

## **Odbory proti asociální reformě a destrukci veřejného zdravotnictví (sumarizace názorů a aktivit OSZSP ČR v prvním pololetí roku 2011)**

Motto práce Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR:

*Záleží nám nejen na budoucnosti odborářů – zaměstnanců ve zdravotnictví a sociálních službách, ale i na budoucnosti těchto resortů jako celku a na budoucnosti péče o pacienty a klienty. Náš důvod je zásadní: Pacientem či klientem může být během okamžiku každý z nás!*

**Chápeme potřebu reformy zdravotnictví.**

**Již po léta se dožadujeme přijetí zákonů, které pomohou k odstranění problémů, s nimiž se lidé ve zdravotnictví neúspěšně potýkají.**

**Přicházíme s návrhy, účastníme se všech jednání, mnohá sami iniciujeme, zpracováváme připomínky a analýzy, na konkrétních příkladech z praxe dokazujeme jak potřebu konkrétních řešení, tak zamýšlené i nezamýšlené důsledky předkládaných návrhů. Jednáme se všemi zainteresovanými partnery, umíme naslouchat jejich názorům, jsme schopni hledat kompromisy v případech, které to vyžadují, nepodvolíme se žádnému nátlaku při prosazování asociálních záměrů, které by poškodily pacienty či zdravotníky. Naše postoje a záměry jsou otevřené, jednoznačné a veřejně známé, kdykoliv doložitelné a obhajitelné.**

### **Co navrhujeme**

- Všemi legislativními nástroji podpořit protikorupční strategii Ministerstva zdravotnictví, včetně zvýšení sazby a trestní zodpovědnost za korupční chování.
- Iniciativně vyhledávat možné případy korupce, požadovat jejich rychlé vyšetření a potrestání.
- Přehodnotit pro zdravotnická zařízení ekonomicky nevýhodné pronájmy, outsourcingy a další formy vyvádění peněz ze zdravotnictví některým firmám.
- Nedovolit plný dopad zvýšené DPH do zdravotnictví – osvobodit od DPH zdravotnický materiál, zdravotnické pomůcky, zdravotnickou techniku a léky.
- Posílit solidaritu – zvýšit platby za státní pojištěnce, zrušit zastropování plateb pojištění u lidí s nejvyššími příjmy.
- Vyhodnotit současnou lékovou politiku a navrhnout změny, které sníží náklady na léky.
- Opustit současnou ideologickou doktrínu o rušení deseti tisíc lůžek a místo toho na základě podrobných analýz ve spolupráci s kraji vytvořit síť zdravotnických zařízení, která si nebudou konkurovat, ale budou spolupracovat, zajistí stejnou dostupnost péče občanům a umožní z málo využitých a drahých akutních lůžek udělat plně vytížená a nyní nedostatková lůžka rehabilitační a doléčovací.
- Obnovit dohodovací řízení k seznamu výkonů.
- Zajistit účinné fungování přístrojové komise Ministerstva zdravotnictví a eliminovat tak zbytečné nákupy drahé techniky.

## Co odmítáme aneb Dopady zdravotnických reforem na občany

- Špatně definované nároky pacientů v přijaté novele zákona o zdravotním pojištění – hrozí soudní spory, chybějí výjimky, chybí řešení sociálních dopadů.
- Zákon zajistí hrazení péče, prostředků a pomůcek pouze v nejlevnější variantě a v omezeném množství.
- Snižuje se procentní úhrada od pojišťoven na prostředky a pomůcky nezbytné pro postižené občany, nepočítá se s tím, že kvůli svému postižení většinou patří mezi příjmově slabé a po zavedení nebo zvýšení doplatků na tyto pomůcky se pro ně i nezbytné pomůcky stanou nedosažitelnými.
- Ze zdravotního pojištění dostane pacient pouze nejlevnější péči, nejlevnější léky, nejlevnější materiál a nejlevnější pomůcky. V zákoně nejsou žádné výjimky, nikde není počítáno s tím, že pacient může být na nejlevnější lék nebo prostředek alergický.
- Všechny léky do 50 Kč si bude muset zaplatit každý sám, což může být na jedné straně pro některé občany sociálně neúnosné, na druhé straně to může vést ke zbytečnému předepisování větších a dražších balení léků, čili k plýtvání.
- Do limitu spoluúčasti se bude započítávat jen ta nejlevnější varianta a léky do 50 Kč se do limitu počítat nebudou.
- Platba za každý den v nemocnici se zvyšuje z dosavadních 60 Kč na 100 Kč, není omezena počtem dnů, nepočítá s řešením sociálních dopadů, s tím, že některým lidem nezbude na nájem bytu a další pravidelné nezbytné měsíční platby.
- Příčinou zvýšení spoluúčasti pacientů je zvýšení DPH ve zdravotnictví – pacienti mají v plné výši zaplatit tyto miliardy, které ze zdravotnictví odejdou do státní kasy, nyní se počítá s cca 5 miliardami.
- Na novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění navazují další novely zákonů, které dále zvýší spoluúčast pacientů o 5 %, což činí 18 miliard korun.
- Počítá se zavedením řízené péče, tedy omezením svobodné volby lékaře a poskytováním jen určené péče v pojišťovnou určených zařízeních.
- V pojistném plánu bude pojišťovna posuzovat bonitu pacienta, tedy zda pro ni do budoucna bude výhodný, nebo ne, to by mělo ovlivnit i výši pojistného. Hrozí, že finančně nevýhodného pacienta pojišťovna bude moci odmítnout.
- Ve výběrových řízeních na poskytování péče nebude hrát hlavní roli její kvalita a výsledky léčby, ale cena.
- Při rozhodování o poskytnutí péče bude hrát roli její ekonomická návratnost, tedy jak velký prospěch a jak starému pacientovi může přinést.
- Zvolená strategie konkurenceschopnosti směřuje ke snížení solidarity, k privatizaci zdravotních pojišťoven a zdravotního pojištění a k rozdělení zdravotní péče na špičkovou pro ty, kteří si budou moci připlatit, a nejjednodušší základní pro ostatní. Lidé nízkými příjmy ztratí přístup k moderním lékům a lékařským postupům.

V Praze 30. 6. 2011