

# Koncepce střednědobé resortní politiky Ministerstva zdravotnictví v letech 2003 až 2006 - koncepte reformy zdravotnictví

## Obsah:

<i>I. Úvod</i> .....	2
I.1. Cíle koncepce rozvoje ochrany zdraví a zdravotní péče .....	3
I.2. Východiska .....	4
<i>II. Současný stav</i> .....	6
II.1. Legislativní prostředí .....	6
II.2. Vývoj českého zdravotnictví od roku 1989 .....	7
II.2.1.1 Síť zdravotnických zařízení .....	10
II.2.1.2 Pracovníci ve zdravotnictví .....	11
II.2.1.3. Financování zdravotní péče .....	13
II.2.2. Současná SWOT analýza zdravotnictví .....	16
II.2.3. Stav zdravotní péče.....	18
II.2.3.1. Demografický vývoj .....	18
II.2.3.2. Zdravotní stav.....	20
II.2.3.3. Síť a činnost zdravotnických zařízení .....	22
II.2.3.4. Pracovníci a zdravotnické vzdělávání .....	24
<i>III. Koncepce rozvoje ochrany zdraví a zdravotní péče</i> .....	25
III.1. Ochrana zdraví a zdravotní péče.....	25
III.2. Organizace zdravotnických služeb .....	27
III.3. Léková politika.....	36
III.4. Výzkum.....	40
III.5. Vzdělávání.....	42
III.6. Mezinárodní spolupráce .....	43
III.7. Programy zaměřené na prevenci nemocí a zachování zdraví populace .....	44
III.7.1. Program WHO „Zdraví pro všechny v 21. století“ .....	44
III.7.2. Specifikace jednotlivých programů .....	46
III.8. Regionální rozměr koncepce.....	48
III.9. Legislativní oblast.....	48
III.10. Investiční politika .....	51
III.11. Veřejné zdravotní pojištění .....	52
III.11.1. Zdravotní pojištění a EU .....	53
III.11.2. Nahrazení průkazu pojištěnce elektronickým identifikátorem - čipovou kartou .....	54
<i>IV. Reforma</i> .....	55
IV.1. Reforma systému veřejného zdravotního pojištění .....	55
IV.2. Hlavní nástroje reformy systému veřejného zdravotního pojištění .....	59
<i>V. Stabilizace</i> .....	75
<i>VI. Závěr</i> .....	76
Seznam použitých zkratk.....	82

## **I. Úvod**

Předkládaná koncepce zohledňuje požadavek reformy zdravotního systému se zachováním požadované kvality péče na vysoké odborné úrovni pro všechny občany a za přiměřené materiální náklady. Tato koncepce tedy formuluje zásady zdravotní politiky a předkládá návrhy řešení transformace zdravotnictví a jeho dalšího rozvoje. Je to pochopitelné – zdraví je odjakživa nejcennějším statkem každého člověka, a tak není divu, že se zajímá o všechno, co s jeho zdravím souvisí.

Naprosto logicky se o zdraví zmiňuje i naše ústava. Garantuje v tomto smyslu „právo občanů na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči v rámci veřejného zdravotního pojištění“ (článek 31 Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku). Tento článek našeho nejvyššího zákona vlastně definuje tři „pilíře“, na kterých spočívá péče o zdraví občana a které má garantovat stát, který si občane zřizují mimo jiné i s tímto cílem. Jsou to:

- 1. ochrana zdraví** (rozumí se předcházení nemocem),
- 2. zdravotní péče** (služba, kterou občan využívá, když nemoc nastane),
- 3. zdravotní pojištění** (ekonomické zajištění prvních dvou pilířů – financování).

O to, aby celý systém, který zabezpečuje funkci těchto ústavních pilířů, správně fungoval, dbá stát tím, že:

1. vytváří příslušné legislativní prostředí – tedy zákony, vyhlášky atd.,
2. kontroluje dodržování této legislativy a aktivně se podílí na naplňování příslušných zákonů, vyhlášek atd.,
3. koriguje legislativní prostředí, pokud je to nezbytné.

V podstatě se všichni shodujeme na tom, že zdravotnictví se v současné chvíli nachází v bodě, kdy se změna – tedy reforma systému – jeví jako nezbytná pro to, aby byla funkčnost a financování systému v plné míře zachována s ohledem na ekonomické možnosti zdrojů, které jsou či mohou být k dispozici. Diskuse na toto téma se tak účastní prakticky každý, hovoří se jak o problémech nemocnic, tak ambulancí a zdravotních pojišťoven, lékárníků a distributorů léků, funkčnosti pohotovostních služeb atd. Přitom málokde platí tolik jako ve zdravotnictví, že vše souvisí se vším a systém je proto nutné řešit jako celek, tudíž i reformní kroky musí

být vyvážené. Ten kdo, se při diskusi o směřování zdravotnictví nesmí vytratit, je především občan, jehož oprávněným požadavkům je celý tento servis určen. **Občan si vlastně celý systém péče o své zdraví platí. Proto by mělo platit i zde „Kdo platí, ten poroučí“.**

Když se mluví o ohromných finančních nárocích celého systému, nabízí se prostá otázka. **Není levnější a efektivnější nemocem spíše předcházet, než je pak nákladně léčit?**

Na těchto v podstatě jednoduchých principech spočívá celá předkládaná koncepce.

## **I.1. Cíle koncepce rozvoje ochrany zdraví a zdravotní péče**

Cíle zdravotnictví a jeho rozvoje v horizontu do roku 2006 jsou vyjádřeny v příslušné kapitole **Vládního programového prohlášení** ze srpna 2002. V užší koncepční rovině se Ministerstvo zdravotnictví soustřeďuje na aktuální okruh problémů, které se váží k samotným zdravotnickým službám.

Koncepce rozvoje ochrany zdraví a zdravotní péče v České republice, řešená v součinnosti s kraji, je založena na respektování následujících principů: vnímavosti k potřebám obyvatel, zlepšování kvality péče, standardizace závazných a doporučujících ukazatelů s cílem dosáhnout dlouhodobě udržitelný, jednotný a bilančně vyrovnaný systém integrovaných a koordinovaných veřejných služeb. Normativní východiska spočívají v uplatnění principů solidarity, spravedlnosti, subsidiarity a zásad formulovaných v Listině základních práv a svobod a Ústavě České republiky. V tomto směru jsou zdravotnictví a jeho služby založeny na systému veřejných financí se zdravotním pojištěním jako základním zdrojem finančních prostředků. Při jasném vymezení tohoto veřejného zdroje a zásad pro jeho použití není vyloučena možnost paralelně uspořádaného využití soukromoprávního pojištění a korespondujícího poskytování zdravotnických služeb. Stát a územní samosprávné celky, v rámci platné legislativy, se podílejí na financování zdravotnictví.

Struktura a funkce samotné zdravotnické soustavy musí naplňovat požadavky dostupnosti a kvality poskytovaných služeb. Cílem je zabezpečit propojenost a komplexní přístup zdravotních a sociálních služeb na úrovni jednotlivých komunit.

K tomu směřuje i optimalizace pohybu pacienta v systému, návaznost péče i postupná restrukturalizace zdravotnických zařízení zajišťujících jak efektivní akutní pomoc, tak i péči. Stejně je zajištěna i vysoce kvalitní následná péče s důrazem na zdravotně-sociální i domácí zdravotní péči.

Odborný i ekonomický výsledek všech aktivit zdravotnické soustavy je kvalifikovaně monitorován, analyzován a hodnocen. K tomu přispívá postupné zavádění standardů a kritérií a v neposlední řadě i posilování role samotných občanů při výběru a kontrole nejen zdravotní pojišťovny, ale i zdravotnického zařízení objektivně poskytujícího v daném čase nejlepší zdravotní péči pro pacienta.

Správná funkce celého systému je dána racionální spoluprací všech zúčastněných při tvorbě zdravotní politiky na úrovni centrální, krajské i lokální veřejné politiky.

Péče o zdraví, jeho ochrana a podpora a s tím související tvorba a realizace zdravotní politiky musí být předmětem spoluodpovědnosti a spolupráce četných subjektů jak na straně státu, tak i občanské společnosti. Systém veřejné správy vytváří mezi státem a občanskou společností nyní podstatně větší prostor pro vzájemnou komunikaci.

Základní podmínkou úspěšného léčebného procesu je vztah založený na důvěře a vzájemném respektu mezi pacientem a zdravotnickými pracovníky. Zvláštní pozornost je věnována ochraně práv pacientů.

## **I.2. Východiska**

Východiskem pro formulování zdravotní politiky jsou úmluvy, směrnice, deklarace, doporučení OSN, Světové zdravotnické organizace a Rady Evropy. Harmonizace s právem ES výrazně přibližuje národní standardy ochrany a podpory zdraví úpravě platné v Evropské unii.

Důležitá je zejména implementace Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti při aplikaci biologie a medicíny a jejích dodatkových

protokolů, dokument Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny v 21. století, Lublaňská charta, Pražská deklarace ministrů zdravotnictví EU a přistupujících zemí (2003), Úmluva o tabáku (WHO) a komunitární programy EU v Public Health (2003 – 2008). V této souvislosti přijala Česká republika strategický dokument Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR ZDRAVÍ 21, a to usnesením vlády č. 1046 ze dne 30. 10. 2002.

Česká republika je aktivním členem OECD a zapojuje se do aktivit Světové obchodní organizace a Joint Medical Committee při NATO. Účastní se také v mezinárodních aktivitách Červeného kříže, který koordinuje mezinárodní pomoc v oblastech krizí na celém světě. Své členství v mezinárodních organizacích využívá i k propagaci pozitivních výsledků českého zdravotnictví. Významnou roli hraje i zapojení do mezinárodní rozvojové pomoci.

