

Platforma zdravotních pojišťenců ČR
Na Václavce 1176/17, 150 00 Praha 5 Smíchov
E-mail: platforma@zdravotnipojistenci.cz
Web: <http://www.zdravotnipojistenci.cz>

PLATFORMA

ZDRAVOTNÍCH POJIŠTĚNČŮ

VÝROČNÍ ZPRÁVA

FR 2016

Obsah

Úvodní slovo	1
Základní informace	2
O Platformě zdravotních pojišťenců	3
Organizační struktura	4
Aktivity v roce 2016	5
Programové prohlášení Platformy	7

Úvodní slovo

V roce 2016 se změnilo obsazení statutárního orgánu ředitele, v současnosti je ředitelkou paní Ing. Kateřina Polcrová.

Jsme hrdí na proběhlé hodnocení zdravotních pojišťoven, jehož výsledky se objevily v širokém spektru médií v České republice.

Konec roku 2016 pro nás znamenal spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví a se zástupci patientských organizací. Do nového roku míříme se množstvím plánů a vizí, které by mělo úplně změnit současnou podobu Platformy zdravotních pojištěnců.

Máme se tedy na co těšit.

Ing. Kateřina Polcrová

Ředitelka

7. 2. 2017

ZÁKLADNÍ INFORMACE

Základní informace

Platforma zdravotních pojišťenců ČR

Na Václavce 1176/17, 150 00 Praha 5 Smíchov

Fax: platforma@zdravotnipojistenci.cz

Web: <http://www.zdravotnipojistenci.cz>

IČ: 22814264, **DIČ:** CZ22814264

Bankovní spojení: 237115594/0300 (ČSOB)

PLATFORMA

ZDRAVOTNÍCH POJIŠTĚNCŮ

O Platformě zdravotních pojištěnců

Platforma zdravotních pojištěnců ČR, z.ú., je nestátní, nezisková, nepolitická organizace založená za účelem hájení a prosazování zájmů občanů České republiky a dalších osob, které jsou účastníky českého systému veřejného zdravotního pojištění a podílejí se na jeho financování. Ve spolupráci s patientskými sdruženími zaměřenými na konkrétní diagnózy Platforma hájí práva nemocných na přístup k efektivní, kvalitní a včasné péči hrazené ze zdravotního pojištění, a to na základě objektivních a transparentních pravidel, bez diskriminace a v souladu s účelem veřejného zdravotního pojištění.

Platforma zdravotních pojištěnců ČR byla založena v roce 2010, původně jako občanské sdružení, v tomto roce však proběhla transformace na zapsaný ústav. Zakladateli jsou Ing. Pavel Štorkán a JUDr. Ondřej Dostál, PhD., LL.M.

Účel a předmět činnosti

1. Účelem Ústavu je ochrana zájmů pojištěnců veřejného zdravotního pojištění, pomoc pacientům a patientským sdružením, odborná a edukační činnost v oblasti systému zdravotnictví, účast ve veřejné debatě a prosazování potřebných systémových změn, tyto aktivity zároveň představují předmět činnosti ústavu.
2. Ústav realizuje předmět své činnosti jako společensky užitečný a veřejně prospěšný, s využitím osobní a majetkové složky Ústavu. Výsledky činností ústavu jsou každému rovnocenně dostupné za podmínek předem stanovených zakladateli.

ORGANIZAČNÍ STRUKTURA

Organizační struktura

Správní rada

- Ing. Pavel Štorkán
- JUDr. Ondřej Dostál, PhD., LL.M.
- Ing. et Ing. Martina Dostálová

Ředitel

- Ing. Kateřina Polcrová

Aktivity v roce 2016

V tomto roce, stejně jako v předešlém, je v provozu náš web, kde se nachází informace či návody jak pro pojištěnce, kteří si neví v určitých situacích rady, tak i články pro širší veřejnost zaměřené na zdravotnictví v České republice.

