



Úřad pro ochranu hospodářské soutěže
Tř. Kpt. Jaroše 7
604 55 Brno

V Praze dne 21.11. 2011

Stížnost na omezování hospodářské soutěže zakázanou dohodou, nedovoleným jednáním ve shodě a zneužíváním dominantního postavení zdravotními pojišťovnami v ČR

Stěžovatel podává stížnost na jednání

Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR
Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky
České průmyslové zdravotní pojišťovny
Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
Zaměstnanecké pojišťovny Škoda
Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky
Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny
Zdravotní pojišťovny METAL – ALIANCE

I.

Stěžovatel je zájmové sdružení právnických osob založené podle § 20f Občanského zákoníku, zapsané v registru zájmových sdružení právnických osob u Magistrátu hlavního města Prahy podle zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, pod reg. č. 44/565/01.

Stěžovatel sdružuje 128 nemocnic a obdobných zařízení z celkového počtu 189 v celé ČR. Jeho členy jsou nemocnice založené nebo zřízené kraji, městy, nemocnice soukromé a nemocnice církevní.

Stěžovatel podle svých stanov formuluje a prosazuje společné ekonomické a jiné zájmy svých členů a uplatňuje je mimo jiné i ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám. Jako právnická osoba oprávněná hájit zájmy soutěžitelů je podle § 54 odst. 1. obchodního zákoníku oprávněn uplatnit právo, aby se rušitel protiprávního jednání zdržel a aby odstranil závadný stav.

Právní vztahy nemocnic – členů stěžovatele a zdravotních pojišťoven se mimo veřejnoprávních předpisů řídí obchodním zákoníkem a tudíž podléhají právní úpravě ochrany hospodářské soutěže.

Všichni členové uvedeného sdružení jsou zapsáni v obchodním rejstříku. Většina z nich jsou obchodní společnosti. Mají uzavřeny smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče s většinou zdravotních pojišťoven. Tyto smlouvy jsou uzavřeny na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. Uvedená vyhláška ve své příloze č. 4 Čl. 2 odst. 1) stanoví, že právní vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče. *„Ve věcech neupravených těmito právními předpisy a smlouvou se řídí obchodním zákoníkem.“*

Textově shodné ujednání obsahují také „typové“ smlouvy, sjednané mezi asociacemi nemocnic na jedné straně a jednotlivými zdravotními pojišťovnami na straně druhé, stejně jako smlouvy mezi jednotlivými nemocnicemi a zdravotními pojišťovnami.

Veřejnoprávní předpisy o zdravotním pojištění a o poskytování zdravotní péče neupravují jednání smluvních stran z hlediska účasti na hospodářské soutěži jak mezi plátcí zdravotního pojištění a poskytovateli zdravotní péče, tak mezi plátcí a poskytovateli navzájem. Rovněž nestanoví pravidla pro postup a jednání smluvních stran při uzavírání smluv ani podrobná pravidla pro jejich postup při jejich ukončování. Rámcová smlouva, vydaná vyhláškou č. 618/2006 Sb. upravuje pouze dobu účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy, stejně tak i uzavřené smlouvy.

Z výše uvedeného stěžovatel vyvozuje, že ostatní jednání a postup smluvních stran ve věcech uzavírání a vypovídání smluv, neupravené veřejnoprávními předpisy nebo smlouvou, se řídí obchodním zákoníkem, včetně jeho § 41 - § 55 a v návaznosti na § 42 též zákonem č. 143/2001 Sb., o ochraně hospodářské soutěže.

Hospodářské soutěže se poskytovatelé zdravotní péče účastní ve vzájemných vztazích a soutěží mimo jiné o získání nejlepších podmínek pro poskytování této péče včetně podmínek ve smlouvách a úhradách od zdravotních pojišťoven. Také zdravotní pojišťovny mezi sebou soutěží o nejlepší zajištění zdravotní péče pro své pojištěnce ve smlouvách i v úhradách této péče. Mezi sebou však soutěží také na jedné straně zdravotní pojišťovny jako plátcí zdravotní péče a na straně druhé poskytovatelé této péče, mimo jiné o podmínky poskytování a úhrady této péče.