Rozvoj ochrany zdraví a zdravotní péče v České republice je nutný pro vlastní občany i pro občany ostatních členských států Evropské unie. Občané České republiky jsou historicky citliví na sociální rozměr každé politiky, zejména však ve zdravotnictví, školství a sociální oblasti. Této skutečnosti odpovídá i vývoj přijatých systémů po roce 1989. Každá změna, která ohrozí tyto sociální jistoty, je vnímána negativně. Vláda ve svém programovém prohlášení potvrdila svůj záměr pokračovat v těchto tradicích a zavázala se rozpracovat programové prohlášení do koncepce jednotlivých resortů.

Vláda při naplňování svého vládního prohlášení přijala několik významných dokumentů:

Teze střednědobé koncepce resortní politiky Ministerstva zdravotnictví v letech 2003 – 2006 (Usnesení vlády č. 190 ze dne 24. 2. 2003) a Střednědobá koncepce sociálně-ekonomického rozvoje (Usnesení vlády č. 4 ze dne 7. 1. 2004), kde je v části IX.3 uvedena Zdravotní politika. Oba materiály vycházejí ze základních demografických faktů, kterými jsou prodlužování délky života a stárnutí populace občanů České republiky. Zákonitě tak bude docházet ke zvyšování nároků na všeobecné zdravotního pojištění. K udržení a zajištění stability systému zdravotnictví je nutné přijmout řadu reformních opatření respektujících tento vývoj. Vstupem České republiky do Evropské unie budeme také zavázáni respektovat stabilitu ostatních členských států v oblasti sociální. Nelze tedy pohlížet na systém

zdravotnictví pouze izolovaně v rámci České republiky. V rámci EU se zdravotnictví začíná stávat společnou problematikou, což dokazuje již současná praxe, kdy se nově i mezi nynějšími členskými státy EU objevuje migrace za službami zdravotnictví.

## ***II. Současný stav***

### **II.1. Legislativní prostředí**

Z článku 31 Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního systému ČR, vyplývá právo každého na ochranu zdraví a dále právo občanů na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného pojištění.

**Garantem ústavního práva nemůže být nikdo jiný než stát. Podle stávajících platných předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění však má stát velmi omezené možnosti k tomu, aby toto ústavní právo občanům zajistil, neboť**

- zdravotní pojišťovny jsou **veřejnoprávní instituce, v jejichž orgánech má stát pouze třetinové zastoupení,**
- **stát nemá žádnou možnost stanovit kritéria dostupnosti zdravotní péče,** resp. počty zdravotnických zařízení, která by měla zajišťovat zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, ani rozsah poskytované zdravotní péče; podle platných zákonů za dostupnost zdravotní péče ve vztahu ke svým pojištěncům odpovídá každá zdravotní pojišťovna a záleží jen na jejím názoru, jak si tuto „dostupnost“ vysvětlí,
- **stát nemá žádnou možnost ovlivnit výběr smluvních partnerů zdravotních pojišťoven,** neboť výběr těchto partnerů provádějí zdravotní pojišťovny, které nejsou povinny respektovat stanovisko vyhlášovatele výběrových řízení, kterým je stát (Ministerstvo zdravotnictví, krajský úřad),
- **stát nemá možnost ovlivnit rozmístování nákladné zdravotnické techniky** do zdravotnických zařízení a zajistit tak účelnější využívání omezených finančních prostředků,

- **stát nemá možnost vstoupit a zasáhnout významnějším způsobem**, než z hlediska souladu s právními předpisy a blíže nedefinovaným „veřejným zájmem“ **do dohodovacích řízení** mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami ve věci úhrad zdravotní péče, ani do dohodovacích řízení týkajících se bodového ohodnocení jednotlivých zdravotních výkonů.

***Shrnutí: Z takto omezených možností zásahu státu do procesu realizace ústavního práva občanů vyplývá podstatná část současných problémů resortu zdravotnictví.***

## **II.2. Vývoj českého zdravotnictví od roku 1989**

Po roce 1989 začala celková přeměna zdravotnictví s cílem jeho demokratizace a liberalizace. Současná forma sítě zdravotnických zařízení je výsledkem procesu decentralizace a částečné privatizace dřívější centralizované a administrativně řízené soustavy. V prvním období (1990 – 1992) končily činnost Ústavy národního zdraví a jednotlivá zdravotnická zařízení získala právní subjektivitu.

Státní zdravotní správa měla za těchto podmínek koordinovat činnost rozvolněných ústavů a vzniklých samostatných zdravotnických subjektů. K tomu účelu byly začleněny do okresních úřadů (OkÚ), později krajských úřadů, referáty zdravotnictví v čele se zdravotním radou. Jejich legislativní i finanční pravomoci však byly a dosud jsou velmi slabé a často nejednoznačně specifikované.

Financování zdravotní péče bylo v průběhu roku 1992 převedeno převážně do zdravotních pojišťoven, a to prostřednictvím povinného veřejného zdravotního pojištění; na vybrané výkony, léčiva a potraviny pro zvláštní lékařské účely, zdravotnické prostředky a některé služby byla postupně zavedena finanční spoluúčast pacientů. V té době došlo k podstatnému nárůstu financí věnovaných na zdravotnictví (v r. 1992 cca 40 mld. Kč, v r. 1994 cca 80 mld. Kč), aniž by byly do systému zabudovány patřičné regulační mechanismy zajišťující hospodárné využití těchto zdrojů. Decentralizace a privatizace tuto regulaci nezajistila, v mnoha případech tomu bylo naopak. Úhrady nemocenských dávek byly odděleny a

převedeny do resortu MPSV. Ze zdroje zdravotního pojištění je financována převážná část veškerých činností smluvních zdravotnických zařízení.

Vedle Všeobecné zdravotní pojišťovny, která byla vytvořena v r. 1992, vzniklo do r. 1995 postupně 26 dalších tzv. zaměstnaneckých a regionálních pojišťoven. Během dalších čtyř let se však ukázalo, že v našem prostředí jde o velký počet zdravotních pojišťoven, který není schopen při současném pojetí jejich existence přežít. Kontrolní mechanismy se ukázaly jako nedostatečné. Některé pojišťovny se začaly slučovat či dokonce úplně zanikat. V současné době spravuje veřejné zdravotní pojištění 9 zdravotních pojišťoven.

Privatizace českého zdravotnictví se nejvíce projevila v ambulantních službách. Ve velké většině se jedná o privatizaci činnosti. Byla privatizována i jiná zdravotnická zařízení, např. lékárny nebo zařízení lázeňské péče. Privatizace lůžkových zařízení zatím není příliš rozsáhlá, tvoří jen malé procento poskytované péče. Privatizované nemocnice jsou spíše menší, zajišťují často i úzce specializovanou péči a péči v léčebnách dlouhodobě nemocných.

V průběhu relativně krátké doby po roce 1990 bylo zdravotnictví ČR spolu s posílením finančních zdrojů velmi rychle vybavováno dokonalejšími zdravotnickými prostředky. Přes určité nedostatky v její alokaci a jejím využívání došlo k modernizaci postupů a také k růstu kvality a intenzity práce ve zdravotnictví. Současně byly zaváděny i moderní technologie, které bez moderního vybavení a vysoce specializovaného zaškolení nebylo možné dříve provádět. V širokém měřítku se rozvinul dovoz léčiv a v rámci nové lékové politiky bylo zaregistrováno cca 6000 nových preparátů, převážně zahraniční výroby.



**Vybavení ZZ nákladnými zdravotnickými prostředky**

	<b>zdravotnictví</b>	<b>zdravotnictví</b>	<b>zdravotnictví</b>	<b>všechny resorty</b>
	<b>1993</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2002</b>
Plicní ventilátory	977	1536	1546	1891
Hemodialyzační monitory	695	1014	1045	1268
Biochemické analyzátoary	445	1098	1156	1447
Mamografy	56	110	107	145
RTG angiografické komplety	124	94	79	99
Scintilační gamma kamery	68	87	101	117
CT tomografy	59	94	97	123
Radioizotopové ozařovače	63	65	50	53
Lithotryptory	20	35	29	33
Lineární urychlovače	8	18	18	70
Magnetická rezonance	5	16	16	22
Betatrony	7	5	3	2

Inovace technického vybavení, výrazné zahraniční kontakty a rozšíření sortimentu léčivých přípravků vytvořily při bohatě rozvinuté tradiční soustavě a při dobré odborné úrovni zdravotníků předpoklady pro rychlé zlepšování některých významných ukazatelů zdravotního stavu obyvatel. Růst kvality zdravotní péče je také stimulován existencí velkého množství samostatných zdravotnických subjektů. Přesto, že došlo k významnému růstu technického vybavení zdravotnictví, nedošlo k adekvátnímu zvýšení jeho produktivity.

**Vývoj počtu orgánových transplantací a kardiochirurgických operací**

Rok	Transplantace				Kardiochirurgické operace
	srdce	ledvin	jater	pankreatu	
1991	9	178	2	0	1 657
1992	19	190	2	0	1 825
1993	34	313	2	2	2 471
1994	51	406	11	8	3 330
1995	60	389	31	13	4 008
1996	75	393	42	19	5 043
1997	96	445	49	21	5 943
1998	55	366	66	21	6 463
1999	64	316	67	24	6 868
2000	58	353	61	23	8 030

Zdroj: Institut klinické a experimentální medicíny & MEDICON (sledování ukončeno 2000)

***Shrnutí: Přes některé jasně pozitivní rysy nepřinesla možná dobře míněná liberalizace prostředí žádoucí výsledky, protože celý systém byl (a v podstatě je) motivován k neustálé a nekontrolovatelné extenzi, která však má vzhledem ke konečné kapacitě zdrojů své meze.***

**II.2.1.1 Síť zdravotnických zařízení**

Síť zdravotnických zařízení tvoří nemocnice, odborné léčebné ústavy, lázeňské léčebny, sanatoria a ozdravovny, polikliniky a sdružená ambulantní zařízení, zdravotní střediska, samostatné ordinace, samostatné laboratoře, kojenecké ústavy a dětské domovy, dětská centra a stacionáře, jesle, zařízení lékárenské péče, ochrany veřejného zdraví a ostatní zdravotnická zařízení.

