



*Reformní návrhy ČSSD byly podrobeny široké veřejné i vnitrostranické diskusi a výsledky této diskuse ovlivnily jejich finální podobu.*

*Všem autorům připomínek děkujeme za návrhy, komentáře a za jejich snahu, která pomohla zlepšit kvalitu závěrečného textu.*

**ČSSD**

## Reforma zdravotnictví

**„Kvalitní zdravotnictví dostupné pro všechny!“**

*Zpracoval: David Rath*

## Úvodem

Zdravotnický systém potřebuje postupné úpravy a změny, tedy evoluční způsob reformy. Pravicové strany se v posledních letech snažily o revoluční reformy, které poškodily pacienty a vedly ke snižování kvality poskytovaných služeb. Naším cílem je systém zklidnit a stabilizovat jako veřejnou službu realizující princip solidarity zdravých s nemocnými, bohatších s chudšími. Za pravicových vlád došlo k narušení principu solidarity zavedením stropů pro platby pojištění, čímž došlo k zastavení progresu v platbách. Současně byl narušen princip veřejné služby dostupné všem tím, že rychle postupuje nárůst spoluúčasti pacientů na léčbě. Před nástupem pravicových vlád byla spoluúčasť okolo 11 % a nyní se dostala až k 17 %. Pravicové strany se navíc netají tím, že ji chtějí zvyšovat až na 25 % (viz graf č. 1).

**Graf č. 1 – Zvyšování spoluúčasti pacientů** (v % z celkových výdajů na zdravotnictví)



Sociální demokracie je přesvědčena, že horní hranice finanční spoluúčasti pacientů by neměla přesahovat 15 %. Pravicová vláda chce rozdělit zdravotní péči na základní, tedy lacinou, a na ekonomicky náročnější, kterou si mohou bohatší zaplatit ze svého. Sociální demokracie takové rozdělení považuje za zcela nepřijatelné, neboť dělí medicínu na léčbu pro chudé a bohaté. Prosazujeme, aby ty zdravotnické služby, které odborníci označí za život či zdraví prokazatelně zachraňující, byly ekonomicky dostupné pro všechny, kteří je potřebují, bez rozdílu, zda na to mají či nikoliv. Rozhodujícím faktorem bezplatnosti musí být účinnost léčby, a ne její ekonomická náročnost.

## 1. Zdravotnictví jako veřejná nezisková služba

Zdravotnictví se po staletí vyvíjelo jako pomoc lidem v nemoci, kterou poskytovali lékaři jako svobodné povolání. Šlo převážně o charitativní a státem neřízený systém, kdy nemajetní byli odkázáni na milosrdenství a bohatší si lékařské služby nakupovali jako jakoukoli jinou službu. Systémový charakter služba získala zavedením povinného zdravotního pojištění, které zřídil kancléř Bismarck na principu solidarity zdravých s nemocnými a bohatších s chudými. Cílem bylo zajistit zdravotnickou pomoc pro co nejširší vrstvy obyvatel. Zdraví jednotlivce se

postupně stalo veřejným zájmem celé společnosti, a ne jen individuální záležitostí příslušného člověka. Nemoc není často pouze individuálním problémem, ale může ohrožovat i okolí, navíc nemocný člověk znamená ztrátu pro celou společnost, nejen ztrátu osobní či rodinnou.

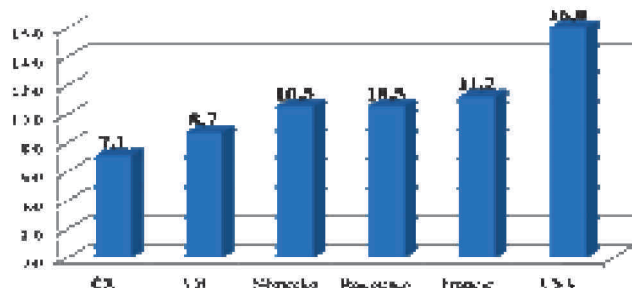
**Dostupné a kvalitní zdravotnictví je jedním z pilířů, který stabilizuje klima ve společnosti a posiluje pocity jistoty.**

