



Telefony

ústředna:

267 204 300

Fax

222 718 211

E-mail

osz_cr@cmkos.cz

Vážený pan
MUDr. Tomáš **Julínek, MBA**
ministr zdravotnictví
Ministerstvo zdravotnictví
Palackého nám. Č. 4
128 00 **Praha 2**

Naše zn.: 889/07

Vyřizuje: JUDr. Pláničková

Tel. 267 204 315

V Praze dne 11. prosince 2007

Návrh věcného záměru zákona o veřejném zdravotním pojištění

Vážený,

k výše uvedenému návrhu věcného záměru Vám Odborový svaz zdravotníků a sociální péče České republiky zasílá své připomínky uvedené v příloze tohoto dopisu.

S pozdravem

RNDr. Jiří Schlanger

předseda

Příloha : 1

STANOVISKO

Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR

Věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění

Obecné připomínky:

1. Věcné záměry (o zdravotních pojišťovnách a o zdravotním pojištění) stále hovoří o *zvyšování kvality péče*, ale neobsahují zakotvení standardů péče. Není tedy jasné, jak bude definován standard a nadstandard. V mnoha případech odkazují na prováděcí předpisy. Prováděcí předpis má „nízkou“ právní hodnotu a může být kdykoliv měněn. Prováděcí předpis má definovat i zásadní záležitosti jako např. seznam neodkladných služeb, seznam smluvní sítě. Už tyto samotné záměry povedou ke snížení dostupnosti služeb a k jejich omezení

2. Závažným nedostatkem věcného záměru je krátkozrakost, se kterou je nadále posuzováno zdravotní pojištění **neúplně a odděleně od ostatních součástí sociálního zabezpečí**, jak je chápe Evropská unie a její právní systém. Je pravda, že v současné době konvergují systémy, kterými je financována zdravotní péče v zemích EU, financování péče poskytované poskytovateli však není primárním úkolem zdravotního pojištění. Tím je zajištění věcné a ekonomické dostupnosti prostřednictvím věcné dávky zdravotního pojištění (ve smyslu návrhů služby poskytnuté poskytovatelem péče). V našem systému, byť se zove pojištěním, chybí peněžní dávka - náhrada příjmu v nemoci, která je realizována správou sociálního zabezpečení v rámci systému nemocenského pojištění. Stejně jako české zdravotnictví trpí dvojnásobnou frekvencí návštěv pojištěnců u lékařů a regulační poplatky tuto skutečnost dlouhodobě nezmění - stejně dočasná pracovní neschopnost, tedy nemoc, je u nás statisticky na dvojnásobku stavu v zemích evropské patnáctky.

Návrh věcného záměru se nezabývá ani informačním propojením, natož pak nabízejícím se spojením správy obou fondů zdravotního pojištění jako fondu hrazené zdravotní péče a fondu nemocenských peněžních dávek. Pokud se neděje to, co by mělo podle studií znamenat cca 7 miliardovou úsporu v nemocenském fondu s kladným dopadem na příjmy a omezení výdajů fondu zdravotního, nelze se divit, že není uvažována rovněž správa úrazového pojištění zaměstnanců a invalidního pojištění, které je de facto formou nemocenského pojištění a kde by úspory ještě řádově překročily úspory z nemocenských dávek. Vůbec není diskutováno řešení úrazů v rámci zdravotního pojištění s ohledem na skutečnost, že na rozdíl od ostatních onemocnění, lze v případě úrazů identifikovat odpovědnost v příčinných souvislostech.

3. Nárok pojištěnce musí mít **kontinuitu** a musí být zajištěn tímto zákonem v případě jeho přijetí bez ohledu na transformaci zdravotních pojišťoven. Nelze podmínit účinnost schváleného zákona schválením jiného zákona.

