

Otázky a odpovědi k problému zveřejňování individuálních smluvních ujednání mezi pojišťovnami a poskytovateli

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

V rámci poslední novely zákona o veřejném zdravotním pojištění schválila Poslanecká sněmovna pozměňovací návrh poslance ing. Ludvíka Hovorky, kterým se stanoví, že individuální smluvní ujednání mezi pojišťovnou a poskytovatelem, sjednané odchýlně od Úhradové vyhlášky, nabývají účinnosti až po zveřejnění. Následující text má za cíl zodpovědět nejčastější dotazy, které tato novela vyvolala, a současně zažehnat mnohé z obav ze strany lékařů. Věnuje se nejprve popisu novely, následně některým dotazům a výhradám ze strany lékařů, a nakonec problému tzv. retroaktivity dodatků.

Shrnutí témat:

- Co to jsou „dodatky“, nebo „individuální smluvní ujednání“?
- Co komu vadí na individuálních dodatcích? Proč si pojišťovna nemůže svobodně domluvit s poskytovatelem takovou úhradu, jakou uzná za vhodné, v režimu obchodního tajemství?
- Jaké je přesné znění navržené novely?
- Jaký má novela cíl, co mění a co nemění?
- Kdo se může návrhu novely bát?
- Proč je účinnost dodatku vázána na zveřejnění?
- Proč návrh předkládá poslanec, ne Ministerstvo zdravotnictví?
- Byla novela navržena „překvapivě“, „na poslední chvíli“ a „bez konzultací“?
- Je návrh zveřejňování smluv, aktuálně připravovaný na Ministerstvu zdravotnictví, lepším či horším řešením?
- „Jsem praktický lékař na malém městě, když se sousedi dozvědí, že mi pojišťovna platí hodně přes milion, vzbudí to spoustu závidění. Nepochopí, že mám také náklady na sestru, provoz ordinace, že si ten milion nestrkám do kapsy“.
- „V roce 2014 jsem od pojišťoven dostal kapitaci navýšenou o korunu, neboť pracuji více než 30 hodin a umožňuji objednání na čas. K čemu je dobré, že se budou zveřejňovat takového dodatky?“
- „Pokud jsem podepsal individuální dodatek, bude tedy zveřejněno, kolik podle něj dostávám peněz“?
- „Účinnost dodatku je vázána na jeho zveřejnění pojišťovnou. Pokud pojišťovna zveřejnění neprovede, nebude dodatek platit?“
- Zpětná účinnost (retroaktivita) individuálních dodatků: Co jsou retroaktivní dodatky?
- Proč se uzavírají dodatky zpětně a ne pro budoucnost?
- Jsou retroaktivní dodatky žádoucí a legální?
- Zruší novela retroaktivní dodatky?
- „Pojišťovna tvrdí, že nemůžou platit dvě úpravy v jednom roce – dle vyhlášky v první půlce, dle dodatku v druhé půlce – protože nepůjde vypočítat regulace.“
- Měla by být novela zamítnuta, protože komplikuje retroaktivní dodatky?

Co to jsou „dodatky“, nebo „individuální smluvní ujednání“?

Zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění popisuje, jak pojišťovny rozdělují peníze, povinně vybrané od občanů, mezi smluvní nemocnice, lékaře a další poskytovatele za účelem úhrady zdravotní péče pro své pojištěnce. Mezi pojišťovnou a poskytovatelem není svobodný smluvní vztah, pojišťovny nemohou „nakupovat péči“ jak chtějí, neboť nenakládají se svými penězi, ale penězi občanů. Zákon proto zmocňuje Ministerstvo zdravotnictví, aby vydalo pravidla pro výši a podmínky úhrady péče vyhláškou.

§ 17 odst. 5) říká, že se pojišťovny a zástupci poskytovatelů se nejprve pokusí na úhradách na příští rok dohodnout (tzv. „dohodovací řízení“). Pokud se nedohodnou, nebo se jejich dohoda Ministerstvu

nelíbí, stanoví výši a podmínky úhrady pro příští rok samo. Výsledkem je tzv. „úhradová vyhláška“, každý rok nová. Proces vzniku i obsah úhradové vyhlášky je takřka vždy kontroverzní, jedná se o stostránkovou změt vzorečků a omezení, zpravidla v neprospěch daňových poplatníků a pacientů, (kteří se její tvorby nijak neúčastní) a ve prospěch silných zájmových skupin ve zdravotnictví (které ji mnohdy fakticky píšou). Pravidla úhradové vyhlášky nicméně alespoň platí pro všechny stejně a jsou veřejně známá, vyhláška vychází ve Sbírce zákonů.