V posledních letech se v USA objevily ekonomické studie prokazující, že bohatnutí společnosti a její prosperita je závislá na vysoké úrovni zdravotnictví. Tím se vyvrátily předchozí představy, že nejprve společnost musí zbohatnout, aby si mohla dovolit kvalitní zdravotnictví. Ukazuje se opak, tedy že **kvalitní zdravotnictví přispívá k bohatnutí společnosti a je jednou z příčin prosperity, nikoliv pouhý výsledek zbohatnutí.** Aby tuto roli mohlo zdravotnictví hrát, musí být všeobecně dobře dostupné i pro nízkopříjmové skupiny obyvatel. To lze zajistit jen existencí systému jako veřejné služby řízené a kontrolované veřejnou správou. Jedině veřejná správa zajišťovaná vládou, krajskými vládami a městskými správami je schopna dlouhodobě zajistit širokou dostupnost a růst kvality. Z tohoto důvodu musí být výběr a nakládání se zdravotním pojištěním plně řízeno veřejnou správou na základě neziskovosti. Jde o období správy daní, tudíž jsou nepřijatelné jakékoli snahy o deetatizaci zdravotních pojištění.

Role soukromých zdravotnických zařízení je v oblasti ambulantních služeb nezpochybnitelná, v segmentu nemocnic by měly hrát pouze roli doplňkovou. I soukromé zdravotnické služby fungují na základě objednávky a kontroly veřejné správy. Zdravotní pojišťovny jsou pak pouhými výkonnými složkami veřejné správy, pro kterou zajišťují financování celé zdravotnické soustavy. České pravicové strany však tento princip zpochybňují a rády by viděly zdravotní pojišťovny jako samostatné instituce, třeba i čistě soukromé, které nakupují a proplácejí zdravotní služby podle svého rozhodnutí a na základě smlouvy s pojištěncem. Tento model by byl pro běžného občana velice nebezpečný. Učinil by jej zcela odkázaným na libovůli firem – pojišťoven, které by chtěly na léčbě jeho nemoci co nejvíce ušetřit, tedy získat co největší rozdíl mezi vybraným pojistným a vyplacenými částkami za léčbu. Dostupnost i úroveň péče by postupně klesala, přičemž by veřejná správa neměla prakticky žádné silné nástroje to jakkoli změnit. Navíc by vláda byla finančně vydrápana nestátními pojišťovnami, které by chtěly získat vyšší dotace z veřejných rozpočtů. **Pokud vláda ztratí rozhodovací pravomoc nad zdravotním pojištěním, tak nebude schopna zajistit základní ústavní právo občana na zdravotní péči. Sociální demokracie naopak prosazuje modely, kdy je vláda plně zodpovědná za dostupnost a kvalitu zdravotní péče.** Část této zodpovědnosti může delegovat na krajské vlády a městské samosprávy.

## 2. Zvýšit podíl výdajů na zdravotnictví z HDP

V České republice spotřebuje zdravotnictví zhruba 7 % ročního HDP. Ve všech vyspělých zemích je pro společnost dražší a spotřebuje vyšší podíl HDP. V USA 16 %, ve Francii 11 %, v Německu 10,5 %, v Rakousku 10,5 % HDP. Ve Velké Británii došlo v posledních letech k prudkému nárůstu podílu HDP, který jde do zdravotnictví, a to z 6 % na současných skoro 9 % (viz graf č. 2). Šlo o politické rozhodnutí vlády T.Blaira, která se chtěla vypořádat s hlavním problémem britského zdravotnictví, a to nízkou dostupností služeb. To se projevovalo dlouhými čekacími lhůtami na vyšetření a potřebné výkony. Nárůst podílu HDP spolu s organizačními změnami a způsobem úhrad za péči vedl k narovnání a dnes nejsou čekací doby v Británii již výrazně delší než v sousedních zemích.

