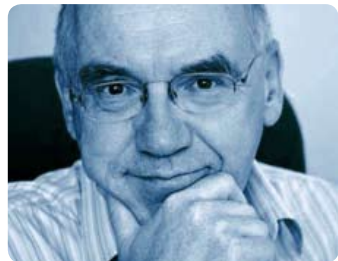


Zdravotní pojišťovny nepatří k oblíbeným institucím. Občanům žádné viditelné služby přímo neposkytují a lékařům překážejí v získávání zasloužených peněz,



a navíc jim ujíždají z jejich místičky. Užitečnost pojišťoven není v prvním plánu viditelná a jejich chování nás spíše obtěžuje, než oblažuje. Je to jako s popeláři. Také nás štvou, když blokují ulici, kterou projíždíme, ale všichni jsme viděli záběry z ulic Neapole, když vypadli ze hry. Náš pojišťovnický systém, přes všechny své nešvary, nemá žádnou rozumnou alternativu – přidělový systém vyhovuje jenom těm, kteří v něm přidělují, a přenesení celé odpovědnosti na občany, jak navrhuji propagátoři „pokladenského“ modelu nebo spořicíh účtů, je úplně stejně asociální. Byl to „pokladenský“ model, který vyhnal náklady amerického zdravotnictví do astronomické výše a prohloubil nerovnosti v dostupnosti péče, no a spořicí účty jsou fajn pro zdravé, ale že bychom právě pro ně budovali zdravotní systém?

To, co máme, bychom měli ladit, nikoli z gruntu předělávat. Je čas zaměřit se na tři oblasti – pojistné, řízení a dohled. Už z definice by zdravotní pojišťovna měla své služby občanům nabí-

zet, a nikoli se k nim chovat jako berní úřad. Cestou ze současného zmatení rolí je rozdělení prostředků, které vstupují do zdravotního pojištění, na dvě části. Jednu, s charakterem zdravotní daně by měl vybírat a přerozdělovat stát, druhou by platili občané přímo té pojišťovně, kterou si zvolí. Tolik vzývaná konkurence mezi pojišťovnami by se dostala do správných mantinelů. Místo plavenek, náborových dárečků a využívání praktických lékařů jako pojišťovacích agentů by hlavní roli hrála cena pojistky a kvalita služeb konkrétní pojišťovny. Stát by se neměl montovat do přímého řízení pojišťoven a ušetřený čas věnovat přípravě a korekci pravidel, společně s prováděním účinného dohledu. To znamená, že by měl vycouvat ze správných rad pojišťoven a nechat pracovat instituce, které mají dohled v popisu práce. Dvojrolí pachatele i soudce si stát zbytečně komplikuje život.

Podstatnou věcí, která by zdravotnictví prospěla, je vytvoření společného komunikačního prostředí. Pomalu dozrává čas, abychom se domluvili na společné řeči a přestali s „válkou“ formátů, protože, na rozdíl od výrobců optických disků, to není pojišťovnická parketa. Lékařům by mělo být po technické stránce jedno, jakou průkazku má v kapse pacient uléhající na vyšetřovací lehátko. Končím připomenutím, že rolí zdravotních pojišťoven je hospodárně zajišťovat dostupnost kvalitních zdravotních služeb svým pojištěncům, a přeji hezké počtení.

MUDr. Pavel Vepřek

Jaká je role zdravotních pojišťoven?



Vladimír Matta

úhel
pohledu

Ladislav Friedrich



Miroslav Zámečník

volné fórum



Václav
Šmatlák

Markéta
Mikšová



Stanislav
Havlíček

Miroslav
Chlumský



Zorjan
Jojko

úhel pohledu >

**Ing. Vladimír Matta,
generální ředitel, ZP Agel**

Role zdravotních pojišťoven

Jaké je současné postavení zdravotních pojišťoven a v jakých oblastech si konkurují?

