

# OBČAN V SÍTI 09/2023

[www.zdravotnictvi2.cz](http://www.zdravotnictvi2.cz)<https://konceptce.kzp.cz/>

České zdravotnictví si nemůže stěžovat na nedostatek peněz. Mezi léty 2018 a 2022 se jejich objem zvedl o polovinu a nově nastavený automat na



výši platby za státní pojištěnce, navyšující základ o výši inflace a polovinu růstu reálných mezd, je opravdu velkorosý. Zvýšení peněz však evidentně problémy zdravotnictví nevyřešilo a jeho prohlubující se potíže ukazují, že hlavní kámen úrazu je na jeho výdajové straně. Neadaptujeme strukturu a organizaci péče na vývoj medicíny, a tak máme relativní nedostatek personálu, některé odbornosti ubývají, zhoršuje se dostupnost péče, roste podíl neformálních plateb a přibývají profese, které opouštějí prostředí veřejného zdravotního pojištění.

Zdálo by se, že bychom se měli věnovat jenom efektivitě využívání vybraných prostředků, ale není tomu tak. Příjmová i výdajová strana v. z. p. jsou spojené nádoby a nastavení příjmové strany ovlivňuje i chování té výdajové. Současný systém nenuť pojišťovny, aby si komplikovaly život tlakem na racionalizaci péče. Peníze, které vyberou, mohou utratit jenom za zdravotní péči, a pokud ušetří, tak se jim hromadí na účtech. To pak láká

politiky, aby jim je znárodnili, jako se to stalo v roce 2012, kdy pojišťovny přišly o třetinu zůstatku na účtech a většinu rezervního fondu. Od té doby už přebytky na účtech neobjevíte.

Zásadním krokem ke zvýšení motivace pojišťoven k dobrému hospodaření je možnost přizpůsobit výši pojistného očekávané bilanci, třeba cestou dvousložkového pojistného. Na straně jedné to přinese cenovou konkurenci do v. z. p. a na straně druhé to umožní vybírat právě tolik peněz, kolik je na zajištění zdravotní péče potřeba. Stejně tak peníze vybírané přímo od občanů nejsou jen pouhým příjmem, ale většinou mají i významný regulační charakter. Přínos regulačních poplatků nebyl dominantně ve vybraných peněžích, ale v omezení zbytečné péče. Proto potřebujeme sociálně citlivé ekonomické stimuly, které budou pacienty směřovat k racionálnímu chování ve zdravotnictví. Jejich místo je u návštěv specialistů bez doporučení, využívání záchranné služby, pobytu na lůžku a všude, kde to dává smysl. Jiným, v některých zemích používaným nástrojem je deductible, tedy částka, do jejíž výše si v průběhu jednoho roku hradí pojištěnec čerpanou péči sám. Často zmiňované připojištění na péči by mohlo navýšit objem prostředků ve zdravotnictví a přizpůsobit podobu péče potřebám zapojené části populace, ale pro neostré rozhraní mezi péčí hrazenou a nehrazenou je ještě dlouho mít nebudeme.

Pří pohledu na demografickou křivku, nástup nových úžasných

## Jak stabilizovat příjmovou stránku veřejného zdravotního pojištění?

**Ladislav Švec**

úhel pohledu

### volné fórum

**Jan  
Kvaček****Kamal  
Farhan****Jana  
Votápková****Jan  
Zapletal**

technologií a očekávaný vývoj státní kasy bychom měli opustit léta oprašovanou představu, že stačí dolít do zdravotnictví peníze a bude zase klid. Nebude. Pokud opravdu chceme kvalitní zdravotnictví pro všechny, musíme začít co nejdříve pracovat na nutných změnách.

