

**ZPRÁVA VYŠETŘOVACÍ KOMISE POSLANECKÉ
SNĚMOVNY
K PROŠETŘENÍ HOSPODAŘENÍ VŠEOBECNÉ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČESKÉ REPUBLIKY**

OBSAH :

Úvod.....	3
Historické souvislosti vzniku a vývoje zdravotního pojištění v ČR a jejich vliv na hospodaření VZP.....	4
Hospodaření VZP v základním fondu.....	7
Vnější příčiny vzniku dluhu:.....	7
Vnitřní příčiny vzniku dluhu:.....	9
Hospodaření VZP v ostatních fondech.....	11
Způsob organizace a řízení VZP ve vztahu k jejímu hospodaření.....	12
Kontrolní činnost ve vztahu k hospodaření VZP.....	14
Závěry vyšetřovací komise.....	15
Usnesení vyšetřovací komise.....	17
Návrh usnesení Poslanecké sněmovny.....	18
Seznam příloh.....	20

Úvod

Poslanecká sněmovna zřídila dne 6.12.2005 na své 51. schůzi podle § 48 zákona č. 90/1995 Sb., o jednacím řádu Poslanecké sněmovny, vyšetřovací komisi Poslanecké sněmovny k prošetření hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (vyšetřovací komise). Úkolem vyšetřovací komise je objasnit

- jak a proč vznikl dluh Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (VZP) a podíl managementu VZP na tomto dluhu
- zkontrolovat efektivitu vynakládaných finančních prostředků a soulad jejich využití s účelem, ke kterému má veřejné zdravotní pojištění sloužit.

Poslanecká sněmovna stanovila lhůtu do 30. dubna 2006, do níž je vyšetřovací komise povinna předložit svá zjištění s návrhem Poslanecké sněmovně.

Poslanecká sněmovna zvolila dne 9.12.2005 na své 51. schůzi členy vyšetřovací komise Poslanecké sněmovny k prošetření hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky

- 2 Ladislava Býčka
- 3 Michala Doktora
- 4 Jiřinu Fialovou
- 5 Janu Hamplovou
- 6 Josefa Janečka
- 7 Jiřího Karase
- 8 Petra Kotta
- 9 Jozefa Kubinyiho
- 10 Vlastimila Ostrého
- 11 Lucii Talmanovou

Poslanecká sněmovna zvolila dne 14.12.2005 na své 51. schůzi předsedou Vyšetřovací komise Poslanecké sněmovny k prošetření hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky poslance Jozefa Kubinyiho.

Komise na své první schůzi dne 21.12.2005 zvolila místopředsedou komise poslance Josefa Janečka a ověřovatelé komise poslankyni Lucii Talmanovou a poslance Ladislava Býčka.

Komise na své druhé schůzi vymezila období, ve kterém se bude zabývat dluhem VZP. Toto období bylo stanoveno na dobu od posledního oddlužení VZP v roce 2000 (příloha č. 1).

Komisi byli přiděleni Ministerstvem vnitra dva vyšetřovatelé: kpt. Bc. Dagmar Holcmanová a npor. Mgr. Pavel Pinka.

Komise se od svého vzniku sešla na 15ti schůzích, z toho některé byly dvoudenní.

Vyslechla 30 svědků, z toho jednoho dvakrát. Seznam svědků je uveden v příloze (příloha č. 2).

Komise si pro svou potřebu vyžádala materiály od VZP, Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva financí a od jiných subjektů (příloha č. 3).

Historické souvislosti vzniku a vývoje zdravotního pojištění v ČR a jejich vliv na hospodaření VZP

V devadesátých letech se v ČR konstituoval systém zdravotních pojišťoven a financování zdravotnictví se převedlo ze státu na vzniklé zdravotní pojišťovny. Jako první vznikla v roce 1991 Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, pro kterou byl vytvořen zvláštní zákon (č. 551/1991 Sb.). Následně vznikaly další oborové a zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, které rovněž měly svůj vlastní zákon (č. 280/1992 Sb.).

Nedošlo však k vytvoření podmínek pro skutečnou roli pojišťoven v systému zdravotnictví, ani k možnosti reálné konkurence mezi pojišťovnami na základě difference v poskytovaných službách. Vznikem dalších zdravotních pojišťoven (kterých bylo jednu dobu 27) docházelo k odlivu lukrativních pojištěnců (zdravých a s vyššími příjmy) z VZP do těchto pojišťoven, které byly z počátku koncipovány jako uzavřené a přijímaly omezený okruh pojištěnců. O tom, že se systém nepovedlo hned z prvopočátku nastavit a nastartovat správně, svědčí i skutečnost, že převážná část nově vzniklých oborových a regionálních pojišťoven zkrachovala krátce po svém vzniku. Pojištěnce těchto pojišťoven potom podle zákona musela převzít VZP, pokud pojištěnce nepřevzala jiná zdravotní pojišťovna.

Ústava ČR zaručuje občanům ČR bezplatnou zdravotní péči. Toto základní právo občanů je definováno v „Listině základních lidských práv a svobod“, která je součástí Ústavy ČR. V článku 31 Listiny je uvedeno: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v paragrafu 11 písmeno d) výslovně zakazuje přímou platbu pojištěnce i v souvislosti s poskytnutím zdravotní péče. Také zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v ustanovení § 11 odst. 1 uvádí, že „zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.“ Tyto tři zákonné normy mají zásadní vliv na systém českého zdravotnictví a neumožňují reálnou soutěž mezi pojišťovnami.

Vznikla situace, která přetrvává dodnes, že systém zdravotnictví je financován přes zdravotní pojišťovny, ale současně tyto pojišťovny nemůžou principiálně fungovat jako pojišťovny, protože nemají definovaný předmět pojištění. Pojišťovny nemůžou uzavírat individuální pojistné smlouvy se svými klienty a nemůžou ani stanovovat obsah a rozsah pojistného plnění. Veškerá péče je bezplatná, hrazená z veřejného zdravotního pojištění, pojišťovnám tak fakticky zůstává role přerozdělovatelů peněz z vybraného zdravotního pojištění mezi jednotlivé poskytovatele zdravotní péče.