4. Navrhovatel rezignuje na skutečnost, že čl. 31 Listiny základních práv a svobod uvažuje funkcí veřejného zdravotního pojištění **zprostředkování péče a jeho úhradu za podmínek stanovených**

5. **zákonem**, nikoliv že správou zdravotního pojištění je pouze výběr pojistného, zatímco ostatní plnění již stojí mimo veřejnoprávní pojištění. Takovým umělým dělením si navrhovatel zakládá na ústavní žalobu. Navíc je taková snaha z hlediska cíle zákona kontraproduktivní, protože je zbytečná.
6. Pro pojištěnce je službou nanejvýš činnost poskytovatele zdravotní služby, kterou mu zdravotní pojišťovna zprostředkovala. Navrhovatel se nevypořádal s postavením zdravotních pojišťoven jako soutěžitele, resp. nesoutěžitele.
7. Kdyby se realizoval výběr zdravotního pojištění **na základě dosažených příjmů** osob, které jsou aktivně legitimovány k úhradě pojistného (zaměstnanci, OSVČ apod.), mohlo by dojít k přerozdělování celého objemu vyměřeného pojistného, čímž by automaticky byly **znevýhodněny** pojišťovny s nižším podílem výběru pojistného (odvedly by do přerozdělení více než samy získaly), což je nejlepší motivací k efektivnímu výběru pojistného.
8. Za navrhovaných okolností je přerozdělení **demotivační** pro dobré výběřčí a chrání špatné zdravotní pojišťovny.
9. Je na zvážení, které role svěřit Úřadu pro dohled nad zdravotním pojištěním, resp. ČNB, a které svěřit společnému orgánu zdravotních pojišťoven (ten by provozoval registr, centrum mezinárodních úhrad, přerozdělení, apod.) např. ve formě Svazu pojišťoven (poolu pojišťoven).
10. Jeví se, že některé podmínky poskytování péče v ČR i mimo ČR v rámci členských zemí EU by mohly být v rozporu s legislativou EU včetně zákazu diskriminace.
11. Jeví se, že pravidla **územní působnosti** pojišťovny a jejího zdravotně pojistného plánu jsou motivovány tajným politickým rozhodnutím ODS na likvidaci VZP ČR formou rozdělení na krajské zdravotní pojišťovny: V této souvislosti je třeba konstatovat, že pokud někomu vadí monopolní postavení VZP ČR s 2/3 kmenem z celkového počtu pojištěnců, na krajské úrovni je situace „nemlich“ stejná, protože i v kraji s nejmenším zastoupením (Moravskoslezský kraj) VZP reprezentuje více než 45 % pojištěnců, tedy 50 % nad hranici dominantního postavení na trhu. Bez funkční VZP není nikdo schopen české zdravotní pojištění transformovat !
12. Návrh se nedostatečně vypořádává s **vertikálními monopoly**. Je zcela zřejmé, že monopol byť místní či regionální lze ve prospěch vyšší kvality a přiměřené ceny ve prospěch naplnění role státu a ve prospěch občanů překonat pouze prostřednictvím jiného monopolu a to pojišťovny, avšak na poskytovateli zcela nezávislém, tedy majetkově nepropojeném. Pokud k propojení dojde, resp. je umožněno (viz bod 6.2.1. návrh), je to známka **totálního setkání role regulace a regulátora**. Do tohoto postavení se v současné době navrhovatel dostává. Pak už zbývá jediný a to nedokonalý druhotný nástroj, a to je korporátní úhrada dotčené zdravotní péče zasažené vertikálním monopolem !
13. Navrhovatel sice deklaruje kvalitnější péči za příplatek, při studiu pojistných plánů však zjišťujeme, že je navrhována **minimální péče za stávající (maximální) pojistné**. Zřejmě to má být perspektiva veřejného zdravotního pojištění, kdy bez příplatku se občanu nedostane než minimální garantované péče.

Poznámka : je to úplně stejné jako marketingová akce hypermarketu, který by dnes – v době digitální televize – nabízel analogovou televizi a lákal přitom na plyšového medvídka, resp. bezcenný stolec pod TV.

