

Zápis z jednání

Odborného týmu
projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování českého zdravotnictví

Ze dne 24. října 2008

Seznam účastníků:

Přítomni:

prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc, PharmDr. Jarmila Skopová, MUDr. Jaroslav Smutný, Ph.D., MUDr. Vladimír Říha, MUDr. Milan Cabrnach

Omluveni:

Ing. Oldřich Nápravník CSc., MUDr. Tom Philipp, MUDr. Petr Zimmermann

1. Zahájení jednání

V úvodu jednání informoval koordinátor projektu o semináři týkajícího se Reformy sociálního pojištění v Německu, který proběhl 15. října 2008 a jehož zvukový záznam je pro členy Odborného týmu (dále jen OT) k dispozici v kanceláři projektu Kulatý stůl (dále jen KS). Dále byl OT seznámen s nabídkou odborné Společnosti sociálního lékařství a řízení péče o zdraví ČLS JEP uspořádat seminář se zástupci projektu Kulatý stůl dne 28. ledna 2009. Koordinátor uvedl, že i když v tomto termínu bude činnost projektu již ukončena, nebrání to jeho aktérům se připravovaného semináře dále účastnit. Podle analytika projektu p. Vachka bude tato komunikace důležitá hlavně v jejím propojení s politickou úrovní. Koordinátor projektu současně vyzval všechny přítomné k prozkoumání možností podílet se na seminářích odborných subjektů s cílem diseminovat výsledky projektu Kulatý stůl.

2. Projednání Zápisu z 13. jednání konaného 10. října 2008 Odborného týmu

Dále byl diskutován zápis z třináctého setkání OT, které proběhlo 10. října 2008. Došlo k vypořádání připomínek uplatněných ve společném stanovisku zástupců KSČM, které koordinátor i ostatní zúčastnění obdrželi na jednání, a následně byl zápis schválen.

3. Diskuse identifikovaných problémů a návrhů reformních opatření ve zdravotnictví

V úvodu tohoto bodu proběhla prezentace koordinátora projektu na téma „Problematika dlouhodobé péče - Hledání možných cest řešení problémů financování českého zdravotnictví“. Koordinátor projektu uvedl, že se jedná o pokus přehledným a pokud možno srozumitelným způsobem vymezit zkoumaný problém, ilustrovat ho na konkrétním příkladě, kvantifikovat a specifikovat jeho rozměr, předikovat dopady na finanční rovnováhu systému a následně deklarovat možné návrhy řešení s uvedením příkladu dobré praxe. Cílem pracovního týmu je výchozí diskutovaný dokument u vybraných témat tímto způsobem rozpracovat a ilustrovat tak možnosti jak vést věcnou diskusi o řešení problémů ve zdravotnictví a jeho financování.

V následné diskusi p. Smutný ohodnotil tento výstup jako stručný souhrn, který je pro potřeby srozumitelnosti ještě vhodné dále zjednodušit. Upozornil na potřebu definice dlouhodobé péče a zajištění zdrojů financování (včetně příspěvků ze sociálních

zdrojů). Pí. Skopová zvolenou metodu práce podpořila a navrhla shrnutí jednotlivých navrhovaných bodů formou závěrečného resumé. P. Cabrnoch tento názor podpořil. Podle něho by závěr měl obsahovat několik jasných doporučení, určitý výtah návrhů možných řešení, na kterých se členové OT shodnou. P. Navrátil s návrhem také souhlasil, poukázal však na jeho pracnost. Podle analytika projektu p. Vachka je klíčové, že byla nalezena formální stránka výstupu. Důležitá je také otevřenost pro další doplnění a návaznost i po konci projektu.

Následovala diskuse jednotlivých problémových okruhů.