Zdravotnická zařízení v ČR se dělí na státní, která jsou zřizována Ministerstvem zdravotnictví a některými resorty (obrana, vnitra, dopravy a spravedlnosti), krajskými úřady, a nestátní, k nimž patří zdravotnická zařízení krajská, obecní či městská, soukromá, církevní a zařízení zřizovaná nevládními organizacemi. Celkový počet zdravotnických zařízení byl v roce 2002 cca 26 270, z toho více než 25 288 nestátních, zahrnujících převážně praxe ambulantních lékařů.

Lůžkovou péči zajišťovalo v r. 2002 v České republice celkem 201 nemocnic se 66 668 lůžky (z toho 7438 pro následnou péči), dále 157 odborných léčebných ústavů (OLÚ) s celkem 22 400 lůžky a 63 lázeňských léčeben s celkem 22 194 lůžky. Proti roku 1994 klesla lůžková kapacita nemocnic téměř o 20 %, kdy v roce 2002 připadalo 109 lůžek na 10 000 obyvatel. Na 1 lékaře ve všech lůžkových zařízeních dohromady připadalo 12 lůžek.

Systém primární péče je tvořen sítí praktických lékařů (PL) pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost, ambulantními gynekology a stomatology. K 31. 12. 2002 bylo v ČR v resortu zdravotnictví evidováno 5 186 PL pro dospělé a na 1 úvazek tak připadalo 1 650 osob starších 14 let. Více než 96 % PL pro dospělé pracovalo v privátním sektoru. PL pro děti a dorost bylo ke stejnému datu evidováno v ČR celkem 2201 (97 % v privátním sektoru) a na 1 lékaře připadalo v průměru 1 050 dětí a dorostu. Ambulantních lékařů – gynekologů pracovalo v polovině roku 2002 celkem 1 185, na 1 lékaře připadalo v průměru 4 400 žen. V privátním sektoru pracovalo více než 96 % ambulantních gynekologů. Stomatologů pracovalo 5 947 (99 % v nestátním sektoru), což představovalo 1 700 osob na 1 stomatologa.

Specializovaná ambulantní péče je tvořena dvěma sítěmi zdravotnických zařízení. První síť tvoří 5255 samostatných, většinou privátních ordinací, v nichž pracuje 5321 odborných ambulantních lékařů a 5968 osob středního zdravotního personálu. Druhá síť je tvořena ambulantními odděleními 201 nemocnic, v nichž pracuje téměř 7 000 lékařů a téměř 21 500 SZP.

### **II.2.1.2 Pracovníci ve zdravotnictví**

Podle údajů k 31. 12. 2002 ve všech zařízeních resortu zdravotnictví působilo 39 784 lékařů (přepočtený počet). Za poslední dva roky se počet lékařů pracujících v tomto sektoru zvýšil o 2000! Ze značné části se jedná o pracovní souběhy. Přes 61 % lékařů pracuje v nestátních zdravotnických zařízeních, ve státní sféře pracuje téměř 39 % lékařů.

Počet středních zdravotnických pracovníků v r. 2002 činil 111 654, z toho 44 % úvazků SZP náleželo nestátnímu sektoru.

## Ministerstvo zdravotnictví

Lékárenskou péči poskytovalo v roce 2002 4876 farmaceutů, což činí 6,1 % z celkového počtu odborných zdravotnických pracovníků a 4456 farmaceutických laborantů.

### Počty pracovníků ve zdravotnictví

Kategorie pracovníků přepočtený počet k 31. 12.	Absolutně		Na 1 000 obyvatel		Index %
	1989	2002	1989	2002	2002/1989
<b>Odborní zdrav. pracovníci</b>	161 459	183 239	15,6	18,0	113,5
z toho:					
lékaři	33 346	38 670	3,2	3,8	116,0
farmaceuti	3 570	5 093	0,3	0,5	142,7
sestry	80 055	81 986	7,7	8,0	102,4
ostatní střední zdrav. prac.	23 241	26 795	2,2	2,6	115,3
nižší zdrav. pracovníci + pomocní zdrav. prac.	15 223	24 423	1,5	2,4	160,4
<b>Nezdravotničtí pracovníci</b>	80 894	47 524	7,8	4,7	58,7
<b>Celkem</b>	242 353	230 763	23,4	22,6	95,2

Zdroj: ÚZIS ČR

1999	Ambulantní lékaři v resortu zdravotnictví				Lékaři v ostatních resortech mimo resort zdravotnictví	Lékaři celkem ve zdravotnictví i jinde
	samostatná ambulantní zařízení	ambulantní část		celkem resort zdravotnictví		
		nemocnic	OLÚ			
<b>Praktičtí lékaři</b>	14 112	819	12	14 943	485	15 428
<i>Praktičtí lékaři pro dospělé</i>	4 689	116	3	4 808	366	5 174
<i>PL pro děti a dorost *)</i>	2 243	242	1	2 486	2	2 488
<i>Gynekologové *)</i>	1 135	256	5	1 396	9	1 405
<i>Stomatologové *)</i>	6 045	205	3	6 253	108	6 361
<b>Ambulantní specialisté</b>	5 780	6 105	64	11 949	357	11 306
<b>CELKEM</b>	19 892	6 924	76	26 892	842	27 734

#### POZNÁMKY:

\*) obor dětský, ženský a stomatologický obsahuje kromě úvazků praktických lékařů i úvazky specialistů (data ÚZIS ČR)

### II.2.1.3 Financování zdravotní péče

Zdravotní péče je hrazena především z prostředků veřejného zdravotního pojištění, a to zdravotními pojišťovkami. Zdravotní pojištění přitom činilo za rok 2002 82 % celkových výdajů na zdravotnictví. V malé míře (8 %) hradí zdravotní péči přímo pojištěnci (např. příplatky na léky, zdravotní prostředky). Na zdravotnictví je také vynakládán jistý objem finančních prostředků ze státního rozpočtu (10 %), zejména na vybrané investice a vybrané finančně nákladné zdravotnické projekty.

Základními zdroji financování jsou od roku 1992:

- výdělečně činní pojištěnci (včetně OSVČ) – 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období, přičemž pojistné za zaměstnance je hrazeno ze 2/3 zaměstnavatelem a z 1/3 zaměstnancem;
- pojištěnci, za které je plátcem pojistného stát (56 % z celkového počtu pojištěných osob) – např. děti, studenti do 26 let, matky na mateřské dovolené, vojáci základní služby, osoby ve výkonu trestu atd. Pojistné je hrazeno státem ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu, který je stanovován zvláštním legislativním opatřením. Od 1. 7. 2001 činí tento základ 3295 Kč, tj. 439 Kč/osoba/měsíc, od 1. 1. 2003 je tato částka valorizována na 3458 Kč, tj. 467 Kč/osoba/měsíc;
- příspěvek státu na provoz některých zdravotnických zařízení a na investiční rozvoj organizací řízených ministerstvem zdravotnictví;
- příspěvky z rozpočtů územně správních celků – směřují do zdravotnických zařízení v jejich působnosti;
- do fondu veřejného zdravotního pojištění nepřispívají osoby práce neschopné.

Na území ČR působí v současnosti 9 zdravotních pojišťoven a zdravotně bylo pojištěno 10,453 mil. osob (údaj z r. 2002).

Pro vyrovnání rizik zdravotních pojišťoven je prováděno přerozdělení vybraného pojistného, přičemž do přerozdělovacího fondu je odváděno 60 % vybraných finančních prostředků včetně plateb státu. Zpět jsou prostředky rozdělovány tak, že každé pojišťovně se vrací po jednom dílu za státního pojištěnce mladšího 60 let a po třech dílech za státního pojištěnce staršího 60 let.

Rozhodující zdroje financování zdravotní péče se soustřeďují ve zdravotních pojišťovnách (pojistné vybrané od plátců pojistného včetně platby pojistného státem za rok 2002 činilo 154,066 mld. Kč), menší zdroje příjmů ve zdravotnictví jsou uvolňovány do systému ze státního rozpočtu a jsou směřovány především do oblasti investic. V malé míře se na financování zdravotní péče podílejí občané formou přímých plateb, a to především v oblasti doplatků za léčivé přípravky, zdravotnické pomůcky a taxativně stanovenými platbami za poskytnutou zdravotní péči – například při lázeňském pobytu nebo u stomatologických výkonů.

Stálým problémem financování zdravotnictví je neustále napjatá situace mezi příjmy a výdaji. Objektivním kritériem posuzování přiměřenosti výdajů na zdravotnictví je porovnání s HDP. V roce 2002 činil tento objem 7,0 % celkového HDP, po přepočítání podle mimořádné revize národních účtů, což odpovídá úrovni roku 1996.

Pro období let 2004 – 2006 budou přidělené investiční prostředky směřovány do optimalizace sítě zdravotnických zařízení a dokončení již rozestavěných investičních celků včetně technického vybavení, s minimem nově zahajovaných staveb.

***Shrnutí: Z hodnocení výsledků reformy zdravotních služeb vyplývá, že přílišná liberalizace systému financování a organizačně-právního postavení poskytovatelů zdravotnických služeb na začátku 90. let vedla k nezvladatelnému růstu objemu zdravotní péče a k problémům v oblasti kvality, dostupnosti a spravedlnosti v poskytování zdravotních služeb.***

## Ministerstvo zdravotnictví

V České republice je stěžejním zdrojem financování zdravotnictví veřejné zdravotní pojištění, které tvoří více než 80% podíl na celkových zdrojích.

