

# PLATBA ZA “STÁTNÍ POJIŠTĚNCE”: RELIKT MINULOSTI NEBO FISKÁLNÍ NÁSTROJ BUDOUCNOSTI?

## PAYMENT FOR “STATE INSURED” PERSONS: RELICT OF THE PAST OR FISCAL TOOL OF THE FUTURE?

**Jan Mertl**

---

### **Abstract**

The establishing of a pluralistic public health insurance system in the early 1990s also created a "residual", heterogeneous but relatively large group of so-called state insured persons, for whom the state pays premiums, but from the point of view of public finances this is a simple transfer from the government budget to the health system where the so-called 100% redistribution of premiums is applied. Since 2020, this amount has experienced considerable turbulence, and at the same time this year (2022) a new automatic indexation mechanism has been created, the operation of which is yet to be evaluated in practice. However, systemic problems remain in the design of this group, including the overlapping of the different categories of insured and the setting of payment levels as such. Expected demographic developments will lead to a temporary increase in the share of this group in public health insurance. This will cause both significant fiscal demands and may also influence thinking about the design of this group and the criteria chosen for it. This paper will review the assessment of the development so far, its classification in terms of public finance theory and the possibilities for improvement in the future.

**Key words:** health insurance, public finance, government budget

**JEL Code:** I13, H51, H20

---

### **Úvod**

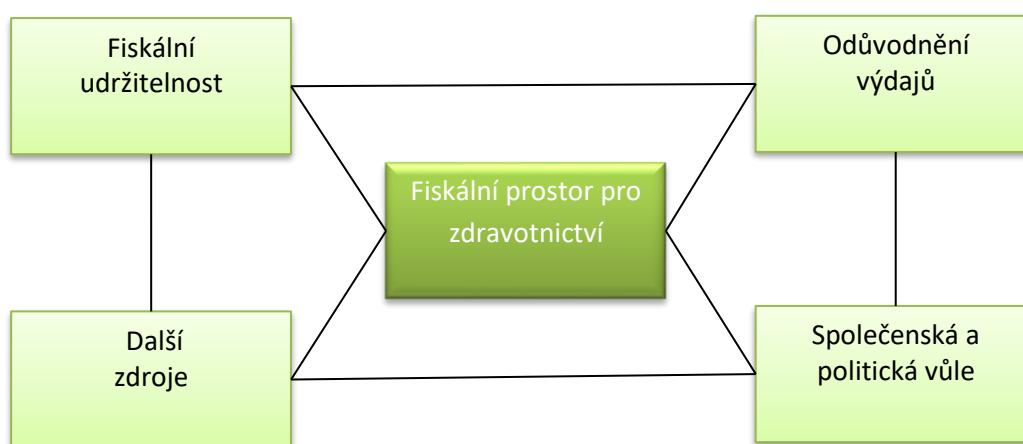
Cílem tohoto příspěvku je zhodnotit pozici platby za státní pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění a změny, které přinesly letošní legislativní úpravy. Tím přispět k racionální analýze fiskálního prostoru pro české zdravotnictví a zohlednit vývoj, k němuž došlo v posledních třech letech (2020–2022).

## 1 Teoretická východiska

Pojem fiskálního prostoru je obecným konceptem fiskální politiky ve smyslu schopnosti rozpočtového financování pro daný účel při zachování fiskální stability (Nerlich & Reuter, 2016; Meheus & McIntyre, 2017). Existuje intuitivní konsensus na existenci fiskálního prostoru a jeho významu (PAHO, 2020); definice u jednotlivých autorů se lehce odlišují v důrazu na jeho prvky a vymezení ve vztahu k veřejným financím na jedné straně a účelovému financování konkrétních sektorů na straně druhé. V obecné rovině má úzký vztah k rozpočtovému omezení vlády (Hamerníková & Maaytová, 2010). Podstatné je definovat pojem fiskálního prostoru pro zdravotnictví a jeho význam z hlediska zdravotní politiky a dynamiky zdrojů pro zdravotnictví v národním hospodářství. Na úrovni zdravotnictví je chápán jako schopnost vlády mobilizovat a alokovat zdroje na zdravotnictví bez ohrožení bilance a udržitelnosti veřejných rozpočtů (Cashin & Tandon, 2010; Powell-Jackson et al, 2012; Wolfe & Powell-Jackson, 2013). Kvantitativně souvisí s celkovou ekonomickou úrovní, daňovou kvótou a podílem veřejných výdajů na HDP (Heller, 2006).