V diskusi k bodu č. 22 – Výskyt korupce zazněl názor p. Cabrnocha, podle kterého korupce souvisí s definováním standardu péče a možným připlácením nadstandardní péče. Korupce je podle jeho názoru tam, kde není možné si koupit službu. Prostor pro korupci je také mezi zdravotní pojišťovnou a jejími partnery. Ten se dá řešit transparentním rozhodováním a vytvořením jasných kritérií pro nákup služeb. Vzhledem ke složitosti návrhů možných řešení v této problematice je potřeba alespoň zmínit které problémy řešit lze a které nikoliv. P. Navrátil spatřoval hlavní problém v dodavatelsko odběratelských vztazích, kdy doktor předepisuje léky přednostně od jedné firmy. P. Smutný navázal a zdůraznil problém korupce v marketingu. Do diskuse se zapojila také pí. Skopová, která definovala tři hlavní úrovně korupce. Za první na straně firmy z hlediska dodržování pravidel, kontroly a cenotvorby, za druhé na úrovni marketingových stimulací, kde jsou možná řešení generické preskripce a substituce (již užitá v určitých zemích) a za třetí na straně pacienta. Otevřela také otázku potřebné míry regulace a deregulace léčiv. Podle pí. Skopové může trh bez regulace fungovat s výjimkou určité regulace a kontroly menší skupiny léčiv – tedy regulovat pouze to co je nezbytně nutné. Na závěru regulovat jen to co je nezbytně nutné, se zúčastnění členové OT shodli. V rámci toho bodu byly dále diskutovány problémy jako např. korupce v reklamě či nákupy ve zdravotnictví pod resp. nad tržní cenou. Podle p. Navrátila je třeba také uvést, že odstranění korupce je obtížné, kupříkladu hranice mezi reklamou a korupcí je podle jeho názoru obtížně definovatelná. Členové OT se dále shodli na návrhu p. Cabrnocha, že řešeními jsou transparentní otevřená pravidla (jasná kritéria výběrových řízení, ...) s tím, že každá regulace vyvolá potenciální korupci, každá kontrola je totiž také korumpovatelná. Možná je proto regulace i deregulace. Do diskuse se zapojil také p. Vachek, který uvedl, že korupce je příznakem nějakého symptomu, samotné téma je široce přijato a je proto třeba se jím zabývat.

K bodu č. 21 - Majetkové propojování zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení otevřel diskusi p. Cabrnoch. Dle jeho názoru majetkovému propojování zamezit fakticky nelze. Zařízení mohou mít povahu buď veřejnoprávní (s přísnými pravidly) nebo soukromou. Pokud existují ve zdravotnictví soukromí vlastníci, nelze propojování zabránit. P. Navrátil se v tomto bodě pozastavil nad otázkou jmenování do správních rad. Připomněl také ohrožení menších zdravotnických zařízení v důsledku nucených přihlašování k určitým pojišťovnám. Na poznámku pí. Skopová týkající se hrozby lokálních monopolů reagoval koordinátor projektu otázkou do jaké míry je možné tyto jevy kvantifikovat. Analytik projektu p. Vachek poukázal na problém doložitelnosti, zatím se vychází z hypotézy, že propojení je špatné, ale to není v literatuře doložitelné. Podle p. Smutného mají ze svobodné volby výběru jakéhokoliv lékaře prospěch jak pacienti tak zdravotnická zařízení. Existuje proto riziko, že propojení omezí tuto svobodu. Rovnoprávnost v systému pojišťovna-pacient-zdravotnické zařízení bohužel nefunguje. Další hrozbou může být v případě propojení alokování zisků pojišťoven mimo systém. Podle p. Cabrnocha není problémem majetkové propojení, ale omezení

svobody člověka. Proto je potřeba přísného dozoru nad jeho zachováním. P. Navrátil poukázal na to, že kromě pacientů je zde skupina lékařů a proto je třeba nahlížet také na rizika pro ně. Pojišťovny nejsou povinny uzavřít smlouvu a podle jeho názoru by tak propojováním mohlo dojít k ohrožení malých praxí. Podle p. Smutného je žádoucí se problém alespoň pokusit definovat, neboť je zjevné, že řešení jsou neznámá. Na závěr tohoto bodu bylo navrženo aby měl každý pacient možnost si zvolit jakoukoliv pojišťovnu, což povede k selekci pojišťoven a jejich preferenci zdravotnickými zařízeními. Zúčastnění se tak shodli na potřebě přísného dozoru nad zachování svobodné volby (teoreticky i prakticky), opatřením může být stanovení povinnosti, aby každé zdravotnické zařízení nutně mělo smlouvu s více pojišťovnami.