Současné zdravotní pojišťovny mají charakter veřejně-právních institucí. Princip solidarity je zajišťován 100% přerozdělováním pojistného. Zdravotní



Vladimír Matta

pečí je hrazena ve stejném rozsahu. Prostor pro konkurenci je omezen na poskytování služeb pojištěncům ve formě motivačních produktů hrazených z fondů prevence, hustotou kontaktních míst a rozsahem a kvalitou poskytovaných služeb, zajištěním zdravotní péče prostřednictvím vytvořené sítě smluvních zdravotnických zařízení a nabídkou komerčních produktů pojištění, zejména pak pojištění léčebných výloh v zahraničí a úrazového pojištění.

Jaký vývoj zdravotní pojišťovny očekávají?

Lze jen těžko předvídat, jakým směrem se bude ubírat vývoj systému veřejného zdravotního pojištění. Zajištění a financování zdravotní péče je dosud veřejným zájmem bez výrazné možnosti zvýšit zodpovědnost jednotlivých účastníků pojištění za svůj zdravotní stav. Další vývoj bude ovlivněn aspekty, z nichž nejdůležitější je vývoj politické situace v ČR, dále pak každoročně rostoucí spotřeba zdravotní péče a vhodnost a rychlost aplikace nástrojů umožňujících její efektivní spotřebu.

Jaké změny zdravotní pojišťovny pokládají za potřebné?

Je otázkou, zda zdravotní pojišťovny o zásadní

změny stojí a zda jim současná legislativa nevyhovuje. Z dosavadních zkušeností ZPA lze konstatovat, že zákony umožňují získat licenci na provádění veřejného zdravotního pojištění za podmínky získání 50 tis. pojištěnců a složení kauce ve výši 50 mil. Kč, avšak po splnění těchto podmínek již v dalších ustanoveních příslušných zákonů není předpokládán vznik nové pojišťovny, např. přerozdělování na nákladné diagnózy. Na základě stanovených pravidel přerozdělování (ZPA nedisponuje historickými údaji) bude mít ZPA přístup k těmto prostředkům až po 2 letech od zahájení své činnosti, i když již teď nákladné diagnózy hradí.

Obečně se nabízí mnoho důvodů pro sjednocení některých činností zdravotních pojišťoven „pod jednou střechou“. Jednou z nich je jednotná elektronická komunikace s poskytovateli zdravotní péče (portál). Je však nutné, aby se jednotlivé pojišťovny od sebe odlišovaly například prostřednictvím možnosti stanovovat sazbu pojistného v závislosti na výsledcích hospodaření a za předem stanovených legislativních podmínek nebo kvalitou zajišťované zdravotní péče.

Co přináší zdravotnictví vstup nových zdravotních pojišťoven a jak na něj ostatní pojišťovny reagují?

Vstup nové zdravotní pojišťovny přinesl zdravotní konkurenci, zaktivizoval stávající zdravotní pojišťovny k rozsáhlé marketingové a náborové činnosti. V případě ZPA pojišťovny od počátku signalizovaly obavy z možného propojení poskytovatelů zdravotní péče a zdravotní pojišťovny. ZPA je však stejně jako jiné zdravotní pojišťovny veřejně-právní institucí, to znamená, že v její správní a dozorčí radě dohlíží nad činností pojišťovny zástupci státu.

Vazba poskytovatel – zdravotní pojišťovna není nic neobvyklého např. v sousedním Německu, kde pojišťovna může z tohoto propojení přímo kontrolovat a ovlivňovat efektivnost poskytované zdravotní péče a na druhé straně může svým pojištěncům snížit odvod pojistného.

