

Připomínky ČLK k návrhu novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů:

K ustanovení § 11 odst. 1 písm. a):

Novela nadále zachovává obecně nepřijatelně dlouhou lhůtu pro změnu zdravotní pojišťovny ze strany pacienta, toliko prodlužuje lhůtu pro podání přihlášky ke změně zdravotní pojišťovny. Nadále tak setrvává disproporce mezi lhůtou pro změnu poskytovatele zdravotních služeb a lhůtou pro volbu zdravotní pojišťovny, přičemž se nabízí možnost sjednocení těchto lhůt s ohledem na návaznost obou možných změn, neboť pacient se může dostat do situace, kdy může změnit poskytovatele zdravotních služeb, nicméně tuto změnu nemůže učinit například z důvodu absence smluvního vztahu nově zvoleného poskytovatele zdravotních služeb se stávající zdravotní pojišťovnou pacienta.

K ustanovení § 15 odst. 3:

Hrazené služby z veřejného zdravotního pojištění zahrnují dle návrhu novely pouze zdravotní péči poskytovanou v souvislosti s mimotělním oplodněním, zatímco původní úprava zahrnovala zdravotní péči poskytovanou v rámci umělého oplodnění. Novela tak omezuje nárok na hrazenou zdravotní péči poskytnutou v souvislosti s umělým oplodněním, neboť tento institut podle zákona o specifických zdravotních službách zahrnuje mimotělní oplodnění i inseminaci. Dle navrhovaného znění by zdravotní služby související s inseminací nebyly hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Lze tedy doporučit setrvání na původní terminologii umělého oplodnění.

K ustanovení § 16a odst. 2 písm. b):

Nejedná se o nově navrhované ustanovení, avšak doposud nejsou zcela zřejmé, ani z důvodových zpráv nevyplývají, důvody, pro které by hospitalizace se souhlasem soudu nebo hospitalizace při výkonu zabezpečovací detence měly být osvobozeny od úhrady regulačního poplatku.

K ustanovení § 17 odst. 2:

Dosavadní způsob stanovení obsahu smluvního vztahu mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb prostřednictvím rámcových smluv je návrhem novely zcela zrušen. Smluvní vztah tak bude dle navrhovaného znění plně v gesci zdravotních pojišťoven bez možnosti poskytovatele zdravotních služeb jako smluvního partnera v rovném postavení do tohoto smluvního vztahu jakkoliv aktivně zasáhnout. Novela prohlubuje dosavadní nerovné postavení smluvních stran, kdy poskytovatelé zdravotních služeb budou nuceni přistoupit na podmínky stanovené zdravotními pojišťovnami, které však nebudou vázány žádnými rámcovými pravidly, které by poskytovatelům zdravotních služeb poskytovaly alespoň základní právní jistotu.

K ustanovení § 17 odst. 4:

Navrhované znění tohoto ustanovení je nutno odmítnout pro rozpor s Listinou základní práv a svobod, konkrétně pro rozpor s článkem 31 Listiny. Podzákoný předpis bude vymezovat

skutečnosti, které by měly být řešeny v rámci širokého smluvního konsensu, tedy nejlépe v rámci dohodovacího řízení k Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

K ustanovení § 17 odst. 5:

Návrh ruší dosavadní systém dohodovacích řízení za účasti zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. Ministerstvo zdravotnictví je zákonem zmocněno k vydání vyhlášky, kterou se stanoví hodnota bodu, výše a způsob úhrad hrazených služeb a regulačních omezení na příslušný rok bez nutnosti respektovat dříve fungující systém dohodovacích řízení. Navrhované znění vytváří prostor pro různý postup a různou úhradu za totožnou zdravotní péči vůči jednotlivým poskytovatelům zdravotních služeb, čímž opět vytváří nerovné postavení mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami a vytváří prostor pro vyjednávání o ceně zdravotních služeb bez ohledu na vyhlášku vydanou Ministerstvem zdravotnictví – prostor pro korupci.

Vyhláška vydána Ministerstvem zdravotnictví podle tohoto ustanovení může být vydána s účinností nejméně jeden kalendářní rok, avšak nic nebrání tomu, aby platila po neomezeně dlouhou dobu, což by v konečném důsledku mohlo vést k nereálnému stanovení hodnoty bodu bez ohledu na budoucí celospolečenský vývoj a nutnost tyto skutečnosti zohlednit.

Navrhované znění znamená rovněž ztrátu předvídatelnosti úhrad, neboť dle platného znění je u jednotlivých zdravotnických zařízení zohledněn limit z minulých let, zatímco v návrhu novely je nutno vycházet z limitů stanovených jednostranně Ministerstvem zdravotnictví bez ohledu na specifika jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb.