Shrneme-li hlavní vlastnosti fiskálního prostoru pro zdravotnictví a faktory jeho úspěšné tvorby, lze jej znázornit na následujícím obrázku.

**Obr. 1: Vlastnosti a faktory úspěšné tvorby fiskálního prostoru pro zdravotnictví**



Zdroj: (PAHO, 2020)

Fiskální udržitelnost souvisí s veřejnými rozpočty a výdaji na zdravotnictví, a dostupností zdrojů pro zdravotnictví. Odůvodnění výdajů znamená, že fiskální prostor pro zdravotnictví není vytvářen jen proto, že to je možné a dosažitelné, ale proto, že jej vyžadují předem definované konkrétní cíle zdravotní politiky. Rozhodování o prioritách veřejných rozpočtů, výběru a alokaci zdrojů pro zdravotnictví vyžaduje společenskou a politickou vůli, ústící v konsensus při veřejné volbě.

Celkový výnos ze zdravotní daně můžeme pro české podmínky definovat následujícím vztahem,<sup>1</sup> kde  $E$  je výnos ze zdravotní daně,  $r_h$  je sazba zdravotní daně,  $w_i$  je mzda (základ daně) jednotlivých pojištěnců a  $n$  je jejich počet v daném období (měsíc/rok).

$$E = r_h \cdot \sum_{i=1}^n w_i \quad (1)$$

Celkové příjmy veřejného zdravotního pojištění (HR – health revenues) a tedy i veřejné zdroje fiskálního prostoru pro české zdravotnictví lze pak definovat jako součet výnosů ze zdravotní daně (earmarked health tax revenue –  $E$ ) a platby státu ze všeobecných daní (přímá dotace ze státního rozpočtu –  $G_T$ ).

$$HR = E + G_T$$

Složka  $E$  je cyklická z hlediska úrovně ekonomické aktivity, mění se dle objemu daňových základů (mezd) v průběhu ekonomického cyklu. Složka  $G_T$  je v průběhu cyklu v zásadě stabilní, je možné ji valorizovat každoročně ve vazbě na vývoj mzdové či cenové hladiny, respektive schématem nezávislým na míře ekonomické aktivity v průběhu ekonomického cyklu.

## **2 Změna významu kategorizace pojištěnců ve veřejném zdravotním pojištění**

Kategorizace pojištěnců podle sociálních skupin, jejímž produktem je i vznik kategorie tzv. státních pojištěnců, je pozůstatkem prvků sociálního pojištění ve financování zdravotnictví. Kdysi (za první republiky v Československu nebo za kancléře Bismarcka v Německu) to totiž bylo tak, že sociální pojištění bylo oborově segmentované; zjednodušeně řečeno, jednotlivé sociální, a především zaměstnanecké skupiny měly vlastní segmenty sociálního pojištění, s možností odlišných sazeb, ale i odlišného charakteru pojistného krytí.

Vývoj ukázal, že principy sociálního pojištění v současném financování zdravotnictví už nelze použít (Vostatek, 2013). Hlavními důvody jsou univerzální nárok na občanském (zákonný normativní nárok je stejný pro všechny účastníky systému), nikoli zaměstnaneckém nebo vzájemnostním principu, čerpání péče bez ohledu na výši zaplaceného pojistného, a nutnost sdílení zdravotního rizika na národní úrovni, nikoli na úrovni zdravotních pojišťoven nebo jejich pojistných kmenů. V průběhu devadesátých let 20. století se tak prvky zaměstnaneckého systému, které byly při jeho vzniku do systému vneseny, poměrně rychle

---

<sup>1</sup> Lze počítat rovnou na makroúrovni, protože česká sazba zdravotní daně je jednotná a proporcionální.

