



Telefony

ústředna: 267 204 300
267 204 305
sekretariát 267 204 310
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.: 890/07

Vyřizuje: Ing. Koňářková

Linka 305

V Praze dne 11. prosince 2007

Návrh věcného záměru zákona o zdravotních pojišťovnách

Vážený pane ministře,

k výše uvedenému návrhu věcného záměru zákona sděluje Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky zasílá své připomínky, uvedené v příloze tohoto dopisu.

S pozdravem

RNDr. Jiří Schlanger
předseda OS

Příloha:

1

STANOVISKO

Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR k věcnému záměru zákona o zdravotních pojišťovnách (kroužkové číslo 291/2007)

Obecně k věcným záměrům

A. ke stávající právní úpravě :

1. veřejnoprávní sektor je neustále v České republice podceňován. Vlády od roku 1994 naplňují Klausovu doktrínu, že mezi státem a privátním sektorem nic neexistuje. Proto nebyla po léta kultivována legislativa veřejného sektoru obdobně jako u nás fungovala za I. republiky nebo do současné doby v Německu nebo Rakousku. Neznamená to, že by nebylo možno dostatečně upravovat poměry ve veřejném zdravotním pojištění včetně práv a povinností na straně jako pojištěnců nebo plátců. Tak na straně pojišťoven a odpovědných fyzických osob. Vlády se prostě o to ani nepokusily včetně vlády současné.
2. Zdravotní pojištění je založeno na fondovém hospodaření a tomu musí odpovídat rovněž účetní osnova. Správná účetní osnova zaručuje transparentnost. Je to věcí Ministerstva financí.
3. Za skutečnost, že v orgánech zdravotních pojišťoven nevystupují zástupci pojištěnců nese odpovědnost stávající politická garnitura napříč politickým spektrem, která si osobovala právo zasahovat do správy zdravotního pojištění, což je exekutivní činnost, prostřednictvím majority politiků ve správní radě VZP ČR. Bezpochyby jsou zástupci zaměstnanců spolu s zástupci zaměstnavatelů jako reprezentanti plátců pojištění více legitimováni k účasti na správě pojištění než poslanci !

Z tohoto hlediska je s úsměvem, když v zemi, která nedospěla do úrovně demokracie jiných členských zemí EU a úrovně 1. republiky se v analýze uvádí, že účast odborů na správě veřejnoprávních pojištění je v rozporu s demokratickou společností. Ve všech zemích se zástupci zaměstnanců podílejí na veřejnoprávních systémech všech pojištění !

4. Tvrzení o konkurujících si pojišťovnách v části 7. zhodnocení stávající úpravy musí u odborníků vyvolávat přinejmenším úsměv !

B. k návrhu budoucího řešení :

1. je potěšitelné, že navrhovatel v úvodu respektuje veřejný charakter zdravotního pojištění. Škoda, že jej nerespektuje v některých dalších částech návrhu, zejména při využití jednotlivých nástrojů správy pojištění a služeb pro pojištěnce.
2. naprosto nepřijatelné je, že navrhovatel tají způsob transformace zdravotních pojišťoven a že způsob transformace není součástí tohoto věcného záměru zákona ani samostatného návrhu

věcného záměru. Lze se důvodně domnívat, že navrhovatel připravuje řešení, se kterým by připomínková místa vyjádřila zásadní nesouhlas. Patří mezi to i návrh na likvidaci všeobecné zdravotní pojišťovny jejím rozdělením na 14 nefunkčních regionálních zdravotních pojišťoven nebo obdobné řešení. Proto požadujeme okamžité přeložené zásad transformčního zákona !!!

