

**KONKRETIZACE
PŘÍSTUPU KSČM
K ŘEŠENÍ PROBLEMATIKY
TRVALÉ STABILIZACE
ZDRAVOTNICTVÍ**

**KONKRETIZACE
PŘÍSTUPU KSČM
K ŘEŠENÍ PROBLEMATIKY
TRVALÉ STABILIZACE
ZDRAVOTNICTVÍ**

PRAHA 2006

OBSAH:

VÝCHOZÍ PREMISY	str. 11
ZDRAVOTNICTVÍ JAKO CELEK	str. 13
KONKRETIZACE NAVRHOVANÝCH	
SYSTÉMOVÝCH ZMĚN	str. 23
OPATŘENÍ NA STRANĚ SPOTŘEBY	str. 23
PRINCIPY ŘEŠENÍ NAVRHOVANÝCH	
ZÁKLADNÍCH ZMĚN	str. 24
Navrhovaná opatření na straně státní legislativy	str. 24
DPH	str. 24
Výše zdravotního pojištění hrazeného státem	str. 26
Strop povinného veřejného zdravotního pojištění	str. 26
Právní forma nemocnic	str. 27
Zdravotní pojišťovny	str. 28
Trvalá dosažitelnost kvalitní zdravotní péče	str. 33
Navrhovaná opatření na straně nabídky	str. 34
Nemocnice	str. 35
Ambulance	str. 36
Lékárny	str. 39
Navrhovaná opatření v lékové politice	str. 42
POROVNÁNÍ NAVRHOVANÝCH OPATŘENÍ	
SE SYSTÉMY ZDRAVOTNICTVÍ ZAVEDENÝMI V EU	str. 47
ROZSAH POTŘEBNÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE HRAZENÉ	
Z POVINNÉHO VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	str. 50
PRINCIPY ŘEŠENÍ NAVRHOVANÝCH	
DOPLŇKOVÝCH ZMĚN	str. 53
Kvalita zdravotní péče	str. 53
Vzdělávání zdravotníků	str. 55
Krajské komise účelné farmakoterapie	str. 55
Výzkum, vývoj, ověřování	str. 58
PRINCIPY ŘEŠENÍ DALŠÍCH OBLASTÍ ZDRAVOTNICTVÍ	
Seznam výkonů	str. 58

Mzdové záležitosti	str. 59
Závodní zdravotní péče	str. 62
Informační technologie	str. 62
Profesní komory, odbory a svazy	str. 64
Lázeňská a následná péče	str. 66
Prevence a propagace zdravého životního stylu	str. 68
Specifika stomatologie	str. 69

ZÁKLADNÍ EKONOMICKÁ ÚVAHA

NAVRHOVANÝCH SYSTÉMOVÝCH ZMĚN	str. 70
Přechodné období	str. 87

Nemocenské a jiná pojištění	str. 90
Média	str. 90

Přístupy ke stabilizaci zdravotnictví	str. 91
Porovnání přístupu KSČM s Modrou šancí ve zdravotnictví	str. 92
Porovnání přístupu KSČM s programem ČSSD pro zdravotnictví	str. 94

Příloha č. 1

Obecná kritika formulací, z nichž vychází principy Modré šance pro zdravotnictví	str. 97
Kritika principů Modré šance	str. 102
Závěr k Modré šanci pro zdravotnictví	str. 106

Příloha č. 2

Přehled základních změn v systému zdravotnictví navrhovaných KSČM pro zajištění jeho stabilizace	str. 108
---	----------

ZKRATKY POUŽITÉ V TEXTU (v abecedním třídění)

BOZP - bezpečnost a ochrana zdraví při práci
ČLK - Česká lékařská komora
ČSK - Česká stomatologická komora
DRG - úhrady dle diagnóz
IČL - identifikační číslo lékaře
IZIP - elektronické zdravotní knížky
IZS - integrovaný záchranný systém
LDN - léčebny dlouhodobě nemocných
LK - Lékařský klub
LOK - Lékařský odborový klub
LSPP - lékařská služba první pomoci
OECD - organizace ekonomicky vyspělých států
OLÚ - odborné léčebné ústavy
OZP - Oborová zaměstnanecká zdravotní pojišťovna bank a pojišťoven
RLP - rychlá lékařská pomoc
RZS - rychlá záchranná služba
SPVZP - správce povinného veřejného zdravotního pojištění
SÚKL - Státní ústav kontroly léčiv
SZP - střední zdravotnický personál
WHO - Světová zdravotnická organizace
ZP - zdravotní pojišťovny
ZZP - zaměstnanecké zdravotní pojišťovny

ZKRATKY POUŽITÉ V TEXTU OBECNĚ ZNÁMÉ

ČSSD, KSČM, ODS
ČT1, TV
DPH, HDP
EU
VZP

Problematika zdravotnictví byla a bude jedním z ústředních témat volebních kampaní v roce 2006. Všechny politické strany musejí mít propracovanu nejen vlastní představu o systému zdravotnictví, ale musejí být i schopny upozornovat na negativa přístupů konkurenčních stran. Na pravici se angažují vedle politiků i jejich příznivci v různých profesních skupinách a organizacích zdravotníků, zejména lékařských a lékárnických. Vyhrožují vymyšleným zhoršením kvality a dostupnosti zdravotní péče a budou se na budoucí vládu snažit vyvíjet nátlak v oblasti financování zdravotnictví k realizaci Modré šance. Chtějí prolomit mantinely zatím garantované ústavou a zákony, zejména nárok občanů na bezplatnou zdravotní péči. Poukazují na výši a splatnost úhrad od zdravotních pojišťoven.

Domníváme se, že za podmínek realizace dále uvedených návrhů jsou finanční prostředky v systému dostatečné. V současnosti však, z důvodů tunelování některými zájmovými skupinami, se systém s průběžně vznikajícími závazky není schopen zcela vyrovnat. Tyto zájmové skupiny dosáhly odvolání předchozí ministryně zdravotnictví, která se bránila odsouhlasit jimi navrhované změny v neprospěch pacientů. Její nástupce dnes opatrně začíná prezentovat některé své nelevicové názory na změny zdravotnického systému.

Zájmové skupiny ambulantních lékařů a lékárníků neustále vyhrožují stávkami a dalšími protestními akcemi, jejichž hlavním důvodem je podpora a prosazení ODS jako vítěze voleb. Důsledkem tohoto vítězství má být (podle zatímních průměrných ukazatelů) navýšení příjmů zdravotnictví o přímé platby pacientů za zdravotní péči (jen za 20 % pacientů, které nejvíce čerpají zdravotní péči u ambulantních lékařů o cca 1,4 mld. Kč a u lékárníků o cca 0,9 mld. Kč, při průměru 1,5 receptu na jednu návštěvu lékaře ročně). KSČM se v souladu se svým programem staví na obranu pacientů ze středních, chudších a chudých vrstev obyvatelstva a proti snahám o zvyšování přímé spoluúčasti pacientů na platbách ve zdravotnictví rezolutně vystupuje.

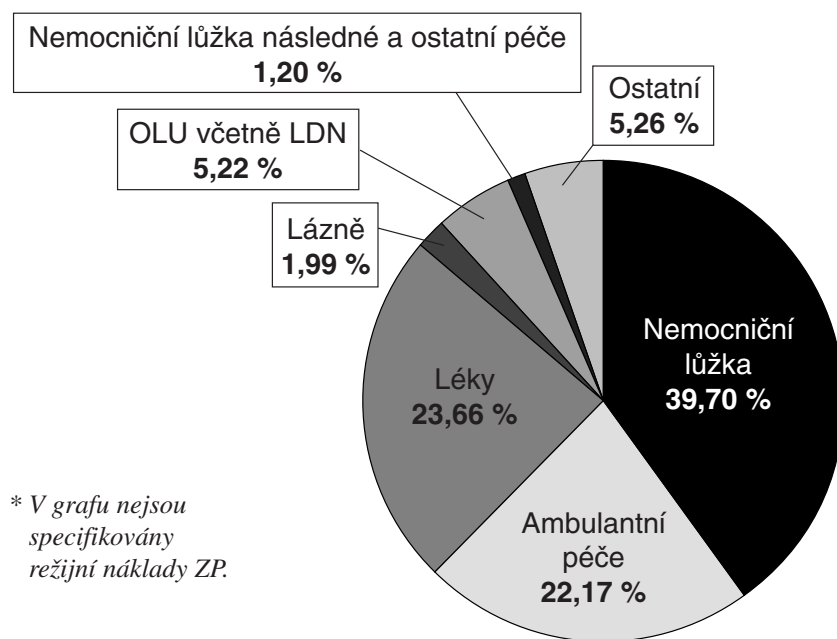
Na straně pravice jsou ve většině případů i tzv. »nezavislá« média včetně veřejnoprávních, která podávají informace účelově neúplné, zkreslené, kompilované a jednostranné. Snaží se s využitím jakýchkoli prostředků potlačit levicové názory a stanoviska a demagogicky dokladovat správnost názorů vedou-

cích ke zvýhodňování bohatých a chudnutí chudších a chudých, tedy o vytvoření egoistické společnosti, tzv. 20/80 (princip globalizace).

VV ÚV KSČM schválil na svém jednání v červenci 2005 Přístupy KSČM k problematice zdravotnictví. Předkládaná možná varianta konkretizace řešení této problematiky vychází z principů schválených Přístupů KSČM k problematice zdravotnictví a je rozpracováním, konkretizací jejich základních myšlenek.

Dle statistiky zdravotnictví se jednotlivé segmenty zdravotní péče podílejí na celkových nákladech zdravotnictví takto

Procenta výdajů ze zdravotního pojištění*



* V grafu nejsou specifikovány režijní náklady ZP.

Z grafu vyplývá, že pokud je třeba udržet kontrolu nad výdaji z veřejných prostředků (hlavně z povinného veřejného zdravotního pojištění), je nutné zaměřit pozornost (a vydefinovat potřebné nástroje řízení) především na racionalizaci výdajů (obecně známých) segmentů zdravotní péče poskytované v nemocnicích (39,70 %), ambulancích (22,97 %) a ve výdajích na léky (23,66 %), které dohromady představují cca 86,3 % (se započtením OLÚ včetně

ně LDN cca 91,5 %) výdajů z povinného veřejného zdravotního pojištění, při zachování podílů ostatních segmentů a nezvyšování spoluúčasti pacientů.

Protože Přístupy KSČM k problematice zdravotnictví se vztahují k problematice zdravotnictví jako celku, uvádí tato konkretizace i představy o řešení ve zbývajících problémových oblastech zdravotnictví, z nichž některé na vyrovnanou bilanci zdravotnictví rozhodující vliv nemají.

Zatím se nikdo neodvážil jasně označit za jednu z příčin problémů ve zdravotnictví nadměrnou konkurenci na straně nabídky (počtem poskytovatelů zdravotní péče a s tím spojenou potřebou vyšší frekvence návštěv pacienta u lékaře vyvolaných lékařem) a snahu poskytovatelů (zdravotní péče a farmaceutické lobby) o maximalizaci a neustálé navyšování svých příjmů. Chybí korigující prvek na straně odběratele poskytnuté služby - pacienta. Pro řešení na bázi solidarity (levicový přístup) z toho vyplývá nutnost zavedení regulace a účinné kontroly celého systému, a pro řešení na bázi individualistické, egoistické (pravicový přístup) potřeba omezení solidárních prvků a převedení systému na maximum přímých plateb za poskytnuté služby (ať již hotovostních nebo z doplňkového či komerčního připojištění). To by nejvíce postihlo především důchodce, mladé rodiny s malými dětmi a matky samoživitelky.

VÝCHOZÍ PREMISY

Navržená varianta konkretizace Přístupů KSČM ke zdravotnictví vychází z těchto premis:

- základním principem politiky KSČM je ochrana zájmů širokých vrstev obyvatelstva a obhajoba principu solidarity ve financování zdravotnictví;
- KSČM chápe a prosazuje zdravotnictví jako veřejnou službu občanům, kteří mají ústavní právo na poskytování bezplatné potřebné zdravotní péče (za podmínek, které stanoví zákon) a nikoliv jako zboží, jako nástroj obohacování;
- prioritou je zajištění dostupnosti potřebné zdravotní péče pro kteréhokoliv pacienta;
- dle ústavního principu stát poskytuje občanům bezplatnou zdravotní péči za podmínek, které stanoví zákon, tedy především zákon o zdravotním pojištění a o zdraví lidu v platném znění. Celkový objem finančních prostředků dnes financující zdravotnictví považuje KSČM za dostačující a zvyšování spoluúčasti pacientů za nepotřebné. (Cílově lze výši spoluúčasti pacientů spíše snížit, v závislosti na vývoji ekonomiky možná až na polovinu.);

- kvalita poskytované zdravotní péče je v ČR v rámci EU na velmi dobré úrovni;
- povinné veřejné zdravotní pojištění vychází z principu solidarity všech se všemi, zdravých s nemocnými, bohatých s chudými a nelze jej tedy členit na solidaritu některých jen s některými (např. jen dobře placených s dobře placenými nebo mladých a zdravých s mladými a zdravými apod.), což je princip zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven;
- dodržení principu DPH, že DPH platí konečný spotřebitel při dodržení ústavního principu poskytnutí bezplatné péče občanům;
- zdravotnictví financované ze soukromých zdrojů fyzických osob (přímé platby, komerční pojištění apod.) tedy zdravotnická zařízení (ambulace, nemocnice, kliniky, lékárny apod.), která nemají smlouvu o úhradě poskytnutých zdravotních služeb se správcem povinného veřejného zdravotního pojištění (dále jen soukromé zdravotnictví) a zdravotnictví financované z povinného veřejného zdravotního pojištění, existují paralelně s tím, že soukromé zdravotnictví nemůže požadovat úhrady za jakékoliv i jednotlivé poskytnuté služby (s výjimkou akutních stavů) z povinného veřejného zdravotního pojištění;
- povinné veřejné zdravotní pojištění vytváří veřejné prostředky, se kterými se musí nakládat obdobně jako s prostředky státního rozpočtu a pravidla pro nakládání s nimi, vzhledem k jejich omezené výši, stanovuje jejich správce (podle principu «kdo platí rozhoduje»);
- podnikatel, který se dobrovolně a svobodně rozhodnul podnikat v segmentu trhu hrazeném z povinného veřejného zdravotního pojištění (který se rozhodl ucházet se o uzavření smlouvy o úhradě zdravotní péče se správcem veřejného zdravotního pojištění) musí automaticky přijmout a dodržovat podmínky, které v tomto segmentu trhu platí anebo jsou pro tento segment trhu stanovovány jeho správcem (regulátorem), správcem prostředků veřejného zdravotního pojištění na jednotlivá účetní období. (V kapitalismu, v tržním mechanismu, rozhoduje o tom s kým, případně s kolika partnery, uzavře smluvní vztah, nákupčí služby, odběratel a nikoliv dodavatel služby, díla, výkonu, práce. Dodavatel se svou nabídkou u nákupčího buď uspěje, nebo neuspěje, ale v žádném případě nemůže nutit nákupčího k uzavření smluvního vztahu a diktovat si podmínky tohoto vztahu). Smluvní vztah mezi poskytovatelem zdravotní péče a správcem povinného veřejného zdravotního pojištění (plátcem) by měl být uzavírán pouze na dané účetní období (maximálně jen na několik účetních období) s případnou opcí, protože zdroje plátce jsou přesněji známy pouze na jedno účetní období (rok). Nemohou tedy být uzavírány smluvní vztahy mezi poskytovatelem zdravotní péče a plátcem na neurčito;
- v ČR, vzhledem k jejímu členství v EU, platí i normy a předpisy vydané EU a platné pro společný zdravotní trh EU, zejména postihující nezákon-

- nou podporu podnikání z veřejných rozpočtů (peněz). Při porušení těchto norem může EU použít tvrdé sankce;
- kapacity na straně nabídky poskytovatelů zdravotní péče v ČR jsou nadměrné (akutní lůžka, nárůst ambulantních lékařů v průběhu 11 let na více než dvojnásobek, nárůst počtu lékáren na téměř trojnásobek, při nezměněném počtu obyvatel);
- z povinného veřejného zdravotního pojištění se hradí výdaje na potřebnou zdravotní péči pro všechny. Tato společensky uznaná potřebná péče vychází z optimálních nákladů a označuje činnost, která vede k předcházení nemocem, uzdravení, udržení zdravotního stavu nebo zbavení utrpení na úrovni současného dostupného vědeckého poznání a s pomocí nejdostupnějších prostředků toto umožňujících. Pojem potřebná zdravotní péče zahrnuje v případě definované potřeby hospitalizací, ambulantní péči, následnou péči včetně komplexní lůžkové péče, preventivní péči, lékařskou službu první pomoci a lékařskou záchranou službu.

ZDRAVOTNICTVÍ JAKO CELEK

Současně vkládané zdroje do zdravotní péče (cca 200 miliard Kč ročně) jsou dle názoru KSČM pro financování zdravotnictví dostačující, ale problémem je jejich užití (zneužití), což vazby a pravidla zatím nastavená nejen umožňují, ale jsou také hojně využívány. Stávající systém je neefektivní. Bez korekce jeho struktury bude nejen docházet k opakování krizí, ale hrozí, že se dále bude prohlubovat živelná transformace uvnitř systému. Tržní autoregulace v systému s povinným veřejným zdravotním pojištěním (propagovaná pravicovými ekonomy) nemůže v situaci, kdy na jedné straně jsou omezené zdroje (jejich správci je dnes několik zdravotních pojišťoven), na druhé straně rozvíjená spotřeba (náklady) nikoliv konečnými spotřebiteli (pacienty), ale především zprostředkovateli, provozovateli a poskytovateli zdravotní péče (orientované na maximalizaci svých příjmů) včetně farmaceutické lobby, fungovat. Konečný spotřebitel - pacient nemůže mít dostatek odborných informací pro posouzení svého zdravotního stavu a možných důsledcích v budoucnosti, o potřebné diagnostice a léčbě a jejich nákladech. V převážné většině případů tedy respektuje doporučení, rozhodnutí lékaře (tzv. informační asymetrie), což současně znamená, že v podstatě má na výdaje v systému minimální vliv. Jinak řečeno, o nákladech v systému rozhoduje nikoliv příjemce, odběratel, ale poskytovatel služby, ošetřující lékař. Tato asymetrie vyvolala nutnost zavést krizové řízení s tvrdými regulačními opatřeními pro zabránění nejhoršimu. Systém zdravotnictví obsahuje hrubou systémovou chybu. Stále stoupající nabídka si sama vytváří potřebnou poptávku, kterou nutí třetího - plátce, zaplatit. Systém nemá zpětnou vazbu, která by zajišťovala nejen

informace pro regulátora systému, ale i jeho pravomoc a odpovědnost za vyrovnaný finanční stav. Nápravu vidíme v opatření, aby byl regulátorem jediný právní subjekt (ne více) vybavený úplnou samostatností, odpovědností za svá rozhodnutí a potřebnými kompetencemi při rozhodování o uzavírání smluv (ne kontraktační povinnost) a alokaci finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění, ovlivňovaný pouze potřebami zdravotní péče obyvatelstva a prostředky, které bude mít k dispozici, respektující zákony a vyhlášky ministerstva. Na problém nabídky a poptávky ve vztahu k efektivitě zdravotnictví (objevující se ve většině zemí s povinným veřejným zdravotním pojištěním) upozorňuje i závěrečná zpráva tříleté studie OECD »Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům« (dále jen závěrečná zpráva studie OECD).

Povinné veřejné zdravotní pojištění všech obyvatel státu vytváří zdroj (veřejné peníze), z něhož jsou na základě solidárního principu kryty náklady související s poskytováním potřebné zdravotní péče všem obyvatelům. Protože mezi nákladové položky nepatří zisková přírážka, je diskutabilní, zda může být povinné veřejné zdravotní pojištění, pro subjekty působící ve zdravotnictví, cíleným zdrojem zisku (mělo by sloužit k úhradě úplných vlastních nákladů) a tedy i možnosti jeho užití mimo zdravotnictví. To znamená, že subjekty, jejichž činnost je smluvně financována z povinného veřejného zdravotního pojištění, případně podporována z různých veřejných rozpočtů, by neměly mít jako princip své činnosti tvorbu zisku. (Fyzickým osobám podnikajícím ve zdravotnictví na bázi živnostenského listu hradí povinné veřejné zdravotní pojištění nákladové položky - osobní náklady + náklady nutné pro provoz ordinace, pracoviště, tedy nikoliv ziskovou přírážku). Právní osoby působící ve zdravotnictví a smluvně financované z povinného veřejného zdravotního pojištění, musí mít právní formu vyhovující jednak této podmínce a jednak předpisům EU pro společný zdravotní trh EU (např. příspěvkové organizace).

V současné době jsou ceny jednotlivých zdravotních výkonů jednotně a pevně stanovené předem (počtem bodů a cenou bodu), poskytovatel nemá možnost je měnit. Svůj zájem na vyšším příjmu tedy realizuje nikoliv nižší cenou a rozšířením klientely, ale obvykle ne zcela oprávněným postupem (např. větší frekvencí výkonů na stávající klientele nebo vykázaním většího rozsahu výkonů = většího počtu bodů nebo požadováním různých poplatků nebo příplatků za »nadstandard« či sponzorských darů od pacientů). To je v rozporu s principem tržního mechanismu. Spotřeba (finanční) v systému není ovlivněna nabízenou cenou a rozhodnutím konečného spotřebitele, ale jen poskytovatelem vykázaným množstvím, které může lehce ovlivnit. Návrhy ODS, Světové banky a dalších (zvýšení spoluúčasti, zavedení různých poplatků a přímých plateb

pacientů, doplňkové pojištění, komerční připojištění, individuální účty atd.), by proto vedly pouze k dalšímu zhoršení životní úrovně většiny obyvatelstva. Kalkulují s tím, že nemocný člověk zaplatí za své vyléčení cokoli, i kdyby měl hladovět. Takové návrhy nepovedou k výraznému omezení čerpání zdravotní péče obyvatelstvem. Týkalo by se to jen omezení výkonů zdánlivě v dané chvíli nepotřebných (např. prevence) s důsledkem přesunu nákladů do budoucna (viz závěrečná zpráva studie OECD). Aby byl systém vyrovnaný (vzhledem k rostoucím požadavkům poskytovatelů), bylo by třeba zvýšit výběry. Tedy při poklesu poptávky buďto zvýšit ceny, anebo dosti zredukovat počet poskytovatelů. Obojí by znamenalo snížení dosažitelnosti zdravotní péče pro větší část obyvatelstva. Problematika tedy vyžaduje razantní řešení a změny. Ministerstvo zdravotnictví musí stanovit (případně i parlament zákonem) lokalizaci užití (určení) zdrojů, které jsou k dispozici, restrikci některých současných zvyklostí a vzhledem k tomu, že se jedná většinou o veřejné peníze (povinné veřejné zdravotní pojištění), tak i další omezení podle pravidel daných správcem těchto zdrojů. Tato pravidla musí akceptovat všechny i podnikatelské subjekty (dobrovolně a svobodně se rozhodly, že budou podnikatelsky působit v tomto segmentu trhu). Parlament by měl v tomto duchu upravit právní normy, ministerstvo by mělo jako vrcholový orgán exekutivy stanovit principy těchto pravidel (měly by chránit zájmy pacienta). Správce veřejných peněz (jediná zdravotní pojišťovna nebo státní fond) by měl stanovit pravidla jejich užití, čerpání, počet míst čerpání (s kým uzavře smlouvu o úhradě a její rozsah podle výběrových řízení). Všichni se musí podřídit, protože zdroje nikdy nebudou tak velké, aby byly požadavky všech uspokojeny (platí výše uvedený obecně platný princip kdo platí, ten rozhoduje). Obecně, stejné principy, které platí pro výdaje (a kontrolu) ze státního rozpočtu, by měly platit i pro výdaje z povinného veřejného zdravotního pojištění - jsou to rovněž veřejné peníze. Z toho zároveň vyplývá, že správce povinného veřejného zdravotního pojištění (dále jen SPVZP) - veřejných peněz, včetně kontrolních orgánů, musí být podřízen moci exekutivní a nikoliv zákonodárné (jak je to dosud).

Tento přístup k problematice je v souladu i s výše zmíněnou závěrečnou zprávou z tříleté studie OECD »Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům« z října 2004, která uvádí, že jedinou cestou ke zvýšení efektivnosti zdravotnictví je zvládnutí míry nárůstu nákladů hrazených z veřejných rozpočtů - veřejných finančních prostředků (soukromé zdroje hradí jen podle svých možností) a formuluje stimuly pro zvýšení efektivity zdravotnictví takto:

- opatření na straně poptávky (kap. 5. 3), tj. většinou zavedení přímých plateb a spoluplateb, aby si pacienti uvědomili cenu služby, vedou sice k urči-

tému poklesu nákladů, ale ten obvykle nesplňuje očekávání. Následná redukce na straně nabídky se projeví především v oblasti prevence, což vede k rizikům ve zhoršení zdraví v budoucnu a následně potom k vyšším nákladům (tedy finanční problém se přesouvá a kumuluje do budoucna);

- opatření na straně nabídky (kap. 5. 4), která mají největší přínos pro zvýšení efektivity zdravotnictví financovaného z veřejných finančních prostředků. Vyšší užitek přinese např. redukce redundantní nebo nadměrné péče, zastavení, redukce plýtvání finančními prostředky, redukce nadměrných kapacit apod.

Současně závěrečná zpráva studie OECD, mimo jiné, vyjadřuje i pochybnosti o kvalitě poskytované zdravotní péče v některých případech většinou souvisejících s jejím financováním (kap. 1.3 - »Ačkoli hrají nejistota a nedostatek důkazů v lékařství roli, v pozorovaných odchylkách v praxi, stupeň libovůle a rozporuplnosti v lékařských rozhodnutích a jejich výkonů dalece přesahuje očekávané ve vztahu k těmto faktorům samotným«) a v závěrech uvádí (v Souhrnu pro rozhodovatele - představitele zákonné a výkonné moci) 3 základní zjištěné nedostatky zdravotní péče zabezpečované subjekty zdravotnictví v zemích OECD:

- a) jsou poskytovány výkony sice podle standardů, ale tyto výkony nejsou pro pacienta nezbytně nutné, což vede k tomu, že pacienti jsou zbytečně vystavováni zdravotnímu riziku a zbytečně se vynakládají na tyto výkony finanční náklady (česky řečeno: snaha získat co největší tržby bez ohledu na potřebu pacienta, tedy časté opakování výkonů nebo výkony nákladnější, které pacient nezbytně nepotřebuje, obzvláště je-li služba placena třetím subjektem);
- b) pacient nemůže profitovat z možné zdravotní péče, protože je pro něj finančně nedostupná, což může vést ke zhoršování zdravotního stavu pacientů, obyvatelstva (problém rovné dostupnosti potřebné zdravotní péče - viz např. Modrá šance pro zdravotnictví);
- c) problémy spíše technického charakteru (např. nepovedené operace, špatné diagnózy apod.).

Závažnou, doposud ze strany pravice nerespektovanou skutečností je platnost norem EU, zejména norem pro neoprávněnou podporu podnikání z veřejných zdrojů v souvislosti s převody nemocnic vedením krajů ovládaných ODS na právní formu obchodních společností. Dle judikatury Evropského soudního dvora v EU existuje společný zdravotní trh a tedy pro tržně orientované subjekty platí veškerá pravidla pro hospodářskou soutěž. Proto může EU uplatnit vůči

jednotlivým subjektům (obchodním společnostem, nemocnicím) sankce pro neplnění podstaty norem a nesplnění předepsaného postupu projednání před poskytnutím podpory (s důrazem na slově předem) s příslušnými orgány (a jejich souhlasem) ani na národní úrovni, ani na úrovni EU jednotlivými kraji, pro povolení podpory z veřejných zdrojů. Tyto sankce by představovaly požadavek na vrácení dotací, podpor, zvýhodnění, darů apod., včetně úroků a penalizací do fondů EU jednotlivými subjekty (nemocnicemi), za období 10 let zpětně. To by způsobilo kolaps zdravotní péče v ČR (viz právní stanovisko JUDr. Luboše Dvořáka, místopředsedy kontrolního výboru Zastupitelstva Jihočeského kraje). Z pohledu těchto skutečností by měla KSČM požadovat, aby legislativa ČR zvažila potřebu revokace doposud provedených změn právní formy u nemocnic (příspěvkovým organizacím sankce nehrozí) a podporovat přijetí Zákona o neziskových organizacích ve zdravotnictví.

Další závažnou skutečností je, že kraje (pod vedením ODS) při změnách právní formy nemocnic z dříve příspěvkových organizací na obchodní společnosti, rovněž nerespektovaly ani platný český právní řád (zákon č. 290/2002 Sb. o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků na kraje např. § 7, zákon č. 219/2000 Sb., o krajích, část třetí např. podmínky, kdy kraj může pronajmout, převést, darovat, prodat apod. majetek). Nerespektování (úmyslné porušování) ustanovení zákonů, kterými se předávalo vlastnictví státu na orgány samosprávy a současně pravidel hospodaření s tímto majetkem, vyžaduje zhodnocení orgány činnými v trestním řízení z pohledu naplnění skutkové podstaty ustanovení trestního zákona (např. porušení právních povinností při správě cizího majetku nebo otázku obecného ohrožení či úmyslné nedodržování českých zákonů). ODS staví právo vlastnictví krajů nad povinnosti, které ze zákona pro vlastnictví krajů vyplývají, ačkoliv by se mělo jednat o rovnost. Stávající postup vedení krajů lze v podstatě hodnotit jako přípravu na realizaci Modré šance pro zdravotnictví. Jde o snížení odpovědnosti za dostupnost zdravotní péče pro obyvatelstvo a její přenesení na subjekty obchodního práva (např. osobní účty a s nimi spojené zdravotní plány a doplňkové pojištění) a snížení odpovědnosti za dodržování ústavních principů (poskytování bezplatné zdravotní péče). Konečným cílem změny právní formy nemocnic je (dle vyjádření senátora Julínka), aby »nemocnice fungovaly jako normální podnik a produkovaly zisk«. Přes subjekty zdravotnictví proteče ročně minimálně 200 mld. Kč, z toho více než 4/5 povinného veřejného zdravotního pojištění přes nemocnice, ambulance a lékárny. Jde tedy o to, kdo bude oněch 200 mld. Kč kontrolovat a účelově využívat.

Výdaje na zdravotnictví v ČR měřené procentem HDP jsou dle závěrečné zprávy studie OECD mírně pod průměrem EU. Při hodnocení tohoto procenta

HDP je však nutné vzít v úvahu i další faktory, které jsou významně pod průměrem původních zemí EU jako např. příjmy převážné části obyvatelstva, cenovou hladinu různých komodit, životní náklady atd. Vzhledem k tomu nelze ani skokově zvyšovat procento HDP vynakládané na zdravotnictví, protože jednak je zdravotnictví v ČR i při stávajícím procentu na velmi dobré úrovni, jednak by se jednostranné zvýšení tohoto procenta projevilo buď rozkolísáním veřejných rozpočtů na základě investic, nebo zvýšením nákladů práce nebo zvýšením spoluúčasti pacientů. Navíc asi lze konstatovat, že i současná investiční vybavenost zdravotnictví je plně srovnatelná s většinou zemí EU a nejsou ani podmínky pro její skokové navyšování (např. potřeba kvalifikovaného personálu, splátky úvěrů a s tím související potřebná výše příjmů), přičemž existuje prostor pro racionálnější využívání stávajících zdrojů. Z těchto důvodů by měl být postačující mírný roční nárůst procenta HDP uplatněného ve zdravotnictví v rozmezí 0,1 - 0,2 % ročně až do průměru původních zemí EU, tj. ze současných cca 7,4 % až na 8,7 % (Nejvíce vynakládají na zdravotnictví Německo - 11,1 % a Francie - 10,1 %, ale třeba Velká Británie jen 7,7 %, Rakousko 7,5 %, Finsko 7,4 % HDP. Průměr rozšířené EU je 7,988 % HDP). Stavební rekonstrukce zastaralých objektů nebo výstavba nových, není v současnosti nutným hromadným případem a měla by být řešena postupně v rámci možností krajů případně strukturálních fondů EU.

Argumentace krajů o zlepšení řízení nemocnic a zlepšení hospodářského výsledku z důvodu změny právní formy je pouze demagogické tvrzení, protože možnosti forem a postupů řízení jsou stejné jak v obchodních společnostech, tak v příspěvkových organizacích. Pro v podstatě fiktivní zlepšení hospodářského výsledku používají kraje operace (většinou účetní), u kterých lze vyslovit pochybnost o jejich poctivosti a souladu s předpisy (viz dále).

Finanční nevyrovnanost systému zdravotnictví jako celku způsobuje (mimo nadměrné kapacity) především farmaceutická lobby a jejími metodám a postupům je nutno účinně bránit, protože v rámci neustálého zvyšování svých zisků je schopná celé zdravotnictví destabilizovat (jak dokazuje současná situace způsobená farmaceutickými společnostmi v USA).

Argumentace vedení krajů při projednávání zákona o neziskových organizacích o nebezpečí žalob na stát pro neochránění investic zahraničních subjektů nebyla zcela seriózní. Jedná se o subjekty čerpající veřejné prostředky a tedy s povinností podřídit se obecně platným pravidlům pro nakládání s těmito prostředky, které stanovuje zákonodárný a exekutivní orgán státu, případně správce těchto veřejných prostředků. A pokud zahraniční investor považuje své působení za platných (i nově) stanovených podmínek (pro všechny subjekty v tomto

segmentu trhu) za nevýhodné, může svoji investici odprodat. Totéž platí pro oblast lékáren, protože obecně platné podmínky pro vyšší obchodní marže a z toho odvozená míra výše zisku se v tržním mechanismu průběžně mění. Pokud je investor považuje za málo atraktivní, odchází jinam. Změna výše míry zisku nemůže být argumentem pro žalobu na stát.