vytratily či oslabilo – například si brzy mohl pojištěnec vybrat pojišťovnu bez ohledu na to, kde a zda vůbec pracoval. Stejně tak se postupně ukázalo, že původně zavedené jen částečné přerozdělení pojistného vedlo k motivaci pro cream skimming (motivovat k volbě dané pojišťovny málo rizikové – mladé a zdravé klienty, a naopak odradit ty více rizikové). Výsledkem bylo zavedení tzv. stoprocentního přerozdělení, tedy naopak snaha o to rozdílnou rizikost pojištěnců co nejlépe kompenzovat. Původní představa, že vybrané pojistné bude z velké části garantovaným příjmem konkrétní pojišťovny, kterou si pojištěnec zvolil, tak modelově vzala za své. Naopak se ukazuje, že nemá nyní smysl pojistné odvádět jednotlivým pojišťovnám, ale rovnou do centrálního fondu zdravotního pojištění, odkud by pojišťovny dostaly adekvátně přerozdělenou částku za všechny své pojištěnce najednou.

Přesto se stále objevuje představa, že pojistné za státní pojištěnce by mělo odpovídat (nebo se více přiblížit) výdajům zdravotních pojišťoven za tuto sociální skupinu. To je asi inspirováno faktem, že stávající státní pojištěnci v úhrnu skutečně spotřebují více výdajů, než odpovídá platbě státu. Ovšem tato skupina je krajně heterogenní, jsou to v podstatě všichni pojištěnci, kteří nespádají do jedné z kategorií, které jsou povinny platit pojistné na zdravotní pojištění. Tato skupina tedy žádné segmentaci podle skutečné sociální skupiny neodpovídá. I kdybychom chtěli onen původní ideál sociálního pojištění naplnit, je to umělá konstrukce pro účely zdravotního pojištění, která měla jistý smysl, dokud neexistovalo stoprocentní přerozdělení pojistného a předpokládala se částečná segmentace pojištěnců včetně jimi placeného pojistného u konkrétních pojišťoven. Původní koncepce této kategorie navíc neuvažovala podstatný nárůst podílu jejích členů v populaci, který již nastal vzhledem k vývoji pracovního trhu i charakteru sociálního zabezpečení (zejména systému důchodového pojištění) a který se nadále prohloubí v souvislosti s očekávaným demografickým vývojem, zejména v letech 2040–2060, kdy lze očekávat nejméně příznivý vývoj (Nývt, 2022; ČSÚ, 2018).

Dalším problémem z hlediska sociálních skupin jsou souběhy kategorie státních pojištěnců a dalších kategorií. I když existuje podrobná legislativně daná metodika, jak tyto souběhy (např. student-OSVČ nebo důchodce-zaměstnanec) při platbách zdravotního pojištění řešit, jsou tyto situace velmi komplikované. Výdaje na jednotlivé kategorie pojištěnců lze jen odhadovat, nebo podle nějaké další metodiky přepočítávat u těch, kteří najednou rozdílne typy ekonomických aktivit vykonávají, respektive spadají příjmově do více kategorií.

Souhrnně se tedy ukazuje, že klasifikace podle sociálních skupin má *význam z hlediska kategorizace jejich příjmů a rozložení břemena zdravotní daně*, tedy kdo a z jakých druhů příjmů bude sazbu zdravotní daně platit, ale z hlediska *výdajů systému a kategorizace pojištěnců jako jeho účastníků* v současné době smysl nemá. Tím se pak ztrácí z hlediska plateb

zdravotní daně i smysl „zbytkové“ (z hlediska původní koncepce, nikoli současného podílu) kategorie pojištěnců státních, protože při inkasu zdravotní daně se můžeme zabývat poplatníky této zdravotní daně s příjmy dle paragrafu 6–10 zákona č. 586/1992 Sb. o daních z příjmů (ti ostatní nás zajímat nemusí, neboť nebudou zdravotní daň platit vůbec a můžeme je systémově kompenzovat právě zmíněným transferem z daní všeobecných, nikoli je nutně chápat jako další kategorii plátců pojistného).