Také je v provozu e-mailová schránka, kde lidé, kteří se nachází v tíživé situaci ohledně zdravotního pojištění a zdravotní péče, mohou zasílat své dotazy. My se snažíme na tyto dotazy co nejlépe odpovědět a případně tázající odkázat na potřebné instituce s uvedením návodu, jak postupovat.

Jako v ostatních letech se Platforma zdravotních pojištěnců ČR (PZP ČR) vyjadřuje k chystaným změnám legislativy, která má jakýkoliv dopad na pojištěnce a pacienty v České republice, vydává stanoviska a účastní se různých konferencí a seminářů z dané oblasti.

Významným bodem letošního roku zajisté bylo zpracování indexu zdraví zdravotních pojišťoven. PZP ČR hodnotila mimo jiné kumulovaný rozdíl příjmů a výdajů za pět let, finanční rezervy pojišťoven, výdaje na prevenci na jednoho pojištěnce či meziroční změnu těchto výdajů českých zdravotních pojišťoven. Doufáme, že toto hodnocení pomůže všem účastníkům na zdravotním pojištění při výběru té nejvhodnější zdravotní pojišťovny a také, že poskytne zdravotním pojišťovnám samotným potřebnou zpětnou vazbu.

PZP ČR se také v září tohoto roku zařadila mezi subjekty oprávněné podávat žaloby na zdržení se jednání podle článku oblasti ochrany zájmů spotřebitelů, která kodifikuje směrnici 98/27/ES, ohledně subjektů oprávněných podat návrh podle článku 2 této směrnice.

Ke konci roku jsme se jistou mírou zapojili do diskuze Ministerstva zdravotnictví a zástupců patientských organizací, které se konaly zejména k plánovanému projektu MZ Forum s podtitulem „Spolupráce patientského segmentu a veřejné správy“. Z naší

AKTIVITY V ROCE 2016

strany byla představena definice „pacientské organizace“. Je třeba, aby pacientské organizace byly zakotveny v české legislativě, pokud mají zodpovědně plnit funkce, které se k nim vztahují.

Všechny finanční výkazy PZP ČR za rok 2016 se nachází ve Sbírce listin, kde jsou veřejně přístupné i on-line.

Pro zjednodušení přidáváme i rychlý odkaz: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=757916>

Programové prohlášení Platformy

V diskusi s patientskými sdruženími jsme pro volební období 2013-2017 identifikovali následující témata, na která považujeme za potřebné se zaměřit. Každému z nich jsme se již v minulých letech věnovali, v některých případech včetně přípravy pozměňovacích návrhů zákona. Témata byla představena na setkání s novináři v říjnu 2013.

1. Řádné řízení státu, transparentní a efektivní vynakládání finančních prostředků
 - 1.1. Přístup k informacím o vynakládání veřejných prostředků ve zdravotnictví
 - Účinnost smluv a dodatků mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami vázat na jejich zveřejnění
 - Zajištění přístupu k informacím o nákupech zboží a služeb státními organizacemi a veřejnými zdravotními pojišťovnami
 - Odstranění excesů ve smlouvách a nákupech, zejména úhrad výrazně odchylných od obvyklé ceny péče, odstranění nepovolených veřejných podpor a zvýhodnění „spřátelených“ poskytovatelů
 - 1.2. Zkvalitnění činnosti státní správy ve zdravotnictví
 - „Zákon o úřednících“, opětovná profesionalizace úředních pozic na MZ ČR, SÚKL a dalších organizacích, obsazovaných v minulém období vlivovými skupinami dle politického klíče, zejména v oblasti ekonomického řízení, legislativy a správních agend
 - Jednotné a profesionální řízení státem přímo řízených nemocnic, odstranění kontroly politických a vlivových skupin nad těmito nemocnicemi, s následkem miliardových ztrát
 - Odstranění „řízení pomocí poradců a neformálních komisí“, důsledné dodržování pravidel správního řádu (rozhoduje příslušný orgán, dle

zákonných kritérií, s nestranným hodnocením důkazů a možností odvolání, bezodkladně či v zákonem dané lhůtě)

