

## **Reforma zdravotnictví jako cesta k jeho ovládnutí řetězcí a monopoly**

Česká lékařská komora uplatnila zásadní připomínky k návrhům Ministerstva zdravotnictví, které přinášejí změny zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a dalších souvisejících zákonů.

Návrh kromě jiného mění dohodovací řízení a proces při určování podmínek úhrad za zdravotní služby, přináší změny v řízení zdravotních pojišťoven a mění Kancelář zdravotního pojištění na úřad s rozsáhlými pravomocemi. Lze přitom předpokládat, že dopady navržených změn by byly v řadě případů zcela jiné, než ministerstvo deklaruje v důvodové zprávě.

### **Nulová šance soukromých lékařů na férové úhrady od zdravotních pojišťoven**

Návrh vůbec neřeší dva základní problémy, se kterými se při jednání o úhradách dlouhodobě potýkáme. Prvním je skutečnost, že cena za zdravotní služby je nastavována podle disponibilních zdrojů, aniž by byla posuzována její přiměřenost z hlediska nákladů poskytovatelů. Druhým problémem je absence pravidel, jak postupovat, až finanční prostředky systému veřejného zdravotního pojištění na přiměřenou úhradu nebudou stačit.

Dnes zákon zakotvuje povinnost Ministerstva zdravotnictví posoudit soulad dohod nebo jinak nastavených úhrad s veřejným zájmem. Veřejný zájem je zákonem definován jako zájem na zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností veřejného zdravotního pojištění. Přiměřenost ceny z hlediska nákladů poskytovatelů je nepochybně kritériem, které kvalitu i dostupnost péče přímo ovlivňuje. Problém je v tom, že konkrétní pravidla pro posuzování přiměřenosti ceny chybí. Namísto odstranění tohoto nedostatku ministerstvo navrhuje, že se přiměřeností ceny nebude vůbec zabývat.

Takový postup je zásadně problematický nejen z hlediska zajištění dostupnosti a kvality péče, ale i z hlediska role ministerstva jako cenového regulátora. Ústavní soud v minulosti konstatoval, že úhradová regulace je cenovou regulací zasahující do práva na podnikání podle čl. 26 odst. 1 Listiny základních práv a svobod. Uvedl, že regulovaná cena nesmí být nastavena tak, aby systémově přenášela náklady hrazené péče, byť jen zčásti, na poskytovatele. Pokud prostředky nestačí na zákonem garantovaný rozsah péče a ekonomicky přiměřenou úhradu, nelze tento rozpor jednoduše vyřešit snížením regulované ceny. Finanční možnosti systému proto

nemohou být jediným kritériem pro určení ceny. Ministerstvo je nálezy Ústavního soudu vázáno a je povinno při tvorbě úhradové vyhlášky uvedené zásady dodržovat.

Dopady porušení uvedených principů lze dobře předvídat. Nepřiměřeně nízké úhrady ohrozí především malé a střední praxe, které nemají finanční rezervy ani možnost ztrátu kompenzovat příjmy z jiných činností. Výsledkem může být zánik samostatných ordinací nebo jejich vynucený prodej větším, ekonomicky silným subjektům. V řadě regionů přitom právě tyto praxe představují základ dostupnosti zdravotních služeb.

Zásadní je, že právě ekonomicky silné subjekty by podle návrhu mohly získat rozhodující vliv jak v dohodovacím řízení na straně poskytovatelů, tak při řízení zdravotních pojišťoven. Ministerstvo totiž chce samo určovat pravidla dohodovacího řízení, tedy i podmínky účasti zástupců poskytovatelů na jednání o cenách, přičemž navrhuje, že bude limitovat počet účastníků zastupujících poskytovatele podle počtu nebo podílu předložených plných mocí. Takové nastavení může zvýhodnit velké, ekonomicky a organizačně silné subjekty na úkor menších poskytovatelů.

### **Omezení vlivu volených politiků na VZP neznamena nic jiného, než posílení vlivu nevolených oligarchů**

Co se týče řízení zdravotních pojišťoven, Ministerstvo chce třicetičlennou správní radu VZP ČR nahradit devítičlenným orgánem. Šest členů mají volit plátcí pojistného, z toho tři zaměstnavatelé, přičemž váha hlasu zaměstnavatelů se má odvíjet od výše odvedeného pojistného. Velcí poskytovatelé zdravotních služeb jsou současně významnými zaměstnavateli a plátcí pojistného. Nelze vyloučit ani jejich vliv na volbu zástupců zaměstnanců.

ČLK s takto zásadní změnou řízení VZP ČR důrazně nesouhlasí. Ministerstvo nepředložilo žádnou analýzu, která by dokládala, že dosavadní systém s účastí zástupců volených politickou reprezentací nefunguje a je nutné jej nahradit modelem založeným na volební síle plátců pojistného. Samotná kritika politického vlivu není důkazem, že jeho omezení povede k lepšímu řízení pojišťovny. Naopak hospodářská situace VZP ČR ve srovnání s ostatními zdravotními pojišťovnami, ve kterých již obdobný volební systém funguje, jednoznačně svědčí pro zachování stávajícího modelu.

Pokud stejná skupina ekonomicky silných poskytovatelů získá vliv jak na vyjednávání o cenách hrazených služeb, tak na řízení zdravotních pojišťoven, vznikne nebezpečná koncentrace moci na obou stranách systému. Úhradové i další podmínky poskytování hrazených služeb budou určovat velcí poskytovatelé, jejichž

vyjednávací pozice vůči státu bude významně posilovat. Menší a nezávislé praxe budou zanikat. Nejde pouze o riziko omezení plurality poskytovatelů, ale také o ohrožení místní a časové dostupnosti hrazené péče, zejména mimo velká města.

### **Kancelář zdravotního pojištění jako super úřad bez kontroly**

Další zásadní výhradu má ČLK k navrhované Kanceláři zdravotního pojištění. Ta má získat rozsáhlé pravomoci bez odpovědnostních záruk, kromě jiného kontrolní pravomoc vůči poskytovatelům, včetně možnosti vstupovat do jejich prostor a nahlížet do zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacientů. Návrh přitom nezajišťuje odpovídající kontrolu nad samotnou Kanceláří. Ministerstvo v žádném ohledu neprokazuje potřebnost této změny.

**Česká lékařská komora zásadně odmítá změny, které pod záminkou reformy dohodovacího řízení a depolitizace zdravotních pojišťoven otevírají cestu k posílení vlivu silných ekonomických skupin na české zdravotnictví. Předložené návrhy jsou vysoce rizikové z hlediska ochrany veřejného zájmu, práv pacientů a stability systému veřejného zdravotního pojištění.**

MUDr. Milan Kubek – prezident ČLK