14. Chybí možnost **snížení** pojistného !

15. Návrh právní úpravy zasahuje do práva Evropských společenství a máme pochybnosti, zda se s ním vyrovnává v souladu a to ve věci zajištění obsahu a rozsahu dostupnosti péče a ve věci soutěžního práva.

Připomínky:

Bod 1.3. Přejchod na nový právní systém

Je nezbytné připojit návrh zákona o transformaci zdravotnických pojišťoven. Navrhovatel v žádném směru neumožňuje alespoň nahlédnout do jeho představy, jakým způsobem bude docházet k transformaci stávajících zdravotních pojišťoven, včetně Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, která by se nacházela ve zhoršeném postavení v důsledku registrace rizikových skupin pojištěnců. Přitom je zcela zřejmé, že proces přechodu stávajících zdravotních pojišťoven na nový systém je zásadním problémem, který je nutno vyřešit tak, aby nedocházelo ke komplikacím a zejména ke zhoršení práv a omezení plnění nároků jednotlivých pojištěnců. Bez možnosti posoudit proces transformace se tento věcný záměr stává pouhou teorií.

Bod 1.4.2. Zajištění dostupnosti zdravotních služeb

Není zřejmé, jaký subjekt vydává prováděcí předpis. Ustanovení obsahují některé pojmy, které nejsou definované (např. standardy místní dostupnosti).

K vymezení délky objednacích doby – počíná se „potvrzením“ potřeby, přestože záměr neříká, co to znamená, tedy neříká, kdo a co takto potvrzuje.

Dostupnost služby musí být definována jednak vzdáleností k místu poskytnutí služby poskytovatelem a jednak časovým určením lhůty od doby vystavení doporučení, resp. objednání do doby výkonu.

Bod 1.4.4. Ochrana pojištěnců

Nesrozumitelný – není zcela jasné a zřejmé, co se tím snaží zákonodárce říci, ani v nejmenším rozsahu není naznačeno, o jakou ochranu se jedná (jaké budou prostředky takové ochrany) a před jakými smluvními důsledky má ochraňovat.

Co má zákonodárce namysli tím, že může mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou vzniknout důsledek smluvního vztahu, který bude poskytovatele (aktivně) motivovat k neposkytování zdravotních služeb? Předjímá snad navrhovatel, že zdravotní pojišťovna a poskytovatel budou mezi sebou uzavírat pro pojištěnce nevýhodné smlouvy?

Bod 1.4.6. Rozlišení odvodů na veřejné zdravotní pojištění a pojistného

Navrhovatelův cíl změnění pojmosloví není zcela zřejmý. Důsledkem změny pojmu „pojistné“ na slovo „odvod“ a tudíž změna obsahu termínu „pojistné“ vyvolá nejen, dle našeho názoru zcela zbytečnou změnu v mnoha právních předpisech, které by se dalo zachováním stávajícího pojmosloví předejít. Přinese také zmatení dotčených subjektů, kteří budou pracovat s pojmem „pojistné“ tam, kde se bude jednat o „odvod“. Domníváme se, že pojištěnci – plátcí hradí pojistné, které je současně odvodem na zdravotní pojištění. Toto se sice následně přerozděluje, ale pokud potřebuje navrhovatel obě částky po a před přerozdělením odlišit, navrhuje zvážít zvláštní terminologii pro částku po přerozdělení.

Bod 1.4.7. Sankce pro neplatiče

Tento bod je v rozporu s druhým odstavcem následujícího bodu 1.5, kdy jeden mluví o zúžení rozsahu úhrady a druhý deklaruje nezúžení nároku na zajištění hrazených zdravotních služeb, bez ohledu na schopnost platit. Ustanovení je nesrozumitelné, není zřejmé, zda bude dopadat i na zaměstnance, za které odvádí odvody zaměstnavatele, to by přinášelo postih proti pojištěnci, který placení odvodů nemůže v tomto směru příliš ovlivnit, resp. mnohdy se ani nedozví, že odvody nejsou hrazeny.