3. Není zřejmé, zda se některé pasáže zákona o zdravotním pojištění a o zdravotních pojišťovnách budou překrývat stejně jako je tomu v obou věcných záměrech. Týká se to například úpravy zdravotního plánu zdravotní pojišťovny, který je upraven v obou návrzích.
4. zatímco v Úvodu bylo správně uvedeno, že naplňováním čl. 31 je jak výběr a přerozdělení pojistného tak i zajištění dostupnosti péče pojištěncům prostřednictvím smluvních i nesmluvních poskytovatelů, v části 3.1.se nesprávně stanoví, že jedna činnost je hlavní a druhá zvláštní. Obě činnosti jsou činnostmi hlavní a nedílnou součástí veřejnoprávního pojištění bez ohledu na to, kde je spravuje !
5. z návrhu zákona o zdravotním pojištění a o zdravotních pojišťovnách není zřejmé, v jakém vztahu bude veřejné zdravotní pojištění a komerční zdravotní připojištění, proč nemohou zdravotní pojišťovny za podmínek zákona jako doposud zakládat další právnické osoby například k provozování komerčního pojištění, kde by doplňovaly portfolio komerčních pojišťoven. Není také zřejmé, zda mohou zdravotní pojišťovny uzavírat smlouvy s komerčními pojišťovnami k zajištění komerčního připojištění svým pojištěncům (viz například VZP ČR a Pojišťovna VZP ČR, a.s nebo ČPP, a.s).
6. zákaz pojišťovnam provozovat jiné činnosti je naprosto v rozporu se všemi doposud vykonanými studiiemi o efektivitě správy systému pojištění. Ze studií jednoznačně vyplývá, jakých úspor by bylo dosaženo při sjednocení správy zdravotního, nemocenského, invalidního pojištění a úrazového pojištění zaměstnanců zaměstnavateli. Navrhovatel připravuje touto blokací propojení veřejné rozpočty o budoucí úspory v řádu desítek miliard, což lze považovat při současné míře znalostí za politický exces.
7. není zřejmé, k čemu je licence bez povolení alespoň jednoho zdravotně pojistného plánu a proč v bodě 3.2.1 c)(licence) s uvádí, že povolení „může“ být vydáno.
8. V bodě 3.2.1. d) jsou nejasnosti ve vztazích zakladatel, akcionář, důvěryhodnost osob – zda a kdy jsou myšleny osoby fyzické a kdy právnické !
9. co se týče úzkého propojení mezi zdravotní pojišťovnou a dalšími osobami právnickými a fyzickými a neprovozování komerčního pojištění a neposkytování zdravotní péče (3.2.1. g) a j)), konstatujeme, že navrhovaná právní úprava nedostatečně chrání stát a pojištěnce před vznikem tzv. vertikálních monopolů (vlastnické propojení zdravotních pojišťoven a poskytovatelů), respektive před vztahem ovládajících a ovládaných osob a zbytečně brání vztahu veřejnoprávního a komerčního pojištění, který je již realitou, která ani jedné formě nepřekáží !

10. skutečnost, že zákon umožňuje pouze jedinou přeměnu pojišťovny, a to rozdělení odštěpením znovu evokuje, proč není předložen transformační zákon a jaké má navrhovatel úmysly s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.
11. v návrhu se nedostatečně rozlišuje obsah právní úpravy zdravotního pojištění ve stejnojmenném zákoně a procesního zakotvení v zákoně o zdravotních pojišťovnách např. v řízení o licenci a o schválení zdravotně pojistného plánu.
12. na rozdíl od 4.3.1. ve věcném záměru zákona o dohledu nad zdravotními pojišťovnami není uvedena legislativní pravomoc Úřadu, tj. pravomoc vydávat právní předpisy !
13. není zřejmé, proč se odkládá soutěž o výši pojistného a proč se administrativně reguluje výše zisku, resp. použití zisku! Nejasné jsou i vztahy mezi bonusy a ziskem , resp. celkovým pojistným. Jediným relevantním použitím zisku je snížení pojistného!
14. informační povinnost pojišťoven je upravena úplně nedostatečně. Chybí povinnosti k plátcům odvodů, pojištěncům a poskytovatelům. Proto je třeba rozdělit informace ne ty poskytované veřejně a individuálně.
15. opatření a sankce Úřadu patří částečně do zákona o zdravotním pojištění nebo do zákona o dohledu na zdravotními pojišťovnami nebo do tohoto zákona. Vždy musí být uvedeny sankce vztahující se k nedodržování povinnosti vyplývající z příslušného zákona. V tomto zákoně musí být vyjádřena povinnost pojišťovny podřídit se kontrole Úřadu a jeho sankční pravomoci.
16. povinnosti zdravotní pojišťovny při převzetí pojištěnce jsou zřejmé, ale nejasná jsou práva přebírající pojišťovny ve vztahu k předchozí pojištěncově pojišťovně v důsledku registrace pojištěnce prostřednictvím losování,.
17. návrh vůbec nereguluje reklamu a nezvažuje etickou stránku soutěže o pojištěnce apod.
18. není pravdou, že by se návrh nedotýkal problematiky regulované právem EU. Každopádně máme vážné pochybnosti o souladu v oblasti soutěžního práva.