Z uvedeného lze učinit tyto závěry (specifikaci základních potřebných změn) pro konkretizaci představy o řešení předmětné problematiky:

- a) jestliže princip povinného veřejného zdravotního pojištění je vzájemná solidarita všech se všemi (v rámci státu), tak shromážděné (vybrané) prostředky ode všech musí být k dispozici všem a tedy spravované jediným subjektem. Není tedy vhodné vybírat povinné veřejné zdravotní pojištění po skupinách (9 zdravotních pojišťoven) a solidarizovat se tak jen v rámci dané skupiny. Je tedy nutné vytvořit jediného správce povinného veřejného zdravotního pojištění (zdravotní pojišťovnu nebo státní fond) těchto prostředků. Navíc tzv. 100% přerozdělením vybraného pojistného od 1. 1. 2006 postrádá existence více zdravotních pojišťoven smysl;
- b) zákonodárný orgán (parlament) by měl rovněž stanovit nejen odpovědnost, ale i potřebnou pravomoc exekutivního orgánu a správce povinného veřejného zdravotního pojištění (dále jen SPVZP) pro postupy a postihy šedé ekonomiky ve zdravotnictví. Ve složení řídicích orgánů SPVZP by měly být váhově zastoupeny všechny subjekty a organizace mající vztah k financování zdravotnictví a k pacientům (ale nikoliv zástupci dodavatelů), případně i zástupci všech politických stran ve sněmovně parlamentu (jde o správu veřejných prostředků). Současně by měl stanovit vztah SPVZP a profesních komor. SPVZP by měl mít rovněž možnost vytvořit vlastní síť neziskových lékáren (případně formou státní organizace) včetně distribuční činnosti;
- c) v souvislosti s rozhodnutím o vytvoření jediného SPVZP by měl zákonodárný orgán stanovit novou vyšší platby státu za »svě« pojištěnce k rozhodnému dni, která bude dále navyšována inflačním koeficientem;
- d) exekutivní orgán (ministerstvo) by mělo nejen stanovit principy, normy a rozsah tvorby optimalizované integrované sítě zdravotnických zařízení garantované státem (tzv. páteřní síť) a kraji, ale i určit subjekty (později obvykle na základě výběrových řízení) do této sítě zařazené (ústavní a ambulantní) a jejich povinnosti na základě potřeb a dosažených výsledků v poskytování zdravotní péče, a tím tuto síť vytvořit. Ostatní subjekty do této sítě nezařazené (nebo které o zařazení nebudou mít zájem) by

- měly statut plně soukromého nestátního zdravotnického zařízení bez přístupu k prostředkům z povinného veřejného zdravotního pojištění (s výjimkou úhrady výkonů při akutních stavech);
- e) zřizovatelé nebo vlastníci zdravotnických zařízení zařazených do optimalizované integrované sítě zdravotnických zařízení (páteřní sítě) musí respektovat mimo právní řád ČR i předpisy a normy EU platné pro společný zdravotní trh. To znamená, že společnosti musí mít právní formu vyhovující i mimořádné podpoře z veřejných prostředků (dotace, podpory, zvýhodnění apod.). To jsou např. příspěvkové organizace. V této souvislosti je nutno právně ošetřit tento soulad pro obchodní organizace se statutem neziskových. U nemocnic zařazených do páteřní sítě, které stát převedl do vlastnictví krajů, je třeba uplatnit legislativní opatření (platné jen pro zařazené nemocnice do páteřní sítě), které jednak bude v souladu se všemi právy platícími na území ČR, jednak povinnost krajů garantovat využívání převedených nemocnic pro zdravotní péči po dobu 10 let (zákon č. 290/2002) prodlouží na trvalou. Je nutné zavést jednoznačnou odpovědnost krajů za dostupnost, dosažitelnost potřebné zdravotní péče hrazené z povinného veřejného zdravotního pojištění pro všechny občany kraje v odpovídající kvalitě a čase a vlastníci musí mít odpovědnost za zabránění jakékoliv formě odčerpávání prostředků předmětných zdravotnických subjektů (např. přes nakupované služby, dividendy, podíly na zisku, poskytování podhodnocených služeb, zvýhodnění dodavatelů atd.), která obdrží zdravotnická zařízení zařazená do páteřní sítě od kohokoliv, mimo vlastní předmětný zdravotnický subjekt;
- f) urychleně provést právní analýzu, které právní formy společností - nemocnic (příspěvková organizace, veřejná obchodní společnost, nezisková společnost, obchodní společnost apod.) dle právního řádu ČR jsou v souladu s předpisy a normami EU tak, aby bylo možné bezproblémově a trvale čerpat podporu z veřejných rozpočtů a financovat je z povinného veřejného zdravotního pojištění;
- g) pro zabránění zhoršování problémů týkajících se ochrany investic zahraničních subjektů u založených (již existujících) obchodních společností, je nutné urychleně legislativně zajistit stop stav pro změny základního kapitálu společností, které by měly být zařazeny do páteřní sítě a provést analýzu nákladů na založení předmětných společností. Je také třeba prověřit dodržení právního řádu ČR při jejich zakládání, přeměně apod. a při zjištění jeho porušení vyvodit odpovědnosti. (Při změnách právních forem a zakládání obchodních společností z nemocnic lze důvodně podezírat vedení krajů z porušení některých ustanovení zákonů č. 290/2002 Sb. a 219/2000 Sb.);

- h) SPVZP musí být řízen a kontrolován exekutivním orgánem státu (ministerstvem) a nikoliv zákonodárným (sněmovnou parlamentu), protože se jedná o trvale průběžnou denní činnost se značným množstvím partnerů vyžadující trvalou průběžnou kontrolu a průběžné ekonomické řízení. Mimo exekutivní orgán státu musí být též zajištěna nezávislá průběžná trvalá kontrola činnosti SPVZP;
- i) SPVZP by měl současně vykonávat (vybaven pravomocemi) funkci regulátora pro oblast nakládání s veřejnými prostředky a stanovovat pro ni pravidla (nejedná se o hospodářskou soutěž subjektů v daném segmentu trhu, ale o zajištění potřeb zdravotní péče o obyvatelstvo, o veřejnou službu) včetně podmínek pro uzavření a dobu platnosti smluv o úhradě zdravotní péče na základě výběrových řízení. Tato řízení by měla vypisovat příslušná pobočka jediného SPVZP pro daný kraj a vyhodnocovat je podle kritérií a pravidel stanovených pro tato řízení Ministerstvem zdravotnictví. Výběrová řízení na poskytování veřejných služeb zdravotní péče musí být v určených časových intervalech případně výjimečných situacích obnovována, a proto smlouvy o úhradě zdravotní péče mohou být uzavřeny pouze na dobu určitou;
- j) z hlediska dostupnosti zdravotní péče v páteřní síti je třeba zohlednit potřeby zřizovatele nebo vlastníka při vytváření personálního, odborného i materiálně technického zázemí. Dle zákona o DPH platí DPH konečný spotřebitel. Konečným spotřebitelem zdravotní péče je však pacient a nikoliv poskytovatel zdravotní péče (hrazené z veřejných prostředků). Poskytovatel však v současnosti uhradí veškeré DPH na svém vstupu. Podle § 58 a § 76 zákona ale nemůže požadovat odpočet DPH (rozdíl mezi DPH na vstupu a výstupu) na státním rozpočtu a DPH na vstupu mu není jinak vyrovnáno. Protože dle ústavního principu je občanům zaručeno poskytování bezplatné zdravotní péči státem (za podmínek, které stanoví zákon), měl by DPH za občana, pacienta, konečného spotřebitele této péče, kterému byla poskytnuta v integrovaných zdravotnických zařízeních, hradit stát. Je tedy nutné provést úpravu znění § 76 (případně § 58) zákona;
- k) regulovat uspokojování požadavků na obnovu nebo pořízení přístrojového vybavení (včetně nových technologií) zdravotnických zařízení v páteřní síti, jejichž cena překračuje určitou hodnotu (nebo rozšířit stávající seznam vybrané techniky s povinným souhlasem ministerstva pro pořízení) včetně souhlasu SPVZP, formou povinné dotační politiky z centrálního rozvojového fondu (jako součásti státního rozpočtu), spravovaného Ministerstvem zdravotnictví, obdobně dotační politice EU ze strukturálních fondů. To znamená, že příslušný subjekt se souhlasem k pořízení

(obdoba dnešní komise pro vybranou zdravotní techniku) obdrží zároveň dotaci ve výši x% ceny (procento by se stanovilo až po zpracování roční celkové bilance zdravotnictví). Za údržbu nemovitého majetku (nemocnic), případně jeho rekonstrukce, odpovídá vlastník nemovitosti (u nemocnic většinou kraj). Ten by měl pro tyto účely k dispozici odpisy, odpočet DPH v jednotlivých subjektech, případně kladné hospodářské výsledky těchto subjektů a v případě potřeby další prostředky v rozpočtu kraje;

- l) o souhlasu s pořízením přístrojového vybavení zdravotnických zařízení, které by nepodléhalo postupu dle bodu ad k) a jeho výkony by byly hrazeny z povinného veřejného zdravotního pojištění, by rozhodoval SPVZP uzavřením doplňku smlouvy o úhradě. SPVZP by měl současně plnou odpovědnost za přiměřenou přístrojovou vybavenost ambulantní a nemocniční sféry ve své působnosti odpovídající jeho finančním možnostem úhrady výkonů tohoto zařízení;
- m) podle některých šetření zdravotních pojišťoven publikovaných v médiích je až 30 % provedené a uhrazené zdravotní péče zbytečných. Je tedy žádoucí redukce kapacit a poskytnuté zdravotní péče na straně nabídky;
- n) rozvoj špičkových specializovaných pracovišť je třeba řešit až po analýze potřeby zdravotnických zařízení ve velkých městech (včetně potřeb pro studium, vzdělávání, doškolování, výzkum a vývoj, ověřování výsledků výzkumu apod.);
- o) hospitalizace je nedílnou součástí potřebné zdravotní péče a tedy úhrada služeb, které bezprostředně souvisí s poskytováním zdravotní péče v nemocnici, by měla být rovněž prováděna z prostředků povinného veřejného zdravotního pojištění, případně paušálem (po analýze nákladů, možností placení, vymáhání a přínosů této varianty);
- p) stanovování finančních parametrů (maximálních cen léků, hodnoty bodu, objemu úhrad pro jednotlivé segmenty zdravotního trhu, vybrané kapitoly státního rozpočtu pro dostupnost zdravotní péče apod.) pro poskytování potřebné zdravotní péče by mělo být v kompetencích Ministerstva financí, Ministerstva zdravotnictví a SPVZP.

KONKRETIZACE NAVRHOVANÝCH SYSTÉMOVÝCH ZMĚN

OPATŘENÍ NA STRANĚ POPTÁVKY

Opatření jako jsou přímé platby, spoluúčasti a spoluplatby pacientů nepřinášejí dle závěrečné zprávy studie OECD obvykle očekávaný efekt ve stabilizaci veřejných rozpočtů. (Např. ve Francii je spoluúčast pacientů podstatně vyšší než v ČR, ale náklady na zdravotní péči a léky přesto neustále rostou.) Navíc se většinou projevují v podstatě jako odklad nákladů do budoucna. Nejvíce vedou k omezení preventivní péče. Zvyšování spoluúčasti pacientů je také v rozporu s programem KSČM a ústavními principy ČR. Programovým cílem KSČM by měla být stagnace spoluúčasti (nyní se udává v rozsahu 9-10 %) nebo spíše její snížení. Ze závěrečné zprávy studie OECD vyplývá, že jedním z nedostatků stávajících zdravotních systémů je omezení dostupnosti potřebné zdravotní péče pro pacienty z důvodu nedostatku finančních prostředků (zřejmě u chudších a chudých vrstev). Spoluúčast pacientů při hospitalizaci (paušální poplatek) by byla proto teoreticky možná jednak v oblasti stravování (každý občan i doma se musí stravovat), s výjimkami v případě léčebných diet, jednak by byly možné, ale diskutabilní, paušální poplatky za ubytovací služby. Vzhledem k problémům při vymáhání placení těchto poplatků pacienty, by bylo asi nutné řešit tyto platby inkasním způsobem nebo hotovostí při nástupu. Je pravděpodobné, že by znamenaly nejen nárůst administrativy, ale i další náklady spojené s problematikou soudních vymáhání, sociálních podpor apod. Zatím nejsou k dispozici data o možných objemech těchto položek pro posouzení jejich přínosu. Vyplácení dávek bezmocnosti při hospitalizaci postrádá smysl, neboť péči vykonává někdo jiný a je již hrazena (měla by je po dobu hospitalizace dostávat příslušná lůžková zařízení).

Zavedení poplatků za návštěvu u ambulantního lékaře nebo za recept (návrhy pravice) by znamenalo jen zvýšení příjmů ambulantních lékařů a lékárníků a nikoliv další zdroj pro veřejné zdravotní pojištění.

Zavedení různých poplatků (za návštěvu lékaře, za recept, za nadstandard v ambulanci atd.) placených pacientem v okamžiku kdy potřebuje zdravotní

pěči, považuje KSČM za neetické, málo funkční ve vztahu k deklarovaným cílům levice a v rozporu s charakterem veřejné služby.

PRINCIPY ŘEŠENÍ NAVRHOVANÝCH ZÁKLADNÍCH ZMĚN

Protože k opatřením na straně poptávky pro zvýšení efektivity zdravotnictví má závěrečná zpráva studie OECD v podstatě varující stanovisko (pokles prevence, přínosy nenaplníují očekávání, nárůst nákladů v budoucnu) a KSČM je z principu proti zvyšování spoluúčasti pacientů (nepokládá ho při hospodaření s vybraným pojištěním s péčí řádného hospodáře za ekonomicky nezbytné) a nemá je ve svém programu, orientuje KSČM své návrhy na zvýšení efektivity zdravotnictví na opatření na straně poskytovatelů - na straně nabídky (která mají dle závěrečné zprávy studie OECD největší přínos), tedy na opatření při nakládání s prostředky povinného veřejného pojištění a na opatření na straně plátců a státní legislativy. K tomu :

Navrhovaná opatření na straně státní legislativy

Týkají se těchto oblastí: výše zdravotního pojištění hrazeného státem za své pojištěnce, DPH, stropu povinného veřejného zdravotního pojištění, právní formy nemocnic, zdravotních pojišťoven a trvalé dosažitelnosti veřejné služby:

DPH

Podle statistiky (několik let zpátky) se velikost DPH zaplaceného na vstupu zařízeními zdravotní péče významně podílí na udávané souhrnné výši ztráty výkonných subjektů zdravotnictví. Úprava znění § 76 zákona, která by umožnila pouze poskytovatelům zdravotní péče hrazené z veřejných prostředků (poskytovatelům v péteřní síti) uplatnit vstupní DPH (snížené o DPH za poskytnuté nezdavotní služby na výstupu) za vymezené komodity vůči státnímu rozpočtu (odpočet DPH), by významným způsobem přispěla ke snížení finančního tlaku na úhrady ze zdravotního pojištění a k saturaci případných ztrát nemocnic. Částka získaná za DPH by z hlediska podílu na dnešních ztrátách nemocnic byla významná. Tím by vznikl další zdroj pro financování zdravotnictví bez nutnosti zvyšování spoluúčasti pacientů. Ta by diskriminovala ty nemocné, jejichž zdravotní situace vyžaduje pravidelné kontroly u lékaře - zejména důchodce, malé děti a chroniky. Pravidla pro to, kdo tento princip může konkrétně uplatnit a kdo ne (z hlediska ambulantní sféry v péteřní síti by to bylo možné i pro polikliniky nebo sdružená ambulantní zařízení), by upravilo Ministerstvo financí vyhláškou. Toto řešení by mělo podstatně přispět i k tomu, aby stát nemusel

opakovaně jednorázově vkládat do zdravotnictví miliardové dotace (i když zatím zdravotnictví část vybraného pojištění vrací státu bez náhrady právě v podobě DPH). Navíc je nelogické, aby poskytovatel zdravotní péče zaplatil DPH, vykázal ztrátu a stát mu poté ztrátu saturoval v podobě dotací, anebo chtěl vybrat tento náklad od občanů - pacientů.

Poznámka:

Jak bylo výše uvedeno podle zákona o DPH hradí DPH konečný spotřebitel. Konečným spotřebitelem zdravotní péče je pacient a nikoliv poskytovatel zdravotní péče, který DPH na vstupu uhradí, ale na výstupu v podstatě nemůže odpočet DPH uplatnit. Protože v Ústavě je stanoveno, že občan má nárok na bezplatnou zdravotní péči, měl by všechny náklady připadající na konečného spotřebitele zdravotní péče (pacienta) převzít stát (přesněji ty náklady, které neuhradí jiná instituce státu - zdravotní pojišťovna). Musí být ale na jedné straně vydefinováno, co do zdravotní péče patří a co nepatří (např. kosmetické zákroky, plastická chirurgie, implantáty, fotokompozitní stomatologické materiály apod.), na druhé straně bez čeho není možné zdravotní péči poskytnout (teplo, energie, vodné, stočné, opravy přístrojového vybavení, praní prádla, růst kvalifikace personálu, přístrojové vybavení, zdravotní materiál atd.). V současné době § 58 (osvobození od DPH) a § 76 (krácení uplatňované výše na státním rozpočtu) zákona znamená, že poskytovatel zdravotní péče (nemocnice, ústavy, ambulance) hradí veškeré DPH na svém vstupu (při nákupu energií, tepla, zdravotního materiálu atd.). Podle § 76 nemohou zdravotnická zařízení uplatnit proplacení této DPH, jimi zaplacené na vstupu za potřeby pro výkon zdravotní péče poskytované pacientům, na výstupu vůči státu (státnímu rozpočtu), protože korekční koeficient na výstupu (čítatel: suma plnění s nárokem na odpočet, jmenovatel: suma plnění osvobozených od DPH + suma plnění s nárokem na odpočet) v podstatě odčitelnou položku přiblíží k nule. Tedy poskytovatel zdravotní péče hradí DPH za stát a je vůči podnikatelům jiných segmentů trhu diskriminován. Variantou (z teoretického pohledu asi čistší a jednodušší) by sice mohlo být vyřadit zdravotnické výkony z § 58 a zavést 5% sazbu DPH pro zdraví zachraňující výkony a 19% pro výkony typu kosmetické zákroky, plastická chirurgie apod. (v tomto případě by změny předpisů byly minimální), ale vzhledem k objemu poskytovaných zdravotních výkonů by poskytovatelé zdravotní péče museli DPH hodně doplácet, takže by to situaci ještě zhoršilo. Pro péteřní síť by bylo nelogické, aby stát zvyšoval náklady poskytovatelů (na vstupu) a současně je vyrovnával z prostředků povinného veřejného zdravotního pojištění (tedy zvyšováním jeho výše). Vzhledem k tomu, že se ale jedná o zvýhodnění (podporu) některých subjektů z veřejných rozpočtů, musí být tento princip projednán v souladu s předpisy EU

(nebo dořešena vhodná právní forma subjektů v páteřní síti - např. příspěvkové organizace).

Výše zdravotního pojištění hrazeného státem

Zdravotní pojištění, které hradí stát za »své« pojištěnce bylo stanoveno jako konstanta, která se po delší dobu neměnila. Tím se znevýhodňovala zdravotní pojišťovna, která takovýchto pojištěnců měla nejvíc (VZP). Výše tohoto pojištění by měla být každoročně korigována (obvykle navyšována) o růst inflace. Pro rok 2006 je připraveno jednorázové navýšení celkem o 81 Kč na osobu a měsíc (dle zveřejněných informací). Ministerstvo zdravotnictví (dle informací) pracuje na podobném výše uvedeném návrhu (inflační nárůst). KSČM by měla tuto legislativní iniciativu podpořit.

Strop povinného veřejného zdravotního pojištění

U povinného veřejného zdravotního pojištění nepřipustit zavedení stropu pojištění (ani formou n-násobku průměrné mzdy) při jeho výpočtu a výběru, protože strop pojištění by mohl narušit finanční stabilitu systému a vynucovat si následně zvyšování procenta povinného veřejného zdravotního pojištění nebo spoluúčasti pacientů. To by ohrozilo zejména těžce nemocné, chroniky a důchodce, rodiny s malými dětmi a znamenalo porušení solidarity při stanovování pojistného. Již stávající systém má omezení výše povinného veřejného zdravotního pojištění (viz např. Přehled VZP za rok při zúčtování záloh pojistného, řádek 14) - u osob samostatně výdělečně činných je výpočet omezen nezdaňovaným průměrným měsíčním příjmem v roce překračujícím výši 40 500 Kč. Toto omezení výpočtu a výběru pojistného by mělo být zrušeno, protože snižuje příjem veřejného zdravotního pojištění a narušuje princip solidární rovnosti. Z udávané výše průměrné mzdy a z udávané skutečnosti, že cca 75 - 80 % zaměstnanců a živnostníků má příjem pod hodnotou průměrné mzdy, vyplývá, že křivka rozložení je značně zdeformovaná a z platů (managerů a některých dalších zaměstnanců) v řádu 5 - 10 % počtu pojištěných a neznámého počtu podnikatelů, živnostníků se odvádí měsíční pojistné vypočítané jen z výše 40 500 Kč, bez ohledu na skutečnou výši jejich příjmu (mnohdy až miliony měsíčně). Vzhledem k tomu, že suma rozdílů příjmů a průměrné mzdy všech zaměstnanců a živnostníků, kteří mají příjem nižší než je průměrná mzda se rovná sumě rozdílů příjmů a průměrné mzdy všech zaměstnanců a živnostníků, kteří mají příjem vyšší než je průměrná mzda, znamenalo by oficiální zavedení stropu pojistného (které stejně již dnes fakticky částečně existuje) jednak snížení výběru povinného veřejného zdravotního pojištění a jednak porušení rovnosti podmínek snížením procenta pro výběr veřejného zdravotního pojiště-

ní pro bohaté. To lze v podstatě považovat i za dotaci zdravotní péče této skupiny obyvatel z prostředků nashromážděných skupinou s nižšími příjmy.

Právní forma nemocnic

Převážně je činnost nemocnic hrazena zdravotními pojišťovnami, tedy výkony nemocnic jsou hrazeny z veřejných prostředků. Po vstupu ČR do EU začaly v ČR platit normy EU (český právní řád jim musel být přizpůsoben). Protože v EU v oblasti poskytování zdravotní péče existuje společný zdravotní trh (viz judikatura Evropského soudního dvora) znamená převod příspěvkových organizací (nemocnic) do právní formy obchodních společností (postupem v rozporu s předpisy EU) v podstatě vytvoření podmínek pro totální kolaps zdravotní péče v ČR, protože se veškeré podpory, dotace, zvýhodnění, dary u dotyčného subjektu (nemocnice jako a.s. nebo s.r.o.) posuzují 10 let zpětně jako neoprávněná podpora podnikání z veřejných prostředků. Dotyčný subjekt (nemocnice) je pak povinen vrátit vše do rozpočtu EU. Nejen jistinu všech dotací, darů, zvýhodnění apod., ale také příslušná penále a úroky. Pro právní formu příspěvková organizace (případně i další právní formy, které připouští normy EU) toto ustanovení neplatí a dary, dotace, podpory, zvýhodnění atd. z veřejných rozpočtů jsou možné. Z toho vyplývá, že KSČM by měla podpořit zákonné úpravy pro páteřní síť nemocnic (s úhradami z povinného veřejného pojištění a s případnou další podporou z veřejných rozpočtů hlavně krajů), které stanoví jejich právní formu v souladu s evropskými normami a její následné uplatnění. (Je třeba revokovat rozhodnutí krajů o vytvoření obchodních společností a přijmout změnu právní formy nemocnic zařazených do páteřní sítě, asi na formu příspěvkových organizací nebo jinou právní formu, která nebude riskovat sankce dle norem EU a bude vyhovovat podmínkám pro poskytování veřejné podpory). Argumentace krajů o oddlužení nemocnic (díky převodu na právní formu obchodních společností), které převzaly 1. 1. 2003 zadlužené, je neseriózní, protože oddlužení bylo z převážné části realizováno z prostředků státu. Rovněž tak argumentace o přechodu nemocnic z červených čísel do černých vlivem krajů je demagogií, protože přechodem vlastnictví nemocnic na kraj při pronájmu majetku obchodním společností (nemocnicím) zmizela z účetnictví nemocnic nákladová položka odpisy (odepisuje vlastník - kraj, pokud ve smlouvě o pronájmu není stanoveno jinak). V nákladech se místo odpisů objevila položka nájemné, obvykle o dost nižší, plus obvykle další výnosová položka za správu a údržbu majetku kraje, což je v součtu obvykle nižší než odpisy. Pokud se nájemné rovná odpisům, případnou pohledávku kraje lze řešit např. její kapitalizací. (Např. po darování movitého majetku zpět některým nemocnicím a tím nárůstem jejich odpisů se dostaly tyto nemocnice opět do ztráty).

Vytvoření obchodních společností kraji navíc vzniklo porušením ustanovení zákonů č. 219/2000 Sb. a č. 290/2002 Sb. ze strany vedení krajů (kraj může pronajmout, prodat, převést jen majetek, který dlouhodobě není používán nebo není využitelný) a měly by se tím tedy zabývat orgány činné v trestním řízení. Prostředky povinného veřejného zdravotního pojištění, vybrané od pojištěnců za účelem zajištění úhrady nákladů jejich potřebné zdravotní péče, by neměly být zdrojem zisků pro třetí osoby mimo zdravotnictví. Mají být použity jen pro krytí nákladů potřebné zdravotní péče pojištěnců (včetně jejího zkvalitňování). V současnosti projednáváný návrh zákona o neziskových nemocnicích v páteřní síti, v případě souladu s normami EU je i v souladu s Přístupy KSČM ke zdravotnictví. V EU jsou do sítí poskytujících zdravotní péči a financovaných z veřejného pojištění jen ve výjimečných případech připuštěny soukromé subjekty orientované na zisk. V EU, např. ve Velké Británii, jsou nemocnice převážně pod kontrolou státu a jimi poskytovaná zdravotní péče je nejen kontrolována, ale v některých případech i limitována (např. objem použitých léků). Případně vzniklý (neplánovaný) zisk je vrácen zpět do zdravotnictví. Podle dostupných informací (od lékařů zaměstnaných v tamních nemocnicích) systém funguje v podstatě bez velkých problémů. V této souvislosti je zajímavé i procento HDP vynakládané na zdravotnictví, které se příliš neliší od ČR. (Systém je regulován a jeho stav není tak odvislý od množství vkládaných peněz, na rozdíl od USA, kde i přes dvojnásobnou velikost vkládaného HDP se zdravotnictví blíží ke kolapsu.) Podnikatelsky orientované právní formy nemocnic financovaných z povinného veřejného pojištění tedy nejsou pro udržitelnou stabilizaci zdravotnictví nejen nutné, ale ani vhodné. Z pohledu efektivity a vyrovnané bilance celého zdravotnictví, pak jsou spíše škodlivé. Udává se, že přes 80 % nemocnic v EU funguje na neziskové bázi (včetně nemocnic mimo sítě) a ve zbývajících 20 % je mnoho nemocnic veřejných. Podrobněji o některých systémech, principech a mechanismech používaných ve vyspělých zemích EU viz dále kapitulu »Porovnání navrhovaných opatření se systémy zavedenými v EU«.

Zdravotní pojišťovny

Povinné veřejné zdravotní pojištění v rámci jednoho státu je založeno (jak již bylo uvedeno) na principu solidarity všech se všemi, zdravých s nemocnými, bohatých s chudými. Vytváření solidarity v podstatě jen v rámci skupin pojištěnců (obvykle se snahou orientovat se v rámci skupiny na mladé, tedy zdravé lidi nebo pojištěnce s nadprůměrnými příjmy) jednak popírá myšlenku celkové solidarity, jednak komplikuje užití vybraných prostředků a vytváří finanční nerovnováhu uvnitř systému. Např. VZP má 57 % »státních pojištěnců«. Platba za takového pojištěnce je jen cca 22 % platby průměrného normál-

ního zaměstnaného pojištěnce. 8 dalších zdravotních pojišťoven má dohromady 43 %, tedy v průměru 5,5 % »státních« pojištěnců na jednu. Tato nerovnováha pak vede k užití korigujících nástrojů a omezení (viz např. zavedení tzv. 100 % přerozdělení), které ale obvykle nevyrovnají celek a zvyšují dále administrativní náročnost. Úvahy na téma potřeby vzájemné konkurence plátců jsou u systémů s povinným veřejným pojištěním, kde je jednak pevně stanovená cena za službu (např. cena za bod, propočet paušálů) a kterou stanovuje někdo třetí, mylné (systémy nemají autoregulační schopnost) a mohou vést pouze k likvidaci některých plátců (viz Modrá šance - »subjekty nemající potřebnou konkurenční schopnost budou muset opustit tento segment trhu«) nebo poskytovatelů nebo k omezení potřebné péče. Navíc je u skupinové solidarity (zaměstnanecké zdravotní pojišťovny) část povinného veřejného pojištění, vybraná za účelem solidárního uhrazení potřebné zdravotní péče, použita na tzv. »nadstandardy«. To jsou většinou akce sloužící obvykle jen k získání výhodných (např. mladých) pojištěnců (vstup do bazénu, fitness center, potravinové doplňky apod.). Jediným logickým řešením je vytvoření jediné zdravotní pojišťovny (nebo jednoho státního fondu), spravující veškeré vybrané povinné zdravotní pojistné a nesoucí plnou odpovědnost za účelné užití těchto prostředků, tedy včetně stanovení pravidel pro jejich užití. Vzhledem k tomu, že stát odpovídá za bezplatné poskytnutí zdravotní péče, musí být SPVZP tedy podřízen moci exekutivní (ministerstvu) a ne zákonodárné (sněmovně parlamentu). Důsledkem by mělo být i to, že by se zrušilo dohodovací řízení a SPVZP, dozorovaný exekutivním orgánem (ministerstvem) a zvláštním kontrolním orgánem (viz dále), by stanovoval příslušné ceny, varianty a kritéria svým výnosem podle finančních možností systému jako celku. To, že systém zdravotnictví s povinným veřejným zdravotním pojištěním jako celek má v podstatě existence schopný princip, dokazuje i souhrn udávaných bilancí (k 10/2005) jednotlivých zdravotních pojišťoven. VZP (největší počet »státních« pojištěnců, 2/3 pojištěnců celkem) má udávanou ztrátu cca 11 mld. Kč, 8 dalších zdravotních pojišťoven rezervy v udávané souhrnné výši (dle médií) cca 7 mld. Kč (ale dle odhadů jejich hospodářského výsledku budou rezervy za rok 2005 vyšší). V systému je cca 3,8 mld. Kč nedobytných pohledávek (zbankrotované společnosti, často i státní), které odkoupí stát (převede na konsolidační agenturu), a řada zatím nevyjasněných výdajů z hlediska jejich potřeby. To dává v rámcovém souhrnu ztrátu jen cca 200 mil. Kč (příčemž jednak existují značně diskutabilní roční výdaje např. časopis VZP - 100 mil. Kč, IZIP 150 mil. Kč atd., jednak odhad rezerv po roce 2005 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven dává plusovou hodnotu v miliardách Kč). K tomu přistupují nadměrné zisky řady lékáren a farmaceutické lobby, informace pro pojištěnce, výše jmenované »nadstandardní« akce apod. a vysoké výdaje vlivem šedé ekonomiky. Jiná řešení (např. nižší povinné pojiš-

tění + osobní doplňkové pojištění) by vedla jen ke zhoršení dostupnosti potřebné zdravotní péče z finančních důvodů pro široké vrstvy obyvatelstva a ke zhoršení celkového zdravotního stavu obyvatelstva. Nedobytné pohledávky SPVZP (např. společnosti v konkursu apod.) by měl být stát povinen každoročně odkoupit v nominální výši a poté je vymáhat se všemi důsledky na vedoucím managementu dlužníka nebo vlastníkovu zbankrotované firmy. S prostředky povinného veřejného zdravotního pojištění by nesměl správce těchto prostředků (SPVZP) podnikat, přičemž z předpokládaných nárůstů výběru povinného pojistného by do zdravotního plánu počítal jen např. s 60 % předpokládaného navýšení a zbývajících 40 % by směřoval do rezervního fondu a použil až po určité (třeba i roční) době.

Vzhledem k objemům finančních prostředků s kterými SPVZP bude disponovat, musí jeho činnost být pod průběžnou a trvalou kontrolou, kterou by vykonával specializovaný útvar NKÚ nebo Ministerstva financí, případně Ministerstva zdravotnictví (ideálním řešením by bylo NKÚ - jde o kontrolu veřejných peněz). Kontrola by byla zaměřena nejen na hospodářské výsledky a likviditu, ale především na dodržování stanovených pravidel a předpisů, zajištění potřebné zdravotní péče na celém území státu, rozbor vzniklých výjimek, neproduktivních výdajů, hospodárnosti v jednotlivých segmentech atd. Kontrolní zprávy by každé pololetí obdrželo Ministerstvo financí, Ministerstvo zdravotnictví a Výbor pro sociální politiku a zdravotnictví.

Souhrnně k problematice vytvoření a strukturování jediného zdravotní pojišťovny (nebo státního fondu) - jediného správce povinného veřejného zdravotního pojištění (SPVZP), po vydání zákonné úpravy a prováděcí vyhlášky, lze uvést tuto základní představu:

- zpracování a projednání příslušného legislativního aktu nebo novel stávajících zákonů stanovující oprávněnost jen jediného subjektu pro výběr povinného veřejného zdravotního pojištění, jeho práva a povinnosti;
- možný postup je např. postupné sloučení zdravotních pojišťoven do jediné anebo do státního fondu, a to postupně od nejmenší po největší v intervalu (např.) 2 - 3 za 3 měsíce nebo kratším a nejdříve s majoritní účastí státu;
- zdravotní pojišťovny mají vytvořené rozsáhlé sítě poboček a expozitur, včetně obvykle vlastních nemovitostí a jsou dobře vybavené výpočetní technikou. Vytvořením jediného organizace by došlo k podstatným úsporám v počtu administrativních zaměstnanců i při současném posílení odborného aparátu (např. revizních lékařů) a uvolněné prostory by mohly být též doplňkovým zdrojem pro SPVZP;

- jedna pobočka by měla (mohla) obhospodařovat cca 300 - 400 000 pojištěnců s expoziturami v bývalých okresních městech a v městech s rozšířenou pravomocí (viz zkušenosti bývalé Nemocenské pojišťovny zrušené v r. 1952, ještě bez výpočetní techniky);
- administrativní náklady by nesměly překročit limit stanovený ministerstvem, nižší než je čerpáno dnes, např. méně než 3 % z úrovně pojistného rozhodného roku (v novele projednávané sněmovnou jsou 2 %). Měl by platit zákaz navyšování administrativy v závislosti na výši výběru pojistného. Úspora vznikne centralizací stávajícího ekonomického aparátu a managementu do poboček, spojením aparátu pro styk s pojištěnci do jedné expozitury v pověřených městech. Nárůst by měl být jen u revizních lékařů a kontrolorů;
- provést kontrolu u všech revizních lékařů, zda jsou kvalifikačně předpisově vybaveni (příslušné atestace) a nepřipustit bez předepsané kvalifikace výkon této profese (případně jen přechodně na určitou dobu pro složení atestace). Snížením počtu smluv o úhradách zdravotní péče a počtu zdravotních pojišťoven by měli být k dispozici kvalifikovaní zkušení lékaři pro výkon funkce revizního lékaře;
- po rozhodnutí o vytvoření jediného SPVZP by měl být současně vyhlášen stop stav na uzavírání nových smluv o úhradě poskytnuté zdravotní péče z povinného veřejného zdravotního pojištění. Protože v roce 2006 končí stávající smlouvy o úhradě poskytnuté zdravotní péče (končí kontraktní povinnost), je možné pouze prodloužit stávající smlouvy o dobu potřebnou k vytvoření jediného SPVZP a vyhlášení a vyhodnocení výběrových řízení;
- SPVZP by nesměl se spravovanými prostředky podnikat, a to ani s prostředky, které získá za pronájem nebo prodej nepotřebného majetku, který vznikne sloučením všech zdravotních pojišťoven. Prostředky získanými za pronájem a prodej by doplňoval rezervní fond až do stanovené výše a poté by sloužily jako další zdroj pro úhradu potřebné zdravotní péče nebo pro její zkvalitňování. Prodej nepotřebného nemovitého a movitého majetku by byl možný až po souhlasu ministerstva;
- management SPVZP by při řízení instituce postupoval s péčí řádného hospodáře včetně osobní odpovědnosti při porušení této povinnosti (obdobně § 194 obchodního zákoníku);
- centrála SPVZP by prováděla solidární přerozdělení vybraných prostředků mezi jednotlivé pobočky podle možností a potřeb situace v jednotlivých regionech (pro zabránění nerovnoměrné dostupnosti potřebné zdravotní péče mezi regiony). S přidělenými prostředky by hospodařil aparát poboček podle vnitřních předpisů SPVZP;

- nakládání se svěřenými prostředky a hospodaření SPVZP a využívání všech pravomocí a nástrojů pro kontrolu účelného vynakládání prostředků, které bude mít SPVZP k dispozici, by měly možnost kontrolovat mimo aparát SPVZP i aparáty ministerstev zdravotnictví a financí a NKÚ. Pro trvalou a průběžnou kontrolu hospodárnosti by byl zřízen zvláštní kontrolní útvar (nejlépe při NKÚ). Pro hospodaření s prostředky povinného veřejného zdravotního pojištění by platila obdobná pravidla jako pro hospodaření s prostředky státního rozpočtu;
- SPVZP by měl rovněž povinnost kontrolovat účelnost a hospodárnost léčby, dodržování všech podmínek uvedených ve smlouvách o úhradě (např. ordinační hodiny, dosaženou kvalifikaci, průběžné vzdělávání apod.) u subjektů, se kterými tyto smlouvy uzavřel;
- současní skupinová správcí povinného veřejného zdravotního pojištění (zdravotní pojišťovny) nerespektují skutečnou potřebu drahých, moderních technologií v daném regionu a uzavírají na každý nově pořízený přístroj smlouvu o úhradě, čímž zvyšují výdaje v systému bez přihlédnutí k využití technologií již instalovaných. Protože se jedná v podstatě o úhradu nadměrné péče, budou v případě obdobného postupu vyvozeny postihy vůči konkrétním osobám;
- budoucí SPVZP by novelizoval normativy (které měla VZP) počtu lékařů dané odbornosti poskytovatelů (včetně akutních lůžek, ambulancí, lůžek následné péče atd.) na 100 000 pojištěnců (jak má např. Rakousko) v daném regionu (včetně předepsané rezervy pro mimořádné situace) tak, aby na základě výběrových řízení objem nově uzavřených smluv o úhradě zdravotní péče (pro všechny zdravotní pojišťovny, pokud ještě nebude zřízena jediná) z povinného veřejného zdravotního pojištění s platností po 30. 6. 2006 (ukončení kontraktační povinnosti zdravotních pojišťoven) a případném prodloužení jejich platnosti, byl v souladu s těmito normativy a znamenal pokles o min. 15 % u ambulantní péče. V případě, že by výběrová řízení nebyla dokončena včas, SPVZP by pouze prodloužil stávající smlouvy o úhradě zdravotní péče na dobu nutnou;
- SPVZP by v rámci novelizace normativů (počtu lékařů - odborníků, lůžek, ambulancí, následné péče a další) provedl jako podklad též analýzu zdravotního stavu obyvatelstva daného regionu. Normativy pro lůžkové kapacity by měly pokrývat i rezervu pro případ mimořádných událostí;
- případná zjištění postupu sice lege artis, ale pro pacienta ne nutného, provedeného pouze z důvodu navýšení příjmu (viz závěrečná zpráva studie OECD) nebo porušení zásad účelné farmakoterapie, případně dodávky léků, přístrojové techniky a zdravotního materiálu, spojené s prokázanou korupcí ze strany dodavatelů (např. poměrně běžně u farmaceutických firem) u poskytovatelů zdravotní péče hrazené následně (např. přes před-

pisu léků) z povinného veřejného zdravotního pojištění, by byly postihovány tvrdou sankcí a zrušením smlouvy o úhradě ze strany SPVZP. K tomu by byla též využita spolupráce Ministerstva financí, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva vnitra i auditorských ověřování ročních závěrek dodavatelů;

- kontrolu hospodaření a dodržování stanovených pravidel (včetně vnitřní kontroly) u SPVZP by měl na žádost Ministerstva zdravotnictví mít možnost provést i NKÚ (v případě, že zvláštní kontrolní útvar by byl zřízen mimo NKÚ). Vzhledem k tomu, že kontroluje hospodaření se státním majetkem a užití prostředků státního rozpočtu, měl by kontrolovat i užití prostředků veřejných peněz - povinného veřejného zdravotního pojištění;
- SPVZP by měl provozovat též různé druhy vlastních ordinací, poliklinik, nemocnic pro ověření nákladů a cen poskytované péče, vytíženosti personálu apod. Bližší vysvětlení, návrh viz dále.

