

Zásadní výhrady České lékařské komory k návrhům MZ

Část I. Zákon č. 48/1997 Sb. a související změny

Novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zásadně mění dohodovací řízení, posiluje roli Ministerstva zdravotnictví v dohodovacím řízení o úhradách, výrazně posiluje Kancelář zdravotního pojištění a mění volbu orgánů zdravotních pojišťoven.

1. ČLK nesouhlasí s navrhovanými změnami v dohodovacím řízení a s posílením role Ministerstva zdravotnictví.

Co MZ navrhuje: Návrh zavádí tři typy dohodovacího řízení: o úhradách, o kvalitě a smluvní síti (§ 17g) a o plánování personálních kapacit (§ 17h). Všechny se mají řídit jednacím řádem, který vydá MZ vyhláškou. MZ má vyhláškou určit vnitřní strukturu a orgány dohodovacího řízení, rozčlenění na skupiny poskytovatelů, pravidla zastupování poskytovatelů profesními sdruženími (včetně minimálního počtu nebo podílu plných mocí), zastupování celé skupiny a pravidla pro předkládání návrhů a přijímání rozhodnutí. Zákon k tomu nestanoví žádné mantinely. Dosud si tato pravidla schvalovali účastníci dohodovacího řízení, tedy zástupci zdravotních pojišťoven a poskytovatelů.

Posiluje se role Ministerstva zdravotnictví, které má nejen vydávat jednacím řád dohodovacího řízení, ale i určovat finanční rámec pro dohody, předsedat dohodovacímu řízení, přímo ovlivňovat složení rozhodčího panelu, hodnotit finanční dopady návrhů a podílet se na úpravě návrhů na hranici koridoru a rozhodovat o úhradových podmínkách, pokud je rozhodčí panel nečinný.

Riziko:

- Hrozí ovládnutí dohodovacího řízení velkými poskytovateli, pokud MZ v jednacím řádu stanoví, že zastoupení poskytovatelů se bude odvozovat od obratu nebo ekonomické síly zastupovaných poskytovatelů. Velcí poskytovatelé a řetězce mohou delší dobu vyrovnávat podnákladové úhrady z jiných činností nebo z kapitálového zázemí. Malé a střední samostatné praxe, které zajišťují místní a časovou dostupnost péče zejména mimo velká centra, takovou možnost nemají.
- Rizikem je diskriminace malých praxí dohodou na neadekvátních úhradách. Úhradové podmínky, které jsou přijatelné pro ekonomicky silné poskytovatele, mohou být pro menší praxe finančně neudržitelné. To může vést k vytlačování malých praxí z trhu, jejich prodeji větším subjektům a další koncentraci sítě. Velcí poskytovatelé by tak do budoucna mohli získat ve vyjednávání o úhradách vůči pojišťovnám i státu dominantní postavení se všemi potenciálními riziky.
- Uvedená rizika se týkají všech tří typů dohodovacího řízení: o výši úhrad, kritériích vstupu do smluvní sítě i plánování personálních kapacit. Výsledek jednání určuje podmínky pro celý segment.
- Podle čl. 79 odst. 3 Ústavy může ministerstvo vydávat vyhlášky jen na základě a v mezích zákona. Zákonné zmocnění musí být podle Ústavního soudu konkrétní, jednoznačné a jasné a vyhláška nemůže nahrazovat zákon u základních a podstatných pravidel.

Požadavek ČLK: Základní pravidla struktury dohodovacího řízení, reprezentativnosti účastníků, tvorby skupin poskytovatelů, jejich zastupování a přijímání rozhodnutí stanovit přímo v zákoně. Jednacím řádu ponechat jen technické a organizační podrobnosti. Zákon musí výslovně stanovit alespoň tyto principy:

- zastoupení odpovídá skutečné struktuře poskytovatelů v segmentu a nesmí být založeno jen na ekonomické velikosti, obratu nebo koncentraci poskytovatele,
- zohlední se existence malých a středních samostatných praxí a jejich význam pro místní a časovou dostupnost,
- pravidla zabrání tomu, aby jedna ekonomická skupina nebo úzký okruh propojených poskytovatelů získal nepřiměřený vliv jen kvůli velikosti nebo počtu provozoven,

- kritéria reprezentativnosti jsou transparentní, předvídatelná a kontrolovatelná a jejich základní parametry stanoví zákon,
- při rozhodování o pravidlech úhrad a nastavení sítě musí být zastoupeny všechny kategorie poskytovatelů, které významně zajišťují dostupnost péče.