K jednotlivým ustanovením

K bodu 1 – úvod

Domníváme se, že součástí balíku věcných záměrů zákonů, které obsahují věcný záměr o zdravotních pojišťovnách, zdravotním pojištění, úřadu na dohled nad zdravotními pojišťovnami apod., by měl být rovněž věcný záměr tzv. *transformačního zákona*, podle kterého budou postupovat stávající zdravotní pojišťovny při přechodu na akciovou společnost a při převodu pojištěnců ze stávající do nové právní úpravy.

K bodu 2 – definice Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami

Z definice Úřadu vyplývá, že tento úřad bude ústředním orgánem státní správy pro výkon dohledu nad zdravotními pojišťovnami a *dalšími subjekty v oblasti veřejného zdravotního pojištění*. Pojem *další subjekty* není v definici blíže popsán, proto doporučujeme, aby byl tento pojem blíže vysvětlen.

K bodu 2 – definice „odvod“ vs. „pojistné“

Domníváme se, že zavedení nového pojmu *odvod na veřejné zdravotní pojištění* není opodstatněný a ve svém důsledku přinese pouze nutnost změny desítky právních norem. Doporučujeme tedy zachovat stávající definici pojistné na veřejné zdravotní pojištění a pojistné po přerozdělení.

K bodu 3.1 – akcie

- a. Z věcného záměru jasně nevyplývá, zda může být vlastníkem akcií kdokoliv nebo zda bude vlastnictví akcií zdravotní pojišťovny omezeno. Domníváme se, že se věcný záměr dostatečně nevypořádá s možností vzniku vertikálního monopolu, a to v případě, kdy by poskytovatel zdravotnických služeb byl zároveň majoritním vlastníkem akcií zdravotní pojišťovny!
- b. Dle zákona o zdravotním pojištění provádí dohled nad výběrem a vymáháním odvodů do zdravotního pojištění Ministerstvo financí. Navrhujeme doplnit do posledního odstavce.

K bodu 3.2.1 – licence

1. Věcný záměr stanovuje jako jedinou možnost přeměny zdravotní pojišťovny *odštěpením*. Avšak v následujících bodech, konkrétně bod 5.2 písm.h), bod 6.2 písm.a) a bod 6.3 se hovoří o *sloučení* zdravotních pojišťoven. V jednotlivých bodech věcného záměru tak dochází k vzájemnému nesouladu. Požadujeme tedy jasně definovat možnosti přeměny zdravotních pojišťoven.
2. K zániku licence – navrhujeme ke zvážení u písm. b) změnit důvod pro zánik licence: *nebude-li podán návrh na zápis do obchodního rejstříku*. Délku řízení u rejstříkového soudu nemůže subjekt vlastní vůlí legálně ovlivnit. Ale i v tomto případě by mělo být vydáno deklaratorní rozhodnutí Úřadu o zániku licence s ohledem na princip právní jistoty.

K bodu 3.2.2 – povolení k provozování zdravotního plánu

Ve věcném záměru se hovoří o tom, že zdravotní pojišťovna, se kterou se sloučila druhá zdravotní pojišťovna, je *povinna nadále poskytovat všechny zdravotní plány slučovaných pojišťoven, ke kterým mají platné povolení*. Ve věcném záměru se nehovoří o tom, zda je povolení k provozování zdravotního plánu časově omezené nebo zda má neomezenou časovou platnost.

K bodu 3.2.3 – změna povolení k provozování zdravotního plánu

1. Z věcného záměru není dostatečně zřejmé, o jaké rozšíření (odstavec jedna) zdravotního plánu se jedná a z jakého důvodu se takto děje.
2. Zákon o zdravotním pojištění pojem *prahový podíl* nepoužívá, doporučujeme proto sjednotit terminologii v obou právních normách.
3. K odstavci druhému – ne všichni pojištěnci dané zdravotní pojišťovny mají přístup k *elektronickým médiím* – v tomto případě by byli zásadním způsobem znevýhodněni při informování o této

podstatné skutečnosti. K tomu obdobně informování v bodu 5.2 *způsobem umožňujícím dálkový přístup*.