*MUDr. Pavel Vepřek*

# úhel pohledu

**JUDr. Ladislav Švec, ředitel, Kancelář zdravotního pojištění**

## O pojistném a úpravách příjmové stránky systému v. z. p.

Na minulém semináři v NHÚ AV jsme rozebírali otázku nároků na zdravotní služby a jejich reálné (bez)platnosti a dostupnosti. Nedá mi, abych se v návaznosti na diskusi nevrátil k neustále omílanému argumentu, že je české zdravotnictví evropská špička, každý nám ho závidí, a tudíž žádnou změnu nepotřebuje. Nakolik to může být v konkrétních oblastech nebo z hlediska odbornosti lékařů pravda (dětská úmrtnost), z mezinárodních srovnání vyplývá, že se jako celek pohybujeme někde kolem lepšího průměru EU. Tato informace se mi zdá důvěryhodná, neboť odpovídá postavení Česka z hlediska HDP na obyvatele v paritě kupní síly. Je to podobná 14.–15. příčka, kterou obsazujeme i v dalších oblastech. Jen je příkladně u takového koeficientu fotbalových klubů (15.) výsledek vidět na hřišti, a nikdo si tudíž netroufne tvrdit, že lépe už fotbal ani dělat nejde.

Nyní ale zpět k pojistnému a příjmové stránce systému. V relativně blízkém časovém horizontu bude nepochybně třeba přijmout opatření k zásadnímu zvýšení efektivity (nechceme-li v příští dekádě zdravotní péči pro všechny už jenom předstírat). V této souvislosti se mimo jiné musíme zeptat, zda jsou zdroje nastaveny způsobem, který efektivitu podporuje, zda motivují k racionálnímu chování, zda zajišťují stabilní financování veřejných služeb, zda pojistné na v. z. p. naplňuje definiční znaky pojistného.

Bohužel konstatuji, že nikoliv. Pojistné v podstatě není pojistným. Proč? Jeho výši neurčuje zdravotní pojišťovna. Nemůže tak logicky reagovat na zvýšení výdajů, ať již vzniká z přirozených příčin (společenská shoda na rozšíření nároků, vlastní nabídka širších služeb), nebo arbitrárním politickým rozhodnutím (viz neuvěřitelné vyhlášky nařizující pojišťovněm hospodařit s prostředky svých pojištěnců deficitně). Jedinou cestou ke zvýšení příjmů, kterou dnešní systém má, tak zůstává zvyšování příspěvku ze státního rozpočtu. Tato cesta ale nejen nega-

rantuje stabilitu systému (tlak na udržitelnost státního dluhu už začínají vnímat i největší optimisté), ale vede i ke zpětnému zvyšování ingerence státu (členství v orgánech ZP, nepodmíněné zvyšování výdajů) a dalšímu roztáčení spirály neefektivního hospodaření. Pojistné na v. z. p. v ČR přitom nenaplňuje ani další definiční prvky. Zejména není nástrojem soutěže, a nemotivuje tak ZP a konečkonců ani pojištěnce k efektivnímu chování (v případě pojištěnce např. k dodržování postupů, prevence, omezení nadužívání služeb).

To vše je nutné v zájmu zvýšení výkonu českého zdravotnictví změnit. Přestože nelze jednoduše převzít zahraniční praxi, inspirativních bodů je spousta. Nejvyužitelnější jsou pro nás logicky koncepčně blízké systémy zdravotního pojištění:



*Ladislav Švec*

**V relativně blízkém časovém horizontu bude nepochybně třeba přijmout opatření k zásadnímu zvýšení efektivity (nechceme-li v příští dekádě zdravotní péči pro všechny už jenom předstírat).**

Německo, od něž byla v devadesátých letech většina českých procesů a institutů převzata; Nizozemsko, coby představitel nejaktuálnějšího a nejvíce trendy systému zdravotních pojišťoven.