Za ministra Julínka se ale do § 17 odst. 5 doplnila věta, že se úhradová vyhláška použije, pokud se pojišťovna a poskytovatel nedomluví jinak. To pojišťovně umožňuje obejít v jednotlivých případech úhradovou vyhlášku a domluvit se s konkrétním poskytovatelem na úhradě péče pro daný rok jakkoliv jinak. Této dohodě se v praxi říká „individuální dodatek“ nebo „individuální smluvní ujednání“.

Co komu vadí na individuálních dodatcích? Proč si pojišťovna nemůže svobodně domluvit s poskytovatelem takovou úhradu, jakou uzná za vhodné, v režimu obchodního tajemství?

Pojišťovny nakupují za veřejné peníze svým pojištěncům zdravotní péči. Když se v normálních odvětvích (tzn. mimo zdravotnictví) nakupuje z veřejných prostředků jakékoliv zboží či služby (počítače pro úřad, stavba dálnice, oprava kapličky v obci), vyhlašuje se na to veřejná zakázka nebo jsou alespoň dána pravidla bránící tomu, aby se nakoupilo předraženě od „spřáteleného“ dodavatele. Ve zdravotnictví žádné otevřené zadávací řízení na každoroční nákup péče za 240 miliard neprobíhá, ovšem alespoň nějaký rámec pro výši úhrady stanoví úhradová vyhláška a další předpisy. Stávající znění § 17 odst. 5) umožňuje i tento nedostatečný rámec zcela obejít a vybraným poskytovatelům platit zcela dle libovůle.

Z praxe je známo, že pojišťovny skutečně některým poskytovatelům hradí péči za příznivějších podmínek než jiným. Takovým zvýhodněním nemusí být jen vyšší úhrada za výkon, ale též zmírnění regulačního mechanismu, nebo úhrada nákladných zákroků „mimo paušál“, zatímco dle vyhlášky je musejí ostatní poskytovatelé pokrýt „z paušálu“. Poskytovatel tedy může být zvýhodněn individuálním dodatkem buď přímo (vyšší úhrada za tutéž péči), nebo nepřímo (díky sice stejné úhradě, ale mírnější regulaci může rozšířit svůj tržní podíl v oblasti „lukrativních“ výkonů na úkor ostatních poskytovatelů).

Nejvyšší kontrolní úřad konstatoval v závěrech kontrolní akce č. 13/22 (Česká průmyslová zdravotní pojišťovna), že „*spatřuje značná rizika v možnosti zdravotních pojišťoven uzavírat v rámci veřejného zdravotního pojištění jakákoli cenová ujednání bez stanovení určitých hranic či omezení nebo zvláštních podmínek. Tento postup, který platné právní předpisy připouštějí, nemá žádná transparentní pravidla a umožňuje subjektivní a nerovný přístup zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotních služeb*“. Ministerstvo zdravotnictví ani zákonodárce v reakci na toto šetření nepodnikli žádné kroky k nápravě.

Cílem je, aby podmínkou podnikatelského úspěchu byla i ve zdravotnictví efektivita a kvalita, nikoliv dobré vztahy s politiky a úředníky. Novela je jedním z postupných kroků k tomuto cíli.

Jaké je přesné znění navržené novely?

Do stávajícího § 17 odst. 5 zákona 48/1997 Sb., podle kterého se vydává tzv. úhradová vyhláška, se doplňuje zvýrazněný text:

(5) Nestanoví-li tento zákon jinak, hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 120 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení na následující kalendářní rok

Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak „(dále jen „individuální smluvní ujednání“). Zdravotní pojišťovna je povinna zveřejnit individuální smluvní ujednání do 30 dnů ode dne, kdy bylo uzavřeno, způsobem umožňujícím dálkový přístup. Individuální smluvní ujednání nabývá účinnosti nejdříve dnem zveřejnění.

Jaký má novela cíl, co mění a co nemění?

Novela je poměrně konzervativní, jde o první krok k nápravě nerovností ve zdravotnictví, umožňující inventuru současného stavu a umožnění veřejné diskuse.