K bodu 4.2 – požadavky na organizaci zdravotní pojišťovny

Termín *přiměřené mechanismy* považujeme za zcela nedostatečný. Domníváme se, že by již nyní v rovině věcného záměru mělo být zřejmé, jakým způsobem, v jaké kvalitě a rozsahu bude zdravotní pojišťovna poskytovat informace. Je nezbytné, aby zdravotní pojišťovny poskytovaly vzájemně porovnatelné informace a občan byl schopen se dle srovnatelných kritérií rozhodnout, kterou zdravotní pojišťovnu resp. zdravotní plán si vybere.

K bodu 4.3.1 – fond minimální hotovostní rezervy

„V případě výjimečně nepříznivé finanční situace může zdravotní pojišťovna použít prostředky fondu minimální hotovostní rezervy.“ Termín *výjimečně nepříznivá finanční situace* považujeme za zcela nedostatečný a doporučujeme, aby bylo přesně definováno, kdy a k jakým účelům může být fond minimální hotovostní rezervy využit.

K bodu 4.3.2 – zákonné rezervy

Ustanovení „zdravotní pojišťovna může požádat Úřad o schválení tvoření jiných zákonných rezerv se zdůvodněním způsobu tvorby a využití těchto rezerv“ doporučujeme vypustit. Zákonné rezervy jsou vymezeny zákonem a Úřad nemá právo schvalovat *jiné zákonné rezervy*, než-li ty, které jsou stanoveny v zákoně o rezervách.

K bodu 4.3.3 – zpráva auditora

„Účetní závěrku zdravotní pojišťovny ověřuje auditor a předkládá o ní písemnou zprávu Úřadu, a to do 30 dnů ode dne vypracování auditorské zprávy.“ Z navrhovaného znění vyplývá, že auditor svou zprávu předává přímo Úřadu, což není možné. Auditorská zpráva vypracovaná auditorem musí být předána zdravotní pojišťovně a ta poté tuto zprávu do 30 dnů ode dne vypracování předá Úřadu.

K bodu 4.3.3 – koncern

Dle díkce obchodního zákoníku je koncern definován následovně: „jestliže jsou jedna nebo více osob podrobeny jednotnému řízení jinou osobou, tvoří tyto osoby s řídicí osobou koncern (holding) a jejich podniky včetně podniku řídicí osoby jsou koncernovými podniky.“ Odborový svaz zásadně nesouhlasí s myšlenkou, že by zdravotní pojišťovna a poskytovatel zdravotních služeb tvořily koncern.

K bodu 4.3.4 bod 2 – podíl na kladném hospodářském výsledku z hlavní činnosti

Hospodářský výsledek je rozdílem mezi příjmy a výdaji na jejich dosažení. Tento hospodářský výsledek je možné použít na úhradu ztráty, k navýšení základního jmění nebo k rozdělení akcionářům. Nelze tedy rozdělovat zisk pojištěncům zdravotní pojišťovny. Jedinou možností je přidělit část zisku do fondu tvořeného ze zisku, podobně jako sociální fond.

K bodu 4.3.4. bod 2 písm.b)

Ve věcném záměru se navrhuje, aby část zisku připadající pojištěncům byla ponechána buď jako zůstatek na úhradu nákladů na zdravotní péči nebo byla vyplacena všem pojištěncům *stejná částka*. Toto ustanovení nepovažujeme za nejlepší. Pokud by již docházelo k vyplácení části zisku například z fondu tvořeného ze zisku, bylo by vhodné odlišit pojištěnce podle určitých kritérií a ne všem stejně.