### **3 Úloha platby za státní pojištěnce v českém veřejném zdravotním pojištění**

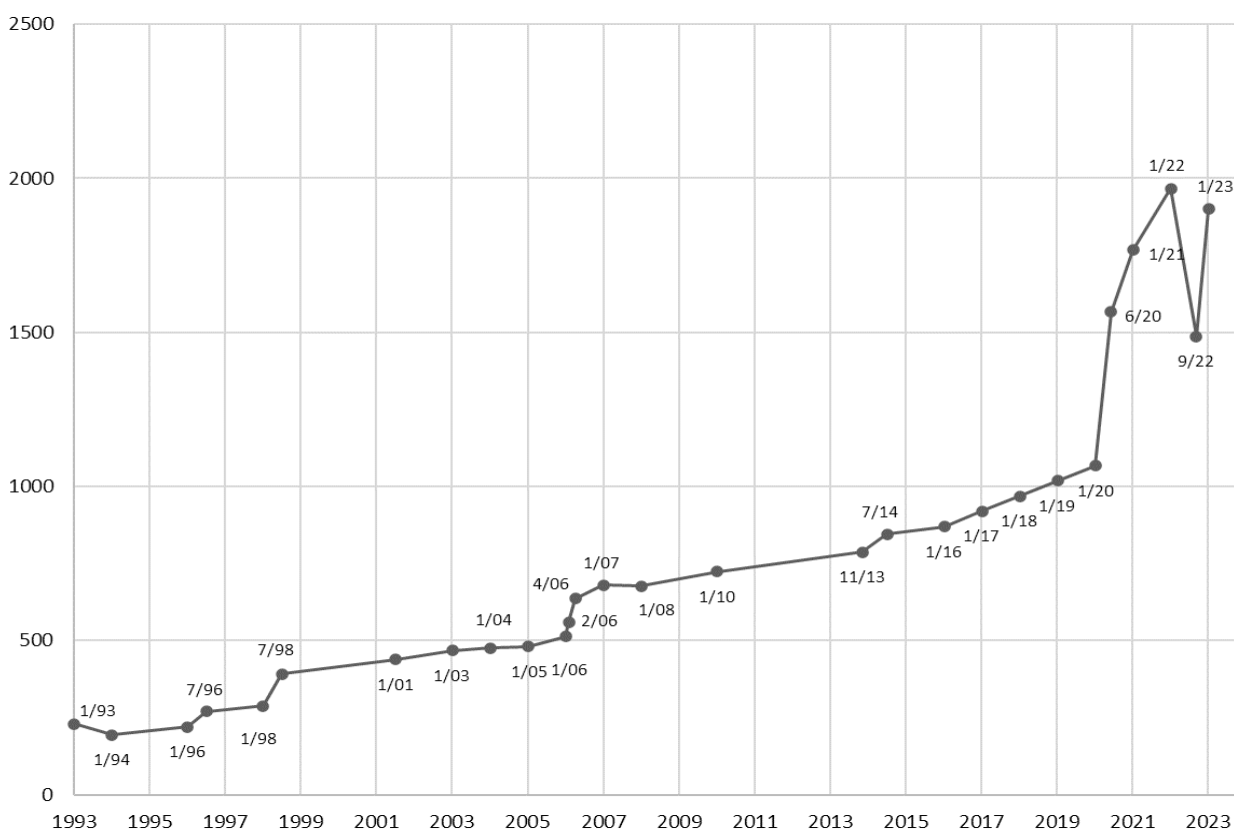
Český systém veřejného zdravotního pojištění je dle platné legislativy (zák. č. 48/1997 Sb.) financován z pojistného, které povinně platí zaměstnanci, OSVČ, tzv. osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP – fakticky osoby bez aktivních příjmů z výdělečné činnosti podle § 6 a § 7 zákona o daních z příjmů) a stát za tzv. státní pojištěnce. Z hlediska teorie veřejných financí se jedná o dva hlavní zdroje financování: proporcionální zdravotní daň z výdělku a platba ze státního rozpočtu, kterou lze kvantifikovat i v jednotkovém vyjádření „na jednoho státního pojištěnce“, ale fakticky se jedná o fiskální transfer, respektive prostou dotaci do systému veřejného zdravotního pojištění ze všeobecných daní (Mertl, 2017).

