

Stanovisko Ministerstva zdravotnictví (dále jen „MZ“) ke Kontrolnímu závěru Nejvyššího kontrolního úřadu z kontrolní akce 14/33 „ Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky (dále jen „ZP MV ČR“)

A. Úvod

Nejvyšší kontrolní úřad (dále jen „NKÚ“) provedl v době od 5. 11. 2014 do 22. 6. 2015 kontrolní akci 14/33 „ Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky“ (dále jen „Kontrolní akce“). Kontrola byla zaměřena na prověření hospodaření s prostředky vybíranými na základě zákona ve prospěch ZP MV ČR. Následovalo období námitkového a odvolacího řízení a dne 4. 1. 2016 NKÚ zveřejnilo „Kontrolní závěr z kontrolní akce č. 14/33“.

ZP MV ČR ještě v průběhu kontroly přijala opatření, kterými došlo k okamžité nápravě některých zjištěných nedostatků. K nedostatkům, které nebylo možné odstranit okamžitě, ZP MV ČR zpracovala stanoviska a opatření k nápravě jednotlivých dílčích závěrů kontrolní akce NKÚ uvedených v Kontrolním závěru.

K jednotlivým závěrům uvádí MZ následující stanovisko:

B. Stanovisko Ministerstva zdravotnictví ke kontrolnímu závěru NKÚ

K části II. 1 – Orgány ZP MV ČR (odměňování)

Ministerstvo zdravotnictví v rámci své kontrolní činnosti přezkoumá u všech zdravotních pojišťoven způsob stanovení kritérií odměňování vedoucích zaměstnanců, přičemž se zároveň zaměří na skutečnost, zda byla takto stanovená kritéria skutečně naplněna. Přestože ZP MV ČR v tomto ohledu postupovala v souladu s pravidly stanovenými pro čerpání provozního fondu (v rámci povoleného limitu), máme za to, že výše odměn u ředitele a dalších odpovědných pracovníků mohla být nepřiměřeně vysoká.

Návrh opatření

Na základě vyhodnocení poznatků z kontrolní činnosti bude prostřednictvím svých zástupců v orgánech zdravotních pojišťoven usilovat o stanovení jednotných pravidel pro odměňování vedoucích zaměstnanců. V případě, že se toto exekutivní opatření ukáže jako nedostatečné nebo nerealizovatelné, zváží Ministerstvo zdravotnictví rovněž zákonné zakotvení pravidel pro odměňování v rámci novelizace zákonů o zdravotních pojišťovnách.

K části II. 2 – Zdravotně pojistný plán

Proces schvalování zdravotně pojistných plánů je upraven v ustanovení § 15 zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách, přičemž jejich samotná tvorba je ovlivňována mnoha faktory, které působí významně na celý tento proces.

Podle ustanovení § 15 odst. 2 zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách *je zaměstnanecká pojišťovna povinna v návaznosti na termíny stanovené Ministerstvem financí pro předkládání návrhu státního*

rozpočtu a státního závěrečného účtu předložit Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok. Obsah zdravotně pojistných plánů je přitom ovlivňován nejen predikcemi vývoje ekonomické situace ČR, které jsou vydávány Ministerstvem financí, ale zcela zásadně se v nich projevuje obsah obecně závazného právního předpisu, kterým je vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení vydávaná pro každý kalendářní rok (dále jen „úhradová vyhláška“). Jen namátkou je přitom třeba uvést, že tato vyhláška např. pro rok 2012 vstoupila v platnost 15. prosince 2011, pro rok 2013 poté 20. prosince 2012 a pro rok 2014 13. prosince 2013. Přestože jednotlivé zdravotní pojišťovny připravují své zdravotně pojistné plány již v průběhu přípravy vyhlášky, k jejich schvalování správními radami dochází až v posledním kvartálu kalendářního roku.