Bod 1.5. Zachovávané principy stávající právní úpravy

Viz výše

Není zřejmé, co navrhovatel zamýšlí „zpřesněním hranice“ mezi hrazenou a nehrazenou zdravotní službou.

Bod 2. Vysvětlení základních pojmů

Tento věcný záměr obsahuje některé pojmy totožné například se záměrem zákona o zdravotních pojišťovnách. Nadto chybí definice mnoha pro tento zákon jistě základních pojmů jako „odvod“, „pojistné“, „plátce pojistného“, ale chybí rovněž některé pojmy, které by bylo třeba uvažovat, jako jsou „zástupná platba“, „fondy zdravotního pojištění“ apod.

Bod 3.2.1. Povinnosti plátců související s výběrem odvodů

Nejeví se nám důvodné, aby zaměstnavatel byl zatěžován zbytečnou administrativou při zasílání hlášení měsíčně, aniž by například ve vztahu k zaměstnancům – pojištěncům a jejich zálohách došlo ke změnám. Není zřejmé, stejně jako u většiny ostatních případů oznamovacích povinností, komu bude toto hlášení zasílat. V ustanovení je obsažen pojem „zálohy na odvody“, který není v záměru obsažen?

Bod 3.2.2. Kontrola plátců pojistného

Možnost přenesení výkonu kontroly v tomto směru je velmi diskutabilní. Pojišťovna nesmí žádné třetí osobě sdělovat osobní údaje pojištěnců (bod 6.4. věcného záměru zákona o zdravotních pojišťovnách). Tato třetí osoba by musela rovněž podléhat dohledu Ministerstvem financí (3.2.3.). Není zřejmé za jakých podmínek, by bylo možné tuto kompetenci přenést a jakým způsobem?

Bod 3.2.3. Kontrola výběru a vymáhání placení odvodů

Ve věcném záměru zákona o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami se navrhovatel zaštiťuje záměrem vytvořit komplexní úpravu dohledu nad zdravotními pojišťovnami a zrušením příslušných oprávnění pro Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí. Z tohoto důvodu nerozumíme tomu, že na tomto místě je zachován dozor Ministerstva financí?

Bod 4.3. Povinnosti pojištěnců - ve vztahu k 5.4. odst. 2

Není zřejmé, zda budou zachovány výjimky ze svobodné volby zdravotního plánu – např. vojáci z povolání. Povinnost registrace je uložena také zákonnému zástupci, aniž by věcný záměr řešil situaci při narození dítěte. Je zcela nezbytné upravit pojištění narozeného dítěte tak, aby péče jemu poskytovaná po porodu mohla být hrazena ze zdravotního pojištění a nedopadala by povinnost její úhrady na zákonného zástupce!

Bod 4.4. Postup v případě neregistrovaných pojištěnců

Toto ustanovení vyvolává mnoho otázek: předně centrální registr není osobou a nemůže tudíž nic oznamovat. Není zřejmé, co se rozumí „příslušnými skutečnostmi“, které se mají dokládat a kdo a komu je bude dokládat, ani na základě jakých skutečností, se určí den, od kterého je osoba účastna pojištění. Jakým úkonem zdravotní pojišťovna určí tento den. Z ustanovení ani nevyplývá, k jakému zdravotnímu plánu bude pojištěnec registrován, zda vůbec bude registrován. Věcný záměr neřeší promlčení nároků pojišťovny ani pojištěnce. Je otázkou, na jaké období zpětně by byla zdravotní pojišťovna oprávněna vymáhat odvody.

Návrh na řešení identifikace neregistrovaných pojištěnců k zdravotní pojišťovně se jeví jako cílené znevýhodnění nejúspěšnější pojišťovny na trhu, když do ní s nejistým pojistným vstoupí problémové skupiny osoby.