Trvalá dosažitelnost kvalitní zdravotní péče

Zvláštním problémem, který musí být na úrovni státu vyřešen, je zajištění trvalého poskytování dosažitelné potřebné zdravotní péče občanům. Její výpadek nebo nedostatek může vést k rozsáhlému poškození zdraví i většího počtu obyvatel, tedy k obecnému ohrožení. Z tohoto důvodu je stát povinen legislativně ošetřit, aby tyto situace pokud možno nemohly vzniknout. To znamená, že výpadky veřejné služby ohrožující větší skupinu občanů nebo oblast ze subjektivních důvodů (třeba přerušení na základě kartelových dohod dodavatelů nebo dohod poskytovatelů nebo zneužití monopolního postavení apod.) musí být ze zákona tvrdě sankcionovány (veřejná služba je garantována státem) až po zrušení smluvního vztahu nebo změnu dodavatele nebo nařízení postupu jako při mimořádných situacích a vymáhání úhrady vzniklých škod po původcích.

Pro eliminaci takových vlivů ze strany soukromých poskytovatelů vyvolávaných jejich ekonomickými zájmy (viz např. akce AVEL, lékárníků, stomatologů apod.), které navíc pro podporu svých subjektivních zájmů zneužívají pacientů (vynucování podpisů petic apod.), by stát měl vyvinout rovněž ekonomický protitlak minimálně v oblasti zajištění potřebných léků formou vytvoření společnosti vlastníci tzv. »neziskové« lékárny. Ty by měly minimalizovanou nebo žádnou ziskovou přírážku a pracovaly by pouze na bázi úhrady úplných vlastních nákladů a při dodržování stejných podmínek SPVZP platných pro ostatní lékárny a měly by i vlastní distribuční činnost (viz uplatnění tohoto principu ve Švédsku). Tím by byla omezena možnost velkodistributorů v AVEL vydírat zastavením dodávek, byl by vyvinut tlak na lékárníky ke snižování cen léků pro pacienty (doplátky) pouze na bázi ekonomické konkurence.

Navrhovaná opatření na straně nabídky

Dle závěrečné zprávy studie OECD («Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům») mají největší přínos pro zvýšení efektivity zdravotnictví a stabilizaci veřejných rozpočtů, opatření regulující nabídku zdravotní péče jako redukce nadměrných kapacit, redukce nadměrné zdravotní péče, opatření omezující plýtvání finančními prostředky apod. Tento problém řeší vyspělé státy EU regulací sítě dané zákonem a realizované obvykle formou normativů počtu lékařů jednotlivých odborností v ambulantní sféře sítě a potřebnou kapacitou včetně odborností nemocnic (veřejných nebo neziskových) ve vztahu k počtu obyvatel (viz např. Rakousko stanovených formou vyhlášky ministerstva). Postup vytváření takové pátevní sítě - viz kapitola o porovnání přístupu KSČM ke zdravotnictví se systémy zdravotnictví ve vyspělých zemích EU.

Z podkladů, podle kterých se zpracovávala koncepce zdravotnictví za bývalé ministryně Emmerové, vyplývá, že existuje přímá úměra mezi růstem počtu ambulantních lékařů a růstem nákladů na léky. V průběhu 11 let došlo k nárůstu počtu ambulantních lékařů na více než dvojnásobek (tj. v průměru o více než 8 % ročně) a k nárůstu počtu lékáren na zhruba trojnásobek. Mimo zmiňované léky se nadměrná nabídka poskytovatelů projevuje také nadměrnou zdravotní péčí (hrazenou z povinného veřejného zdravotního pojištění) z důvodů snahy o maximalizaci výše příjmů jednotlivých poskytovatelů, což se projevuje zvýšenou frekvencí kontrol (hrazených výkonů) a vyšetření z aktivity lékaře a nikoliv pacienta. V oblastech je obvykle i nadměrná kapacita přístrojové techniky, což vyvolává následnou nadměrnou potřebu úhrad zdravotní péče pro krytí splátek této techniky. U ambulantních specialistů existují i paralelní úvazky v nemocnicích (mimo možné potřebné klinické dny). Redukce nadměrného počtu ambulantních poskytovatelů zdravotních služeb se tedy jeví jako nutná a bude znamenat významnou úsporu v nákladech SPVZP. Zdravotní pojišťovny již dnes (dle jejich vyjádření) z důvodu nadměrných kapacit zdravotní péče předpokládají redukci smluv o úhradě poskytnuté zdravotní péče v rozsahu 10 - 20 % (což vyvolává pochopitelně odpor některých skupin zdravotníků).

Závažným problémem (a nyní i legislativním - týká se vlastnictví, právní formy nemocnic) je tedy potřeba vytvořit optimalizovanou integrovanou síť zdravotnických zařízení (nemocnic, ambulancí, případně tzv. »neziskových« lékáren), jejichž činnost by byla hrazena z povinného veřejného zdravotního pojištění (problematika neziskových organizací, příspěvkových organizací, zpětné změny právních forem nemocnic apod.) - dále jen pátevní síť. Tento problém je obzvláště závažný (jak bylo výše uvedeno) ve vztahu k evrop-

ským normám. Zde ve vazbě na neoprávněnou podporu podnikání z veřejných rozpočtů u obchodních společností hrozí stamilionové sankce jednotlivým subjektům. Tyto sankce by v podstatě znamenaly kolaps zdravotnictví. V pátevní síti je nutné vyřešit právní formu organizací (lůžkové kapacity případně i polikliniky) tak, aby umožňovala i jejich bezproblémovou podporu ze strany rozpočtů samospráv (i sponzoringu soukromých firem např. odečtem od daňového základu), která je velmi vítaná. Pátevní síť by bylo možné rozšiřovat pouze se souhlasem Ministerstva zdravotnictví a souhlasným stanoviskem SPVZP.

Nemocnice

Ze zkušeností (potvrzených zdravotnickými statistikami) vyplývá účelnost (potřeba) 1 nemocnice (základní) na přibližně 100 000 - 150 000 obyvatel. Tyto nemocnice by měly tvořit ústavní část státem garantované optimalizované integrované sítě zdravotnických zařízení financovaných z povinného veřejného zdravotního pojištění. Subjekty (nemocniční i ambulantní zařízení) v integrované síti by měly povinnost postarat se o potřebnou zdravotní péči pro všechny osoby v daném spádovém území, a to bez omezení možnosti jejich volby vyhledat péči někde jinde - na vlastní dopravní a případně další náklady, pokud zvolený subjekt (poskytující zdravotní péči) nebude smluvním partnerem SPVZP. Základní nemocnice by měly mít 300 - 500 akutních lůžek (struktura a velikost nemocnic musí zohledňovat nemocnost v regionu a jeho velikost v závislosti na analýze pro normativy) a zajišťovat odbornosti (včetně ambulancí) interní, chirurgické, gynekologicko-porodnické (pediatrické podle počtu dětí rodících se ve spádové oblasti), geriatrie - doléčovací, komplement a další specializovaná oddělení podle potřeb (podle závěrů výše zmíněné analýzy pro normativy) tak, aby v rámci kraje byl k dispozici v pátevní síti úplný sortiment základních odborností. Takto koncipované nemocnice by byly využitelné (jsou nezbytné) i pro výuku a odborný růst další generace lékařů (např. postgraduální studium). Kraj by měl případnou nadměrnou kapacitu v nemocnicích (vhodnými přesuny) přeměnit na zatím obecně nedostačující kapacitu následné péče.

Nemocnice v pátevní síti by měly mít také ambulance. Je to nákladově podstatně výhodnější než samostatné privátní ambulance (navíc v nemocnicích je obvykle k dispozici kompletnější a kvalitnější komplement a v případě složitějších případů i kvalifikovanější personál - viz např. Nizozemí). Dalším důvodem pro činnost nemocničních ambulancí je ten, že v případě potřeby supluje činnost ambulantní sféry minimálně od 15.00 hod do 7.00 hod. a ve dnech pracovního klidu. I když by nebylo v dané nemocnici příslušné oddělení s akutními lůžky,

měly by v nemocnici v páteřní síti být minimálně další ambulance neurologie, oční, ORL, urologie, které by sloužily nejen jako ambulance, ale i jako konziliární pracoviště pro lůžková oddělení. Ambulance nemocnic by měly být financovány na stejném principu jako ambulance privátní, tedy podle seznamu výkonů, pro SPVZP by ale byly levnější, protože by nepracovaly na bázi maximalizace svých příjmů. Soustředění ambulancí do jednoho místa je i pro pacienty rovněž pohodlnější.

Pro dořešení problému odlišení sociální péče a zdravotní péče je třeba vymezit pojem sociální lůžko včetně jeho finančního zajištění. Zde by neměly být ze zdravotního pojištění hrazeny hotelové služby, kde by byla spoluúčast (byly by hrazeny) pacienta nebo jeho rodinných příslušníků.

Vzhledem k vysokým nákladům na ústavní péči se jeví i možnost zvýšení efektivity na základě lepšího využívání lůžkového fondu ve dnech pracovního klidu, kdy je provoz v nemocnicích obvykle redukován na pohotovost pro akutní stavy, rutinní ošetrovatelskou péči a odbornou péči o pacienty po operacích, kteří nemohou být propuštěni. To ale vyžaduje analyzovat náklady s tím spojené. Vzhledem k chybějícím finančním zdrojům je toto řešení v blízké budoucnosti asi nerealizovatelné.

Zvláštním problémem souvisejícím s uplatněním normativů počtu lékařů dané odbornosti jsou zdravotnické kapacity soustředěné ve velkých městech (Praha, Brno, Ostrava, Olomouc, Plzeň atd.). Analýza tohoto objemu kapacit předpokládaná bývalou ministryní Emmerovou je potřebná, protože je nutné zvážit specifika specializovaných celorepublikových špičkových pracovišť, potřeby výuky lékařských fakult, potřeby lékařského výzkumu, potřeby vzdělávání a doškolování lékařů atd. Teprve po takové analýze je možné rozhodnout o případné nadměrnosti. Analýzu by ale neměli provádět odborníci zájmově spojení s příslušnými institucemi nebo městy (tedy z jiných lokalit a institucí, kterých se výsledky analýzy nebudou nijak dotýkat). Podle podkladů zpracovaných v analýzách by Ministerstvo zdravotnictví rozhodovalo o potřebě příslušných kapacit v páteřní síti, jejich redukcí nebo naopak posílení.

Ambulance

Po okamžitém vyhlášení stop stavu na uzavírání nových smluv o úhradách zdravotní péče (a případného krátkodobého prodloužení stávajících) by SPVZP neměl mít kontraktní povinnost. Potřeby ambulancí zdravotní péče v páteřní síti by měl řešit podle výše uvedených normativů již v souvislosti s uzavíráním nových smluv o úhradách nutných po 30. 6. 2006. Poté je třeba

urychleně novelizovat normativy VZP (plošně složenou komisí), vyhlásit výběrová řízení a uplatnit novelizované normativy a počet smluv (i v případě zatímního většího počtu zdravotních pojišťoven) u ambulancí lékařů snížit o min. 15 %. Počet smluv s praktickými lékaři (včetně dětských), gynekology a stomatology je třeba upravit na předpokládané průměrné počty registrovaných pacientů na 1 lékaře (např. kapitační platba byla konstruována na cca 1700 registrovaných pacientů na 1 praktického lékaře). Pokles počtu smluv (převážně u specialistů) o cca 15 % by v podstatě odpovídal průměrnému nárůstu počtu ambulancí lékařů za 2 roky. (Podobný objem redukce zdravotní péče zvažuje i ODS - pokles o 1/7. Asociace zdravotních pojišťoven rovněž navrhuje významnější redukci ambulancí, i když číselně nespecifikovanou v podkladu pro jednání s premiérem a ve vyjádřeních pro média v rozsahu 10 - 20 %). Takto stanovený počet ambulancí lékařů by tvořil ambulancí část optimalizované integrované sítě zdravotnických zařízení financovaných z povinného veřejného zdravotního pojištění. Pokles počtu poskytovatelů by znamenal zvýšení počtu pacientů u jednoho ambulancí lékaře a tím i pokles frekvence návštěv pacientů z iniciativy lékaře. Mimo dispenzarizovaných pacientů by ambulancí specialisté měli vyšetřit pacienta jen na základě doporučení praktického lékaře, což dnes není dodržováno a rovněž by přispělo k úspore poskytované zdravotní péče. Snížením počtu poskytovatelů dojde k nárůstu počtu jejich pacientů a budou tedy moci bez finanční újmy snížit frekvenci kontrol. Potřebné léky pacienti mohou obdržet na delší období, anebo jim je může potom psát i jejich praktický lékař v rámci kapitační platby (pokud nedojde ke změně jejich zdravotního stavu).

Zvláštním problémem jsou fiktivní neschopenky, kdy potíže v podnikání (obvykle nedostatek zakázek) se v podstatě financují z veřejných prostředků (úspora osobních nákladů u podnikatele) na základě neodpovědnosti příslušného lékaře. Z tohoto důvodu by se měla zpřísnit kontrola i sankce v oblasti nemocenského pojištění.

Pro kvalitní obsazování uvolněných míst ambulancí lékařů v páteřní síti (tzn. ambulancí, které měly smlouvu se SPVZP) by měla být kraji vedena evidence zájemců o tato místa (obdobně rakouskému systému) pro potřeby výběrové komise. Ambulancí lékaři, kteří neuspějí ve výběrových řízeních, by mohli dále vykonávat svoji praxi, ale za hotovostní úhradu od svých pacientů s výjimkou akutních vyšetření a výkonů. Lékaři z ambulancí pracovišť zařazených do optimalizované integrované sítě poskytovatelů zdravotní péče hrazené z povinného veřejného zdravotního pojištění by nesměli mít paralelní úvazek v nemocnicích rovněž zařazených do optimalizované integrované sítě poskytovatelů zdravotní péče hrazené z povinného veřejného zdravotního pojištění ani

v žádné jiné, ani v žádném jiném ambulantním pracovišti, s výjimkou klinických dní potřebných z odborných důvodů podle doporučení příslušné odborné společnosti, které na základě těchto doporučení stanoví obecně svou vyhláškou Ministerstvo zdravotnictví. Výjimky bude moci povolit (v rámci pravidel stanovených Ministerstvem zdravotnictví a delegované pravomoci) jen centrála jediného SPVZP v případě nedostatečné kapacity lékařů v předmětné nemocnici, a to pouze na omezenou dobu.

KSČM by měla společně s městskými úřady a SPVZP podporovat obnovování poliklinik případně alespoň sdružených ambulantních služeb, které jsou nejen pohodlnější pro pacienty, ale vytváří možnost pro SPVZP regulovat nákupy menší přístrojové techniky (v objektu může být určitý typ přístroje jen jeden a nemusí jich být více), a tím zprostředkovaně snižovat celkové náklady na zdravotní péči. Součástí takových zařízení by mělo být pracoviště zobrazovací diagnostiky a biochemická laboratoř. Rovněž v těchto zařízeních vzniká možnost vytváření denních stacionářů a tím možnost převedení některých výkonů ze sféry hospitalizací do sféry ambulancí, což je nákladově výhodnější.

Tendence omezování LSPP (což možná odpovídá objektivním tendencím) a jejich náhrada formou RLP, RZS, IZS a pohotovostmi nemocnic pokračují. Zajišťování LSPP sice zatěžuje praktické lékaře (mají ale povinnost ze zákona být k dispozici svým registrovaným pacientům 24 hod. denně), na straně druhé je však nutné zvažovat dostupnost lékaře v případě potřeby zejména pro staré a těžko pohyblivé lidi. Zatím se automaticky předpokládá, že tuto funkci by měly převzít posílené pohotovostní ambulance lůžkových zařízení a záchranná služba a pouze ve zvláště nepřístupných oblastech by se taková služba v omezených časech měla zachovat, aby se zachovala dosažitelnost péče při zachování návaznosti na nemocniční pohotovost. Převzetí této povinnosti praktických lékařů ambulancemi lůžkových zařízení a záchranou službou však je problematické, protože nemocnice jednak nemají specialisty v oboru všeobecného lékařství a jednak z hlediska nákladů by to znamenalo úhradu podle seznamu výkonů tj. asi jejich podstatné zvýšení proti současnému stavu. Tato situace vyžaduje před pokračováním tohoto trendu provést alespoň prvotní analýzy. SPVZP by měl při uzavírání smluv o úhradě zdravotní péče s praktickými lékaři stanovit povinnost lékaře zajištění služeb LSPP jako podmínku platnosti smlouvy. Tato podmínka by nebránila praktickým lékařům ve sdružování za účelem péče o registrované pacienty po 24 hod. denně. V případě rušení LSPP je tedy třeba prosazovat dodržování povinností, vyplývajících ze zákona, praktickými lékaři. Při snahách o postupné rušení LSPP by KSČM měla vystupovat proti zhoršo-

vání dostupnosti péče, proti likvidaci ambulantních zařízení poliklinického charakteru (obvykle zabezpečovaly i LSPP) s poukazem na nezbytnost rezerv pro katastrofy a epidemie v rámci IZS.

Letecká záchranná služba by měla být provozována příslušnými časově vyčleněnými kapacitami Ministerstva obrany a Ministerstva vnitra, protože jednak jejich piloti musejí povinně pro udržení své kvalifikace nalétat příslušný počet hodin, jednak jsou vycvičení (a jediní oprávněni) i pro létání v noci (na rozdíl od civilních leteckých záchranných služeb). V rámci potřebného udržení kvalifikace pilotů by ministerstva obrany a vnitra měla převzít i část nákladů s provozem této služby spojených, což by znamenalo úsporu pro SPVZP.

Lékárny

Pro povolení provozu lékárny je (mimo technické podklady, např. souhlas SÚKL) podmínkou i souhlas České lékárnické komory, která má (měla) pro tyto požadavky zpracován normativ doporučující povolení 1 lékárny na řádově 6000 obyvatel v příslušném místě (odpovídá průměru cca 6000 obyvatel na 1 lékárnu v Rakousku). Tento normativ však není dodržován (ve větších městech obvykle kolem 4000 a méně obyvatel na 1 lékárnu, průměr zvyšuje venkov). Za 10 let stoupl počet lékáren téměř třikrát. Z toho vyplývá nespokojenost lékárníků s (podle nich) malými tržbami (zisky). Část z nich to kompenzuje i objednávkami dražších léků (pacienti pak hlásí lékařům, že předepsaný lék vypadl z distribuce), předáváním seznamů léků na skladě ambulantním lékařům, někdy těžko vysvětlitelnou výší doplatek a hlavně rozšířením prodeje dalšího sortimentu (různých potravinových doplňků, vitamínů, bylin, čajů, kosmetiky, emulzí apod.). Argumentace České lékárnické komory o ohrožení existence malých »uličních či venkovských« lékáren a tím zhoršení péče o pacienta v souvislosti se snižováním obchodní marže je značně demagogická. Vzhledem k tomu, že zisky lékárníků jsou obvykle nadprůměrné (lze lehce doložit účetními sestavami), KSČM plně souhlasí s postupem ministra MUDr. Ratha při snižování obchodní marže u léků. Lékárníci mají ještě příjmy ze spoluúčasti pacientů a příjmy z dalšího zboží s podílem na celkových tržbách až desítkách procent - v rozpětí až 20 - 50 %, celkem výdaje za léky se udávají v rozsahu 55 - 60 mld. Kč, ale za léky hrazené z veřejného zdravotního pojištění se stanovenou obchodní marží obdrží »jen« cca 39 - 41 mld. Kč (předběžné odhady za rok 2005). Pro zlevnění léků pro pacienty (snížení jejich doplatek, spoluúčasti) KSČM předpokládá tento postup:

– zavedení regresivní sazby obchodní marže v několika pásmech podle výrobní ceny léku;

- v případě ohlašovaných bankrotů některých lékáren jejich odkoupení z konkurzní podstaty jediným SPVZP a vytvoření jeho vlastní sítě lékáren (jednak již existovala v ČSR, kdy Nemocenská pojišťovna před zrušením v roce 1952 měla takovouto síť lékáren vytvořenu, jednak to existuje i v EU - např. podobný princip ve Švédsku). Léky z této sítě by pro pacienty byly i levnější, protože prodejní cena by byla stanovována jako úplné vlastní náklady + minimalizovaná nebo žádná zisková přírážka (např. méně 5 %). Vzhledem k tomu, že u léků se jedná o úhrady z veřejných peněz a tedy o povinnost jejich účelného a úsporného vynaložení, nemůže tento postup být napaden jako nekalá konkurence;
- v případě uzavření některých malých (venkovských) lékáren, by mohli většinu léků vydat pacientům (není ale povinnost) přímo ambulantní lékaři. Již dnes (obvykle po dohodě lékárny a lékaře) je to místy realizováno. Pro pacienty z venkova je to i pohodlnější. Bylo by to vhodné zejména v obcích bez lékárny nebo při návštěvní službě praktických lékařů.

Kromě geograficky podmíněné dostupnosti lékáren musí být dostupnost splněna i z časového hlediska. Na rozdíl od rostoucího absolutního počtu lékáren, počet pohotovostních lékáren klesá. Pohotovost je pro lékárnu prakticky vždy ztrátová. Jde však o veřejnou službu a zejména krajská samospráva je zodpovědná za to, aby potřebné léky byly dostupné pacientům i mimo běžnou otevírací dobu lékáren. Kraj je povinen i za cenu smluvních opatření a finančního dotování nočních pohotovostí zajistit funkčnost této důležité veřejné služby. KSČM požaduje zodpovědnost krajské samosprávy ve věci dostatečného počtu pohotovostních lékáren.

KSČM bude pro bezproblémové zajištění dosažitelnosti veřejné služby v oblasti léků podporovat vznik samostatné organizace státní (nebo obchodní společnosti 100% vlastněné státem) vlastníci tzv. »neziskové« lékárny, tedy lékárny hradící ze svých tržeb jen úplné vlastní náklady s minimálními finančními rezervami (viz obdobu ve Švédsku). Jejich případný zisk by byl dalším zdrojem pro SPVZP. Tyto lékárny by byly pro pacienty levnější a konkurencí by nutily ostatní (soukromé, ziskové) lékárny v oblasti snižovat doplatky pacientům. Tyto lékárny by měly postupně vzniknout ve všech větších městech. Při jejich vytváření by Česká lékárnická komora nemohla uplatnit nedoporučení, (veto) jejich vzniku, ale pouze by odsouhlasovala potřebnou kvalifikaci personálu. Ostatní předpisy pro vznik lékárny by zůstaly beze změny. Společnost by měla rovněž oprávnění k distribuční činnosti v oblasti léků jako protiváha sdružení AVEL.

Vzhledem k tomu, že existují značné rozdíly v doplatcích za stejný lék mezi lékárnami přičemž pacient není schopný zkontrolovat oprávněnost těchto doplatků, měla by být legislativně zajištěna povinnost lékárníků vyznačit na balení léku jeho maximální cenu stanovenou Ministerstvem financí a tedy vlastně z toho plynoucí maximální výši doplatku.

Do optimalizované integrované sítě poskytovatelů zdravotních služeb (nemocnice, ambulance, »neziskové« lékárny) financované z povinného veřejného zdravotního pojištění (páteří sítě) by byla zařazena jen ta pracoviště, která uspějí ve výběrových řízeních (nebudou se týkat lékáren). Pracoviště, která neuspějí ve výběrových řízeních, budou poskytovat zdravotní služby na ryze soukromé bázi a kraje budou moci u vlastněných subjektů případně změnit jejich právní formu (při vědomí rizika rozporu s evropskými a českými normami a důsledky z toho plynoucími) nebo s nimi jinak nakládat. Žádoucí je jejich využití pro zařízení následné péče (LDN, hospice, případně penzióny pro seniory s rozšířenou zdravotní péčí apod.), kterých je stále nedostatek. Úhradu tam poskytnuté zdravotní péče a její rozsah by projednal s příslušnou pobočkou SPVZP příslušný kraj (vlastník). Nemocnice přímo řízené Ministerstvem zdravotnictví zůstanou nadále řízena ministerstvem a budou automaticky zařazeny do páteří sítě v právní formě vyhovující právním řádům platným v ČR i z hlediska případné podpory z veřejných rozpočtů.

Kritéria pro průběh a hodnocení výběrových řízení na zařazení pracovišť do optimalizované integrované sítě stanoví Ministerstvo zdravotnictví (samostatně pro nemocnice, samostatně pro ambulance) včetně požadavků na složení výběrových komisí. Složení výběrových komisí pro působnost jednotlivých poboček SPVZP navrhne jeho centrála a po projednání s vedením příslušného kraje je schválí a jmenuje Ministerstvo zdravotnictví. Členové komise budou jmenováni na určité období a komise bude k dispozici příslušné pobočce SPVZP.

Subjekty (lékaři, vlastníci), které se dobrovolně a svobodně rozhodly pro podnikání v tomto segmentu trhu (poskytování zdravotní péče ambulantní nebo ústavní, případně následné nebo lékárenské), musí přijmout pravidla, která v tomto segmentu trhu platí. Ta stanovuje ten, kdo segment financuje (nakupuje služby pro své klienty). Je logické, že nákupčí zdravotních služeb bude obzvláště tvrdě postupovat proti všem skutečnostem, které lze považovat za korupci z veřejných prostředků např. dary a pozornosti od dodavatelů služeb (např. u léků v rámci tzv. marketingových pobídek) lékařům a subjektům a postihovat nedostatečnou kvalitu poskytované péče anebo její přerušení. Ve zvláště závažných případech zruší smlouvu s poskytovatelem.

Navrhovaná opatření v lékové politice

Náklady na léky v současnosti rostou ročně o 12 - 15 % (v průběhu 14 let vzrostly více než sedminásobně). Tento neudržitelný stav významně ovlivňuje tyto faktory:

Ministerstvo financí při stanovování maximálních cen léků, lékaři preskripcí léků a nedostatečně znalí pacienti.

Farmaceutické firmy se s úspěchem snaží ovlivňovat preskripci lékaři různými pobídkami a požadavky pacientů reklamou.

Kontrola a postihy musí být tedy zaměřeny na objemy léků předepsaných jednotlivými lékaři nebo odděleními nemocnic významněji se lišících od běžného průměru a rovněž musí být položkově kontrolováno zaúčtování tzv. marketingových pobídek u farmaceutických společností.

Stanovování konečných maximálních cen na Ministerstvu financí je zřejmě subjektivní záležitostí členů příslušné komise, protože je těžko vysvětlitelné, že některé léky jsou (při použití kursového přepočtu) i násobně levnější v jiných zemích EU než u nás. Podle judikatury Evropského soudního dvora v rámci EU existuje společný zdravotní trh. Tzn. že výrobní ceny léků (od kterých jsou odvozeny obchodní marže) jednotlivých výrobců (zprostředkované i distributorů) se nemohou výrazně lišit pro ČR a jiné státy EU. Pro objektivizaci postupu stanovení konečné maximální ceny léku by bylo možné použít např. následující mechanismus:

- průměr 3 nejnižších cen (bez obchodních marží) příslušného léku v různých zemích EU násobených kursem měn s přepočtem podle úrovně cenové a mzdové hladiny v dané zemi (v ČR je obvykle nižší než ve starých zemích EU), by určoval konečnou maximální cenu;
- změny konečných maximálních cen by bylo možné provádět pouze dvakrát (jednou ?) ročně včetně kursových dopadů;
- u léků, které již jsou na trhu ČR by nebylo přípustné zvyšovat jejich maximální prodejní cenu (pouze o kursově rozdíly). Dnešní praxí jsou zaváděcí ceny, které jsou zvyšovány po převedení určitého procenta nemocných na užívání daného preparátu. Tato praxe nebude přípustná;
- bylo by stanoveno toleranční pásmo pro jednotlivé účinné látky v lécích, v rámci kterých by nebyly přípustné úpravy cen (ani vykázaných výrobních) směrem nahoru (s výjimkou kursových změn k rozhodnému dni). Toto toleranční pásmo by kontroloval SÚKL (žádný lék nemůže být zaveden na trh ČR bez jeho prověrky) a velikost tolerančního pásma u jednotlivých účinných látek by stanovilo Ministerstvo zdravotnictví. SÚKL by údaje o obsahu účinných látek předával Ministerstvu financí

jako podklad pro stanovení maximální ceny příslušného léku a Ministerstvu zdravotnictví;

- při stanovování maximálních cen a následně výše úhrady hrazené SPVZP by měla být dáována přednost tuzemským výrobcům (jednak vyrábí převážně generika, jednak zahraniční firmy si zisky vytvořené z povinného veřejného zdravotního pojištění převádějí do mateřských zemí). Upřednostňování domácích výrobců by pravděpodobně narazilo na odpor EU, proto je třeba jej zdůvodnit náklady a nabídnutými cenami;
- u všech lékařů a ve všech lékárnách musí být k dispozici a k nahlédnutí pacientům oficiální a platný seznam léků s plnou úhradou od SPVZP.

Nekontrolované nakládání s cenou léků je neetické. Navíc je i v rozporu s rovnoprávností subjektů na stranách nabídky a poptávky. V souladu s § 2, odst. 1., písmene a, zákona 220/1991 je Česká lékárnická komora povinna dbát na vykonávání lékárnického povolání v souladu s jeho etikou. Česká lékárnická komora je tak přímo ze zákona zodpovědná za to, že cena léku bude pro pacienta vždy přehledná a přiměřená (oprávněná a vysvětlitelná výše doplatku). V současnosti je zcela běžné, že každý výrobek je na svém prodejním, či výdejním místě opatřen štítkem s cenou, případně dalšími údaji. Požadujeme, aby povinnou součástí údajů na štítku vydávaného léku byla nejen cena stanovená lékárnou, ale i maximální cena vypočtená nebo doporučená Ministerstvem financí a dále výše úhrady zdravotní pojišťovnou. Pacient tak získá plný přehled o původu doplatku v lékárně.

Lékaři by k hospodárné preskripci měli být motivováni ekonomickými nástroji. K tomu by SPVZP měl uplatnit tento postup:

- pro zainteresovanost lékaře na upřednostňování předepisování generik by za každé IČL čtvrtletně SPVZP vyhodnocoval a uplatňoval poměr předepsaná generika / nové (originální) léky. Tento poměr se ve starých zemích EU pohybuje souhrnně kolem poměru 70/30, zatímco v ČR kolem 45/55 (dle údajů farmaceutických společností v mediích). Dosažení poměru obdobného starým zemím EU by znamenalo významné úspory v nákladech (generika jsou obvykle na 30% ceny originálních léků) v řádu minimálně 3 - 4 mld. Kč;
- zhoršení poměru vypočteného podle předchozího bodu by SPVZP postihoval krácením úhrad příslušnému IČL podle progresivní křivky po např. 5% zhoršení. Za lepší výsledky by naopak příslušný IČL obdržel bonifikaci např. v podobě podílu na ušetřených financích proti stávajícímu poměru 45/55;

- snížení počtu specialistů (hlavně ambulantních) v páteřní síti podle normativů pro počet poskytovatelů hrazených z povinného veřejného zdravotního pojištění v daném teritoriu min. o cca 15 % by se projevilo poklesem vykázané zdravotní péče a poklesem nákladů na léky souhrnně rovněž v řádu stamilionů Kč;
- léky hrazené plně nebo s příspěvkem SPVZP by nesměly mít reklamu v médiích. Jakákoliv reklama by znamenala významný postih příslušného výrobce nebo dodavatele formou vyřazení léku ze seznamu léků hrazených z povinného veřejného zdravotního pojištění;
- lékaři by o nových lécích nebo o nových poznacích o lécích měli být informováni pouze pomocí písemných materiálů nebo na zvláštní internetové stránce SPVZP z důvodu snížení vlivu tzv. šedé ekonomiky. Ta značně zvyšuje výdaje na léky hrazené z povinného veřejného zdravotního pojištění. Udává se, že na tzv. marketingové pobídky pro lékaře na předepisování nových léků (reklama, semináře, školení, ale i informační setkání s pohoštěním, protislužby jako úhrady osobní spotřeby lékařů a další aktivity v jejich osobní prospěch), které se promítají do výrobní, nákupní ceny léku, vynakládají výrobci a distributoři částku 6 - 10 mld. Kč ročně (dle údajů odborného zázemí KSČM), která se jim musí pochopitelně minimálně vrátit a zajistit ještě vyšší tržby. Jde tedy v podstatě o korumpování lékařů hrazené z veřejných prostředků. Dealeři farmaceutických výrobců a distributorů by neměli mít povolen přístup do ordinací lékařů v páteřní síti (v nemocnicích, i ambulancích);
- hrazené smlouvy o ověřování (účinků nových) léků farmaceutických společností s lékaři budou přípustné pouze po souhlasu centrály SPVZP, protože lék na český trh může být připuštěn po jeho prokázaném ověření a na základě souhlasného vyjádření SÚKL;
- u každého lékaře musí být k dispozici pacientům seznam léků podle diagnóz s plnou úhradou SPVZP;
- za prokázanou korupci lékařů dealery distributorů a výrobců i formou placených protislužeb (z marketingových pobídek položky jako hrazené kongresy nebo částečně hrazené, dtto u dovolených, dary luxusního zboží apod.) budou uplatněny přísné sankce až po zrušení smlouvy o úhradě zdravotní péče SPVZP vůči příslušnému IČL a u dodavatele postupem odpovídajícím sankcím při zjištění korupce při veřejných zakázkách (např. sankcí mnohonásobně překračující zjištěnou korupční částku) to samé by bylo uplatněno u lékáren. Pro zjištění těchto porušení pravidel by bylo využito i služeb auditorů při auditu ročních účetních závěrek distributorů a výrobců léčiv (zejména jde o zaúčtování marke-

tingových pobídek) a výpočetní techniky u SPVZP při zjišťování objemu preskripce určitého léku u jednotlivých IČL (významné odchylky u určité odbornosti, případně u některých diagnóz a léků) a také u výdejů v jednotlivých lékárnách. Zdůvodnění podezřelého objemu předepsaného léku bude muset příslušný lékař doložit např. nějakými objektivními údaji potvrzenými praxí jiných;

- zpřísnit pravidla pro výkon funkce revizního lékaře SPVZP;
- zavést kontrolu předepisovaných léků u jednotlivých pacientů (zdravotní knížky, internetová evidence), zavést pozitivní listy pro klinickou léčbu.