Novela se nijak nedotýká ani smluv jako takových, ani úhradových dodatků, které jsou v souladu s úhradovou vyhláškou. Dotýká se jen těch poskytovatelů, kteří si s pojišťovnou oproti standardnímu úhradovému mechanismu dojednali „něco navíc“ nebo „něco jinak“.

Nejedná se o úplný zákaz individuálních dodatků, neboť stav úhradových předpisů (Seznamu výkonů, úhradové vyhlášky) není dobrý a než dojde k nápravě, mohou být individuální dodatky nutné k vyrovnání nerovností, případně k zajištění dostupnosti péče o pojištěnce.

Účinnost individuálního dodatku se podmiňuje zveřejněním, nejsou však stanoveny žádné další podmínky účinnosti (např. kontrola ze strany ministerstva, zda je dodatek v souladu s veřejným zájmem, neboť MZ takové řešení výslovně odmítlo, ač jde o jeho systémovou roli). V tento moment „pouze“ dostávají poskytovatelé možnost dozvědět se, zda není narušeno soutěžní prostředí zvýhodňováním konkurenčních poskytovatelů.

Kdo se může návrhu novely bát?

Poskytovatelé, zejména významní podnikatelé ve zdravotnictví, kteří si díky politickým a ekonomickým vazbám na významné osoby ve zdravotních pojišťovnách zajistili cestou individuálního dodatku nadstandardní úhrady. Novela sama o sobě tyto dodatky „nezruší“, zajistí ale spolehlivě, aby se o nich dozvěděla odborná i laická veřejnost a problém mohl být řešen v otevřené debatě (a možná v soutěžněprávních sporech).

Proč je účinnost dodatku vázána na zveřejnění?

Důvodem je posílení vymahatelnosti práva na informace. Již v současnosti jsou zdravotní pojišťovny povinny zveřejňovat všechny smlouvy (nejen dodatky) na základě zákona 106/1999 Sb. o svobodném přístupu k informacím, tuto povinnost však zejména zaměstnanecké pojišťovny flagrantně porušují, neboť v zákoně chybí sankce.

Podmínění účinnosti individuálních dodatků zveřejněním je řešení, jak přimět pojišťovny, aby informační povinnost skutečně plnily, bez nutnosti zatěžovat stát povinnostmi ukládat pokuty. Pokud pojišťovna individuální dodatek sjedná, ale nezveřejní, nebude dodatek platit.

Toto řešení je pro zdravotnictví převzato z obecnějšího návrhu zákona o zveřejňování smluv, navrženého iniciativou Rekonstrukce státu, k jehož přijetí se před volbami písemně zavázala velká většina poslanců a alespoň formálně je vládní prioritou (aktuálně projednáván jako Sněmovní tisk 42). Jde o řešení, které se osvědčilo v zahraničí, např. na Slovensku. Podmínění účinnosti smluv se zdravotními pojišťovnami jejich zveřejněním bylo též jedním z doporučení Národní ekonomické rady vlády v roce 2011. Lze předpokládat, že pokud podmínění smluv účinností shodně doporučují právníci i ekonomové, vládní experti i aktivisté z nevládních sdružení, jedná se o řešení vhodné a prospěšné.

Proč návrh předkládá poslanec, ne Ministerstvo zdravotnictví?

Důvodem je pasivita Ministerstva zdravotnictví.

Ministerstvo přislíbilo již na jaře 2014 v dokumentu „opatření pro efektivitu a transparentnost“ vypracovat novelu zákona, která by zveřejnění smluv řešila, šlo o politickou podmínku „přisypání“ peněz na navýšení úhrad nemocnicím. V průběhu roku 2014 předložilo Ministerstvo Parlamentu čtyři novely zákona 48/1997 Sb. (přeshraniční péče, kompenzace poplatku nemocnicím, zrušení regulačních poplatků, „lázeňská“ novela), opatření pro transparentnost však nebylo součástí žádné

z nich. Nebýt poslanecké iniciativy, nebyla by pro další úhradové období (tedy zákonem s účinností od 1. 1. 2015) transparentnost nijak zajištěna, ač daňoví poplatníci budou muset v příštím roce přímo či nepřímo zaplatit podstatně více (srv. např. navýšení úhrad lázním, kompenzace zrušených regulačních poplatků, kompenzace navýšení mezd, snížení daní z léků, použití prostředků SÚKL na provozní dotace nemocnicím)

Povinnost zveřejňovat smlouvy možná bude součástí teprve páté, „sběrné“ novely zákona 48/1997 Sb., která je však teprve ve vládním projednávání a která obsahuje mnoho dalších systémových opatření, místy kontroverzních. Není tedy vůbec jisté, zda se projednávání neprotáhne o další rok, či zda nebude tato novela dokonce zamítnuta.