Jaké prvky jsme zde pro návrh řešení považovali za nejzajímavější? Německou možnost

stanovit výši % sazby pojistného (hrazené z příjmů, včetně důchodů) ve vztahu k odpovídající nabídce (programu) zdravotní pojišťovnou. Dále pak v celé Evropě obvyklé spojení pojistného na zdravotní péči i peněžité dávky nemocenské. Nizozemskou možnost stanovit k % sazby částku nominálního pojistného, nabízet více programů a zejména motivovat pojištěnce k očekávanému chování možností kompenzace státem nařízené spoluúčasti (nebo

dříve zavedenou variantou motivace pojištěnců formou vratky z pojistného). U obou zemí pak precizní systém nastavení limitů zákonného nároku, který musejí garantovat všechny ZP stejně a bez rozdílů.

Co nás při přípravě změny v ČR (kromě nedostatku politické odvahy) limituje? Nejasnost celkového daňového vývoje, s nímž musejí být změny sladěny. Neurčitost limitů základního nároku, bez kterých nelze srovnávat nabídku. Ústavní garance bezplatnosti základního balíku hrazených služeb a zboží, kterou v jiných ústavních systémech neznají. Nejdůležitějším limitem je však nutnost sladit intenzitu změny s její prosaditelností a udržitelností v českém prostředí.

I díky výše uvedeným limitům se na rozdíl od jiných oblastí neodvažujeme doporučit jedno řešení. Navrhujeme zvažít několik variant, resp. jejich vzájemných kombinací.

U aktivních osob může být základní variantou možnost stanovit sazbu pojistného zdravotní pojišťovnou. Při souběžně navrhovaném spojení nemocenského a zdravotního pojištění, nabízejícím rezervoár vnitřních úspor, může tento krok vést ke snížení ceny práce v ČR, což je zpráva zajímavá hlavně pro zaměstnavatele. Z čeho vycházíme? Například z faktu, že se výše pojistného v sousedním Bavorsku pohybuje už od 15,25 % z příjmu. V Česku je souhrnná sazba zdravotního a nemocenského pojištění letos 15,6 % (a má se zvyšovat). Německé pojistné přitom na rozdíl od českého kryje i náklady neaktivních členů rodin.

Druhou možností přístupu je zavedení dvousložkového pojistného. Tato o něco komplikovanější varianta předpokládá, že dospělá populace bude odvádět (vedle poměrného odvodu z příjmu) určitou částku pojistného sama. Nejde o něco v ČR zcela neznámého, tzv. osoby bez zdanitelných příjmů i dnes platí pojistné napřímo. Představitelná je i kombinace obou variant.

Problematičtější je zajištění příjmů k pokrytí nákladů neaktivních osob. V nejméně ambiciózní variantě lze více méně zachovat současný postup s pravidelnou valorizací platby ze státního rozpočtu. Pouze bychom v takovém případě považovali za správné, aby se celá právní konstrukce přestala označovat za platbu pojistného za státní pojištění (stát žádným plátcem ani pojistitelem není, pouze redistribuuje prostředky, vytvořené skutečnými plátcí). V zásadě jde i dnes o příspěvek ze státního rozpočtu do fondů zdravotního pojištění.

Složitější variantu úprav představuje evropská cesta zavedení odvodu z dávek vyplývajících z předchozí výdělečné činnosti. Odvod by samozřejmě musel být kompenzován odpovídajícím zvýšením dávek a v okamžiku zavedení pokryt dosavadní příjmy. Část populace (typicky neaktivní děti) v takovém případě žádné pojistné nehradí.

Jednou ze systémových variant krytí nákladů na neaktivní osoby může být i zvýšení pojistného výdělečné činných osob kompenzované odpovídajícím snížením daně z příjmu.

Největší intenzitu zásahu pak představuje varianta počítající se zavedením částky nominálního pojistného i u dospělých neaktivních osob, včetně důchodců.

Z organizačního hlediska je na zvážení, zda umožnit zdravotním pojišťovnám nabízet více různých programů s různým obsahem a vyšší pojistného.