### Celkové výdaje na zdravotnictví (v mld. Kč)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	skut.	skut.	oč. skut.	rozpoč.	konc.	konc.	konc.
<b>Celkové výdaje</b>	<b>142,40</b>	<b>159,90</b>	<b>168,20</b>	<b>177,7</b>			
Výdaje ze st. rozpočtu	43,70	50,70	56,00	57,90			
Z toho:							
Ministerstvo zdravotnictví	5,60	5,30	6,40	10,10	8,70	8,20	7,80
Okresní úřady	0,00	6,40	3,20				
Ostatní ministerstva	1,10	1,20	1,70	1,60			
Výdaje územních rozpočtů	8,10	2,30	2,70	5,30			
Výdaje zdravotních pojišťoven	115,50	130,90	137,10	147,20			
Podíl výdajů zdr. poj. na celkových výdajích v %	81,1	81,9	81,5	83,2			
Platby v hotovosti občanů (včetně spoluúčasti)	12,00	13,70	13,90	14,00			
Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v %	6,61 <sup>x</sup>	6,84 <sup>x</sup>	7,00 <sup>x</sup>				

x – přepočteno podle mimořádné revize národních účtů

Podíl výdajů na zdravotnictví vzhledem k HDP má sice mírně růstový trend, nedosahuje však úrovně vyspělých evropských zemí.

### Celkové výdaje na zdravotnictví – podíl na HDP

	A	CZ	DK	SF	F	D	H	NL	N	PL	SK	E	S	CH	GB
Podíl na HDP (%)	8,0	7,0	8,3	6,6	9,5	10,6	6,8	8,1	7,8	6,0	5,9	7,7	8,4	10,7	7,3

*Pramen: Zpráva Světové zdravotnické organizace, údaje jsou za rok 2000, ČR 2002*

### Současný stav veřejného zdravotního pojištění

V současnosti vykazuje systém financování zdravotní péče následující negativní aspekty :

- deficitní finanční bilance systému,

- nerovnoměrné rozložení deficitu v rámci 9 pojišťoven (VZP je deficitní, ostatní vyrovnané nebo přebytkové),
- snižující se dynamika růstu příjmů vlivem reformy veřejných financí (zejména v oblasti státem hrazených pojištěnců),
- zvyšující se objem výdajů vlivem stárnutí obyvatelstva, zvyšující se nemocností, zaváděním nových technologií, úpravami DPH, úhradami neodkladné péče v cizině, zvyšováním platů ve zdravotnictví.

**Současná finanční nerovnováha systému je historicky způsobena zejména:**

- nedostatečnými zdroji na straně příjmů vlivem nízkého podílu úhrad za státem hrazené pojištěnce. V roce 1993 činil poměr platby státu za osoby, za které je plátcem pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, na celkově vybraném pojistném 29 %, v současné době je to 23 % při zvýšení počtu pojištěnců této kategorie na cca 56 %, přitom náklady na zdravotní péči na „státní“ pojištěnce činí cca 81 % z celkových nákladů;
- extenzivní smluvní politikou „ZP“ na straně výdajů, nízkou účinností regulačních nástrojů, nedostatečnou revizní činností a zvyšujícími se náklady za zdravotní péči zejména v oblasti léků a ZP.

***Shrnutí: Současné legislativní prostředí neumožňuje dostatečnou ingerenci státu zejména v oblasti smluvní politiky a úhrad zdravotní péče (MZ není členem dohodovacích řízení o seznamu výkonů a úhradách), čímž je de facto zásadně omezena úloha státu jako garanta ústavního práva občana.***

## **II.2.2. Současná SWOT analýza zdravotnictví**

### **Silné stránky**

- tradiční obecně vysoká profesionální úroveň zdravotnických pracovníků, zvláště lékařů,
- hustá síť a vybavenost (včetně personální) zdravotnických zařízení lůžkových i ambulantních, zařízení lékárenské péče (zejména lékárny), a to ve velkých městských aglomeracích,



- pozitivní výsledky transformace ambulantní péče (primární, specializované i zvláštní),
- stabilizace podílu výdajů na zdravotnictví na HDP, který – stejně jako počty lékařů a lůžek – odpovídá vyspělým zemím,
- regionální zdravotnická zařízení (ve všech proponovaných VÚSC) jsou špičkově vybavená zdravotnickými prostředky i používanou moderní technologií,
- pokračující trend zvyšování střední očekávané délky života v důsledku poklesu celkové úmrtnosti a novorozenecké a kojenecké úmrtnosti a vysoká úroveň prevence infekčních a potenciálních epidemických chorob.

### **Slabé stránky**

- obtížná ekonomická situace a vysoká úroveň zadluženosti zdravotnických zařízení,
- problémy transformace zdravotní péče poskytované v lůžkových zařízeních spojené s optimalizací počtu akutních a následných lůžek, včetně regionální problematiky,
- nedostatečné zabezpečení komunitní péče o staré, chronicky nemocné a invalidní občany, především v oblasti koordinace a návaznosti jednotlivých typů zdravotní a sociální péče,
- nedostatek účinné kontroly kvality a hospodárnosti poskytované zdravotní péče,
- přetrvávající vysoké hodnoty morbidity a mortality zvláště u kardiovaskulárních chorob a u nádorových nemocí s jejich rostoucí incidencí a prevalencí,
- narůstající regionální diference v kvalitě poskytované péče,
- nedostatečná aktivní participace všech subjektů podílejících se na ochraně a podpoře zdraví a na primární prevenci, nedořešené financování preventivní péče prováděné v rámci primární péče zdravotními pojišťovnami,
- není splněn nárok každého zaměstnance na kvalitní závodní preventivní péči.

### **Příležitosti**

- udržení a další rozvoj vysoké úrovně profesního potenciálu zdravotníků a vybavenosti sítě zdravotnických zařízení a jejich kapacity,

- pokračující proces transformace zdravotnické soustavy,
- naplňování Národního programu zdraví v rámci přípravy a implementace dokumentu WHO „Zdraví pro všechny v 21. století“ a dále „Akčního plánu zdraví a životního prostředí ČR“, včetně aktivního zapojení jiných zainteresovaných resortů,
- uplatnění vícezdrojového financování zdravotnictví a optimalizace efektivního využívání finančních prostředků,
- rozvoj komunitní péče o zdraví a motivace občanů k ochraně a podpoře zdraví v rámci rozvoje regionální zdravotní politiky,
- zvyšování kvality poskytované péče s využitím a zabezpečením systému jejího sledování a hodnocení,
- rozvoj výzkumu v oblasti lékařských věd a veřejného zdravotnictví a zdravotní politiky,
- postupně prohlubovaná participace na evropských programech péče o zdraví v rámci evropské zdravotní politiky WHO pro 21. století

### **Rizika**

- prohlubování finančního deficitu veřejné zdravotnické soustavy,
- neúplné dořešení vlastnických a kompetenčních vztahů v souvislosti s reformou veřejné správy,
- zaostávání potřebné zdravotnické legislativy,
- nedořešení úhrad zdravotní péče poskytované cizím státním příslušníkům v souvislosti se vstupem do EU a s případnou migrací,
- nedostatečná obnova a inovace stavební a technické vybavenosti zdravotnických zařízení,
- nutnost zvyšování osobního ohodnocování u pracovníků ve zdravotnictví.

## **II.2.3. Stav zdravotní péče**

### **II.2.3.1 Demografický vývoj**

Demografická situace v České republice navazuje na trendy populačního vývoje započatého počátkem předchozího desetiletí. Tyto trendy jsou charakterizovány přechodem od socialistického modelu demografického chování

s vysokou a častou sňatečností, relativně vysokou porodností a nízkým průměrným věkem matek při narození dítěte, vysokou potratovostí a nízkou nadějí na dožití, k modelu západoevropskému, který se v oblasti reprodukčního chování projevuje odkládáním sňatků a snižováním porodnosti.

Na druhou stranu dochází ke snižování úmrtnosti a stárnutí obyvatelstva. Pokles porodnosti a prodlužování života zvyšuje poměr starší generace vůči mladším věkovým skupinám. Vzhledem k tomu, že se obyvatelé dožívají vyššího věku, dochází ke zvyšování počtu onemocnění, často sdružených, kterým je nutno zdravotním systémem čelit a které znamenají značnou zátěž pro celý systém, jenž se těmto jevům musí přizpůsobit. Z těchto důvodů je třeba pro potřeby stárnoucí populace systém restrukturalizovat.

Určitý obrat v porodnosti pozorujeme od roku 2002, kdy došlo poprvé k mírnému zvýšení počtu porodů (92 786), což je o 2000 více proti roku předchozímu. To může naznačovat určitý obrat v porodnosti, protože těžiště plodnosti se posunulo do 25. – 29. roku věku matky při narození dítěte. Současně s poklesem porodnosti v 90. letech docházelo i k poklesu potratovosti. Pokles je přičítán zdravotní výchově, dostupnosti hormonální antikoncepce a odpovědnějšímu chápání života. Počet umělých přerušení těhotenství má trvale klesající charakter. Ukazatel úhrnné umělé potratovosti (počet interrupcí na jednu ženu ve fertilním věku) se snížil na ¼ proti roku 1988.

K výrazným změnám dochází také v oblasti úmrtnosti. Pokles počtu zemřelých, zaznamenaný v průběhu 90. let, navozuje na předchozí klesající trend urychlený zejména po roce 1989 zlepšující se dostupností nejmodernějších zdravotnických technologií, zdravotnickou osvětou a zlepšováním kvality životního prostředí. Od roku 1990 se střední délka života mužů při narození (72,1) prodloužila výrazněji než u žen. Rozdíl mezi oběma pohlavími se snížil a v současné době představuje 6,4 roku.

Nejčastějšími příčinami úmrtí byla onemocnění novotvary a poruchy oběhového systému. Díky podpoře diagnostických a léčebných možností dochází již po 3 roky ke snižování procenta úmrtí na onemocnění oběhového systému a tak k relativnímu navyšování počtu pacientů s onkologickými onemocněními.

K nejvýraznější změně v oblasti úmrtnosti došlo za poslední desetiletí v úrovni kojenecké úmrtnosti. Z původních 10 – 11 ‰ na počátku 90. let se trvale pohybuje nyní na 4,1 ‰. Pokles je dán zejména výrazným snížením časné novorozenecké úmrtnosti. Tento fakt podporuje myšlenku dobrého cílení a funkce perinatologického programu organizovaného Ministerstvem zdravotnictví.