Podle § 41 obchodního zákoníku i ty právnické osoby z řad nemocnic a zdravotních pojišťoven, které nejsou podnikateli a účastní se výše popsané hospodářské soutěže, mají právo svobodně rozvíjet svou soutěžní činnost a sdružovat se k výkonu této činnosti, jsou však povinny přitom dbát právně závazných pravidel hospodářské soutěže a nesmějí účast v ní zneužívat.

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny jsou sdruženy ve Svazu zdravotních pojišťoven ČR. Také VZP ČR byla členem obdobného jiného sdružení zdravotních pojišťoven. K jejich činnosti z hlediska hospodářské soutěže nebylo ze strany žalobce připomínek. Rovněž stěžovatel - Asociace českých a moravských nemocnic (dále jen AČMN) – hájí zájmy a sjednocuje postup svých členů včetně smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami. Nikdy však v její činnosti nedošlo k uzavírání jakýchkoli dohod a závazků v tomto směru. Orgány AČMN přijímají pouze doporučení k jednání svých členů ve smluvních vztazích se zdravotními pojišťovnami bez jakékoli

závaznosti. Rovněž kancelář AČMN poskytuje členům informace a právní stanoviska, které mají pouze informativní nebo doporučující charakter.

II.

Přelom ve výše popsaných vztazích mezi zdravotními pojišťovnami a nemocnicemi představuje dokument, nazvaný „Memorandum zdravotních pojišťoven o restrukturalizaci a redukci lůžkového fondu – nemocničních lůžek“ ze dne 31.10.2011, podepsaný statutárními zástupci všech zdravotních pojišťoven (dále jen Memorandum).

Za Ministerstvo zdravotnictví signoval Memorandum náměstek ministra zdravotnictví, který není statutární zástupcem.

V uvedeném dokumentu se všechny zdravotní pojišťovny dohodly na společném postupu všech zdravotních pojišťoven směřujícím k zamezení automatického prodloužení účinnosti smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče se všemi nemocnicemi v ČR, které je sjednáno ve smlouvách. Dále na tom, že ostatní smlouvy vypoví. Dále na tom, že uzavírání nových smluv z jejich strany bude probíhat koordinovaně.

K tomu chce stěžovatel podotknout, že ustanovení o automatickém prodlužování smluv neobsahuje vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. Do smluv jej prosadily zdravotní pojišťovny poté, kdy nemocnice hromadně odmítly uzavírat nové smlouvy s ujednáním o volbě práva podle obchodního zákoníku a s prodloužením doby splatnosti úhrad u největší pojišťovny VZP ČR. Až do poloviny roku 2007 trval stav, kdy mezi většinou nemocnic a zdravotními pojišťovnami nebyly uzavřeny písemné smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Hrozící rozpad sítě poskytování nemocniční péče přiměl nemocnice k ústupu a k souhlasu s prodloužením účinnosti dřívějších smluv o jeden rok.

Stěžovatel považuje za paradoxní, že v přijatém Memorandu se zdravotní pojišťovny dohodly na hromadném ukončení automatického prolongování smluv, které sami prosadily a odmítají se řídit obchodním zákoníkem včetně jeho pravidel hospodářské soutěže, který nemocnicím vnutily.

Přijaté Memorandum je pokračováním tlaku, který zdravotní pojišťovny s VZP ČR jakožto hlavním iniciátorem vyvíjejí na nemocnice po celý rok 2011. Snaha o redukci oddělení nemocnic, oborů poskytování péče a jednotlivých pracovišť byla obsažena v tlaku na jednotlivé nemocnice a změnu jejich smluv. Neúspěšný výsledek většiny těchto jednání vedl k jednání s kraji, které jsou zřizovateli téměř poloviny regionálních nemocnic. Ani tato jednání, již za účasti Ministerstva zdravotnictví, nevedla k požadovanému výsledku. Na tiskové konferenci při podpisu Memoranda bylo sděleno, že z požadovaných 10 tisíc lůžek se podařilo dosáhnout dohody o snížení o pouhých 1 600 lůžek včetně fakultních nemocnic. (Záznam z tiskové konference konané 31.10.2011 na Ministerstvu zdravotnictví při příležitosti podepsání Memoranda http://www.mzcr.cz/dokumenty/memorandum-zdravotnich-pojistoven-a-restrukturalizaci-a-redukci-luzkoveho-fondu-nemocnicnich-luzek_5554_1.html)

Z toho stěžovatel vyvozuje, že čeho se zdravotním pojišťovnám nepodařilo dosáhnout vyjednáváním o smlouvách s jednotlivými nemocnicemi – což stěžovatel považuje za jednání s pravidly hospodářské soutěže – toho se pokusily dosáhnout mimoekonomickým tlakem prostřednictvím orgánů veřejné správy. Když ani zde neuspěly, přešly k otevřenému jednání ve shodě na základě písemné a zveřejněné dohody.

