

Stanovisko komise pro hodnocení dopadů regulace

k návrhu

vyhlášky, kterou se mění vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, ve znění pozdějších předpisů

I. Úvod

Komise na svém jednání s předkladatelem dne 10. října 2014 projednala výše uvedený návrh a jeho odůvodnění se závěrem, že takto významná vyhláška, která ovlivňuje chování zdravotních pojišťoven a celého zdravotního systému, by měla v odůvodnění obsahovat jasné vyhodnocení dopadů regulace, a to by mělo pokud možno objektivně stanovit přínosy a náklady, rizika, klady a zápory navrženého opatření, které v původní verzi odůvodnění Komise nenalezla. Tato verze stanoviska byla připravena na základě dopracování odůvodnění předloženého předkladatelem dne 15. října 2014.

II. Připomínky a návrhy změn

Připomínky uplatněné při projednání návrhu s předkladatelem se dotýkaly následujících témat:

Dle stanoviska Komise RIA návrh snížit přiděl do provozního fondu zdravotních pojišťoven z pohledu naznačeného v úvodu neobsahoval hodnocení dopadů a omezoval se pouze na konstatování, že přiděl byl snížen již Dohodou mezi ZP a Ministerstvem zdravotnictví v letech 2009 a 2010, přičemž ji všechny pojišťovny respektovaly a ustály. Jak uvedla Komise RIA, takovýto argument by ale neobstál, ani pokud by byl pravdivý, což ale nebyl uvedený případ. Jedna z pojišťoven, přičemž shodou okolností rovněž ta největší, dohodu nedodržela, neboť musela na základě nálezu NKÚ přeúčtovat prostředky, které použila na financování IZIP, ze Základního fondu zdravotního pojištění do Provozního fondu (Viz Výroční zpráva VZP ČR za rok

2010), tudíž musela tvořit provozní fond v maximální výši a dohodu nedodržela. Taková chyba v odůvodnění v Komisi RIA vzbudila podezření, že předkladatel rizika, přínosy a dopady navrženého opatření nijak nehodnotil, pouze realizoval navržené opatření (které se opakuje s každou nastupující vládou), a to přestože informace jsou dostupné ve veřejných Výročních zprávách.

Komise RIA proto konstatovala, že návrh potlačuje roli zdravotních pojišťoven a zužoval současně prostor pro jejich odlišnost, které tak slouží pouze jako místo k přerozdělování prostředků. Požádal tedy návrhem stanoviska předkladatele k dopracování odůvodnění, především k zdůvodnění k variantě č. 3 oproti doporučené variantě 2 (zahrnující pouze novou výši koeficientu), které bylo předloženo zpravodajům Komise RIA dne 15. října 2014,

Doplnění uvádí, že varianta č. 3 byla koncipována jako varianta komplexní změny v tvorbě provozního fondu, která by znamenala zcela odlišný koncept konstrukce přídělu ze základního fondu oproti současnému pojetí. Zohledňovala by celou škálu dosud nepoužívaných proměnných vycházejících z demografické a geografické struktury pojištěnců, činností zdravotních pojišťoven a makroekonomických proměnných (např. inflace, změnu reálného HDP apod.). Zároveň by takto nově zvolená varianta definovala základ pro výpočet přídělu. Vzhledem ke skutečnosti, že by ale konkrétní parametry musely vzejít z časově náročnějších diskusí se zdravotními pojišťovnami a zástupci Ministerstva zdravotnictví, nemohl předkladatel takovéto konkrétní propočty doložit. Tato varianta by současně znamenala prodlevu v nabytí účinnosti novely vyhlášky a neumožnila by zajistit snížení přídělu do provozního fondu zdravotních pojišťoven s účinností od 1. 1. 2015, a zajistit provozní tak úspory již od roku 2015, které byly předkladateli uloženy usnesením vlády ze dne 28. dubna 2014 č. 308.

III. Závěr

Za daných podmínek a vysvětlení považuje doplnění obsažené v závěrečné zprávě RIA Komise RIA za akceptovatelné a doporučuje proto závěrečnou zprávu RIA schválit.

Současně ale konstatuje, že by bylo vhodné, aby současné legislativní období vlády bylo pokud možno využito k diskusi a řešení otázek koncepčního charakteru, které by hodnotilo dopady na provozní fondy zdravotních pojišťoven a případná rizika omezení některých činností a které by si současně kladlo otázku optimálního počtu pojišťoven, kterým je přitom na straně druhé čím dále tím více omezován prostor pro to, aby byly odlišné.

Vypracovali: ing. Jiří Nekovář, PhDr. Zdeněk Kudrna, Ph.D.

Prof. Ing. Michal Mejstřík, CSc., v.r.
předseda komise