***Shrnutí: Demografický vývoj je nepříznivý i z hlediska výkonnosti systému. Prodlužující se délka života a posun věkové struktury směrem k vyšším hodnotám totiž logicky znamená zvýšení nároků na systém.***

### II.2.3.2 Zdravotní stav

Zdravotní stav obyvatelstva modifikují vrozené dispozice a faktory prostředí, ke kterým patří sociální a ekonomická situace, úroveň a dostupnost zdravotní péče, znečištění životního prostředí, úroveň fyzické či psychické zátěže i životní styl. Součinnost těchto vlivů se promítá do stavu zdraví populace snižováním vlivu onemocnění infekcemi a potencováním zdravotního rizika u takzvaných civilizačních chorob (zejména onemocnění srdečního a oběhového aparátu, onemocnění zhoubnými novotvary, cukrovkou – diabetes mellitus, alergickými reakcemi organismu a nověji i duševními poruchami a problémy).

#### **Národní zdravotní ukazatele v rámci Evropy** (zdroj Atlas of Health in Europe – WHO 2003)

Postavení ČR mezi státy Evropy: 1. výborné  
2. špatné

##### 1. výborné

- Kojenecká úmrtnost
- Perinatální úmrtnost
- Nové případy klinicky diagnostikovaného AIDS
- Nové případy HIV infekce

##### 2. špatné

- Přirozený populační vývoj
- Počet narozených
- Úmrtí na rakovinu mezi 25. – 64. rokem života
- Úmrtí na rakovinu plic mezi 25. – 64. rokem života
- Prevalence cukrovky
- Rakovina plic – incidence a úmrtí
- Rakovina čípku děložního – incidence a úmrtí
- Propuštění z nemocnice pro onemocnění zažívacího systému
- Celková spotřeba alkoholu

Zlepšováním technické úrovně a dostupnosti péče v oblasti kardiovaskulárních onemocnění došlo proti roku 1991 ke zvýšení počtu kardiochirurgických výkonů o více než 500 %. Důsledkem toho je dlouhodobé snižování úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy.

Stárnutím populace dochází i ke zvyšování relativní četnosti onkologických onemocnění. Dlouhodobá incidence zhoubných novotvarů vzrůstá. Proti roku 1960 došlo ke zdvojnásobení jejich četnosti. Nejedná se pouze o absolutní růst nemocnosti, ale na zvýšené incidenci se podílí také dokonalejší diagnostika, masivnější záběr a vyšší kvalita vyhledávacích (screeningových) vyšetřovacích metod. Pozitivním jevem je, že při zvýšení incidence nevzrostla výrazněji úmrtnost. Je to tím, že nacházíme časnější stadia onemocnění, která lze s úspěchem léčit.

U mužů se snažíme objevit v ranných stádiích zejména karcinom tlustého střeva, plic a prostaty, u žen karcinom prsu, čípku děložního a tlustého střeva. Z tohoto pohledu dobře funguje vyhledávací program pro onemocnění prsních žláz a tlustého střeva. Vyhledávací programy pro novotvary čípku děložního a prostaty jsou připravovány.

Zdraví obyvatelstva výrazně ovlivňuje úrazovost. Úrazy mají dalekosáhlé zdravotní, sociální a ekonomické důsledky. Invalidita postihující mladší věkovou populaci má značný vliv na mandatorní výdaje veřejných financí. Nejčastěji dochází k úrazům ve volném čase a při sportu. V důsledku poranění a otrav zemřelo v roce 2000 6 838 osob. Úrazy jsou také čtvrtou nejčastější příčinou hospitalizace a zaberou zhruba více než jednu třetinu kapacit chirurgických ambulancí.

Na invaliditě se též z valné většiny podílí onemocnění a následky civilizačního onemocnění cukrovkou. Neléčené či chybně léčené onemocnění cukrovkou má za následek dalekosáhlé poškození cév a orgánů. Křivka počtu onemocnění od roku 1975 stále stoupá. Cukrovka nyní postihuje 6,5 % populace, nepříznivou skutečností je klesající podíl pacientů léčených dietou a rostoucí počet pacientů, kteří jsou závislí na léčbě perorálními antidiabetiky a inzulinem.

Dýchací ústrojí je nejčastěji postiženo kombinacemi vlivu alergie a kouření. Počet dispenzarizovaných pro chronickou bronchitidu se zvýšil proti roku 2001 o 5 % a více než o 9,2 % proti roku 2000. Přibývá též stavů, kdy je příčinou trvalé invalidity i u mladších občanů chronické plicní obstrukční onemocnění.

Celkový zdravotní stav obyvatelstva se promítá do jeho pracovní aktivity, resp. do pracovní neschopnosti. V roce 2002 bylo v průměru hlášeno 80,37 případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěnců. Pracovní neschopnost trvala v průměru 30,76 dne, při úrazu byla téměř o 10 dní delší než při nemoci. Denně tak v práci chybí 6,3 % mužů a 7,3% žen. Z trendů je patrné, že se prodlužuje délka pracovní neschopnosti ve dnech.

V současné době se prodloužil a v mnoha ohledech z kvalitnil život lidí, ale vyvstaly nové zdravotní problémy. Sníženým pohybem, přejídáním, stresem a ztrátou sociálních jistot je dán prostor pro civilizační choroby. Ve spojitosti s prodlužujícím se věkem tak roste koncentrace nepříznivých vlivů dopadajících na systém zdravotní péče, který se musí s těmito trendy vyrovnat.

Z trendů je patrné, že se dokážeme ve zdravotnickém systému s těmito skutečnostmi vyrovnat. Uskutečňujeme více náročných operací, používáme více diagnostických a léčebných prostředků. Umíme nemocem předcházet, ale bez spolupráce klienta, pacienta je naše úsilí omezeno na řešení důsledků těchto civilizačních změn, tj. pouze na léčení nemocí. To má za důsledek stále vyšší potřebu zdrojů. Bez aktivní spolupráce občanů na předcházení onemocněním bude systém nadále v trvalém deficitu s výsledky, které znamenají zatěžování nejen pro systém zdravotní, ale i sociální péče. Maximální odpovědnost za vlastní zdraví, individualizace zdravotní péče i vzhledem k budoucím možným onemocněním je předmětem odborné diskuse a bude stále nabývat na významu.

### **II.2.3.3 Síť a činnost zdravotnických zařízení**

Struktura sítě zdravotnických zařízení je stabilní. V ambulantní péči stále ještě dochází k nárůstu počtu privátních samostatných ordinací lékařů (zejména specialistů) a zařízení lékárenské péče (lékárny a výdejny). Restrukturalizace a redukce lůžkového fondu se s převodem na krajské uspořádání zastavily s tím, že na podkladě zdravotních plánů krajů bude při změně formy hospodaření nemocnic podle zákona č. 48/1997 Sb., na základě výběrových řízení, nadále pokračovat.

V současné době evidujeme 26 270 zdravotnických zařízení, ve kterých pracuje 39 784 lékařů a 111 654 středních zdravotních pracovníků. Ve věku nad 50 let je 34 % lékařů, 55 % tvoří ženy.

## Ministerstvo zdravotnictví

V ambulantní péči pracuje 28 500 lékařů a 55 000 středních zdravotních pracovníků. Na 10 000 obyvatel České republiky připadá v průměru 28 ambulantních lékařů. V rámci Evropské unie se Česká republika řadí mezi státy se středním počtem lékařů přednemocniční péče na standardizovaný počet obyvatel. 73 % veškeré ambulantní péče je zprivatizováno. Zajištění primární ambulantní péče (praktičtí lékaři pro dospělé, děti a dorost, gynekologové a zubní lékaři) je dlouhodobě v České republice stabilní. Péče o děti, dorost a dospělé v krajích se jeví jako vyvážená, výraznější rozdíly vykazuje péče o ženy a stomatologická péče.

Síť zdravotnických zařízení ústavní péče tvoří 201 nemocnic, 169 odborných léčebných ústavů a 68 lázeňských léčeben. Do lůžkového fondu pro mezinárodní srovnání je třeba připočítat i ošetrovací lůžka v sociálních ústavech, která jsou v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí. Tím, že Ministerstvo zdravotnictví sleduje vytíženost lůžek akutní péče, dochází ke zkreslení údajů s tím, že v následujícím období by restrukturalizací lůžka mohla chybět. Z kalkulace celkového lůžkového fondu je zřejmé, že k poklesu dostupnosti a na úkor kvality při účinném řízení nedojde. Nadále na 10 000 obyvatel České republiky připadá 65,3 lůžek v nemocnicích, 22,9 lůžek v odborných léčebných ústavech a 22,6 lůžek lázeňských. V rámci Evropy se naše republika nachází v horní třetině zemí s nejvyššími počty lůžek v nemocnicích.

### Lůžkové kapacity zdravotnictví a sociální péče

		Počet lůžek	z toho ošetrovatelských
<b>Zdravotnictví (rok 2002)</b>	nemocnice	66 668	
	LDN	7 458	
	hospice	171	
	lázně	22 972	
	ostatní	15 743	
<b>Celkem zdravotnictví</b>		<b>113 012</b>	
<b>Sociální péče (rok 2001)</b>	DD	49 044	11 946
	ústavy	20 175	4 322
	ostatní	5 072	157
<b>Celkem sociální péče</b>		<b>74 291</b>	<b>16 425</b>
<b>Celkem oba resorty</b>		<b>187 303</b>	

Objem nemocniční lůžkové péče poskytnuté pacientům se zvyšuje. Nemocnice přijímají více pacientů (o 3,8 %) a roste i počet ošetrovacích dnů (o 7,7 %), kdy je pacient upoután na lůžko. Poptávka po následné péči – tj. péči ošetrovatelské a léčebně-rehabilitační, vzhledem k prodlužujícímu se věku obyvatel, roste stále rychleji než lůžková kapacita takto orientovaných oddělení.

