

ZÁPIS

z jednání mezi rozšířenými delegacemi sociálních partnerů, vedením a expertů OS zdravotnictví a sociální péče ČR, předsedů odborových svazů a zástupců odborových svazů v orgánech zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, zástupců jednotlivých segmentů zdravotní péče a zdravotních pojišťoven sdružených v Unii zaměstnavatelských svazů, které byly zastoupeny svým prezidentem a viceprezidenty pro zdravotní pojištění a pro zdravotnictví konaného dne 9. ledna 2006

RNDr. J. Schlanger (předsedající) zahájil jednání a seznámil přítomné s programem, který se týkal předem ohlášených změn ministrem zdravotnictví, a to poklesu obchodní přírážky na léky o tři procenta, z 32 na 29 procent, vydání vyhlášek č. 550/2005 Sb. (úhradová vyhláška) a č. 493/2005 Sb. (seznam výkonů) a jejich vzájemných rozporů, veřejnoprávního pojištění a návrhů, které předložili poslanci ČSSD jako pozměňovací návrhy k vládním návrhům zákonů nebo jako poslanecké návrhy zákonů. V pozměňovacích návrzích je navrhováno, aby orgány zdravotních pojišťoven dříve složené na tripartitním základě po třetinách ze zástupců státu a zástupců plátců pojištění (zástupců zaměstnanců a zaměstnavatelů) byly v budoucnosti složené nadále z třetiny ze zástupců státu, ale ze dvou třetin ze zástupců zvolených Poslaneckou sněmovnou podle politického složení stávající Sněmovny. Poslanecký návrh zákona pak stanoví, které nemocnice budou mít bez ohledu na kvalitu poskytované péče zajištěnou veřejnou zakázku na akutní zdravotní péči, zatímco ostatní budou odsouzeny k zániku. Ministerstvo zdravotnictví těmto nemocnicím není schopno formulovat zakázku na následnou nebo zdravotně sociální či sociální péči, protože následná péče se v tomto roce bude poskytovat za podmínek, které jsou zásadně nemotivující. Předmětem jednání bylo posouzení dopadu stávajících opatření přijatých k 1. lednu 2006 a návrhů projednávaných v Parlamentu na poskytovatele včetně perspektivy sociálního smíru se zaměstnanci a na občany.

Z diskuse jednotlivých zástupců vyplynulo, že:

- Pacienty v roce 2006 zřejmě čeká řada dalších překvapení. Účastníci jednání se shodli na tom, že byli vládou ubezpečeni, že nedojde ke zvýšení spoluúčasti pacientů a že rovněž nedojde ke snížení dostupnosti a kvality zdravotní péče. Ministr zdravotnictví v uveřejněných inzerátech naopak sdělil, že občané se dočkají více zdravotní péče a více levnějších léků, opak je pravdou.

- Snížení obchodní přírážky (marže) lékáren pravděpodobně způsobí uzavření čtvrtiny lékáren, jejichž funkce nebude nijak nahrazena (výdejny léků u lékařů jsou velmi diskutabilní), je totiž provázeno novou lékovou vyhláškou, v jejímž důsledku podle propočtů lékárníků vzroste průměrná spoluúčast pacientů o 6%. U chronických pacientů však až o 45%. Podstatná je i ta skutečnost, že Ministerstvo zdravotnictví nedodrželo zákonnou zásadu alespoň jednoho plně hrazeného léku v každé indikační skupině, v některých skupinách je plně hrazen lék, který není dostupný na trhu.

- Lékárny se musí o obchodní přírážku dělit s distributory, kteří z ní inkasují až dvanáct procent. Ti snížení příjmů odmítli. Tříprocentní redukcí marží proto lékárny fakticky přijdou

o minimálně desetinu příjmů. Řada především menších provozoven se ocitne na pokraji krachu.

- Příjmy praktických lékařů se podle zdravotních pojišťoven sníží o cca 10%, důsledky však negativně dopadnou na pacienty. Lékaři se budou bránit přijetí nových pacientů, protože by je postihla neobyčejně silná restrikce. Za každé překročení objemu péče nad 103% z referenčního období předchozího roku zaplatí penále ve výši 100% překročení. Obdobně jsou lékaři motivováni regulacemi léčiv a indukované zdravotní péče. Omezení poskytované péče úhradovou vyhláškou bude dále znamenat i omezování ordinačních hodin ambulantních specialistů, odmítání pacientů, uzavírání oddělení a odmítání předpisu dražších léčiv. Pacienti budou bloudit od jednoho zdravotnického zařízení k druhému a doprošovat se receptu nebo kontroly.