Až po schválení správní radou každé zdravotní pojišťovny přitom pokračuje celý proces přezkoumáním MZ a Ministerstvem financí, předložením vládě a následně Poslanecké sněmovně. Lze přitom konstatovat, že s ohledem na výše uvedené skutečnosti nedocházelo v minulosti zcela k naplnění ustanovení § 15 odst. 7 zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách, který ukládá Poslanecké sněmovně schválit zdravotně pojistné plány v návaznosti na termíny projednávání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu.

Na druhou stranu je třeba konstatovat, že hospodaření v provizoriu se v zásadě neliší od hospodaření podle zdravotně pojistných plánů. Při tvorbě provizoria vychází Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí právě ze zdravotně pojistných plánů schválených správními radami jednotlivých zdravotních pojišťoven. Skutečnost, že není v průběhu části, výjimečně i celého kalendářního roku, hospodařeno podle zdravotně pojistného plánu, zákon tedy předpokládá. Na hospodaření zdravotních pojišťoven to přitom nemá vliv.

Ministerstvo zdravotnictví v rámci přípravy příští novely zákona o veřejném zdravotním pojištění podrobí oblast úpravy vydávání úhradové vyhlášky a schvalování zdravotně pojistných plánů hodnocení dopadů regulace se zaměřením na nalezení optimální varianty regulace, která by zároveň umožnila nastavení parametrů úhradové vyhlášky na relevantních a nezastaralých datech a zároveň umožnila hladký proces schvalování zdravotně pojistných plánů v řádných termínech.

Návrh opatření

Zákonem č. 200/2015 Sb. (tzv. transparenční novela) došlo ke zkrácení lhůty pro vydání úhradové vyhlášky na 30. října kalendářního roku předcházejícího kalendářnímu roku, na nějž se vztahuje. Lze předpokládat, že tímto opatřením dojde ke zkrácení projednávání návrhů zdravotně pojistných plánů. Další zkracování lhůty pro vydání úhradové vyhlášky ovšem není realizovatelné, neboť jejímu vydání předchází dohodovací řízení mezi zástupci zdravotních pojišťoven a poskytovateli zdravotních služeb. To se přitom opírá o výsledky předchozího období, které jsou zpravidla známy až v polovině následujícího kalendářního roku (v němž probíhá dohodovací řízení). Případné další zkrácení celého procesu by tak patrně muselo spočívat v omezení pravomoci PSP ČR při schvalování zdravotně pojistných plánů.

Ministerstvo zdravotnictví v rámci přípravy příští novely zákona o veřejném zdravotním pojištění podrobí oblast úpravy vydávání úhradové vyhlášky a schvalování zdravotně pojistných plánů hodnocení dopadů regulace se zaměřením na nalezení optimální varianty regulace, která by zároveň umožnila nastavení parametrů úhradové vyhlášky na relevantních a nezastaralých datech a zároveň umožnila hladký proces schvalování zdravotně pojistných plánů v řádných.

K části II. 3. 1 – Pravděpodobná výše pojistného

Ustanovení § 25a zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon č. 592/1992 Sb.“), umožňuje zdravotní pojišťovně vydat rozhodnutí o pravděpodobné výši pojistného. Přestože uvedené ustanovení umožňuje poměrně širokou správní diskreci zdravotní pojišťovny, zda řízení o stanovení pravděpodobné výše pojistného zahájí, máme za to, že je opodstatněné. Pokud by zdravotní pojišťovna zahajovala toto řízení ve všech případech, došlo by pravděpodobně k vysokému administrativnímu nárůstu. V mnohých případech přitom dochází k dobrovolnému podání přehledu se zpožděním, na základě opakované výzvy, případně je způsobena dočasnou objektivní nemožností tuto povinnost naplnit na straně zaměstnavatele.

Návrh opatření

Ministerstvo zdravotnictví se v rámci kontrolní činnosti zaměří na postupy zdravotních pojišťoven při vydávání rozhodnutí o pravděpodobné výši pojistného, zejména na soulad s pravidly stanovenými zákonem č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů.