K ustanovení § 17b:

Návrhem znění na uzavírání smluv mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb na dobu neurčitou, nedohodnou-li se smluvní strany jinak, bude narušena dosavadní právní jistota poskytovatelů zdravotních služeb, kdy doposud byly smlouvy uzavírány na dobu 5 a 8 let. **Zdravotní pojišťovny budou jednostranně rozhodovat o délce smluvního vztahu** a nelze vyloučit i uzavírání smluv na dobu jednoho roku, rovněž nelze vyloučit, že budou preferovány smluvní vztahy na dobu neurčitou s ohledem na navrhovanou výpovědní lhůtu uvedenou v 5. odstavci tohoto ustanovení. Tímto zněním se poskytovatelé zdravotních služeb dostávají do podřízeného stavu vůči zdravotním pojišťovnám, které budou, jak již bylo několikrát řečeno, rozhodovat o obsahu a délce tohoto smluvního vztahu bez možnosti aktivní účasti druhé smluvní strany - poskytovatele zdravotních služeb.

2. odstavec stanoví zdravotním pojišťovnám povinnost hradit poskytnutou zdravotní péči řádně a včas, avšak navrhované znění nestanoví pro úhradu zdravotní péče bližší podmínky. Lze tedy konstatovat, že s ohledem na absenci rámcových smluv, resp. jejich zamýšlené zrušení, které podmínky úhrady za zdravotní péči doposud stanoví, budou podmínky úhrady stanoveny výlučně v rámci smluvního vztahu mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb, tedy opět v rámci nerovného postavení smluvních stran s možností zdravotních pojišťoven podmínky úhrady jednostranně stanovit.

Absence zákonných ustanovení - možnosti výpovědi smluvního vztahu poskytovatelem zdravotních služeb pro porušení povinnosti ze strany zdravotní pojišťovny - dotváří nerovnost tohoto smluvního vztahu.

Rovněž **možnost výpovědi smluvního vztahu bez udání důvodu** je zcela nepřijatelná a prohlubuje nerovnost smluvních stran.

K ustanovení § 17c:

Návrh počítá se zřízením Komise pro zdravotnické technologie, která by měla mít 13 členů, přičemž alespoň jeden člen je jmenován ministrem na návrh vyjmenovaných subjektů (ČLK, VZP, MPSV ad.) Navrhované znění předpokládá jmenování alespoň jednoho člena komise z řad odborných institucí, zbylá část komise bude jmenována ministrem zdravotnictví a lze důvodně očekávat, že komise bude složena z politických zástupců a případně z osob působících v úředních funkcích. Bylo by žádoucí, kdyby instituce uvedené v odst. 2 pod písm. a) až c) navrhly své členy komise, jež by posléze ministr zdravotnictví jmenoval.

K ustanovení § 25 odst. 1 odst. b):

Věta za středníkem postrádá logiku, neboť zatímco pobyt průvodce dítěte, které nedosáhlo šesti let věku, je považován za hospitalizaci, která je hrazenou zdravotní službou, nad tuto věkovou hranici je pobyt průvodce považován za lůžkovou péči, která je hrazena jen se souhlasem revizního lékaře.

K ustanovení § 41:

Návrh zavádí možnost zdravotních pojišťoven vytvořit Programy podpory racionálního využívání zdravotních služeb a prevence. I když je absolvování programu pro pacienta dobrovolné, je pacient finančně motivován na účasti v programu zdravotní pojišťovny, přičemž podmínkou je získání doporučení pro absolvování takového programu registrujícím lékařem. Na základě jakých kritérií bude lékař doporučení vydávat, když tato povinnost – vydat pacientovi doporučení pro program zdravotní pojišťovny, není stanovena zákonem a není svým obsahem poskytování zdravotní péče, a je tedy nevynutitelná, z navrhovaného znění nevyplývá. V úvahu přichází pouze stanovení této povinnosti – podílet se na těchto programech, v rámci nerovného smluvního vztahu. Důvodová zpráva neobsahuje žádné zásadní argumenty, které by hovořily ve prospěch tohoto záměru, jež spíše spočívá v přesunu finančních prostředků do obecných programů nemajících zásadní vliv na zdravotní stav pojištěnců.