U lékáren provést:

- přizpůsobení počtu lékáren v městech doporučenému normativu České lékařské komory ve vztahu k počtu obyvatel formou kontrol plnění všech předepsaných požadavků pro jejich provoz;
- vyhodnocení kontroly výdeje léků na recept (ochrana před falešnými předpisy nevydaných léků a výdeje jiných) při inventurách;
- občasná tvrzení lékárníků o vyřazení léku předepsaného na recept z distribuce by lékař měl mít možnost ověřit např. na internetu (viz kapitola o informačních technologiích) a při nepravdivém tvrzení informovat o problémech SPVZP anebo bez ověřování sdělit tuto skutečnost určenému místu SPVZP;
- v každé lékárně musí být k dispozici pacientům volně přístupný seznam léků s plnou úhradou SPVZP;
- výroba a příprava léčiv podle rozpisu lékaře tzv. magistraliter je zatím pro lékárny většinou málo zajímavá, přičemž taková léčiva jsou podstatně levnější než hotové léky od výrobce. Úhrada těchto léčiv se skládá ze dvou částí - nákladů na suroviny a tzv. taxy laborum, která má odrážet náklady zbylé (laboratoř, materiál, energie apod.). Tato taxa je však výrazně podhodnocena, takže příprava léčiv »magistraliter« bývá pro lékárny prodělečná. Domníváme se, že navýšení taxy laborum na odpovídající úroveň ve vztahu k obchodní marži by tento problém odstranilo a zároveň i stimulovalo lékaře k hojnějšímu využívání tohoto druhu preskripce, což by jednoznačně vedlo ke snížení výdajů za léky.

Jak již bylo uvedeno výše, v původních státech EU je objem generik k novým lékům (dle tisku) 70 : 30 a v ČR je tento poměr (opět dle tisku) 45 : 55. Tento poměr je v podstatě určován lékaři (řada z nich je pod vlivem šedé ekonomiky), a proto by SPVZP měl používat nástroje zainteresovanosti na

přednostním užívání generik. Jsou v průměru na 30% ceny léků originálních. VZP v současnosti vyhodnocuje u lékařů podle odborností rozdíl v objemu předepsaných léků proti celostátnímu průměru a postihuje překročení. Pokud by SPVZP začal vyhodnocovat u jednotlivých lékařů u jimi předepsaných léků poměr generika; nové léky ve vztahu k poměru 70 : 30 a zavedl progresivní krácení plateb při jeho zhoršení a bonusy při zlepšení, lze předpokládat významnou úsporu nákladů na léky.

Návrh ministra zdravotnictví na zavedení odstupňované degresivní obchodní marže KSČM považuje za vhodný prostředek ke snížení zainteresovanosti lékáren na výdeji (prodeji) drahých (originálních) léků. Argumentace České lékárnické komory k současnému poklesu obchodní marže jako likvidačnímu pro řádově lékáren, není zcela seriózní, protože

- dle jejího tvrzení při prvních dvou poklesech obchodní marže z 38% na 35% a pak na 32% byl pokles realizován ve druhém případě na konto distributorů a výrobců léků, což již nelze provést dnes pro vyčerpání jejich rezerv (zejména distributorů);
- ze zákona měli distributoři nárok na maximálně 12 % z obchodní marže, tedy dobrovolně snížili svůj podíl na asi 9 %. To znamená, že původní podíl lékáren na obchodní marži ve výši 26 % se po prvním snížení změnil na 23 % a po druhém snížení se nezměnil. Přitom však byly realizovány některé dodávky jen s 6% nebo dokonce jen s 2% obchodní marže (někteří tuzemští výrobci), tedy obchodní marže lékáren u těchto dodávek byla vyšší;
- existuje tedy prostor pro snižování obchodní marže nebo zavedení degresivní marže bez toho, aby se pro nejlevnější skupinu léků obchodní marže silně navyšovala;
- pokles míry zisku není argument pro narušení hospodářské soutěže (v tržním mechanismu podnikatel nebo dodavatel může změnit předmět výroby nebo prodeje, ale nemůže si vynucovat zvyšování úhrady podle svého přání).

Reklama na léky, které jsou na lékařský předpis (léky hrazené z povinného veřejného zdravotního pojištění a případně i vybrané léky nehrazené, ale pouze na předpis od lékaře) by byla nepřijatelná. Nevhodná je rovněž reklama na volně prodejné léky, která vede k neefektivnímu »samoléčení«. S tím souvisí i potřebná regulace rozšiřování skupiny volně prodejných léčiv. Protiváhou takové reklamy by měla být všeobecně dostupná osvěta zaměřená na zdravý životní styl a prevenci před drogovými závislostmi.

POROVNÁNÍ NAVRHOVANÝCH OPATŘENÍ SE SYSTÉMY ZDRAVOTNICTVÍ ZAVEDENÝMI V EU

Zdravotnictví převážně financované ze solidárního veřejného zdravotního pojištění je v EU chápáno jako nedílná součást tzv. evropského sociálního státu. Systémy zdravotnictví s veřejným pojištěním používané ve vyspělých zemích EU již desítky let, mají mechanismy (které se osvědčily a jsou velmi blízké navrhovaným systémovým změnám), zajišťující nejen jejich stabilizaci a bezproblémovou funkci, ale i vysokou kvalitu poskytované zdravotní péče a její dostupnost celému obyvatelstvu. Kvalita poskytované péče a dostupnost (obvykle bez dlouhých čekacích lhůt) je oceňována jak občany, tak je vysoce hodnocena i WHO. Zdravotnictví na bázi solidárního veřejného zdravotního pojištění je chápáno jako veřejná služba a nikoliv jako zboží nebo prostředek k neodpovídajícímu obohacení. Samosprávy regionů, zemí, provincií jsou chápány jako prodloužená ruka vlády a ne, jak je zatím zvykem v ČR, jako soupeř centrální moci. Principy solidárního systému zdravotnictví s povinným veřejným zdravotním pojištěním navrhované KSČM a s tím související navržená opatření uvedená v tomto materiálu jsou velmi blízké, někdy až shodné s principy a mechanismy systémů zdravotnictví zavedenými v EU, např. v Rakousku, Německu, Švýcarsku a dalších (viz např. podkladový materiál pro jednání expertního týmu, zřízeného ministrem zdravotnictví, zpracovaný V. Boškovou ze Sdružení na ochranu pacientů).

Základním principem těchto systémů financovaných z veřejných peněz je důraz na hospodárnost a regulaci poskytované zdravotní péče na straně nabídky (shodné se stimuly pro zvýšení efektivity zdravotnictví ze závěrečné zprávy studie OECD), tedy průběžná regulace výdajů (za zdravotní péči) na žádoucí úroveň odpovídající možnostem veřejných prostředků, nepřipuštěním překročení limitovaného počtu poskytovatelů napojených na veřejné prostředky a jejich přístrojového vybavení, včetně pečlivé a průběžné kontroly účelnosti jimi poskytované zdravotní péče a hospodárnosti při jejím poskytování. Inspiraci lze najít ve zdravotnických systémech minimálně Rakouska, Německa, Nizozemska, Švýcarska, Švédska. Uvedeného je např. v Rakousku dosahováno takto legislativně upravenou dělbou kompetencí a odpovědnosti (hlavní zásady):

- regulace sítě ordinací, lůžkových a dalších zdravotnických zařízení financovaných z veřejných prostředků je dána zákonem;

- vyhláškou ministerstva jsou stanoveny normy počtu lékařů jednotlivých odborností na počet obyvatel jednotlivých regionů u praktických lékařů a ambulantních specialistů včetně stomatologů;
- svaz zdravotních pojišťoven může mít vlastní zdravotní zařízení, které ale nesmí vytvářet nekalou konkurenci dle zákona a které mimo poskytování potřebné zdravotní péče slouží i k ověřování cen péče, využití pracovní síly v ordinacích apod. jako podklad při jednáních o smlouvách o úhradě
- svaz zdravotních pojišťoven nese ze zákona odpovědnost za zajištění zdravotní péče a za hospodárné využívání pojistného a k tomu má odpovídající kompetence;
- výběrové řízení na zařazení do sítě nemohou iniciovat lékaři, ale pouze svaz pojišťoven v předem stanovených případech (např. úmrtí, zrušení smlouvy). Zájemce o zařazení do sítě eviduje lékařská komora jako čekatele a při vyhlášeném výběrovém řízení doporučuje čekatele s nejlepšími předpoklady svazu zdravotních pojišťoven k uzavření smlouvy, přičemž uchazeči jsou vybíráni ze všech čekatelů příslušné odbornosti. To znamená, že síť se nezvětšuje, a tedy se nezvyšují náklady z titulu rostoucího počtu poskytovatelů (pojišťovny na základě svých zkušeností se naopak snaží o zmenšení normativů (snížení počtů) zejména u ambulantních specialistů);
- je striktně limitován vstup nového subjektu do sítě;
- rámcová smlouva mezi svazem zdravotních pojišťoven a lékařskou komorou stanovuje počty lékařů jednotlivých odborností pro region (v případě nedohody rozhoduje ministerstvo) a individuální smlouvu poté uzavírá (obvykle na 2 roky) svaz zdravotních pojišťoven s konkrétním uchazečem v souladu s pravidly (a počty) stanovenými rámcovou smlouvou;
- při vyjednávání smlouvy se jedná především o opodstatněnost zisku, příjmu lékaře, náklady ordinace (podklad smlouvy) dle odborností stanovují pracovníci svazu zdravotních pojišťoven;
- zákon zakazuje povolit činnost nového zájemce o poskytování zdravotní péče, pokud se nezaváže, že nebude usilovat o veřejnou zakázku (úhrady z veřejných prostředků) a vstup do sítě;
- plán počtu nemocnic v síti se vydává jako zákon na období 5 let;
- převažující právní forma nemocnic zařazených v síti je veřejná (státní, městské apod.), následuje soukromá nezisková (např. církevní) a jen ve výjimečných případech ze zvláštních důvodů je povolena i jiná;
- změna právní formy nemocnice (veřejné, neziskové) znamená obvykle vyřazení této nemocnice ze sítě.

V Německu jsou použity obdobné mechanismy (rovněž platí kontrola hospodárnosti a omezení počtu subjektů v síti financované z veřejných peněz). K hlavním pravidlům při tvorbě sítě patří, že občané nikdy nesmí přijít o veřejné nemocnice. Rakouské i německé pojišťovny mají nástroje pro vyloučení smluvního lékaře z veřejné zakázky (např. ověřují, zda se lékař průběžně školí, zda dodržuje stanovené ordinační hodiny, zda se účastní pohotovostních služeb, zda nepřerušuje provoz apod.) O plánu (síti) nemocnic rozhoduje zemský úřad po dohodě se svazem pojišťoven na období 2 nebo 5 let.

V Nizozemí pro lepší zvládnutí financování zdravotnictví spojili všechna veřejná pojištění do jediného s velmi dobrým výsledkem. Nizozemí má pro 16 mil. obyvatel pouze veřejné (8 univerzitních) a soukromé neziskové (135) nemocnice, přičemž komerční nemocnice (používající veřejné prostředky) byly zcela zákonem zakázány. O síti konkrétních nemocnic rozhoduje vláda včetně vymezení jejich činnosti a vybavení. Pojišťovny nemají kontraktační povinnost a zcela svobodně rozhodují o uzavření smlouvy o úhradě s lékařem na základě svého hodnocení potřeb a možností (existují ale i korigující mechanismy státní moci). Ambulantní specialisté (někdy i praktičtí lékaři) fungují většinou při nemocnicích nebo v nemocnicích, takže síť funguje velmi úspěšně. Podíl veřejných prostředků na celkově vydávaných na zdravotnictví (86 %) je zhruba stejný jako v ČR (83 %).

Švýcarsko (rovněž regulující poskytování zdravotní péče), které má o něco méně lékařů na počet obyvatel než ČR, dospělo k závěru, že síť ordinací a dalších zdravotních zařízení je příliš hustá a vyhlásilo zákaz otvírání nových ordinací na období 2000 - 2007 (předpokládá se snížení počtu poskytovatelů zdravotní péče z různých důvodů). Pojišťovny a kantonální úřady mají řadu nástrojů pro postih (včetně zrušení smlouvy) a povinnost trvale kontrolovat subjekty poskytující zdravotní péči (např. za zatěžování pacienta nepotřebnými nebo nesmyslnými výkony, za nehospodárnost léčby atd.). Pojišťovny rovněž musí vyhodnocovat hospodárnost a kvalitu léčby jako součást celoročních kontrol ambulantních lékařů.

Počet lékařů v ČR (cca 4 na 1000 obyvatel) patří v EU k nejvyšším, většinou se pohybuje kolem 3 lékařů na 1000 obyvatel (2,7 - 3,5).

Systémové změny navrhované KSČM v českém zdravotnictví jsou principiálně velmi blízké zdravotnickým systémům vyspělých zemí EU. To zároveň znamená, že námi navrhované změny jsou v praxi ověřené a že se lze při jejich realizaci poučit ze zkušeností výše zmíněných členských států EU.

ROZSAH POTŘEBNÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE HRAZENÉ Z POVINNÉHO VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Z povinného veřejného zdravotního pojištění je hrazeno vše, co postihuje definice potřebné zdravotní péče, tedy všechny výkony nutné pro udržení zdraví a života všeho obyvatelstva. SPVZP bude výkony pro potřebnou zdravotní péči hradit všem subjektům v páteřní síti, které je opodstatněně poskytl. Materiály a zdravotní pomůcky označené jako luxusní si pacient v případě svého zájmu bude moci připlatit, případně si je koupit. Pacient si také může zvolit hospitalizaci, provedení výkonu i mimo páteřní síť ve zdravotnickém zařízení soukromém. Pro tyto případy vydá SPVZP seznam výkonů obsahující z kalkulovanou cenu provedení výkonu hrazeného správcem (hrazený materiál, pomůcky, výkon) a v případě zájmu, uhradí pacient v páteřní síti jen rozdíl při nadstandardním provedení hotově, v případě provedení výkonu nebo hospitalizace v soukromém zdravotnictví zaplatí pacient hotově soukromému subjektu cenu výkonu nebo celé hospitalizace a SPVZP mu poté uhradí jen z kalkulovanou cenu příslušného standardního provedení v páteřní síti.

Z povinného veřejného zdravotního pojištění by měla být dále hrazena všem dětem všechna známá běžná očkování.

Z povinného veřejného zdravotního pojištění bude u komplexní lázeňské léčby hrazeno stravování systémem diet, veškeré lázeňské procedury předepsané příslušným lázeňským lékařem dle indikace navrhuujícího lékaře a potřebné lékařské prohlídky. U lázeňské léčby příspěvkové indikované lékařem, kde si pacient hradí ubytování a stravování, budou z povinného veřejného zdravotního pojištění hrazeny pouze lékařské procedury předepsané lázeňským lékařem a vstupní a výstupní lékařské kontroly.

Z povinného veřejného zdravotního pojištění budou plně hrazeny léky s výjimkou skupin (druhů) uvedených ve výnosu Ministerstva zdravotnictví vydávaném pololetně. Z povinného veřejného zdravotního pojištění nebudou hrazeny (pacienti budou hradit v plné výši) potravinové doplňky, antikoncepce, prostředky zlepšující osobní komfort pacientem vyžadované, jejichž použití nesměřuje k významnému zlepšení zdravotního stavu, podpůrné doplňky apod.

Z povinného veřejného zdravotního pojištění nebudou hrazeny jakékoliv materiály označené jako luxusní, kosmetické výkony a také postupy, které neve-

dou k podstatně lepšímu efektu léčby než ty, které hrazeny jsou. Dále by nemělo být z povinného veřejného zdravotního pojištění hrazeno přednostní ošetření z jiných než zdravotních důvodů, možnost ošetření mimo ordinanční hodiny s výjimkou akutních stavů, vyšetření na žádost pacienta neindikované lékařem a všechny výkony, které nemají zdravotní indikaci. Hrazeny rovněž nebudou podmínky, pomůcky a výkony neuvedené v seznamech SPVZP (označené jako nadstandard). Rovněž z povinného veřejného zdravotního pojištění nebudou hrazeny (v podstatě propagační) akce typu reklama na pojistné, časopisy pro pojištěnce, cestovní zdravotní pojištění, vstupné do bazénu, fitness center apod. a tzv. preventivní pobyty u moře. Hrazena nebudou ani umělá ukončení těhotenství bez zdravotní indikace.

Dále by neměly být hrazeny luxusní podmínky a materiály, jako například nadstandardní úprava nemocničního pokoje (případně čekáren apod.), elektronika na pokoji (snad vyjma televize a rozhlasu), jídelníček na přání, atd. a veškeré záležitosti s označením »nadstandard«. Z povinného veřejného zdravotního pojištění by neměly být rovněž hrazeny prostředky sloužící koníčkům, zábavě, atd., sportovní záležitosti preventivního charakteru, očkování před cestami do zahraničí, léky preventivně vydávané na cestování, ale ani jakákoliv antikoncepce s výjimkou zdravotní indikace (viz výše).

Úhrada poskytnutá SPVZP příslušnému poskytovateli zdravotní péče v páteřní síti v sobě zahrnuje i alikvotní část vztaženou k jednotce množství (body zdravotního výkonu) za úhradu nákladů na podmínky nutné pro výkon zdravotní péče tj. úhradu práce zdravotního personálu při výkonu, potřebných energií, potřebného zdravotního materiálu, potřebného servisu a služeb, ale nezahrnuje v sobě příslušné DPH. Splátky úvěrů, za pořízené přístrojové vybavení povolené SPVZP, mají být hrazeny z příjmů subjektu (případně jiných zdrojů), ale nejsou zvláštní položkou zahrnutou do úhrady od SPVZP.

Tzv. »nadstandard« placený pacientem (neplacený SPVZP ani příspěvkem) nesmí v sobě zahrnovat žádné povinnosti lékaře stanovené zákonem pro poskytování zdravotní péče jakýmkoliv oprávněným subjektem nebo hrazené SPVZP v rámci potřebné zdravotní péče, tedy např. možnost kdykoliv se dotázat telefonicky ošetřujícího lékaře na zdravotní problém (např. v rámci kapitační platby je tato povinnost 24 hod. denně) nebo příjemné provedení čekáren, povinný rozsah hygienického vybavení, ale mohla by zahrnovat např. obslužení pacienta na objednaný čas nebo podání občerstvení. Pokud by lékař za povinné náležitosti a záležitosti vyžadoval platbu od pacientka, byl by SPVZP po zjištění takového jednání sankcionován. Poskytování tzv. »nadstandardu« u jednotlivých

poskytovatelů péče se výrazně liší a v páteční síti by mělo být jednotně stanoveno minimum pro nárok na platbu za toto označení, zvláště pro nemocnice a zvláště pro ambulance.

Pro použití pojmu »nadstandard« z hlediska potřebné zdravotní péče musí nabízená (pacientem plně placená) služba tedy splňovat požadavky vycházející z pravidel stanovených a vydaných SPVZP (co nesmí být předmětem nadstandardu) pro jednotlivé druhy a odbornosti zdravotní péče. Současně by byly stanoveny i varianty úhrady »nadstandardu« v páteční síti (např. jednorázová, paušál na měsíc, rok, atd.) pro jednotlivé typy zdravotnických zařízení. Při ústavní léčbě označení »nadstandard« musí současně obsahovat minimálně jednolůžkový pokoj, samostatné sociální zařízení včetně sprchy, televizi a rozhlas na pokoji, přípojku na internet, psací stůl a dále např. konferenční stůl a 2 křesílka apod. Poplatek za »nadstandard« by platil pacient přímo příslušnému poskytovateli v hotovosti.

Zatím platná spoluúčast pacientů u léků nebude zvyšována a bude přehodnocena (směrem dolů) po ročním vyhodnocení ekonomiky navržených systémových změn v této konkretizaci přístupu KSČM ke zdravotnictví. Spoluúčast pacientů ve stomatologii bude přehodnocena směrem dolů v souvislosti s novelizací seznamu stomatologických výkonů.

Legislativní změnou (po analýze nákladů a rezerv v systému) by měla být realizována tzv. sociální klauzule navrhovaná Koordináčním výborem organizací důchodců a zdravotně postižených a předaná Ministerstvu zdravotnictví. Tato klauzule má osvobodit rizikové seniory a zdravotně postižené od narůstajících doplatků za léčiva, prostředky zdravotnické techniky i od jakékoli jiné finanční spoluúčasti při potřebné zdravotní péči.

Z povinného veřejného zdravotního pojištění bude rovněž hrazena LSPP a RZS včetně letecké záchranné služby (při splnění podmínek výše uvedených). Při zneužití služeb LSPP, RZS atd. by náklady hradil pacient. Stanoviště LSPP, RZS včetně letecké záchranné služby by měla být rozmístěna tak, aby zajišťovala dostupnost pro libovolný případ do 30 min. po oznámení potřeby (tedy i možnost detašovaných stanovišť).

Z povinného veřejného zdravotního pojištění budou v zařízeních následné péče, Home care a v gerontopsychiatrických ústavech hrazeny výkony potřebné zdravotní péče, ale ubytovací, stravovací a další služby budou hrazeny z prostředků sociálního zabezpečení případně z příplatků rodinných příslušníků.

PRINCIPY ŘEŠENÍ NAVRHOVANÝCH DOPLŇKOVÝCH ZMĚN

Kvalita zdravotní péče

Kvalita zdravotní péče by měla být zajištěna ve stejné úrovni a rovnoměrně na celém území státu.

Pro zajištění kvality zdravotní péče je nutné provést akreditace jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče, a to jak nemocnic, tak ambulancí nebo lékáren. Ministerstvo zdravotnictví zpracuje a vyhlásí kritéria pro udělení akreditace minimálně ve dvou úrovních (lépe ve více). Nemocnice ucházející se o první úroveň akreditace musí též splnit normy ISO pro kvalitu řízení (včetně systému vnitřní kontroly). SPVZP by uzavřel smlouvu o úhradě zdravotní péče pouze se subjekty, která budou mít akreditaci (podmínka pro účast ve výběrových řízeních a pro zařazení subjektu do páteční sítě). Pro akreditaci subjektů pro páteční síť (např. na okres nebo 100 000 obyvatel) by měly být stanoveny minimální normy přístrojového vybavení (včetně jeho certifikace), odbornosti s akutními lůžky, odbornosti ambulancí, personální vybavení apod., včetně umístění (dosahu) stanic rychlé záchranné služby. Úroveň akreditace bude každé zdravotní zařízení povinně zveřejnit a ve stanovených obdobích obhájit.

Z hlediska kvality zdravotní péče to znamená, že musí být u poskytovatele zdravotní péče prezentováno (informace pro pacienty) jaké je u něho k dispozici přístrojové, personální a věcné vybavení vyžadované pro udělení akreditace příslušné úrovně. Rovněž tak musí v rámci prezentace zdravotního zařízení být uvedeny i souhrnné výsledky poskytnuté zdravotní péče v daném období ve struktuře stanovené Ministerstvem zdravotnictví po konzultaci s příslušnou profesní komorou.

U zdravotnických lůžkových zařízení, která neuspějí ve výběrových řízeních na poskytování akutní péče a zařazení do páteční sítě, bude podporována jejich přeměna (reprofilizace) na zdravotnická zařízení následné péče, ale i pro výkon této činnosti musí příslušný subjekt projít akreditačním řízením a splňovat požadovaná kritéria pro poskytování kvalitní následné péče. U ambulantních ordinací budou lékaři, kteří neuspějí ve výběrových řízeních, zařazení do evidence zájemců o zařazení do páteční sítě pro další výběrová řízení a nebude jim bráněno ve výkonu zdravotní péče na čistě soukromé bázi (pouze z plateb pacientů).

Pro kvalitní zvládnutí náročných diagnóz by měla být vytvořena příslušná odborná centra s celorepublikovou působností investičně podporovaná Ministerstvem zdravotnictví.

Pro dodržování kvalitativních hledisek při poskytování potřebné zdravotní péče musí být jednak vytvořen monitoring kvality na všech úrovních (od ministerstva po sledování u poskytovatele) a jednak vytvořena konzultační místa minimálně v úrovni kraje v jednotlivých odbornostech.

K objektivizaci kvality poskytované péče je třeba využívat a vyhodnocovat pitevní nálezy k hodnocení adekvátnosti předcházející zdravotní péče při pravidelných krajských klinických seminářích.

Ze zkušeností poskytovatelů zdravotní péče v současné době vyplývá, že neexistence krajských zdravotních správ (existují pouze zdravotní radové kompetenčně nedostatečně vybavení) se dnes jeví jako vážný nedostatek a měly by být obnoveny s podstatnými pravomocemi zejména v oblasti kontroly a řízení kvality i hospodárnosti poskytované potřebné zdravotní péče (viz zkušenosti v EU). Krajské zdravotní správy by měly především zabezpečovat:

- sledování kvality poskytované zdravotní péče jednotlivými poskytovateli v rámci své působnosti;
- sledování účelnosti poskytnuté potřebné zdravotní péče jednotlivými poskytovateli;
- jmenovat regionální odborníky zvláště pro každý obor v jednotlivých odbornostech;
- jmenovat regionální komise účelné farmakoterapie jako kontrolní a konzultační orgán spolupracující s příslušnou pobočkou SPVZP;
- z hlediska kontrolní činnosti by měly mít k dispozici i ekonomy a právníky;
- koordinovat spolupráci nemocnic v páteřní síti s obvodními lékaři a ambulantními specialisty, kteří jsou dnes v podstatě bez odborného vedení;
- kontrolu dodržování léčebných standardů a postupů definovaných odbornými společnostmi;
- řešit stížnosti pacientů včetně jmenování vyšetřovacích komisí;
- kontrolu hygieny, bezpečnosti práce, technického vybavení (typ i funkčnost);
- personální vybavení oblasti - minimální počty pracovníků každé odbornosti, dodržení normativů počtů, vzdělávání, pracovní přetíženost apod.;
- podíl na tvorbě a funkci páteřní sítě zdravotnických zařízení ve své působnosti;
- koordinaci činnosti zdravotnických zařízení v rámci páteřní sítě včetně zajišťování funkce IZS;
- dosažitelnost lékařské pohotovosti v rámci své působnosti.

Kriteria pro funkční strukturu a její obsazení by stanovilo Ministerstvo zdravotnictví. Personální obsazení vedoucích míst krajských zdravotních správ by jmenovalo (schvalovalo) podle návrhu kraje Ministerstvo zdravotnictví. Zaměstnanci Krajské zdravotní správy by byli zaměstnanci kraje.

Kvalita zdravotní péče je dána i vytížeností pracovníků. Dlouhodobé přetěžování zaměstnanců zdravotnických zařízení nedostatečnou personální vybaveností nebo špatnou personální organizací by mělo být považováno za rizikový faktor odůvodňující odebrání akreditačního osvědčení, případně vyvození závěrů vůči zdravotnickému zařízení. Odebrání akreditace by současně znamenalo ukončení zařazení tohoto zdravotnického zařízení v páteřní síti.

Krajské komise účelné farmakoterapie

Pro zkvalitnění poskytované zdravotní péče a optimalizaci lékových nákladů se jako účelná rovněž jeví obnova činnosti bývalých komisí účelné farmakoterapie, které by měly zajišťovat kontrolní a konzultační činnost. Měly by provádět klinické audity s kontrolou hospodaření s léčivy (ve spolupráci s příslušnou pobočkou SPVZP), tedy hodnotit preskripci, její účelnost a hospodárnost i práci jednotlivých lékařů a subjektů. Zároveň by však bylo vhodné, kdyby kromě kontroly a tím i regulace farmakoterapie, byly schopny poskytovat i konzultační službu a pomoci tak nerepresivní formou podporovat účelnou farmakoterapii. Mezi takové konzultace by měla být zařazena například pravidelná informace o výskytu nozokomiálních nákaz, rezistenci mikrobů daného regionu na některé z antibiotik a doporučení náhradní volby, vedení kompletní databáze informací o aktuálních cenách léčiv, pořádání bezplatných seminářů k novým farmakologickým postupům u častých onemocnění, shrnutí nejčastějších preskripčních zlovyků lékařů v daném regionu apod.

Z těchto důvodů by bylo nutné, aby komise byla složena z odborníků jednotlivých lékařských oborů včetně odborníka pro praktické lékařství. Členem by mohl být i revizní lékař příslušné pobočky SPVZP.

Vzdělávání zdravotníků

Zdravotnictví v ČR je dnes minimálně na velmi dobré evropské úrovni. Pro další zlepšování tohoto stavu je rozhodující úroveň přístrojového vybavení i kvalifikace a zkušenosti lékařského a ošetřujícího personálu. K tomu je třeba zajistit povinné průběžné doškolování, postgraduální studium a stáže

tak, aby znalosti a dovednosti zdravotnických týmů byly na úrovni v té době známých poznatků. Povinnost postgraduálního vzdělávání, či průběžného doškolování by však neměla být nesena jen zaměstnancem. Systém musí být nastaven tak, aby bylo v zájmu zaměstnavatele vytvořit k tomu podmínky časové i finanční. Povinnost zaměstnavatele by spočívala v povinnosti vyslat zaměstnance na doškolovací kurzy, semináře, či stážové pobyty za určitých vzájemně dohodnutých podmínek. Povinnost průběžného vzdělávání by se týkala i osob samostatně výdělečně činných. Plnění těchto povinností musí být legislativně ošetřena včetně následných sankcí při jejich neplnění. Méně kvalifikovaný personál je mzdově levnější a záměrné nevzdělávání zaměstnanců má potom charakter neoprávněného obohacování. Zdravotnická povolání vyžadují průběžné vzdělávání, a to by tudíž mělo být považováno za nedílnou součást zaměstnání. Náklady spojené se vzděláváním zdravotníků by měly nést obě strany - zaměstnanec i zaměstnavatel. Důvodem je finanční náročnost vzdělávání, která by v případě plné úhrady zaměstnancem zbavovala zdravotníka ochoty pracovat ve zdravotnictví. Problematika SZP spočívá i v tom, že rozdíl finančního ohodnocení pracovníka bez doplněného vzdělání a s ním je podobný jako finanční částka vynakládaná na vzdělávání. Zdravotníci - samoplátcí by tedy neměli žádný důvod vzdělávání podstupovat. V případě povinnosti vzdělávání by opustili zaměstnání a odcházeli do jiných profesí. Placení vzdělávání zaměstnancem by tedy zcela jednoznačně vedlo ke snížení kvality péče o pacienta. Ve zdravotnictví by potom převažovali méně kvalifikovaní pracovníci. U lékařů je atestační příprava nejen finančně náročná, ale v řadě případů stojí zcela za hranicí finančních možností většiny z nich. Připustit možnost plného hrazení nákladů spojených se vzděláváním zaměstnavatelem je tedy opodstatněné.

Určitým řešením je možnost dotace na vzdělávání zdravotníků krajskou samosprávou, která v rámci starosti o veřejné služby má mít zájem na co nejvyšší úrovni péče ve zdravotnických zařízeních regionu. Již dnes existují dotace úřadů práce na první zaměstnání. Za náklady na vzdělání je nutno považovat jen to, co nesouvisí s vlastní prací lékaře. Plat není určen jako náklad na vzdělání. Lékař pracující v předatestační praxi vykonává plnohodnotnou práci, kterou zdravotnickému zařízení proplácí SPVZP formou plateb za ošetřené pacienty. Mzdové náklady lékaře by ale neměly být započítávány do nákladů na vzdělání, protože by to znamenalo zdvojení příjmu za jednu činnost. Poplatky za pracovní pobyt v rámci tzv. »kolečka« vyžadované často jiným zdravotnickým zařízením od zaměstnavatele školeného lékaře mají charakter neoprávněného obohacování. Lékař vykonávající pracovní činnost v jiné nemocnici je pro ni ziskový, protože si tato nemocnice

u SPVZP, účtuje péči za jím ošetřené pacienty, přičemž školený lékař je placen svým zaměstnavatelem. Další platba je tedy neoprávněná. Oprávněným poplatkem je pouze kursové za činnost, kterou školicí zdravotnické zařízení muselo pro školeného lékaře vykonat nad rámec pracovního procesu. Časově náročné vzdělávání na úkor osobního volna je přípustné jen po velmi krátkou dobu, případně je nutno jej nějakým způsobem zaplatit nebo nahradit.

Jakékoliv vzdělávání musí prokazatelně zvyšovat úroveň péče o pacienta. Současné vzdělávání, zejména SZP, je koncipováno tak, aby se vybralo kursové ve prospěch školitele, který následně přednese redundantní informace. Poučovat zkušené sestry po dvaceti letech praxe o tom, co školitel zná spíše teoreticky z nějaké příručky a ještě si za to nechat povinně zaplatit, je ostudné. Rovněž nesmyslné je teoretizování za účelem rádoby »zvědečtění« práce SZP, která je ve skutečnosti daleko více závislá na praktických zkušenostech. Některé obory SZP (například ergoterapie) žádné kurzy ani vzdělávání nemají (k březnu 2006), a tudíž se tito pracovníci musí účastnit povinně kursů, které se jejich oboru netýkají, aby získali oprávnění pro svůj obor. Tento stav lze označit i jako otevřenou formu opovrhování pracovníky ve zdravotnictví. Cíl vzdělávání SZP je navýšení odbornosti ve prospěch lepší péče o pacienta, to se však dá říct jen o části kursů. Poplatek za ostatní, s předmětnou péčí o pacienta nesouvisející kurzy, je jednoznačně neoprávněným obohacováním, protože byly vybrány peníze za něco, co nebylo splněno.

Výše popsaný návrh vzdělávání zdravotníků je nutno chápat jako návrh řešení současné situace. Z logiky věci vyplývá, že vzdělávání zdravotníků na všech úrovních (lékaři, SZP, technici, biochemici a další) musí být finančně částečně zahrnuto do celkových nákladů zdravotnictví. Zkvalitňování odborných znalostí zdravotníků je nutný předpoklad (prostředek) péče o pacienta stejně jako léky, technické vybavení, nemovitosti, spotřební materiál, elektronika, nebo software. Pokud by náklady vzdělávání nesl pouze zaměstnanec, potom by počet zdravotníků pravděpodobně prudce klesnul. Tato tendence je v poslední době patrná v západních zemích, kde to již pacienti začínají negativně pociťovat. Vyžadovat hrazení nákladů na vzdělávání pouze po zaměstnavateli by bylo rovněž nesmyslné, pokud by neměl záruku návratnosti tohoto vkladu. Při zvyšující se migraci obyvatelstva, zejména v mladší věkové kategorii, je ztráta zaměstnance běžnou záležitostí. Je tedy žádoucí zvážit příspěvek z prostředků přidělených resortu zdravotnictví, nějakou formou k financování vzdělávání zdravotníků, obdobně jiným nadstavbovým studiím např. v resortu školství. KSČM bude po analýze problému vyvíjet snahu na vytvoření návrhu částečného financování vzdělávání zdravotníků z prostředků Ministerstva zdravotnictví.