Ministerstvo zdravotnictví zároveň ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami identifikuje případné nedostatky stávající aplikační praxe při zahajování řízení o pravděpodobné výši pojistného a v závislosti na jejich vyhodnocení zváží přesnější úpravu podmínek při další novelizaci zákona č. 592/1992 Sb.

K části II. 3. 2 – Pohledávky za plátcí pojistného, u kterých došlo k výmazu z obchodního rejstříku

Ministerstvo zdravotnictví upozorňuje, že i v tomto případě má dle dikce ustanovení § 26c zákona č. 592/1992 Sb. zdravotní pojišťovna pouze možnost, nikoliv povinnost, nedobytný dluh (včetně pohledávky za zaniklým zaměstnavatelem) odepsat. Domníváme se proto, že v tomto případě nedošlo ze strany ZP MV ČR k závažnějšímu pochybení. Vzhledem k velkému počtu registrovaných zaměstnavatelů u každé zdravotní pojišťovny, není možné reagovat na jejich zánik okamžitě a v odůvodněných případech tak lze očekávat zpoždění s odpisem některých pohledávek.

Návrh opatření

Ministerstvo zdravotnictví bude v rámci svých kontrolních pravomocí apelovat na zdravotní pojišťovny, aby byly nedobytné dluhy za zaniklými zaměstnavateli odepisovány v souladu s ustanovením § 26c zákona č. 592/1992 Sb. v co nejkratší lhůtě.

K části II. 4.2 - Úhrady zdravotních služeb a 4.2.1 - Dodatky ke smlouvám

Jak zpráva uvádí, ustanovení § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, váže na plnění zdravotně pojistného plánu možnost zdravotních pojišťoven sjednávat s poskytovateli zdravotních služeb ve smlouvách o poskytování a úhradě zdravotních služeb, resp. v jejich tzv. úhradových dodatcích, individuálně způsob a výši úhrad a regulační omezení.

Toto ustanovení je ale v praxi obtížně proveditelné. V praxi totiž předem nelze vždy spolehlivě říci, zda se zdravotní pojišťovně podaří naplnit zdravotně pojistný plán. Zda zdravotní pojišťovna pro daný kalendářní rok tento plán naplnila či nikoliv se ukazuje až v průběhu kalendářního roku následujícího po roce, pro který je uzavírán daný úhradový dodatek. Je tedy zřejmé, že dotčené ustanovení zákona

je třeba vykládat spíše tak, že zdravotní pojišťovna nemůže uzavřít takový úhradový dodatek, který by zcela zřejmě vylučoval či alespoň podstatně ohrožoval dodržení zdravotně pojistného plánu pojišťovny, a že při uzavírání úhradových dodatků se od zdravotní pojišťovny očekává odborně podložené důvodné očekávání, že nastavení úhrad použité v dodatku dodržení zdravotně pojistného plánu umožní.

Kromě výše zmíněného omezení, které je podle názoru Ministerstva zdravotnictví třeba vykládat popsáním způsobem, je obsah smlouvy dále vázán pouze rámcovou smlouvou vydávanou na základě dohodovacího řízení příslušnou vyhláškou, v současnosti jde o vyhlášku č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. V ostatních parametrech mohou zdravotní pojišťovny zcela legálně sjednávat s poskytovateli zdravotních služeb smlouvy ve znění, na kterém se tyto subjekty vzájemně dohodnou.