Jako univerzální řešení každopádně navrhuje zavedení motivační vratky části pojistného. Ta by umožnila finančně odměnit předem definované chování pojištěnce (dodržování režimu řízené péče, prevence, neúrazovost apod.). Toto řešení může částečně kompenzovat jinak omezenou možnost zavádění spoluúčasti u ústavou požadovaného základního balíku plně hrazených služeb.

V rámci nastavení příjmové stránky systému přicházíme i s dalšími návrhy opatření, jejichž cílem je zvýšit celkové příjmy nebo portfolio zdrojů. Takto navrhujeme např. faktické umožnění rozvoje soukromého připojištění vymezením a regulací „nenároku“ (komfort, nehrazené léky a služby), zvýšení příjmů zkrácením setrvání mimo výdělečnou činnost (např. zkrácením délky zproštění od pojistného u osob dlouhodobě evidovaných na ÚP – cca 100 000 osob), nebo zkrácením celkové délky povinné přípravy na budoucí povolání. Z hlediska rozšíření portfolia zdrojů pak zavedení společného rezervního fondu ZP s přidělem ze spotřební daně u látek prokazatelně zkracujících délku výdělečné činnosti, nebo možnost organizovat a nabízet zaměstnavatelům programy řízené péče o jejich zaměstnance. V neposlední řadě pak spravedlivé, rovné a racionální nastavení postupu pro zajištění a využití příjmů v krizových situacích, např. při státem nařízených výpadcích ekonomické aktivity.

Věříme, že navržené změny, jdoucí ruku v ruce s úpravami dalších oblastí, posunou systém na vyšší kvalitativní úroveň a zajistí zvýšení efektivity v blízkém se období zásadních výzev pro jeho udržitelnost.

**Pokud zachováme platbu státu, měla by se přestat označovat za platbu pojistného za státní pojištění, ale správně jako příspěvek ze státního rozpočtu do fondů zdravotního pojištění.**

## volné fórum

1. Jaké jsou přednosti a slabiny současného nastavení příjmové stránky systému veřejného zdravotního pojištění?
2. Jaké možnosti úprav se reálně nabízejí a jak obtížné by bylo je zavést?
3. Kdy očekáváte, že se změny začnou realizovat?

*odpovědi Jana Kvačka:*

1. Velkou předností příjmové stránky systému je předvídatelnost a efektivita. Pojistné je zdravotními pojišťovnami vybíráno téměř ze 100 % a v závislosti na ekonomických predikcích Ministerstva financí a České národní banky se velmi dobře dá modelovat a odhadovat jeho vývoj v budoucnosti. Ministrem Válkem prozrání automatická valorizace platby za takzvané státní pojištěnce dává dlouhodobou stabilitu a jistotu. Zároveň velmi pěkně funguje přerozdělení prostředků mezi zdravotní pojišťovny na základě předpokládaných nákladů pojištěnců odhadovaných skrze pohlaví, věk a chronické nemoci. Pojišťovny jsou společně také zajištěny proti nepředvídatelně vysokým nákladům. Naše příjmová strana je tedy velmi robustní. Zároveň je v případě potřeby velmi snadné přidat prostředky ze státního rozpočtu skrze jednoduchou změnu výše platby za státního pojištěnce. Výdaje České republiky na zdravotnictví jsou v porovnání se západní Evropou nižší, tedy jsme daleko od nějaké krize financování zdravotnictví, byť se potýkáme se stejnými problémy jako ostatní evropské státy – stárnutí populace, vysoké tempo růstu specializovaných léčivých přípravků a podobně.

Slabou stránkou příjmové strany je neexistující rozlišení mezi pojištěnci s rizikovým chováním, a naopak se zdravým životním stylem. Spoluúčast teče naprosto netransparentní cestou v rámci šedé ekonomiky, kdy lidé často na hraně či v rozporu se zákonem

lékařům platí za služby, které by platit neměli. Na druhé straně není vyřešena otázka doplatku za službu, která přesahuje variantu krytou zdravotní pojišťovnou. Celá otázka motivací pojištěnce a spoluúčasti je de facto nedotčená oblast.