K ustanovení § 46 odst. 1 :

Navrhované znění umožňuje zdravotním pojišťovnám si tzv. „vypůjčit lékaře“ v případech, kdy nejsou schopny zajistit pojištěnci místní dostupnost hrazených služeb prostřednictvím svých sítí. Navrhované znění je v rozporu s ustanovením, které stanoví, že pro poskytování zdravotních služeb dochází k uzavírání smluv mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami. Dopady navrhovaného ustanovení nelze v současné chvíli zcela domyslet, avšak lze předpokládat, že zatímco pro zdravotní pojišťovny by byl navrhovaný postup výhodný, poskytovatelé zdravotních služeb by v budoucnu mohli být, na základě dohody zdravotních pojišťoven, nahrazováni takto smluvně dohodnutými lékaři. Současně z návrhu nevyplývá, jakým způsobem a která zdravotní pojišťovna by poskytovateli zdravotních služeb poskytnuté zdravotní služby uhradila, tzn. zda by byl poskytovatel zdravotních služeb vázán dohodnutou výší úhrady apod.

K ustanovení § 46 odst. 2 písm. d) :

Navrhované znění rozšiřuje podmínky pro konání výběrového řízení v případech uzavírání smluvního vztahu s totožným subjektem – poskytovatelem zdravotních služeb, kdy dle stávajícího znění postačí, nedochází-li k rozšíření poskytovaných hrazených služeb. Návrh zohledňuje rozšíření

formy, oboru, druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby, včetně věcného a technického vybavení jako důvody pro konání výběrového řízení. Stávající právní úprava se jeví jako vhodnější.

K ustanovení § 46 odst. 3 :

Navrhované znění rozšiřuje podmínky pro konání výběrového řízení v případech změny právní formy poskytovatele zdravotních služeb, kdy dle stávajícího znění postačí, nedochází-li k rozšíření poskytovaných hrazených služeb. Návrh zohledňuje rozšíření formy, oboru, druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby, včetně věcného a technického vybavení jako důvodu pro konání výběrového řízení. Ustanovení § 46 odst. 2 i 3 tedy představují významný zásah do dříve nabytých práv poskytovatele, a jako takové jsou v rozporu s Ústavou.

K ustanovení § 47 - § 49:

Navrhovaná znění neumožňují poskytovatelům zdravotních služeb ani příslušným samosprávným orgánům vyhlásit výběrové řízení za účelem zajištění poskytování zdravotní péče, jako tomu bylo doposud. Dle navrhovaného znění by výběrové řízení byla oprávněna vyhlásit pouze zdravotní pojišťovna. Tento zcela nesystémový návrh by pouze vedl k posílení již tak neodůvodnitelného nadřazeného postavení zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotních služeb a současně je tímto návrhem omezena pravomoc místních samospráv, které mohou zohlednit zájmy a potřeby ve svých regionech. Tímto návrhem je pravomoc vyhlášení výběrové řízení soustředěna do rukou vedení jednotlivých zdravotních pojišťoven, tedy jedné zájmové skupiny.

K ustanovení § 51:

Návrh novely stanoví, že při posuzování uchazečů v rámci výběrového řízení je přihlíženo ke splnění kritérií, která vyhlášovatel stanovil pro formu, obor, případně druh zdravotní péče. Přihlíží se tedy ke kritériím, jež stanoví sám vyhlášovatel, tedy opět zdravotní pojišťovny. Rovněž v tomto případě je zcela zřejmá tendence na soustředění co nejširšího množství kompetencí právě zdravotním pojišťovnám na úkor poskytovatelů zdravotních služeb, ale i například na úkor jednotlivých orgánů samospráv.

K ustanovení § 52 :

Výsledky výběrového řízení zůstávají i nadále nezávazné, resp. mají toliko doporučující charakter pro uzavření smluvního vztahu s jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Zdravotní pojišťovna stanoví vhodná kritéria, vyhlásí výběrové řízení, vybere vhodné uchazeče a s těmi, jež byli výběrovou komisí doporučeni, má možnost, nikoliv povinnost, uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb.

Závěr:

Navrhované znění novely je nutno označit za nevyhovující, jež nemá systémové znaky a definitivně naruší již tak nerovné postavení poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotních pojišťoven a nastolí nekontrolovatelný systém poskytování zdravotní péče prostřednictvím úředních osob a

politiků, kteří budou v čele jednotlivých zdravotních pojišťoven bez vazby na kontrolní mechanismy, které by mohly v žádoucích případech účinně zasáhnout.

Příloha č. 1, jež vymezuje seznam zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek, nebyla porovnávána se stávajícím stavem, neboť v tomto případě by bylo nutno provést podrobnou analýzu, jež však nemá zásadní vliv na poskytování zdravotních služeb.

Připomínky vypracovala Právní kancelář České lékařské komory.

Jménem České lékařské komory

MUDr. Milan Kubek - prezident