Dohodovací řízení o úhradách

2. V návrhu MZ zcela chybí pravidla pro určení přiměřené ceny a postup při nedostatku zdrojů (§ 17c–17f)

Co MZ navrhuje: MZ dle návrhu stanoví pro každou skupinu poskytovatelů závazné nejnižší a nejvyšší rozpětí nákladů pojišťoven, ve kterém může být uzavřena dohoda. Součet rozpětí nesmí vést k deficitu systému.

Zásadní problém: Přiměřenost ceny s ohledem na náklady poskytovatelů se žádným způsobem neposuzuje. Jediným kritériem jsou disponibilní zdroje. Návrh nestanoví žádný postup pro situaci, kdy se ukáže, že disponibilní zdroje nestačí na zákonem garantovaný rozsah péče a zároveň na ekonomicky přiměřenou úhradu. Zákon neříká, jak se v takovém případě postupuje. V praxi to znamená, že rozpor se vyřeší snížením regulované ceny, tedy na úkor poskytovatelů. Ústavní soud (Pl. ÚS 19/13) přitom výslovně uvedl, že tento rozpor nelze řešit snížením ceny.

Riziko: Dlouhodobě podnákladové úhrady vedou k omezování kapacit, odchodu poskytovatelů ze sítě a horší dostupnosti péče pro pacienty. Podle nálezu Pl. ÚS 19/13 je úhradová regulace cenovou regulací, která nesmí systémově přenášet část nákladů péče na poskytovatele. Bez zákonných pravidel je vysoké riziko zásahu do ústavních práv.

Požadavek ČLK: Zakotvit do zákona

- postup pro případ, že přiměřenou cenu nelze z disponibilních zdrojů pokrýt (včetně povinnosti toto zjištění zveřejnit a řešit jej jinak než snížením úhrady),
- materiální test přiměřenosti úhrady (náklady práce, materiálu, energií, techniky a obnovy majetku, možnost reálně usilovat o zisk),
- povinnost MZ vycházet z ekonomicky odůvodněných nákladů segmentu a z dopadu úhrad na dostupnost péče,
- zákaz stanovit koridor tak, aby náklady hrazené péče přenášel na poskytovatele.

3. ČLK zásadně nesouhlasí se zrušením povinnosti MZ přezkoumat dohodu v dohodovacím řízení z hlediska souladu s veřejným zájmem (§ 17f)

Co MZ navrhuje: MZ navrhuje, aby se úhradové podmínky dohodnuté v dohodovacím řízení nebo určené rozhodčím panelem posuzovaly pouze z hlediska souladu s právními předpisy, nikoli také z hlediska souladu s veřejným zájmem (kvalita a dostupnost péče, stabilita systému).

Riziko: Dnes je MZ ze zákona povinno posoudit soulad dohody i s veřejným zájmem (§ 17 odst. 2: kvalita a dostupnost péče, stabilita systému). Při přijetí nové právní úpravy se tato povinnost vypouští. Hrozí vydávání úhradových vyhlášek v rozporu s principy cenové regulace s podhodnocenými cenami, což může vést k úpadku malých poskytovatelů, nelegálním doplatkům a ohrožení dostupnosti hrazené péče.

Požadavek ČLK: Vrátit povinnost posoudit dohodu i výsledek rozhodčího panelu z hlediska souladu s veřejným zájmem podle § 17 odst. 2 a zakotvit do zákona transparentní pravidla tohoto posuzování.

4. ČLK nesouhlasí se zavedením rozhodčího panelu (§ 17e)

Co MZ navrhuje: Pětičlenný panel rozhoduje při nedohodě. Předsedu jmenuje ministr z řad zaměstnanců MZ, MZ určuje seznam osob, ze kterých vybírají zástupci pojišťoven a poskytovatelů jednoho zástupce.

Riziko: Panel má fakticky vykonávat, co již nyní činí MZ. Jeho role je pouze formální. Panel nemá pravomoc do návrhů zasahovat, pouze vybírá ten, který se vejde do finančního koridoru, který předem určí MZ. Nejsou zakotvena zákonná kritéria odbornosti a nezávislosti členů panelu, ani pravidla střetu zájmů a podjatosti.