Integrace mezi zdravotními pojišťovnami

**Již existujícím pojišťovnám
dosavadní právní úprava
vyhovuje – není důvod to měnit.**

a poskytovateli zdravotní péče není ani zdaleka jen americkým fenoménem. Dokonce to ani není „americký vynález“. Koncept ve skutečnosti vznikl v kolébce bismarckovského modelu zdravotního pojištění v Německu. Pro skupinu AGEL je inspiřujícím příkladem zdaleka nejstarší integrovaný operátor na této planetě, propojující solidární zdravotní pojištění se sítí zdravotnických zařízení. Zaměstnanecká pojišťovna Knappschaft (viz www.knappschaft.de), kdysi zajišťující péči především pro horníky a jejich rodinné příslušníky, má dnes otevřené členství a obsluhuje klienty, kteří si platí zákonné (povinné) zdravotní pojištění. Její právní postavení je tedy srovnatelné se současným statutem Zdravotní pojišťovny AGEL. Knappschaft zároveň plně vlastní 6 nemocnic s 2500 lůžky, na dalších 13 nemocnicích se vlastnický podílí, má 10 vlastních rehabilitačních klinik a 1400 praktických lékařů a ambulantních specialistů. Je to tedy klasický integrovaný operátor, který díky integrované péči nabízí kvalitu při velmi dobré ceně. Sazba pojistného je 12,7 %, tedy výrazně pod německým průměrem, což znamená pro pojištěnce finanční úspory. Popravdě řečeno nechápeme, proč to, co existuje více než sto let k obecné spokojenosti v Německu, by nemohlo a nemělo fungovat i u nás.

A jak na vstup nové pojišťovny reagují ostatní pojišťovny? Samozřejmě nelibě. Není se co divit. Trh zdravotního pojištění, resp. pojištěnců je v podstatě stabilizován. Meziroční přírůstky, resp. úbytky pojištěnců jsou minimální, pojišťovny provádějí udržovací marketingové kampaně, dlouhodobě hospodaří vyrovnaně a disponují přebytky v objemu 35 mld. Kč.

Největší rozdíl mezi novou pojišťovnou a stávajícími zdravotními pojišťovnami je v tom, že zatímco pojišťovna vzniklá za stávající legislativy musí za účelem obhájení licence k provádění veřejného zdravotního pojištění dosáhnout 50 tis. pojištěnců do jednoho roku od svého založení, ostatní pojišťovny obdobný problém nemusely řešit a v době jejich rozjezdu (před 15 lety) se systém veřejného zdravotního pojištění začal budovat. Získání potřebného počtu pojištěnců není a nebude pro jakoukoliv novou zdravotní pojišťovnu jednoduchá záležitost, a to díky odlišným startovacím podmínkám. Současný rozsah činnosti pojišťoven je nepoměrně širší oproti roku 1993 (elektronická komunikace – portál, vydávání EHIC, násobně vyšší počet privátních poskytovatelů zdravotní péče). Pokud je tato krátká etapa nové pojišťovny označována obdobím primitivní konkurence a nová pojišťovna získává pojištěnce na základě zvolených produktů, z této skutečnosti

Lze dedukovat, že za 15 let existence zaměstnanec-kých pojišťoven toto období trvá. Po získání potřebného počtu pojištěnců bude ZPA dále pracovat tak, aby získala portfolio několika stovek tisíc pojištěnců a začala realizovat zdravotní programy s konkrétními přínosy pro pojištěnce/pacienta.

**Ing. Ladislav Friedrich, CSc.,
prezident, Svaz zdravotních pojišťoven ČR**

Konkurence na scesti

Finanční stabilizaci zdravotního pojištění v roce 2007 se současně nakrátko i snížil pohyb pojištěnců mezi pojišťovnami. Nyní, vstupem nových pojišťoven, se v některých regionech konkurence mimořádně přiořtila, ale systém nemá dosud pro zvýšenou konkurenci ani nastavená pravidla, ani dostatečný prostor. Současná konkurence mezi zdravotními pojišťovnami se proto projevuje velmi nešťastně.