*Mgr. Jan Kvaček  
ředitel, FN Bulovka*

2. Zavedení spoluúčasti je extrémně ožehavé téma a česká společnost ho nepřijímá dobře. Nicméně by bylo dobré odlišit, kdo se o své zdraví stará a kdo ne. Spíše než cestou postihů to vidím cestou pozitivních motivací. Bonifikovat pojištěnce, který plní sadu kritérií. Od toho, že dochází na pravidelné preventivní prohlídky, až k tomu, že se udržuje v kondici. Monitoring nemusí být povinný, nicméně pokud pojištěnec dobrovolně svolí k tomu, že lékař o něm pojišťovně sdělí několik základních údajů, a ty budou v pořádku, může být bonifikován. Při preventivním vyšetření je možné snadno zjistit, zda pojištěnec je či není obézní (s výjimkou

důsledku choroby samozřejmě), zda sportuje, zda kouří a podobně.

Mimo to by bylo vhodné penalizovat zjevné zneužívání systému. Pokud si někdo již po páté v roce volá záchranku a pokaždé je to k banálnímu problému, není důvod toto nezaplatit. Stejně jako zjevné porušování doporučeného léčebného režimu, v důsledku čehož dojde k rehospitalizaci či reoperaci. Podobně když pacient zjevně ignoruje jakákoli doporučení svého ošetřujícího lékaře a vědomě způsobuje zhoršování svého zdravotního stavu vedoucí k zbytečným a vysokým nákladům.

3. Vůbec si nedovolují odhadnout, kdy budou nějaké změny v tomto duchu realizovány. Musela by jim předcházet dlouhá veřejná debata a veřejnost by musela být nakloněna tomu, že chceme systémem veřejného zdravotnictví využívat efektivněji, a zajistit si tak jeho dlouhodobou stabilitu. Ve zdravotnictví působím od roku 2008, tedy 15 let. Za tuto dobu jsem se účastnil bezpočtu diskusí, poradních skupin a panelů k této problematice. Nikdy nedošlo k uvedení podobných myšlenek v život.

*odpovědi Kamala Farhana:*

1. Hlavní předností je jeho stabilita. Ostatně to dokazuje i fakt, že už je roky funkční a je schopný zároveň průběžně zvyšovat kvalitu zdravotnictví. Jeho slabinou však je, že je jen tak efektivní, jak důsledná je kontrola jeho efektivity. A tady bych řekl, že je určitě prostor pro zlepšení.

2. Já bych pro žádné velké úpravy nebyl. Spíše je otázka, jak zabrá-

nit současné vládě v jejich experimentech, že čas od času vynechají nebo sníží povinnou valorizaci plateb za státní pojištění.



*MUDr. Kamal Farhan  
poslanec (ANO), člen, Výbor pro  
zdravotnictví, PS PČR*

3. Ministr zdravotnictví zatím žádné zásadní změny nepředstavil a pochybuji, že i předstáví. Parametrické úpravy nepovažuji za nic mimořádného. Fakt, že zde přes rok chybějí některé základní léky, je myslím o současném ministrovi dost vypovídající.

#### *odpovědi Jany Votápkové:*

1. Předností současného nastavení příjmové stránky zdravotního pojištění je její částečná nezávislost na daňových příjmech státního rozpočtu. Osoby odvádějící zdravotní pojištění ze svých příjmů (zaměstnanci, OSVČ) tedy přesně vědí, která část jejich odvodů je směrována na zdravotní pojištění. Takovéto nastavení signalizuje politickou prioritu a případné zvyšování zátěže je snadněji přijímané než v případě nastavení systému, v němž je zdravotní pojištění hrazeno z obecných daní, tedy takové, v němž zdravotnictví v přerozdělování soutěží s jinými sektory ekonomiky.