- Důsledné převzetí pravidel tzv. transparentní směrnice EU, zejména v oblasti stanovení cen a úhrad léčiv
- Odstranění „parazitní“ tvorby omezení cen a úhrad bez zákonného základu (číselníky a „pozitivní listy“ pojišťoven, závazné metodiky úhrad péče tvořené soukromými osobami)

1.3. Účast pojištěnců na správě zdravotních pojišťoven

- Přímé, rovné, tajné volby do orgánů zaměstnaneckých pojišťoven (existují v zákoně, ale odstraněny vyhláškou z roku 2006), zavedení obdobného režimu pro orgány VZP
- Výběr zástupců státu do správních a dozorčích rad zdravotních pojišťoven dle odborných kritérií, vázanost těchto zástupců povinnostmi státního zaměstnance

1.4. Transparentní nákupy léků, materiálu a dalších vstupů hrazených z veřejných prostředků

- Nákup léků a zdravotnických prostředků účtovaných zdravotní pojišťovně otevřenou veřejnou zakázkou s využitím komoditních burz
- Centralizace nákupů pro státem přímo řízené nemocnice, odstranění až dvojnásobně předražených nákupů od jediného dodavatele, systémů šedých bonusů, vratek a slev v rozporu s cenovou regulací a v neprospěch zdravotních pojišťoven (NKÚ 12/23) Posílení práv pacientů a důvěry ve vztahu lékař-pacient

2. Posílení práv pacientů a důvěry ve vztahu lékař-pacient

2.1. Zjednodušení zdravotnické legislativy

- Zrušení nadbytečných a vzájemně si odporujících ustanovení v novém občanském zákoníku a v zákonech o zdravotních službách

PROGRAMOVÉ PROHLÁŠENÍ PLATFORMY

- Zrušení požadavků na zbytečnou a nákladnou administrativu při vedení dokumentace, v agendě poučení a informovaného souhlasu, nesloužící prospěchu lékaře ani nemocného a mařící čas potřebný pro léčení a komunikaci mezi lékařem a pacientem
- Zavedení možnosti odškodnění úrazů a nežádoucích události při léčení bez nutnosti zkoumat zavinění zdravotníka („no-fault“ systémy po vzoru skandinávských zemí či Nového Zélandu), zvýšení motivace zdravotníků hlásit rizika a neúmyslná poškození zavedením výluk z trestní odpovědnosti, důraz na mimosoudní řešení sporů
- Pojištění odpovědnosti smluvních poskytovatelů zdravotní péče veřejnými zdravotními pojišťovnami za účelem zvýšení jejich motivace pro tvorbu sítě založené na kvalitních poskytovatelích

2.2. Právo na informace a přístup ke zdravotnické dokumentaci

- Posílení práva pacienta podložené informace o možnostech léčby, včetně alternativ
- Zákonné zakotvení práva patientských sdružení poskytovat svým členům objektivní a vědecky podložené informace o možnostech léčby, léčebných alternativách, dostupných lécích a zdravotnických prostředcích, zejména u skupin pacientů se vzácnými onemocněními
- Podpora možnosti opatřit si druhý názor odborníka na základě finanční spoluúčasti
- Elektronizace záznamů o péči hrazené ze zdravotního pojištění, možnost dálkového přístupu pacienta ke svému zdravotnickému záznamu, možnost zaznamenání předem vyslovených přání, možnost sdílení elektronického záznamu mezi poskytovateli v případě potřeby urgentní péče o pacienta

2.3. Garance práv nemocného při rozhodování o nároku na úhradu péče

- Postavení pacienta jako účastníka řízení při žádostech o výjimečnou úhradu, povinnost vydávat rozhodnutí v krátké lhůtě, včetně zdůvodnění a s možností právního přezkumu