Poslanecký návrh tedy nelze nazvat přílepem. Ačkoliv se netýká přímo lázeňství, zabývá se stejně jako samotná novela výdajovou částí systému zdravotního pojištění, systematicky spadá do téhož zákona a téže oblasti právní regulace.

Byla novela navržena „překvapivě“, „na poslední chvíli“ a „bez konzultací“?

Rozhodně nikoliv. Trocha legislativní historie, dávné i recentní:

Zveřejňování smluv a informací o úhradách je dlouhodobým tématem politických debat, již v roce 2004 byla v tomto smyslu předložena novela ministrem Kubinyim, obšírně se tomuto tématu věnovaly soudy včetně Ústavního, zveřejňování smluv bylo obsaženo v doporučeních NERV z roku 2011, bylo součástí záměrů „tehdejšího“ ministerstva zdravotnictví a stalo se též součástí navržené novely zákona 48/1997 Sb. (tehdejší Sněmovní tisk 761).

Zveřejňování smluv jako podmínka jejich účinnosti bylo jako obecný předpis (tedy platný i pro resort zdravotnictví) navrženo již v minulém sněmovním období panem poslancem Farským. Stalo se jedním z hlavních témat hnutí Rekonstrukce státu a tedy i sněmovních voleb. Ke schválení zákona, který podmíní účinnost smluv s veřejnými institucemi zveřejněním těchto smluv, se písemně před volbami zavázala většina poslanců. Tento zákon (sněmovní tisk 42) byl obsáhle debatován celý rok 2014 a patrně bude schválen, neboť jinak by došlo k naprosto zásadnímu porušení politických slibů. Až schválen bude, dopadne též na vztahy mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními. Problém tohoto návrhu je, že by podmínil zveřejněním *všechny* smlouvy s VZP (nejen individuální dodatky), ovšem kvůli sporné definici povinných osob by se patrně nevztahoval na zaměstnanecké pojišťovny, čímž by vznikla zcela nedůvodná nerovnost.

Ministr zdravotnictví se zavázal učinit opatření pro transparentnost v dokumentu MZ z jara 2014. Protože tak řádně a včas neučinil, pan poslanec Hovorka předložil tento PN, a to již v rámci projednávání předchozí novely zákona 48/1997 Sb., a to v širší podobě zahrnující i kontrolu dodatků Ministerstvem zdravotnictví. Tento návrh byl předmětem široké politické i právní debaty, jak je zjevné též ze stenozáznamů a z rozsáhlých analýz zpracovaných na toto téma Ministerstvem zdravotnictví i zdravotními pojišťovnami (k dispozici u pana poslance). Výsledné znění navržené do Sněmovního tisku 307 je podstatně upravenou verzí, která je výsledkem opakovaně projednaného a pracně dosaženého kompromisu s Ministerstvem zdravotnictví.

Je návrh zveřejňování smluv, aktuálně připravovaný na Ministerstvu zdravotnictví, lepším či horším řešením?

Varianta povinnosti zveřejňovat smlouvy pod hrozbou peněžní sankce, která je aktuálně navržena Ministerstvem, je sice sama o sobě přínosná, nikoliv však optimální, neboť nepodmiňuje účinnost smlouvy zveřejněním.

Nechrání tedy proti významnější korupci - v případě, že pracovník pojišťovny smlouvu nezveřejní a poruší tak zákon, na platnosti smlouvy to nic nemění a „spřátelený“ poskytovatel začne čerpat výhodnější úhrady. Pokud se na takovou smlouvu vůbec s odstupem času přijde (typicky po personální změně), pojišťovna sice dostane pokutu za to, že ji nezveřejnila, patrně však vznikne právní problém, jak smlouvu vypovědět (pokud si to „spřátelený“ poskytovatel při sjednávání pohlídal). Co je horší, nepřiměřené úhrady vyplácené po léta podle sice nezveřejněné, ale platné smlouvy nebude možno získat zpět. Pojištěnec tedy utrpí dvakrát – jednak se z jeho peněz vyplatí

nepřiměřené úhrady, jednak ještě pokuta ministerstvu, což zpětně ničemu nepomůže. Reálně tedy hrozí, že zveřejňovány nebudou právě ty smlouvy, které jsou největší problém.