Bod 5.1. Zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění

Vymezení zdravotních služeb hrazených ze zdravotního pojištění je problémové. Není řešeno, jakým způsobem bude zajištěno, že služba bude 100% účinná, a co když se později ukáže, že účinná v daném konkrétním případě není? Kdo a kdy bude posuzovat účinnost a ekonomickou náročnost poskytnuté služby.

Bod 5.2.1. Standardní rozsah úhrady

odstavec druhý – upozorňujeme, že ve věcném záměru nejsou upraveny regulační poplatky. Nárok na vrácení přeplatku na regulačních poplatcích, jako nástroje k regulaci neodůvodněné poptávky po zdravotních službách, by měl mít každý pojištěnec a není důvodné vázat jej na zdravotní plán.

Bod 5.3. Zajištění časové a místní dostupnosti zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění

U místní dostupnosti se hovoří o přemístění k poskytovateli, ale není zřejmé, jakým způsobem se toto bude zjišťovat, zda navrhovatel bude posuzovat jízdny řády z té které oblasti ve všední dny a o dnech pracovního klidu

Pro účely vydání prováděcího předpisu pro hodnoty dostupnosti věříme, že navrhovatel má již zmapované hodnoty ve „stávajícímu“ stavu sítě. Je nejasné, jakým způsobem si hodnoty dostupnosti stanovené právním předpisem mohou ponechat flexibilitu vzhledem k měnícím se podmínkám.

Bod 5.4. Další práva pojištěnce

viz výše – bod 4.3

Bod 6.1. Oprávnění k provozování a forma provozování veřejného zdravotního pojištění

Podotýkáme, že není uvedeno, kterým zvláštním zákonem se bude řídit provozování zdravotního plánu.

Bod 6.2.1. Typ zdravotního plánu

Obecně musíme k návrhu říci že, možnost zavedení více typů pojistných plánů v rámci veřejného zdravotního pojištění vypadá na první pohled velmi líbivě. Avšak při jeho podrobnějším prostudování narazíme na řadu úskalí.

Materiál argumentuje, že jeden možný pojistný plán, jako je tomu dosud, „neumožňuje občanům volbu a přispívá k neefektivnímu vynakládání prostředků z veřejného zdravotního pojištění“. Pokud se ovšem umožní pojistné plány s vyšší spoluúčastí, tak to může vést k nežádoucím situacím. Tuto vyšší spoluúčast (a tedy pravděpodobně nižší povinné odvody, respektive vrácení části odvodů) by si zvolily za prvé vysokopříjmové skupiny a tím by byla dále narušena solidarita bohatých s chudými. Za druhé by k tomu mohly být motivovány naopak nízkopříjmové skupiny, aby ušetřily své nevelké prostředky. V případě vážného onemocnění by si však nemohly spoluúčast zaplatit a v důsledku by tedy neměly přístup ke zdravotní péči. Případně by musel zasáhnout stát, aby dostal svým mezinárodním závazkům zajistit přístup všech k odpovídající zdravotní péči. Jinými slovy mělo by to negativní dopad na státní rozpočet.

Materiál zcela nejednoznačným způsobem vymezuje například plán řízené péče, který není vymezen ani ve věcném záměru zákona o zdravotních pojišťovnách.

Rovněž si nelze představit, zda a v jakém časovém termínu bude zdravotní pojišťovna schopna posoudit a schválit pojištěnci oprávněnost čerpání vybraných služeb tak, aby to neohrozilo dostupnost služby, jak věcným záměr deklaruje. I v případě, že pojištěnec čerpá službu bez předchozího souhlasu, musí být uhrazena péče nutná a neodkladná.

