

Změny v síti poskytovatelů zdravotních služeb a transparentnost

JAN MACH

advokát

V současné době je jedním z neaktuálnějších problémů, kterými se zabývají zatím poskytovatelé lůžkových zdravotních služeb, ale do budoucna, zejména v roce 2014, kdy končí většině ambulantních poskytovatelů smlouvy se zdravotními pojišťovnami, bude tato problematika velmi aktuální i pro poskytovatele ambulantních zdravotních služeb, otázka nové „tvorby sítě smluvních poskytovatelů zdravotních služeb“, které budou mít na další období uzavřeny smlouvy se zdravotními pojišťovnami.

Vedení zdravotních pojišťoven se netají tím, že jejich ředitelé se setkali na neveřejné schůzce, kde bez účasti zástupců poskytovatelů zdravotních služeb i zástupců krajů rozhodli o tom, které zdravotní služby, ve kterých nemocnicích budou pro další období nasmlouvány a ve kterých nemocnicích, některé, dosud probíhající zdravotní služby, již nasmlouvány nebudou. Mezi rozhodnutí patří i to, že s některými nemocnicemi bude uzavřena smlouva na kratší dobu než 5 let, s jinými na celých 5 let, s některými bude uzavřena smlouva pouze za podmínky, že budou souhlasit se zrušením některých oddělení nebo úseků zdravotní péče (např. ortopedie nebo porodnice) a s jinými nemocnicemi bude uzavřena smlouva na celých 5 let ve stejném rozsahu jako dosud.

Není jasné, kdo a na základě čeho oprávnil zdravotní pojišťovny k takovému postupu, na základě čeho zdravotní pojišťovny rozhodují, ve které nemocnici bude pro občany omezena a ve které ponechána příslušná zdravotní péče. V této souvislosti je i otázkou, kdo rozhoduje. Kdo jsou zdravotní pojišťovny? Zaměstnanci – úředníci? Oblastní ředitelé? Ředitelé na ústřední úrovni? Nebo členové správních rad, kteří například v největší pojišťovně, VZP ČR, jsou složeni ze zástupců politických stran zastoupených v Parlamentu a z vlády? A je vůbec přípustné, aby se všechny zdravotní pojišťovny sešly na společném jednání a uzavřely jakousi společnou dohodu, co se kterou společností nasmlouvají a se kterou nikoli? Opravdu lze přijmout tezi, že pracovníci zdravotních pojišťoven nejlépe znají potřeby pacientů v jednotlivých nemocnicích a mohou tedy kompetentně rozhodovat o tom, kde bude hrazená zdravotní péče omezena?

Z nového občanského zákoníku, který se zabývá problematikou zdravotních služeb jako ryze soukromoprávním vztahem, by se dalo vyrozumět, že občan-pacient má právo na svébytnost, spočívající mimo jiné i v právu vybrat si poskytovatele zdravotních služeb i zdravotní pojišťovnu. Výběr zdravotní pojišťovny je ovšem v současné době zákonem zcela nepřiměřeně omezen. Pokud se někdo rozhodne pro změnu zdravotní pojišťovny v červenci, může ke změně dojít až za rok a půl. Do 30. 6. kalendářního roku je nutno změnu ohlásit, k 1. lednu

následujícího kalendářního roku se změna zdravotní pojišťovny poté uskuteční.

Za první republiky bylo v Československé republice právo svobodné volby lékaře neomezeno. Pokud soukromý lékař měl oprávnění k výkonu soukromé lékařské praxe, mohl si ho zvolit kterýkoli pojištěnec kterékoli zdravotní pojišťovny (zdravotní pojištění tehdy nebylo pro všechny povinné) a příslušná zdravotní pojišťovna zvolenému lékaři péči automaticky uhradila bez existence jakékoli smlouvy. V řadě zemí západní Evropy je stav v současné době rovněž takový – volba pacienta-pojištěnce znamená kontraktní povinnost pro jeho zdravotní pojišťovnu. Pacient si zvolil lékaře, kterému důvěřuje, a zdravotní pojišťovna je povinna poskytnout zdravotní péči uhradit. Regulátorem trhu je spokojenost či nespokojenost pacientů-pojištěnců. Krachuje soukromý lékař, který ztratil důvěru pacientů, ať již z důvodů odborných nebo etických. Kdo se špatně stará o své pacienty a nevhodně s nimi jedná, pacienti od něho odcházejí a může zkrachovat. Kdo má dobrou pověst, je ekonomicky úspěšnější. Svobodná volba poskytovatele platí.