Pokud by na základě samotného textu Memoranda byly pochybnosti, zda jde o dohodu, která má za cíl narušení hospodářské soutěže, nebo má nebo může mít protisoutěžní následek, lze vůli účastníků Memoranda „jednat ve shodě“ posoudit v kontextu jejich vyjádření na výše uvedené tiskové konferenci. Náměstek ministra zdravotnictví Ing. Nosek již v úvodu dohodu charakterizoval jako první historický krok, *„kdy došlo k dohodě zdravotních pojišťoven o společném postupu vůči smluvním zdravotnickým zařízením.“*

Stěžovatel na zasedání nejvyššího orgánu AČMN mezi shromážděními delegátů AČMN - Rady AČMN přijal stanovisko k Memorandu, Rada současně uložila obrátit se na Úřad pro ochranu hospodářské soutěže s podnětem na ochranu před nedovoleným jednáním účastníků hospodářské soutěže.

Své stanovisko přijala i Asociace krajů ČR v otevřeném dopisu ministroví zdravotnictví, dále Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR nebo Svaz pacientů ČR.

Stěžovatel nemůže mít námitky proti tomu, když kterákoliv ze zdravotních pojišťoven uplatní svá práva v souladu se smlouvou a právními předpisy, dá najevo svou vůli zamezit automatickému prodloužení smlouvy nebo smlouvu vypoví. Avšak dohodu všech zdravotních pojišťoven, vyjadřující vůli jednat ve shodě při ukončování stávajících smluv a uzavírání smluv nových, navíc dohodu písemnou a veřejně deklarovanou na tiskové konferenci v budově Ministerstva zdravotnictví, považuje za dohodu, která vede k narušení hospodářské soutěže, za dohodu zakázanou. A to jak z hlediska cíle, který je formulován v dohodě, tak i z hlediska očekávaných následků jednání účastníků této dohody.

Stěžovatel má zato, že postup účastníků dohody v rozporu s obchodním zákoníkem i se zákonem o hospodářské soutěži omezuje právo jednotlivých nemocnic samostatně a nezávisle stanovovat svůj postup ve smluvních vztazích s každou jednotlivou zdravotní pojišťovnou a podmínky, které chce nabízet pro její pojištění.

Stejně tak postup účastníků dohody podle názoru stěžovatele narušuje i hospodářskou soutěž mezi samotnými zdravotními pojišťovnami. Na jednání stěžovatele s ministrem zdravotnictví ve věci Memoranda dne 8.11.2011 ministr L. Heger a přítomný náměstek pro zdravotní pojištění P. Nosek zástupcům AČMN sdělili, že jediným cílem Memoranda je zabránit tomu, aby některá zdravotní pojišťovna nevyužila ukončení smluv ze strany jiné zdravotní pojišťovny.

I při takové interpretaci dohody stěžovatel považuje za nepřijatelné a neslučitelné s hospodářskou soutěží, aby nejistota, která je přirozeným jevem, ba atributem jakéhokoli obchodního jednání, byla z jednání zdravotních pojišťoven odstraněna, kdežto do jednání nemocnic zastupovaných stěžovatelem o to více vnesena.

Hromadné ukončování smluv jednou skupinou smluvních stran se všemi smluvními partnery v celostátním měřítku stěžovatel považuje za krok, který nemá obdoby nejen ve zdravotnictví, ale ani v moderních dějinách smluvních vztahů v ČR. K takovému kroku nedošlo, pokud je žalobci známo, v žádné ze zemí EU. Ani ve Slovenské republice, kde je deficit veřejného zdravotního pojištění kritický, k takovému kroku nebylo přistoupeno. Všeobecná zdravotná poisťovňa vypovídá smlouvy nemocnicím sama a pouze některým.