Sjednávání výše a způsobu úhrad a regulačních omezení s individuálními poskytovateli zdravotních služeb s určitými rozdíly považuje Ministerstvo zdravotnictví v rámci systému veřejného zdravotního pojištění za žádoucí. Takto individuálně sjednávané úhradové dodatky smluv umožňují přizpůsobit nastavení výše úhrad specifickým podmínkám daného poskytovatele, např. mzdovým či jiným nákladům v daném regionu. Zatímco plošná aplikace úhradové vyhlášky je v mnoha případech nevýhodná jak pro zdravotní pojišťovny, tak pro samotné poskytovatele, protože neumožňuje pružnost a přizpůsobení se reálné situaci, sjednávání úhradových dodatků s individuálními podmínkami úhrad umožňuje ve svém důsledku zdravotním pojišťovnám zajistit kvalitnější služby pro pojištěnce za výhodnější cenu a poskytovatelům služeb efektivnější zajištění hospodářských podmínek pro jejich fungování.

Existuje zde samozřejmě potenciální riziko spočívající v možnosti sjednat výši úhrady s některým poskytovatelem zcela nepřiměřeně a potenciálně tak odvádět prostředky ze systému zdravotního pojištění. Jako pojistka proti sjednávání svévolných a neodůvodněně se odchylojících podmínek úhrad s různými poskytovateli zdravotních služeb bylo novelou č. 200/2015 Sb. do zákona o veřejném zdravotním pojištění vloženo nové ustanovení § 17 odst. 9. Podle něj je podmínkou účinnosti smluv mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb a úhradových dodatků těchto smluv, že zdravotní pojišťovna do šedesáti dnů od sjednání takové smlouvy či dodatku tyto zveřejnění způsobem umožňujícím dálkový přístup tak, aby k nim byl zaručen neomezený přístup veřejnosti. Pokud jsou pro úhradu sjednány podmínky odlišné od podmínek, které stanoví vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad a regulačních omezení pro daný rok, musí zdravotní pojišťovna při zveřejnění smlouvy na tuto skutečnost výslovně upozornit.

Dále pak v rámci kontroly zdravotní pojišťovny může Ministerstvo zdravotnictví požadovat vysvětlení, proč byly podmínky úhrad ve smlouvách s poskytovateli nastaveny určitým způsobem. Zdravotní pojišťovna by měla doložit, že nastavení podmínek úhrad bylo v každém jednotlivém případě odůvodněné a nikoliv svévolné. Ministerstvo zdravotnictví při kontrole zdravotních pojišťoven a při kontrole nápravných opatření bude požadovat analýzu nákladovosti vyhláškové varianty úhrad a odlišného parametrizovaného úhradového mechanismu realizovaného ve zdravotní pojišťovně, případně zvažovaného při tvorbě návrhu zdravotně pojistného plánu. Zároveň bude při kontrole kladen důraz na to, aby zdravotní pojišťovna uvedla, jaké překážky jí brání v tom, aby při dané indikaci a stejné kvalitě léčby více využívala nákladově nejefektivnější poskytovatele lázeňských léčebně rehabilitačních služeb.

Tím je podle názoru Ministerstva zdravotnictví dostatečně zajištěno, aby zdravotní pojišťovny nesjednávaly s různými poskytovateli zdravotních služeb neodůvodněně vzájemně zcela odlišné podmínky úhrad.

K části II. 4.2.2 - Systémové nedostatky

V této pasáži vytýká NKÚ dva systémové nedostatky, a to tzv. kapitační platbu používanou v tzv. úhradových vyhláškách a též nezařazení některých výkonů do seznamu zdravotních výkonů.

Pokud jde o tzv. kapitační platbu, jedná se o platbu, kterou dostává praktický lékař v určité výši za každého registrovaného pojištěnce. NKÚ se domnívá, že se nejedná o platbu za poskytnutou zdravotní službu, jak vyžaduje zákon o veřejném zdravotním pojištění, a proto tento způsob úhrady považuje za nezákonný. Ministerstvo zdravotnictví s tímto výkladem nesouhlasí.