Výzkum, vývoj, ověřování

Současný rychlý rozvoj lékařských poznatků, zdokonalování a vývoj nových přístrojů pro potřeby medicíny, vývoj nových léčebných postupů, využití robotizace v medicíně a vývoj účinnějších nových léků ve světové medicíně, vyžaduje i odpovídající reakci na národní úrovni. KSČM bude proto podporovat zapojení českých špičkových kapacit (výzkumných i realizačních) do projektů mezinárodního medicínského výzkumu a vývoje, přednostně projektů EU, a podporovat vybudování mezinárodních specializovaných výzkumných a vývojových center na území ČR. V návaznosti by takto získané poznatky měly být průběžně přenášeny do běžné zdravotnické praxe. Náklady spojené s výzkumem, vývojem, ověřováním a implementací by měly být hrazeny z více kapitol státního rozpočtu, ale ne z povinného veřejného zdravotního pojištění.

PRINCIPY ŘEŠENÍ DALŠÍCH OBLASTÍ ZDRAVOTNICTVÍ

Seznam výkonů

Vzhledem k převažující nabídce nad potřebou je současný bodový systém zneužíván (pozornost přednostně směřována) k »honbě za body« (k vyšší příjmů) místo orientace na kvalitu práce. (Soukromník obvykle přemýšlí, co vše může vykázat, na rozdíl od zaměstnance, který obvykle nevykáže ani to, co udělal - viz databáze zdravotních pojišťoven). Stávající Seznam výkonů (ceník) jako princip finančního ohodnocení poskytnuté zdravotní služby je v současnosti vzhledem ke své variabilitě popisu rozsahu výkonů vhodný, i když vyžadující novelizaci, a zatím asi nejlepší způsob. Systémy ohodnocující souhrnně větší skupinu výkonů poskytnuté zdravotní péče např. DRG se zatím při praktickém odzkoušování příliš neosvědčily vzhledem k problémům, jak přesně ohodnotit v konkrétním případě nejen rozsah poskytnuté péče, ale všechny potřebné výkony, a vyžadují ještě asi dost času na dopracování. Rovněž tak změna na ceník výkonů by komplikovala situaci např. při změnách cen o inflační nárůsty apod. (u bodového systému se změní jen hodnota bodu).

Novelizaci Seznamu výkonů v jednotlivých kapitolách by měla provést pracovní skupina složená ze zástupců nejen špičkových pracovišť, ale především z odborníků z běžné praxe a příslušných revizních lékařů (budoucího jediného) SPVZP. Seznam výkonů (ceník) by měl být aktualizován v pravidelných intervalech (např. 2-3 roky).

Cena hodiny práce lékaře v novelizovaném Seznamu výkonů by se měla pohybovat na základě dále uvedené úvahy ve výši cca 300-330 Kč. Předpokládáme-li průměrný plat lékaře jako cca dvaapůlnásobek (dnes udáván jako cca dvojnásobek) průměrného platu v ČR (dle odhadů ČSSD z 6/2005 cca 18 400 Kč pro rok 2005) a cca 19 000 Kč pro rok 2006), tak:

$2,5 \times 19\,000 = 47\,500$, tak při 7 hod. práci denně (včetně administrativní) je průměrná cena 1 hod. cca 310 Kč.

Poznámka : Tento předpoklad zde ponecháváme s vědomím nové výše průměrné mzdy (19 030 Kč) zveřejněné Českým statistickým úřadem začátkem března r. 2006. Vynechají-li se totiž z výpočtu průměrné mzdy údaje za Prahu, pak se průměrná hodnota zbytku republiky pohybuje pod 18 000 Kč.

Pro klinická zařízení, dnes financovaná zdravotními pojišťovnami obvykle na základě paušálů vypočtených z objemů referenčních období, by výše uvedený princip a propočet měl být uplatněn asi jen v jejich ambulancích. Pro klinickou část se z finančního hlediska propočet paušálů jeví, do doby dopracování jiných metod např. již zmiňované DRG, jako vhodnější. Z dat zdravotních pojišťoven lze dovést, že vykazování výkonů je věnována v řadě nemocnic malá pozornost (např. rozsah a frekvence vykázaných kódů výkonů ve vztahu k počtu pacientů, diagnóze a délce hospitalizace jsou někdy podhodnoceny a zjednodušeny vůči jiné nemocnici vykazující obdobnou léčbu), což v následujícím období negativně ovlivňuje výši paušálu. To vyžaduje zvýšenou pozornost (průběžnou kontrolu) nejen managementu příslušných subjektů, ale i kontrolních orgánů zřizovatelů nebo vlastníků. (Vykazování provádí často SZP podle pokynů příslušného lékaře, aby se lékař mohl věnovat léčení). Jiné návrhy na změnu systému plateb se zatím v praxi neosvědčily.

Mzdové záležitosti

Při stanovování mezd zdravotníků je nutné zvažovat vedle hledisek souvisejících s kvalifikací a praxí i hlediska práv vlastníků. Protože vlastník organizace (ať již příspěvkové - zřizovatel, nebo obchodní - akcionář či společník) odpovídá za její výsledky a existenci, tak jedině on má právo rozhodovat o počtu zaměstnanců, požadované kvalifikaci a jejich mzdách (schvaluje nebo neschvaluje důležité, zásadní návrhy předložené managementem). Z toho plyne, že u nemocnic ve vlastnictví krajů rozhoduje o počtu zaměstnanců, způsobu, principu, podmínkách a výši mzdy pouze kraj (zastupitelstvo kraje) a ministerstvo nemá kompetenci v této záležitosti něco nařizovat. Kraj (zastupitelstvo) nese zároveň odpovědnost (se všemi důsledky z toho

plynucími) za to, že příjmy příslušné nemocnice, které obdrží za své výkony podle platných pravidel, jsou dostačující na pokrytí všech nákladových položek (tedy i osobních nákladů). Současně platí, že u příspěvkové organizace je zřizovatel ze zákona povinen vyrovnat rozdíl v bilanci a obchodní organizaci ze zákona (včetně norem EU) nemůže být poskytnuta dotace z veřejných prostředků. Zdravotnické odbory (případně profesní komory, pokud by je chtěly podpořit) musí jednat tedy s kraji a ne s ministerstvem. Ministerstvo zdravotnictví má tuto pravomoc pouze u přímo řízených (obvykle fakultních) nemocnic a ústavů. To znamená, že v jednotlivých krajích se mohou mzdové výdělky u stejných profesí lišit. Již dnes existují výrazné rozdíly mezi platy u nemocnic řízených ministerstvem nebo příspěvkových organizací a nemocnic jako obchodních společností. Management obchodních společností si obvykle významně polepšil a lékaři a SZP si obvykle pohoršili oproti předchozímu stavu.

Vnitřní mzdové předpisy jednotlivých organizací by měly vycházet z doporučené (mělo by vydat Ministerstvo zdravotnictví) hierarchie odstupňování mezd podle náročnosti vykonávaných výkonů (viz dále). V současném systému, který umožňuje aby lékař současně pracoval jak v nemocnici, tak ve své soukromé (privátní) ordinaci, jsou zájmy lékaře v rolích jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče, v podstatě protichůdné, tedy jedná se o střet zájmů, což ovlivňuje jeho výkonnost a tedy jeho mzdové ohodnocení. Musí tedy platit zákaz paralelního výkonu pro lékaře, pracující v nemocnicích zařazených v páteřní síti, aby současně nemohli pracovat jako soukromí poskytovatelé zdravotní péče nebo u soukromého poskytovatele zdravotní péče nebo v jakémkoliv jiné nemocnici ať již zařazené v páteřní síti či nikoliv (má to vliv na objem tržeb nemocnice a tedy i na možnosti v osobních nákladech). Výjimkou z tohoto zákazu by byla možnost tzv. klinických dní (max. jeden týdně) u ambulantních specialistů podle doporučení odborných společností. Z povinného veřejného zdravotního pojištění může být placen pouze lékař mající 100% úvazek v nemocnici v páteřní síti anebo lékař pracující 100% pouze jako soukromý poskytovatel zdravotní péče rovněž zařazený v páteřní síti. V tomto případě budou lékaři hrazeny z veřejného zdravotního pojištění i tzv. klinické dny. To znamená, že nemocnice v páteřní síti nesmí zaměstnávat lékaře poskytujícího zdravotní péči i mimo nemocnici (v případě klinického dne se nebude jednat o zaměstnanecký poměr).

Pro soukromé poskytovatele zdravotní péče nezařazené v optimalizované integrované (páteřní) síti by mělo platit, že jejich osobní náklady by měly vycházet z možností jejich příjmů, které jsou dány platbami především těch sub-

jektů, které (kteří) si jejich péči vyžadují - tedy platbami převážně mimo rámec povinného veřejného zdravotního pojištění. (Již dnes existují poskytovatelé zdravotní péče, kteří nemají smlouvu o úhradě s žádnou zdravotní pojišťovnou, nefakturují žádné výkony zdravotním pojišťovnám a výkony jim hradí pacienti hotově v plné výši). Výjimkou je poskytnutí akutní péče, kterou SPVZP uhradí ve výši svých kalkulací.

Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s profesními komorami, odbornými společnostmi a odborovými organizacemi by mělo vydat doporučující seznam náročnosti jednotlivých druhů lékařských výkonů (mzdy náročnějších oborů se musí lišit od mezd v oborech méně náročných) pro potřebu krajů, jako vlastníků zdravotních zařízení, při stanovování mzdových náležitostí zdravotníků v jejich působnosti (dtto by platilo i pro nemocnice v pravomoci ministerstva). Odpovědnost za stanovení potřebných kritérií by neslo ministerstvo, které by je poté ve spolupráci s výše uvedenými partnery (profesní komorou) objektivizovalo. Vlastník zdravotního zařízení by měl následně vydat vlastní vnitřní mzdový předpis s přihlédnutím k doporučení ministerstva a obecně platným předpisům (má smluvní volnost podle náročnosti práce, délky praxe, požadovaných dovedností, zvyšování kvalifikace, atd.) pro nemocnice zařazené v páteřní síti. Vlastník je oprávněn stanovit cenu jakékoliv práce podle svých možností a úvahy. Mzdový předpis by měl postihovat i zainteresovanost zdravotníků jak na kvalitě odvedené práce, tak na úsporných opatřeních v systému (např. normativ 70/30) a ekonomických výsledcích.

V argumentaci profesních komor a odborových svazů při jednáních o výši mezd zdravotníků (obvykle lékařů, o oprávněnosti výše jejich příjmů, tržeb) se používá srovnání s platy obdobných profesí ve starých zemích EU. Srovnávání absolutních částek však není seriózní, protože se současně nebere v úvahu řada dalších vlivů (např. průměrné životní náklady, průměrné platy jednotlivých skupin obyvatelstva, regulace veřejných prostředků pro systém zdravotnictví v dané zemi, celková výše státního dluhu, počet lékařů na 100 000 obyvatel dané odbornosti, objem poskytnuté zdravotní péče a počet pacientů na 1 poskytovatele, výdaje na léky z veřejných peněz, úroveň solidarity v rámci veřejného zdravotního pojištění, úroveň komercializace zdravotnictví apod.).

Při současné úrovni znalostí dat, které jsou k dispozici, se nelze odpovědně vyjádřit k možnostem řešení problému přesčasové práce hlavně lékařů v nemocnicích ve vazbě na jejich mzdy, protože je nutné analyzovat jak náklady, tak dopady případných změn. Analýza bude provedena po seznámení se s příslušnými podklady.

Závodní zdravotní péče

Závodní zdravotní péče je současnou legislativou poměrně dobře řešena. KSČM bude dbát o její zachování a rozvíjení.

Informační technologie

V omezení plýtvání finančními prostředky ve zdravotnictví (stimul doporučený závěrečnou zprávou studie OECD) mohou informační technologie sehrát významnou roli. V současné době existuje mnoho dodavatelů softwaru jak medicínského, tak ekonomického, lékárenského, pro zakázky údržby i další pomocné záležitosti využívané ve zdravotnictví. Sjednocení je pouze interface pro předávání dat o poskytnutých zdravotních službách, výkonech (pro úhrady) do zdravotních pojišťoven a pro zdravotnickou statistiku. Pro zjednodušení (zlevnění celého systému) nejen zpracování dat o poskytnuté potřebné zdravotní péči u SPVZP by bylo sice ideální provozovat v páteřní síti jednotné softwarové vybavení (pro medicínské záležitosti a vzájemnou komunikaci o pacientech mezi lékaři), ale přechod na jeden systém by asi byl nákladný. Ministerstvo zdravotnictví by však mělo přesto zpracovat analýzu nákladnosti provozování současného stavu a náklady na teoretické sjednocení software v páteřní síti, jako podklad pro jeho rozhodování. V případě sjednocení by pak vybraný dodavatel nejen zajistil jednotné vybavení všech nemocnic v páteřní síti příslušným software, ale současně by zajišťoval i jednotnou supervizi, jednotný servis, jednotné odsouhlasené změny software (což nebrání tomu, aby dodavatel individuálně podle požadavků, objednávek jednotlivých subjektů prováděl úpravy navíc), což by provozní náklady informačního systému jako celku významně snížilo. Jednotnost je nákladově levnější než rozmanitost. Vzhledem k současnému stavu by Ministerstvo zdravotnictví mělo alespoň nabídnout jednotlivým subjektům (nemocnicím) typovou smlouvu na pořízení a servis softwaru, protože dodavatelé softwaru zneužívají malé znalosti počítačového práva i principů účetnictví pro výpočet cen supervize a servisu ve zdravotnických subjektech a poskytované služby předražují. Z praxe je známo, že znalostí počítačového práva a kritickým přístupem k dodavateli používaným postupům (např. neodůvodněné výměny částí základního software znamenající poté nutnost výměny hardware, nebo propočty servisních poplatků, které bývají v rozporu s předpisy účetnictví) lze ušetřit v této oblasti až 20-30 % nákladů za nakupované servisní služby softwaru. Variantou k současnému stavu by mělo být alespoň stanovení postupu (asi jen ve formě doporučení) výpočtu cen supervize a servisu, informace o dodavatelích vhodného softwaru a jeho cenách a s tím souvisejícími požadavky na hardware (tedy informace o nákladech jednotlivých variant) V případě orga-

nizačního propojení zdravotnických zařízení je sjednocení softwaru nutné. (ODS však o nákladech na sjednocení softwaru neuvažuje ani ve svých plánech vytvářet jeden právní celek z více nemocnic).

Pro omezení možností šedé ekonomiky ve zdravotnictví, zejména možnosti dealerů osobně nabízet lékařům a dalším zdravotníkům protislužby v rámci tzv. marketingových pobídek, by bylo vhodné na internetu vytvořit portál pro léky (případně i další zdravotnické materiály) hrazené z povinného veřejného zdravotního pojištění, kde by lékaři mohli zjistit veškeré informace o veškerých lécích na českém trhu včetně dodavatelů, cen, použitelnosti, zkušenosti jiných lékařů s jejich použitím atd. Portál by měl obsluhovat SÚKL, jakožto kompetentní organizace pro povolení uvedení léku na český trh. SPVZP by k tomu dodával údaje o degresivní obchodní marži, ceně hrazené z povinného veřejného zdravotního pojištění a případné doporučené spoluúčasti, doplatku (vzhledem k výrobním a maximálním cenám léku) pacientů. Přes tento portál by bylo možné zároveň provádět i případnou objednávku léků lékaři v případě potřeby. Obecně by mělo platit, že informování lékařů o nových lécích bude prováděno především pomocí písemných informačních materiálů a tohoto portálu. (Tím se omezí možnost korumpování lékařů z veřejných prostředků dealery - zaměstnanci farmaceutických společností, výrobců a distributorů). Dealeři - reprezentanti farmaceutických společností by měli volný přístup jen do soukromého zdravotnictví. Pro zamezení možnosti zneužití informací na tomto portále nepovolenými osobami, by přístup k portálu byl omezen jen na v něm vedené partnerské adresy s ochranou přístupu. Partnerské adresy (IČL) by zadával (nebo rušil) SPVZP podle jím uzavřených (nebo zrušených) smluv o úhradě a seznamu lékařů k smlouvám přiloženým. Heslo pro přístup by si zadal příslušný lékař samostatně (správce by zadával pouze přístupové heslo pro první připojení).

Systém elektronických zdravotních knížek by měl být využíván všemi lékaři za předpokladu, že budou mít všichni připojení na internet (cílový stav). Udávané náklady VZP na provozování IZIP jsou ve srovnání s jinými portály značně vysoké, zřejmě neoprávněné a vyžadují analýzu příčin a redukci na rozumnou odpovídající úroveň. (Nynější platba se jeví jako za každou položku, přičemž by měl být programátorsky i provozně velmi jednoduchý. Vystavené recepty a provedené výkony na pacienta musí být z důvodu úhrady za provedenou zdravotní péči evidovány v databázích zdravotních pojišťoven. Vytvoření jediného SPVZP by tedy situaci dále zjednodušilo). Stávající verze IZIP vyžaduje novelizaci, protože zadávání dat pro IZIP je současně zbytečně prováděno (větší část) paralelně lékařem k úhradě pojišťovně a lékárnou za vydané léky.

V případě neúměrných finančních požadavků stávajících autorů by bylo vhodné zadat (vypovědět stávající smlouvu a vyhlásit nové výběrové řízení) zpracování nového systému. Papírové zdravotní knížky mohou být pouze doplňkem elektronických, protože se nelze spolehnout, že je pacient bude mít vždy u sebe. Za zvážení stojí i používání čipových karet. Kterýkoliv plošně povinně zavedený systém jednak omezí možnosti pacienta multiplicitně navštěvovat různé lékaře, nechat si provést vyšetření a předepsání různých léků, z nichž některé pak ani nepoužije. Toto opatření by mělo rovněž přispět ke snížení úhrad za léky (ročně dle údajů ministerstva pacienti nepoužijí, »vyhodí« za cca 5 mld. Kč předepsaných léků).

Jiný portál volně přístupný občanům by bylo vhodné vytvořit pro informace o kvalitě poskytované zdravotní péče v jednotlivých zdravotních zařízeních v péteřní síti. Byly by to informace zejména o akreditaci zařízení, velikosti a vybavenosti zdravotního zařízení, druhu poskytované péče, způsoby dostupné terapie, personální vybavenosti, spektru vyšetření, základní statistice terapeutické úspěšnosti u jednotlivých onemocnění včetně počtu předaných a převzatých případů od jiných zdravotních zařízení a z toho komplikovaných, snad i výpis kárných řízení řešených ČLK a počty stížností a soudních žalob. Základním provozovatelem tohoto portálu by byl zpracovatel zdravotnické statistiky, který povinně a pravidelně dostává podkladová hlášení od jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče.

Profesní komory, odbory a svazy

Profesní komory (lékařská, stomatologická a lékárnická) se v současné době odchýlily od svého původního (zákonného) určení. Orientují se spíše na odborářské činnosti a stávají se z nich nátlakové skupiny. V současné době není jasné, co komory systému zdravotnictví přináší (lze důvodně pochybovat o jejich přínosu pro kontrolu kvality zdravotní péče, pro vzdělávání v rámci jednotlivých oborů apod.). Více se zabývají vlastními problémy (např. rivalitou ve vedení, otázkou povinného členství apod.). V rámci těchto navrhovaných systémových změn, KSČM předpokládá návrat k původnímu určení komor, tedy k etice lékařské práce, k posuzování a zvyšování kvalifikace lékaře, šíření nových poznatků, informací, technologií mezi lékaři, zajišťování vzdělávacích akcí a stáží pro lékaře (zejména v renomovaných pracovištích v cizině), ke kontrole kvality práce lékaře a vyřizování případných stížností pacientů. Komory (případně v součinnosti se sdruženími lékařů) by měly rovněž (jako ve vyspělých zemích EU) kontrolovat, zda se lékaři průběžně vzdělávají, vést evidence zájemců o zapojení do péteřní sítě a doporučovat vhodné kandidáty výběrovým komisím, poskytovat právní pomoc členům komory a »odborářsky« vystupovat

pouze při stanoviscích k opodstatněnosti výše nárůstu příjmů zdravotnických subjektů vzhledem ke stavu ekonomiky státu (průměrné mzdy a počty zaměstnanců pod průměrnou mzdou, cenová hladina, růst reálné mzdy apod.).

Česká stomatologická komora a některá sdružení lékařů vyhrožují, že pokud ministerstvo neakceptuje jejich požadavky, vystoupí její členové ze systému povinného veřejného zdravotního pojištění, neuzavřou smlouvy o úhradě poskytnuté zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami a přejdou na hotovostní platby pacientů, tedy v podstatě na pokladenský systém. Ten ale v ČR není legislativně upraven a zřejmě by byl též v rozporu s ústavním principem bezplatné zdravotní péče. Protože pacient má Ústavou zaručeno poskytnutí bezplatné zdravotní péče (za podmínek, které stanoví zákon) neměl by za poskytnutou zdravotní péči platit příslušnému lékaři, ale ten se musí vyrovnat s plátcem za pacienta, tj. zdravotní pojišťovnou. To znamená, že lékaři, kteří by neměli smlouvu se zdravotní pojišťovnou, by museli jednotlivá poskytnutí zdravotní péče (tedy za každého pacienta) samostatně fakturovat příslušné zdravotní pojišťovně a navíc by provedené výkony musely být na faktuře potvrzeny pacientem jeho podpisem. Je pravděpodobné, že tento postup by znamenal podstatné snížení příjmů příslušných lékařů vzhledem ke ztrátě času s vyhotovením faktury před odchodem pacienta, což by se zřejmě snažili kompenzovat zvýšením spoluúčasti pacienta (SPVZP, nákupčí služby za pacienta, by musel vydat seznam zkalkulovaných úhrad za jednotlivé nakuované výkony). Protože orgány komory ani sdružení neuzavírají smlouvy o úhradě se zdravotními pojišťovnami a nemají pravomoc tento postup nařídit svým členům, je na jednotlivých lékařích, zda by taková usnesení orgánů respektovali či nikoliv. Tento případný postup stomatologů a dalších lékařů by však mohl usnadnit provedení redukce smluvních partnerů zdravotních pojišťoven (SPVZP).

KSČM bude proti těmto snahám některých skupin sledujících silně egoistické zájmy a narušující systém povinného veřejného zdravotního pojištění rozhodně vystupovat.

Otázka povinného nebo nepovinného členství v komorách by měla být řešena až v návaznosti na novou legislativní úpravu, kterou si tato problematika vzhledem k výše uvedeným skutečnostem žádá.

Nepovažujeme za vhodné, aby existovaly vedle sebe ČLK a ČSK. Obě komory sdružují lékaře a není objektivní důvod lékaře dělit do dvou komor. Naopak autonomie ČSK dnes umožňuje prosazovat ve stomatologii tržní prin-

cipy do takových oblastí péče o pacienta, kde je to nejen neetické, ale často i na hranici zákona.

Odborářskou činnost v rámci zdravotnictví zajišťují odborové svazy, LK a LOK. Při jednáních o výši mezd ve zdravotnictví musí respektovat stávající vlastnické vztahy a nemohou tedy jednat jen s Ministerstvem zdravotnictví. To znamená, že mzdy v příspěvkových organizacích a obchodních společnostech, které jsou v majetku krajů, musí projednávat s vedením příslušných krajů (jak bylo již uvedeno výše). Mzdy ve zdravotnictví mohou být tedy v různých krajích různé. Ministerstvo zdravotnictví může stanovovat výši mezd pouze v organizacích, které přímo řídí (případně ve státních příspěvkových organizacích). V případě zdravotnických zařízení v páteřní síti má v oblasti mezd pravomoc pouze vlastník tohoto zařízení (musí platit i pro neziskové organizace), případně jeho zřizovatel. Regionální rozdíly ve mzdách jsou sice velmi nebezpečné, protože jsou jednou z příčin prohlubující se migrace, oslabování pracovních týmů, rozkolísání odborné úrovně mezi kraji a působí proti principu spravedlivého odměňování (za stejnou kvalifikaci, pracovní zařazení a výsledky by neměla být různá mzda), ale po hrubé chybě státu s převodem nemocnic do vlastnictví krajů je nutno se zatím s touto situací smířit. (Řešení dobrovolnou dohodou vlastníků je asi iluzorní).

Podle dostupných informací nejsou odborové organizace založeny ve všech větších zdravotnických zařízeních. KSČM se proto bude snažit prosadit požadavek, aby odborové organizace u zdravotnických zařízení zapsaných v Obchodním rejstříku a zařazených v páteřní síti, byly povinně zřízeny.

Stanoviska svazu a organizací pacientů (pojištěnců), která jsou logicky diktována snahou o maximum poskytnuté zdravotní péče bez ohledu na její nákladnost a možnost profinancování, nelze v celém rozsahu akceptovat. Tato stanoviska lze chápat jen jako názor jedné skupiny, která není přímo zainteresovaná na finančních možnostech, nenese odpovědnost za finanční vyrovnanost systému a tedy není rozhodující, a mohou sloužit pouze jako jeden z podkladů.

Lázeňská a následná péče

O tom, že lázně jsou nyní spíše odborné lázeňské rehabilitační ústavy svědčí i to, že indikace vyžadující výrazný podíl rehabilitace s použitím přírodního léčebného zdroje činí 84,9 % všech léčených dospělých pacientů na náklady veřejného zdravotního pojištění. Poskytované služby léčebné, stravovací i uby-

tovací jsou na vysoké úrovni. To potvrzuje i zvyšující se zájem o poskytování lázeňské péče u klientů - samoplátců.

Z výše uvedeného vyplývá nutnost cíleného řízení a samozřejmě i stanovení jednotných podmínek pro léčebnou činnost nejen lázeňské péče, ale v návaznosti celého segmentu následné péče. To znamená vytvoření jednotného indikačního seznamu pro všechna lůžka následné péče, což by představovalo regulaci cca 8,4 % všech výdajů z veřejného zdravotního pojištění, nejen stávajících 1,99 % výdajů za lázeňskou péči. Situaci navíc komplikuje i to, že neustále vznikají nová lůžka následné péče, mnohdy nedostatečně vybavená, která jsou v některých oblastech nadbytečná (ale jinde zase chybějí), do kterých se vkládají další prostředky z veřejných rozpočtů. Před stanovením jednotných podmínek pro činnost v lázeňské a následné péči bude tedy nutné provést analýzu skutečných potřeb, kapacit a nákladů.

Komplexní lázeňská péče (po schválení revizním lékařem plně hrazená SPVZP) je některými pacienty chápána i jako druh dovolené, a proto nedodrží předepsaný lázeňský režim. To nelze tolerovat. Lázeňská zařízení by rovněž neměla rozesílat pacientům reklamní materiály s doporučením, aby si nechali vystavit návrh na lázně u lékaře. SPVZP by měl hradit úvodní a závěrečné vyšetření lázeňským lékařem a definovaný počet lázeňských procedur, standardní ubytování a stravování a léčebné diety.

U příspěvkové lázeňské péče na poukaz od lékaře (rovněž schváleným revizním lékařem) by měl pacient hradit ubytování a stravování. SPVZP by měl hradit úvodní a závěrečné vyšetření lázeňským lékařem a definovaný počet lázeňských procedur.

Protože lázeňská péče je u některých onemocnění důležitou součástí následné péče, rekonvalescence, rehabilitace a někdy i přímé terapie, měla by být pro tato onemocnění zajištěna její dostupnost v době její potřeby. Mnoho nemocných se však k lázeňské péči nedostane včas nebo vůbec, protože je vytlačují falešní pacienti - lázeňští rekreatanti. Lázně tedy musí zachovat minimálně nutné kapacity pro tyto případy a léčebný provoz určený výhradně pro zdravotnické účely hrazené z povinného veřejného zdravotního pojištění. Tato péče musí být dostupná jen na doporučení příslušného specialisty. Musí existovat zpětná kontrola z lázní ke specialistovi. Za nedodržování lázeňského režimu a léčebných procedur musí následovat přísné sankce. Porušení předepsaného režimu by mělo být chápáno jako dobrovolné ukončení léčby pacientem. Proto by mu měl být pobyt v lázních ukončen a plně zpoplatněn k jeho úhradě. Úhrada SPVZP

by byla zrušena a veškeré náklady s dosavadním pobytem spojené by měl uhradit pacient sám. Na bezplatnou péči v lázních mají mít právo jen opravdu nemocní lidé, kteří mají zájem o své vyléčení.

Prevence a propagace zdravého životního stylu

Prevence v širokém slova smyslu od nejtělejšího dětství po celý život má úzký vztah k nákladům na zdravotní péči v budoucnosti. Jde hlavně o výchovu ke zdravému životnímu stylu, která se musí odehrávat jak v rodinách, školách, případně v občanských sdruženích pracujících mezi dětmi, mládeží ale i dospělými, tak prostřednictvím veřejnoprávních médií, která by měla mít část své kapacity pravidelně vyčleněnou na tuto problematiku.

V přístupech KSČM je požadavek znovuzavedení prevence zubní, prevence poruch pohybového systému do základních škol a návrat prevence poruch pohybového aparátu do školní tělesné výchovy. Tělesná výchova by měla být zaměřena na celkovou kondici, napomáhat správnému vývoji všech pohybových řetězců jako součást povinné školní docházky v rozsahu nejméně 3 hodiny týdně. V rámci pravidelných kontrol u pediatra je třeba zintenzívnit vyšetření osově muskuloskeletární soustavy, aby došlo k včasnému zachytu jejich patologických změn. Měla by být všeobecně dostupná léčebná tělesná výchova pro děti s poruchami držení těla (40 % školáků) i s dalšími podobnými poruchami. Každá škola by měla být povinna zajistit i dostatek pohybových aktivit pro děti o přestávkách a po skončení vyučování, hrazených z rozpočtu Ministerstva školství.

V současné době vynakládají pojišťovny nemalé finanční prostředky na různé akce označované jako preventivní, ale sloužící hlavně k propagaci pojišťovny a rozšíření její klientely, jako např. vstupné do bazénů, fitness center, pobyty u moře, časopisy pro klienty apod. To lze klasifikovat jako použití prostředků povinného veřejného zdravotního pojištění ve prospěch zisků subjektů mimo zdravotnictví. Vytvořením jediného SPVZP se důvody pro podobné akce ztrácejí. Uvolněné prostředky po jejich zrušení by se měly použít na skutečně preventivní programy jako je depistáž nádorů tlustého střeva, prsu aj. K dodržování preventivních vyšetření po celý život pacienta by zdravotníci měli být motivováni systémem odměňování. Motivací pro občany-pacienty musí být především touha po zdraví a co nejlepší kvalitě života a uvědomění si těchto hodnot. To je opět mj. otázkou výchovy. V těchto všech souvislostech považujeme za důležité, aby se lékaři a zdravotníci první linie i všichni ostatní zapojili do ofenzivního boje proti nejčastějším rizikovým faktorům tzv. civilizačních chorob (např. nevyvážená strava, obez-

ita, kouření, nedostatek pohybu apod.) Tj. při každé příležitosti by se měli na tyto faktory zeptat, okomentovat je a zhodnotit, a umět poradit v jejich překonávání.

S odkazem na závěrečnou zprávu studie OECD ke snížení budoucích nákladů na zdravotnictví podporujeme zákaz reklamy na alkohol a cigarety, zdanění potravin ve prospěch zdravé výživy. Sankcionování nezdravého životního stylu formou bonusů či malusů považujeme za neefektivní. Měla by být zavedena průběžná detekce požívání návykových látek v oblastech, kde může dojít k obecnému ohrožení (např. doprava, energetika, zdravotnictví, školství) a tvrdý postih užívání a prodeje drog, přičemž významné rozlišování mezi tzv. tvrdými a měkkými zde není vhodné.

Specifika stomatologie

Silně pravicová Česká stomatologická komora přistupuje ke stomatologii ne jako k veřejné službě, ale jako k nástroji rychlého obohacování (viz prohlášení MUDr. Pekárka na jednom z volebních kongresů komory). To se projevuje především neustálou redukcí stomatologických výkonů hrazených zdravotními pojišťovnami a rozšiřováním hotovostních spoluplateb pacientů. Důsledkem je, že stále větší počet občanů nemá prostředky na stomatologickou péči, což může mít především dopady na zdraví v budoucnosti. KSČM bude podporovat přehodnocení stávajícího stavu, novelizaci seznamu stomatologických výkonů hrazených z povinného veřejného zdravotního pojištění - opětné rozšíření, přiblížení se původnímu rozsahu výkonů hrazených z povinného veřejného zdravotního pojištění, zvýšení frekvence bezplatného nároku na poskytnutí nového provedení zubních pomůcek (např. totálních náhrad) a snížení potřeby pohotových finančních prostředků pacientů při návštěvě stomatologa. Pro snížení spoluplateb pacientů při potřebě nebo volbě použití luxusnějších materiálů, by bylo vhodné pro stomatologické ordinace v páteřní síti zajistit tyto dodávky přes jediného dodavatele (formou výběrového řízení na roční smlouvu) kontrolovaného SPVZP, a tím přispět ke sjednocení jejich prodejní ceny pro pacienta. Navýšení objemu finančních prostředků určených pro úhradu stomatologické péče z povinného veřejného zdravotního pojištění nebude odpovídat požadavkům stomatologické komory, ale ekonomickým propočtům potřeb.

Podle § 2, odst. 1, písm. a, Zákona 220/1991 Sb., jsou členové komory povinni vykonávat své povolání v souladu s jeho etikou. Přímá platba u stomatologa (i jiného lékaře) je neetická a to zcela nekompromisně platí zejména jedná-li se o bolestivý či akutní stav. Bolest zbavuje nemocného možnosti svobodného rozhodování a její využití jako prostředku vydírání nelze za etické

označit. Přímou platbu lze tedy většinou považovat za nezákonnou. Neetická, a tedy dle zákona 220/1991 Sb. nezákonná, je i nepřehlednost cen výkonů u stomatologa. Ten je povinen pacientovi úplnou cenu výkonu sdělit předem a srozumitelně.

KSČM považuje rovněž za nezbytné plně rehabilitovat a opětně zavést stomatologickou prevenci u dětí ve školách (minimálně základních).

KSČM doporučuje zřídit funkce oblastního stomatologa. Úroveň odborné péče není nyní nikým kontrolována a kvalita je značně rozdílná. Budeme podporovat návrhy na znovuzřízení pohotovostních stomatologických ordinací hrazených částečně z povinného veřejného zdravotního pojištění (s poplatkem pacienta) eventuálně s příspěvím územních samospráv minimálně v každém bývalém okresním městě (součást smluv o úhradě se SPVZP). Měla by být také zavedena zřetelná bonifikace pro pacienty s pravidelnými preventivními prohlídkami a stálou péčí o chrup.

Vzhledem k tomu, že náklady na studium stomatologů jsou značně vyšší než náklady na studium ostatních lékařů, počet nově nastupujících stomatologů ze škol klesá a je pravděpodobné, že už v blízké budoucnosti by jich mohl být nedostatek. Z toho důvodu bude KSČM podporovat zvýšení kapitoly pro přípravu stomatologů v rozpočtu Ministerstva školství.