Stěžovatel je názoru, že již v samotném obsahu dohody je vyjádřen cíl narušit, respektive omezit hospodářskou soutěž, a že není nutné zkoumat její případný protisoutěžní následek. Přesto již z výše uvedeného je zřejmé, že dohoda musí vést přinejmenším ke změně stupně nejistoty budoucího chování soutěžitelů. Ke zvýšení jistoty na straně soutěžitelů – plátců zdravotního pojištění a ke snížení jistoty na straně soutěžitelů – poskytovatelů zdravotní péče. Toto jako podmínka alespoň potenciálního narušení hospodářské soutěže by byla při zkoumání protisoutěžního následku podle ustáleného právního názoru splněna (např. č. 1878/2009 Sb. NSS).

Stěžovatel je názoru, že dohoda v Memorandu patří k dohodám zakázaným podle § 3 odst. 2, zákona č. 143/2001 Sb., neboť obsahuje přinejmenším ujednání:

- k omezení nemocniční péče a její smluvní kontrole, jakož i omezení využití nemocničních investic ve smyslu písm. b) této části zákona, vycházejících z předpokladů relativní trvalosti a dlouhodobosti smluvních vztahů,
- k uzavření smlouvy vázané na další plnění podle písm. d) téže části uvedeného zákona, kterým má být omezení rozsahu poskytované zdravotní péče nemocnicí,
- k uplatnění rozdílných podmínek vůči jednotlivým soutěžitelům ve smyslu ustanovení e) téže části zákona tím způsobem, že shodné podmínky uplatňuje vůči rozdílným soutěžitelům (malým a velkým nemocnicím v personálním a technickém vybavení, v počtu prováděných operací a vyšetření), čímž jsou zejména menší nemocnice znevýhodněny.

Za zvlášť závažnou okolnost stěžovatel považuje, že tuto dohodu uzavřeli soutěžitelé, kteří mají společně dominantní postavení představující 100 % tržního podílu plátců zdravotní péče. To jim umožňuje chovat se zcela nezávisle na poskytovatelích zdravotní péče – svých smluvních partnerech. Stěžovatel upozorňuje na nález Ústavního soudu, v němž tento odkazuje, že „z judikatury Evropského soudního dvora, z níž vyplývá, že velmi vysoký tržní podíl překračující hranici 75 %, držený po relativně dlouhou dobu, je tak silnou indicií, že pro prokázání dominantního postavení není většinou třeba posuzovat další kritéria ...“ (Sbírka nálezů a usnesení, svazek 46, nález č. 110, II. ÚS 192/05).

III.

Podle stěžovatele přitom nejde o dohodu ve smyslu § 3 odst. 4 písm. a) zákona č. 143/2001 Sb., která by mohla přispět ke zlepšení poskytování zdravotní péče a její dostupnosti a z níž občané – pojištěnci, a poskytovatelé zdravotní péče – nemocnice, budou mít přiměřený podíl na výhodách z toho plynoucích, ač takto se snaží účastníci Memoranda své cíle a jejich dopady interpretovat.

Neexistuje analýza, studie či jiný ekonomický materiál, dokazující, že propagovaná úspora 10 tisíc nemocničních lůžek přinese ekonomické úspory v systému zdravotního pojištění nebo povede ke zlepšení kvality péče o pojištěnce. Stěžovatel potřebuje za nutné zdůraznit, že záměr snížit počet lůžek v nemocnicích není obsažen v programovém prohlášení vlády, ani v žádném dokumentu schváleném vládou, poslaneckou sněmovnou či jiným relevantním orgánem veřejné správy. Neexistuje ani jeden koncepční materiál Ministerstva zdravotnictví, z něhož by bylo možné usuzovat, že snížení počtu lůžek v nemocnicích, rušení oddělení a oborů nebo celých nemocnic je součástí ucelených reformních záměrů tohoto ministerstva.

Lze poukázat na to, že ředitel VZP ČR P. Horák na výše uvedené tiskové konferenci nedokázal odpovědět na otázku, kolik chce ušetřit peněz zrušením 10 tisíc lůžek.