Požadavek ČLK: Nezřizovat panel a ponechat rozhodnutí na MZ s transparentními pravidly.

C. Dohodovací řízení o kvalitě a smluvní síti

5. ČLK zásadně nesouhlasí s určováním podmínek vstupu do smluvní sítě v dohodovacím řízení bez zákonných mantinelů (§ 17g)

Co MZ navrhuje: Nový typ dohodovacího řízení o kvalitě, efektivitě a dostupnosti. Jeho výsledkem by měla být dohoda o „věcných požadavcích a kritériích pro účast ve smluvní síti“. Dohodu MZ posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a vydá ji jako vyhlášku.

Riziko:

- Jednací řád tohoto dohodovacího řízení by mělo stanovit MZ bez jakýchkoli zákonných mantinelů. I zde tedy platí riziko ovládnutí dohodovacího řízení velkými poskytovateli, pokud MZ v jednacím řádu stanoví, že zastoupení poskytovatelů se bude odvozovat od obratu nebo ekonomické síly zastupovaných poskytovatelů.
- Kritéria (personální kapacita, ordinační doba, vybavení, objem produkce, poloha) mohou fakticky určit, zda poskytovatel získá nebo udrží smlouvu s pojišťovnou. Zákon je nijak neomezuje a pojmy jako „kvalita“ či „efektivita“ jsou neurčitě.
- Vyhláška by mohla dopadnout i na stávající smlouvy. Chybí přechodná období a ochrana investic.
- Návrh i zde vypouští test veřejného zájmu před vydáním vyhlášky.

Požadavek ČLK:

- kritéria tvorby sítě (místní a časová dostupnost, kapacity, kvalita, kontinuita, nediskriminace) a test veřejného zájmu musí být stanoveny zákonem,
- přechodná období, vypořádat vztah k výběrovým řízením a individuálním smlouvám a postup při nedohodě.

D. Kancelář zdravotního pojištění

6. ČLK zásadně nesouhlasí s tím, aby se ze servisní organizace stal nový úřad s kontrolní pravomocí (§ 14g–14h, § 42 a další)

Co MZ navrhuje: Kancelář zdravotního pojištění (nyní servisní a koordinační organizace pojišťoven) má spravovat přerozdělování finančních prostředků, centrální registr pojištěnců, zdravotní data, ukazatele kvality a společnou revizní činnost. Výčet činností je otevřený („zejména“) a podle § 42 a dalších změn zakotvených v zákoně o zdravotních službách má Kancelář kontrolovat poskytovatele a získat přístup do Centrálního úložiště elektronických receptů, dále oprávnění nahlížet do zdravotnické dokumentace pacientů bez jejich souhlasu a vstupovat k poskytovateli.

Riziko: Vzniká nový orgán s velkými pravomocemi bez veřejného zdůvodnění. Ze strany ČLK je zásadně neakceptovatelné, aby Kancelář získala kontrolní pravomoc nad smluvnímu poskytovateli.

Požadavek ČLK: Zachovat současný stav. Kancelář by zajišťovala jen společné servisní činnosti (agenda EU, přeshraniční péče, podpora a informační systémy pojišťoven). Kancelář nesmí mít samostatnou revizní ani kontrolní pravomoc vůči poskytovatelům. Kontrolu dál provádí jen smluvní pojišťovna.

E. Orgány zdravotních pojišťoven

7. ČLK zásadně nesouhlasí se změnou obsazování správních a dozorčích rad zdravotních pojišťoven

Co MZ navrhuje: Dosavadní třicetičlennou správní radu VZP ČR (10 členů jmenuje vláda, 20 volí Poslanecká sněmovna) má nahradit devítičlenná rada: 3 členy jmenuje vláda, 3 volí zaměstnavatelé a OSVČ a 3 zaměstnanci a osoby bez zdanitelných příjmů. Obdobný princip má platit i pro část dozorčí rady. Správní rady zaměstnaneckých pojišťoven se mají zmenšit z 15 na 9 členů, do jejich dozorčích rad naopak mají nově vstoupit tři členové volení Poslaneckou sněmovnou.

Zásadní výhrada: Takto významná změna není řádně zdůvodněna. MZ obecně poukazuje na politizaci, nízký vliv plátců a sjednocení systému, ale nedokládá, v čem stávající model selhává, proč je navržený model vhodnější ani jaká rizika přináší. Chybí vyhodnocení dosavadních přímých voleb u zaměstnaneckých pojišťoven (účast, struktura kandidátů, koncentrace hlasů, střety zájmů), srovnání variant i analýza dopadů.