Kdo u nás volí lékaře? Podle zákona o zdravotních službách je to pacient. Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění si však pacient může zvolit pouze toho poskytovatele zdravotních služeb, který je ve smluvním vztahu s jeho zdravotní pojišťovnou. V opačném případě je sice volba lékaře rovněž platná, ale nebude zdravotní pojišťovnou, s výjimkou nutné a neodkladné péče, hrazena. Nebudou hrazeny nejen provedené lékařské výkony, ale ani recepty napsané nesmluvním lékařem a indikovaná doporučená péče (laboratoře, zobrazovací metody), pokud ji doporučil nesmluvní lékař zdravotní pojišťovny pacienta. Kromě výkonů, které zpravidla nejsou hrazeny ze zdravotních pojištění, a kromě případů multimilionářů, je tedy prakticky vyloučeno, aby poskytovatel poskytoval zdravotní služby pojištěncům, s jejichž zdravotní pojišťovnou nemá smluvní vztah.

Ovšem ten, kdo může dát poskytovateli „červenou kartu“ a svým pojištěncům-pacientům „vzít jejich lékaře“, je zpravidla neznámý anonymní úředník zdravotní pojišťovny. Je to transparentní?

Podle nálezu pléna Ústavního soudu ČR ze dne 25. 9. 2007, sp. zn. Pl ÚS 5/04 kraj odpovídá v přenesené působnosti za dostupnost zdravotní péče na svém území. Je proto oprávněn rušit a zřizovat zdravotnická zařízení. Zdravotní pojišťovny tuto kompetenci nemají. Odpovídají sice podle zákona za zajištění zdravotních služeb svým pojištěncům, nemají však kompetenci rušit či zřizovat zdravotnická zařízení nebo jejich jednotlivá oddělení či úseky. Fakticky to však činí v rozporu s uvedeným náležen Ústavního soudu, neboť pokud společně všechny v ČR existující zdravotní pojišťovny rozhodnou o tom, že do budoucna nenasmolávají některé nemocnici porodnici, jiné ortopedii nebo urologii a jinde nenasmolávají zdravotní služby žádné, rozhodují o rušení zdravotnického zařízení, které zůstane-li bez smlouvy se zdravotními pojišťovnami, těžko může dále existovat. Je otázkou, zda nejde o skrytý zásah do kompetencí krajů, který je v rozporu s uvedeným náležen Ústavního soudu.

Další otázkou je, zda jednání ve shodě, kdy všechny zdravotní pojišťovny na základě předchozí vzájemné dohody ukončily smlouvu všem poskytovatelům zdravotních služeb poskytujícím lůžkovou péči, společně se sešly, jak samy veřejně oznamují, a rozhodly, ve které nemocnici nasmolávají a ve které nenasmolávají které zdravotní služby, by mohlo svědčit pro kartelovou dohodu na trhu soutěžitelů. Celý trh zdravotního pojištění se domlouvá na společném postupu vůči poskytovatelům zdravotních služeb. Případem se loni zabýval Úřad pro ochranu hospodářské soutěže a dospěl k zajímavému závěru. Zjednodušeně: kartelová dohoda by to nepochybně byla, pokud by bylo možno zdravotní pojišťovny považovat za soutěžitele. Současný trh na úseku zdravotního pojištění však nesvědčí o tom, že by zdravotní pojišťovny byly typickými soutěžiteli, kterým je kartelová dohoda zakázána.