Využití nemocničních lůžek vzrůstá v důsledku poklesu počtu akutních lůžek. Prodloužená doba hospitalizace a růst objemu vynaložených mzdových prostředků zvyšuje i nákladnost lůžkové péče. Mnohá zařízení tento trend řeší převedením akutní lůžkové péče do formy následné péče (meziročně přibylo téměř 1 500 lůžek následné při snižování počtu lůžek akutní péče).

Počet lékáren a výdejen v České republice dlouhodobě narůstá. V roce 2002 bylo registrováno 2188 lékáren a 229 výdejen. Na 1 lékárně připadá v průměru 4 660 obyvatel. Na 1 obyvatele připadá 9 receptů za rok.

Od ledna 2003 je realizována přestavba orgánů a zařízení ochrany veřejného zdraví. Je rozdělen výkon státní správy v ochraně a podpoře veřejného zdraví a poskytování odborné preventivní péče v této oblasti. V současné době existuje 14 krajských hygienických stanic (správní úřady) s jednotlivými územními pracovišti a 14 zdravotních ústavů (zdravotnických zařízení).

#### **II.2.3.4 Pracovníci a zdravotnické vzdělávání**

České zdravotnictví se tradičně vyznačuje vysokou odbornou úrovní pracovníků, včetně jejich postgraduálního a celoživotního vzdělávání.

V resortu pracuje 236 978 osob. Již několik let nedochází v úhrnném počtu pracovníků k výraznějším změnám. 21,2 % tvoří lékaři, 2,7 % farmaceuti, střední zdravotničtí pracovníci tvoří 59,4 %, nižší zdravotničtí pracovníci 3,8 % a pomocní zdravotní pracovníci 9,5 %. Výhoda vyššího počtu pomocných zdravotnických pracovníků skončí po ukončení náhradní vojenské služby. Tento fakt není vnímán poskytovateli služeb s pochopením, protože tato forma práce vysoce zkvalitnila úroveň práce s pacientem.



Počet středních zdravotních pracovníků (SZP) na 10 000 obyvatel činil 109,4. Postupně se zvyšuje tato relace, spolu s větší odpovědností zdravotní sestry za práci s pacientem.

Koncepce ošetrovatelské péče, postihující tento trend, byla předána vládě v prosinci r. 2003. Trend je též posilován přijatým zákonem o vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. Důsledkem reformy ošetrovatelství bude v cílovém stavu vyšší odpovědnost zdravotní sestry za pacienta a nižší potřeba specializované lékařské péče.

***Shrnutí: Nepříznivý z hlediska výkonnosti systému je hlavně demografický vývoj. Prodlužující se délka života a posun věkové struktury k vyšším hodnotám totiž logicky znamená zvýšení nároků na systém. Dalším významným faktorem, který silně ovlivňuje nárok na systém, je nezdravý způsob života. Je logické, že takovýto nárůst vede k riziku nefinancovatelnosti systému, protože jsou k dispozici kapacitně omezené zdroje.***

### **III. Koncepce rozvoje ochrany zdraví a zdravotní péče**

#### **III.1. Ochrana zdraví a zdravotní péče**

Hlavním strategickým cílem zdravotnictví je zlepšování zdravotního stavu obyvatel, ochrana a podpora jeho zdraví, orientace na pacienta a posilování jeho vlastní odpovědnosti za zdravotní stav. Patří sem i změna postojů zdravotnických pracovníků k pacientům, rovnoprávné postavení prevence nemocí a jejich léčby, posílení primární péče a postupné přenášení zdravotní péče ze zařízení akutní lůžkové péče do zařízení ambulantní a následné péče.

Významnou roli hraje zlepšování základních ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva, snižování výskytu nejčastějších onemocnění a rizikových faktorů, které se podílejí na jejich vzniku, zlepšování kvality života ve stáří a kooperace se všemi dotčenými subjekty zaměřená na posílení prevence a na podporu zdraví.

Ke střednědobým cílům patří důsledné uplatňování nástrojů programového řízení ve zdravotnictví, analýza vlivů determinujících zdraví, možnosti pozitivního ovlivňování těchto vlivů a restrukturalizace sítě zdravotnických zařízení v součinnosti s územními samosprávnými celky. K tomu je nutná spolupráce všech orgánů a

institucí, které se zabývají zdravotně-sociální péčí zejména o staré, chronicky nemocné a hendikepované občany.

Koordinace činností je nutná také při tvorbě zdravotních plánů krajů pro zajištění ochrany a podpory veřejného zdraví a veřejných zdravotnických služeb při realizaci cílů dokumentu Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny v 21. století“.

Akční plán zdraví a životního prostředí, závěry 3. ministerské konference o životním prostředí a zdraví a Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21 vymezují významné místo ochraně veřejného zdraví, hodnocení zdravotních rizik a monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životním podmínkám. Pro jeho realizaci je nutná spolupráce mezi institucemi ve zdravotnictví a občanem i mezi jednotlivými profesními a zájmovými skupinami působícími ve zdravotnictví. Důležitým faktorem je zavedení systému sledování a hodnocení kvality poskytované péče a rozšíření a zkvalitnění kontrolní činnosti ministerstva, včetně rozvoje odpovídajícího informačního systému a podpory výzkumu a vzdělávání zaměřené na nové metody a technologie zaváděné do praxe. Je nutné posílit připravenost zdravotnictví řešit mimořádné události a krizové situace, a bude nutné zajistit finanční prostředky na vytvoření systému biologické ochrany obyvatel proti zvláště nebezpečným biologickým agens, toxinům a bioterorismu.

**V oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví Ministerstvo zdravotnictví považuje Usnesení vlády č. 1046/2002 – *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21* za stěžejní materiál, který je projednán nejen s nejširší zdravotnickou veřejností, ale současně byl podrobně rozpracován včetně časového harmonogramu plnění na meziresortní úrovni.**

Tento program je pod kontrolou široké veřejnosti, neboť zástupci veřejnosti jsou zastoupeni ve vrcholných orgánech tohoto grémia. Při tvorbě programu jsme vycházeli z potřeb a zájmů České republiky při řešení problémů vyplývajících z důsledků negativního vlivu znečištěného prostředí a průmyslové koncentrace, ale i restrukturalizace poskytování zdravotní péče se zaměřením na kvalitu, která se bytostně dotýká každého klienta systému. Stanovené cíle a prostředky jsou definovány reálně s účastí i dalších resortů.

Z hlediska koncepčního představuje Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21 souhrn nejdůležitějších aktivit vedoucích k rozvoji ochrany zdraví a zdravotní péče. Je publikován na serveru Ministerstva zdravotnictví ([www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)).

***Shrnutí: Existující dokumenty jak na národní, tak na nadnárodní úrovni tvoří naprosto dostačující materiál pro to, aby na jeho základě bylo možné budovat zdravotnictví odpovídající naší tradiční vysoké úrovni a parametrům jedenadvacátého století.***

### **III.2. Organizace zdravotnických služeb**

Optimalizaci sítě zdravotnických zařízení lze realizovat pouze na základě provázanosti a součinnosti mezi Ministerstvem zdravotnictví a orgány státní správy a samosprávy krajů, které budou v daném území kraje garantovat zabezpečení dostupnosti a kvality poskytované zdravotní péče.

Návrhy zákonů o zdravotnických zařízeních a o zdravotní péči obsahují zavedení systému veřejných zdravotnických služeb. Obsahují též definici standardů dostupnosti a kvality veřejných zdravotnických služeb.

Garance dostupnosti zdravotní péče bude nadále zajištěna přenesením odpovědnosti za tvorbu optimální sítě zdravotnických zařízení do působnosti krajů, prostřednictvím výběrových řízení realizovaných na krajské úrovni. Naplnění sítě zdravotnických služeb je dáno zdravotními plány krajů odsouhlasenými zastupitelstvem a Ministerstvem zdravotnictví. Krajské plány zdravotnických služeb definují síť zdravotnických zařízení s ohledem na místní podmínky daného území (např. hustota osídlení, demografický ukazatel, geografické podmínky apod.) s respektováním veřejnoprávního charakteru poskytovaných služeb.

Ministerstvo zdravotnictví poskytuje krajům níže uvedenou doporučenou indexaci počtu lůžek v akutní, následné i hospicové péči na počet obyvatel, a tím nastavuje parametry sítě minimální dostupnosti v souvislosti s implementací veřejných zdravotnických služeb.

Ambulantní péče v nemocnicích je poskytována zejména jako konziliární činnost pro lékaře primární péče v oblasti specializovaných a vysoce specializovaných oborů a jako zdravotní péče poskytovaná bezprostředně po ukončení hospitalizace, vyžaduje-li to zdravotní stav pacienta. Mimo sítě nemocničních ambulancí existují ještě sítě lékařů v první linii, ambulantních specialistů, komplementu, LSPP, dopravy, rehabilitace a zdravotní záchranné služby.

Součástí organizace zdravotnických služeb je také domácí péče, péče o stárnoucí populaci a ucelená rehabilitace.

Domácí péčí se rozumí zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě indikace ošetřujícího lékaře v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče je poskytovaná pacientům, jejichž pobyt ve zdravotnickém zařízení ústavní péče není pro léčení nebo udržování stability zdravotního stavu nutný; za vlastní sociální prostředí se považuje místo pobytu, kde pacient trvale nebo přechodně bydlí.

Jako domácí péče je poskytována integrovaná péče, ošetrovatelská péče, a dále diagnostická, léčebná, paliativní a léčebně rehabilitační péče poskytovaná podle zvláštních právních předpisů. Mezi cíle domácí péče patří zajištění maximálního rozsahu, kvality a efektivity odborné zdravotní péče indikovaným pacientům v jejich přirozeném vlastním sociálním prostředí, eliminování vlivů nozokomiálních nákaz a iatropatogenního poškození na zdravotní stav pacientů a zajištění v rámci domácí péče takového rozsahu sociální péče a pomoci potřebným pacientům, který odpovídá jejich aktuální sociální situaci.

Domácí péče může být poskytována formou akutní domácí péče, dlouhodobé domácí péče a domácí hospicovou péčí, která je součástí paliativní péče a je poskytována v terminálním stadiu života.