K bodu 4.4 – spolupráce zdravotních pojišťoven

1. Pojem *společná právnická osoba* se v českém právním řádu nevyskytuje. Doporučujeme tento termín přeformulovat a rovněž určit právní formu Kanceláře zdravotních pojišťoven.
2. Z věcného záměru není zřejmé, zda budou mít zdravotní pojišťovny zakládající Kancelář zdravotních pojišťoven shodné postavení se zdravotními pojišťovnami, kterým vznikne členství později například na základě transformačního zákona. Rovněž není zřejmé, jaká práva a jaké povinnosti jsou se členstvím spojeny a zda je členství povinné.
3. Z věcného záměru není zcela jasné jaké *další činnosti* bude Kancelář vykonávat kromě agendy Centra mezistátních úhrad. Dle našeho názoru by tato Kancelář mohla vykonávat přerozdělování vybraného pojistného a Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami by vykonával pouze dohled jak nad samotnými zdravotními pojišťovnami, tak nad touto Kanceláří a procesem přerozdělování. Tím by tento Úřad plnil plnohodnotnou roli dohledového orgánu.
4. V první odstavci se objevil pojem *obchodní registr*, předpokládáme, že tímto pojmem se rozumí obchodní rejstřík.

K bodu 4.6 – příspěvek na činnost Úřadu

1. V textu tohoto bodu se hovoří o tom, že zdravotní pojišťovna je povinna hradit příspěvek na činnost Úřadu *v maximální výši 0,06 % ze základu*. Jaká je tedy minimální výše tohoto příspěvku?
2. Dále nám není zcela jasný vztah mezi zdravotní pojišťovnou a Úřadem. Dle našeho názoru by měl být Úřad financován ze státního rozpočtu. Úřad jakožto dohledový orgán by měl být nezávislý a objektivní vůči všem zdravotním pojišťovnám. To, že si chod celého Úřadu budou financovat zdravotní pojišťovny v převážné míře samy, může tuto nezávislost a objektivnost negativně ovlivnit.

K bodu 5.6 – opatření a sankce Úřadu

Věcný záměr umožňuje Úřadu mimo jiné nařídit zdravotní pojišťovně převzetí zdravotního plánu od jiné zdravotní pojišťovny, která má závažné nedostatky v hospodaření ohrožující zabezpečování nároků

z veřejného zdravotního pojištění. Přebírající zdravotní pojišťovna je *povinna* tento zdravotní plán převzít. Záměr však neřeší, dle jakých kritérií Úřad provádí tento výběr přebírající zdravotní pojišťovny a zda je zdravotní pojišťovna povinna převzít tento zdravotní plán i za cenu ohrožení jejího vlastního hospodaření! Rovněž předpokládáme, že Úřad i při tomto *nařízení převodu zdravotního plánu* bude vydávat rozhodnutí ve správním řízení tak, aby měly zúčastněné pojišťovny právo na opravný prostředek.

K bodu 6.3 – likvidace zdravotní pojišťovny a přechod pojištěnců zdravotní pojišťovny při likvidaci převádějící zdravotní pojišťovny

1. Domníváme se, že by pojištěnci měli být v dostatečném předstihu informováni o tom, že jejich zdravotní pojišťovně byla odňata licence a bude zrušena s likvidací. Těmto pojištěncům by byl umožněn přechod do jiné zdravotní pojišťovny, a to k prvnímu dni následujícího měsíce po oznámení o likvidaci. Teprve poté by mohli být zbývající pojištěnci likvidované zdravotní pojišťovny rozlosováni do ostatních zdravotních pojišťoven. Ovšem samotný princip *losování* není podrobně popsán, proto jej doporučujeme doplnit. Jedná se o institut použití za takovým účelem v českém právu ojedinělý, proto se domníváme, že by měla být stanovena pravidla pro průběh losování.

2. Věcný záměr v souvislosti s přechodem pojištěnců z likvidované zdravotní pojišťovny hovoří pouze o přechodu nároků, ovšem spolu s *nároky* by přebírající zdravotní pojišťovna měla převzít rovněž závazky těchto pojištěnců.

3. Doporučujeme, aby všechny kompetence Úřadu byly komplexně upraveny v Zákoně o Úřadu a nikoliv v tomto zákoně!

V závěru uvádíme, že věcný záměr o zdravotních pojišťovnách má, podle našeho názoru, tak závažné nedostatky, že věcný záměr je nutno zásadně přepracovat.

V Praze dne 12. prosince 2007