Požadavek na snížení počtu lůžek akutní péče o 10 tisíc (téměř 20 % lůžek z celkového počtu 51 873 akutních lůžek; Ústav zdravotnických informací a statistiky, Nemocnice v ČR v 1. pololetí 2011) vznikl v prostředí VZP ČR, kterou byl poprvé veřejně formulován a až poté jej převzaly některé složky Ministerstva zdravotnictví. Sám ministr L. Heger posléze podpořil záměr snižování počtu lůžek, ale jak je veřejně známo, vždy však hovořil o počtech nižších a v časovém rozmezí trvajícím několik let. Jak již bylo uvedeno, podpisu Memoranda ani následující tiskové konference se nezúčastnil.

Podle názoru stěžovatel je prokazatelné, že snižování počtu lůžek a rušení nemocnic není oficiální politikou státu na základě rozhodnutí jeho orgánů. Stěžovatel však není schopen prokázat, že neexistence koncepčních materiálů a rozhodnutí veřejné správy přímo souvisí s tím, že za kampaní ke snižování počtu lůžek a počtu nemocnic nestojí oficiální rozhodovací struktury, nýbrž vlivné zájmové kruhy přímo ve zdravotnictví, propojené se zdravotními pojišťovnami a dalšími vlivnými finančními kruhy.

Lze poukázat na to, že je uměle vytvořen mýtus o nadbytku lůžek v ČR. V zemích s obdobným vývoje a tradicemi zdravotnictví je nemocnic i nemocničních lůžek více. V ČR je 189 nemocnic, v Rakousku je na 8 milionů obyvatel 272 nemocnic, v SRN přes 4 tisíce nemocnic. V Rakousku je to 6 lůžek/tisíc obyvatel, v ČR jen 5,5 lůžek/tisíc obyvatel. V Rakousku je malých, levných nemocnic do 200 lůžek 167, u nás jen 95. V Rakousku malé nemocnice poskytují 62 % péče, u nás jen 16 %.

Rušením lůžek se neušetří nic. Nemocnice nejsou a nikdy nebyly placeny za počet lůžek. Rušením menších regionálních nemocnic, o které především jde, se poskytováním zdravotní péče může jen prodrazdit. Nemocniční péči bude nutné poskytnout, jen se běžná, méně náročná péče z relativně levnějších malých a středních nemocnic bude muset přesunout do těch dražších.

Z výše uvedeného je rovněž zřejmé, že v Memorandu nejde o dohodu, jejíž dopad na hospodářskou soutěž je zanedbatelný ve smyslu poslední věty § 3 odst. 1 zákona č. 143/2001 Sb.

Dále chce stěžovatel upozornit, že zdravotní pojišťovny nejsou ke snižování počtu lůžek a rušení nemocnic nuceny ani svou ekonomickou situací. Výběr pojistného všemi zdravotními pojišťovnami za období leden – říjen 2011 dosáhl 102,29 %

stejného období předchozího roku a zvýšil se o 3,976 mld. Kč. Všechny zdravotní pojišťovny úhrady nemocnicím platí ve sjednaných termínech, což zejména u VZP ČR nebylo v minulosti samozřejmostí. Zůstatky na účtech všech zdravotních pojišťoven k 30.6.2011 dosahovaly 14 mld. Kč. Výjimkou byla VZP ČR, jejíž situaci řeší změna zákona č. 48/1997 Sb., která umožní jednu třetinu zůstatků zaměstnaneckých pojišťoven využít pro potřeby VZP ČR.

Jestli stěžovatel v předchozím poukázal na protiprávnost postupu zdravotních pojišťoven z hlediska právních předpisů platných v době přijetí Memoranda, chtěl by připomenout, že jednání těchto pojišťoven na jeho základě by se uskutečňovalo již v době, kdy nabudou účinnosti nové právní předpisy. Dne 1.12.2011 nabude účinnosti zásadní novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, následně dalších již schválených reformních zákonů o zdravotnictví, které významně posunou právní prostředí v tomto odvětví dále k tržní ekonomice a širšímu uplatnění hospodářské soutěže.

V rozporu s tím by bylo působení zdravotních pojišťoven na základě Memoranda, vytvářející deformované tržní prostředí a na jeho základě vzniklé smluvní vztahy, které by jednání účastníků hospodářské soutěže ovlivňovaly po řadu příštích let. Stěžovatel považuje za až zarážející, jak se mohly při reformních snahách o prohloubení tržní ekonomiky ve zdravotnictví uplatnit metody připomínající centralizované řízení zdravotnictví mnoho desetiletí zpět.