Financování systému veřejného zdravotního pojištění bylo od počátku nastaveno jako deficitní, kdy hlavní zátěž výběru pojistného nese kategorie zaměstnanců. Výše pojistného na zdravotní pojištění je stanovena pro všechny kategorie plátců zákonem. Pojistné zaměstnanců je hrazeno z jedné třetiny zaměstnancem, zbytek platí zaměstnavatelé, u osoby samostatně výdělečně činné je částka pojistného závislá na přiznaném zisku. V této kategorii více jak 90% pojištěnců platí nižší pojistné než je průměr za zaměstnance. Nevýznamné jsou příjmy osob bez zdanitelných příjmů. Za největší část občanů (děti, důchodci, matky pečující o děti, nezaměstnaní ...) platí pojistné stát, což je značně kuriózní situace, která nemá ve světě obdoby. Tímto způsobem se vlastně dotuje značná část zdravotní péče z daní. Dynamika růstu výdajů je od počátku vyšší než nárůst výběru pojistného a byla opakovaně řešena finančními dotacemi, odkupem pohledávek Českou konsolidační bankou později Českou konsolidační agenturou. Deficit systému veřejného zdravotního pojištění od počátku vykazuje asymetrii, kdy se závazky po lhůtě splatnosti projevovaly a dosud projevují pouze u VZP. Tato asymetrie měla být odstraněna přerozdělením příjmů mezi pojišťovnami, avšak počáteční nastavení přerozdělení 60% příjmů pro pouze dvě kategorie pojištěnců se ukázalo jako nedostatečné, a proto v roce 2004 byla provedena legislativní úprava zavádějící 100% přerozdělení dle věkových kategorií, pohlaví a nově i u vysoce nákladné péče. Tímto opatřením se zcela zrušily rozdíly mezi pojišťovnami a odpadá tím možnost získání

výhody pomocí lepšího složení portfolia pojištěnců.

Na straně příjmů v oblasti veřejného zdravotního pojištění je potřebné připomenout i fakt, že zejména v počátečních etapách konstituování zdravotního pojištění v devadesátých letech došlo k nárůstu dluhů zdravotních pojišťoven i v důsledku neplacení pojistného ze strany zejména velkých firem. Některé z těchto pohledávek se časem staly nedobytnými (po krachu firem). V současné době je naprostá většina těchto pohledávek již konsolidovaná. Neodvedení pojistného na zdravotní pojištění je od 1.1.1998 trestným činem podle § 147 trestního zákona, avšak jen v části odvodu pojistného sraženého zaměstnavatelem zaměstnanci z jeho mzdy, nikoliv však v části hrazené zaměstnavatelem. Navíc podle současné judikatury trestní odpovědnost lze vyvodit jedině v případě, že zaměstnavatel skutečně srazil pojistné na zdravotní pojištění ze mzdy zaměstnanců a použil je na jiné účely. Pokud by totiž zaměstnavatel měl pouze na výplatu čistých mezd, takže po jejich vyplacení by mu nezbylo na odvedení částky za zaměstnance na zdravotní pojištění, trestného činu podle § 147 by se dopustit nemohl. Tyto skutečnosti jsou jedním z důležitých faktorů vedoucích k růstu pohledávek zdravotních pojišťoven.

V oblasti smluvní politiky uzavírají zdravotní pojišťovny smlouvy se zdravotnickými zařízeními na základě výsledků výběrových řízení, přičemž tyto výsledky nejsou pro pojišťovny závazné. Rámcově se uzavírání smluv a jejich cenových dodatků řídí výsledky dohodovacích řízení. Pouze v případě nedohody vydává Ministerstvo zdravotnictví úhradovou vyhlášku. Dohoda nebo úhradová vyhláška potom stanoví celkovou výši úhrady v daném segmentu zdravotní péče (segmentem se rozumí oblast poskytované péče – např. segment lůžkové péče, segment následné péče, segment komplementu, segment obvodních lékařů, segment ambulantních specialistů, segment stomatologické péče, segment lázní, segment dopravy...).

Po převodu financování zdravotnictví ze státu na zdravotní pojišťovny byl deklarován záměr analyzovat potřeby zdravotní péče pro občany ČR, jejich kvantitu a kvalitu, potřebný počet poskytovatelů a další parametry. Proto byl zaveden pro začátek výkonový systém úhrady zdravotní péče, při kterém byl proplácen každý jednotlivý diagnostický nebo léčebný úkon. K tomuto cíli byl zpracován Seznam výkonů s bodovými hodnotami jednotlivých zdravotnických výkonů.

Záměr optimalizovat zdravotní péči pomocí sledování proplácení jednotlivých výkonů ve výkonovém systému selhal. Došlo k extenzi vykazování výkonů a enormnímu růstu výdajů, které nebylo možno dílčími regulačními nástroji usměrnit. Principiálně je systém plateb za výkony možný, ale jenom za předpokladu velmi pečlivé a systematické kontroly vykazování. Tato podmínka při zavedení plateb za výkony splněna nebyla a po asi pěti letech takto pojatého financování zdravotní péče reálně hrozilo zhroucení celého systému. Proto se od poloviny roku 1997 převedly úhrady na systém paušálních plateb v lůžkových zdravotnických zařízeních, kapitaci u obvodních lékařů a úhradu dle ceníku pro stomatologickou péči. Výkonovým systémem zůstali dál placeni jenom ambulantní specialisté a komplement (oblast vyšetřovacích metod, zejména laboratorních), přitom bylo zavedeno několik regulačních opatření a hodnota bodu byla určována dohodovacím řízením pro dané období a pro daný segment zdravotní péče. Pro stanovení paušálních úhrad bylo použito takzvané referenční období, zpravidla se týkající předchozího odpovídajícího pololetí. Tento způsob plateb, který byl přijat v krizové situaci v roce 1997, a byl plánován jako dočasný (na dobu maximálně jednoho roku, jak bylo tenkrát deklarováno), zůstal však v téměř nezměněné podobě doposud. Takže po dobu devíti let již přetrvává ve financování převážné části zdravotní péče provizorium. Přitom základem pro proplácení zdravotní péče byly a jsou i v současnosti odvozené paušály z referenčního období z doby zavádění zdravotních pojišťoven. Konzervované paušální platby odrážejí daleko více úroveň schopnosti vykazovat poskytování zdravotní péče v období výkonového systému let 1992-1997 než reálnou péči poskytovanou v současnosti. Tím hned od počátku paušálních plateb za péči byla zavedena do systému nerovnoměrnost a nespravedlnost. Celý systém současného proplácení zdravotní péče je extrémně složitý, naprosto nesystematický a netransparentní (příloha č. 4). Dá se říct, že zejména v oblasti lůžkové péče pojišťovny platí paušálně za vlastní existenci zdravotnického zařízení jako takového (budovy, lékaře, sestry a další zdravotnický personál, energie, přístroje) a nikoliv za poskytovanou zdravotní péči. Navíc takto nastavený systém umožňuje voluntarizmus a zcela individuální přístup

pojišťoven k jednotlivým poskytovatelům zdravotní péče. Pomocí vykazování bodů za výkony je sice možné zhodnotit kvantitu poskytované péče, nikoliv však její rozsah, dostupnost a zejména kvalitu. Rovněž není systematicky sledována reálná cena jednotlivých výkonů v jednotlivých zdravotnických zařízeních a vyvozování závěrů z rozdílů. Byl učiněn pokus sledovat některé z těchto parametrů pomocí klasifikačního systému diagnostických skupin (DRG), ale jeho rozvoj byl velmi pozvolný a nakonec byl celý projekt Ministerstvem zdravotnictví asi po šesti letech v roce 2005 ukončen. Je nutné podotknout, že tento projekt si na straně pojišťoven i Ministerstva zdravotnictví vyžádal nemalé finanční prostředky, řádově ve stovkách milionů korun.