Ladislav Friedrich

Občany přemlouvají ke změně zdravotní pojišťovny provizorní prodejci. To samo o sobě není nic protiprávního. Ale v komerčním pojištění musejí prodejci dodržovat řadu omezení chránících zákazníka. Nábory pojištěnců do zdravotních pojišťoven neomezuje nic. Není pak divu, že si občas klient přesně ani nevědomuje všechny souvislosti a podlehne přesvědčování prodejce někde na ulici.

Také některé nabídky „konkurenčních výhod“ občas z hlediska pojistné logiky nedávají smysl. Chápu, že nově vzniklé pojišťovny prostě musejí rychle získat 50 000 nových klientů. Bylo by ale nešťastné, kdyby pak všechny pojišťovny nabízely všem drobné dárečky bez ohledu na chování klienta nebo zdravotnického zařízení. Motivační bonusy za zodpovědné chování v minulých obdobích i zdravotní prevence

jsou určitě na místě. Pro všechny pojišťovny by ale měla platit stejná pravidla.

Pojišťovny by si měly konkurovat především v nabídce dobře organizované a efektivně prováděné zdravotní péče. Nevím, jestli je úplně správné používat vždy pojem řízení péče, ale zhruba je to tak. Pro

Pojišťovny by si měly konkurovat především v nabídce dobře organizované a efektivně prováděné zdravotní péče.

vznik takové podpory jsou však nutné investice do informačních systémů,

je nutné diferencovat a postupně upravovat smluvní vztahy a hledat také vhodné motivace na straně pojištěnců. To je samo o sobě obtížný a dlouhodobý úkol. Nyní jsme však navíc v období, kdy je zřejmé, že původně prezentovaná reforma ve zdravotnictví se určitě zpožďuje a že se možná také výrazně změní. Ideální by bylo, kdybychom nyní především připravovali takové změny, na kterých je většinová politická shoda a u kterých je slušná pravděpodobnost, že se skutečně uplatní.

Pokud ovšem není shoda téměř na ničem, nelze obviňovat zdravotní pojišťovny, že postupují pomalu. Pro rok 2009 proto předpokládám zejména pokusy o hledání vyhovujících způsobů úhrad zdravotní péče, zvýšenou informační podporu pro lékaře a motivační bonifikační pro klienty.

Růst mezd se v roce 2009 určitě zpomalí, ale i při možném snížení výběru pojistného bezprostřední problémy nehrozí.

Nejvíce se však bojím toho, aby se pojišťovny v zápalu „konkurenčního boje“ nesnížily na takovou úroveň, že celou myšlenku konkurence zprofanují.

Ing. Miroslav Zámečník, konzultant

Konkurenční model zdravotních pojišťoven – jak a proč?

Konkurenční model veřejného zdravotního pojištění je závislý na splnění řady předpokladů, aby mohl rozumně fungovat a splnit očekávání s ním spojená, tedy především dokázat, že je výhodnější (možnost volby pro pojištěnce, tlak na inovace a efektivnost) než model jednoho plátce.

1. Otevřenost (možnost střídání pojišťoven, přičemž pojištěnce nemůže pojišťovna odmítnout).

2. Nejméně jeden povinný základní pojistný produkt, kde rozsah krytí je definován zákonem, který funguje jako defaultní volba (nevybere-li si pojištěnec nic jiného). Každý další pojistný produkt musí být licencován regulátorem a musí splnit předem známé parametry. Jakákoli pojistka musí být srozumitelná a porovnatelná. Pojištěnec má mít právo vybrat si z více pojistných produktů včetně řízení péče (se slevou), pojišťovny se svobodnou volbou zdravotnického zařízení, pojišťovny s vyšší spoluúčastí a redukováním pojistným a čehokoli mezi tím, co projde licenčním řízením.