PROGRAMOVÉ PROHLÁŠENÍ PLATFORMY

- Posílení terapeutické autonomie lékaře (možnosti navrhnout léčbu dle medicínských potřeb nemocného, bez nežádoucích ekonomických vlivů), řešení případných sporů o úhradu péče se zdravotní pojišťovnou transparentním způsobem, s účastí dotčeného pojištěnce
3. Nastavení motivačních pravidel pro spoluúčast pacienta
- 3.1. Regulace plýtvání a zneužívání péče, zvýhodnění zodpovědného chování
- Zrušení „regulačních poplatků“ jako dodatečného příjmu poskytovatelů, vybíraných plošně od zodpovědných i nezodpovědných pacientů
 - Nahrazení systémem cílené regulace spravovaného zdravotními pojišťovnami, umožňujícím postihnout nedodržování léčebného režimu přísněji než v desetikorunách, ale nezatěžujícím zodpovědné pacienty
 - Přísný postih úplatků za přednost a již dnes zakázaných „sponzorských darů“
- 3.2. Regulace pohybu pacienta v systému („gatekeeping“)
- Zavedení příplatku za čerpání specializované péče bez doporučení z primární péče (nejde-li o péči neodkladnou)
- 3.3. Základní právní podmínky pro soukromé zdravotní pojištění, ochrana spotřebitele
- V reklamních sděleních a propagačních materiálech vždy zřetelně a úplně publikované výluky z pojištění, popis procesu řešení sporů o rozsah pojistného krytí
 - Povinné rozlišení, co hradí veřejné zdravotní pojištění a kde nastupuje soukromé pojištění, regulace pojistných programů „zlatých karet“ veřejných nemocnic, pro zamezení „pojištění přednosti a úplatků“
4. Tvorba sítě poskytovatelů veřejně hrazené péče dle potřeb pojištěnců
- 4.1. Síť nemocnic a její restrukturalizace
- Vytvoření a zveřejnění kritérií pro tvorbu sítě nemocnic cestou smluvní politiky zdravotních pojišťoven

PROGRAMOVÉ PROHLÁŠENÍ PLATFORMY

- Zohlednění požadavků dostupnosti pro pojištěnce, regionální vyváženosti a návaznosti na specializovanou péči, poměru ceny a kvality, omezení duplicit a motivace k tvorbě nových kapacit tam, kde je síť nedostatečná
- Zákonné zakotvení reálné účasti pojištěnců a krajských samospráv na tvorbě sítě
- Zajištění návaznosti na síť poskytovatelů ambulantní a sociální péče

4.2. Racionální rozmístění center specializované péče a investic do velkých přístrojů

- Odstranění regionálních rozdílů, centralizace dle potřeb pacientů, ne zájmů poskytovatelů
- Restrukturalizace fakultních a dalších významných nemocnic zejména v Praze, s důrazem na jejich roli specializovaných pracovišť s nadregionální působností a zajištěním návaznosti na pracoviště „běžné“ lůžkové péče

4.3. Posílení role ambulantní péče, zajištění pohotovostních služeb a komfortu pojištěnce

- Smluvní a úhradová preference společných praxí ambulantních lékařů, zajišťujících dostupnost více služeb na jednom místě
- Smluvní a úhradová preference praxí nabízejících objednání na čas, 24-hodinovou návštěvní a pohotovostní službu
- Úleva nemocným od čekání a „obíhání doktorů“, zlepšení dostupnosti praktika, dětského praktika, stomatologa a lékárny
- Uvolnění kapacit zdravotnické záchranné služby a urgentních příjmů nemocnic pro urgentní případy, převezme-li neurgentní případy ambulantní pohotovost

5. Rozumné a efektivní stanovení rozsahu hrazené péče, omezení plýtvání

5.1. Férová cenotvorba a rozhodování o úhradách

- Zakotvení transparentního procesu tvorby cen a úhrad, se stejnými kritérii pro všechny druhy zdravotnických technologií (léčiva, zdravotnické prostředky, léčebné zákroky)