Slabinou je příliš široké spektrum státních pojištěnců, tedy těch, za které zdravotní pojištění odvádí stát. Jedná se obzvlášť o stále se zvětšující podíl osob v důchodovém věku, které do budoucna budou pro systém představovat extrémní zátěž. Ve skutečnosti tedy osoby, které odvádějí daně, budou odvádět do systému v. z. p. daleko větší část svých příjmů, jelikož z jejich daní budou přerozděleny odvody za státní pojištění, které budou směřovat do systému v. z. p. Aby tedy mohly být pokryty odvody za státní pojištění a jejich valorizace, bude docházet ke stále většímu zatížení státního rozpočtu. Jinými slovy, výše uvedená přednost, kterou je nezávislost příjmů v. z. p. na výběru daní, se bude postupně vytrácet a systém v. z. p. se při současném nastavení bude stále více spoléhat na daňový systém.

2. Je evidentní, že úprava současného nastavení bude nutná, avšak nejedná se o jednoduchou změnu jak z hlediska nastavení, tak akceptovatelnosti. Je jasné, že bude potřeba učinit spektrum systematických změn, které spolu budou navzájem provázané.

Jako možnost lze hypoteticky uvažovat přenastavení přerozdělování příjmů státního rozpočtu, kdy by k pokrytí zvyšujících se požadavků systému v. z. p. – úhrad za státní pojištění – bylo potřeba věnovat větší část vybraných daní právě k pokrytí těchto výdajů, které však budou chybět k financování jiných státních výdajů.

Další možnost je zvýšení zatížení odvodů pracujících, tedy zaměstnanců a OSVČ, avšak při současné výši daňového zatížení nemyslím, že je tato změna možná. V současné době potřebujeme ekonomiku spíše oživit a motivovat občany k utrácení, nikoliv ji dále zbrzdit.

Zapojení osob ze třetích zemí do systému v. z. p., které jsou nyní v soukromém pojištění, je též díl-

čí možnou změnou, ale vzhledem k jejich počtu se jedná o marginální záležitost.



*PhDr. Jana Votápková, Ph.D.  
ekonomka zdravotnictví, IES  
FSV UK*

Jako dílčí možnost se nabízí omezit nároky hrazené z veřejného zdravotního pojištění, a tedy omezením výdajů snížit tlak na příjmy systému v. z. p. Tím by byli pojištěnci nuceni více dbát na prevenci a více se zajímat o svůj zdravotní stav, tedy nespoléhat jen na veřejný systém. Takové nastavení se určitým způsobem již vžil ve stomatologii. Případně je řešením zásadní zvýšení efektivity využití zdrojů, to ale bude určitě narážet na odpor části příjemců prostředků.

Nevyhnutelnou změnou vzhledem k demografickému vývoji – stárnutí obyvatel a zvyšujícímu se nárůstu chronických nemocí, tedy zvyšujících se výdajů na zdravotní péči osob, které jsou nyní státními pojištěnci – bude nastavení příspěvků osob v důchodovém věku do systému v. z. p.

Zavedení takových systémových změn nebude jednoduché, zároveň ale všichni víme, že je nevyhnutelné. Před jakoukoliv změnou bude nutné nejprve provést celou řadu analýz a kroků, aby změny byly

systematické, navazovaly na sebe a byly promyšlené, tedy vedly ke kýžené udržitelnosti systému. Jednotlivé samostatně stojící změny v tomto ohledu rozhodně nejsou žádoucí.

3. Vzhledem k urgentnosti vycházející z demografického vývoje by bylo třeba, aby se změny začaly realizovat co nejdříve. Avšak před zaváděním jakýchkoliv opatření je nutné vše detailně promyslet, aby se jednalo o systematické změny, tedy souhrn mnoha opatření vedoucích k dlouhodobě udržitelnému systému, nikoliv o jednotlivé samostatné reformy, kterých již bylo bezpočet.