Hospodaření VZP v základním fondu

Základní fond VZP je určen pro úhradu zdravotní péče a je naplňován finančními prostředky z výběru pojistného na základě příslušných právních předpisů (zákony, vyhlášky). Základní fond objemově představuje asi 97% všech prostředků VZP. Neschopnost VZP uhradit závazky zdravotnickým zařízením ve lhůtách stanovených „Rámcovými smlouvami“ ze základního fondu je důvodem zadlužení VZP vůči poskytovatelům zdravotní péče.

Příčiny vzniku dluhu VZP je možné rozdělit na vnější a vnitřní. Přitom je velmi těžké přesně stanovit procentuální podíl jednotlivých příčin na vzniku dluhu vzhledem k jejich provázanosti a nejednoznačnému definování jasných pravidel.

Vnější příčiny vzniku dluhu:

Zcela nepochybně je základní příčinou vytváření dluhu VZP nastavení systému zdravotního pojištění jako v podstatě deficitního. Dluh VZP roste nepřetržitě od vzniku VZP a jeho nadměrné kumulaci zabránilo jenom opakované oddlužování VZP přes Českou konsolidační agenturu. VZP od počátku měla příliš dlouhou kontraktační povinnost k absolutní většině poskytovatelů zdravotní péče. Ministerstvo zdravotnictví při vydávání zejména lékových úhradových vyhlášek nezohledňovalo možnosti veřejného zdravotního pojištění a jeho limity. Stát zvyšoval úhradu za státní pojištěnce výrazně méně než byl růst příjmů ostatních kategorií plátců pojistného, takže za tuto největší skupinu populace postupně procentuálně klesala platba ve srovnání se zbytkem pojištěnců z téměř 29% na počátku zdravotního pojištění na 21,5% v roce 2005, přičemž počet těchto pojištěnců se v současné době blíží 60% z celkového počtu pojištěnců a čerpají největší podíl zdravotní péče – cca 80%. V současnosti došlo k navýšení plateb za státní pojištěnce, což by mělo zlepšit i ekonomickou situaci VZP.

Podstatnou vnější příčinou vzniku dluhu VZP je existence ostatních zdravotních pojišťoven a pseudokonkurence mezi pojišťovnami. Pojišťovny se předbíhaly v přetahování zdravých a vydělávajících pojištěnců a rovněž v nasmlouvávání péče zejména v menších regionálních nemocnicích a ambulantní sféře. Tato situace neumožňovala racionalizovat smluvní politiku. Při nenavázání smluvního vztahu ze strany VZP hrozilo, že poskytovatel zdravotní péče bude od klientů VZP žádat, aby se přeregistrovali do jiné zdravotní pojišťovny. To vytvářelo situaci, která neumožňovala VZP provádět smluvní politiku s ohledem na reálné potřeby pojištěnců a konzervovala, případně dokonce rozšiřovala již tak předimenzovanou síť poskytovatelů zdravotních služeb.

Vliv na hospodaření VZP měla rovněž Poslanecká sněmovna, která každoročně přijímala desítky pozměňovacích návrhů státního rozpočtu z poslaneckých iniciativ. Tyto změny z velké části znamenaly rozvoj sítě zdravotnických zařízení (stavební investice) a pořízování nové zdravotnické techniky (drahé přístroje), vedly následně ke zvyšování nutnosti úhrad ze zdravotního pojištění. Pozměňovacích návrhů na změny investic ve zdravotnictví bylo v letech 2000 až 2006 podáno na plénu při projednávání státního rozpočtu ČR celkem 159 v celkovém objemu 5,289 mld. Kč. Většina těchto návrhů sice přijata nebyla, ale byla přijata celá řada pozměňovacích návrhů ve Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví a rovněž v Rozpočtovém výboru Poslanecké sněmovny. Příkladem enormního a nekompetentního přerozdělování investic v Poslanecké sněmovně může být příklad z minulosti, kdy státní rozpočet byl sestaven tak, že z plánované zhruba jedné miliardy korun na obnovu radiodiagnostické techniky podle nového atomového zákona zůstalo devadesát miliónů a zbytek byl přesunut povětšinou na investice stavební. Z novější doby ve státním rozpočtu na rok 2005 rozpočtový výbor přeřadil investici na nákup dvou přístrojů pozitronové emisní tomografie pro diagnostiku nádorových onemocnění (chybí jich v ČR sedm) na přestavbu chirurgických sálů v okresní nemocnici... Takových příkladů by se určitě dalo uvést desítky, ne-li stovky. Pro spravedlnost je však nutné podotknout, že při přípravě investic ze státního rozpočtu na Ministerstvu zdravotnictví se rovněž ne vždy postupovalo striktně podle odborných

hledisek a reálných potřeb investic.

Za další příčiny vytváření dluhu je možné označit nedostatečné definování standardů péče státem a vymezení sítě poskytovatelů zdravotnických služeb lůžkové péče. Je známo, že v ČR máme výrazný nadbytek poskytovatelů akutní zdravotní péče s výraznou regionální disproporcí. Je poskytována nadbytečná péče (např. počet nemocnic poskytujících akutní péči je okolo 200, přitom reálná potřeba je bezesporu nižší, počet návštěv v ambulantní péči je až třikrát častější než v ostatních státech EU). Tato situace ve svém důsledku znemožňuje potřebnou koncentraci lidských i přístrojových kapacit a vede ke snižování kvality poskytované péče. Optimalizace sítě poskytovatelů zdravotní péče je jedním z největších dluhů státu vůči občanům ČR.

Nepotvrdilo se však tvrzení, že za dluh VZP mohou převážně vyhlášky o úhradách za zdravotní péči (tzv. úhradové vyhlášky) v těch segmentech, kde došlo k nedohodě. Naopak, v segmentech, kde k dohodě došlo, byla úhrada zpravidla vyšší, než u segmentů placených podle úhradové vyhlášky. Navíc, systém plateb je natolik komplikovaný, že neumožňuje ani kontrolu přesného dodržování vyhlášek.