ZÁKLADNÍ EKONOMICKÁ ÚVAHA NAVRHOVANÝCH SYSTÉMOVÝCH ZMĚN

Současné zdravotnictví je financováno z více zdrojů a předpokládá se, že vícezdrojové financování zdravotnictví bude používáno i nadále, i když s převažujícím povinným veřejným zdravotním pojištěním. Dále uváděné citované číselné údaje jsou čerpány z materiálů vydaných Ministerstvem zdravotnictví, z návrhu (1. verze) koncepce péče o zdraví v ČR v letech 2004 - 2009 vydané v roce 2004 pod názvem »Lidsky důstojné a efektivně fungující zdravotnictví«, z podkladů pro návrh provedení úsporných opatření ve zdravotnictví v roce 2005 a z »Návrhu koncepce zdravotnictví v letech 2005 - 2009« z června 2005. Předpokladem očekávané uvedené výše příjmů povinného veřejného zdravotního pojištění je, že nebude zaveden strop pro výpočet pojistného (úvaha vychází z prezentovaných růstů průměrné mzdy, které by byly při zavedení stropu pojistného zkreslující, příjmy by byly nižší). Tato ekonomická úvaha se musí aktualizovat podle oficiálních dat Ministerstva zdravotnictví dostupných v dané době nejen v případě realizace těchto záměrů, ale měla by být upřesňována každě

doročně na základě oficiálně prezentovaných ročních výsledků stavu ekonomiky ČR a jejího zdravotnictví.

Začátkem března 2006 Český statistický úřad oznámil mezi jinými výsledky i výši průměrné mzdy za rok 2005. Její hodnota (19 030 Kč) je o dost vyšší než byly odhady ČSSD z června 2005, se kterými počítá tato ekonomická úvaha. Vynechají-li se ale z výpočtu průměrné mzdy údaje za Prahu, tak se průměrná hodnota zbytku republiky pohybuje pod 18 000 Kč. Z tohoto důvodu je ponechána při úvahách o příjmech veřejného zdravotního pojištění původní hodnota odhadů ČSSD (pesimistický pohled).

Údaje o struktuře výdajů z veřejného zdravotního pojištění za rok 2005 prezentované v tisku (PRÁVO) v březnu 2006, vykazují v některých položkách (i celkově) významný nárůst oproti údajům a odhadům uvedeným ve výše citovaných podkladových materiálech (např. rozdíl v celkových výdajích z veřejného zdravotního pojištění činil oproti odhadům výdajů za rok 2005 cca + 6 mld. Kč, anebo z celkových výdajů výdaje na ústavní péči vykazovaly oproti roku 2004 nárůst o cca 11 mld. Kč). Po vydání oficiálních statistických údajů z oblasti zdravotnictví za rok 2005 se ale stejně předpokládalo provedení novelizace této ekonomické úvahy (jako výchozí stav roku 2006), čímž oficiální hodnoty případných rozdílů ekonomických údajů budou zpracovány a odstraněny. Nemělo by ale dojít ke zhoršení této ekonomické úvahy, protože údaje zveřejněné v tisku (v 3/2006) signalizují významný pozitivní vliv přijatých opatření.

Ročně (predikce z konce 3. čtvrtletí roku 2005) se v rámci republiky dle tisku vydá na zdravotnictví částka cca 200 mld. Kč. Z toho povinné veřejné zdravotní pojištění činí cca 165 mld. Kč (s cca 110 mld. Kč hospodaří VZP, která má současně nyní 57 % všech »státních« pojištěnců). Udává se, že ztráta VZP bude činit kumulovaně k 31. 12. 2005 kolem 11 mld. Kč (v roce 2005 v průměru měsíčně měla přijmout cca 9 mld. Kč a vydat cca 9,4 mld. Kč, tedy roční ztráta by za rok 2005 měla činit cca 4,8 mld. Kč) a rezervy zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven (dále jen ZZP) by měly činit (dle medií) cca 7 mld. Kč (důsledek 57 % »státních« pojištěnců u VZP znamenajících výrazně nižší příjem povinného veřejného zdravotního pojištění - za »normálního« pojištěnce obdrží zdravotní pojišťovna v průměru cca 32 000 Kč/rok, za »státního« jen 5772 Kč/rok, od roku 2006 by měla ale obdržet až 7560 Kč. Každá ZZP má v průměru jen 5,3% z celkového počtu »státních« pojištěnců). Jako hlavní problém zdravotnictví je uváděno zpoždování plateb některých zdravotních pojišťoven, zejména VZP. Zdravotní pojišťovny jako hlavní příčinu této situace uvádí úhradové vyhlášky Ministerstva zdravotnictví, zvyšující úhrady

bez odpovídajícího navýšení příjmů (diskutabilní - viz nárůst průměrné mzdy), nadměrnou nabídku zdravotní péče a neustálý růst nákladů na předepsané léky (viz jejich podklady pro jednání s premiérem). Vzhledem k saldům zdravotních pojišťoven (údaje z podkladů pro 1. návrh koncepce z roku 2004) lze však některé jejich formulace v uvedených podkladech považovat za účelové, protože

saldo příjmů a výdajů v letech (v mld. Kč)	2001	2002	2003	2004
Všeobecné zdravotní pojišťovny	-8,6	-9,2	-9,3	-9,9 (odhad)
Zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven	+8,8	+8,3	+8,5	+8,6 (odhad)
tedy systém celkem	+0,2	-0,9	-0,8	-1,3 (odhad)

Vzhledem k těmto oficiálním údajům lze v tisku uváděné rezervy ZZP ve výši 7 mld. Kč v roce 2005 považovat ale za účelově podhodnocené. Stát se v roce 2005 zavázal odkoupit (převést do ČKA) nevymahatelné pohledávky zdravotních pojišťoven v sumární výši cca 3,8 mld. Kč. Z uvedených údajů (uváděných v médiích) v podstatě vyplývá, že ke konci října 2005 byl systém téměř vyrovnaný ($-11 + 7 + 3.8 \approx -0,2$, dle odhadů situace z ledna 2006 by saldo mělo být o hodně lepší), ale zdroje jsou špatně rozděleny (to je důvod, proč bylo pro zlepšení k 1. 1. 2006 realizováno tzv. 100% přerozdělování vybraného povinného veřejného zdravotního pojištění), někdy i »rabovány« (viz např. aféra IZIP a aktivity farmaceutická lobby). Jsou špatně využívány nástroje, které mají zdravotní pojišťovny k dispozici a o činnosti zdravotních pojišťoven lze tvrdit, dle nepravdělně zveřejňovaných informací, že jsou špatně průběžně kontrolovány - je špatně nastaven vnitřní kontrolní a regulační systém. Zhoršující se situaci ve VZP (a tedy nutnost principiální změny) potvrzuje i trend objemu závazků VZP po lhůtě splatnosti k 31. 12. 2004.

	2001	2002	2003	2004
závazky VZP po lhůtě splatnosti (mld. Kč)	0	2,5	5,5	8,5 (odhad)

Ze statistických údajů o hospodaření nemocnic vyplývá, že skluz v platbách zdravotních pojišťoven (v rozmezí 40 - 60 dnů) by neměl mít pro ně existenčně likvidující dopady, protože se pohybuje v objemu menším 5 % jejich výnosů, jak vyplývá z následujících údajů (k 30. 6. 2004), přičemž závazky po lhůtě splatnosti pomalu klesají.

	2002	2003	2004
pohledávky nemocnic po splatnosti (mld. Kč)	3,1	2,7	3,3
závazky nemocnic po splatnosti (mld. Kč)	6,5	5,9	5,4

Z toho vyplývá, že jsou buďto špatně nastaveny příjmy systému a tedy zpro středkovaně jsou potom nedostatečné příjmy nemocnic z povinného veřejného zdravotního pojištění, nebo nemocnice neúnosně překračují některé nákladové položky, nebo je systém přetížen investičně (což následně vyvolává růst nákladů na nadměrnou zdravotní péči), anebo je systém silně korupčně »tunelován« (problematika farmaceutické lobby případně výrobců a dodavatelů techniky, materiálů a služeb potřebných pro zdravotnictví).

PŘÍJMY

Celkový objem finančních prostředků vkládaných do zdravotnictví v roce 2005 se odhaduje (dle informací zveřejněných v tisku), u jednotlivých položek příjmů ve výši:

- výběr povinného zdravotního veřejného pojištění	cca 165 mld. Kč
- z toho za cca 5,78 mil. »státních« pojištěnců	cca 33,4 mld. Kč
- spoluúčast pacientů (udávaných 9 - 10 %)	cca 14,8 - 16,5 mld. Kč
- přímé platby (udávaných 2 - 3 %)	cca 3,3 - 5 mld. Kč
- rozpočet Ministerstva zdravotnictví	cca 9 mld. Kč
- ostatní (např. sponzorské dary, dotace, čistě soukromí poskytovatelé apod.)	cca 4 - 5 mld. Kč

(I když dle původně odhadovaného nárůstu průměrné mzdy na 18 400 Kč by ale výběr pojistného spíše odpovídala částka kolem 162 mld. Kč při 496 Kč/měsíc za jednoho »státního« pojištěnce).

Rozhodující položkou je tedy výběr povinného veřejného zdravotního pojištění, který v rozhodující míře ovlivňuje likviditu zdravotních pojišťoven. Při přepočtu příjmu na 1 pojištěnce má největší příjem OZP, kdežto VZP (logicky) vzhledem k počtu »státních« pojištěnců, zaujímá jedno z posledních míst. Věková struktura pojištěnců u jednotlivých pojišťoven to jednoznačně potvrzuje. Zatímco u VZP je evidováno více než 80 % z pojištěnců věkové kategorie 60 - 64 let (tedy prakticky po ukončení aktivní činnosti) a u kategorie 80 - 84 let je to již více než 90 %, zatímco počet pojištěnců této věkové kategorie u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven se blíží k nule. Z toho potom (při dosavadním počtu zdravotních pojišťoven) vzniká jedna z příčin nestability a podporuje tvrzení o potřebě vytvoření jediného SPVZP včetně průběžných úprav plateb státu za »své« pojištěnce.

Z hlediska budoucího vývoje příjmů (povinného veřejného zdravotního pojištění bez změny stávajících pravidel pro jeho výběr - procent) lze před-

pokládat ve střednědobém výhledu udržení současného růstu výběru povinného veřejného zdravotního pojištění, protože (dle publikovaných názorů odborníků):

- pesimisticky se předpokládá udržení růstu HDP minimálně v rozsahu 3 - 4% v příští sedmiletce EU (za rok 2005 předběžně cca 4,8 %, oficiálně pak 6 %), vzhledem k možnostem ČR při čerpání strukturálních fondů EU (doposud ale velmi málo), předpokládanému rozpočtu EU na období 2007 - 2013 a investičním pobídkám pro investory (prognózy růstu HDP některých odborníků jsou v rozmezí 5 - 6 %, někdy i více);
- v současné době roste průměrná mzda ročně tempem 5 - 6 % (za rok 2005 odhadován na 6,3 %) i když postupně saturuje (nyní pokles růstu přibližně o cca 0,4 % ročně);
- při zachování těchto tendencí lze tedy předpokládat růst výběru povinného veřejného zdravotního pojištění do roku 2010 ročně minimálně o 4 % (s rezervou v rozsahu do 2 %, v prvních obdobích uvedené pětiletky by měl být růst i vyšší - viz prohlášení premiéra o dosažení průměrné mzdy 26 500 Kč v roce 2010), tj. minimálně o cca 5 mld. Kč ročně;
- dalším příjmem by bylo roční inflační navyšování plateb za »státní« pojištěnce tj. ročně o cca 0,8 mld. Kč (plus jednorázové navýšení měsíční platby na 562 Kč podle rozhodnutí vlády z ledna 2006, což představuje skokové navýšení v roce 2006 o cca 3,4 mld. Kč, případně na 630 Kč, což by představovalo skokové navýšení celkem o neuvěřitelných cca 9 mld. Kč);
- neplánovaným příjmem (zejména z důvodů investic) jsou potom položky uvedené ve prospěch zdravotnictví ve státním rozpočtu a rozpočtech samospráv (podmínkou pro bezproblémový vztah k předpisům EU je dořešení právní formy nemocnic v páteřní síti podle pravidel EU);
- nárůst průměrné mzdy ve vyšších objemech do roku 2010 je nutný hlavně z důvodu plánovaného přechodu na euro v roce 2010, alespoň pro nezhoršení stávajících relací mezi ČR a původními zeměmi EU, a tedy by z toho měly profitovat i příjmy veřejného zdravotního pojištění.

To znamená, že pro výběr povinného veřejného zdravotního pojištění do roku 2010 (bez uvažování oznamovaného růstu průměrné mzdy v předvolební kampani) lze odhadnout pesimisticky jeho vzrůst řádově na 202 mld. Kč ročně (výběr u pojištěnců v pracovním poměru z cca 131,6 mld. Kč v roce 2005 na cca 160 mld. Kč, u »státních« z cca 33,4 v roce 2005 na cca 42,4 mld. Kč). S tím by byl spojen i růst za spoluúčast pacientů (při zachování stávajícího procenta spoluúčasti) na řádově 16 - 20 mld. Kč ročně. Vzhledem k celkovému průběž-

nému navyšování státního rozpočtu dojde rovněž i k navýšení rozpočtu Ministerstva zdravotnictví a dalších položek. Z uvedených částek a z výše uvedeného k lékové politice (hlavně podpora užívání generik) lze učinit závěr, že při zavedení navrhovaných systémových změn (regulačních opatření) ve zdravotnictví by bylo možné:

- buďto snížit spoluúčast pacientů až k hodnotě v řádu 5,5 - 7,5 %;
- nebo zachovat stávající procento spoluúčasti pacientů a snížit procento povinného veřejného zdravotního pojištění u zaměstnavatelů a tím snížit náklady práce, ale zůstává otázkou, zda velikost tohoto snížení (cca 0,5 - 0,6 %) je pro podnikatele významné;
- nebo vzniklou rezervu po umožení stávajícího dluhu zdravotních pojišťoven věnovat na modernizaci přístrojového vybavení v páteřní síti;
- nebo kompromisní kombinace uvedených možností.

Lze tedy při úvaze o bilancování finanční rovnováhy ve zdravotnictví, financovaném na základě stávajících pravidel povinného veřejného zdravotního pojištění (procent pro výběry pojistného), vycházet z faktu, že není nutné ve střednědobém výhledu zvyšovat přímé platby, spoluúčasti a spoluplatby pacientů, ale že lze vytvořit prostor pro jejich možné snížení (vzhledem k zatímnímu zájmu o investice v ČR se nejeví nutné snižovat náklady práce, protože tato úspora by se převážně promítla jen do zisků podnikatelů a neměla by asi ani vliv na významnější pokles nezaměstnanosti).

Navýšení průměrné mzdy uvedené ve volební kampani ČSSD (26 500 Kč pro rok 2010) je dost nereálné, protože by se dalo uskutečnit (nemají-li se zhoršit některé makroekonomické ukazatele) jen za předpokladu růstu HDP v uvedeném období větším 6 %. Dojde-li ale k tomuto růstu, z hlediska zdravotnictví by to znamenalo jen plus = zvýšení příjmů povinného veřejného zdravotního pojištění. V dalších úvahách však s tím ani s předvolebními sliby dalších politických stran není kalkulováno.

VÝDAJE

Výdaje hrazené z povinného veřejného zdravotního pojištění v jednotlivých segmentech zdravotního trhu se významně liší mezi VZP a zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami a potvrzují závislost jejich likvidity na věkové struktuře pojištěnců, objemech »státních« pojištěnců, a tedy i závislost na příjmech přepočtených na 1 pojištěnce (údaje o nákladech na zdravotní - nemocniční péči u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven potvrzují převahu podstatně zdravějších a mladších pojištěnců proti VZP).

	VZP			ZZP		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
náklady na ambulantní péči (%)	20,1	21,1	21,8	27,0	26,7	27,2
náklady na nemocniční péči (%)	50,1	50,0	48,6	43,6	44,5	43,2
náklady na lůžkovou péči (%)	2,0	2,0	2,0	3,0	2,9	2,9
náklady na léky (%)	21,5	21,2	21,9	22,8	22,5	23,1

Ministerstvo zdravotnictví ve svém návrhu koncepce péče o zdraví uvádí strukturu výdajů ve zdravotnictví v mld. Kč takto:

	2002	2003	2004 (odhady ze IV. Q)
výdaje celkem	166,7	177,9	182,5
výdaje bez spoluúčastí občanů	156,0	164,2	168,5
z toho			
kapitola Ministerstva zdravotnictví	6,4	10,3	9,1
přímé výdaje ze státního rozpočtu	16,0	9,6	9,1
výdaje z rozpočtu samospráv	2,7	7,1	7,0
výdaje ze systému zdrav. pojištění	137,3	147,4	152,4
platby v hotovosti občanů (mld. Kč)	10,7	13,7	14,0
tj. spoluúčast (%)	6,8	8,3	8,3
mimo to z kapitoly veřejná pokladní správa	31,1	37,8	36,8
podíl výdajů celkem na HDP (%)	6,9	7,0	6,7

(pro rok 2005 je předběžně udáváno 7,04 % HDP)

Z grafu růstu výdajů na zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění (viz citovaný návrh koncepce bývalé ministryně Emmerové) v posledních 5 letech vyplývá růst nákladů zdravotních pojišťoven pro jednotlivé segmenty zdravotního trhu takto:

	výdaje (mld. Kč) v r. 2004	procento růstu od r. 2000	průměrné % /rok
praktičtí lékaři	8	60,0	12,0
ambulantní specialisté	12	50,0	10,0
laboratorní a diagnostická péče	6	200,0	40,0
stomatologická péče	9	28,6	5,7

lázeňská zdravotní péče	3	0,0	0,0
doprava	1	0,0	0,0
záchranná služba	1	0,0	0,0
nemocnice	63	40,0	8,0
LDN a ošetrovatelská péče	4	300,0	60,0
léčiva na předpis	35	52,2	10,4

Tabulka jednoznačně dokládá segmenty zdravotního trhu, které vyžadují případnou redukci a následnou regulaci výdajů z povinného zdravotního veřejného pojištění. Potvrzuje segmenty rozhodující o vyrovnanosti finanční bilance zdravotnictví, na které byla soustředěna pozornost v navrhovaných systémových změnách, jak bylo uvedeno výše. Je to sféra nemocniční péče, ambulantní péče a léků. U ostatních segmentů zdravotního trhu by v podstatě měl být zachován stejný objem výdajů (nebo podíl) jako doposud. Spoluúčast a přímé platby pacientů (občanů) jsou převážně soustředěny do 2 segmentů - léčiva a stomatologická péče. Protože nemocnice udávají roční spotřebu léků v roce 2004 cca 6.24 mld. Kč, jde převážná část výdajů za léky na konto receptů vystavených ambulantními lékaři. Opatření pro optimalizaci těchto výdajů musí být tedy především orientována směrem k ambulantním lékařům (viz výše). Podíl spoluúčasti a přímých plateb ve stomatologii na celkové spoluúčasti ve zdravotnictví nelze přesně určit, ale tyto spoluplatby pacientů (vlivem snahy stomatologické komory trvale omezovat počet výkonů hrazených pojišťovny) stále rostou. Tento objem by být naopak snižován.

V souvislosti s navrhovanou novelizací Seznamu výkonů (týká se především ambulancí) by došlo k navýšení úhrad placených z povinného veřejného zdravotního pojištění o:

- mzdové náklady ambulancí (lékaři, sestry), které se dnes pohybují (dle ústních informací) v úrovni 30 - 40% vykázaných příjmů za jejich výkony, z toho plat lékaře obvykle se pohybuje v rozmezí 20 - 30%, ale i více;
- body za jednotlivé výkony v Seznamu výkonů zahrnující mimo nákladů práce i náklad na potřebný zdravotní materiál, služby a energie, tzn. že navýšení ceny hodiny práce lékaře neznamená úměrné navýšení hodnoty 1 bodu;
- hodnota bodu by neměla zahrnovat případné splátky za úvěry a úroky z úvěrů za vybavení ordinací nebo pořízení nebytových prostorů;
- zvýšení průměrné hodinové ceny práce lékaře (pouze lékaře) by se po novelizaci Seznamu výkonů mělo pohybovat (ve vztahu k současným průměrným hodnotám mezd (osobních příjmů) lékařů především v ambulancích)

ní sféře) v rozmezí 15 - 25 %, tj. z hlediska hodnoty bodu navýšení v řádu 10%, tedy nárůst výdajů na ambulantní péči (bez navrhované redukce nadměrných kapacit) o cca 2 mld. Kč.

Výkonová úhrada ambulantní péče v ambulancích nemocnic by neměla znamenat skokové navýšení výdajů na ambulantní péči celkem, protože současně dojde k poklesu objemu ambulantní péče (pacientů) u samostatných ambulantních lékařů a současně se o ambulantní péči poskytnutou v nemocnicích sníží paušály nemocnic. Nutná ambulantní vyšetření totiž provedou útvary nemocnic, jímž jednak v rámci paušální platby poskytne nutnou provozní podporu nemocnice jako instituce (prostory, úklid, údržba, vybavení apod.) a jednak výkony komplementu budou zahrnuty do podkladů pro stanovení paušálu.

Udává se, že roční výdaje za léky (veřejné zdravotní pojištění + spoluúčast + přímé platby) dosáhnou v roce 2005 cca 55 - 60 mld. Kč (roční nárůst v posledních letech dle ministerstva je cca 10 - 12%, dle podkladů ministerstva rok 2004 = 35 + 10% + spoluúčast 10% vychází cca 55 mld.Kč) při průměrném ročním nárůstu ambulantních lékařů (dle údajů v návrhu koncepce bývalé ministryně Emmerové) o cca 8.3%. Z porovnání těchto trendů (viz graf v podkladech) vyplývá, že existuje přímá úměra mezi růstem nákladů na léky a růstem počtu ambulantních lékařů. Strmější nárůst nákladů na léky proti růstu počtu ambulantních lékařů, vyplývá též z faktu, že nově se etabloující ambulantní lékaři na trhu zdravotní péče pro získávání klientely používají více nových, drahých léků a mají vyšší frekvenci návštěv pacientů.

Při realizaci návrhu na vytvoření jediného správce povinného veřejného zdravotního pojištění (SPVZP) by uplatněním normativů počtu lékařů dle jednotlivých odborností a nekompromisním přístupem k farmaceutickým společnostem a distributorům mělo dojít k významnějšímu omezení trendu spojeného s růstem nákladů na léky.

Jestliže (dle podkladů) je spoluúčast (hlavně na nákladech na léky a stomatologii) pacientů 9 - 10%, tedy v řádu 14,8 - 16,5 mld. Kč, tak na úhradu výkonů za poskytnutou zdravotní péči a léky by mělo být vynaloženo za rok 2005 minimálně 165 mld.Kč z povinného veřejného zdravotního pojištění. Odborné odhady uvádějí růst inflace v ČR pro příští období asi 2 - 3% ročně, tedy růst těchto výdajů by byl asi 3,3 - 5,0 mld. Kč ročně. To znamená, že do roku 2010 lze předpokládat odhad nárůstu výdajů za výkony potřebné zdravotní péče (se zohledněním inflace) částkou do cca 186,5 mld. Kč (tedy inflační nárůst celkem o cca 21,5 mld. Kč). Tato potřebná částka (za inflaci) může být ročně plně kom-

penzována snížením ročních nákladů za léky snížením na tzv. marketingové pobídky (do roku 2010 se předpokládají marketingové pobídky v souhrnné výši 30 - 50 mld. Kč) vynakládané farmaceutickou lobby (pobídky musí být nižší než výnos z nich, tedy pokles marketingových nákladů na léky by byl ve prospěch zdravotní péče) jen na polovinu. To by při soustředěném působení všech státních orgánů mělo být plně realizovatelné. Při neúspěšném tlaku na farmaceutickou lobby lze přijmout již zmíněná úsporná opatření a zavedením limitace úhrad za léky (viz např. Velká Británie). Nárůsty výdajů z jiných důvodů, než inflačních, lze při zavedení regulace systému významně utlumit, aniž by to mělo vliv na péči o pacienty (na nutné zlepšování kvality vybavení a rozsahu by se mělo přispívat jen z přebytků bilancí).

Odpor a akce lékárníků proti snížení svých zisků v souvislosti se snížením obchodní marže u léků jsou sice pochopitelné, ale neakceptovatelné i vzhledem k míře zisku v tomto odvětví. Navíc vývoj ukazuje na účelovost jejich tvrzení (nejdříve bylo ohroženo cca 700 lékáren hlavně venkovských, potom cca 250 a poslední údaj je 6). Obchodní marže se v EU u celého dodavatelského řetězce léků pohybují v širokém rozsahu přibližně 15 - 41%, výrobci tedy jsou schopni přizpůsobení ve velké míře. Obchodní marže v ČR (viz navrhovaná opatření v lékové politice) klesala postupně z 38 % na 35 % poté 32% a nyní na 29 %. Ze zákona příslušelo a přísluší distributorům maximálně 12 % z celého rozpětí (což farmaceutické firmy ověřeně čerpaly i u rozpětí 35 %), v případě úhrad v termínech splatnosti i méně. Při snížení marže na 32 % dle diskutabilního tvrzení lékárníků, převzaly farmaceutické firmy snížení a čerpaly tedy z rozpětí marže jen do 9 % (ale svůj zisk si kompenzovaly, spíše navýšily, vhodnou volbou balení a dodavatelů s vyšší cenou). To znamená, že lékárny měly stále k dispozici 23 % rozpětí a snížení na nynějších 20 % pro ně rozhodně není, nemůže být likvidační. Růst počtu lékáren na skoro trojnásobek (v poslední době cca nových 100 lékáren ročně) dokazuje, že se jedná o lukrativní podnikání, nikoliv o starost o pohodlí pacientů. Mimo léky placené zdravotními pojišťovnami se stanovenou obchodní marží, prodávají lékárny i různé doplňky, byliny, čaje, kosmetiku apod., které nemají stanovenou obchodní marži a na tržbách lékáren se podílejí v řádu desítek procent a navíc doplatky požadované od pacientů za léky se liší ve velkém rozsahu. Předchozí udávané existenční ohrožení cca 250 lékáren (i kdyby k němu došlo), se tedy rovná jejich přírůstku v období posledních 2 - 3 let, což příliš nemůže ohrozit dostupnost léků pro pacienty (navíc síť lékáren je nadměrně hustá zejména ve městech). Lékárenské řetězce se zahraniční majetkovou účastí považují za zajímavé lékárny již s měsíční obchodní marží jen z léků překračující hranici 90 000 Kč (dle informace jednoho z nich platné pro rok 2000) pro jimi požadovaný minimální zisk. K tomu

ještě by přibyla marže za ostatní prodávané zboží. Česká lékárnická komora by se měla vrátit ke svému normativu počtu lékáren na počet obyvatel, čímž by byl problém vyřešen. Snížení počtu uličních lékáren v městech (na úroveň bývalého normativu lékárnické komory) rozhodně nemůže poškodit pacienty (ne každý absolvent farmaceutického studia musí mít vlastní lékárnou).

Komorou v mediích uváděný likvidační příklad zahrnuje pouze léky, nezahrnuje ostatní zboží a nezohledňuje, že nájem nebytových prostor v malých městech je podstatně nižší než ve velkých.

- měsíční tržby lékárny za léky	cca 700 000 Kč
- nákupní cena léků	cca 542 000 Kč
- DPH	cca 27 000 Kč
- hrubá obchodní marže (29 %)	cca 158 000 Kč
- obchodní marže distributora (12 %)	cca 65 000 Kč
zbývá na provoz lékárny jen z prodeje léků (na nájem, energie, mzdu atd.)	cca 66 000 Kč
při jen 20% tržbách za ostatní zboží (s 19% DPH) a stejných podmínkách marží přibude plus doplatky za léky -	cca 11 000 Kč neznámá částka

Návrh degresivní marže předložený lékárníky a dle ministerstva zvyšující náklady na výdej léků (o částku překračující 360 mil. Kč dle ředitele kontrolního odboru ministerstva v ČT1) místo snížení ceny pro pacienta, má za cíl udržet stávající úroveň jejich zisků a je proto nepřijatelný. KSČM původně navrhovala degresivní marži u léků vycházející ze základní sazby 29 % a snižující se až k úrovni 10 % (po 5 %) a proto podpoří návrh degresivní sazby marže (má shodné hranice) ministra Ratha. Takto stanovená velikost obchodní marže by neměla znamenat zvýšení nákladů na výdej léků, ale jejich pokles a ani existenční ohrožení většiny lékáren. Větší zisky nemocničních lékáren, které použijí nemocnice na úhradu jiných nákladů nemocnic (ne na odčerpání zisku mimo nemocnice, což obchodní společnosti umožňují) lze považovat za účelné, ale nesmí být dovoleno, aby z nemocničních lékáren byly vytvořeny dceřiné společnosti obchodních společností, anebo se z nich (od určitého objemu) staly nakupované služby nebo dodávky léků byly místo vlastní lékárny zajišťovány třetí osobou.

Je třeba se zabývat i další činností lékáren a to je tzv. magistraliter příprava léčiv podle rozpisu lékaře. Taková léčiva jsou podstatně levnější než hotové

léky od výrobce. Jsou dosud často používána specialisty v kožním lékařství, gynekologii, pediatrii, ORL, gastroenterologii, očním lékařství, ale i lékaři praktickými. Úhrada těchto léčiv se skládá ze dvou částí - nákladů na suroviny a tzv. taxy laborum, která má odrážet náklady zbylé (laboratoř, materiál, energie apod.). Tato taxa je však výrazně podhodnocena, takže příprava léčiv »magistraliter« bývá pro lékárny ztrátová. To vede k častému odmítání nemocných s takovými recepty (třeba pod záminkou chybějící suroviny). Domníváme se, že navýšení taxy laborum na odpovídající úroveň ve vztahu k obchodní marži by tento problém odstranilo a zároveň i stimulovalo lékaře k hojnějšímu využívání tohoto druhu preskripce, což by jednoznačně vedlo ke zlevnění léčby.

SOUHRN

Z navržené konkretizace přístupů KSČM ke zdravotnictví (respektující závěrečnou zprávu studie OECD »Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům« a v ní doporučené stimuly ke zvýšení efektivity zdravotnických systémů) vyplývají proti současnému stavu tyto úspory, které by měly znamenat dostatečnou rezervu pro stabilizaci celého zdravotnického systému:

- vytvořením jediného SPVZP by mělo dojít k úspoře administrativních nákladů nutných ke správě veřejných (zdravotnických) prostředků z dnešních cca 5 - 6 mld. Kč sloučením působnosti nynějších 9 zdravotních pojišťoven (měl by nastat pokles aparátů min. o cca 20 %), pokles provozních nákladů o zmenšené potřebné provozní prostory (náklady na provoz objektů se sníží o pronajaté nevyužité prostory) atd. tj. úspora minimálně cca 1 - 1,2 mld. Kč ročně (v případě schválení novely snižující administrativní výdaje zdravotních pojišťoven na 2 % o více než 2 mld. Kč ročně proti současnému stavu) - pro 1. rok potřeba vyšších osobních nákladů na odstupné v odhadované výši cca 0,4 mld. Kč. Převedením SPVZP pod pravomoc Ministerstva zdravotnictví a s tím spojenou změnu vnitřních mzdových předpisů - přechod na známý tabulkový systém, by znamenal další úsporu nákladů a snížení dnešních vysokých platů ve zdravotních pojišťovnách;
- vytvořením jediného SPVZP by mělo dojít k uvolnění některých nemovitostí dnešních 9 zdravotních pojišťoven. Jejich pronajímáním tak SPVZP získá další doplňkový zdroj (v současné době nelze vyčíslit v jaké výši);
- novelizací normativů počtů lékařů dané odbornosti a jejich důsledným uplatněním by mělo dojít k celkovému poklesu (a jinému rozložení ve prospěch oblastí) počtu ambulantních lékařů o min. cca 15 % (přibližně na stav před rokem 2002, což lze ve smyslu uvedené závěrečné zprávy studie OECD považovat za redukci nadměrné kapacity), což bude znamenat pokles nákladů na léky (pokles počtu receptů) a výrazný pokles nákladů

na hrazenou ambulantní péči (pokles frekvence návštěv pacientů z iniciativy lékaře). Frekvence kontrol pacienta u lékařů je u nás v průměru vyšší než je průměr EU. To lze ve smyslu uvedené závěrečné zprávy studie OECD považovat za redukci nadměrné péče a za omezení plýtvání finančními prostředky. Lze předpokládat pokles frekvence návštěv nemocných - chroniků jen např. u ambulantních specialistů (bude připadat více pacientů na jednoho ambulantního specialistu) min. o cca 30 % (ve většině případů lze čtvrtletní kontroly prodloužit na pololetní). Dle grafu vývoje plateb jednotlivým segmentům zdravotní péče by pokles ambulantních lékařů na úroveň roku 2001 znamenal pokles (oproti roku 2004) nákladů na tuto zdravotní péči o cca 2 mld. Kč i pokles nákladů na léky (oproti roku 2005 bude ještě vyšší);

- SPVZP by měl dávat doporučení komisi Ministerstva zdravotnictví pro pořizování vybrané zdravotnické přístrojové techniky a při uzavírání smluv o úhradě poskytnuté zdravotní péče s jednotlivými poskytovateli (úspěšnými účastníky výběrových řízení) zvláště hodnotit potřebu pořízení dalších konkrétních zdravotnických přístrojů do daného místa, lokality, vzhledem k jejich nynějšímu počtu v něm (důsledek neřízeného a nekontrolovaného stavu v devadesátých letech). Je nutné zabránit obcházení komise pro vybranou přístrojovou techniku, zejména po rozšíření její působnosti, např. přes rekonstrukce, modernizace příslušného zařízení apod.;
- kontrola (ekonomická zainteresovanost) lékařů na zvýšeném využívání generik (70:30) oproti dnešnímu stavu (45:55), při v průměru zhruba třetinové ceně generik proti novým lékům, by znamenala pokles nákladů na léky o cca 4,3 mld. Kč. Při horším poměru za čtvrtletí by nastal progresivní pokles úhrady SPVZP příslušnému lékaři, což je lepší řešení než limitace předpisu léků absolutní částkou;
- z povinného veřejného zdravotního pojištění by nebylo možné hradit léky (a to ani částečně), na které byla reklama v kterémkoliv médiu. To by znamenalo pokles nákladů na léky v zatím nezjistitelné výši (pacienti nebudou nutit lékaře k jejich předepsání);
- tvrdé sankce proti korupci z veřejných prostředků (korumpování lékařů za předepisování drahých léků dealery - reprezentanty příslušných farmaceutických společností v rámci marketingových pobídek) za využití auditorů (při ročních závěrkách u dodavatelů, zjištění těchto položek v jejich účtenictví) při současném vyhodnocování dat SPVZP, by znamenaly další (předem těžko odhadnutelnou) úsporu nákladů SPVZP. (Na tuto korupci vynaládá ročně farmaceutická lobby, jak bylo výše uvedeno, v rámci svých tzv. marketingových pobídek částky až v mld. Kč. Tržby za daný produkt musí převýšit vynaložené marketingové pobídky na něj). Sankce za prokázanou

korupci až po zrušení smlouvy s SPVZP o úhradě zdravotní péče, tedy vyřazení příslušného lékaře z páteřní sítě. Omezení korupčního vlivu dealerů - reprezentantů farmaceutických společností na lékaře by bylo možné i povinným rozšířením využívání informačních technologií. Tzv. smlouvy o ověřování vlivu drahých léků na pacienty a s nimi spojená odměna pro lékaře, by musely být u lékařů a subjektů v páteřní síti odsouhlaseny centrálně SPVZP a nesměly by být uzavřeny paralelně s několika lékaři. Jakýkoliv lék než je povolen k distribuci na českém trhu musí již být ověřen a odsouhlasen (prověřen) SÚKL, jde tedy o duplicitní záležitost;

- převody nemocnic s nekvalitní péčí na zařízení následné péče z hlediska redukce výše nákladů lze těžko předem vyčíslit, protože pacienti z těchto nemocnic se přesunou do kvalitnějších a provoz objektů bude nutno dále zabezpečovat (i když nyní není jasné, v jakém rozsahu) a bude asi hrazen z více zdrojů;
- zavedením inflačního růstu u plateb státu za své »státní« pojištěnce (při zatím Ministerstvem financí odhadované průměrné inflaci v budoucích letech ve výši 2,5%) by byly prostředky povinného veřejného zdravotního pojištění ročně navyšovány v průměru o cca 0,8 mld. Kč za tuto skupinu pojištěnců. K tomu nutno připočítat jednorázové navýšení měsíční platby v roce 2006 o 64 Kč/měsíc, což znamená přínos min. cca 4,4 mld. Kč (v případě odsouhlasení dalšího navrhovaného jednorázového navýšení měsíční platby by to znamenalo dalších cca 4,8 mld. Kč navíc). SPVZP by, po souhlasu Ministerstva financí (a zdravotnictví) navyšoval při inflaci, při jejím kumulovaném překročení určité hodnoty např. 5 - 10 %, též hodnotu bodu a kapitální platbu za osobu;
- převody nedobytných pohledávek SPVZP by v průměru znamenaly přínos (podle odhadované výše dluhů všech nových neplatičů v roce dle odhadů z roku 2001) pro veřejné zdravotní pojištění ročně ve výši cca 0,1 mld. Kč s postupným poklesem;
- z veřejného zdravotního pojištění financovat pouze akutní péči v jakémkoliv zdravotnickém zařízení za kalkulovanou cenu a ostatní potřebnou zdravotní péči převážně jen v páteřní síti (většina zemí s veřejným zdravotním pojištěním má vytvořeny na něj napojené, taky shodně označované, páteřní sítě veřejných nebo neziskových zdravotnických zařízení - viz kap. o porovnání s EU). Tím lze vytvořit účinný nástroj bránící destabilizaci zdravotnictví (nutno omezit reklamu na lákání pacientů do soukromých zařízení z důvodu platby z veřejných peněz respektive informovat všechny pojištěnce, že SPVZP hradí pouze vykalkulovanou cenu a rozdíl bude hradit pacient na své náklady). Na určitý souhrnný objem zakázky jsou pro veřejné peníze stanovené postupy, je tedy nutné po roce činnosti tyto výdaje analyzovat.