Mějme modelovou situaci podobnou recentní kauze „VZP-Protonové centrum“:

Pracovník pojišťovny podepíše smlouvu na garantovaný počet léčených za určitou cenu, v minimálním celkovém ročním objemu jedné miliardy (tedy individuální smluvní ujednání, neboť možnost takového ujednání úhradové předpisy neobsahují). Smlouva není zveřejněna. Na existenci smlouvy se upozorní až za pět let, pracovníka pojišťovny začnou trestně stíhat.

Řešení podle Ludvíka Hovorky: Nezveřejněná smlouva nikdy nenabyla účinnosti, je od počátku právně nicotná, není třeba řešit, jak ji vypovědět. Pokud se podle ní přesto za pět let uhradilo pět miliard, je zde určitá šance získat je zpět.

Řešení podle Ministerstva zdravotnictví: Smlouva platí, její nezveřejnění na tom nic nezměnilo. Po odhalení smlouvy vznikají právní problémy, jak ji vypovědět, druhá smluvní strana vyhrožuje arbitrážemi, stát utrácí miliony za právní zastoupení. Pět miliard uhrazených za pět let platnosti smlouvy jsou vymahatelné jen teoreticky v případě zneplatnění smlouvy od počátku, pravděpodobně jsou pro pojištěnce ztraceny. Ministerstvo pojišťovně (již pod novým vedením) ukládá desetimilionovou pokutu, což však nic neřeší.

„Jsem praktických lékař na malém městě, když se sousedi dozvědí, že mi pojišťovna platí hodně přes milion, vzbudí to spoustu závisti. Nepochopí, že mám také náklady na sestru, provoz ordinace, že si ten milion nestrkám do kapsy“.

Předně, tato novela se nijak netýká smluv a úhradových dodatků, které jsou uzavřeny podle úhradové vyhlášky, nebo které úhradová vyhláška předvídá. Novela podmiňuje zveřejněním pouze uzavřením dodatků, které jsou mimo rámec úhradové vyhlášky. Naprostá většina praktických lékařů takové dodatky nemá a nic se o nich zveřejňovat nebude.

Pokud takový dodatek někdo měl v minulosti, nemusí jej napříště podepisovat. Pokud jej přesto podepíše, nebude zveřejněna celá částka hrazená podle smlouvy, ale pouze částky zmíněné v dodatku (např. navýšení úhrady).

Lékaři se ale musí připravit na to, že patrně dříve či později bude schválena jiná změna zákona, která úplné zveřejňování smluv zavede, a to včetně „základních“ mechanismů a výše úhrad. V takovém případě se zdravotničtí podnikatelé dostanou do stejného postavení, v jakém jsou dnes ostatní podnikatelé, kteří pracují pro veřejný sektor - příjmy jejich podniků vyplacené z daní a odvodů budou veřejně známé.

Toto úplné zveřejňování přinese novela navrhovaná Ministerstvem zdravotnictví, stejně jako paralelně běžící návrh Rekonstrukce státu.

„V roce 2014 jsem od pojišťoven dostal kapitaci navýšenou o korunu, neboť pracuji více než 30 hodin a umožňuji objednání na čas. K čemu je dobré, že se budou zveřejňovat takového dodatky?“

Takovéto dodatky se zveřejňovat nemusí. Toto ujednání bylo v roce 2014 již součástí úhradové vyhlášky jako takové, obdobně bude patrně obsaženo i v úhradové vyhlášce 2015.

Novela podmiňuje účinnost zveřejněním pouze u „individuálních smluvních ujednání“, což jsou dohody poskytovatele a pojišťovny *mimo rámec* úhradové vyhlášky. Konkrétně navýšení kapitace o korunu za větší rozsah ordinačních hodin a za možnost objednání na čas vyhláška předvídá, nejde tedy o individuální ujednání „mimo“ úhradovou vyhlášku, ale „v jejím rámci“.