Důvody pro toto nastavení jsou jak ekonomicky racionální, tak i zvykové a historické. Objem těchto dvou zdrojů a poměr mezi nimi je stanoven arbitrárně, sazba 13,5 procenta je překvapivě stabilní a nezměnila se od startu systému v roce 1993, průběžně se zvyšující částka za státní pojištěnce je stanovována veřejnou volbou. Ekonomicky platí, že mezi těmito zdroji je inverzní vztah: snížení inkasa zdravotní daně (daného základem a sazbou) lze kompenzovat zvýšením dotace ze státního rozpočtu a obráceně. Makroekonomicky se tyto zdroje chovají odlišně. Inkaso z proporcionální zdravotní daně je při dané sazbě přímo závislé na objemu jejích základů – tedy zjednodušeně řečeno výdělků, které závisí na vývoji ekonomiky a míře nezaměstnanosti. Platba ze státního rozpočtu je dosud významně ovlivněna politickým cyklem a v současném paradigmatu relativního zadlužení je výrazně flexibilnějším zdrojem než inkaso zdravotní daně.

V rámci tohoto příspěvku budeme nadále pracovat s oběma složkami českého fiskálního prostoru: procenta z výdělků (příjmů) ekonomicky aktivních osob a dotace ze státního rozpočtu, kterou si v případě zájmu můžeme rozpočítat na jednoho pojištěnce, a celkově významně snižuje odvodové zatížení práce pomocí úhrady části nákladů na zdravotnictví ze všeobecných daní.

Pro případné změny sazby zdravotní daně do budoucna platí, že její dolní mezí je pokrytí úhrnu výdajů na zdravotní péči za osoby, které jsou poplatníky zdravotní daně. Horní mezí je pak požadovaná únosná zátěž výrobního faktoru práce. Platba státu dosud podléhala diskrečním zásahům politiků napříč politickým spektrem, na jejichž rozhodnutí byla dosud plně závislá a podle toho také její vývoj vypadal. Teprve od roku 2016 sledujeme pravidelnější valorizace, pravidelnost však vzala za své od roku 2020 v souvislosti s epidemií covid-19. Reálný vývoj za celou dobu existence platby státu shrnuje Obrázek 2, zobrazený plánovaný vývoj v následujícím období (2022–2023) zhodnotíme v další kapitole příspěvku.

**Obr. 2: Vývoj platby státu za 1 státní pojištěnce, 1993–2023 (dle zák. č. 260/2022 Sb.)**



Zdroj: Mertl (2022), aktualizace dle zák. č. 260/2022 Sb.

Uvedený trend zohledňuje vývoj celé částky. Z hlediska nastavení fiskálního prostoru pro zdravotnictví však odlišujeme tři různé efekty, které se do její výše promítají:

- 1) prostá valorizace ve smyslu zachování její reálné hodnoty ve vazbě na vývoj mzdové či cenové hladiny,
- 2) cílená změna poměru mezi účelovou zdravotní daní a platbou státu – např. chceme-li zvýšit platbu státu fiskálně neutrálně, pak bychom měli současně snížit sazbu (inkaso)

zdravotní daně, neboť tyto dvě složky fiskálního prostoru jsou ve vzájemně inverzním vztahu,<sup>2</sup>

- 3) navýšení<sup>3</sup> objemu peněz do zdravotnictví (reálných veřejných výdajů na zdravotnictví) ze všeobecných daní skrze tento kanál diskrečním (záměrným) zásahem – z důvodu epidemie nebo jiné turbulence, nebo prostého zájmu zvýšit veřejné výdaje na zdravotnictví bez ohledu na stávající poměry ve fiskálním prostoru.

První dva efekty jsou integrovatelné do přizpůsobovacích procesů systému, *ceteris paribus* tedy zachovávají úhrnnou výši veřejných zdrojů na zdravotnictví na stejné *reálné* úrovni (odpovídající zvolenému valorizačnímu schématu). Třetí efekt lze použít pro navýšení veřejných výdajů na zdravotnictví ze všeobecných daní, pokud to je záměrem vlády bez ohledu na stávající poměry ve fiskálním prostoru. Použitelné to je, zejména chce-li vláda zvýšit výdaje trvale (bez časového omezení); pokud se jedná o jednorázové výdaje, může být transparentnější poskytnout prostředky ze státního rozpočtu do centrálního přerozdělení zvlášť, mimo tuto pravidelnou platbu. *Transparentnosti vývoje celé platby za státní pojištění by pak výrazně napomohlo právě odlišení a kvantifikace jednotlivých efektů na ni působících.* V případě racionálního nastavení prvních dvou lze pak lépe odlišit její změny ve smyslu přizpůsobení a provázání k dalším parametrům systému oproti záměrnému navýšení zdrojů pro zdravotnictví skrze tento kanál.