IV.

Stěžovatel je názoru, že dohoda zdravotních pojišťoven v Memorandu je v rozporu se zákonem, je dohodou zakázanou a tudíž neplatnou.

Určení neplatnosti uvedené dohody však nebrání zdravotním pojišťovnám společně postupovat i podle neplatné dohody, nebo uzavřít jinou dohodu o jednání ve shodě nebo ve shodě jednat i bez písemné dohody. Proto stěžovatel považuje za důležité, aby účastníkům dohody bylo uloženo, aby se zdrželi jednání ve shodě ve všech uvedených případech, tj. aby se zdrželi jednání ve shodě ve smluvních vztazích se zdravotnickými zařízeními.

Stěžovatel přitom upozorňuje na skutečnost, že VZP ČR sama představuje účastníka dohody v Memorandu, který má dominantní podíl mezi všemi jejími účastníky a jehož jednání i samotného může mít obdobné účinky jako jednání všech účastníků ve shodě.

Tržní podíl tohoto účastníka dosahuje celostátně 63 % tržní síly na straně plátců zdravotní péče (podle podílu na celkovém počtu pojištěnců, za něž hradí zdravotní péči) a dokonce přes 70 % v pěti krajích ČR (vyhláška MZ č. 396/2010 Sb., stanovící pro účely úhrady zdravotní péče podíl pojištěnců jednotlivých pojišťoven v jednotlivých krajích k celkovému počtu pojištěnců).

V.

Stěžovatel je názoru, že k odstranění protiprávního stavu je potřeba, aby v nejkratší době byly upraveny poměry účastníků a to tak, aby byl zachován současný stav. Má

důvodnou obavu, že by jednání zdravotních pojišťoven vyjádřené v Memorandu vedlo k nevratným následkům jak pro zdravotnická zařízení, která zastupuje, tak pro občany ve spádových územích, v nichž poskytují lůžkovou i ambulantní péči, tak i pro zaměstnance nemocnic, jakož i pro města a regiony, kde jsou nemocnice často největšími zaměstnavateli.

Dále je stěžovatel názoru, že důvodem k urychlenému rozhodnutí v zájmu ochrany hospodářské soutěže je obava, že by výkon přijatého rozhodnutí byl ohrožen, neboť záměry účastníků hospodářské soutěže vyjádřené v Memorandu a jednání na tom založené by do doby rozhodnutí mohly být dokonány.

K tomu stěžovatel uvádí:

V podstatě administrativním rušením některých regionálních nemocnic by byla zásadně omezena dostupnost zdravotní péče pro občany v jejich spádovém území. Nemocnice zastupované stěžovatelem ze 70 – 80 % poskytují akutní a neodkladnou zdravotní péči včetně ambulantní a pohotovostních služeb, kterou v disponibilním čase a bez kooperace se sousedními nemocnicemi a dalšími zdravotnickými zařízeními nebude možné zajistit.

Obdobné důsledky bude mít nucené omezování rozsahu poskytované péče v dalších nemocnicích. Většina regionálních nemocnic je již v současné době v krajně nepříznivé ekonomické situaci. Po řadu let se rozvírají nůžky mezi úhradami těmto nemocnicím a fakultním i jiným největším nemocnicím. Na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví je od roku 2007 soustřeďována specializovaná péče a tím i její úhrady do tzv. center především ve fakultních nemocnicích (v rozsahu téměř 28 mld. Kč v roce 2010 – Zpráva vlády o hospodaření zdravotních pojišťoven v roce 2010). Z důvodu nedostatku zejména lékařů v některých oborech regionální nemocnice samy redukovaly svou péči a zrušily řadu oddělení. Další omezení rozsahu poskytované péče vnucené zdravotními pojišťovnami by mělo devastující účinek na jejich finanční stabilitu, odměňování zaměstnanců a možnosti jakékoli obnovy investic a vedlo by k zániku řady z nich.