„Pokud jsem podepsal individuální dodatek, bude tedy zveřejněno, kolik podle něj dostávám peněz?“

Zpravidla nebude. Individuální smluvní ujednání obvykle upravují mechanismus výpočtu úhrady či úpravu regulačních omezení odchýlně od úhradové vyhlášky, neuvádějí však konkrétní částku v korunách, kterou poskytovatel obdrží. Pokud tedy poskytovatel dobrovolně nepodepíše individuální dodatek formulovaný tak, že by uváděl finanční částku, ke zveřejnění konečné „korunové“ částky nedojde.

„Účinnost dodatku je vázána na jeho zveřejnění pojišťovnou. Pokud pojišťovna zveřejnění neprovede, nebude dodatek platit?“

Návrh byl původně formulován tak, že individuální smluvní ujednání bude zveřejňovat ministerstvo zdravotnictví – právě proto, aby skutečnost podmiňující účinnost smlouvy nebyla v dispozici jedné ze smluvních stran. Bohužel to bylo na žádost ministerstva změněno jako zbytečná administrativní komplikace a zveřejňovat mají přímo pojišťovny.

Na druhou stranu, samotné sjednání dodatku vyžaduje shodnou vůli obou stran. Pojišťovna nemá žádnou povinnost individuální dodatek akceptovat. Pokud by pojišťovna nestála o účinnost dodatku, tak jej primárně vůbec nesjedná či nepodepíše. Pokud jej však sjednala, bude mít motivaci jej co nejdříve zveřejnit a uvést tak v život.

Zpětná účinnost (retroaktivita) individuálních dodatků

Co jsou retroaktivní dodatky?

Jedná se o individuální smluvní ujednání pro daný rok, která nebyla uzavřena před jeho začátkem, ale teprve v jeho průběhu, upravují však úhradu za celý rok, tedy i za péči poskytnutou před podepsáním dodatku.

Jde o poměrně častou praxi, u nemocnic není výjimkou, že dodatky pro daný rok upravující úhradu od 1. ledna do 31. prosince daného roku jsou v některých případech uzavřeny až v říjnu či listopadu. Poskytovatel je tak větší část roku v nejistotě, jak bude poskytovaná péče hrazena a zda bude dodatek *in spe*, který je předmětem návrhů a vyjednávání, skutečně podepsán. Pokud k podpisu nedojde, musí se poskytovatel smířit s tím, že již poskytnutá péče bude uhrazena jinak, a to jen v rozsahu úhradové vyhlášky.

Proč se uzavírají dodatky zpětně a ne pro budoucnost?

Důvodů je více, ale mezi nejdůležitější patří opožděné přijímání úhradových vyhlášek, které jsou publikovány ve Sbírce zákonů zpravidla až koncem prosince. Tím se následně zpozdí zpracování ekonomických analýz a schválení zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven. K návrhům úhradových dodatků dochází tedy zpravidla nejdříve v jarních měsících.

Tato zpoždění nejsou důsledkem zákonné úpravy, ale naopak jejího porušování. Pomalá práce Ministerstva zdravotnictví a následně zdravotních pojišťoven je v rozporu se zákonem, který dává pro vydání úhradové vyhlášky dostatečnou lhůtu a předpokládá schválení zdravotně pojistných plánů ještě před začátkem roku. Pokud by MZ bylo schopno vydávat své předpisy ve stejných lhůtách jako je vydáván např. státní rozpočet, mohla by být úhrada vypočítána a řádně nasmlouvána vždy ještě před 1. lednem.

Jsou retroaktivní dodatky žádoucí a legální?

Z ekonomického pohledu lze retroaktivní dodatky považovat za nešvar. Je ke škodě poskytovatelů, nebo není-li po většinu roku závazně ujednáno, v jakém objemu a ceně bude poskytovaná péče hrazena, není možno její poskytování racionálně plánovat. Je však též ke škodě pojišťoven resp. regulátora, protože znemožňuje v předstihu zhodnotit výhledy hospodaření, tedy celý proces tvorby a dohledu nad zdravotně pojistnými plány činí poněkud irelevantním.

Právní názory na retroaktivní dodatky se různí. Zastánci názoru, že jde ryze o soukromé právo, tvrdí, že je retroaktivita možná, zastánci názoru, že jde o regulovanou veřejnoprávní oblast, tuto možnost popírají. S jistotou lze konstatovat, že zákon retroaktivní dodatky výslovně nepopisuje ani nepředvídá. V § 17 odst. 5 zákona 48/1997 Sb. naopak počítá s nastavením úhrad vyhláškou „pro následující rok“ (a tedy i s nasmlouváním případných odchylek od vyhlášky spíše „pro budoucnost“ než „zpětně“). Též ustanovení zákonů o pojišťovnách počítají s přípravou zdravotně pojistných plánů (zahrnujících též z povahy věci ekonomický dopad úhrady dle dodatků) pro následující rok, tedy „pro budoucnost“. Že je praxe odlišná, je druhá věc.