Další dvě oblasti, které měly nepochybně výrazný vliv na vytváření dluhu VZP jsou léková politika a rozmísťování nákladné přístrojové techniky (nákladné z hlediska jak pořizovací ceny, tak provozních nákladů).

U lékové politiky lze konstatovat, že ČR nemá zpracovanou žádnou systematickou koncepci lékové politiky. Výše úhrad za léky a zařazení léků do klinické praxe podléhá takzvané kategorizační komisi Ministerstva zdravotnictví. V této komisi mají zastoupení i pojišťovny, ale nemají rozhodující slovo ani právo veta. Konečné slovo má ministr zdravotnictví, může rozhodnutí kategorizační lékové komise měnit. V mnoha případech ministři zdravotnictví tohoto práva využili, měnili rozhodnutí kategorizační komise a zařazovali do klinické praxe i léky, které tato komise neodsouhlasila, případně měnili výši úhrady za léky. Výše úhrad za jednotlivé léky je stanovena lékovou vyhláškou, vydávanou Ministerstvem zdravotnictví. Pojišťovny mají povinnost hradit léky ve výši, stanovené touto lékovou vyhláškou. Náklady na léky tvoří asi čtvrtinu celkových nákladů na zdravotní péči. Celý proces kategorizace léčiv v ČR je nesystémový a netransparentní, za což byla ČR opakovaně kritizována ze strany EU a teď jí dokonce hrozí žaloba u Evropského soudu. Tato nepochopitelná praxe kromě možné pokuty u soudu znamená každoročně velmi výrazný nárůst nákladů za léky. ČR si nevypracovala žádný mechanismus, jak se bránit velmi silnému tlaku farmaceutických koncernů na zvyšování výdajů na léky. Dalším fenoménem v této oblasti je zneužívání a nadužívání léků. Kvalifikované odhady uvádějí nadbytečné výdaje okolo 4 mld. ročně, přitom se jedná převážně o ztráty z léků, které byly předepsány a vydány pacientům, a skončily v „popelnici“. Další miliardy nepochybně představují možné úspory při využití účelné farmakoterapie, pro kterou neexistují právoplatné standardy.

Významným způsobem se na zvyšování dluhu VZP podílí velký nárůst úhrad za zdravotnické prostředky (stenty, endoprotézy, kardiostimulátory, kardiologické katetry ...). Tyto jsou přímo hrazeny (nad rámec paušální platby), a nepodléhají žádné kategorizaci. Na rozdíl od léků nejsou u zdravotnických prostředků možné žádné příplatky. Tady rovněž nemá pojišťovna žádnou možnost regulovat svoje výdaje. Přitom náklady na zdravotnické prostředky jsou v současné době nejrychleji rostoucí položkou výdajů ve zdravotnictví.

U nákladné přístrojové techniky existuje komise pro rozmísťování a povolování zvlášť nákladné přístrojové techniky. Má statut poradního orgánu ministra. Rozhodnutí této komise není pro ministra ani pro pojišťovny závazné a z obou stran docházelo k porušování závěrů této komise. Jednak ministři měnili rozhodnutí komise a schvalovali i takové přístroje, které komise nedoporučila, jednak VZP v některých případech navázala smlouvy na úhradu u přístrojů, které neprošly touto komisí nebo byly komisí zamítnuty.

Jedním z názorných příkladů nefunkčnosti systému je neshoda mezi legislativou a realitou. Zdravotně pojistný plán VZP, který musel být sestaven ze zákona jako vyrovnaný, byl schvalován Poslaneckou sněmovnou pozdě nebo vůbec.

Za zásadní a hlavní příčinu vzniku dluhu lze označit neochotu a neschopnost vypracovat jasná pravidla proplácení péče ze strany Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí,

neschopnost Poslanecké sněmovny přijmout adekvátní zákony a neschopnost vlád tyto zákony vypracovat. Tento stav trvá již od roku 1991, od vzniku veřejného zdravotního pojištění a pojišťoven. VZP lze přičíst k dobru, že na tuto skutečnost ministerstva, premiéry i Poslaneckou sněmovnu opakovaně upozorňovala. Chybí však politický konsensus. Zdravotnictví je pro politiky spíše nástrojem pro vedení politického boje, než problémem, který by bylo zapotřebí seriózně řešit.

Vnitřní příčiny vzniku dluhu:

Zcela chyběla analýza efektivity. VZP rezignovala na kontrolu kvality i ceny poskytované péče u jednotlivých poskytovatelů. VZP se stala prostou rozdělovnou peněz vybraných ze všeobecného zdravotního pojištění. Pravidla tohoto rozdělování finančních prostředků byla sice částečně ovlivněna množstvím externích předpisů (vyhlášky Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí), ale samotná VZP neprojevila snahu optimalizovat nutné náklady na zdravotní péči a tím minimalizovat dluh. Dobrým příkladem tohoto tvrzení je již zmiňovaný fakt, že v segmentech zdravotní péče, kde na základě dohodovacího řízení došlo k dohodě mezi VZP a poskytovateli zdravotnických služeb, byla úhrada zpravidla vyšší, než v segmentech, kde v důsledku nedohody v dohodovacím řízení byly úhrady stanoveny úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví (příloha č. 5). Zarážející je velmi výrazná nerovnoměrnost v procentuálním navyšování úhrad péče mezi jednotlivými segmenty zdravotní péče, mezi jednotlivými lety a dokonce i uvnitř segmentů mezi jednotlivými srovnatelnými poskytovateli služeb. Komise prošetřila vývoj úhrad u lůžkových zařízení za akutní lůžkovou péči a následnou lůžkovou péči od roku 2000 do roku 2004 (pro rok 2005 zatím nejsou data k dispozici) a konstatuje, že zjistila výrazné a neopodstatněné rozdíly v úhradách péče srovnatelným lůžkovým zdravotnickým zařízením (celkem měla komise k dispozici záznamy od 338 lůžkových zařízení). Zároveň komise s politováním konstatuje, že nebylo v jejich silách, časových ani kapacitních možnostech, detailněji prozkoumat další segmenty poskytovatelů z hlediska úhrad za poskytovanou péči od VZP. Jenom v oblasti ambulantní péče eviduje VZP přes 30 tisíc smluv. Komise se na základě výsledků svědků domnívá, že nerovnoměrnost úhrad v ambulantní sféře bude podobná, jako u lůžkových zařízení. Tato nerovnoměrnost může znamenat nerovnost přístupu občanů ČR ke zdravotní péči. Bylo by žádoucí, aby samotná VZP provedla podrobnou analýzu smluvních vztahů v lůžkové i ambulantní sféře poskytovatelů zdravotnických služeb a s touto analýzou seznámila širokou odbornou i laickou veřejnost. Analýza by měla být podkladem pro následující přehodnocení všech smluvních vztahů VZP s poskytovateli zdravotnických služeb.