Bod č. 20 – Příliš mnoho „stejných“ pojišťoven byl diskutován s důrazem na dopad financování. P. Smutný upozornil na skutečnost, že v mnoha různých systémech používaných ve světě nelze najít ten nejhodnější, protože každý má určitá pozitiva i negativa. Podle jeho názoru je ten náš systém v současné době přijatelný. S touto tezí souhlasil p. Cabrnach. Pí. Skopová připomněla rozdílnost mezi zeměmi v možnostech volné soutěže mezi pojišťovnami. P. Navrátil je také toho názoru, že by neměla být jedna pojišťovna a ilustroval to situací, kdy za první republiky bylo cca 320 pojišťoven. K tomuto bodu p. Navrátil dále poznamenal, že dnes pojišťovny příliš mezi sebou o pojištěnce nesoupeří. Podle jeho názoru dnes rozdíl mezi pojišťovnami není, pociťují ho spíše poskytovatelé než pojištěnci. Pojišťovny by tak měly být více vyprofilovány na určité pracovní skupiny (obory), charakter zaměstnání apod. Zúčastnění se tak shodli na tom, že by pojišťovny měli směřovat k větší různorodosti, v současnosti jsou rozdíly v jejich nabídkách služeb neopodstatněně minimální. P. Cabrnach uvedl, že je žádoucí konkurence v ceně i kvalitě (dnes pojišťovny nekonkurují v ceně a konkurence pouze v poukazech na plavání či helmách je nedostatečná). P. Navrátil navázal a navrhl použití podobného systému jako při pojištění motorových vozidel. Základní balíček by byl pro všechny definován státem. Chce – li někdo lepší pojištění, ať si konkurují; současně uvedl, že pojišťovna musí i vůči zdravotnickým zařízením mít povinnosti. Pí. Skopová připomněla, že v případě pojištění automobilů lze jednodušeji definovat kvalitu, což je téma, kterým je třeba se také zabývat. P. Smutný naopak upozornil na problémy v nizozemském systému pojištění (rozdílná péče za stejné pojištění).

Bod č. 19 – Příliš mnoho velkých fakultních nemocnic a jejich koncentrace byl propojen s jiným problémovým okruhem. Pánové Říha, Cabrnach a Navrátil navrhli tento bod vypustit jako samostatný, neboť je obsažen v nesprávné struktuře lůžkových kapacit.

K bodu č. 18 – Nevyhovující právní forma zdravotnických zařízení otevřel diskusi p. Cabrnach žádostí o rovnost všech právních forem před zákonem a jejich stejných právech a povinnostech. Dále poznamenal, že rozhodnutí o právní formě jednotlivých zdravotnických zařízení je na majiteli. Pí. Skopová upozornila na existenci veřejnoprávních forem zařízení v Evropě s výjimkou Nizozemí a Švýcarska. Podle p. Smutného je hlavním problémem příspěvkových organizací nedostatečná kontrola nad tokem veřejných financí. P. Cabrnach se pozastavil nad otázkou kde končí veřejnost vložených prostředků do zdravotních zařízení. Podle pí. Skopové je důležité aby zisk nebyl vyvádět vně zdravotnický systém. Koordinátor na to reagoval jinou otázkou a to kde je hranice regulace některých institucí aby nehosподаřili se ziskem. P. Navrátil uvedl, že všichni poskytovatelé by měli mít právo na smlouvu. Současně navrhl možnost zakotvení, že v každém kraji musí existovat systém nemocnic – páteřní síť zdravotnictví. Měla by také existovat povinnost, aby poskytovali realizoval i jiný typ služeb (onkologii, pitvy,...) při uhrazení nákladů. Vyjádřil se také pro možnost