#### 4 Vývoj plateb za státní pojištění

Obrázek 2 ukázal, že zejména navýšení od června 2020 o 500 Kč na jednoho pojištěnce bylo masivní, a celkově za dobu pandemie (leden 2020–leden 2022) došlo téměř k zdvojnásobení platby ze státního rozpočtu do systému veřejného zdravotního pojištění (1 067 versus 1 967 Kč. Návrh státního rozpočtu na rok 2022 předložený v roce 2021 předchozí vládou předpokládal valorizaci částky na 1 967 Kč, tak jak je uvedeno na Obrázku 2.

Nová vláda od začátku svého fungování deklarovala, že tento záměr chce korigovat. Nastalo to zákonem č. 260/2022 Sb., kterým se změnil zákon č. 592/1992 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Tento zákon obsahuje z hlediska platby za státní pojištění dva významné prvky:

- 1) **snížení vyměřovacího základu pro státní pojištění do konce roku 2022 tak, aby celková platba za státní pojištění zůstala stejná jako v roce předchozím**

<sup>2</sup> Touto možností se podrobněji zabýváme v 6. kapitole knihy Mertl (2022).

<sup>3</sup> Analogicky můžeme pochopitelně postupovat i při snížení objemu peněz; zvyšování uvádíme proto, že empiricky je tento proces daleko častější.

Původně bylo předpokládáno, že schválení proběhne s platností od 1. 7. 2022 ve výši měsíčního vyměřovacího základu 11 607 Kč (platby 1 567 Kč za 1 pojištěnce). Vzhledem k prodloužení legislativního procesu nastala změna až od 1. 9. 2022 ve výši 11 014 Kč (1 487 Kč za 1 pojištěnce). Efekt je však shodný: za celý rok 2022 bude úhrnný transfer ze státního rozpočtu zdravotním pojišťovnám nominálně tentýž jako v roce 2021. Tento manévr byl proveden s ohledem na výši rezerv zdravotních pojišťoven (v důvodové zprávě je uvedeno, že zůstatek na účtech zdravotních pojišťoven činil k 31. 12. 2021 51 miliard Kč); zdravotní politika tedy příliš neřešila racionalitu či mechanismus výše výchozí částky jako takové, odůvodnění spočívalo v tom, že rezervy systému veřejného zdravotní pojištění toto snížení „unesou“. Takto lze jistě postupovat, z pohledu ekonomie zdravotnictví je však nutno doplnit, že se jedná o metodu stanovení výše plateb centrálně čistě s ohledem na momentální náklady (a rezervy) systému jako celku, neuvažuje se tedy o individualizaci rezerv na úrovni jednotlivých pojišťoven ani s projekcí zdravotně-pojistných plánů na další období.

## **2) zavedení automatického valorizačního mechanismu pro částku za státní pojištěnce**

Jak vyplývá z teoretické analýzy, dosavadní ad hoc stanovování částky bylo předmětem opakované kritiky (Mertl, 2022). Byly rovněž publikovány návrhy různých možností stanovování této částky (Mechl, 2022; Zdravotnický deník, 2016; Gajdošová, 2018). V zákoně č. 260/2022 Sb. byl nakonec upraven tento způsob valorizace: „Vyměřovací základ se od 1. ledna kalendářního roku vždy zvyšuje o součet růstu cen a jedné poloviny růstu reálné mzdy podle odstavců 3 až 5 a zaokrouhluje se na celé koruny nahoru“. Následně zákon definuje způsob kalkulace reálné mzdy ve zmíněných odstavcích ve vazbě na vývoj cenové hladiny a časovou působnost daného mechanismu poprvé od 1. 1. 2024. Pozitivem tohoto kroku je nepochybně zavedení mechanismu automatické valorizace a shoda zákonodárců na jeho konkrétní podobě. Posun startu automatické valorizace na rok 2024 (oproti původnímu záměru od roku 2023), kdy snad již bude inflace opět pod kontrolou, byl vedle odložení data schválení zákona pravděpodobně ovlivněn též cílem neaplikování zvoleného schématu do podmínek současné dvouciferné inflace. Pro rok 2023 byl tudíž tímto zákonem stanoven ještě „pevný“ vyměřovací základ 14 074 Kč, tedy částka 1 900 Kč (což je stále méně, než byla původní částka 1 967 Kč pro rok 2022).