Rovněž se na vzrůstu dluhu významným způsobem podílelo i navazování mnohdy zbytečných nových smluvních vztahů (nebo neadekvátní rozšiřování existujících smluvních vztahů) ze strany pojišťovny. VZP se hájí nutností navazovat nové smluvní vztahy a zvyšovat úhrady v některých segmentech z důvodů možného odlivu klientů, kteří by přešli ke konkurenčním pojišťovnám, které v daném subjektu již smlouvy mají. Je to zcela standardní způsob obhajoby ze strany VZP čehokoliv z oblasti smluvní politiky. A je bohužel zcela nemožné dokázat, jestli by skutečně k odlivu klientů od VZP došlo či nikoliv. Nicméně, obavy z odlivu klientů měly zcela zásadní význam ve smluvních vztazích. Jinak řečeno, smlouvy se nenavazovaly proto, že v určitém regionu byla zapotřebí určitá kvantita a kvalita zdravotní péče (ambulantní, lůžkové akutní i následné, stomatologické a další), ale proto, aby klienti neodešli od VZP k jiné pojišťovně. Současná legislativa v této oblasti je nevyhovující, protože ze zákona č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění nevyplývá závaznost výsledků výběrových řízení. Docházelo k situacím, kdy přes nedoporučení výběrové komise byly ze strany VZP navázány smluvní vztahy se zdravotnickými zařízeními a naopak nebyly realizovány smlouvy u doporučených subjektů. Tento fakt výstižným způsobem ukazuje na systémovou chybu, kdy vlastně vůbec není jasné, kdo za síť zdravotnických zařízení zodpovídá. Běžnou praxí ve vyspělých zemích je, že stát určuje minimální rozsah sítě a pojišťovny nad tuto minimální síť nasmlouvávají další poskytovatele podle svých ekonomických možností.

Hospodaření VZP v ostatních fondech.

VZP ze zákona zřizuje kromě základního fondu ještě následující fondy: rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond majetku, fond reprodukce majetku. Kromě toho může zřizovat fond pro úhradu závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče a fond prevence. Celkový objem prostředků v těchto fondech činí asi 3% z celkového objemu všech prostředků VZP.

Vyšetřovací komise se ve své práci zabývala hospodařením těchto fondů jenom okrajově, protože úměrně k jejich celkově malému procentuálnímu objemu rozhodně nepředstavují významnou položku v celkové bilanci VZP.

VZP ve sledovaném období nečerpala prostředky z veřejného zdravotního pojištění na svůj provoz nad limit stanovený zákonem.

Vyšetřovací komise při své činnosti narazila při prozkoumávání uvedených fondů na některé nesrovnalosti. Proto podala celkem tři podněty k prozkoumání Úřadu pro hospodářskou soutěž a pověřila vyšetřovatele komise, aby případné poznatky, které ukazují na možné porušení zákona, předali k prošetření orgánům k tomu příslušným.

Největší pochybnosti vzbudil u komise fond prevence, u kterého řada aktivit podle mínění členů komise ne zcela odpovídá vymezení pojmu prevence. V příloze je uvedeno čerpání fondu prevence na jednotlivé aktivity v letech 2000 až 2005 (příloha č. 6). Z přehledu vyplývá, že finanční prostředky byly vynaloženy zejména na projekt IZIP, protidrogovou prevenci, ozdravné pobyty, prevenci dětské úrazovosti a v menší míře na zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého, individuální podporu zdravotně postiženým sportovcům, pomůcky pro zdravotně postižené do speciálních škol a další.

S ohledem na posouzení, zda byly finanční prostředky vynaložené VZP použity účelně, byli přibráni znalci z oboru zdravotnictví a znalecké ústavy z oboru ekonomika, kybernetika a kultura - odvětví filmové, televizní. Předmětem znaleckého zkoumání jsou: ozdravné pobyty pořádané v rámci akce "Mořský koník" a ostatní ozdravné pobyty, prevence dětské úrazovosti, IZIP - elektronické zdravotní knížky.

Do současnosti byly z ekonomického hlediska posouzeny jen ozdravné pobyty pořádané v rámci akce "Mořský koník", přičemž posouzení ostatních zkoumaných produktů lze očekávat koncem měsíce května 2006. Seznam prozkoumávaných akcí a projektů je v příloze (příloha č. 7). Komise předpokládá, že se zjištěnými závěry seznámí Poslaneckou sněmovna na její květnové schůzi.

Ze znaleckého posudku č. 060329, zejména pak ze závěru znalce vyplývá, že ceny uváděné VZP ČR na ozdravné pobyty dětí v jednotlivých letech jsou adekvátní vzhledem k lokalitám a poskytovaným službám. Nepřiměřeně vysoké jsou částky placené společnosti M'Plus, a.s. za její služby. Hlavním problémem akce „Mořský koník“ je nedostatečná účast dětí. Pojišťovna by se především měla snažit o co největší obsazenost jednotlivých turnusů. Nevhodně je řešena i letecká doprava. Náklady na leteckou dopravu by alespoň částečně snížilo včasné zrušení letů, když v roce 2003 a 2004 byly lety rušeny krátce před termínem a stornovací poplatky byly ve výši 40 - 50% původní smluvní ceny. Znalecký posudek obsahuje řadu doporučení a jsou v něm vyčísleny ztráty vzniklé placením storno-poplatků za neobsazenost turnusů a míst v letadlech.

Vyšetřovací komise konstatuje, že přes veškeré kontroly provedené pracovníky vnitřní kontroly VZP i pracovníky kontroly dvou ministerstev obsahuje hospodaření VZP ve fondech mimo základní fond řadu nedostatků. Vzhledem k tomu, že vyšetřovací komise nemá časové ani kapacitní možnosti na detailní prozkoumání hospodaření těchto fondů, doporučuje VZP zadat na hospodaření v těchto fondech hloubkový (forenzní) audit.