Tato opatření představují roční úsporu v nákladech SPVZP (proti současnému stavu) minimálně ve výši cca 10 - 11 mld. Kč (při započtení jednorázového navýšení platby za »státní« pojištěnce v roce 2006 ve výši 560 Kč/měsíc), ke kterým by se ještě měl přidat pokles čerpané zdravotní péče z důvodu poklesu frekvence návštěv pacientů, pokles nákladů na drahé léky z důvodu omezení vlivu dealerů (šedé ekonomiky) a případné další jednorázové navýšení platby za »státní« pojištěnce. V souhrnu by potom nemělo docházet ke skluzu plateb a nebyla by nutnost zvyšovat spoluúčast pacientů (spíše rezerva pro postupný pokles). Vzhledem k předpokládanému reálnému nárůstu výběru povinného veřejného zdravotního pojištění min. o cca 3 % ročně (předpokládaný nárůst průměrné mzdy 5 - 6 % - dle volebních slibů by mělo být i více - pokles nebo stagnace nezaměstnanosti, což má vliv na počet »státních« pojištěnců), bylo by možné snižovat postupně spoluúčast pacientů až k hodnotě cca 5,5 - 7,5 % a zvýšit úhrady nemocnicím pro snížení jejich nekrytých nákladů provozu (po provedené racionalizaci jejich provozu).

Nákladová provozní potřeba nemocnic (dle podkladů pro návrhy koncepce bývalé ministryně Emmerové) je udávána v roce 2004 částkou cca 82 mld. Kč, přičemž bylo zdravotními pojišťovnami zapláceno v tomto roce za nemocniční, laboratorní a diagnostickou péči (dle stejných podkladů ministerstva) cca 69 mld. Kč. Rozdíl ve výši 13 mld. Kč byl tedy financován (úvaha podle uváděných podkladů) s největší pravděpodobností takto:

- odpisy ve výši - 4,55 mld. Kč;
- financování pomocí rozpočtů samospráv - 7,0 mld. Kč;
- zbývající částka ve výši 1,45 mld. Kč byla pravděpodobně dofinancována z kapitoly Ministerstva zdravotnictví, z kapitoly Veřejná pokladní správa a z přímých výdajů státního rozpočtu do zdravotnictví.

Z udávaných hodnot vstupů do zdravotnictví těchto 3 položek (kapitola Ministerstva zdravotnictví, kapitola Veřejná pokladní správa a přímé výdaje ze státního rozpočtu), které jsou o dost vyšší než uvedený rozdíl, lze tedy dedukovat, že z těchto položek, mimo dorovnání provozní ztráty, byly především financovány příspěvky na pořizování investic, rekonstrukcí a modernizací nemocnic (této úvaze nahrává i nemocnicemi udávané záporné saldo pohledávek a závazků po lhůtě splatnosti ve výši cca 2,1 mld. Kč v roce 2004). To ovšem vyvolává následně tlak na zvyšování úhrad z veřejného zdravotního pojištění a destabilizuje celý systém. Financování obnovy nemocí a vybavení nebo pořizování nového z jakékoliv položky státního roz-

počtu nebo veřejné pokladní správy nebo rozpočtů samospráv musí tedy být možné pouze se souhlasem správce povinného veřejného zdravotního pojištění (SPVZP).

Mimo uvedené úspory v celostátním měřítku (u SPVZP), by vznikly i rezervy v úrovni nemocnic v páteřní síti (bývalých okresních nemocnic) možností zúčtování DPH se státním rozpočtem v přibližné výši (dle údajů za rok 2004 v podkladech ke koncepci bývalé ministryně Emmerové):

suma nákladů okresních nemocnic za	mld. Kč	% nákladů	sazba DPH	DPH v mld. Kč
léky cca	6,24	7,6	5%	0,31
+ krev cca	1,24	1,5	5%	0,06
zdravotní materiál cca	11,19	13,6	5%	0,56
potraviny cca	1,1	1,3	5%	část by měl hradit personál
energie cca	2,54	3,1	19%	0,48
nakupované služby cca	6,46	7,9	19%	1,227
ostatní náklady cca	11,13	13,6	19%	nelze z podkladů určit jaká část je nakupována
osobní náklady odpisy	34,55	42,14		
	4,55	5,54		

což dává rezervu ve prospěch nemocnic (v úrovni okresních) zařazených do páteřní sítě minimálně ve výši cca 2,64 mld. Kč + DPH u nakupované části ostatních nákladů (při nákupu cca 25 % objemu např. materiálu pro údržbu by to znamenalo dalších cca 0,53 mld. Kč k jejich dispozici). Tím by měly být k dispozici dostatečné finanční rezervy v nemocnicích, jednak pro krytí případných výkyvů, jednak by to umožnilo použití odpisů k původním účelům a nikoliv ke krytí provozních nákladů jako dosud. Provedením racionalizačních opatření jako např. vybudování centrálního příjmu (kde nejsou) nebo vytvořením multifunkčních JIP z jednooborových, by došlo k dalším úsporám v nejnákladnější položce nemocnic - osobních nákladech.

Široce diskutovanou otázku paušálních plateb pacientů za hospitalizaci není nutné v navrhované variantě změně akutně řešit, protože se jednak předpokládá novelizace seznamu výkonů (a tedy zohlednění současných cen energií, vodného, stočného atd.), jednak odpočtem DPH pro zdravotnická zařízení v páteřní

síti by tento problém měl být alespoň částečně řešen. Zavedení poplatků za hospitalizace by rovněž znamenalo komplikace při jeho úhradách, soudní spory při vymáhání apod., tedy zvýšení administrativních nákladů. Zatím nejsou k dispozici data pro zhodnocení přínosu (tržeb a nákladů) v případě jeho zavedení ani v případě možných variant řešení např. platba jen v případě plánovaných výkonů. K tomuto problému je nutné se vrátit až po stabilizaci navržených systémových změn a zpracování potřebných podkladů.

Nemocnice v páteřní síti se spotřebou léků převyšující v ročním objemu částku 20 mil. Kč by měly mít povinně vlastní nemocniční lékárnu a nezajišťovat tuto činnost, potřebu od třetích osob. Jednak by obchodní marže z tohoto objemu měla převýšit náklady s provozem lékárny spojené a zůstane k volné dispozici nemocnici a jednak to umožní snížit zásoby léků na odděleních (bude k dispozici větší objem potřebných léků v lékárně, případně s nepřetržitým provozem), což se příznivě druhotně projeví v nákladech nemocnice (klesne celkový objem zásob léků na odděleních). Další možnosti úspor nákladů pro zdravotnická zařízení skýtá využití informačních technologií, ať již při zpracování dat a nakupovaných servisních službách, tak při předání nebo přebírání pacienta formou vyšetření, snímků apod. na CD atd.

Na základě výše uvedeného by tedy měly být profinancovány všechny provozní náklady nemocnic v páteřní síti od roku 2006 minimálně takto (vybrané úspory, přínosy u SPVZP převedeny ve prospěch nemocnic):

– provozní náklady nemocnic	cca 82 mld. Kč
– inflační nárůst 2,5 % (zatímní odhady)	cca 1,2 mld. Kč
– nárůst nákladů 3 %	cca 2,5 mld. Kč
celkem potřeba financování	cca 85,7 mld. Kč
– úhrada za poskytnutou zdravotní péči v roce 2004 správcem povinného veřejného zdravotního pojištění	cca 69 mld. Kč
– navýšení úhrady v roce 2005 z navýšení příjmů	cca 5,5 mld. Kč
– navýšení úhrady z navržené regulace (úspor)	cca 7,0 mld. Kč
– odsouhlasené navýšení příjmů za »státní« pojištěnce v roce 2005 pro cca 5,7 mil. osob min.	cca 5,6 mld. Kč
– úspory z navrhovaného odpočtu DPH	cca 2,64 mld. Kč
celková možnost k dispozici ve veřejném zdravotním pojištění a v nemocnicích pro financování nemocnic při zachování kreditu pro ostatní segmenty	cca 89,7 mld. Kč

Mimo uvedenou bilanci by měly být k dispozici u SPVZP ještě další uvedené, ale zatím nevyčíslené, zdroje v rámci povinného veřejného zdravotního pojištění:

- příjem nájemného z pronajatých uvolněných nemovitostí bývalých zdravotních pojišťoven;
- úspory v nákladech na léky vzniklé regulací počtu ambulantních lékařů;
- úspory v nákladech na léky vzniklé degresivní obchodní marží;
- úspory v nákladech na zdravotní péči v páteřní vzniklé regulací (nadměrného místního) přístrojového vybavení;
- úspory z nekompromisního postupu vůči farmaceutické lobby za zneužívání marketingových pobídek ke korupčnímu jednání (u některých lékařů), které je následně hrazené přes léky z povinného veřejného zdravotního pojištění;
- úspory vzniklé odpovědnějším přístupem při vystavování fiktivních neschopenek (lékař musí stanovit diagnózu a léčení);
- úspory v nákladech nemocnic vzniklé vytvořením nemocničních lékáren (kde nejsou a byly by účelné) na základě převisu obchodní marže a poklesu zásob léků na odděleních, případně vytvořením centrálních příjmů nebo multifunkčních JIP;
- úspory v nákladech nemocnic vzniklé u nakupovaných služeb v případech, kdy kalkulace by prokázala účelnost zajištění této služby přímo nemocnicí;
- úspory v nákladech nemocnic vzniklé prozkoumáním nákladů na informační technologie a souladu smluvních vztahů s příslušnými zákony.

V případě uplatnění jednotného software (vítěze výběrového řízení) v páteřní síti (jak pro podklady pro úhradu poskytnuté zdravotní péče, tak pro potřeby lékařů) a tedy jednotné principy smluv o potřebném servisu, lze předpokládat rovněž pokles nákladů jednotlivých subjektů (při přesném dodržení znění zákonů a předpisů pro účetnictví jen u servisních smluv týkajících se uživatelského software možnost významných úspor) a tedy další zvětšení rezervy nemocnic v páteřní síti.

Přechodné období

Vzhledem k prezentovanému dluhu VZP v rozmezí 11-14 mld. Kč k 31. 12. 2005 (výše udávaná jednotlivými aktéry causy se liší) musí být rovněž stanoven postup umoření tohoto dluhu před přechodem k normální činnosti SPVZP. Protože není známo datum případného rozhodnutí o přijetí tohoto návrhu varianty systémových změn ani případné realizace, je možné stanovit pouze sled nutných kroků, rozhodnutí, zpracování potřebných podkladů, novelizací apod.

Vyjde-li se ze skluzu plateb VZP po lhůtě splatnosti ve výši udávané lékaři kolem 50 dnů, tak ztráta VZP by měla být ve výši cca 1,6 násobku měsíčních příjmů, tedy cca 14,5 mld. Kč. Podle dohody stát odkoupil (převážně od VZP) nedobytné pohledávky ve výši cca 3,8 mld. Kč, tedy zbývá cca 10,7 mld. Kč (Podle posledních informací v médiích, oficiálně nepotvrzených byl dluh VZP k 31. 12. 2005 cca 10,4 mld. Kč, k 31. 1. 2006 pak cca 7,5 mld. Kč). Tento dluh (10,7 mld. Kč) lze umořit při realizaci systémových změn navrhovaných KSČM v průběhu přibližně 9 - 12 měsíců (od data rozhodnutí o realizaci), bez nutnosti překlenovacího úvěru pro VZP v předběžně udávané výši cca 5 mld. Kč, (náklady systému nebudou navíc zatíženy úvěrovými náklady - úroky, zajištění úvěru, které nelze podle v současnosti známých informací odhadnout), případně uzavřením překlenovacího úvěru pouze na období několika měsíců (do doby realizace předmětného záměru, navíc při jednání o překlenovacím úvěru by SPVZP měl možnost ručení novými zdroji), protože:

- okamžité vyhlášení stop stavu na uzavírání nových smluv o úhradě všemi zdravotními pojišťovnami včetně pozastavení vzniku nových lékáren, by zastavilo zhoršování celkové bilance. Nucená správa VZP a kroky ministerstva postupně dále snižují dluh v systému;
- po rozhodnutí o realizaci lze příslušný zákon o vytvoření jediného správce povinného veřejného zdravotního pojištění projednat ve sněmovně ve zkráceném řízení vzhledem k vážné situaci ve zdravotnictví (hlavně ODS bude s odvoláním na posvátnost konkurence blokovat jeho přijetí). Zákon by stanovil mimo vytvoření jediného SPVZP též přesměrování všech výběrů povinného veřejného zdravotního pojištění na tohoto správce a v první etapě i sloučení všech zdravotních pojišťoven, ve kterých má stát majoritu, s tímto správcem. V dalších etapách potom sloučení zbývajících zdravotních pojišťoven s tím, že zákon jim nepovolí nadále se podílet na povinném veřejném zdravotním pojištění a vzhledem k tomu, že jimi vytvořené rezervní prostředky vznikly z povinného veřejného zdravotního pojištění a diskriminací jedné zdravotní pojišťovny (VZP), tak budou muset být převedeny do kompetence nově vzniklého jediného SPVZP (právníci a legislativci vydefinují postup);
- po přijetí novely příslušného zákona lze realizovat sloučení činnosti všech zdravotních pojišťoven do jediného subjektu (podpořeno názorem ministra, že zaměstnanecké zdravotní pojišťovny neplní podmínky stávajícího zákona) v průběhu 6 - 9 měsíců (včetně nutnosti zpracovat mimořádné mezitímní závěrky zdravotních pojišťoven, provést jejich audity a jmeno-

- vat nový management po výběrovém řízení). Vznikne ale problém se zrušením statutárních orgánů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a s odvoláním jejich členů v případě jejich likvidace;
- vytvořením jediného SPVZP a využitím rezerv dnešních zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven (vytvořených na základě diskriminace VZP) poklesne (do 1 měsíce po realizaci předcházejícího bodu) dluh na maximální výši cca 3,4 mld. Kč. (Podle výše nynějších rezerv uváděných v tisku u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, měl by ale být výrazně nižší - viz údaje ministerstva do roku 2004). To umožní snížení skluzu doby splatnosti faktur na průměrných cca 15 - 20 dní (což je skluz na termín splatnosti, který musí být pro většinu poskytovatelů na přechodnou dobu akceptovatelný, celkem cca 40 dnů od vystavení faktury) i méně (viz termíny splatnosti faktur např. obchodních řetězců - až 90 dnů);
- po realizaci předchozího bodu je možné plně umořit překlenovací úvěr, pokud byl poskytnut;
- uplatněním úspory vzniklé poklesem velikosti administrativního aparátu a potřebných provozních prostor jediného SPVZP, poklesne dluh o cca 0,4 mld. Kč na částku cca 3,0 mld. Kč (případně méně, podle skutečné velikosti rezerv ZP a je-li výše dluhu VZP prezentovaná k 31. 1. 2006 pravdivá) do max. 9 měsíců po zapsání jediného SPVZP do Obchodního rejstříku;
- vyhlášení výběrových řízení ihned po zapsání jediného SPVZP do Obchodního rejstříku;
- úsporou výdajů za zdravotní péči vzniklých realizací tohoto návrhu ve výši cca 2 mld. Kč ročně by měl dluh poklesnout na 0,9 mld. Kč (případně vyrovnán) do 12 měsíců po zapsání jediného SPVZP do Obchodního rejstříku;
- úspora výdajů na léky, vzniklá realizací tohoto návrhu, ve výši minimálně cca 4 mld. Kč ročně po 12 měsících po zapsání jediného SPVZP do Obchodního rejstříku, by byla rezervou pro případné výkyvy;
- nutnost urychleně legislativně dořešit právní formu nemocnic v páteřní síti tak, aby mimo zabránění možnosti odčerpání případných zisků mimo danou nemocnici a zabránění možnosti prohlásit konkurs na nemocnici (viz v současnosti již prohlášené konkursy na nemocnice - obchodní společnosti), aby byla právní forma nemocnic v souladu i s právem EU týkajícího se podpory právního subjektu z veřejných prostředků (pro tento případ je ideální právní forma příspěvková organizace).

Do 12 měsíců po zapsání jediného SPVZP do Obchodního rejstříku by tedy měl být skluz plateb na termín splatnosti vyrovnán (bez zvyšování spoluúčasti pacientů nebo dotacemi z Ministerstva financí) a jediný SPVZP by měl dále fungovat dle předloženého návrhu bez finančních komplikací a plateb po termín-

nu splatnosti. (Vzhledem k tomu, že pojištěnci platí povinné veřejné zdravotní pojištění jedenkrát v měsíci, měl by být termín splatnosti faktur u SPVZP stanoven na min. 30 dnů zákonem).

Současný odpor hejtmanů proti návrhu zákona o neziskových nemocnicích vyplývá z jejich snah o převod nemocnic do právní formy umožňující nejen odčerpání zisků mimo nemocnici, realizaci záměrů ODS vyjádřených v Modré šanci, tichou změnu vlastníků (akcie na majitele), ale po roce 2013 (10 let po převodu) i bezproblémové ukončení stávající činnosti nebo změnu předmětu jejich činnosti. Současně jde, v souladu s Modrou šancí, o převedení čerpání veřejných prostředků a zisků do soukromých rukou bez ohledu na potřeby a dostupnost zdravotní péče pro všechny.

OSTATNÍ

Nemocenské a jiná pojištění

Hlavní příčinou zneužívání nemocenské a následně povinného zdravotního veřejného pojištění, jsou většinou problémy v podnikání zaměstnavatele anebo špatná sociální situace »simulantů«. Navrhované zpřísnění však může postihnout i ty, kteří jsou opravdu nemocní a ze strachu o své zaměstnání mohou zanedbat závažná onemocnění a prodražit tak zdravotní péči sekundárně. Vypisování fiktivních neschopenek pak následně prodražuje poskytnutou zdravotní péče včetně zbytečně a neúčelně vynaložených nákladů na zbytečná vyšetření apod. Jde tedy o plýtvání veřejnými prostředky. Vzhledem k přesunu povinnosti hradit nemocenské dávky v prvních 14 dnech na zaměstnavatele a současném snížení výše nemocenského pojištění, musí stát (Ministerstvo financí) zabezpečit minimálně úpravu účetní osnovy, úpravu účetních předpisů a zabezpečit dodatečnými kontrolními mechanismy, aby prostředky vytvořené organizací pro tento účel, nebyly zneužity (např. pro podnikání nebo osobní spotřebu podnikatele).

Potřebná je také kontrola praktických a dalších ošetřujících lékařů a závodních lékařů, posudkových lékařů ze strany revizních lékařů SPVZP, systematická statistická analýza výsledků kontrol a postih nezodpovědných nebo benevolentních lékařů. Ambulantní lékaři odpovědným přístupem mohou silně ovlivnit objem vyplacené nemocenské.

Média

Vzhledem k převážně pravicovému až antilevicovému a antikomunistickému zaměření většiny médií, by KSČM společně s ČSSD měly prosadit v parla-

mentu novelu zákona, která by ukládala mediím (pod sankcemi), hlavně veřejnoprávní a soukromým televizím (většina pořadů má pouze pravicově zaměřené účastníky, manipulace s hlasováním diváků, které nemá vypovídací schopnost - existují i možnosti technického ovlivňování), veřejnoprávním rozhlasovým stanicím, celostátním deníkům, odborným ekonomickým a politickým periodikům apod., aby při diskusích a besedách na ekonomické nebo politické téma, ale i při komentování, informování o událostech, byli vždy povinně paritně zastoupeni zástupci pravice a levice, nebo zveřejněny informace i o opačném názoru. I hlasování diváků je ovlivněno jejich možnostmi jak finančními (šetří i na hovorném), tak technickými (telefon nemá každý posluchač, SMS používají většinou převážně mladí). Tím je vyvolávána mylná představa o zaměření, náladách obyvatelstva a má i psychologický efekt na nerozhodnuté posluchače - voliče, aby se přiklonili k většině, tedy podle nich k pravici. Navíc při hlasování diváků nebo zaslání SMS by mělo být technicky omezeno volání z jednoho místa a čísla a u pevných linek stejný počet připojených telefonních vstupů (linek) ke každé volbě. V tištěných médiích by se rovněž ke stejnému problému měli vyjádřit zástupci obou směrů. Stávající situaci v médiích vnímáme jako průběžnou předvolební kampaň ve prospěch pravice trvající od voleb k volbám a v podstatě s minimalizovanou možností levice vysvětlovat podstatu problémů z jiného hlediska. Variantou by při medializaci bylo i paritní hledisko podle zastoupení v parlamentu, tj. vládní koalice, jednotlivé části opozice, nezastoupené strany v parlamentu. Těto situaci přesně odpovídá i mediální prezentace problémů ve zdravotnictví a uváděné možnosti jejich řešení a příčiny vzniku (viz např. prezentace akcí a názorů různých sdružení lékařů a farmaceutické lobby v současné době, podporované ODS - probíhaly až do voleb).

Přístupy ke stabilizaci zdravotnictví

V současné době jsou v ČR v podstatě 3 přístupy k problematice stabilizace zdravotnictví:

- pravicový, egoistický přístup pravice, která nechápe zdravotnictví jako veřejnou službu, ale zdraví považuje za zboží a zdravotní péči za prostředek k obohacení. V důsledku toho prosazuje pro zvýšení efektivity a stabilizace zdravotnictví především opatření na straně poptávky, tj. zvýšení spoluúčastí a přímých plateb pacientů a teprve z toho by následně vlivem konkurence měla vyplynout případná (neřízená) redukce nabídky, případně zdravotních pojišťoven a zvýšení (možná) efektivity zdravotnictví;
- částečně levicový přístup ČSSD na bázi solidarity chápe zdravotnictví jako veřejnou službu a pro zvýšení efektivity a stabilizace zdravotnictví považuje za nutné opatření jak na straně poptávky, spotřeby (zvýšení spo-

luúčastí, přímých plateb, které vyplyne po analýze ekonomiky zdravotnictví - viz stanovisko doc. Emmerové a MUDr. Ratha), tak na straně nabídky (redukce zdravotnických zařízení s nekvalitním poskytováním zdravotní péče, vytlačování šedé ekonomiky) a na straně plátců (zprísňení kontroly hospodaření zdravotních pojišťoven včetně možného snížení jejich počtu). O přímé redukci nadměrných kapacit a nadměrné zdravotní péče, tedy omezení plýtvání finančních prostředků a tím zvýšení efektivity zdravotnictví, se neuvažuje;

– levicový přístup KSČM na principu solidarity chápe zdravotnictví jako veřejnou službu a pro zvýšení efektivity a stabilizace zdravotnictví prosazuje upřednostnit opatření na straně nabídky (redukce nadměrných kapacit, redukce nadměrné péče, omezení plýtvání finančními prostředky, redukce šedé ekonomiky), racionalizaci činnosti na straně plátců (jediný správce povinného veřejného zdravotního pojištění) a racionalizaci využívání veřejných prostředků ve zdravotnictví (léková politika).

Protože levice v ČR oprávněně varuje před nástupem ODS k moci a oprávněně předpokládá, že realizace experimentu Modrá šance by uvrhla převážnou část obyvatelstva do bídy, je v dalším textu (Příloha č.1) uveden podrobný komentář k zatím známému znění Modré šance pro zdravotnictví s upozorněním na problémy z jejího textu (oficiální verze z 6/2004) vyplývající. Protože v současnosti má ODS zpracován tzv. Nový plán pro zdravotnictví, který prezentuje zatím jako jen »soukromý názor« senátora Julínka a nikoliv jako oficiální materiál ODS pro volby (oficiálním se stane zřejmě až po volbách), je nutné jej též urychleně prostudovat a analyzovat.

ODS ve svých návrzích často nerespektuje, jak bylo již uvedeno, závaznost předpisů a norem EU a mezinárodních smluv pro ČR. Při svých vyjádřeních často zaujímá stanoviska jako by právo ČR bylo nadřazeno nad právo EU anebo právo EU nebylo pro ČR závazné (viz např. problematiku obchodních společností - nemocnic). I když KSČM nedoporučovala vstup ČR do EU, na rozdíl od ODS respektuje tuto skutečnost i závaznost legislativy EU pro ČR.

Porovnání přístupu KSČM s Modrou šancí ve zdravotnictví

Podrobnosti z jednotlivých částí Modré šance ODS většinou tají (ani bližší vysvětlení přednesená na kongresu ODS v Brně nebyla zveřejněna), zřejmě proto, jak pravil poslanec ODS, stínový ministr Říman (citováno dle tisku) »kdyby lidé věděli, co je čeká, tak by nás nevolili«. Organizační teorie na Západě od devadesátých let nepodporuje oblíbenou tezi ODS, že »stát je špatný vlastník«. Teorie se nyní kloní k názoru, že o úspěchu podniku nerozhoduje

vlastník, ale kvalita managementu a zpracovaný systém legislativy a předpisů (vyjádření Milтона Friedmana, autora monetarismu, z konce devadesátých let). Tedy aspekt konkurence zdůrazňovaný ODS z teoretického hlediska nemá takovou váhu, která je mu ODS připisována a navíc hospodářský úspěch Číny (řízený trh) silně původní tezi ODS o liberalizaci zpochybňuje.

Z informací, které z ODS pronikly na veřejnost, je pro systém zdravotnictví zásadní, že ODS předpokládá snížit procento povinného veřejného zdravotního pojištění z 13,5 % na 10 %, placenou spoluúčast pacienta od 3000 Kč ročně a v rámci rovné daně vzrůst DPH u léků z 5 % na 15 % (rozporný názor poslance Tlustého s vedením ODS - sazbu DPH u léků ponechat nebo ještě snížit). To znamená zcela principiální omezení bezplatné zdravotní péče, podstatné zvýšení spoluúčasti pro nejvíce potřebné a tím omezení její dostupnosti. Jestliže v roce 2005 bylo na povinném veřejném zdravotním pojištění vybráno cca 162 - 165 mld. Kč, tak pokles procenta na 10 % znamená pokles výběru zdravotního pojistného o cca 42 - 43 mld. Kč. Zvýšení DPH u léků rovnou daní znamená zdražení odhadované úhrady z roku 2005 o 5,5 - 6 mld. Kč. V systému zdravotnictví proti současnému stavu bude tedy chybět mezi 47 - 49 mld. Kč. Jestliže se uvádí, že 80 % prostředků povinného veřejného zdravotního pojištění čerpá jen 20 % pojištěnců, znamená to, že obdobný poměr bude i u objemu spoluúčastí a tedy, že ze současného objemu spoluúčastí cca 14,8 - 16,5 mld. Kč zaplatilo 20 % nejpotřebnějších cca 13 mld. Kč, tedy na jednoho pojištěnce této skupiny připadá v průměru cca 6500 Kč. Skupina 80 % relativně zdravých pojištěnců nevyčerpá limit spoluúčasti i jejich výdaje na zdravotní péči budou podstatně nižší. Na jejich osobních účtech tedy budou kladné zůstatky, které nebudou k dispozici potřebným. To znamená v souhrnu, že bude muset 20 % potřebných (tj. asi 2 mil. pojištěnců) pokrýt doplňkovým pojištěním nebo spoluúčastí v hotovosti chybějící částku celkem tj. 60 - 62 mld. Kč ročně (v průměru na jednoho potřebného pojištěnce to bude vyžadovat cca 31 000 Kč navíc ročně anebo zkrácení poskytované péče o více než 1/3), a protože se většinou jedná o chroniky (a to jsou zase většinou důchodci) nebo malé děti (mladé rodiny), bude to pro ně (vzhledem k růstu ostatních životních nákladů) možná nezvládnutelné. Výpadek zůstatků osobních účtů za 80 % zdravějších pojištěnců bude současně znamenat pokles příjmů a poskytovatelé si tedy budou vynucovat další zvýšení úrovně spoluúčastí.

Současně se předpokládá zavedení poplatků za každou návštěvu lékaře (asi 48 Kč) a za recepty (asi 20 Kč), tedy opatření na straně poptávky (spotřeby), která představují (další hotovostní výdaje mimo spoluúčast), podle v součas-

nosti udávaných frekvencí, platby mimo povinné veřejné zdravotní pojištění a nemají se započítávat do limitu 3000 Kč, a byly by zvláštním příjmem (podle současné statistiky návštěv) pouze pro ambulantní lékaře ve výši cca 1,4 mld. Kč za rok a za recepty dalších cca 0,9 mld. Kč při vystavení průměrně jeden a půl receptu na 1 návštěvu. Takové perspektivy se samozřejmě mnohým ambulantním lékařům líbí.

Naproti tomu přístup KSČM předpokládá plnou solidaritu, regulaci systému dle ekonomických možností vybraných veřejných prostředků a opatření pro stabilizaci zdravotnictví na straně nabídky. Tento přístup se tedy dotkne pacientů jen okrajově a zabezpečí stávající rozsah potřebné zdravotní péče.

Porovnání přístupu KSČM s programem ČSSD pro zdravotnictví

Asi lze tvrdit, že přístup ČSSD ke zdravotnictví se s přístupem KSČM zatím shodoval asi v 60 - 70 %. Konečné zhodnocení bude ale možné zpracovat až po novelizaci jejich koncepce. MUDr. Rath již naznačil, že se bude po volbách v řadě případů blížit k názorům ODS (zvýšení spoluúčasti pacientů, poplatky, hrazená a nehrazená zdravotní péče, komerční připojištění atd.) a to může situaci podstatně změnit. V současné době je MUDr. Rath, jako ministr za ČSSD, jednostranně zaměřen na zavedení pořádku do činnosti VZP a přerušování vazeb VZP a obchodních společností (nemocnic) na ODS, snížení nákladů na léky (snížení obchodní marže a limity preskripce léků) a prosazení zákona o neziskových nemocnicích, což lze vše jenom podporovat. Jeho snaha se ale netýká omezení nadměrné konkurence v resortu zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že ale odvolal z funkce hlavního tvůrce návrhu koncepce bývalé ministryně Emmerové, který prosazoval vytvoření jediné zdravotní pojišťovny a redukci některých kapacit podle analýzy potřeb zdravotní péče ve velkých městech, je nutno s hodnocením souladu nebo rozdílu přístupů a navrhovaných systémových změn ještě počkat. Prémiový řád pro ředitele nemocnic (zatím přímo řízených ministerstvem, o kterém lze důvodně předpokládat, že po vytvoření péteřní sítě by platil i pro ostatní řídicí subjekty v péteřní síti), který ministr vydal koncem roku 2005, je v z pohledu povinného veřejného zdravotního pojištění za stávajících pravidel pro výběr pojistného, těžko profinancovatelný, protože některé jeho aspekty vyžadují zvýšenou fakturaci zdravotním pojišťovnám, což by nebylo možné ze strany pojišťoven uhradit. Bylo by nutné přikročit buďto k navýšení platby zdravotního pojistného u zaměstnanců, podnikatelů a zaměstnavatelů (to by zaměstnavatelé nepřijali) i státu, anebo zvýšit spoluúčast pacientů. Navíc se ze strany ministerstva přestalo hovořit o vhodnosti jediné zdravotní pojišťovny.

Zatím lze říci, že představa MUDr. Ratha o systému zdravotnictví po volbách 2006 se přibližuje představě ODS. Pojmy hrazená a nehrazená péče s komerčním připojištěním používané MUDr. Rathem, jsou plně srovnatelné s pojmy ODS, nákladná a neočekávaná péče hrazená z povinného zdravotního pojištění a očekávaná, nenákladná, běžná péče hrazená občanem hotově anebo v rámci dalšího doplňkového pojištění. Hranice mezi hrazenou a nehrazenou péčí (cena výkonu) není nijak naznačena (rovněž tak ODS nenaznačila výši přídělu). Vzhledem k tomu, že MUDr. Rath předpokládá více pojišťoven (některé stávající zaměstnanecké zdravotní pojišťovny by se zabývaly komerčním zdravotním připojištěním), lze předpokládat, že rozsah nehrazené péče bude dosti veliký, když má být zajímavý pro několik pojišťoven. Rovněž jeho formulace (zveřejněná v tisku), že úhrady zdravotní péče mají motivovat ke zvyšování nebo naopak k nižšímu růstu podle ekonomické situace subjektu (tedy v podstatě neřízený útlum, na ekonomickou situaci nemocnic má vliv řada faktorů nemocnicemi neovlivnitelných), odpovídá podobné formulaci v Modré šanci. Shodně s ODS ministr tvrdí, že princip jistoty solidarity musí být zachován, ale chybí specifikace v jakém rozsahu bude uplatněn.

Podle MUDr. Ratha je v centru jeho pozornosti pacient a zdravotník a chce zachovat nejen rozsah zdravotní péče, ale též zvyšování platů zdravotníků. Z jeho výše citovaných výroků lze však usuzovat, že finančním možností pacientů (dostupnost zdravotní péče) nepřikládá velkou důležitost, respektive, že bude-li nemocný zdravotní péči potřebovat, musí mít zabezpečené zdroje na její úhradu (komerční připojištění, tedy osobní, ale musí být pro pacienta dražší povinného veřejného). Protože předpokládá zachování původního procenta (13,5%) povinného veřejného zdravotního pojištění, lze vyvodit, že cílem je ušetřené prostředky (za nehrazenou zdravotní péčí) vrátit formou navýšených úhrad plátce povinného veřejného zdravotního pojistného subjektům pro zvyšování osobních nákladů (původní snahy MUDr. Ratha jak v LOK, tak v ČLK), které již jsou z hlediska podílu nákladů (přes 42 %) značně vysoké vůči jiným odvětvím...

Uváděný nárůst průměrné mzdy do roku 2010 na cca 26 500 Kč vyžaduje každoroční nárůsty průměrné mzdy překračující 6,5%, což je růst o dost překračující zatím předpokládaný optimistický růst HDP (mezi 5 - 5,5%) do roku 2010. Nesplnění potřebného procenta růstu HDP by mělo pravděpodobně negativní dopady na některé makroekonomické ukazatele, takže se asi jedná hlavně o předvolební sliby. Současně slibovaný růst průměrného důchodu však znamená pokles podílu důchodu na průměrné mzdě z cca 46 % v roce 1998, cca 42 % v roce 2001 na cca 37 % v roce 2010. Zvyšování mezd a důchodů je vzhledem

k plánovanému přechodu na euro v roce 2010 žádoucí, ale vzhledem k průměru příjmů a cenových hladin v EU zcela nepostačující. To povede ke zhoršení životní situace velké části obyvatelstva, zejména pokles podílu důchodů, což bude mít velký vliv na financování zdravotnictví. Lze očekávat, že dojde ke zdražení většiny životních potřeb od potravin po bydlení a zejména pro starší občany nastanou problémy s placením spoluúčasti nebo dalšího zdravotního pojištění. Proto přístup KSČM k problematice zdravotnictví bude, z hlediska budoucnosti, pro velkou většinu občanů asi jediným řešením pro zajištění dostupné potřebné zdravotní péče. A o těchto dopadech je nutné všechny a zejména dříve narozené občany informovat.