Miroslav Zámečník

3. Rozvinutý systém kompenzace rizik (chybí PCG, morbidita jako další vrstva pro přerozdělování pojistného ex ante).

4. Pojišťovny musejí mít standardní strukturu správy korporace, odpovídající právní formu a účetní osnovy. Dobrá otázka je, jak provést faktické odstátnění pojišťoven. Kdo sedí ve statutárních orgánech? (Strictu sensu může jít o a. s., které nemají za cíl maximalizaci disponibilního zisku, nebo může jít o privátní subjekt nebo o veřejnoprávní subjekt, který kopíruje a. s.).

5. Pojišťovny mají kontraktační svobodu v rámci předepsané dostupnosti.

6. Zamezení „redliningu“, ať již z hlediska lokalizace sítě smluvních zařízení nebo pobočkové sítě a dalších parametrů, jež mohou být zneužívány pro selekci rizika. Není moudré bránit řízené péči nebo vertikální integraci, vzhledem k současnému přebytku kapacit a vysokým fixním nákladům je to jedna z mála cest, jak realizovat v systému podstatné úspory a naopak vytvořit prostor pro nevyhnutelný růst platů lékařů a zdravotnického personálu.

7. Musí být možnost cenové konkurence na základní (a každý další) pojistný produkt, cena je základní nosič informace pro spotřebitele, jinak je volba komplikována matoucími informacemi, často zcela záměrně pojišťovnou, která tím může pro-

vádět selekci rizika. To vyžaduje minimálně zavést dvousložkovou pojistné jako v Nizozemsku a vyřešit platbu pojistného za státní pojištění. Nizozemský

Musí být možnost cenové konkurence na základní (a každý další) pojistný produkt, cena je základní nosič informace pro spotřebitele, jinak je volba komplikována matoucími informacemi, často zcela záměrně pojišťovnou, která tím může provádět selekci rizika.

dvousložkový model adaptovaný na české poměry by mohl mít nominální složku třeba 5000 korun ročně doplněnou o 9% o d v o d z vyměřovacího základu. Oproti zavedení samotného stropu má tento model jednu nepopiratelnou ekonomickou i politickou výhodu: snižuje vedlejší náklady práce již na samém začátku platové škály – mírná úspora na nákladech vzniká už při velmi nízkém měsíčním příjmu. Na rozdíl od švýcarského modelu je na české poměry adaptovaný nizozemský model fiskálně podstatně méně nákladný, a přesto „generuje“ cenovou informaci a konkurenční prostředí. Alternativa v podobě hotovostních vratek za nečerpání péče je

spojena s vyššími transakčními náklady a cenovou transparentností spíše zatemňuje. Totéž platí i pro retroaktivní vyplácení „bonusů“ u alternativních plánů.

8. Vytváření rezervy na stárnutí populace – je lepší vytvářet rezervu postupně, v průběhu desetiletí, než skokově zvýšením daňového zatížení. Tato rezerva musí být přenositelná, to je velmi důležité pro zachování svobody volby pojišťovny pojištěncem, a nesmí být součástí konkurzní podstaty. Asi by bylo rozumné tuto rezervu centralizovat a spravovat státem, který by minimální zhodnocení zároveň musel garantovat, stejně jako garanci celé naspolečené částky.

9. Regulátor jednak monitoruje hospodaření pojišťovny, tj. finanční stabilitu (to může dělat finanční dohled v ČNB), jednak dodržování obsahu pojistného kontraktu (určitě krytí, dostupnost, možná kvalitativní parametry?).

10. Zajímavé oříšky k rozlousknutí nabízejí „státní pojištěnci“, jak financovat jejich náklady státní subvencí a jak umožnit i státním pojištěncům svobodu volby. Možné řešení – při dvousložkové pojistné prémii platit státním pojištěncům jen nejnižší nominální platbu na trhu.

11. Asi bude muset narůstat podíl financování z jiných zdrojů než ze zdravotní daně. Moje preference: spotřební daně na dosti široký okruh zboží.