#### odpovědi Jana Zapletala:

1. Za jednoznačnou přednost současného nastavení příjmové stránky systému veřejného zdravotního pojištění považují především schopnost zajistit v dostatečné míře financování zdravotní péče v České republice bez zásadnější spoluúčasti, která by mohla omezovat přístup k nezbytné péči pro některé sociální skupiny. To ale není samozřejmostí a nelze do budoucna zavírat oči před změnami struktury obyvatelstva, kdy lze předpokládat další úbytek ekonomicky aktivních osob, na jejichž odvodech do systému je zdravotnictví závislé, a naopak zvyšování počtu státních pojištěnců, kteří čerpají významnou část hrazené péče. Rozkolísat systém z hlediska jeho příjmové stránky pak může za současné situace např. významnější zvýšení nezaměstnanosti, která je našťastí konstantně velmi nízká. Určitě je dobře, že toto riziko alespoň částečně zmírňuje zavedení

automatické valorizace pojistného za státní pojištěnce, byť ani to nemusí být při významnější krizi dostatečné.



*Mgr. Jan Zapletal  
ředitel, Odbor dohledu nad zdravotním pojištěním, MZ ČR*

2. Možností, jak posilovat (resp. zajišťovat proti náhlým otřesům) příjmovou stránku veřejného zdravotního pojištění, je samozřejmě celá řada. Každá z nich ale s sebou pochopitelně nese i vedlejší dopady, s nimiž se bude potřeba vypořádat. Tak při zavedení či zvyšování spoluúčasti je nutné eliminovat právě zmíněné dopady na ty skupiny obyvatelstva, pro něž by takový krok mohl mít tzv. rdousící efekt a omezovat by jejich přístup k nezbytné péči. Samozřejmě je možné zvažovat změny ve struktuře pojistného, kdy je ale otázkou ochota politické reprezentace k takové změně – zejména vzhledem ke zvyšování finanční náročnosti některých specializovaných zdravotních služeb, léčivých přípravků či technologií ale osobně považuji

za relevantní vést diskusi i tímto směrem. Co se pak týká často zmiňovaného doplňkového pojištění, jsem značně skeptický k životaschopnosti takového produktu s ohledem na velmi široký rozsah péče hrazené přímo z veřejného zdravotního pojištění. Jinými slovy se nedomnívám, že by bylo reálné se připojistit tak, aby to bylo pro pojišťovny i pojištěné osoby dostatečně lukrativní. Naopak bych se nevdával myšlenko na zavedení možnosti dobrovolného spoření pro některé nehrazené či částečně hrazené zdravotní služby. To by mohlo být zajímavé jak pro zdravotní pojišťovny z hlediska možnosti využití takových prostředků na úhradu zdravotních služeb, tak i pro pojištěnce, kteří by za výhodných podmínek mohli zhodnocovat vložené prostředky a využít je ve vhodnou chvíli právě k platbám za nehrazenou péči. Je ale nutné přiznat, že zavedení takové možnosti je legislativně velmi komplikované už jen z toho důvodu, že zdravotní pojišťovny v současnosti povinně ukládají finanční prostředky v České národní bance, kde nejsou zhodnocovány tak, jak by mohly být u běžných komerčních bank.

3. Všechny nastíněné změny lze považovat za významné zásahy do systému veřejného zdravotního pojištění a musejí být důkladně připraveny tak, aby odolaly např. přezkumu ze strany Ústavního soudu. Přestože některé z nich se mohou objevit již v připravované novelizaci předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění, domnívám se, že většina z nich bude realizovatelná až po odborné debatě v následujících letech.



PÉČE O TO NEJCENNĚJŠÍ,  
CO MÁME

207 WWW.OZP.CZ

**OZP**  
OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ  
POJIŠŤOVNA