčba by byla stejně dostupná i stejně nákladná, ať by byl pojištěn kdekoliv. Zvykli jsme si ze strany VZP i na ohromování velkými čísly, protože velká pojišťovna má samozřejmě v účetnictví velká čísla. Nyní však v propagaci VZP zaznívá nová, mimořádně neseriózní argumentace - porovnávají se plánované příjmy a výdaje na jednoho průměrného pojištěnce u různých pojišťoven. A tady už stojí za to, seznámit se s fakty.

V průběhu našeho života se samozřejmě výrazně mění očekávané náklady na zdravotní péči. Zatímco u dospívající mládeže a mladých lidí jsou průměrné náklady minimální, ve věku nad 60 let již očekávané náklady prudce stoupají. Proto jsou finanční prostředky plánované pro jednotlivé pojišťovny propočítávány podle konkrétního počtu pojištěnců v jednotlivých skupinách podle věku a pohlaví. Pokud tedy propagace VZP tvrdí, že má pro své klienty přichystáno nejvíce peněz, neznamena to nic jiného, než že existuje téměř jistota, že její pojištěnci budou více nemocní a jejich péče tak bude dražší. Na léčení konkrétního pacienta se to nijak neprojeví. Proto pokud přepočteme náklady jednotlivých pojišťoven podle principu, na jehož základě dostávají peníze, ukáže se, že VZP samozřejmě pro své pojištěnce žádné mimořádné peníze plánovány nemá a mít nemůže. Skutečné rozdíly mezi pojišťovnami jsou totiž zcela minimální. Čtvrtá příčka, kterou tak symbolicky přesně uprostřed pomyslného žebříčku všech zdravotních pojišťoven VZP zaujímá, tak v tomto případě o její schopnosti či neschopnosti proplácet léčbu svých pacientů vypovídá pramálo. Ani aktuálně vyrovnané hospodaření VZP nevypovídá nic o efektivním nakládání s penězi této instituce – do značné míry k němu totiž přispívají pojištěnci ostatních pojišťoven ze svých prostředků. Jen v roce 2017 přispívají zaměstnanecké pojišťovny z jimi vybraného pojistného spolu s příslušnými platbami za státní pojištěnce na náklady VZP částkou zhruba 15 miliard Kč.

Od roku 1993 do dneška proběhlo postupně mnoho změn v přerozdělování pojistného. Důvodem byl dosud vždy deficit v hospodaření VZP. Nepřekvapuje tedy, že rozhodujícím kritériem změn bylo pokaždé i to, aby každá změna byla ve prospěch VZP, a také to tak dosud vždy dopadlo. Díky tomu již v současné době přerozdělujeme 100 % vybraného pojistného podle věku a pohlaví pojištěnců, přerozdělujeme prostředky na péči nákladných pojištěnců, a nově budeme od 1.1.2018 přerozdělovat vybrané pojistné i podle počtů chronicky nemocných. Ani přes veškerou snahu ale žádná změna v přerozdělení pojistného v prvních dvaceti letech snažení nepřinesla vyrovnanou bilanci hospodaření VZP. Podařilo se to až v roce 2014, kdy vysoké ceny, které VZP dohodla s nemocnicemi, musely povinně převzít i ostatní pojišťovny, kterým je vnutila úhradová vyhláška s podivnými koeficienty specializace.

Pokud máme věřit ve spravedlivý systém přerozdělování pojistného, pak VZP nemůže za skutečně poskytnutou zdravotní péči platit ani o haléř více než ostatní pojišťovny, a porovnáváním neporovnatelného se jen klamou lidé. Pokud by však VZP skutečně platila za potřebnou zdravotní péči více, pak je na místě prověřit systém přerozdělení a snížit finanční pomoc, kterou zaměstnanecké pojišťovny VZP poskytují.

A jak efektivně pracují jednotlivé pojišťovny? Zajímavé zjištění nabízí pohled na zdravotně pojistné plány pro letošní rok. Všeobecná zdravotní pojišťovna potřebuje na zajištění služeb pro své pojištěnce v roce 2017 již 3673 zaměstnanců, tedy na každých 1700 pojištěnců jednoho. Zaměstnanecké pojišťovny přitom dokáží jedním zaměstnancem v průměru poskytnout stejné služby 1900 pojištěncům a jsou tak o více než 10 % efektivnější. Úspora provozních nákladů se také konkrétně projevuje i ve schopnosti poskytnout svým klientům něco navíc. Příspěvky všech zaměstnaneckých pojišťoven na doplňkové bonusové preventivní programy jsou výrazně vyšší než u VZP. Většina našich pojišťoven tak v tomto aspektu překonává VZP o více než 60 %.

Konkurence zdravotních pojišťoven již dnes pomáhá zkvalitňovat služby pro pojištěnce, umožňuje snižovat provozní náklady a hledat drobné doplňkové výhody nad rámec základních nároků. Mohla by však přinést občanům i mnohem víc, pokud bychom mohli zdravotní péči opravdu nakupovat a vystavit tak cenové konkurenci i velká zdravotnická zařízení. Pak už by bylo co porovnávat a VZP by nemusela lákat nové pojištěnce takto pochybnými argumenty.

Praha, 18. 9. 2017

Ing. Ladislav Friedrich

prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR