



Rozpočty zdravotních pojišťoven: nenápadná eroze pravidel

Jan Brůna a Luboš Komárek

Zdravotní pojišťovny v Česku hospodaří v posledních letech často bez formálně schválených zdravotně pojistných plánů – systém přesto funguje, péče je poskytována a výdaje plynou dál. Tento zdánlivě nenápadný detail ale otevírá důležitou otázku: Co se děje, když pravidla sice existují, ale nejsou naplňována? Blog ukazuje, že dlouhodobé fungování v „provizoriu“ zdravotních pojišťoven je sice možné, zároveň však oslabuje transparentnost, odpovědnost i veřejnou kontrolu nad jedním z největších toků veřejných peněz v zemi.

Zdravotně pojistný plán, jako rozpočet domácnosti. Představte si domácnost, která si každý rok sestavuje rodinný rozpočet. Letos se ale rodiče nedohodnou – jeden chce šetřit, druhý více utrácet. Výsledkem je, že žádný rozpočet nevznikne. Znamená to, že rodina přestane fungovat? Ne. Nájem se zaplatí, nákupy proběhnou, děti chodí do školy. Jenže rozhodování je méně přehledné, chybí jasný směr a kontrola. Přesně tak dnes vypadá fungování českého systému veřejného zdravotního pojištění, kde zdravotní pojišťovny často hospodaří bez formálně schválených zdravotně pojistných plánů.

Zdravotně pojistné plány pojišťoven přitom nejsou žádnou formalitou. Každá zdravotní pojišťovna je ze zákona povinna plán sestavit, předložit jej Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí a následně projít schvalovacím procesem, který končí v Poslanecké sněmovně. Do té doby hospodaří zdravotní pojišťovny v režimu tzv. provizoria, tedy s neodsouhlaseným rozpočtem. Jenže praxe posledních let ukazuje, že provizorium není krátkodobou výjimkou, ale spíše opakujícím se standardem.

Není provizorium jako provizorium. Na tomto místě je vhodné zdůraznit, že provizorium zdravotních pojišťoven s sebou nenese stejné důsledky jako provizorium státního rozpočtu nebo rozpočtu kraje či obce. V případě státu upravuje jeho pravidla Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech, a provizorium je pro vládu poměrně významným omezením, jelikož umožňuje utratit měsíčně nejvýše 1/12 celkových výdajů posledního schváleného rozpočtu. Územní (krajské a obecní) rozpočty se řídí Zákonem č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů. Zde neplatí striktně pravidlo „jedné dvanáctiny“, ale pravidla provizoria stanoví zastupitelstvo kraje, respektive obce (případně orgány svazku obcí pro hospodaření svazku obcí). A konečně u zdravotních pojišťoven prostě platí, že do doby schválení zdravotně pojistného plánu se hospodaření pojišťovny řídí tímto plánem. Jinými slovy, pojišťovna postupuje naprosto stejně, jako kdyby byl návrh schválen. Skutečný problém by nastal až v situaci, kdy by byl návrh plánu projednán a následně neschválen.

Rok 2025 viditelně vybočuje z praxe minulých let – zdravotně pojistné plány nebyly doposud schváleny ani vládou ČR, ani Poslaneckou sněmovnou. Na první pohled to nemusí působit dramaticky. Systém se nezastaví – zdravotní péče se poskytuje, nemocnice dostávají zaplacenou a pojištěnci nic zásadního nepocítí. Jak ostatně potvrzuje praxe jedné ze zaměstnaneckých pojišťoven, v případě neschválení plánu se pojišťovny řídí jeho návrhem a „provizorium je totožné s předloženým plánem a nijak nelimituje činnost pojišťovny“. Jinými slovy: systém běží dál, jako by se nic nestalo. Právě v tom ale spočívá jádro problému. Schvalování zdravotně pojistných plánů je klíčovým nástrojem veřejné kontroly nad systémem, který spravuje stovky miliard korun ročně. Pokud tento krok chybí, mizí jasné potvrzení, že hospodaření odpovídá prioritám vlády i dlouhodobé udržitelnosti veřejných financí. Zůstává pouze návrh, podle kterého zdravotní pojišťovny fungují, ale který neprošel plnohodnotným politickým a institucionálním schválením. Tato praxe jde nepřímo i proti modernímu trendu v sestavování rozpočtů, označovaného za výkonové rozpočetnictví. To alokuje finanční prostředky na základě měřitelných výsledků, cílů a výkonnosti, namísto pouhého navyšování minulých výdajů.

Zajímavý pohled nabízí i konkrétní zkušenost největší, tj. Všeobecné zdravotní pojišťovny. Ta svůj plán na rok 2025 připravila a odeslala ministerstvům v zákonném termínu, bez připomínek a bez vrácení k přepracování. Přesto nebyl plán předložen vládě. Důvodem byl spor mezi Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí ohledně výše plánovaného schodku. Tento detail ukazuje, že problém neleží na straně pojišťoven, ale spíše v institucionálním nastavení a koordinaci veřejné správy.

Výsledkem praxe posledních let, která se postupně zhoršuje, je paradoxní situace: Pravidla existují, proces je nastaven, ale jeho klíčová část se opakovaně nedokončí. Systém tak funguje v jakémsi „polovičním režimu“, kde se sice plán připraví, ale nikdy není formálně potvrzen. To s sebou nese několik důsledků. Oslabuje se transparentnost, protože veřejnost nemá k dispozici plně schválený

dokument. Klesá zodpovědnost, protože není zřejmé, kdo nese politickou odpovědnost za konečné nastavení. A zvyšuje se nejistota, protože chybí jasný, formálně potvrzený rámec hospodaření. Na druhé straně je potřeba konstatovat, že zdravotní pojišťovny dokážou fungovat i bez schváleného plánu, aniž by byla ohrožena dostupnost zdravotní péče. Provizorium tak v praxi neznamená „nouzový režim“, ale spíše administrativní nedokončení formálního procesu. To může vytvářet dojem, že schvalování plánů je vlastně zbytečné.

Právě tento dojem je ale z dlouhodobého hlediska nebezpečný. Pokud se z provizoria stane standard, pravidla postupně ztrácejí svou váhu. Systém pak sice funguje, ale stále více „navzdory pravidlům“, nikoli „díky nim“. A to je z pohledu řízení veřejných financí problém, který by neměl zůstat bez pozornosti. Situaci posledního desetiletí shrnuje následující tabulka. Z ní jasně vyplývá, že neslavným standardem se stalo, že zdravotně pojistné plány nebyly v době předložení návrhu Státního závěrečného účtu (SZÚ) schváleny. Alarmující je situace již zmíněného roku 2025, kdy zdravotně pojistné plány ještě nebyly projednány ani na úrovni vlády ČR.

Tabulka: (Ne)schvalování zdravotně pojistných plánů

Rok	Vláda	Výbor	Sněmovna	Výsledek
2015	✓	✓	✓ 9.7. 2015	schváleno, do července provizorium
2016	✓	✓	✓ 26.5. 2016	schváleno, do května provizorium
2017	✓ 13.3. 2017	✓ 12.7. 2017	✗	v době návrhu SZÚ neschváleno
2018	✓ 27.2. 2018	✓ 17.5. 2018	✗	v době návrhu SZÚ neschváleno
2019	✓ 17.2. 2018	✓ 28.3. 2019	✗	v době návrhu SZÚ neschváleno
2020	✓ 7.9. 2020	✗	✗	v době návrhu SZÚ neschváleno
2021	✓ 1.3. 2021	✓ 23.6. 2021	✗	v době návrhu SZÚ neschváleno
2022	✓ 23.3. 2022	✓ 31.8. 2022	✗	v době návrhu SZÚ neschváleno
2023	✓ 15.3. 2023	✓ 23.5. 2023	✗	v době návrhu SZÚ neschváleno
2024	✓ 20.3. 2024	✓ 5.6. 2024	✓ 13.6. 2024	schváleno, do června provizorium
2025	✗	-	-	v době návrhu SZÚ neschváleno

Zdroj: SZÚ za roky 2015–2024, MF ČR

Co z toho plyne a jaké to má důsledky? Zkusme se nejprve vrátit k jednoduché analogii z úvodu. Rodina bez představy o vlastním rozpočtu může fungovat krátkodobě bez větších problémů. Dlouhodobě ale riskuje, že ztratí přehled o svých financích, začne se zadlužovat nebo nebude schopna reagovat na nečekané situace. U systému veřejného zdravotního pojištění jsou sázky mnohem vyšší – nejde jen o peníze, ale o stabilitu a důvěru v jeden z klíčových pilířů veřejných služeb. Proto by zdravotně pojistné plány neměly zůstat jen „na papíře“. Měly by být skutečně schvalovány – a tím i potvrzovány jako závazný rámec pro fungování celého systému.