PŘÍLOHA č. 1

Obecná kritika formulací, z nichž vychází principy Modré šance pro zdravotnictví

ODS musí současnou situaci ve zdravotnictví označovat jako krizi, aby alespoň nějak zdůvodnila své drastické návrhy vedoucí k destrukci stávajícího systému zdravotní péče. ODS v podstatě potvrzuje, že v současnosti je ve zdravotnictví (i dle jejího názoru) příliš velký počet poskytovatelů zdravotní péče (nemocnic a ambulantních lékařů) tezí »přimět ostatní poskytovatele ke zlepšení výkonu nebo k opuštění trhu«, ale redukcí chce provést bez jakýchkoli pravidel, bez přihlídnutí k dopadům na dostupnost a poskytování zdravotní péče pro obyvatelstvo, pouze na finanční bázi.

Z tohoto hlediska se pak musí hodnotit formulace »uspokojování potřeb občana v mezích ekonomické reality se zachováním jistot veřejného zdravotního pojištění«. V tezi se neupřesňuje, zda se jedná o ekonomickou realitu občana nebo státu, ale vzhledem k tomu, že vše je orientováno na aktivitu občana, lze předpokládat, že se bude jednat o ekonomickou realitu občana, která se po zavedení Modré šance u velké většiny obyvatelstva zhorší.

Modrá šance pro zdravotnictví (vydaná ODS v 6/2004, dále jen Modrá šance) má v preambuli uvedeno, že není politickou proklamací, ale »návrhem schématu funkčního modelu zdravotního systému zpracovaného na základě nejprogresivnějších světových reformních trendů« a že tento návrh předložený MUDr. Julínkem je »podkladem pro diskusi expertů, politiků i občanů«. (Ale senátor Julínek nechal připravit nový propracovanější materiál pod názvem Nový plán pro zdravotnictví, který ODS prezentuje jen jako »jeho soukromý názor«, který obsahuje již čísla. Je tedy nutné po jeho prostudování tuto přílohu.) Již z těchto formulací preambule lze dedukovat (»nejprogresivnější reformní trendy«), že se jedná o subjektivní názor, spíše přání jednoho subjektu, jedné skupiny, nepodložený ani praxí, ani logickým zdůvodněním. Diskusi expertů je totiž nutné doložit číselnými argumenty a závěry renomovaných studií. Např. v celém návrhu třeba není ani zmínka o zmíněné závěrečné zprávě studie OECD a jejich zjištěních, kterou lze považovat za seriózní, objektivní, nezaujatý podklad k problematice efektivnosti zdravotnictví, protože zřejmě některá její zjištění nejsou v souladu s návrhy uvedenými v Modré šanci. Již výchozí zjištění Modré šance (světová krize, český problém) jsou neúplná, nepodložená, a tedy účelově formulovaná. Zdůvodnění potřeby nového nastavení systému, aby byl schopen odolávat neustále narůstající nabídce zdravotnického průmyslu (chybí i farmaceutického), je doloženo grafem strmě se rozcházejících trendů výdajů na zdravotnictví a vývoje cen nových technologií (násobně překračující výdaje), kde jednak není stanoveno časové měřítko (jen

počátek rok 2000) - jestli bod zvratu je 2005 nebo 2020 nebo 2100, jednak pokud by graf měl obecnou platnost, tak z něj v podstatě vyplývá, že je nutné převážně léčit s technologiemi dnes používanými a nově nabízené technologie používat v podstatě jen experimentálně (podle obou trendů by na jejich běžné používání neměla ani většina bohatých). Je také v přímém rozporu s tržními principy, protože není možné, aby nějaký předmět, technologie stál víc než kolik jeho pořízení (náklady vývoje se musí rozpustit do prodejních cen) a jeho provozování potom v souhrnu přinesou tržby z něho. Tímto grafem ale ODS více méně dokladuje, že zdravotnictví v budoucnu může fungovat pouze jako veřejná služba (jako zboží by mohlo fungovat jen pro úzkou vrstvu bohatých). V paradoxech je uvedena asi oprávněná kritika zdravotnických zařízení (shodující se s jedním z kritických závěrů závěrečné zprávy studie OECD), že »věnují stále více energie používání nových technologií než péči o pacienta«, ale již není uvedeno, že k tomuto jednání je nutí nadměrná konkurence (nadměrná nabídka zdravotních služeb), »přetahování se o pacienta«, snaha získat nebo udržet si pacienta (jejich počet v podstatě určuje objem příjmů a tedy je otázkou existenční). Demagogická je formulace, že je zdravotnictví vytrženo z přirozeného ekonomického prostředí, protože kupec, klient se může rozhodnout zda koupí, či nekoupí spotřební předmět, např. televizi. Když nemá peníze na koupi a nekoupí, není ohrožen jeho život, ale když nemá peníze na lékaře, vyšetření nebo léčbu, může to znamenat jeho smrt. Toto je zásadní, pro obrovskou většinu lidí principiálně nebezpečná, výchozí premisa vycházející z principu tzv. »společnosti 20/80« (ve skutečnosti spíše 5/95), což je ústřední motiv globalizace.

Některá uváděná alarmující fakta (ze současnosti) jsou čistě politické proklamace, ničím nedoložené, mající pouze za cíl lživě pomluvit levicové přístupy. Kterými zákony snižuje vláda dostupnost a rozsah zdravotní péče? Jak vláda zabraňuje rovnoprávnosti v čerpání zdravotní péče? Čím vláda vytváří korupční prostředí ve zdravotnictví? atd. Je značně diskutabilní, zda opravdu existuje krize zdravotnictví i v zemích OECD (vzhledem k porovnání ČR s průměrnými výsledky v jednotlivých zemích) a naopak, jestli ODS neignoruje trendy a zkušenosti vyspělých zemí. Viz např. problémy USA, kde mají zdravotnictví jako byznys a ne jako veřejnou službu (komise Kongresu pod vedením prof. Relmana a rozhodnutí Úřadu pro kontrolu hospodářské soutěže USA - omezení kontroly soukromého kapitálu nad kapacitami zdravotnictví maximálně na 25 % v daném teritoriu a odbornosti). Rovněž tak oblíbená formulace ODS o státu jako špatném vlastníku, který kryje špatné hospodaření nemocnic a nechrání zájem pacienta, není pravdivá. Naopak přístup ODS, tj. změna právní formy nemocnic na obchodní společnosti - vzhledem k normám EU, z jejichž porušení vzniklá možnost miliardových sankcí, hrozí ohrožením

zdravotního stavu obyvatelstva, kolapsem zdravotní péče (v podstatě naplnění skutkové podstaty trestného činu obecného ohrožení velkého rozsahu). Jednak je velká většina nemocnic ve vlastnictví krajů a ty téměř všechny řídí ODS, a jednak o výsledku hospodaření převážně nerozhoduje vlastník, ale kvalita managementu (a ten jmenuje vlastník, tj. kraje). Mezi alarmujícími fakty je uvedeno, že současný plýtvavý systém může existovat, jen když se do něj budou vkládat další peníze občanů, ale návrh Modré šance, z hlediska finančního zatížení občana, předpokládá daleko vyšší náklady občanů (zejména pro těch 20 % převážně čerpajících zdravotní péči) na potřebnou zdravotní péči než dnes. Tedy z pohledu občanů, zejména těch nemajetných nebo málo majetných, je horším řešením, které je vystavuje zdravotnímu riziku. Ve vlastním návrhu (str. 12 - 19) chybí vysvětlení, jak by se postupovalo při realizaci např. osobních účtů v případě, že na osobním účtu nebude žádný zůstatek a nemocný občan bude potřebovat další zdravotní výkony. Z čeho a jak bude realizována solidarita, když kladné zůstatky osobních účtů jsou k dispozici pouze jejich vlastníkům? Za to je tam uvedeno (z pohledu systému druhořadé), jak bude možné využívat kladné zůstatky osobních účtů vlastníkem (včetně dědictví).

Za východisko řešení pokládá Modrá šance (str. 6) »uspokojení potřeb občana v rámci ekonomické reality«, ale teprve z dalšího kontextu vyplývá, že v rámci ekonomické reality občana, tedy (podle závěrečné zprávy studie OECD) půjde o opatření na straně poptávky (spotřeby), což závěrečná zpráva studie OECD z hlediska stabilizace veřejných rozpočtů pro zdravotnictví pokládá za málo účinné. Protože ale Modrá šance předpokládá snížení povinného veřejného zdravotního pojištění (z 13,5 % na 10 %), tedy omezení zdrojů veřejných peněz, vyplývá z toho, že příjmy (jejich úměrné snížení se nepředpokládá) poskytovatelů zdravotní péče musí být převedeny do oblasti zvýšení osobních účastí a komerce (tj. doplňkové pojištění, komerční připojištění, přímé platby, spoluúčasti, různé poplatky apod.), tedy řešení odvislé od finančních možností jednotlivce. Tato nutnost (požadavek) je dle ODS dokumentována podílem soukromých a veřejných zdrojů (graf str. 5), kde u ČR je 9% a u USA 56%, ale chybí doplňující komentář o zdrcující kritice efektu zdravotnictví závislého na soukromých zdrojích a vlastních komisí Kongresu USA. Tato kritika se týkala značně nerovnoměrného rozložení vynakládaných prostředků (přes 20 % obyvatelstva USA nemá na placení ani základního zdravotního pojištění a je bez jeho zajištění) a z toho vyplývajícího nevyváženého zdravotního stavu obyvatelstva USA, malé efektivity soukromého zdravotnictví orientovaného především na zisk (viz nedostatky dle závěrečné zprávy studie OECD), vysoké nákladovosti, problematické potřeby poskytovaných zdravotních

výkonů atd., a tedy nevýhodnosti systémů s převažujícím podílem soukromých prostředků ať již ve zdrojích pro financování provozu nebo v kapitálu. Podle závěrečné zprávy studie OECD v zemích OECD systém obdobný, který by z veřejného zdravotního pojištění zabezpečoval převážně jen nákladnou a neočekávanou zdravotní péči, neexistuje (str. 14). To navrhuje pouze Modrá šance.

Podrobnosti z Modré šance ODS většinou tají, zřejmě proto, že při podrobnější analýze se celý návrh jeví jako nedomyšlený, nekoncepční, s nepromyšlenými důsledky, které by v jednotlivých prvcích systému (pojišťovny, poskytovatelé, pacienti) návrh měl. (Snížení počtu zdravotních pojišťoven a poskytovatelů lze považovat za žádoucí, ale musí být řízené, ne chaotické - tržní, snížení dostupnosti potřebné zdravotní péče pro většinu obyvatelstva je však zcela nepřijatelné). Zcela chybí vysvětlení, jak si Modrá šance představuje naplnění ústavní zásady o bezplatnosti zdravotní péče pro občany. Z toho všeho plyne, že Modrá šance je jen předvolební pamflet mající za cíl zmást voliče.

Modrá šance používá pro svůj návrh označení »systém potřebné zdravotní péče« (str. 7), tedy stejný termín jako KSČM, ale s podstatně se lišícím obsahem tohoto pojmu. Zatímco KSČM pod tímto pojmem rozumí, že občan musí dostat veškerou zdravotní péči, kterou jeho zdravotní stav vyžaduje, tak ODS pod tímto pojmem rozumí zdravotní péči, kterou si občan vybere, ale kterou hlavně může finančně pokrýt (z povinného veřejného pojištění, doplňkového pojištění, komerčního připojištění, přímých plateb, poplatků a spoluúčastí). Běžný občan nemá lékařské (zdravotní) vzdělání, není schopen určit jaká léčba je potřebná, za jakou cenu by se měl léčit teď a v budoucnu. Proto se musí spolehnout na doporučení lékaře (tzv. informační asymetrie). Občan umí pouze určit, co ho bolí, co mu nefunguje jak by mělo, jestli má horečku, průjem apod. V těchto souvislostech uvedené přednosti navrhovaného systému jsou pouze předvolební klamavou rétorikou, protože:

- rozšíření nabídky služeb - je možné pouze za přímou platbu občanem, ale to je možné i dnes pro nadstandardní obsluhu pacienta, ale jinak obdrží veškeré potřebné a možné výkony. Do této kategorie v případě realizace Modré šance bude převedena řada zdravotních výkonů (viz např. dnes již uplatňovaný postup stomatologické komory);
- zachování jistot veřejného pojištění - klamání obyvatel, viz výklad obsahu tohoto pojetí dle ODS na str. 14, bude zachováno jen pro nákladnou a neočekávanou zdravotní péči;
- důraz na morální hlediska společenských solidárních vazeb - viz dále, solidarita je značně zúžena jen na vybrané případy nákladné a neočekávané péče, při přečerpání osobního účtu není definována, tedy občan ji musí hradit ze svých finančních možností, anebo ji neobdrží;

- pružnost systému a odolnost vůči krizím - značně diskutabilní, protože omezení solidarity a přechod převážně na komerční bázi a finanční zdroje jednotlivce s velkou pravděpodobností omezí celkové zdroje v systému (pro pojištěnce bude ve srovnání se stávajícím stavem dražší, zvýší se administrativní náročnost o kontroly možností každého osobního účtu i kontroly případného komerčního připojištění, klesne použitelnost zdrojů o kladné zůstatky osobních účtů, tedy sníží se celkový rozsah prostředků solidárně použitelných) a tedy příjmové možnosti poskytovatelů, což povede k »opouštění tohoto segmentu trhu« pokud poskytovatel nenabídne službu v odpovídající kvalitě a ceně (str. 11, podstatně klesne počet občanů, kteří to budou schopni zaplatit), což může systém značně rozkolísat (celé oblasti, místa nemusí mít dostupné celé spektrum potřebné zdravotní péče). Tedy dojde k obrácenému efektu než slibuje Modrá šance. Nejsou, ani náznakem, specifikovány náklady spojené s vedením osobních účtů (zřejmě další výdaj z povinného veřejného zdravotního pojištění ve prospěch finančních institucí).

Autoregulace systému bude tak postavena na velmi jednoduchém principu, bez ohledu na potřeby zdraví celého obyvatelstva - kdo je zdravý ušetří a nebude solidární s nemocnými, kdo je nemocný, musí mít buďto dost peněz, anebo má smůlu.

Oprávněný odpor obyvatel (s výjimkou bohatých) proti návrhu, protože zhorší a někdy podstatně, jejich dosažitelnost potřebné zdravotní péče, je bagatelizován tvrzením, že se jedná o nechuť převzít odpovědnost za své zdraví (?) a že se jedná o politizaci, která naruší nastavení systému. Úmyslně se zamlčuje, že navrhovaný systém by poskytoval potřebnou zdravotní péči jen podle »objemu peněženky« občana, tedy návrat někam do 19. století, což je podstatou toho odporu.

Preambule popisu nového zdravotnického systému (str. 8) se skládá z polopravd (zdravotnictví u nás není na úrovni obvyklé v západní Evropě - dle KSČM je na velmi dobré úrovni EU) a lži (moderní ekonomické řešení s vysokým etickým nábojem - k lékařské etice má měření zdraví pouze penězi velmi daleko). Předpokládá vzájemnou konkurenci nejen nemocnic (str. 8), ale i pojišťoven (na ambulance se zapomnělo), přičemž stát má »vytvořit legislativní rámec pro možnost regulace trhu« (str. 8). Tím v podstatě souhlasí s názorem KSČM, že zdravotnictví vyžaduje pro svoji bezproblémovou funkci regulaci a není možné jej udržovat v rovnováze (už současnou úroveň jeho kvality, natož budoucí) jen na bázi pohotových peněz a doplňkových pojištění nebo komerčních připojištění občanů. Kritika dnešního institucionálního uspořádání zdravotnictví (str. 8) směřovaná k ČSSD, zapomíná, že institucionální nastavení systému bylo provedeno začátkem devadesátých let za vlády ODS.

Schéματα systému současného i budoucího na str. 9 neodpovídají skutečnosti ani návrhu a jsou úmyslně zkreslená. Role jednotlivých partnerů ve zdravotnickém systému (str. 10 - 11) nejsou konkrétně vymezeny, uvedeny pouze politickými frázemi. Z Modré šance vyplývající role jednotlivých subjektů a dopady na ně (str. 12 - 19) jsou úmyslně zamlženy. Formulace u role zdravotnických zařízení »nabídnout kvalitní službu za odpovídající cenu« (str.11) je v podstatě (jak formuloval současný ministr zdravotnictví svoji kritiku Modré šance) blábol, protože cena poskytnuté zdravotní služby je předem pevně určena, stanovena. Lze pouze hovořit o tom, byla-li poskytnuta kvalitně či nikoliv. Výklad této formulace by znamenal v podstatě potlačení veřejného zdravotního pojištění (až zrušení zdravotních pojišťoven s dnešní náplní činnosti), protože každý poskytovatel by si měl určovat sám cenu, za kterou předmětnou službu nabízí nákupčímu této služby za pacienta. To je rozumně zvládnutelné pouze v přímém vztahu dodavatel - odběratel, tedy lékař - pacient a při přímé platbě pacienta (v jakékoliv podobě) a nikoliv přes třetí osobu (pojišťovnu).

Kritika principů Modré šance

Egoistická, bezohledná podstata Modré šance je vyjádřena až na str. 20 formulací, že ODS opouští »pokrytecký termín solidarita« a nahrazuje jej »konkrétními termíny přerozdělení finančních prostředků podle rizika popř. subvencování osobního účtu«. Z toho pak vyplývá, že (rovněž str. 20) »dostupnost zdravotní péče je vnímána prostřednictvím nástrojů k financování zdravotních potřeb jednotlivce, rovnost je zde rovností při volbě zdravotního plánu«.

Principy Modré šance pro zdravotnictví jsou uvedeny na str. 12 - 19. Základní myšlenkou návrhu je omezení rozsahu povinného veřejného (solidárního) pojištění ve prospěch osobního doplňkového nebo komerčního připojištění a přímých plateb pacientů případně spoluúčastí, tedy v souhrnu zdražení zdravotní péče pro občany. To má být realizováno:

1. Navrhovaným snížením výše povinného veřejného zdravotního pojištění a jeho určením na krytí »hlavně nákladné a neočekávané péče« (str. 14, tedy např. transplantace, zhoubné nádory, kloubní náhrady, infarkty, mozkové příhody, dialýza, autohavárie apod.) přičemž »rozsah povinného veřejného zdravotního pojištění určí zákonem stát« (předpokládá se parlament pod taktovkou ODS) a ten zároveň určí, co je nenákladná a očekávaná zdravotní péče. Tu bude nemocný při překročení kumulované částky v rámci roku hradit hotově nebo komerční půjčkou či připojištěním u soukromých pojišťoven, pokud to nebude kryto doplňkovým pojištěním na osobním účtu podle jím zvoleného zdravotního plánu (ale ten bude opět limitovat výši hrazení poskytnuté zdravotní péče podle jeho finančních možností měsíční výše pojistného). Náklady na potřebnou

zdravotní péči nebudou pro občana nízké (k povinnému veřejnému pojištění přibude doplňkové pojištění, přímé platby, poplatky, spoluúčasti případně i připojištění včetně provozních nákladů a zisku další tentokrát soukromé pojišťovny, která si riziko zvýšených nákladů za čerpání zdravotní péče nechá zaplatit). (Např. v USA u komerčních zdravotních pojistek jde až 28 -30 % vybraného pojistného na režii pojišťovny - mimo jiné se platí i další kontrolní aparát proti nedodržení podmínek pojistky, kontrolující i výkony lékařů - soulad se zdravotním plánem pojištěnce, zisk dle očekávání akcionářů atd.)

2. Zavedením tzv. osobních účtů občanů, na které má být z vybraného povinného veřejného zdravotního pojištění každému pojištěnci uložena - přerozdělena (str. 12) až 1/3 vybraného pojištění (dle senátora Julínka na kongresu ODS). Z toho lze usoudit, že 2/3 výběru pojistného půjdou na financování »hlavně nákladné a neočekávané péče« (zatím nedefinované, ale málo čtené), zřejmě tedy spravované mimo osobní účty pojištěnců a ona 1/3 má sloužit k financování »nenákladné a očekávané péče«, jejíž čerpání je značně nerovnoměrně rozloženo mezi věkové vrstvy obyvatelstva. Objem prostředků na tomto účtu se má skládat z části povinného veřejného pojištění, doplňkového pojištění (výše kryté zdravotní péče dle finančních možností občana, dáno zvolenou variantou zdravotního plánu z nabídky pojišťovny, kterou je občan schopen platit) a zůstatku na účtu (uspořené částky). To snižuje míru solidarity pro ty nejpotřebnější (20 % pojištěnců spotřebuje 80 % z celkem vybraného pojistného) a silně omezuje možnosti solidárního plnění. (ODS vůbec nezveřejnila svoji představu o zajištění čerpání zdravotní péče např. pro převážnou většinu seniorů). Doplňkové pojištění musí být na osobu, jinak nemá význam a solidární plnění by bylo jen asi v rámci uvedeného přerozdělení 1/3 výběru. Není uvedeno, z čeho se bude financovat potřebná zdravotní péče pro občana po jeho překročení oznamovaného ročního limitu spoluúčasti. Také to celkově snižuje objem peněz, které budou ve veřejném zdravotním pojištění k dispozici (se zůstatkem na účtu může nakládat pouze pojištěnec, majitel osobního účtu).

3. Subvencování osobních účtů (které bude provádět certifikovaná zdravotní pojišťovna pro povinné zdravotní pojištění) se proto může vztahovat jen k nákladné a neočekávané péči. Tomu odpovídá i formulace (str. 20), že »přerozdělování bude prováděno podle rizika« (nikoliv podle potřeb zdravotní péče občana). To znamená, že přerozdělení při výběru pojistného (str. 12) na osobní účty neproběhne rovnoměrně, ale podle stanoveného rizika u jednotlivce např. podle pravděpodobnosti, že u něj nastane potřeba nákladné a neočekávané péče, nebo podle výše doplňkového pojištění - jaké riziko a stupeň závažného onemocnění občan předpokládá. Občané jsou si rovni jen při volbě zdravotního plánu, přičemž si nebudou moci zvolit zdravotní plán

podle toho, co by vzhledem k věku, nemocem, profesi atd. potřebovali, ale budou muset volit podle toho, na jakou variantu zdravotního plánu budou mít peníze. Zdravotní plány budou odstupňovány podle maximální výše úhrady a tedy podle výše doplňkového pojistného placeného občanem, což znamená další zvětšení rozdílu v poskytování zdravotní péče mezi občany a současně popření rovnosti občanů při volbě zdravotního plánu (občané mají rozdílné příjmy a tedy nemají stejnou možnost hradit vyšší a vysoké platby doplňkového pojištění).

Jistoty veřejného zdravotního pojištění (str. 7) vycházející z povinného pojištění spočívají pro občana v případě potřeby v poskytnutí nákladné péče a neočekávané péče, což nejsou časté případy. Rozsah povinného pojištění však není definován (určí stát - předpokládá se ODS) a navíc každý občan si vybere u státem licencované pojišťovny z nabízených zdravotních plánů. To lze vyložit tak, že klientovi bude podle zvoleného zdravotního plánu uhrazeno x% ze skutečně vynaložených nákladů (občan je převeden do kategorie klient, tj. terminologie bank). Potvrzuje to i definice dostupnosti zdravotní péče »prostřednictvím nástrojů k financování zdravotních potřeb«. Tedy nástroje jsou finanční prostředky, které má občan k dispozici (povinné pojištění, doplňkové pojištění, případně další komerční připojištění, hotovost). To fakticky znamená zavedení značné nerovnosti v poskytnutí (dostupnosti) zdravotní péče mezi bohatšími a chudšími (nikoliv uváděná solidarita), tedy nové rozdělení obyvatelstva už nikoliv na třídy, ale na vrstvy (vrstva bohatých a vrstva ostatních, zubožených - princip globalizace), což je politický cíl ODS.

Protože se zdravotní plány nabízené každou zdravotní pojišťovnou mají odlišovat rozsahem doplňkového (nepovinného) pojištění, které určuje především výši »krytí nákladů na zdravotní péči nad rámec povinného pojištění« a »míru spoluúčasti osobního účtu pacienta«, znamená to, že dostupnost potřebné zdravotní péče (hrazené pacientu z veřejného pojištění) bude přímo úměrná finančním možnostem každého občana (jak velké prostředky může měsíčně občan vkládat do doplňkového pojištění). Překročení hranice povinné + doplňkové pojištění by pak logicky mělo znamenat, že občan bude platit výkony nad tento limit hotově (případně z finanční výpomoci rodinných příslušníků nebo z půjček, zřejmě u komerčních finančních institucí). Z formulací jednoznačně vyplývá, že **u tzv. »státních« pojištěnců stát zaplatí povinné veřejné pojištění a doplňkové pojištění si musí uhradit každý sám ze svých prostředků, které má k dispozici.** To je podstatné zhoršení dostupnosti potřebné zdravotní péče zejména pro důchodce. Tím ale roční limit spoluúčasti pacienta (obecně platný pro všechny) ztrácí význam a bude dán mírou spoluúčasti osobního účtu ve zvoleném zdravotním plánu.

Na str. 12 je formulace o zrušení dělení zdravotní péče na »veřejnou« a »soukromou« a zavedení jednotného způsobu financování (»odstranění dvojího způsobu placení, jak je známe z dnešního systému«). Není vysvětleno, co se tím myslí (asi platba pojišťovna + spoluúčast nebo přímá platba občana). V tom je ale nevysvětlený rozpor s prezentovaným osobním účtem. Při překročení finančních možností konkrétního osobního účtu musí pacient zaplatit hotově nebo z jiných zdrojů, tedy opět dvojí způsob placení, nehledě k předpokládaným poplatkům za lékaře, recept a spoluúčast občana u léků (do určité výše i na recept mají být léky hrazeny v lékárnách hotově). Chybí také údaje o tom zda-li, v jaké výši a za co budou poplatky v nemocnicích.

Protože uvedený návrh systémových změn dle ODS znamená razantní snížení výběrů povinného zdravotního pojištění (omezen jeho rozsah, ohlášeno snížení pojištění) a tedy i podstatnou redukci obrátů v pojišťovnách, je stávající počet pojištěnec nadbytečný, a proto bude jejich počet redukován zaklínací formulkou o konkurenci (sloučení pojištěnec do jedné lze považovat za správné i dnes). Současně podle stejného pravidla dojde i k redukci lůžek v nemocnicích a počtu nemocnic, protože poklesne celkový objem prostředků na zdravotní pojištění a péči (sníží se míra solidarity, doplňkové pojištění bude pouze na osobu a v jeho rámci nebude možné vzájemné subvencování osobních účtů) a poklesne i celkový objem poskytované zdravotní péče (dle informací v Právu o sedminu až třetinu). Vzhledem ke snížení finančních objemů musí zákonitě dojít v přepočtu na hlavu a výkon k celkovému zdražení zdravotnictví. Je definován záměr zajistit jen rozvoj kapacit poskytujících kvalitní služby za odpovídající cenu (tzn. kapacity pro bohaté), kdežto ostatní budou stagnovat, případně budou redukovány nebo likvidovány.

Motivace občanů k šetrnosti (str.16) je formulována pouze pro zdravé, s kladnými zůstatky osobních účtů. Vůbec není řešen častější případ potřeby krytí nedostatečných prostředků na osobním účtu (motivace k šetrnosti u převážné většiny důchodců) při překročení limitu roční spoluúčasti.

Je pravděpodobné, že v rámci propracování Modré šance ve stomatologii ODS ochotně odsouhlasí návrh ČSK na vystoupení ze systému povinného veřejného pojištění s následnou nutností pro občany hradit ve stomatologii vše hotově nebo uzavřít zvláštní připojištění na zuby, což povede ke zhoršení zdravotního stavu obyvatelstva v této oblasti. ODS vůbec neříká, zda pokládá péči o chrup za součást zdravotní péče či nikoliv, ale s vysokou pravděpodobností se bude jednat o běžnou, očekávanou, nenákladnou péči.

Vzhledem k předpokládanému převodu všech nemocnic na obchodní společnosti ztratí ČLK a LOK možnost vyvíjet celostátní nátlak na zvýšení mezd a tato otázka se převádí na čistě tržní princip (cenu a tedy z toho vyplývající mzdu si stanoví vlastník poskytovatele).

Závěr k Modré šanci pro zdravotnictví

Jedná se jednoznačně o řešení ve prospěch bohatých potlačující solidaritu. Zatím nelze posoudit, jak by měly být do systému zapojeny finanční instituce (otázka vedení osobních účtů, doplňkového pojištění atd.). Potlačuje etiku lékařské profese a převádí ji do formy obchodních vztahů. Nerespektuje evropské normy (předpokládá zachování stávající nezákonné podpory podnikání z veřejných prostředků i po změnách právní formy nemocnic). Bezohledně se snaží o uplatnění principu tzv. »společnosti 20/80« (malá část lidí se má mít tak jako dnes nebo lépe, zbytek podstatně hůře) i ve zdravotnictví, jako žádná jiná pravicová politická strana v Evropě. Cílem celého návrhu je potlačení principu solidarity ve zdravotnictví, aby se zvýšily příjmy jen úzké skupiny poskytovatelů zdravotní péče. Náklady na zdravotní péči chce nesolidárně přenést na bedra jednotlivých občanů, což ve svých důsledcích povede zejména ve stáří (s výjimkou bohatých) k podstatnému zhoršení jejich životních podmínek až k nedostupnosti potřebné zdravotní péče se všemi důsledky.

Modrá šance nedefinuje finanční vyrovnanost zdravotnictví a předpokládá, že k ní dojde na základě tržního mechanismu vzájemnou redukcí nabídky a poptávky (protože běžný občan nebude mít na úhradu potřebné péče v plném rozsahu), přičemž vzhledem ke struktuře systému lze velmi pochybovat o tom, že tento mechanismus bude ve zdravotnictví fungovat (systém není schopen autoregulace). Modrá šance však neupozorňuje, že to současně bude znamenat i živelnou redukci počtu poskytovatelů - ambulantních lékařů i nemocnic. (Proto se většina krajů pod vedením ODS snaží o změnu právní formy nemocnic. Obchodní organizace se lehce likviduje nebo prodává nebo na ni prohlašuje konkurs oproti příspěvkové.) To bude jednoznačně znamenat zhoršení dostupnosti zdravotní péče (pro dostupnost jsou dle Modré šance rozhodující »finanční nástroje« - tj. peníze občana, což bude problém zejména u většiny důchodců a mladých rodin s dětmi), protože redukce proběhne chaoticky jen na bázi rozložení (množství) peněz v jednotlivých teritoriích a nikoliv řízeně. Celková finanční situace se i u běžných pracujících občanů (75 - 80 % pod průměrnou mzdou s výjimkou Prahy) musí vzhledem k předpokládané rovné dani (zdražily by se léky, potraviny, bydlení, zbývající služby a další o 10 %) a zavedení různých poplatků (např. školné, platby za návštěvu lékaře, za recept apod.) značně zhoršit. Modrá šance tedy i ve zdravotnictví směřuje ke zbídačení velké části obyvatelstva.

Protože Modrá šance neřeší problém ústavního principu o poskytování bezplatné zdravotní péče občanům, lze z toho usuzovat i na, zatím zamlčovanou, budoucí snahu ODS o revizi Ústavy.

Konkretizace přístupu KSČM k řešení problematiky zdravotnictví je důsledně levicová a respektuje zkušenosti jiných vyspělých zemí (stimuly efektivity ze závěrečné zprávy studie OECD) a předpisy a normy EU. Plně uplatňuje princip

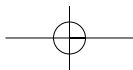
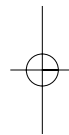
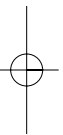
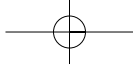
solidarity všech se všemi, zdravých s nemocnými, bohatých s chudými, tedy princip evropského modelu sociálního státu. Pro optimální využití prostředků, které mohou být na zdravotnictví poskytnuty ze všech veřejných rozpočtů, předpokládá zavedení regulace v rámci celého systému, především na straně nabídky, kontrolu plýtvání finančními prostředky, tvrdý postih šedé ekonomiky ve zdravotnictví a hlavně dostupnost potřebné zdravotní péče pro všechny občany nezávislou na finanční situaci jednotlivců. Nepředpokládá zvyšování spoluúčastí a přímých plateb občanů. Proti současnému stavu i zvýhodňuje postavení nemocnic v páteřní síti (optimalizované integrované síti zdravotnických zařízení financovaných z povinného veřejného zdravotního pojištění). Návrh umožňuje snížení administrativních nákladů v systému zdravotnictví vytvořením jediného správce povinného veřejného zdravotního pojištění (zdravotní pojišťovny nebo státního fondu) podřízeného orgánu exekutivnímu a nikoliv zákonodárnému, čímž zlepší kontrolovatelnost jeho činnosti.

PŘÍLOHA č. 2

Přehled základních změn v systému zdravotnictví navrhovaných KSČM pro zajištění jeho stabilizace:

1. Vytvoření jediné zdravotní pojišťovny (jediného správce povinného veřejného zdravotního pojištění).
2. Vytvoření páteří optimalizované integrované sítě zdravotnických zařízení (nemocnic, ambulancí, včetně neziskových nemocnic případně »neziskových« lékáren), financovaných z povinného veřejného zdravotního pojištění.
3. Vytvoření krajských zdravotních správ pro řízení zdravotní péče v regionech.
4. Regulace výdajů ve zdravotnictví v závislosti na objemu pohotových zdrojů
5. Optimalizace ambulantních kapacit na úroveň zajišťující potřebnou zdravotní péči na bázi objektivizovaných normativů.
6. Nezvyšování spoluúčasti pacientů s cílem jejího postupného snižování.
7. Nepřipuštění zavedení stropu pro výpočet povinného veřejného zdravotního pojištění.
8. Ponechání stávajícího procenta pro výpočet povinného veřejného zdravotního pojištění a zavedení inflačního nárůstu pro platby pojistného státem.
9. Provedení odpočtu DPH, v souladu s ústavou, pro zdravotnická zařízení v páteří sítě se státem.
10. Zavedení degresivní sazby obchodní marže u léků.
11. Převod nadměrných a méně kvalitních nemocničních kapacit na zařízení následné péče.
12. Nekompromisní postup vůči šedé ekonomice ve zdravotnictví, zejména v oblasti léků.
13. Zavedení zainteresovanosti lékařů na přednostním předepisování generických léků.
14. Opětné rozšíření stomatologické péče hrazené povinným veřejným zdravotním pojištěním a omezení spoluúčasti pacientů na stomatologické péči
15. Zajištění nepřetržité letecké záchranné služby pouze útvary Ministerstva obrany a Ministerstva vnitra.
16. Racionální rozšíření preventivní péče u dětí i dospělých hrazené z povinného veřejného zdravotního pojištění.
17. Obnovení lékařských a stomatologických pohotovostí pro definovaná spádová území.
18. Racionalizace provozu a výdajů jediné správce povinného veřejného zdravotního pojištění.

POZNÁMKY



**KONKRETIZACE
PŘÍSTUPU KSČM
K ŘEŠENÍ PROBLEMATIKY
TRVALÉ STABILIZACE
ZDRAVOTNICTVÍ**

Návrh obálky,
grafická úprava a technická redakce
typografické počítačové studio FUTURA, a.s.

Vydala FUTURA, a. s. Praha
jako účelovou publikaci pro ÚV KSČM

Tisk a vazba B Print

Praha 2006