Rozvoj domácí zdravotní péče je nástrojem pro efektivní a produktivní využití finančních prostředků z fondu veřejného zdravotního pojištění. V souladu s restrukturalizací lůžkového fondu v systému zdravotní péče dojde k posílení integrované komunitní péče a k lineárnímu nárůstu počtu poskytovatelů domácí péče tak, aby byly v maximální kvalitě a dostupnosti zabezpečeny potřeby klientů v oblasti základní i vysoce specializované péče prostřednictvím praktických lékařů v interakci s poskytovateli domácí péče.

V současné době je v ČR cca 564 subjektů, které poskytují domácí zdravotní péči. Po koncepčním zakotvení kritérií pro poskytování domácí péče lze očekávat, že dojde k jejímu meziročnímu nárůstu v počtu poskytovatelů v rozsahu cca 15 – 20 %.

Rozvoj domácí péče je v souladu s potřebami stárnoucí populace a patří mezi priority, kterými se zabývají systémy zdravotnictví v celosvětovém měřítku.

Péče o zdraví seniorů má pro společnost vzrůstající důležitost v souvislosti s demografickou a ekonomickou situací. Výhodiskem přístupu ministerstva zdravotnictví k ochraně zdraví této skupiny občanů je skutečnost, že zdravotní péče jim poskytovaná je nedělitelnou součástí jednotného systému.

Výhodiskem přístupu ministerstva zdravotnictví k oblasti péče o seniory jsou dokumenty schválené usnesením vlády č. 485 z 15. 5. 2002 – „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007“ a usnesením vlády č. 1046 ze dne 30. 10. 2002 – „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století.“

Demografický vývoj si vyžaduje zřízení nástroje, který by facilitoval řešení problematiky péče o seniory v resortu ministerstva zdravotnictví. Je jím specifický dotační program, který je vyhlášen již pro rok 2004 pod názvem „Zdravé stárnutí“.

Mezi cíle, vyplývající z výše uvedených usnesení vlády, patří zejména rozvoj primární integrované komunitní péče se spoluprací mezi zdravotnickými službami a službami sociální péče, systematické řešení péče o chronické ošetrovatelsky náročné pacienty, podpora rozvoje služeb domácí péče, podpora vzniku stacionářů pro pacienty postižené demencí, podpora rozvoje hospicové péče.

MZ systematicky vytváří podmínky pro poskytování paliativní péče pacientům v terminálních stavech zhoubných onemocnění. Podporuje budování hospiců – zdravotnických zařízení pro paliativní léčbu a tišení chronické bolesti, sloužící nemocným v preterminálním a terminálním stavu nádorového či jiného nevléčitelného onemocnění nebo nemocným trpícím chronickou bolestí jiné etiologie. Hospice slouží jako modelová centra paliativní péče ve svých regionech a stimulují rozvoj oboru paliativní péče a léčba bolesti. Střednědobým cílem MZ je vytvoření sítě hospiců, které by zajišťovaly poskytování paliativní péče ve všech krajích České republiky.

Podle zahraničních zkušeností je optimální kapacita 5 hospicových lůžek na 100 000 obyvatel. V České republice to znamená dosažení kapacity 515 hospicových lůžek jako střednědobý cíl. Kapacita hospicových lůžek by měla být v ČR rozložena tak, aby byly vytvořeny rovné podmínky pro všechny indikované pacienty a jejich rodinné příslušníky.

## Ministerstvo zdravotnictví

Ucelená rehabilitace je vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jednotlivců s cílem jejich optimálního začlenění do společnosti, přičemž resortem zdravotnictví je zajišťována léčebná rehabilitace, která zahrnuje soubor včasných diagnostických, terapeutických a organizačních opatření směřujících k optimální funkční zdatnosti a vytvoření podmínek pro její dosažení.

### Uvedené odbornosti nepatří do vysoce specializované péče

odbornost	počet lékařských míst na 100 tisíc obyvatel
001 praktický lékař pro dospělé	55
002 praktický lékař pro děti a dorost	22
014 praktický lékař – stomatolog	50
101 interní lékařství	8
102 angiologie	1
103 diabetologie	3
104 endokrinologie	1,3
105 gastroent. a hepatol.	4
106 geriatric	1
107 kardiologie	5
108 nefrologie	1
109 revmatologie	1,5
201 fyziatr., balneologie a léčebná rehabilitace	4
202 hematologie	0,5
203 přenosné nemoci	0,8
205 tbc a resp.nemoci	4
207 alergologie a klinická imunologie	4
208 lékařská genetika	0,6
209 neurologie	6
301 pediatrie	3
305 psychiatrie	6,5
401 nemoci z povolání (posudky)	0,5
402 klinická onkologie	2,5
404 dermatovenerol.	4
501 chirurgie	6
603 gynekologie	9
606 ortopedie	5
701 ORL	5
705 oftalmologie	5
706 urologie	3
710 léčba bolesti a paliativní medicína	1,5
801 klinická biochemie	3

<b>odbornost</b>	<b>počet nelékařských míst na 100 tisíc obyvatel</b>
918 fyzioterapeut	15
921 porodní asistentka	3
925 domácí zdrav. péče	30
927 ortoptická sestra	1
901 klinická psychologie	7
903 klinická logopedie	2

**Lůžková péče:**

- 1) počet lůžek **akutní péče v základních a hlavních oborech** potřebných na počet obyvatel:

<b>obor</b>	<b>počet lůžek na 100 tisíc obyvatel</b>
101 – interna	100
501 – chirurgie	75
603 – gynekologie	60
301 – pediatrie	50
201 – včasná léčebná rehabilitace	30
209 – neurologie	25
305 – psychiatrie	25
606 – ortopedie	20
203 – infekce	20
205 – TRN	15
705 – oftalmologie	10
706 – urologie	10
701 – ORL	10
404 – kožní	10
708 – ARO	6

- 2) potřeba akutní lůžkové péče ve specializovaných a vysoce specializovaných oborech vyjádřená spádem pro jednotlivá pracoviště:

<b>obor</b>	<b>velikost spádu – počet obyvatel</b>
klinická onkologie - pracoviště I. typu	750 tisíc
- pracoviště II. typu	100 tisíc
radiační onkologie	600 tisíc
klinická hematologie	250 tisíc
kardiologie	50 tisíc
nefrologie	1 milion
revmatologie	1 milion
nukleární medicína	1,5 milionu
nemoci z povolání	2,5 milionu
cévní chirurgie	1 milion

Ministerstvo zdravotnictví

obor	velikost spádu – počet obyvatel
obličejová chirurgie	1 milion
plastická chirurgie	300 tisíc
kardiochirurgie	750 tisíc
neurochirurgie	750 tisíc
traumatologická centra	750 tisíc
centra asistované reprodukce	500 tisíc
popáleninová medicína	3 miliony
perinatologická centra	500 tisíc

3) počet lůžek **následné péče** potřebných na počet obyvatel (ve výhledu do roku 2008):

druh péče	počet lůžek pro ČR
odborná ošetrovatelská péče na ošetrovatelských odděleních LDN	4 000
léčebná rehabilitace pohybového systému na rehabilitačních odděleních LDN	5 000
léčebná rehabilitace pohybového systému v lázeňských a nelázeňských rehabilitačních ústavech	10 000 děti 600 lůžek
léčebná rehabilitace na spinálních rehabilitačních jednotkách v rehabilitačních ústavech	120
léčebná rehabilitace v oboru psychiatrie v lázeňských léčebnách	200
dlouhodobá léčba v oboru psychiatrie v psychiatrických léčebnách	7 000
léčebná rehabilitace v oboru TRN, mimo TBC, v lázeňských a nelázeňských TRN léčebnách	800 děti 200 pro léčebnou rehabilitaci děti 600 pro sekundární prevenci
léčebná rehabilitace v ostatních oborech v lázeňských léčebnách	2000 děti 300
následná péče v ozdravovnách	900
paliativní péče	500

4) počet lůžek potřebných pro diagnostiku a léčbu nemocných s tuberkulózou – 420 lůžek pro ČR

a) pro potřeby izolace na odděleních TRN nemocnic a v léčebnách TB – 290 lůžek

b) bez potřeby izolace v léčebnách TB – 130 lůžek

5) kojenecké ústavy, dětské domovy do tří let věku a dětská centra – 2000 lůžek pro ČR

6) sociálně-zdravotní lůžka, podle analýzy (po náběhu DRG systému) může tato kapacita dosáhnout až 2000 lůžek



Ministerstvo zdravotnictví sleduje symetrický rozvoj všech krajů na základě identifikátorů Národního informačního zdravotnického systému, pomocí národních zdravotních ukazatelů.

Pro výpočet ukazatelů pro zajištění lůžkové péče byla použita následující data:

- počet obyvatel,
- počet lůžek v nemocnicích a léčebnách,
- průměrná ošetrovací doba podle oborů,
- průměrné využití lůžek podle oborů,
- počty hospitalizovaných podle oborů.

**MZ průběžně jedná s jednotlivými kraji o změně počtu lůžek, jejich druhu či jejich struktury. Podobně pracuje s těmito daty ve smyslu přednemocniční péče i zdravotnických služeb, které se týkají zásobování zdravotnickými prostředky a zdravotnickým materiálem.**

Při tvorbě sítě zdravotnických zařízení lze vycházet z následujících doporučených kroků:

- a) Nemocnice disponující alespoň 8 základními obory (kapacita 400 – 500 lůžek) by měla poskytovat služby pro přirozenou spádovou oblast v rozsahu cca 100 000 obyvatel, což znamená zhruba jeden okres. Při návrhu rozmístění kapacit se proto zaměřit na bývalé okresní nemocnice. Pokud nebudou vážné důvody, navrhovat ostatní zařízení poskytující akutní péči k postupné transformaci na péči následnou. Pokud specifická situace povede k zachování dvou nemocnic v okrese, pak usilovat o to, aby se v oborech vzájemně doplňovaly.
- b) V rozmístění a kapacitách oborů specializované a vysoce specializované péče vycházet ze stávajícího stavu a nepřistupovat v nově vzniklých krajích k budování „krajských nemocnic“ s novými kapacitami této finančně nákladné péče.
- c) Při restrukturalizaci se zásadně snažit o redukci a transformaci celých nemocnic či jejich podstatných částí.
- d) Vytvořit podmínky pro vznik dostatečných kapacit následné lůžkové péče.