zachování vlivu státu nad systémem zdravotní péče. Podle p. Smutného existuje shoda v názoru, že forma příspěvkových organizací v případě zdravotnických zařízení je špatná. Bohužel ale chybí zákon pro jinou veřejnoprávní formu zařízení. Podle jeho názoru navíc existují služby, které budou vždy ztrátové a na ty je třeba pamatovat. Podle analytika projektu p. Vachka k těmto ztrátám dochází v důsledku podhodnocení služeb. P. Cabrnoch poznamenal, že se tato nerovnost dá řešit dotacemi od státu (např. vypsáním grantu na držení infekčních lůžek). P. Navrátil upozornil na problém královehradeckého a pardubického kraje, kdy pouze v prvně jmenovaném kraji mají možnost mít fakultní nemocnici. Poznamenal také, že ve pro zdravotnická zařízení neexistuje odpovídající právní forma. V závěru p. Navrátil uvedl, že ve zdravotnictví chybí právní kontinuita, systém jako takový proto ideální není. Příkladem dobré praxe je USA, kde firmy dotují univerzity, vyslovil se proto pro větší zodpovědnost lidí a firem za chod zařízení a pro sociální zodpovědnost podniků. Zúčastnění členové OT se v tomto bodě shodli na tom, že forma příspěvkových organizací není vyhovující, měla by být vytvořena jiná právní forma pro organizace, které vytvářejí zisk a vracejí ho zpátky do systému a všechny formy by měly mít navíc rovnost před zákonem.

K bodu č. 17 – Omezené využívání informačních technologií přislíbil p. Cabrnoch, že doplní relevantní materiály. Jako příklad uvedl návrh na povinné připojení k internetu a datové schránce ve všech zdravotnických zařízeních (i pro ty kdo nejsou v obchodním rejstříku). Důraz v této problematice je potřeba věnovat také rozvoji systému E-health. Vyjádřil se také pro systematické podpoření telemedicínských systémů. Podle p. Smutného může být zdravotnická dokumentace v elektronické podobě pro určitá zdravotnická zařízení problém. Nicméně podle p. Smutného je třeba jít dál, každý pacient by měl být vybaven elektronickou zdravotnickou dokumentací, pojišťovny by měli pojištěnce vybavit identifikátorem a kartičkou. P. Navrátil se vyjádřil pro podporu rozšiřování IT ve zdravotnictví.

Na závěr proběhla diskuse bodu č. 16 – Zastaralá technická infrastruktura. Podle p. Navrátila je toto téma problematické a existuje zde prostor pro ušetření.

V závěru p. Navrátil uvedl, že se podle svých časových možností pokusí připravit podklady pro téma krizové připravenosti. Pí. Skopová k existujícímu výčtu dále navrhla přidat samostatný bod týkající se problematiky správného zacházení s léčivými (náklady, inovace, problematické interakce apod.). Uvedla, že k tomuto tématu připraví podklady.

4. Různé

Návrh zorganizovat celodenní společné setkání OT byl odsouhlasen a naplánován na neděli 9. listopadu 2008. Organizace a termín dalšího společného setkání bude předmětem dohody, předběžně je rezervován termín 14. listopadu 2008.

Zapsal: Ing. Miroslav Chytil, MBA.
Praha dne 2008-10-27

S T A N O V I S K O k zaslané verzi zápisu ze 14. jednání

ing. Oldřich Nápravník.CSc
člen Odborného týmu
Kulatého stolu k budoucnosti financování zdravotnictví