◀ volné fórum



*MUDr. Václav Šmatlák,
předseda, Sdružení
praktických lékařů ČR*

odpovědi Václava Šmatláka:

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. *Jak jste spokojen/a s Vaší zdravotní pojišťovnou?*
2. *Co byste ve zdravotním pojištění změnil/a?*
3. *Podle čeho byste si chtěl/a zdravotní pojišťovnu vybírat?*

1. V rámci současné legislativy, tedy za velmi omezených podmínek, umožňujících ZP fungovat jako skutečné ZP, jsem jako pojištěnec se svojí ZP velmi spokojen.

2. Za zcela zásadní považuji poskytnout pojištěnci možnost uzavřít takové zdravotní pojištění, které bude zohledňovat jeho zdravotní rizika a odpovědný přístup ke svému zdraví a do určité míry mu umožní spolurozhodovat o výši solidarity, kterou se bude na systému veřejného

zdravotního pojištění podílet. Rozhodujícím by neměl být vztah ZP–zdravotnické zařízení, jak je tomu v současnosti, ale ZP–pojištěnec.

3. V rámci výše uvedených principů podle zdravotně pojistných produktů. Jako poskytovatel vím, že nesmírně důležitý je kvalitní a seriózní vztah mezi ZP a lékařem. Pojištěnci-laikovi bych doporučil poradit se o výběru vhodné ZP se svým praktickým lékařem.



*Mgr. Markéta Mikšová,
šéfredaktorka, Zdravotnické
Noviny*

odpovědi Markéty Mikšové

1. Od začátku jsem pojištěna u VZP. Zatím jsem nikdy vážně nestonala, tak jsem s jejími službami spokojena.

2. Do zdravotního pojištění bych zavedla systém malusů a bonusů. Lidem, kteří nechodí na preventivní prohlídky, nedodržují doporučení lékaře, mám na mysli zejména diabetiky, obézní, hypertoniky a kuřáky, bych zvýšila pojistné. Naopak pojištěnce, kteří se prokazatelně o své zdraví starají, bych odměnila třeba lázeňským pobytem nebo věcnou odměnou týkající se zdraví.

3. Vybrala bych si tu ZP, která by nabízela bezplatné očkování proti žlutoučce, klíšťové encefalitidě a před cestami do problematických zemí všechna doporučená očkování.

odpovědi Stanislava Havlíčka:

1. Jsem spokojen. Vzhledem k tomu, že jsem zdravý a plánuji zdravým zůstat ještě dlouhou dobu, nemám ani důvod si stěžovat.

2. Nejsem si úplně jist. Ke všem druhům pojištění jsem spíše skeptický. I z toho důvodu, prosím, omluvte moji neznalost názvosloví a mírnou prostoreklost. Vzhledem k tomu, že u zdravotního pojištění se míra variability limitně blíží nule, jsou moje úvahy tímto směrem obtížně představitelné. Snad tedy něco jako fixní a pohyblivou složku pojistného v závislosti na zdravotním stavu? Možná bonifikaci za "bezeškodní průběh života" nebo za příkladný přístup k prevenci onemocnění. A zároveň bych chtěl být pojištěn s lidmi podobně smýšlejícími, proto bych asi hledal i nějakou nabídku „malusu“ pro ty, kteří investici do režimových opatření a prevence berou spíš na lehkou váhu.



Mgr. Stanislav Havlíček, prezident, Česká lékárnická komora

3. Jak si skeptik k pojištění vybírá pojišťovnu? Když musí, většinou rezignovaně a zpravidla špatně. Takže bych si nechal poradit. Naštěstí už jsem potkal nějaké ředitele pojišťoven a podle nich jsou všechny (tedy ty jejich) pojišťovny velmi kvalitní, velmi zdravé a k pojištěn-

cům přátelské. Pokud bych měl odpovědět seriózněji, tak asi podle míry mé vlastní kontroly nad svým osobním účtem, podle míry variability použití té pohyblivé složky pojistného z odpovědi na otázku 2.