Výraznou otázkou je zvolený způsob valorizace a jeho fiskální náročnost. Je zřejmé, že byla zvolena varianta, která garantuje zachování reálné hodnoty platby za státní pojištěnce a z poloviny promítá do její výše i (případný) růst reálných mezd (tedy vyměřovacích základů pro osoby s výdělkem přepočteného dle vývoje indexu spotřebitelských cen, jak je definováno v odst. 4 čl. I zák. č. 260/2022 Sb.). To je z hlediska konstrukce fiskálního prostoru pro zdravotnictví spolehlivá a logická metoda, protože reálná hodnota platby má vazbu na pokrytí nákladů poskytování péče ve zdravotnictví, na něž vývoj cenové hladiny přímo dopadá, a reálný růst mezd odráží (v daném případě z poloviny) nárůst v další složce fiskálního prostoru pro zdravotnictví, tedy inkasu zdravotní daně, a přenáší ho částečně i do této složky. Nicméně je to také metoda poměrně fiskálně náročná na všeobecné daně, potažmo tedy státní rozpočet, což může komplikovat fiskální udržitelnost. Budoucnost tedy ukáže, zda inkaso všeobecných daní bude dostačovat k financování těchto veřejných výdajů na zdravotnictví. Jinak řečeno, při sestavování budoucích státních rozpočtů (od roku 2024) bude nutné myslet na tuto automaticky měněnou položku a zajistit ze všeobecných daní zdroje pro její financování.

## **Závěr**

V průběhu epidemie covid-19 došlo k mimořádnému zvyšování tzv. pojistného za státní pojištěnce. Tato platba, zavedená do českého veřejného zdravotního pojištění při jeho vzniku v roce 1993, je z hlediska teorie veřejných financí transferem ze státního rozpočtu zdravotním pojišťovnám a má inverzní vztah k pojistnému vybíranému procentem z výdělku (příjmů), tedy účelové proporcionalní zdravotní dani. V letošním roce nastaly ohledně této platby další podstatné změny.

Fakticky se zavedla automatická valorizace existující částky od roku 2024 a mírně zkorigoval její předchozí nárůst v průběhu pandemie covid-19. Pokud chceme zachovat daný poměr příjmů ze zdravotní daně a transferu ze státního rozpočtu, je tento postup dostačující. Jiným problémem je to, zda je tento poměr (a tím i sazba zdravotní daně) nastaven vhodně, to ale provedené legislativní úpravy neměly ambici řešit, jakkoli se ve veřejném diskursu i odborné literatuře (Mertl, 2022, kap. 6) tyto úvahy objevují.

V každém případě je zjevné, že obě složky českého fiskálního prostoru pro zdravotnictví, tedy zdravotní daň a transfer ze státního rozpočtu, jsou životaschopné a mají v legislativním procesu české veřejné volby podporu do budoucna. To, že dosud jsou chápány „postaru“ jako pojistné za jednotlivé skupiny pojištěnců je z hlediska teorie veřejných financí málo podstatné, stejně tak nelze očekávat, že by došlo reálně k posunu k individualizaci těchto plateb podle příslušnosti pojištěnců k jednotlivým pojišťovnám, naopak by bylo účelné

samotný výběr zdravotní daně centralizovat pod Finanční správu či Českou správu sociálního zabezpečení. Vývoj i teorie ekonomie zdravotnictví již prokázaly, že je účelné přerozdělovat celé povinně vybrané pojistné, má-li v systému efektivně fungovat více zdravotních pojišťoven. Odpověď na otázku, která je v názvu tohoto příspěvku, je tedy následující. Platba za státní pojištění byla před úpravami v letošní legislativě z určitého pohledu reliktem nastavení systému z počátku devadesátých let. Neznamená to však, že bychom se jí museli zbavit. Významným krokem k tomu je zavedení automatické valorizace této částky. Bude-li úspěšně integrována i do praktického procesu tvorby státního rozpočtu, bude tato částka v čase výrazně funkčnější než dosud. Do budoucna tak může být jedním z fiskálních nástrojů pro zdravotnictví, zvláště pokud se navíc zamyslíme nad tím, v jaké úrovni má být, respektive čemu má její nastavení v poměru k objemu prostředků vybíraných formou zdravotní daně odpovídat.