Jelikož jsem se ze zdravotních důvodů nemohl zúčastnit 14. jednání OT Kulatého stolu k budoucnosti financování zdravotnictví konaného dne 24.10.2008 a s výsledky jednání OT ze dne 24.10.2008 dle zaslané verze zápisu (bod ad 3) nesouhlasím, protože použitý postup (nebyl uplatněn systémový přístup dle Jednacího řádu a nerespektují se dohodnutá ustanovení uvedená v Deklaraci k výstupu 1. fáze činnosti - Zprávě o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR (dále jen Zpráva) – o jejím doplnění) a učiněné závěry (nevychází se z dat zjištěných analýzou) nejsou v souladu se základními dokumenty určujícími činnost OT a po zkušenostech s prezentací MINORITY REPORT k výstupu 1. fáze, vyhrazuji si právo na samostatný postup z níže uvedených důvodů. Právo na samostatný postup a samostatné požadavky člena Odborného týmu vychází z následujících ustanovení Jednacího řádu Odborného týmu (platná verze ze dne 20.10.2007, dále jen Jednací řád) :

1. Jednací řád, článek Hlasování – „Odborný tým se usnáší jednomyslně. Pokud není jednomyslný konsensus možný stanovisko **není přijato** a jsou uvedena skupinová stanoviska“. Protože v případě předmětných projednávaných bodů návrhu obsahu výstupu 2. fáze činnosti Kulatého stolu (ad 18) – ad 22)) není jednomyslný konsensus (s výsledky uvedenými v zápise ze dne 24.10.2008 nesouhlasím), není dohoda ostatních členů Odborného týmu ze dne 24.10.2008 platná a mám právo na samostatně vyjádřené stanovisko.
2. Jednací řád, článek Členství – „Člen má právo požádat Pracovní tým o zjištění informací či zpracování podkladové analýzy.vztahující se k činnosti projektu. Současně má člen právo zahrnout do výstupních materiálů témata, která jsou významná ve vztahu k problematice financování zdravotnictví.“ Předmětná témata v tomto mém stanovisku vychází z cíle a náplně projektu jak je definuje usnesení vlády č. 632 (viz dále) a jak byla (i když jen neúplná podkladová data) uvedena ve výstupu 1. fáze činnosti a mají přímou souvislost s financováním zdravotnictví. Uplatňuji své právo dle tohoto článku a trvám na uvedení závěrů, vyplývajících z výstupu 1. fáze dle stanoviska k předmětným tématům, ve formě zvláštního stanoviska přímo u jednotlivých sporných kapitol ve výstupu 2. fáze (zatímní název Vybrané problémové okruhy financování zdravotnictví a možnosti jejich řešení) Vzhledem k tomu, že Pracovní tým v předložených podkladech pro jednání OT zatím nerespektoval zjištěná zásadní negativa v současném zdravotnictví (předložená zástupci KSČM a doposud nikým na jednáních OT nezpochybněná) a z toho vyplývající nutná řešení, předložím znění příslušných částí textu výstupu 2. fáze (odpovídající zjištěním učiněných v rámci 1. fáze činnosti) sám, do 30.11.2008.
3. Jednací řád, článek Úvodní ustanovení – „Věcný obsah jednání, způsob a organizace Odborného týmu vychází z usnesení vlády České republiky č. 632 ze dne 11. června 2007.“ V důvodové zprávě tohoto usnesení je stanoveno v rámci postupu řešení, že po zpracování analýzy (1. fáze – Zprávy o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR) bude provedena syntéza zjištěných skutečností, tzn. že výstup 2. fáze musí vycházet ze zjištění učiněných (uvedených) v rámci 1. fáze a nikoliv vymyšlených v rámci 2. fáze bez návaznosti na podklady analýzy. Tedy návrhy reformních opatření musí obsahovat

informaci, které zjištěné negativum odstraní nebo minimalizují či které pozitivum ještě dále zesílí.

Žádám o potvrzení na jednání OT 9.11.2008 a uvedení do zápisu z tohoto jednání, že výše uvedené bude respektováno a v souladu s výše uvedenými ustanoveními Jednacího řádu Odborného týmu budou mnou dodané texty nedílnou součástí textu výstupu 2. fáze (jako zvláštní stanoviska přímo uvedené v textu, nikoliv jako příloha či dokonce jako samostatný materiál – viz plnění příslibů k MINORITY REPORT 1. fáze). Dále žádám, aby toto celé stanovisko bylo součástí Zápisu z 14. jednání.