PROGRAMOVÉ PROHLÁŠENÍ PLATFORMY

- U výkonů odstranění problému „výhodných a nevýhodných specializací“ – cenu je třeba tvořit tak, aby pokryla náklady a přiměřený zisk, ale nebyla nepovolenou veřejnou podporou
- Účast pojištěnců a poskytovatelů v řízeních o cenách a úhradách, jimiž jsou dotčeni, včetně cenotvorby výkonů a mechanismu DRG
- Zrušení nerovností mezi poskytovateli vlivem „historické reference“ v úhradových vyhláškách („kdo byl drahý loni a vydělal, může být drahý i letos a vydělat“)
- Zakotvení principu „peníze jdou za pacientem“, odstranění objemové limitace a problému „nežádoucích pacientů“ (nemocnice nad určitý objem léčených pacientů již nedostane zaplacen), který vede ke skrytému odepírání péče pacientům a korupci
- Kontrola nákladů systému výslovným vymezením, jaká péče se hradí a jaké nikoliv
- Posílení cílené revize vykázané péče zdravotními pojišťovnami, se zaměřením na účelnost indikace a přiměřenost vykazovaných cen léků a materiálu

5.2. Omezení plýtvání s léky a zdravotnickým materiálem

- Využití elektronizace zdravotnických záznamů k odhalení duplicitních vyšetření či zbytečně předepisovaných léčiv
- Zmapování možnosti opakovaného použití zdravotnických prostředků za účelem zamezení plýtvání

5.3. Využití výhod evropskému trhu s léky a zdravotnickými prostředky

- Využití paralelního obchodu s léky a materiálem za účelem nalezení nižší kupní ceny na celém trhu států EU, než je maximální regulovaná cena resp. úhrada v ČR
- Při nedostatku léčiv na českém trhu v důsledku reexportů umožnit zdravotním pojišťovnám opatřování léků pro české pojištěnce v zahraničí, přímým nákupem

6. Zdravotnictví jako tvůrce národního bohatství a vstřícný prostor k podnikání

6.1. Vnímání zdravotní péče jako „investice“, nikoliv „charity“

- Zajišťování prevence, včasná a účinná léčba a celková rehabilitace nepřináší prospěch jen nemocnému jednotlivci, ale i společnosti - vede k obnově schopnosti pracovat a platit daně, k úspoře výdajů na sociální zabezpečení a k uvolnění kapacit pro výdělečnou činnost u osob blízkých, jinak zatížených potřebou pečovat o nemocného
- Začlenění těchto společenských přínosů do rozhodování o financování prevence, léčby, léků a zdravotnických prostředků při hodnocení jejich nákladové efektivity

6.2. Odstranění zbytečných bariér pro malé a střední zdravotnické podniky

- Podpora pro mladé lékaře a další zdravotníky, zejména rozšíření možností a zjednodušení pravidel získávání atestací a specializací umožňujících samostatný výkon povolání, motivace k práci v České republice
- Zjednodušení pravidel pro založení a provoz vlastní malé praxe, zejména procesu úřední registrace nových poskytovatelů a uzavírání smluv s pojišťovnami

6.3. Podpora vědy a průmyslu

- Obnova silnějšího národního farmaceutického průmyslu a výrobců zdravotnických prostředků
- Podpora českých výzkumných a biotechnologických firem s využitím českých pracovních a vědeckých kapacit
- Spolufinancování nadějně experimentální léčby z prostředků ze zdravotního pojištění a z prostředků resortů průmyslu a školství

6.4. Podpora uplatnění českých poskytovatelů na evropském trhu zdravotních služeb

- Uplatnění využití přebytečných kapacit českého zdravotnictví pro přeshraniční péči ze zemí EU i ze světa
- Podpora „incoming“ zdravotnické turistiky

6.5. Zmapování ekonomických aspektů trhu s bezplatně odebíraným materiálem lidského původu

- Vyhodnocení přínosů a zisku z vývozu a zpracování bezplatně odebírané krevní plazmy, krevních složek a dalšího materiálu pocházejícího z lidského těla
- Navrácení přiměřené hodnoty českému systému veřejného zdravotního pojištění, zvýhodnění dárců zmírněním jejich spoluúčastí při čerpání zdravotní péče