**Graf č. 2 – Výdaje na zdravotnictví v % z HDP v roce 2008 (OECD)**


Menší objem financí v českém zdravotnictví se projevuje především v oblasti platů zdravotníků, dále v úrovni nemocničních budov a někde i v nedostatku zdravotnické techniky. Čeští zdravotníci mají platy zhruba na úrovni jedné třetiny jejich západních kolegů. Podstatná část našich nemocnic není v dobrém stavu, budovy jsou technicky zastaralé a neposkytují odpovídající komfort jak pacientům, tak ani zdravotníkům. Nízké platy a nevyhovující prostory, spolu se špatnou organizací práce, vedou k dlouhodobé frustraci velké části zdravotníků. V oblasti dostupnosti zdravotnické techniky panují velké rozdíly způsobené nespravedlivým způsobem úhrad jednotlivých výkonů. Značný nedostatek je například v klíčové oblasti léčby rakoviny radioterapií. Ta je v současnosti pro řadu pacientů takřka nedostupnou, a to jak z důvodu nedostatku přístrojů, tak z důvodu nedostatku personálu, který je nezbytný pro tento druh léčby.

Sociální demokracie prosazuje postupný růst podílu HDP, který jde do zdravotnictví. Naším minimálním cílem je 8% HDP, což je průměr v zemích EU. Vzhledem k tomu, že inspiraci hledáme ve zdravotnických systémech Francie, Německa a Rakouska, jsme si vědomi, **že by naším cílem mělo být 9–10% HDP v horizontu zhruba 6 let vlády sociální demokracie**. Bez navýšení podílu HDP jdoucího do zdravotnictví nelze očekávat růst kvality služeb. Vzhledem k tomu, že sociální demokracie odmítá další růst spoluúčasti pacientů, je zdroj příjmů omezen na:

- nárůst plateb státu za státní pojištění,
- nárůst výše povinného zdravotního pojištění (nedávno toto udělala německá vláda),
- na rozvoj dobrovolného komerčního připojištění.

### 3. Spravedlivé odměňování zdravotníků

Zdravotníci pracovníci trpí v naší zemi dlouhodobě nízkými platy. Týká se to zhruba ½ nemocničních lékařů, 80 % středního zdravotnického personálu a 100 % pomocného zdravotního personálu. Rozumnou míru odměňování lze nalézt u většiny soukromých ambulantních lékařů, i když i zde jsou rozdíly způsobené nespravedlivě nastavenými úhradami za výkony poskytované jednotlivými odbornostmi. Lékaři a zdravotní sestry jsou navíc v posledních letech podrobena chaotickému a nesmyslnému systému postgraduálního vzdělávání, který posiluje pocity nespokojenosti a frustrace.

Organizace práce v českých nemocnicích je zakonzervována na historické úrovni odpovídající tak situaci před 60 lety, s modifikací chaotické liberalizace let devadesátých. Systém není pružný, na některých pozicích vyžaduje zbytečně mnoho personálu, na jiných pak potřebný personál naopak zoufale schází. Je charakteristický na jednu stranu nízkou mírou samostatnosti zdravotníků, na druhou stranu absencí trvalé kontroly výsledků jejich práce. V posledních letech se extrémně rozmáhá byrokratický formalismus – sestra pečlivě popíše v dokumentaci, jak pacienta převlékla, umyla a nakrmila, ale ve skutečnosti se nic takového vůbec nestalo. Totéž lze vystopovat i v chování některých lékařů. Jejich snahou je co nejrychleji se specializovat na jeden výkon či úzký výsek onemocnění a neřešit ostatní problémy pacienta. Logicky tak dominuje snaha zaměřit se na výkony, které jsou z nejasného důvodu honorovány lépe než ostatní. Ubývá lékařů ochotných s pacientem mluvit nebo jej komplexně vyšetřit a přibývá specialistů, kteří během pár minut udělají nějaký izolovaný výkon či vyšetření a tím okamžikem ztrácejí jakýkoli zájem o osud pacienta. Díky dlouhotrvající studené válce mezi lékaři a reprezentanty společnosti se navíc takřka vytratila elementární loajalita se zdravotnickým systémem a často i s nemocnicí, kde pracují. Nacházíme se v období nedostatku kvalifikovaných lékařů. V nadcházejících letech se bude tento nedostatek ještě více prohlubovat a půjde o zásadní krizi celého systému. Sociální demokracie před touto personální krizí varuje a chystá kroky, jak jí čelit.