V bodě ad 4) zápisu není uveden návrh zástupců KSČM předložený na jednání, aby bylo přijato toto usnesení: „Každý člen OT, v souladu s Jednacím řádem OT, má právo nechat do konečné verze textu výstupu 2. fáze zařadit části textu (body, odstavce, kapitoly) jím zpracované s vyznačeným autorstvím (zástupci politické strany XY) a to jako variantní zpracování dané problematiky již v textu uvedené, navržené nebo jako zatím neuvedený identifikovaný problém vyplývající ze zjištění uvedených v 1. fázi. Doplnující text musí předložit pracovnímu týmu do 14 dnů po obdržení pracovní verze 2. výstupu k autorizaci. Doplnující text bude mít charakter zvláštního stanoviska“. Dle informací, které jsem obdržel se k návrhu koordinátor vyjádřil, že se jedná o automatické právo každého člena OT. Trvám, aby takto to bylo uvedeno v zápise ze 14. jednání.

V pracovní verzi v Úvodu je stanoveno, že „cílem dokumentu je stanovit rámec pro diskusi“, ale Důvodová zpráva usnesení vlády č. 632 stanovuje cíl výstupu 2. fáze zcela jinak na základě syntézy zjištění analýzy (1. fáze – co a proč) odpovědět na otázku co a jak změnit, tedy nikoliv rámec pro diskusi. Jestliže se stanovuje rámec, tak tím je dáno, že se povoluje diskuse pouze o tom co je uvedeno v pracovní verzi. V té však (přes mnohé připomínky zástupců KSČM) stále chybí podstata problému – skupinová solidarita a omezování míry solidarity ve prospěch vysokopříjmových skupin obyvatelstva. Uvedené body ad 1) – ad 22) jsou většinou parciálními problémy vznikajícími neřešením podstaty.

Jestliže se uvádí jako největší problém finanční stránka zdravotnictví, tak se musí nejdříve stanovit finanční optimum v nejvyšší úrovni rozlišení jako základ (a to nelze na základě diskuse, ale pouze na základě analýzy dat), které se dále rozpracovává – tj. syntéza systémovým přístupem. K tomu jako výchozí podklad musí být zpracována bilance systému jako celku (s vyjádřením podílu určujících prvků) podle platné legislativy (jelikož analýza měla být do 31.12.2007 musí bilance obsahovat variantu do 31.12.2007 a po 1.1.2008). V pracovní verzi tento výchozí podklad chybí a není v něm ani náznak, že bude doplněn (k objektivnosti grafu příjmů a nákladů lze mít značné výhrady – např. vliv růstu průměrných mezd). Nesouhlasím s formulací uvedenou v Závěru, že „pro řešení problému financování zdravotnictví je klíčová otevřená diskuse“. Vzhledem k určité podjatosti každého diskutujícího z odborné veřejnosti (účastní se na některých činnostech v rámci zdravotnictví) zákonitě bude navrhopvat odstranění jeho se dotýkajících problémů a nikoliv zlepšení, optimum celku, veřejné služby. Jednotlivé návrhy by měli posoudit nestranní odborníci v konfrontaci se zjištěními analýzy (příklad: nezaznamenal jsem návrhy na odstranění skupinové solidarity nebo shodné míry solidarity, které jsou podstatné).

Prezentovaná nutnost „vůle se domlouvat a ochota ke spolupráci“ je zatím ze strany zástupců KSČM stále uplatňována i když bez odpovídajícího efektu. Předložené návrhy, připomínky, požadavky, doplnění směřující k objektivnosti a komplexnosti výstupů zůstávaly většinou nejen bez odezvy, ale i bez jakékoliv odpovědi. To stále více podporuje názor, že naše účast v projektu má (měla) více méně povahu „křoví“.