Zatím pronikla na veřejnost jména jen části nemocnic, které mají být částečně či zcela zrušeny. Brání tomu samy nemocnice, u nichž jen pouhé zveřejnění jejich ohrožení by vedlo ke znepokojení zaměstnanců, k předčasným odchodům některých klíčových odborníků. Ale i k tomu, že nemocnice by nedostaly úvěry, které již nyní nezbytně potřebují k běžnému provozu (včetně kontokorentů) nebo že jejich dodavatelé by přistoupili k omezování lhůt splatnosti dodávaných léků, potravin, zdravotnického materiálu i energií.

Nemocnice jsou přitom v řadě měst a regionů největšími zaměstnavateli a největšími odběrateli zboží a služeb zabezpečovaných přímo z regionu. Existenční nejistota a ohrožení nemocnic by vedla k ohrožení podnikání a hospodářské činnosti řady subjektů a k deformacím regionálního trhu.

Uskutečňování kroků dohodnutých v Memorandu a postup pojišťoven ve shodě by donutil i nemocnice jednat ve shodě. Již na 28.11. 2011 je svoláno mimořádně zasedání nemocnic sdružených v AČMN za účasti zástupců asociace krajů a odborových organizací, na němž bude navrženo zmocnit orgány AČMN ke koordinaci kroků vůči zdravotním pojišťovnám.

Lze předpokládat, že jednání na základě kartelové dohody zpochybní jednotlivé nemocnice a právně napadnou ukončení smluv zdravotními pojišťovnami.

Dále lze předpokládat, že nemocnice odmítnou jednat o nových smlouvách pod nátlakem. Důsledkem by byl bezprávný stav po skončení účinnosti nynějších smluv a v jeho důsledku právní nejistota nejen nemocnic, ale i samotných pojišťoven a především pacientů a všech občanů.

Rovněž by mohly být v budoucnosti právně zpochybněny všechny smlouvy, které by se pojišťovnám pod nátlakem podařilo uzavřít.

AČMN, všechny odborové organizace ve zdravotnictví a Svaz pacientů ČR jako první signatáři dne 21.11.2011 podepsali Antimemorandum jako dokument a výzvu ke společnému postupu vůči zdravotním pojišťovnám, určenou především krajům, městům i obcím ohroženým rušením nemocnic a jejich částí, jakož i dalším účastníkům.

Vše výše uvedené hrozí odehrát se v situaci zvýšeného napětí ve zdravotnictví, kdy stát je ochoten splnit své závazky zvýšit platy lékařů a dalších zdravotnických pracovníků o 10 % pouze zčásti a jen v nemocnicích přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví. Protože nejsou zajištěny prostředky na zvýšení úhrad regionálním nemocnicím, je vyloučeno, aby ve ¾ nemocnic došlo k jakémukoli zvýšení platů. Ze strany odborových organizací již jsou připravovány společné protestní akce, které rozsahem i dopadem mohou překonat protesty samotných lékařů z počátku roku 2011.

Stěžovatel je názoru, že je zájmem nejen nemocnic a pacientů, ale i demokratického právního státu, aby jeho orgány pověřené ochranou pravidel hospodářské soutěže předešly vzniku několika front zájmových skupin jednajících ve shodě, navzájem do sebe zaklíněných, schopných přivodit nedozírné následky nejen pro zdravotnictví. Aby předešly jednání, které by se mohlo stát precedentem pro obdobné řešení sporů v dalších oblastech ekonomiky ČR.

MUDr. Eduard Sohlich, MBA
předseda
Asociace českých a moravských nemocnic



Přílohy:

1. Potvrzení o registraci v registru zájmových sdružení právnických osob
2. Vzor typové smlouvy sjednané mezi AČM a jednotlivými zdravotními pojišťovnami

3. Memorandum zdravotních pojišťoven o restrukturalizaci a redukci lůžkového fondu – nemocničních lůžek ze dne 31.10.2011
4. Stanovisko Rady AČMN k Memorandu ze dne 8.11.2011
5. Usnesení Rady AČMN ze dne 8.11.2011 (bod č. 6)
6. Otevřený dopis Asociace krajů ČR ministroví zdravotnictví ze dne 3.11.2011
7. Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče varuje před devastací péče a nemocnic ze dne 8.11.2011
8. Stanovisko Svazu pacientů ČR k memorandu zdravotních pojišťoven ze dne 12.11.2011