Není definována „řídká“ smluvní síť – v této souvislosti uvádíme, že z věcného záměru není dostatečně zřejmé, zda bude zdravotní pojišťovna uzavírat s poskytovateli smlouvy vždy k jednotlivému plánu, to by znamenalo, že zdravotní pojišťovna by s jedním poskytovatelem mohla mít uzavřeno více smluv. Jakým způsobem bude upraven smluvní vztah s poskytovatelem z „doplňkového seznamu“?

I u poskytovatelů z „doplňkového seznamu“ bude muset pojištěnec žádat o předchozí posouzení oprávněnosti čerpání služby.

Úzké propojení – viz vertikální monopoly výše

Věcné záměr také praví, že „typ zdravotního plánu nesmí být změněn“ (viz čl. 6.2.1. poslední věta). Není však zřejmé kým? Pojišťovnou, či pojištěncem? V druhém případě by to znamenalo, že pokud se jednou pojištěnec rozhodne pro zdravotní plán řízené péče, tak již nemůže své rozhodnutí zvrátit. Poté by argument možností volby pro pojištěnce byl značně pochybný.

Bod 6.2.3. Oblast působnosti zdravotního plánu

poslední odstavec – věcný záměr hovoří, dle našeho názoru zcela nepřesně o oprávnění zdravotní pojišťovny „přestat“ provozovat zdravotní plán – může nebo musí? Z jakého důvodu se do tohoto limitu 5% pojištěnců nezapočítávají pojištěnci, kteří nemají místo pobytu v oblasti zdravotního plánu? V případě, že pojišťovna do 30. 6. neoznámí záměr zrušit zdravotní plán, zrušit jej nemůže? Je zdravotní pojišťovna pak povinna čekat do 1.1. následujícího roku než bude moci ohlásit tento záměr. A komu jej hlásí – předpokládáme, že úřadu. A pojištěncům?

Bod 6.3. Další povinnosti a oprávnění zdravotní pojišťovny při provozování zdravotního plánu

Odstavec osmý je zcela nesrozumitelný. Pokud zdravotní pojišťovna má zdravotní plán s působností na nějaké území, jak jej může opětovně rozšířit o toto území?

Bod 6.4.1. Zajištění práva pojištěnce na nezávislé posouzení léčebného plánu (second option) hrazené z veřejného zdravotního pojištění

Doporučujeme vynechat pojem „second option“ v anglickém jazyce.

Není zřejmé, jaký bude výsledek a jaký je cíl takového posouzení. Zejména z ustanovení nevyplývá, že v případě, kdy bude léčebný plán posouzen jako nesprávný, bude toto zjištění pro pojištěnce přinášet nějaká oprávnění?

Bod 7.3. Smlouva

Doporučujeme ke zvážení upravit alespoň základní obligatorní náležitosti smlouvy s poskytovateli!

Bod 7.4. Jednání o smlouvě

Nevidíme příliš účelné individuální sjednávání cen a výše úhrady za poskytnuté služby. S ohledem na rozsáhlost jednotlivých výkonů se takové vyjednávání o výši úhrady pro všechny úkony jeví jako neproveditelné a nepraktické. Mohlo by to přinášet základní komplikace při uzavírání individuálních smluv. Je tedy na zvážení, zda by neměly být upraveny alespoň subsidiárně použitelné výše úhrady za úkony pro případ, že se smluvní strany nedohodnou.

Věcná záměr nedefinuje náležitosti smlouvy, tudíž se domníváme, že absence ujednání o ceně – cenového dodatku neznamená absolutní neplatnost smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Z tohoto pak

vyplývá, že poskytovatel je stále smluvním poskytovatelem a nevidíme tudíž smysl úpravy odstavce třetího.

poslední odstavec – není zřejmé, zda tedy je výhodnou dle navrhovatele smluvní volnost, či zda budou nakonec stejně dojednávány rámcové smlouvy

V závěru uvádíme, že věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění má, podle našeho názoru, tak závažné nedostatky, že věcný záměr je nutno zásadně přepracovat.