Stanovisko Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže obsahuje rovněž dovětek, že pokud se situace na trhu zdravotních pojištění změní, může se Úřad pro ochranu hospodářské soutěže znovu zabývat otázkou, zda případné jednání ve shodě všech zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům lůžkových zdravotních služeb je či není kartelovou dohodou.

Mám před sebou tzv. „edici ÚZ“, tedy úplná znění zákonů vydávaná nakladatelstvím Sagit a.s. v Ostravě. Na přední straně je reklama: „Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Vaše zdraví v bezpečí“. Otočíme-li tuto brožuru, je na zadní straně velké logo a nápis: „Česká průmyslová zdravotní pojišťovna“. Dále je zde reklama „Šetřete čas sobě i svému personálu, komunikujte s ČPZP elektronicky“. Je zcela nepochybné, že zdravotní pojišťovny mezi sebou soutěží o získání pojištěnců. V minulosti se o to snažily různými bezplatnými poukázkami na

plavecké stadiony s odůvodněním, že tím podporují prevenci, protože pohyb je zdravý. Tvzení, že nejsou soutěžiteli na trhu zdravotního pojištění, ale shodně na základě vzájemné dělby zajišťují úhradu zdravotních služeb, se nezdá být adekvátním. Proti stanovisku, resp. nečinnosti Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže lze podat žalobu u soudu. Kromě toho je Česká republika vázána předpisy Evropské unie o ochraně hospodářské soutěže a příslušnou stížnost lze podat rovněž k Evropské komisi.

V některých případech se krajské nemocnice, zřizované převážně jednotlivými kraji, postavily k tomuto společnému postupu zdravotních pojišťoven tak, že všechny nemocnice ve vlastnictví kraje odmítly uzavřít nově smlouvy se zdravotními pojišťovnami podle jimi nově naidiktovaných podmínek, dokud nebude se všemi nemocnicemi uzavřena smlouva ve stejném rozsahu, jako byla smlouva dosavadní. Tedy jakési mušketýrské pravidlo „Jeden za všechny, všichni za jednoho“. Právní prostředky boje s netransparentností postupu zdravotních pojišťoven a eventuální kartelovou dohodou těchto pojišťoven jsou sice trochu jiné, ale tyto organizační prostředky jsou mnohdy rychlejší a účinnější. Je jen otázkou, zda se podobně budou moci eventuálním netransparentním rozhodnutím a jednáním ve shodě zdravotních pojišťoven vůči ambulantním poskytovatelům bránit v roce 2014 ambulantní poskytovatelé, tedy zejména soukromí lékaři, z nichž většinu bude v roce 2014 končit smlouva o poskytování a úhradě zdravotních služeb.

Podle názoru autora by řešením byla novela zákona č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění, která by zavedla trvalý smluvní vztah mezi oprávněnými poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami s tím, že tvorbu trhu by tvořila, tak jako u nás za první republiky a jako v řadě evropských zemí, svobodná volba pojištěnců, nikoli rozhodování úředníků zdravotních pojišťoven.

Řešením by mohla být i obdoba rakouského modelu, kdy nesmluvní lékař zdravotní pojišťovny, který poskytne pojištěnci této zdravotní pojišťovny zdravotní služby, získá úhradu pouze ve výši 60 % ceny zdravotních služeb a 40 % doplácí pojištěnec, který si zvolil nesmluvního lékaře. Zdravotní pojišťovna ovšem hradí veškerou preskripci ordinovanou nesmluvním lékařem, jakož i indukovanou péči. Po stránce ekonomické se to zřejmě vyplatí, protože část zdravotních služeb, které by jinak hradila zdravotní pojišťovna v plné míře, ze 40 % hradí pojištěnec ze svých prostředků, neboť se svobodně rozhodl zvolit si poskytovatele, který není ve smluvním vztahu s jeho zdravotní pojišťovnou. I toto řešení by bylo přijatelnější než to, že „zdravotní pojišťovna odebere pojištěnci jeho lékaře, případně i jeho nemocnici“.