Způsob organizace a řízení VZP ve vztahu k jejímu hospodaření

VZP je zřízena zákonem č. 551/1991 Sb., který upravuje její působení. Tento zákon má řadu

nedostatků v definování statutárních orgánů (ředitel) a jiných orgánů (Správní rada a Dozorčí rada) a jejich povinností a zejména jejich odpovědnosti. VZP je na základě tohoto zákona organizací nadměrně centralizovanou, příliš mnoho pravomocí je koncentrováno v rukou statutárního orgánu (za první republiky Ústřední sociální pojišťovna vedlo desetičlenné představenstvo v čele s předsedou, který byl jmenován prezidentem republiky). Rovněž vymezení kontrolní činnosti je poněkud vágní. Ne zcela šťastná se jeví i formulace § 8/2, ve které se stanoví, že v případě platební neschopnosti VZP zaručuje uhrazení nákladů poskytnuté zdravotní péče po vyčerpání rezervního fondu státní rozpočet ČR ve formě návratné finanční výpomoci. V praxi tato formulace znamená, že VZP nemůže zbankrotovat. Tato skutečnost bere VZP motivaci k hledání vnitřních rezerv. V naší legislativě rovněž chybí zakotvení nějakého orgánu, který by plnil roli koordinátora zdravotních pojišťoven a dohlížel nad celým systémem veřejného zdravotního pojištění (nějaký druh „Správy zdravotního pojištění“ – tuto roli právě za první republiky měla Ústřední sociální pojišťovna). Zákon se jeví jako zastaralý a podle mínění členů komise vyžaduje zásadní přepracování.

Statutární orgán – ředitel pojišťovny. Tato funkce je volená Poslaneckou sněmovnou. Ředitel má velmi významné rozhodovací pravomoci. Zákon neřeší ani situaci, kdo odpovídá za chod organizace v případě náhlé nepřítomnosti ředitele (abdikace, úmrtí a podobně). Ředitel nemá v zákoně stanovenou odpovědnost za svěřený majetek ani povinnost jednat s péčí řádného hospodáře. Ředitel nemá smlouvu o výkonu funkce s VZP, která by stanovovala jeho práva a povinnosti. Podle zjištění komise jediný dokument, který ředitelka VZP za celou dobu svého působení ve funkci od orgánů pojišťovny obdržela, byl platový výměr. Povinnost jednat s péčí řádného hospodáře není zákonem stanovena také ani pro ředitele krajských poboček a pro ředitele územních pracovišť VZP ČR (dříve okresní pobočky VZP ČR), ačkoliv v současné době ředitelé územních pracovišť jsou pověřeni k uzavírání smluv se zdravotnickými zařízeními. Přestože zdravotně pojistné plány byly sestavovány jako vyrovnané, ze strany vedení VZP nebyly vytvořeny podmínky pro naplnění vyrovnaného rozpočtu a to zejména v oblasti smluvní politiky a uplatňování regulačních mechanismů. Vedení VZP, ač si bylo vědomo, že revizní činnost je nedostatečná, neprovedlo příslušné kroky k nápravě tohoto stavu. Podobně v oblasti analytické činnosti, která by sledovala rozdíly v kvalitě a ceně poskytované péče různými zdravotnickými zařízeními nebylo vedení VZP dostatečně iniciativní. Vedení VZP nevyvinulo dostatečné úsilí k odstranění nedostatků, zjištěných kontrolními orgány.

Správní rada VZP (SR) – tvořilo ji 30 členů, deset členů – zástupců státu, deset členů – zástupců pojištěnců VZP, deset členů – zástupců zaměstnavatelů pojištěnců VZP. O deset míst zástupců státu se dělily Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo financí a Ministerstvo práce a sociálních věcí a zástupci státu nepostupovali vždy jednotně. Zákon nedefinoval jednoznačná pravidla pro výběr členů SR za zaměstnavatele pojištěnců VZP. Zajímavou skutečností rovněž je, že někteří členové SR setrvali ve své funkci po celou dobu existence VZP (střídavě za pojištěnce a za zaměstnavatele). Toto složení SR by mělo zaručovat vyváženost zájmů státu, pojištěnců i zaměstnavatelů. Podle zjištění vyšetřovací komise SR nepracovala efektivně, příliš se zabývala hospodařením ve fondech mimo základní fond (fondem prevence, fondem reprodukce investičního majetku, fondem provozním) a relativně méně času věnovala problémům hospodaření VZP v základním fondu. Jedním ze základních témat jednání SR bylo hodnocení možností a hledání dalších cest prezentace VZP navenek (zábrana odlivu klientů). SR má ze zákona povinnost schvalovat zásady smluvní politiky, objem úhrad zdravotnickým zařízením a hodnotu bodu. Těmto oblastem se SR ve své činnosti věnovala minimálně. Bez opory v zákoně si SR vytvářela pracovní komise, které byly poradním orgánem SR. V jednom případě byl dokonce porušen zákon, protože SR delegovala na komisi pro fond prevence rozhodovací pravomoc. Do budoucna by bylo vhodné uvážit zastoupení ve SR i odborníků na řízení, organizaci a financování zdravotnictví.

Část členů SR časem přestala hájit zájmy institucí, které je do VZP vyslaly, a hájily zájmy VZP. Předpokládalo se, že zástupci státu budou mít snahu udržet vyrovnané hospodaření VZP, že zástupci pojištěnců a zaměstnavatelů budou svou pozornost věnovat správnému využití prostředků, které VZP získala od pojištěnců a zaměstnavatelů. Tento předpoklad splněn nebyl beze zbytku. Lze

konstatovat, že v uvedeném složení a při neoptimálním vymezení kompetencí, pravomocí a nestanovené odpovědnosti za hospodaření, někteří členové SR velmi pravděpodobně prosazovali spíše svoje partikulární zájmy, než oprávněné zájmy těch skupin, které v SR zastupovali (stát, pojištěnci, zaměstnavatelé).

Ze zákona má SR povinnost schvalovat organizační řád VZP, zdravotně pojistný plán VZP, účetní závěrky a výroční zprávy VZP. Tyto povinnosti si SR splnila beze zbytku. SR podobně jako statutární orgán nemá v zákoně stanovenou povinnost jednat s péčí řádného hospodáře a odpovědnost z výkonu své funkce.

Dozorčí rada VZP (DR) – tato rada má ze zákona dohlížet na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů a na celkové hospodaření VZP. V této oblasti DR selhala a neplnila povinnosti určené ji zákonem. Funkce DR byla víceméně formální, čemuž se nelze divit, protože členům DR ze zákona nehrozily žádné sankce.