Zruší novela retroaktivní dodatky?

Cílem novely zákona není řešit otázku retroaktivity dodatků, tedy praxi zákonem nepředvídanou, vzniklou *de facto*.

Pokud jde o retroaktivní dodatky, právní názory na to, zda je novela podmiňující účinnost dodatku zveřejněním znemožní, se zatím liší:

- Část právníků tvrdí, že retroaktivní dodatky byly v rozporu s právem již za dosavadní úpravy, na čemž by novela samozřejmě nic nezměnila.
- Jiným právním názorem je, že dodatek účinný až v průběhu roku bude moci bez problémů stanovit odchylnou konečnou úhradu za daný rok (resp. *de facto* „započíst“ péči poskytnutou před účinností dodatku do konečné úhrady), věcně se tedy opět nic nezmění.
- Třetí právní názor dovozuje, že do účinnosti dodatku podepsaného až v průběhu roku bude třeba hradit dle úhradové vyhlášky, a teprve od účinnosti dodatku bude možno hradit podle dodatku.

Přikláním se k poslední uvedenému výkladu. S jistotou lze tvrdit, že pokud pojišťovna bude postupovat tak, jak by dle zákona měla (tzn. s předstihem před koncem roku připraví zdravotně pojistný plán předvídající i oblasti vyčleněné pro individuální dodatky, nechá jej schválit regulátorem, ve vymezených oblastech sjedná s poskytovateli dodatky a zveřejní je, a to ještě před 31. prosincem), žádné problémy nemohou nastat.

„Pojišťovna tvrdí, že nemůžou platit dvě úpravy v jednom roce – dle vyhlášky v první půlce, dle dodatku v druhé půlce – protože nepůjde vypočítat regulace.“

Není zřejmé, zda jde vůbec o reálný problém (viz rozpory v právních názorech, uvedené výše – tento problém by vzniknul jen za předpokladu platnosti třetího z nich). Nadto, jak bylo též výše uvedeno, pokud bude dodatek uzavřen před koncem předchozího roku, jak by tomu mělo správně být, problém vůbec nevznikne.

Pokud by problém výpočtu při dvou úhradových režimech v jednom roce přesto nastal, není to problémem novely, ale špatné praxe regulátora a zdravotních pojišťoven. Problém s výpočtem vzniká jen proto, že se péče nehradí v plném rozsahu, ale tvůrce úhradových vyhlášek a pojišťovny zavádějí do úhrad objemové limitace počítané za celý rok a z historické reference. Tyto objemové limitace kritizoval Ústavní soud jako zásah do práva na podnikání poskytovatelů a jsou ke škodě pacientů. Pokud by platilo pravidlo „peníze jdou za pacientem“, nebyl by žádný technický problém ve změně úhrady za případ či za výkon v průběhu roku. Pokud ovšem zdravotní pojišťovny na objemové regulaci trvají, musejí si s poskytovatelem smluvně upravit v případném opožděném dodatku, jak ji budou kalkulovat.

Měla by být novela zamítnuta, protože komplikuje retroaktivní dodatky?

Ne – problém není v novele, ale v mechanismech, které se mezi pojišťovnami a poskytovateli fakticky vyvinuly, aniž je zákon předvídal. Novela dle některých právních názorů naráží na retroaktivitu dodatků (což je nešvar vyplývající ze špatné práce MZ a pojišťoven) v kombinaci s některými regulačními omezeními (což je též nešvar kritizovaný Ústavním soudem, který v úhradové vyhlášce ani smlouvách vůbec nemá být). Bylo by politickou i právní chybou vnímat stávající nefunkční stav jako danost, a jakékoliv změny vnímat jako něco, co se této danosti musí přizpůsobovat. Totéž lze říci o spoustě dalších problémů, například historické referenci a „zvykově“ nastaveným vysokým či nízkým úhradám různým nemocnicím. Pokud by se při tvorbě nové legislativy muselo vycházet ze stávajících pokřivených poměrů, nemůže nová legislativa přinést nic dobrého.