Sociální demokracie **upraví seznam zdravotních výkonů tak, aby obsahoval odpovídající cenu práce lékařů, sester, ale i pomocného zdravotnického personálu**. Tato revize narovná historické nespravedlnosti a zvýší cenu práce zdravotníků oproti ceně techniky. Nový seznam výkonů použijeme jako základ výpočtu mezd a podklad reformy v odměňování zdravotníků. **Výrazně zjednodušíme systém dalšího vzdělávání zdravotníků**. Ve veřejných nemocnicích se budeme snažit prosadit moderní organizaci práce a výrazně odburokratizovat celý systém. Chceme navrátit lékařům statut svobodného povolání, který pracuje ve prospěch svého pacienta a disponuje vyšší mírou svobodného rozhodování, přičemž nad jeho postupy dohlíží nezávislé stavovské organizace – komory. Komory ve spolupráci s odbornými společnostmi a lékařskými fakultami budou zajišťovat i postgraduální vzdělávání.

### 4. Síť zdravotnických zařízení pod kontrolou veřejné správy

Mnoho let dochází k postupné a řízené erozi sítě zdravotnických zařízení. Jsou chaoticky privatizována či dokonce likvidována. Vše bez jakékoli představy o tom, jak by síť měla vypadat. Jde o nahodilý proces, který se řídí silami, jež z tohoto procesu chtějí získat materiální prospěch. **Sociální demokracie vidí jako základ zdravotnické soustavy síť nemocnic, které budou pod kontrolou veřejné správy**. Nemocnice budou zajišťovat veškerou základní péči pro svůj region, tudíž jejich povinností bude poskytnout zdravotní péči bez ohledu na to, zda jde o ekonomicky výhodnou záležitost. Měly by proto být neziskovými organizacemi, tedy instituce zřízené ne za účelem vytváření zisku, ale za účelem poskytování stanovených zdravotnických služeb. Rozsah poskytovaných služeb stanoví ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s kraji. Zajištění financí na provoz je povinností veřejné správy prostřednictvím toho, že řídí zdravotní pojištění. Každý okres by měl mít alespoň jednu veřejnou neziskovou nemocnici, která bude sloužit jako odborné referenční pracoviště pro soukromá ambulantní i lůžková zařízení. Nad touto základní sítí chceme mít síť neziskových fakultních

nemocnic. Síť soukromých ambulancí či doplňkovou síť soukromých nemocnic nechceme výrazně měnit. Jediným naším jasným cílem v této oblasti je finančně zvýšit motivaci praktických lékařů, aby se o své registrované pacienty starali delší dobu a více se angažovali v zajištění základní přednemocniční 24hodinové péče.

## 5. Zredukovat počet zdravotních pojišťoven

Nynější systém několika úplně stejných zdravotních pojišťoven nemá žádný význam, respektive stojí naši společnost zbytečné peníze, a jediné vysvětlení jejich existence je plán na jejich privatizaci. Sociální demokracie chce drahý chaos zjednodušit, zlevnit a podrobit veřejné kontrole. Toto nelze provést v systému devíti či deseti pojišťoven. **V optimální variantě by mohla existovat jedna pojišťovna jako ve Francii.** K tomuto modelu nejde však dojít úplně jednoduše, neboť některé zaměstnanecké pojišťovny se i přes svůj veřejný zákonný statut staly plíživě pojišťovny soukromými. Z tohoto důvodu předpokládáme sérii postupných kroků směřujících ke snížení počtu pojišťoven.