Kontrolní činnost ve vztahu k hospodaření VZP

Kontrolní činnost VZP lze rozdělit na vnitřní a vnější. Pod vnitřní kontrolu patří organizační složky VZP:

- 12 **odbor kontroly** – kontroluje vlastní hospodaření a dodržování právních předpisů na všech úrovních (ústředí, pobočky, expozitury) – spolupracuje při provádění externích kontrol zejména s kontrolními orgány Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva financí a Nejvyššího kontrolního úřadu
- 13 **odbor interního auditu** – provádí finanční audity, audity systému a audity výkonu –

spolupracuje s externími auditory a orgány veřejné správy při zajišťování systému finanční kontroly

14 **odbor revize zdravotní péče** – kontroluje vykázanou zdravotní péči a povoluje výjimky

Vnější kontrolu zajišťují kontrolní orgány státní správy reprezentované pracovníky Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí. Kontrolu rovněž namátkově prováděl Nejvyšší kontrolní úřad. Ze zákona vyplývá povinnost každoročního externího auditu VZP.

Komise konstatuje, že kontrolní činnost vnitřní i vnější byla na všech úrovních nedostatečná. Přesto, že se některé kontrolní mechanismy překrývaly, nezřídka došly kontrolující subjekty k odlišnému hodnocení téže situace. Nízká efektivita kontrolních mechanismů neodpovídala ani rozsahu činností VZP, ani celkovému objemu bilanční sumy. Nejvíce se toto konstatování týká kontrol hospodaření se základním fondem, kontrol smluvních vztahů a úhrad zdravotní péče. Je však nutno přiznat, že rozsah těchto kontrol je tak velký, že by vyžadoval posílení kontrolních skupin jak ve VZP tak i na ministerstvech a to kvantitativně i kvalitativně. Jako polehčující okolnost je nutno uvést i skutečnost, že složitost a nejednoznačnost právních předpisů velmi znesnadňuje účinnou kontrolu. Nepochybně by přispělo i jednoznačnější kvalitativní a kvantitativní vymezení kontrolní činnosti v legislativě.

Z hlediska hospodaření VZP je mimořádně důležitá revizní kontrolní činnost, která byla ze strany VZP podceněna. Přitom řádná a dostatečná revizní činnost by mohla VZP ušetřit řádově několik miliard korun ročně a současně zvýšit kvalitu poskytované zdravotní péče.

I když v kontrolních závěrech Nejvyššího kontrolního úřadu i ministerstev a auditora byla nalezena některá závažná pochybení, nedošlo ve všech případech k odpovídajícím nápravným opatřením. Celkem s údivem lze konstatovat, že ani ze závažných zjištění NKU nebyla vyvozena adekvátní opatření.

Samostatnou kapitolu tvoří externí audit, který nikdy nenašel závažnější pochybení a ve svém výsledku vydal pozitivní nález. Je však potřeba zmínit, že externí audity po celé období zkoumané komisi prováděla stejná auditorská firma a kontrolovaný objem i metodika kontroly (i když jsou v souladu se zákonem) neodpovídá významu VZP a zejména velikosti ročního obrátu VZP. Pro názornost – ve sledovaném období vynaložila VZP na externí audit každoročně okolo 1 až 1,5 mil. Kč, auditor byl vybírán bez výběrového řízení (což ale při uvedené ceně auditu neodporuje zákonu).

Závěry vyšetřovací komise

Vyšetřovací komise Poslanecké sněmovny k prošetření hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR na základě svých zjištění uvádí následující závěry k zadaným úkolům:

Hlavní důvody vzniku dluhu Všeobecné zdravotní pojišťovny, a podíl managementu Všeobecné zdravotní pojišťovny na tomto dluhu:

- Na dluhu VZP má podíl Ministerstvo zdravotnictví, zejména v oblasti lékových vyhlášek, které byly vydávány bez ohledu na reálné finanční možnosti systému. Další problematickou oblastí je legislativní činnost Ministerstva zdravotnictví a neschopnost provést změny některých nefunkčních ustanovení zákonů - například úpravu systému dohodovacích řízení a výběrových řízení. Naopak, u úhradových vyhlášek za poskytnutou péči nebyla nalezena korelace se zvyšováním dluhu VZP. Rovněž u Seznamu výkonů s bodovými hodnotami nelze jednoznačně prokázat jenom vinu Ministerstva zdravotnictví, protože se na jeho tvorbě podílely rovněž pojišťovny.
- Na dluhu VZP mají podíl statutární orgány VZP. Smluvní politika byla založena na individuálním přístupu k jednotlivým poskytovatelům zdravotní péče, tento přístup se mnohdy jeví jako voluntaristický. Nebyly dostatečně uplatňovány regulační mechanismy a revizní činnost byla nedostatečná. Nedostatečná byla i analytická činnost, která by sledovala rozdíly v kvalitě a ceně poskytované péče.
- Na dluhu VZP má podíl SR a DR VZP, které si neplnily jím zákonem stanovené povinnosti řádným způsobem.
- Na dluhu VZP má podíl Ministerstvo financí a Ministerstvo zdravotnictví, protože nezajistily řádnou a součinnou kontrolu nad finančními toky VZP, zejména pak kontrolu efektivity vynakládaných finančních prostředků. Také legislativní činnost Ministerstva financí byla nedostatečná zejména v oblasti řešení problematiky úhrad za státem hrazené pojištěnce.
- Na dluhu VZP mají podíl poslanci, kteří při sestavování státního rozpočtu podávali a podávají každoročně desítky pozměňovacích návrhů v oblasti zdravotnictví. Při přijetí těchto návrhů pak realizované nesystémové investice znamenají další velké náklady pro pojišťovny.
- Na dluhu VZP má podíl nedokonalý zákon o VZP, který nemotivuje statutární orgány VZP k vyrovnanému hospodaření a neukládá jim povinnost jednat s péčí řádného hospodáře se svěřenými prostředky.
- Na dluhu VZP se podílí nedostatečná legislativa v oblasti kategorizace léčiv, vybrané zdravotnické techniky a v povolování a přidělování nákladné přístrojové techniky.
- Největší podíl na vzniku dluhu VZP má nepochybně neochota a neschopnost politické reprezentace státu domluvit se a stanovit jasná a transparentní pravidla (a tomu odpovídající legislativu) pro fungování českého zdravotnictví a jeho financování.

Efektivita vynakládaných finančních prostředků a soulad jejich využití s účelem, ke kterému má veřejné zdravotnictví sloužit.

15 Efektivitu vynakládaných prostředků nelze stanovit, protože v systému českého zdravotnictví

neexistuje žádný mechanismus, žádná metodika pro posuzování a hodnocení ceny a kvality poskytované péče. Rovněž VZP si v době své existence nevytvořila žádný způsob pro kontrolu efektivity vynakládaných prostředků. V podstatě je možné konstatovat, že VZP převážně formou paušálu platí určité objemy poskytované zdravotní péče, bez závislosti na její ceně či kvalitě. Dokonce i samotné kvantitativní hledisko je někdy sporné.

