



Letošní rok zdravotní pojišťovny pravděpodobně uzavřou s vyrovnaným rozpočtem. Rezervy do budoucna ale zůstanou minimální.

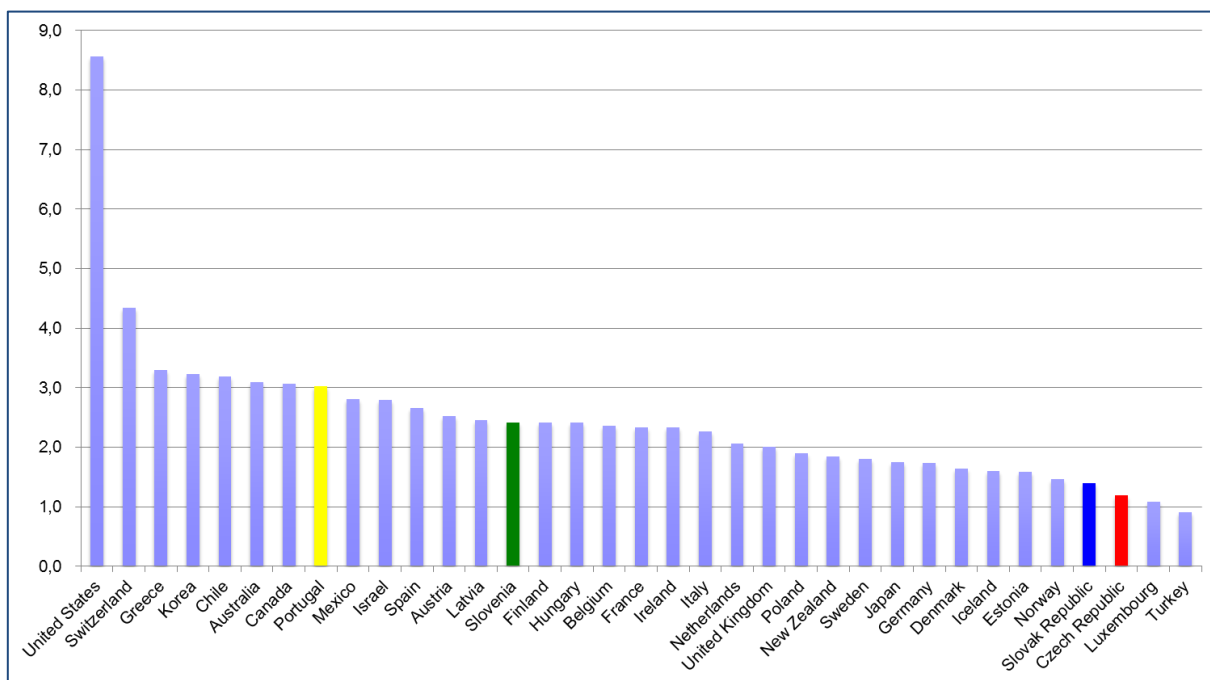
Praha, 15. listopadu: Průběžné výsledky hospodaření zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven ukazují, že zdravotně pojistné plány na rok 2017 budou naplněny podle očekávání. Rezervy na horší časy ale zůstávají velmi nízké – přibližně 1000 Kč na jednoho pojištěnce. Ani rok 2018 pravděpodobně významnější navýšení rezerv nepřinese a systém financování zdravotnictví je tak při neustále se zvyšujících nákladech do dalších let ohrožen. Odborníci se shodují, že změna systému je nevyhnutelná.

Průběžné hospodářské výsledky zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven naznačují plnění zdravotně pojistných plánů na rok 2017 jak po příjmové, tak po výdajové stránce. „Hospodaření zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven pro rok 2017 se vyvíjí podle předpokladů. To ale nutně neznamená pozitivní vývoj. Nevytváří se totiž dostatečné rezervy, které by zajistily vyrovnané hospodaření i v období s menším hospodářským růstem. Dlouhodobě je proto stávající systém neudržitelný a bez zásadní změny systému nebude stát do budoucna schopen garantovat kvalitní péči,“ konstatuje Ing. Ladislav Friedrich, prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR.

Současná medicína nabízí v mnoha případech takovou úroveň léčby, kterou jsme si ještě před pár lety neuměli ani představit. Jedná se ovšem zpravidla o natolik nákladnou péči, že ji stávající systém, budovaný v době, kdy úroveň dostupné léčby byla nesrovnatelně nižší, není schopný ufinancovat. Řešením by mohlo být umožnění spolufinancování některých léků či zákroků z prostředků pacienta nebo komerčního připojištění tak, jak je obvyklé ve vyspělých zemích. „Podíl soukromých výdajů na zdravotní péči v České republice patří mezi suverénně nejnižší v porovnání s ostatními státy Evropské unie,“ upozorňuje MUDr. Pavel Frňka, předseda zdravotní sekce Svazu zdravotních pojišťoven ČR. Nelze samozřejmě očekávat, že si pacient z vlastních zdrojů bude běžně hradit několikasettisícové terapie. „Právě proto navrhujeme, aby si každý z nás platil léky na běžná onemocnění, které stojí několik desítek, maximálně stovek korun. Samozřejmě za předpokladu, že osobní náklady budou i nadále podléhat limitům sociální ochrany. Díky tomu pak v systému zůstanou v součtu peníze, ze kterých nám může být někdy v budoucnu uhrazena mimořádně nákladná léčba, která nám zachrání život a jejíž financování by si málokdo z nás mohl dovolit ze soukromých prostředků,“ upřesňuje Frňka.