V první fázi by měla vzniknout jedna pojišťovna ze všech, které většinou ovládá stát. Tato pojišťovna by měla být řízena dozorčí radou a kontrolována komisí poslanecké sněmovny. Dozorčí radu sestaví vláda, zástupce v ní budou mít kraje, lékařská komora a odbory. Poslanecká sněmovna zřídí komisi pro dohled nad zdravotním pojištěním, jejíž náplní bude kontrola činnosti. Tato komise bude dohlížet i na zbývající zdravotní pojišťovny. Ostatní zaměstnanecké pojišťovny budou postupně podrobeny tlaku s cílem jejich vzájemné fúze. Měly by buď během definované doby dosáhnout minimálního počtu dvou milionů pojištěnců, nebo se spojit s jinými a na tento počet dosáhnout. **Výsledkem této fáze by mohly být dvě pojišťovny. Jedna plně pod kontrolou vlády, ta by pojišťovala zhruba 7–8 milionu lidí a jedna zaměstnanecká pojišťovna mající 2–3 miliony pojištěnců.** Tento stav by už byl přehledný, říditelný a hlavně kontrolovatelný ze strany veřejné správy. Zaměstnanecká pojišťovna by se následně měla soustředit na poskytování komerčního připojištění a po jejím vybudování během 3–5 let by převedla povinné pojištění na existující jednu státní pojišťovnu.

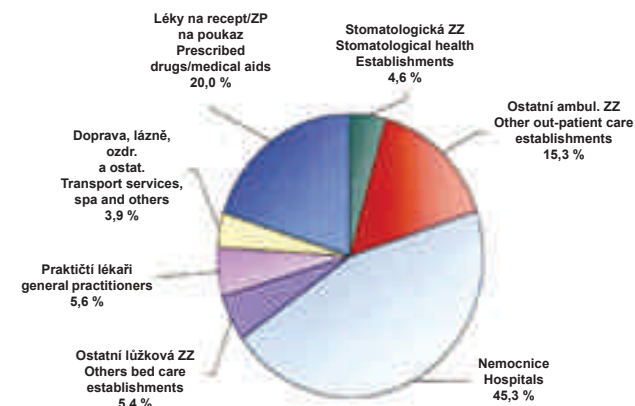
## 6. Využít vnitřní rezervy systému

Zdravotní systém má vnitřní ekonomické rezervy. Zjednodušuje se to, že systém je černou dírou na peníze. Struktura nákladů ve zdravotnictví skutečně ukazuje možné oblasti finančních rezerv (viz graf č. 3).

Největší díl nákladů tvoří mzdy zdravotnického personálu. Přitom víme, že mzdy jsou nízké a měly by růst. Dále víme, že oproti vyspělé Evropě máme personálu spíše méně, zvláště pak toho ošetrovatelského. Redukce nákladů v této oblasti je tedy nemožná. Významný podíl je utracen za léky. **Zde se dá v horizontu dvou let uspořit část nákladů tím, že se zavede transparentní a jednoduchý systém stanovení cen a úhrad.** Úspora se však projeví spíše tím, že se přibrzdí, v optimálním případě na čas zastaví nárůst nákladů na léky. Nárůst je běžně 6–9% ročně. Při zavedení kategorizace zdravotnického materiálu lze též očekávat úsporu, ale spíše opět v tom, že nárůst nebude tak strmý.