Tzv. kapitační platba v sobě zahrnuje ty výkony, které praktičtí lékaři provádějí svým pacientům nejčastěji, přičemž tyto výkony jsou již plně uhrazeny kapitační platbou a nedochází již k žádné další úhradě za jejich provedení. V současnosti se jedná o 19 výkonů u praktických lékařů pro dospělé a 30 výkonů u praktických lékařů pro děti a mladistvé. Ačkoliv v případě některých pojištěnců může skutečně nastat situace, že danému pojištěnci v průběhu celého kalendářního roku nebude provedena žádná zdravotní služba, je tu i opačný extrém, kdy v rámci kapitační platby bude pojištěnci poskytnuto množství zdravotních výkonů, jejichž cena by při jednotlivém vykazování mnohonásobně převyšovala výši kapitační platby.

Tzv. kapitační platba pak zajišťuje, že tyto služby jsou praktickému lékaři uhrazeny hromadně, za všechny jeho pojištěnce současně, bez ohledu na to, kterým z těchto pojištěnců byly zahrnuté služby poskytnuty. Výše kapitační platby je přitom určována právě s ohledem na četnost, s jakou praktičtí lékaři jednotlivé typy do této platby zahrnutých výkonů poskytují. Nelze proto říci, že kapitační platba není platbou za poskytnuté zdravotní služby. Naopak, jedná se o platbu, která hradí všechny zahrnuté výkony (19 výkonů u dospělých pojištěnců, 30 výkonů u dětí a mladistvých) poskytnuté všem pojištěncům registrovaným u daného praktického lékaře, a to paušálně najednou.

Nadto kapitační platba ve zvýhodněné výši obnáší i povinnost lékaře být v určitou dobu a po určitý stanovený čas na pracovišti k dispozici pacientům.

Pokud jde o nezahrnutí výkonů dlouhodobé intenzivní péče a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče do Seznamu zdravotních výkonů, Ministerstvo zdravotnictví uvádí, že tyto výkony musí projít běžným procesem odborného hodnocení tak, jako všechny výkony zařazované do tohoto seznamu. Zmíněné výkony jsou nyní v pokročilé fázi projednávání odbornými pracovními skupinami, přičemž Ministerstvo zdravotnictví s vysokou pravděpodobností předpokládá jejich schválení a zařazení do seznamu v některé z nejbližších vyhlášek o novelizaci seznamu.

K části II. 5. 1 – Základní fond zdravotního pojištění

Ministerstvo zdravotnictví souhlasí se závěry NKÚ týkajícími se úhrady některých služeb a činností ze základního fondu ZP MV ČR v rozporu se zákonem.

Návrh opatření

Ministerstvo zdravotnictví se v rámci kontrolní činnosti zaměří na to, zda jsou prostředky jednotlivých fondů využívány v souladu s obecně závaznými právními předpisy.

K části II. 5. 2 – Provozní fond

Účelem právní úpravy není kumulace finančních prostředků provozního fondu a rovněž predikce příjmů a výdajů tohoto fondu by ve zdravotně pojistném plánu měla být pokud možno vyrovnaná. Tvorbu zůstatků ovšem nelze vyloučit a takové řešení není ani žádoucí, neboť případné rezervy mohou být využity v době ekonomické recese, kdy i přiděl ze základního fondu bude snížen.

Návrh opatření

V současné době se nachází v legislativním procesu (nyní v Senátu) novela zákona č. 280/1992 Sb., která přináší změnu v tom smyslu, že nevyčerpané prostředky provozního fondu budou zaměstnanecké zdravotní pojišťovny moci převést do fondu prevence. Již v současnosti mohou pojišťovny posílit prostředky základního fondu nevyčerpáním maximálního limitu na převod do provozního fondu.

Ministerstvo zdravotnictví bude v rámci kontroly nápravných opatření požadovat předložení popisu osobní zodpovědnosti konkrétních pracovníků pojišťovny u jednotlivých nedostatků s uvedením, jaké kroky byly vůči těmto pracovníkům podniknuty.