Další výhrady k projednávané pracovní verzi (bod ad 3) programu) : podklady předložené OT k jednání v rámci 2. fáze nerespektují požadavky uvedené členy OT v Deklaraci k výstupu 1. fáze (nutnost doplnění dat a jejich analýza - nesplněno) jako podmínku dalšího postupu. V usnesení vlády č. 632 se uvádí jako důvod ustavení Kulatého stolu potřeba „komplexní systémové reformy“ a nikoliv návrh koncepčního řešení jen některých problémů. Výstupní materiál 2. fáze s názvem „Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR“ s podtitulem „Identifikované problémy a možnosti řešení“ se ale zabývá pouze některými problémovými okruhy a některá podstatná negativní zjištění zcela pomíjí. To také znamená, že nejsou uvedeny i odvolávky na příslušné části Zprávy (kde byly identifikovány). Navíc verze obsahuje body (např. návrhy bodů 8, 18, 22), pro které ve Zprávě nejsou podkladová data (tedy jde o neobjektivní, nesystémový postup, nápadně navazující na záměry ministerstva). Zásadním nedostatkem předložené pracovní verze výstupu 2. fáze je, že se vůbec nezmiňuje o negativních dopadech skupinové solidarity na financování zdravotnictví a rovnost podmínek, o trvalém porušování principů solidarity na straně příjmů a o problematice finančních bariér domácností. Pracovní verze rovněž zcela pomíjí výchozí tezi (zadání) pro řešení úkolu, kterou OT jednomyslně odsouhlasil 24.1.2008 o veřejné službě a řízené konkurenci ve vztahu k budoucnosti financování zdravotnictví (nerespektuje vlastní usnesení). Naopak prosazuje užití nástrojů řízené péče, o které ve Zprávě nejsou zmínky ani datové podklady (ani vyhodnocení negativ, které to přináší).

Z nevysvětlitelných příčin, bez předchozího oznámení, byl změněn postup projednávání pracovní verze – mělo se pokračovat dále od bodu ad 8), ale začalo se projednávat od bodu 23) zpětně. Z hlediska právní formy zdravotnických zařízení pracovní verze nerespektuje ustanovení metodiky SHA (vydané ČSÚ a z které se vycházelo při zpracování Zprávy) část „Zacházení s dotacemi a jinými transfery ve prospěch odvětví poskytovatelů zdravotní péče“ kapitoly 5.16 – 5.24, které specifikují podstatu právních forem ve zdravotnictví ve vztahu k variantám, možnostem jejich financování (z podstaty netvořícím zisk). Uváděná neprůhlednost účetnictví příspěvkových organizací (špatná kontrola finančních toků) jako vlastnost této právní formy je zcela mylná, protože dle §9 zákona o účetnictví o kvalitě účetnictví rozhoduje zřizovatel (volí podrobnost, průhlednost, stanovuje účtovou osnovu, může být shodné s účetnictvím akciových společností). Vyřešení problematiky skupinové solidarity znamená i automatické vyřešení problematiky bodů ad 21 a ad 22. Navíc zajištění rovnosti podmínek dostupu pro všechny občany a návrat k původní (asi lepší) koncepci povinného veřejného solidárního zdravotního pojištění a k němu účelové připojištění (oborové, resortní, podnikové a jiné zdravotní pojišťovny byly původně navrhovány jako nadstavba, připojištění podle profesí, nad všeobecné zdravotní pojištění, s účastí právních subjektů).

Podrobněji k jednotlivým bodům z pracovní verze projednávaným v rámci bodu ad 3) programu jednání 24.10.2008 se vyjádřím ve stanovisku k verzi ze dne 3.11.2008 a příloženým podkladům. Zatím podotýkám, že body ad 21) a ad 22) řeší zavedení jediného správce povinného veřejného solidárního zdravotního pojištění, bod ad 20) řeší §9 zákona o účetnictví případně stávající zákon o neziskových společnostech (s možnou novelizací), respektování kapitol 5.16 – 5.24 z metodiky SHA s využitím §66 odst.(7) Obchodního zákoníku.