**Významnější úsporu lze také očekávat ve zlevnění administrativní obsluhy systému zdravotními pojišťovnami.** Zde jde o jediný reálný zdroj financí. Snížením jejich provozních nákladů na 2% se dají získat skoro tři miliardy ročně. Musí být též zvýšen tlak na efektivitu investic. Zde je však možný pozitivní dopad do ekonomiky zdravotnictví iluzorní. Drtivá většina investic je totiž realizována ze zdrojů mimo systém. Jde o dotace státního rozpočtu, EU, rozpočtu krajů a měst. Uspořené prostředky jednak nebudou nijak zásadní a jednak většina z nich vůbec neskončí v systému zdravotnictví. Jde tedy spíše o problém morální nežli o problém, jehož vyřešení zlepší ekonomickou situaci resortu. Jednoduchým řešením je **zavedení systému stropových cen ve výběrových řízeních** s tím, že tato cena je určena za pomoci garantované expertizy. **Nejllepší by bylo zavést státní expertizu na obvyklé ceny stavebních prací a technologií.** Systém funguje třeba v Německu, ale zavedl jej i Středočeský kraj. Cena navržená projektantem je ověřována a porovnávána s cenami obvyklými a je podle nich upravována. Již existují databáze obvyklých cen stavebních prací. Obtížnější je to u technologií, kde se musí dělat namátkový průzkum trhu. Zavedení tohoto systému dokáže veřejným rozpočtům ušetřit dle našich zkušeností v průměru 3–6% z předpokládané ceny zakázky.

**Graf č. 3**  
**Struktura nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů péče v roce 2009 (v %)**  
*Structure of health care costs of health insurance corporations by types of health care in 2009 (in %)*



Zdroj: Výkazy zdravotních pojišťoven pro MZ

## 7. Rekapitulace kroků, které provede ČSSD

### Snížíme počet zdravotních pojišťoven

Cílem je zlevnit administrativní správu systému a výrazně ji zjednodušit. Výsledkem by měl být pružný, předvídatelný a srozumitelný úhradový systém. Prvním krokem bude **sloučení**

**Vojenské pojišťovny a Pojišťovny ministerstva vnitra s VZP do jedné instituce. Současně bude sjednocena legislativa o zdravotních pojišťovnách do jedné právní normy.** Náklady na provoz ZP klesnou na maximum 2 % z vybraného pojistného (oproti současnosti úspora necelé 3 mld. ročně).

### **Zrušíme regulační poplatky**

Cílem je odstranit ekonomické bariéry v čerpání zdravotní péče a tím zvýšit její dostupnost. **Zrušíme poplatek za návštěvu lékaře, za recept a návštěvu lékařské pohotovosti.**

Toto zrušení poplatků bude vykompenzováno jednotlivým zdravotnickým zařízením zvýšenými platbami zdravotních pojišťoven. **Časově neomezený poplatek za pobyt v nemocnici omezíme na 60 dnů v roce a snížíme ho ze 100Kč na 60Kč za jeden den.**

### **Zrušíme stropy při platbě zdravotního pojištění**

Cílem je **zvýšit příjem zdravotních pojišťoven o zhruba 2 miliardy ročně.** Stropy zvýhodňují vysokopříjmové skupiny obyvatel a snižují míru solidarity v systému. Nemají žádné opodstatnění, neboť systém pojištění je založen na absolutní solidaritě zdravých a vydělávajících s nemocnými. Neexistuje zde žádná vazba mezi výší plateb do systému a výší následného čerpání za zdravotní péči.

### **Zjednodušíme systém úhrad**

Cílem je změnit současný nepřehledný a neprůhledný systém úhrad a především jej zjednodušit. Hlavním podkladem systému by se měl stát „Seznam zdravotních výkonů“. **Úhrady by v čase měly být nastaveny na střídání výkonového systému a z něho vycházejícího systému rozpočtových paušálů.** Tento systém zajistí vyšší míru spravedlnosti – za stejné výkony dostanou zdravotnická zařízení stejné finance, dále se zajistí odstranění historických nespravedlností mezi zařízeními a více se akcentuje princip toho, že peníze jdou za pacientem.