- Obdobné regulace platí i pro nemocnice, prakticky všude dojde ke snížení objemu péče o cca 10-15%, a tím i ke zvýšení ekonomické neefektivity. Oddělení nemocnic i jednotliví zdravotničtí pracovníci budou muset v průběhu pololetí nebo na jeho konci zaměstnavatelem nuceně vybírat dovolenou, aby péčí o pojištěnce nedošlo k dalšímu nárůstu nákladů, za které nemocnice neobdrží úhrady od pojišťoven.

- Nemocnice budou motivovány k odklonu od současně běžného stylu péče (moderních metod a moderních léčiv) zpět ke klasickým metodám. Prodlouží se hospitalizace, prodlouží se období, kdy plátcí pojištění nebudou v důsledku nemoci platit pojistné, ale budou déle čerpat dávky nemocenského pojištění.

- Dostupnost zdravotní péče je ohrožena. Dojde ke zhoršení dostupnosti diagnostických vyšetření odhalujících závažná onemocnění, a tím se zhorší perspektiva jejich zachytu a včasné léčby, což zdravotní péči zdraží a hlavně přispěje ke zvýšení nemocnosti a úmrtnosti. Vydaná úhradová vyhláška zrušením centrálních nákupů přes VZP ohrožuje tisíce pacientů se selháním ledvin, stovky pacientů s roztroušenou sklerózou, stovky pacientů s revmatoidní artritidou nebo poruchami metabolismu.

- Státní nemocnice budou svoji situaci (zvýšení osobních nákladů) řešit odkládáním tzv. plánované odkladné péče. Nejhuře na tom bude cca 7 tisíc pojištěnců závislých na drahých lécích za cca 5 milionů Kč ročně.

- V důsledku komplikovaného přístupu k lékům, zdravotní péči a termínům diagnostických výkonů a operací se mnohonásobí potenciál korupce ve zdravotnictví, protože čím více bude rozhodování o péči centralizováno, tím větší bude korupce na Ministerstvu zdravotnictví.

Závěry jednání:

- Sociální partneři se shodli, že je potřebný dialog všech zainteresovaných stran, protože krize ve zdravotnictví se prohlubuje. Současné aktivity ministra zdravotnictví vzbuzují velké obavy mezi všemi subjekty, fungujícími v resortu zdravotnictví. Uchopení moci nad pojišťovny a nemocnicemi a aktuálně vydané vyhlášky v příštích měsících způsobí rozsáhlé omezení péče o pacienta a eskalaci finančních problémů v systému.

- Zaměstnavatelé na základě dohody připraví zevrubný popis důsledků opatření přijatých Ministerstvem zdravotnictví na poskytovatele, pojišťovny a zejména na pacienty. Tato

informace poslouží sociálním partnerům při jednání Rady hospodářské a sociální dohody ČR jako podklad pro jednání s předsedou vlády.

- Sociální partneři se shodli, že nepřijatelné jsou svým obsahem poslanci pozměněné návrhy zákonů o zdravotním pojištění, VZP, zaměstnaneckých pojišťovnách a o pojistném na zdravotní pojištění (tisk 1150 Poslanecké sněmovny Parlamentu) a poslanecký návrh zákona o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních (tisk 810 PSP). Zúčastnění zástupci odborů s těmito tisky vyjádřili zásadní nesouhlas.

- Sociální partneři budou usilovat o zachování tripartitního principu správy veřejného zdravotního pojištění a v souladu se závěry jednání pléna RHSD navrhnou, aby členové orgánů zdravotních pojišťoven byli voleni Poslaneckou sněmovnou z 1/3 na základě návrhu zaměstnavatelů a z 1/3 z návrhů předložených odbory.

- Stávající snaha ministra zdravotnictví po centralizaci rozhodování do rukou státu znamená návrat před rok 1989. I když ministr zdravotnictví prostřednictvím médií vysvětluje, že to tak není a ani v budoucnu nebude, sociální partneři na podkladě zkušeností i dosavadního vývoje jsou přesvědčeni o opaku.

- Sociální partneři se shodli, že je třeba pokračovat v nápravě nerovností ve výběru zdravotního pojištění mezi zaměstnanci a státními pojištěnci.

Zapsala: Ing. Jindřiška Chválová
sociálně právní oddělení OS ZSP ČR

Schválil: RNDr. Jiří Schlanger
předseda OS ZSP ČR