- 16 Využití finančních prostředků VZP k účelu, ke kterému byly určeny, je v naprosté většině případů v souladu s právními předpisy. Výjimkou jsou některé akce hrazené z fondu prevence a rovněž aktivity spojené s nákupem a prodejem penzijního fondu Slávie.
- 17 V oblasti hodnocení efektivity vynakládaných prostředků má VZP ve svém hospodaření pravděpodobně největší rezervy.

Usnesení vyšetřovací komise

Na základě písemných podkladů, výpovědí svědků a dalších obecně dostupných materiálů a po projednání a schválení zprávy vyšetřovací komise Poslanecké sněmovny k prošetření hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky

přijala komise následující usnesení:

VYŠETŘOVACÍ KOMISE :

- | | |
|-----------------|---|
| I. schvaluje | zprávu vyšetřovací komise Poslanecké sněmovny k prošetření hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny pro předložení Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky |
| II. pověřuje | předsedu komise, aby se zprávou v písemné podobě seznámil Poslaneckou sněmovnu dne 26.4.2006. |
| III. doporučuje | Poslanecké sněmovně přijmout usnesení, které je navrhované v této zprávě |

Návrh usnesení Poslanecké sněmovny

Návrh usnesení Vyšetřovací komise Poslanecké sněmovny k prošetření hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR Poslanecké sněmovně:

POSLANECKÁ SNĚMOVNA:

I. bere na vědomí: zprávu Vyšetřovací komise Poslanecké sněmovny k prošetření hospodaření
Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR

II. žádá politické strany, aby hledaly politický konsensus, který by umožnil přijetí:

- 18 koncepce českého zdravotnictví
- 19 koncepce rozvoje veřejného zdravotního pojištění, případně možnosti připojištění
- 20 koncepce lékové politiky včetně přípravků zdravotnické techniky
- 21 koncepce sítě zdravotnických zařízení
- 22 koncepce rozmisťování nákladné přístrojové techniky

III. žádá vládu ČR, aby připravila následující legislativní změny:

- 23 nový zákon o zdravotní péči
- 24 nový zákon o veřejném zdravotním pojištění
- 25 nový zákon o síti zdravotnických zařízení (před jeho přijetím analýzu potřeb sítě v ČR, nejlépe za účasti zahraničních expertů)
- 26 nové zákony o zdravotních pojišťovnách
 - uvést do souladu zákon o VZP a zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, rozhodnutí, kolik pojišťoven má být v ČR a stanovit jasná pravidla pro jejich fungování
 - jasně vymezit organizační strukturu pojišťoven s jednoznačně vymezenou odpovědností statutárních orgánů včetně správních a dozorčích rad
 - jednoznačně stanovit formu a způsob provádění auditů zdravotních pojišťoven, tak aby audit opovídal rozsahu finančních prostředků se kterými pojišťovny hospodaří
 - posílit oblast revizní činnosti a umožnit pojišťovnám zaměstnávat externí pracovníky
- 27 nový zákon nebo zákonnou úpravu vymezující kategorizační proces u léků
- 28 nový zákon nebo zákonnou úpravu vymezující kategorizační proces u vybraných prostředků zdravotnické techniky
- 29 nový zákon nebo zákonnou úpravu vymezující povolování a rozmisťování nákladné přístrojové techniky
- 30 nový zákon nebo zákonnou úpravu s jednoznačným a transparentním vymezením kompetencí v rozhodování o zdravotní péči a jejím financování mezi státem, zdravotními pojišťovnami a kraji
- 31 nový zákon nebo zákonnou úpravu s jednoznačně a jasně vymezenými pravidly dohodovacího řízení mezi poskytovateli zdravotní péče a pojišťovnami a stanovila limity nasmlouvaných finančních objemů
- 32 nový zákon nebo zákonnou úpravu s jednoznačně a jasně vymezenými pravidly výběrových řízení, jejich závazností a pravidla pro ukončování smluvních vztahů
- 33 nový zákon nebo zákonnou úpravu s vymezením jasných a jednoznačných pravidel pro kontrolu veřejných prostředků z veřejného zdravotního pojištění se zásadou maximální transparentnosti a dostupnosti všech relevantních dat o kvalitě, kvantitě a ceně poskytované

- péče
- 34 nový zákon nebo zákonnou úpravu s vymezením jasných pravidel pro kontrolu zdravotních pojišťoven ze strany Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí a jednoznačně vymezit způsob jejich součinnosti při této kontrole
- 35 nový zákon nebo zákonnou úpravu pravidel financování zdravotnictví takovým způsobem, aby nebylo možné utrácet za zdravotní péči víc, než kolik poskytuje výběr veřejného zdravotního pojištění a případné další finanční zdroje (zásada povinnosti vyrovnaného hospodaření)

IV. doporučuje VZP

- 36 zkvalitnit vnitřní kontrolní systém
- 37 zavést systém hodnocení a kontroly efektivity prostředků vynakládaných na zdravotní péči
- 38 provést hloubkový (forenzní) audit v oblasti hospodaření s fondem prevence, provozním fondem, fondem majetku a fondem reprodukce majetku
- 39 provést analýzu a následné přehodnocení smluvních vztahu k poskytovatelům zdravotní péče

V. souhlasí:

- 40 aby činnost komise byla prodloužena do konce tohoto volebního období
- 41 aby i po ukončení činnosti komise byly materiály komise k dispozici pro využití Poslanecké sněmovně, Všeobecné zdravotní pojišťovně, Ministerstvu zdravotnictví, Ministerstvu financí, Nejvyššímu kontrolnímu úřadu, Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže a Policii ČR.

VI. ukládá vyšetřovací komisi:

- 42 podat Poslanecké sněmovně na její schůzi nejpozději do konce tohoto volebního období další poznatky, které zjistí při své činnosti

Seznam příloh

Příloha č. 1

Vývoj stavu závazků po lhůtě splatnosti vůči ZZ VZP od roku 1993 do 30. 9. 2005

Příloha č. 2

Seznam vyslechnutých svědků před Vyšetřovací komisí Poslanecké sněmovny k prošetření hospodaření VZP ČR

Příloha č. 3

Seznam podkladových materiálů, které vyšetřovací komise použila při své činnosti

Příloha č. 4

Příklady způsobu úhrad v jednotlivých segmentech zdravotní péče podle platné metodiky VZP

Příloha č. 5

Nárůst úhrad v jednotlivých segmentech poskytovatelů zdravotní péče podle výsledků dohodovacího řízení

Příloha č. 6

Přehled čerpání finančních prostředků z fondu prevence

Příloha č. 7

Seznam akcí a projektů, které vyšetřovací komise nechala posoudit soudním znalci a znaleckým ústavům