*Ing. Miroslav Chlumský,
generální ředitel a předseda
představenstva,
Česká pojišťovna Zdraví a.s.*

odpovědi Miroslava Chlumského:

1. Spokojen jsem. Nemám důvod k nespokojenosti. To, co dnes legislativa zdravotním pojišťovnám umožňuje, naplňuje oborová pojišťovna podle mého názoru lépe než její konkurence. Jinou otázkou je, zda jsem spokojen se systémem zdravotního pojištění jako celku. Tady už bych měl řadu kritických připomínek.

2. Myslím, že kroky, které jsou naznačeny v návrzích nové legislativy zdravotnictví, jsou kroky správným směrem a vidím v nich veliký posun směrem k odpovědnosti za vyrovnaný rozpočet zdravotnictví do budoucnosti. Z osobního hlediska určitě vítám možnost

volby z palety zdravotních plánů a možnosti připojištění. Změny by měly napomoci nám klientům domoci se oficiálně svých nároků v odpovídající kvalitě a v odpovídajícím čase, a to lépe, než je tomu v současné době. Pojištěnec veřejného systému zdravotnictví by měl být klientem, stejně jako u řady běžných služeb.

3. To je otázka, kterou jsem si v souvislosti se svou prací často kladl. Ve svých úvahách se stále vracím ke kvalitě služeb, které mi pojišťovna nabízí. Kvalitu vidím především ve smluvní síti zdravotních zařízení a rozsahu hrazené péče v rámci zdravotního plánu. Za nezanedbatelnou součást nabídky považuji schopnost zdravotní pojišťovny zabezpečit efektivní program prevence.

odpovědi Zorjana Jojka:

1. Jsem zdravý, takže si ani nepamatuji, kdy jsem naposledy byl jako pacient u lékaře a kdy jsem tedy čerpal nějaké peníze z pojistky. Přiznám se ale, že mě potěšilo, když jsem zjistil, že jsem tím získal bonus, který jsem pak využil na očkování svých dětí. Neboli – vlastně jsem spokojen.



*MUDr. Zorjan Jojko,
místopředseda, Sdružení
ambulantních specialistů*

2. Na jednu stranu bych rád registroval mezi jednotlivými pojišťovnami nějaké rozdíly, abych si mohl vybrat tu, kterou bych považoval pro sebe za nejlepší, na druhou stranu bych ale nerad, aby širší nabídek dosáhla rozsahu obvyklého u jiných pojistek, protože, přiznám se, raději se věnuji jiné práci, než abych kontinuálně studoval jednotlivé pojistné smlouvy a přemýšlel nad tím, jestli jsem v tu danou chvíli opravdu dobře

zdravotně pojištěn, či nikoli. Za zcela klíčové ale považuji to, aby se má zdravotní pojišťovna plně postarala o financování mé péče v případě, že bych opravdu těžce onemocněl. Jsem tedy pro větší, ale „omezenou“ konkurenci. Konkurenci, jež bude větší než dnes, která se ale bude projevat jinde než ve financování závažných zdravotních stavů. 3. Pokud vím, prakticky všechna vedení v současné době existujících zdravotních pojišťoven by uvítala možnost si více vzájemně konkurovat. Dojde-li k tomu, nemohu vyloučit, že svá kritéria změním podle typu nabídek, zatím mám ale jen dvě:

1. celostátní zastoupení,
2. oblíbenost mezi zdravotnickými zařízeními.

Nechci být totiž obtěžován starostmi o financování péče o mě, a to ani v případě, že bych ji potřeboval při výjezdu z místa svého bydliště, tedy tím, že bych se náhodou dostal do oblasti, kde by má zdravotní pojišťovna neměla žádné smluvní partnery; nechci ani jako pacient ucítit, že má pojišťovna někde uplatnila z pohledu zdravotnických zařízení neúměrná regulační opatření.

Nadace

OPEN SOCIETY FUND PRAHA

o. s. Občan děkuje za podporu

Nadaci Open Society Fund Praha