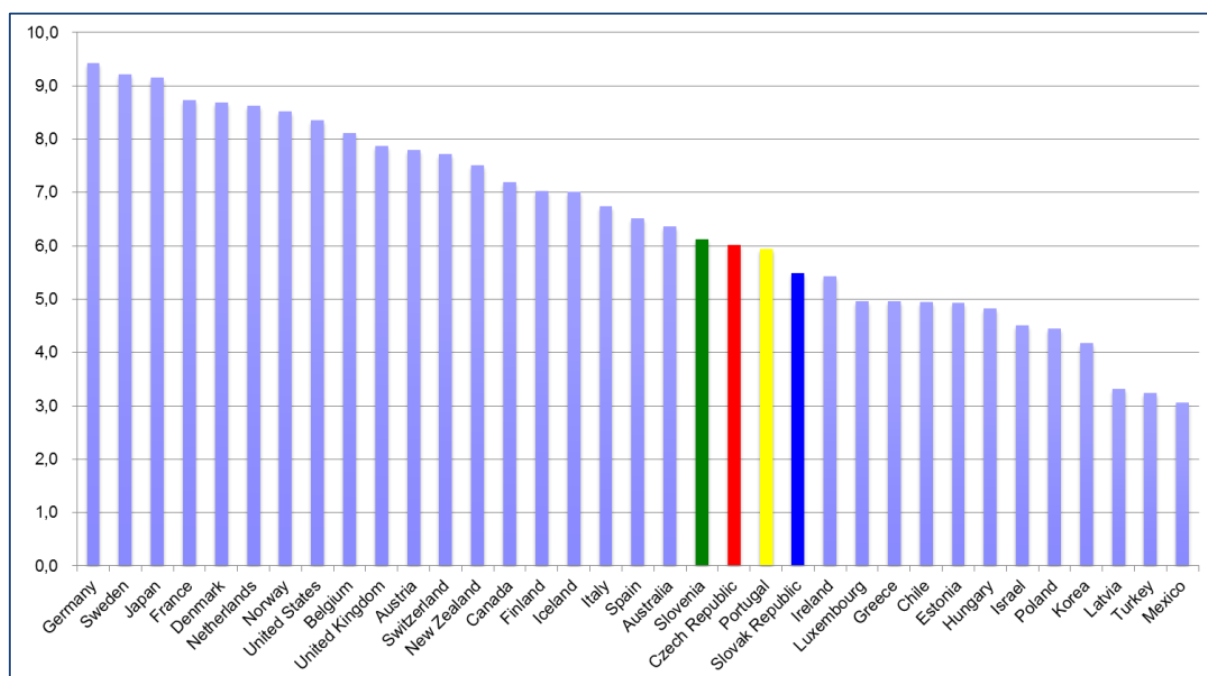
Náklady na pacienty vyžadující mimořádně nákladnou léčbu stojí ročně několik miliard korun, náklady na roční léčbu jednoho pacienta se mohou pohybovat v řádu milionů korun. Zdravotnický systém v České republice je však dobře nastaven a o mimořádně nákladné pacienty je díky němu postaráno bez ohledu na to, u které pojišťovny jsou registrováni. Na jejich léčbu se totiž skládají všechny pojišťovny dohromady. „*Díky tomuto nastavení systému nehrozí, že by úhrada léčby byla jakkoliv ovlivněna výší finančních zdrojů jedné pojišťovny, pacient tak má jistotu komplexní léčby bez ohledu na to, u které pojišťovny je registrován,*“ vysvětluje Mgr. Martin Balada, výkonný ředitel Svazu zdravotních pojišťoven ČR. „*I přesto je však potřeba se zabývat dalšími možnostmi financování, protože stávající systém není dlouhodobě udržitelný,*“ dodává Balada.

Soukromé výdaje na zdravotní péči (% HDP)



Zdroj: OECD 2015

Veřejné výdaje na zdravotní péči (% HDP)



Rezervy zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven

Průměrné zůstatky na jednoho pojištěnce		
2015*	2016*	2017*
930 Kč	840 Kč	1100 Kč

* aktuální stav k 9. měsíci daného roku
Zdroj: interní data SZP ČR

V Praze dne 15. 11. 2017
Svaz zdravotních pojišťoven ČR