Riziko: Hlasovací síla zaměstnavatelů a OSVČ se odvíjí od objemu odvedeného pojistného. Ekonomicky silný plátců, který je současně velkým smluvním poskytovatelem, tak může ovlivňovat složení orgánu pojišťovny rozhodujícího o úhradách a smluvní politice. Navržené zákazy přímého členství některých propojených osob nebrání nepřímému prosazování spřízněných kandidátů a fakticky střet zájmů neřeší. Zmenšení správních rad na devět členů dále usnadňuje koncentraci vlivu právě v době rozšiřování jejich pravomocí.

Požadavek ČLK: Vypustit navrhované změny obsazování správních a dozorčích rad VZP ČR i zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a zachovat stávající právní úpravu.

F. Seznam zdravotních výkonů

8. ČLK nesouhlasí s tím, aby se závazná pravidla a bodové hodnoty výkonů přesunuly ze SZV do registračních listů (§ 17 odst. 4, § 17b odst. 3–5)

Co MZ navrhuje: Vyhláška o seznamu zdravotních výkonů má nově obsahovat jen obecná pravidla a seznam výkonů s číslem a názvem. Podrobné údaje, tedy bodovou hodnotu, kalkulaci, odbornosti, obsah a rozsah výkonu a další podmínky, má stanovit a na svých internetových stránkách zveřejňovat MZ v registračních listech. Použijí se při vykazování, pokud se poskytovatel a pojišťovna nedohodnou jinak (§ 17b odst. 5).

Riziko: Významná část závazné regulace se přesouvá mimo právní předpis a mimo standardní legislativní proces.

Požadavek ČLK: Ponechat stávající úpravu: vyhláška musí obsahovat bodovou hodnotu každého výkonu, pravidla její kalkulace a všechna závazná pravidla s dopadem na úhradu. Pokud MZ trvá na úpravě registračních listů, ČLK navrhuje do § 17b odst. 5 doplnit, že registrační listy obsahují pouze odbornou a technickou dokumentaci výkonů a že podmínky rozhodné pro vykazování a úhradu (oprávněné odbornosti, obsah a rozsah výkonu, bodová hodnota a pravidla její kalkulace) musí být stanoveny vyhláškou.

Část II. Zákon č. 96/2004 Sb. a související předpisy

Novela zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, a související předpisy (zákony č. 95/2004 Sb., č. 258/2000 Sb. a č. 372/2011 Sb.) zavádějí pokročilou praxi, rozšiřují indikaci a provádění očkování na sestry a farmaceuty, mění definici bezúhonnosti zdravotníků a ruší odborného zástupce poskytovatele. ČLK má tyto výhody.

1. ČLK nesouhlasí s rozšířením indikace a provádění očkování na nelékaře (§ 5 odst. 3 zák. č. 96/2004; § 47aa zák. č. 258/2000)

Co MZ navrhuje: Všeobecná sestra s pokročilou praxí má nově vykonávat „indikaci a provádění očkování na žádost fyzické osoby starší 18 let“. Nový § 47aa zákona č. 258/2000 Sb. dává oprávnění očkování na žádost osoby starší 18 let indikovat i provádět nejen lékaři a zubnímu lékaři, ale také farmaceutovi, všeobecné a dětské sestře s rozšířenou specializovanou způsobilostí a odbornému pracovníkovi v ochraně a podpoře veřejného zdraví. Podmínkou je absolvování kurzu (platnost osvědčení 5 let) a konzultace před očkovaním. Seznam onemocnění stanoví prováděcí předpis.

Riziko: Indikace očkování je z odborného hlediska výhradně lékařská činnost. Vyžaduje posouzení zdravotního stavu, anamnézy a kontraindikací. Sestra dnes očkování provádí na základě indikace lékaře. Návrh tak vytváří rozpor v kompetencích: rozšiřuje se samostatnost nelékařských pracovníků v činnosti, která je podmíněna lékařským posouzením. Stejně obavy se týkají farmaceutů. Zcela chybí analýza bezpečnosti a potřeby takového opatření.

Požadavek ČLK: Indikace očkování zůstane výhradně lékaři. Sestra smí očkování provést jen na základě indikace lékaře. Farmaceut ani odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví očkování nebude provádět vůbec.