### **Odstraníme chaos ve stanovení úhrad, cen a doplatků za léky**

Cílem je snížit náklady za léky. Zavedeme pravidlo, že za stejný účinek léku bude ze zdravotního pojištění placena jeho stejná úhrada. **Zavedeme systém maximálního doplatku a vrátíme do systému opatření, kdy v každé kategorii musí na trhu existovat alespoň jeden lék bez doplatku.**

### **Zavedeme kategorizaci cen zdravotnických prostředků**

Zdravotní pojišťovny nesmí platit více, než kolik stojí běžně na trzích zemí EU. Cílem je snížit náklady na zdravotnický materiál.

### **Zastavíme privatizaci nemocnic**

Cílem je **udržet základní síť nemocnic pod veřejnou kontrolou a řízením.** Proces privatizace či pronájmů nemocnic soukromým subjektům vede k tomu, že politická reprezentace ztrácí nástroje, pomocí nichž má zajistit realizaci základních ústavních práv obyvatel na dostupnou zdravotní péči. Lidé jsou pak vydáni libovůli majitelů či nájemců, kteří nenesou žádnou zodpovědnost za zajištění zdravotní péče a jejich logickou motivací je vytvářet co nejvyšší míru zisku. Zisk pak zákonitě vyvádějí mimo zdravotnickou soustavu.

### **Vybudujeme systém veřejných neziskových nemocnic**

Systém veřejných neziskových nemocnic stabilizuje síť nemocnic v jednotlivých okresech a zajistí veřejnou kontrolu nad hospodařením a nad kvalitou zdravotní péče. Cílem je **zajistit dostupné zdravotnictví bez ekonomických bariér** a generování zisku na nemocných a zdravotnících.

### **Zavedeme objektivní systém porovnávání kvality zdravotní péče v jednotlivých lůžkových zdravotnických zařízeních**

Cílem je identifikovat zařízení, která mají problémy s kvalitou péče, a postupným tlakem **zvýšovat měřitelnou kvalitu poskytované péče.** Tento systém bude sloužit ke srovnávání výsledků léčby především pro potřeby kontrolních orgánů – ministerstva zdravotnictví, ČLK a krajů.

### **Stabilizujeme zdravotnický personál**

Mimo jiné i postupným zvyšováním platů. Cílem je zastavit postupující personální krizi. Vedle růstu platů zdravotních sester a lékařů zjednodušíme systém postgraduálního vzdělávání tak, aby odpadla současná šikana mladých zdravotníků.

### **Modernizujeme nemocnice**

Urychlíme modernizaci nemocničních budov tak, aby se zvýšil komfort pacientů – vybudujeme lůžkový fond na dvoulůžkových, maximálně třílůžkových pokojích s vlastními sociálními zařízeními. Cílem je **postupné zvyšování úrovně pobytových služeb pro pacienty.** Zastavíme snahy o překotné rušení akutních lůžek.

### **Rozvineme preventivní programy**

Cílem je předcházení a včasný záchyt vybraných onemocnění. U těchto onemocnění dopracujeme systém celoplošné prevence tak, aby se informace o rizikových skupinách pravidelně dostávaly ke každému člověku a ten také věděl, kam se má obrátit. Zajistíme, aby poskytování preventivních programů bylo pro pacienty jednoduché a komfortní.

## **8. Rekapitulace toho, co ve vládní koncepci zdravotnické reformy odmítáme**

- Nechceme privatizaci či deetatizaci zdravotních pojišťoven.
- Nechceme regulační poplatky.
- Nechceme privatizaci základní sítě nemocnic.
- Nechceme nárůst spoluúčasti pacientů.
- Nechceme nárůst doplatků za léky a chaos v určování úhrad a cen.
- Nechceme rozdělení zdravotní péče na lacinou pro chudé a ekonomicky náročnější pro bohaté, kteří si ji mohou zaplatit.
- Nechceme nespokojené a frustrované zdravotníky.

Tento dokument je otevřeným návrhem. Velmi oceníme vaše odpovědi na položené otázky i jakékoliv další komentáře. Na podzim tohoto roku dokument na základě připomínek dopracujeme do konečné podoby.