## Reference

- Cashin, C., & Tandon, A. (2010). *Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective*. Washington: World Bank.
- ČSÚ. (2018). *Projekce obyvatelstva České republiky - 2018–2100*. Dostupné 1. 9. 2022, z Český statistický úřad: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>
- Gajdošová, E. (2018). Discussion of the Impact of Changes in the Selected Structural Elements of Public Expenditures on Their Amount: the Case of Payments for State Insured Persons in the Czech Health System. *Teoretické a praktické aspekty veřejných financí – XXIII. ročník mezinárodní odborné konference* (str. 16). Praha: VŠE.
- Hamerníková, B., & Maaytová, A. (2010). *Veřejné finance* (2. vyd.). Praha: Wolters Kluwer.
- Heller, P. (2006). The prospects of creating ‘fiscal space’ for the health sector. *Health Policy and Planning*, 26(2), stránky 75–79.
- Cheng, J. W., & Pitterle, I. (2018). Towards a more comprehensive assessment of fiscal space. V *UN Working Papers 153*. UN Department of Economics and Social Affairs.
- Meheus, F., & McIntyre, D. (2017). Fiscal space for domestic funding of health and other social services. *Health Economics, Policy and Law*, 12(02), 159-177. Dostupné 2. 9. 2022, z <https://cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/fiscal-space-for-domestic-funding-of-health-and-other-social-services/eff97d6118b86aa9fd473c318d5bd0fe>
- Mechl, D. (2022). Alternativy určování výše plateb pojistného za státní pojištění. *Fórum sociální politiky*, 16(3), stránky 11–18.

- Mertl, J. (2017). The possibilities of transition from health insurance contributions to earmarked health tax in the Czech Republic. *Ekonomický časopis*, 65(7), stránky 668-687.
- Mertl, J. (2022). *Financování zdravotnických systémů v kontextu české zdravotní politiky*. Praha: Wolters Kluwer.
- Nerlich, C., & Reuter, W. H. (2016). Fiscal Rules, Fiscal Space, and the Procyclicality of Fiscal Policy. *Finanzarchiv*, 72(4), 421-452. Získáno 3. 1. 2020, z [https://ideas.repec.org/a/mhr/finarc/urnsici0015-2218\(201612\)724\\_421frfsat\\_2.0.tx\\_2-k.html](https://ideas.repec.org/a/mhr/finarc/urnsici0015-2218(201612)724_421frfsat_2.0.tx_2-k.html)
- Nývlt, O. (2022). Projekce ekonomické aktivity osob starších 60 let v Česku do roku 2050. *Demografie*, 64(3), stránky 217–234.
- PAHO. (2020). *Fiscal Space for Health in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization. Dostupné z <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52410>
- Powell-Jackson, T., Hanson, K., & McIntyre, D. (2012). *Fiscal Space for Health: A Review of the Literature*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Vostatek, J. (2013). Politická ekonomie financování zdravotní péče. *Politická ekonomie*, 61(6), stránky 834–851.
- Wolfe, R., & Powell-Jackson, T. (2013). *Topic Overview: Fiscal space for health*. Získáno 3. 1. 2020, z <http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/resyst/fiscal-space-for-health.pdf>
- Zdravotnický deník. (2016). Ministerstvo navrhuje pro valorizaci plateb za státní pojištění zlatou střední cestu. *Zdravotnický deník*. Dostupné 1. 9. 2022, z <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/01/ministerstvo-navrhuje-pro-valorizaci-plateb-za-statni-pojistence-zlatou-stredni-cestu>

## **Kontakt**

Jan Mertl

Vysoká škola finanční a správní

Estonská 500

101 00 Praha 10

e-mail: [jan.mertl@outlook.com](mailto:jan.mertl@outlook.com)