2. ČLK zásadně nesouhlasí se změnou definice bezúhonnosti zdravotníků (§ 3 odst. 3 zák. č. 96/2004 a zák. č. 95/2004)

Co MZ navrhuje: Vypouští se podmínka, že ztráta bezúhonnosti nastává jen při odsouzení „k nepodmíněnému trestu odnětí svobody“. Bezúhonný nebude nikdo, kdo byl pravomocně odsouzen za úmyslný trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, bez ohledu na druh trestu (tedy i při trestu podmíněném).

Riziko: Ztráta bezúhonnosti znamená paušální zákaz výkonu povolání přímo ze zákona, bez posouzení závažnosti jednání. Přitom o zákazu činnosti při závažném profesním pochybení běžně rozhoduje soud, a to individuálně. MZ neodůvodnilo změnu potřebou praxe, resp. nedoložilo nefunkčnost stávajícího systému. V praxi se objevují případy, kdy by paušální pravidlo bylo zcela nepřiměřené: například lékař napadený doprovodem pacientky při službě v nemocnici, který je stíhán pro úmyslný trestný čin kvůli údajnému překročení mezí nutné obrany.

Požadavek ČLK: Zachovat současné znění § 3 odst. 3 zákona č. 95/2004 Sb.: bezúhonný je ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody pro úmyslný trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, nebo se na něho hledí, jako by nebyl odsouzen.

3. ČLK zásadně nesouhlasí se zrušením institutu odborného zástupce (§ 14 a násl. zák. č. 372/2011)

Co MZ navrhuje: Zrušit odborného zástupce poskytovatele zdravotních služeb. Podle důvodové zprávy je institut formální, jeho úprava je kusá, vedle vyhlášky o personálním zabezpečení je obsoletní a znamená jen administrativní zátěž při každé změně osoby.

Riziko: Poskytovatelem zdravotních služeb může být dle stávající právní úpravy prakticky kdokoli, kdo splní zákonné podmínky: fyzická osoba bez zdravotnického vzdělání nebo obchodní společnost bez zdravotníka ve vedení. Velká část poskytovatelů nemá lékařské vzdělání. Odborný zástupce je dnes

jediný zákonem stanovený subjekt se zdravotnickou kvalifikací, který odpovídá za splnění podmínek péče a dokáže posoudit personální, věcné a technické vybavení. Návrh jej u právnických osob nenahrazuje žádným jiným mechanismem dohledu nad odborností péče, a ohrožuje tak ochranu pacientů.

Požadavek ČLK: Zachovat odborného zástupce.

4. ČLK nesouhlasí s tím, aby poskytovatel (zaměstnavatel) mohl určovat činnosti nelékařů nad rámec právního předpisu (§ 4 odst. 4, § 5 odst. 4 zák. č. 96/2004)

Co MZ navrhuje: Poskytovatel zdravotních služeb (zaměstnavatel) může písemně pověřit zdravotní sestru dalšími činnostmi, které je oprávněna samostatně provádět, nad rámec kompetencí vymezených prováděcím právním předpisem.

Riziko: Společně se zrušením odborného zástupce by tak o rozsahu samostatných činností sestry rozhodoval někdo, kdo není odborně způsobilý jej posoudit.

Požadavek ČLK: V obou ustanoveních nahradit pojem „poskytovatel zdravotních služeb“ pojmem „lékař“, případně „odborný zástupce podle zákona č. 372/2011 Sb.“.

5. ČLK nesouhlasí se zavedením pokročilé praxe a rozšířené specializované způsobilosti (§ 64a zák. č. 96/2004)

Co MZ navrhuje: Zavádí se rozšířená specializovaná způsobilost a výkon činností pokročilé praxe u všeobecné sestry a dětské sestry. Na ni navazuje například oprávnění indikovat očkování.

Riziko: Není zřejmé, proč má vzniknout další úroveň kvalifikace. Prohlubuje se nesystémová roztržičnost odborností, zejména u oboru všeobecná a dětská sestra. Podle ČLK je taková kvalifikace v současném systému péče nepotřebná, štěpí systém a znehodnocuje dosavadní vzdělání a náplň činnosti všeobecné sestry a dětské sestry.

Požadavek ČLK: Nezavádět další úroveň kvalifikace bez doložení potřeby v praxi.

Za ČLK MUDr. Milan Kubek - prezident