- e) Vytvořit podmínky pro rozvoj jednodenní péče, domácí péče, zajištění fungující dostatečné sítě zařízení zdravotnické záchranné služby.

Jednotlivé typy zdravotnických služeb jsou standardizovány z hlediska dostupnosti a kvality poskytované péče. Dostupnost zdravotní péče bude garantovat v daném území kraj tak, aby byla dobrá dosažitelnost všech segmentů péče. Porovnáváním výsledků Národních zdravotních ukazatelů mezi jednotlivými regiony jsou objeveny lokální nedostatky v dostupnosti i kvalitě poskytované péče.

Pro dosažení optimální struktury veřejných zdravotnických služeb budou dle návrhu zákona o zdravotnických zařízeních probíhat výběrová řízení. Podkladem pro rozhodování při těchto výběrových řízeních budou zdravotní plány krajů, demografický vývoj kraje a struktura pojištěnců zdravotních pojišťoven.

Tento proces se týká i organizací přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví, které jsou jednak součástí regionálního zdravotnictví a jednak poskytují služby nadregionální, vysoce specializované a nezastupitelné v rámci ČR.

V rámci stabilizace a transformace je připravováno vymezení Center excellence, která provádějí zvláště specializovanou péči a jsou z hlediska ČR nezastupitelná, včetně odpovídajícího vědeckého zázemí a pregraduální a postgraduální činnosti. K tomuto účelu bude nutné přijmout zvláštní zákon.

Transformace fakultních nemocnic do nemocnic univerzitních sleduje jejich rozlišení podle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, na univerzitní a neuniverzitní vzdělávání. Účast státu v rozhodovacích orgánech by zaručovala nezczitelnost majetku státu a kontrolu funkce tohoto typu zdravotnického zařízení. Transformací do univerzitních nemocnic dojde také ke snížení vykazovaného počtu těchto specializovaných lůžek na evropskou úroveň.

O typu a rozsahu veřejných zdravotnických služeb bude dle návrhu zákona o zdravotnických zařízeních veden na krajské úrovni veřejný rejstřík služeb. Tím bude zajištěna plná informovanost obyvatel regionu o struktuře a spektru zdravotnických služeb, včetně jejich časové dostupnosti.

Kvalita poskytované zdravotní péče je sledována nejen po stránce odborné, cestou odborných společností a Vědecké rady Ministerstva zdravotnictví, ale i ze strany státu, kdy porovnáváním výsledků mezi jednotlivými kraji lze určit v rámci regionů stupeň a kvalitu poskytované zdravotní péče v jednotlivých oborech, ale i

spektrum diagnostických a terapeutických postupů vážících se k demografickému vývoji kraje.

Posuzování kvality na centrální úrovni pak umožňuje porovnání národních zdravotních ukazatelů s podobnými ukazateli v Evropě. Pro trvalé zvyšování kvality zdravotní péče zavede MZ systém akreditace zdravotnických zařízení. Návaznost akreditačních a reakreditačních řízení na smluvní vztahy se tak stane impulsem pro vnitřní sledování kvality a bezpečnosti postupů v jednotlivých zdravotnických zařízeních. K tomuto účelu bylo zřízeno Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, které mimo jiné sleduje i kvalitu očima pacientů. Podklady pro ukazatel Kvalita očima pacientů jsou získávány podle jednotného dotazníku, platného pro celou Českou republiku a zpracovávaného organizacemi mimo resort zdravotnictví.

Důraz na kvalitu poskytované zdravotní péče byl jedním z hlavních kritérií při formulaci koncepcí medicínských oborů, která byla odsouhlasena Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví a je nadále doplňována o nové diagnostické a terapeutické postupy.

Záměrem MZ je posílení lůžkového fondu následné péče, jehož nástrojem je restrukturalizace lůžek akutní péče. S tím souvisí i cílový rozvoj domácí péče a péče na zdravotně-sociálních lůžkách, která jsou nově definována v návrhu zákona o zdravotní péči.

***Shrnutí: Cílem reformy je především optimalizace sítě zdravotnických zařízení, což nemusí vždy nutně znamenat jejich redukci. Po převedení podstatné části těchto zařízení na kraje vlastně nemá ministerstvo možnost přímo do této sítě zasahovat. Podstatné je to, že zákony o zdravotní péči a o zdravotnických zařízeních stanoví kvalitativní požadavky na tato zařízení a že příslušná výběrová řízení umožní krajům vybírat právě ta, která splňují nároky na dostupnost a kvalitu. Naopak nemocnice univerzitní a Centra excelence, která jsou v přímé působnosti státu, jsou jakousi „výkladní skříní“ našeho zdravotnictví a slouží především k výzkumu a provádění velmi složitých zákroků.***

### III.3. Léková politika

Cílem lékové politiky jako dílčí součásti zdravotní koncepce státu je zajistit dostupnost kvalitních, bezpečných a účinných léčiv, zdravotnických prostředků, krve, krevních derivátů a bioimplantátů pro všechny pacienty, bez ohledu na jejich sociální situaci.

K zařazení produktů je využíváno regulačních mechanismů, které respektují aktuální úroveň medicínského poznání, ekonomické možnosti a stupeň vyspělosti občanské společnosti, s plným respektováním transparentních postupů při zařazování inovativních léčiv a zdravotnických prostředků do úhradového systému v souladu se směrnicí 89/105/EHS. Za zásadní se považuje postavení pacienta v oblasti spotřeby léčiv a zdravotnických prostředků.

V souladu s doporučeními Světové zdravotnické organizace musí léková politika garantovat dostupnost takových inovativních léčiv, která jsou skutečně zásadním léčebným přínosem pro pacienta, a definovat léčiva, která jsou klinicky nejúčinnější a zároveň nejvýhodnější z pohledu nákladů na léčbu a navíc umožňují optimální úroveň spolupráce léčeného. Dalším krokem je vytvářet podmínky motivující lékaře k předepisování právě takovýchto léčiv.

Úspěšné regulace růstu nákladů na léčiva může být dosaženo pouze racionální farmakoterapií, která je v souladu se standardy doporučených léčebných postupů, v optimální síti zdravotnických zařízení s dobře popsáním „postupem“ pacienta v rámci tohoto systému a podpoře systémů financování kvalitní zdravotní péče.

Léková politika využívá systémy následného monitorování vlastností léčiv používaných v běžné klinické praxi. Krátkodobým úkolem je zavést 24hodinový systém rychlého varování, napojený na podobný systém v EU. Dlouhodobě se MZ zaměřuje na zvyšování povědomí lékařské veřejnosti o účelné farmakoterapii a zavedení systému hlášení výskytu nežádoucích příhod a nežádoucích účinků v klinické praxi.

Pro zajištění dostupnosti léčiv nastavuje regulační politika rovnováhu mezi neustále se zvyšující ekonomickou náročností nových léčiv a finančními zdroji, které je na ně možné v čase uvolnit, aniž by to ohrozilo plynulé financování i jiných nezbytných výrobků a služeb ve zdravotnictví.

Postavení pacienta v oblasti lékové politiky má zásadní význam. Zaměření se na správné způsoby samoléčby a správné užívání léčivých přípravků je v současnosti jedním z prvořadých úkolů evropských zemí. Zdůrazňování odpovědnosti za své zdraví, realistické a přiměřené možnosti jeho aktivního ovlivňování jsou principy, jejichž přínos daleko překračuje rámec lékové politiky, byť mu tato poskytuje vhodnou výchozí platformu.

Zabezpečované priority lékové politiky v České republice:

- a) Kontinuálně zabezpečujeme registrační a kontrolní procesy při zavádění a distribuci léčiv a zdravotnických prostředků v návaznosti na registrační pravidla EU včetně systému nepřetržitého hlášení mimořádných událostí v klinické praxi.
- b) Garantujeme patentové ochrany výrobců léčiv v návaznosti na direktivy EU.
- c) Trvale provádíme hodnocení účinnosti léčiv, jejich farmakoekonomické dopady a s optimálním přístupem inovativních léčiv.
- d) Výdaje na léky a prostředky zdravotnické techniky mohou růst pouze podle míry vybraného pojistného. Preferovány jsou postupy, které vedou k rychlejšímu uzdravení pacienta a tím snížení čerpání fondu zdravotního a nemocenského pojištění.
- e) V návaznosti na závěry „Pražské deklarace“ z 19. září 2003 spolupracujeme s ostatními zeměmi EU při získávání informací o úhradách léčiv a zdravotnických prostředků a způsobech regulace čerpání z veřejných zdravotních fondů jednotlivých států.
- f) Vytváříme podmínky pro vznik Národní transfúzní služby a tkáňové banky.

**Systém třístupňových regulačních opatření lékové politiky**

<b>Problematika</b>	<b>Způsob řešení</b>	<b>Řešitel</b>	<b>Termín</b>
Stanovení maximálních cen léčiv, ZP.	a) Revize stávajícího systému.	Meziresortní komise pro regulaci cen	do 1.4.2004
			do 1.4.2004
	b) Nastavení maximálních cen v závislosti na komplexní informaci o cenách téhož výrobku v ostatních 25 zemích EU.		do 31.12.2004
Optimalizace kategorizačního procesu, úhradový systém léčiv a preskripční pravidla.	a) Revize stávajícího systému.	MZ	do 31.5.2004
	b) Nastavení pravidel činnosti Národního referenčního centra a způsobu sběru dat a způsobu jejich vytěžování		do 31.12.2004
	c) Inovace přílohy č. 2 zákona 48/97 Sb.		do 1.4.2004
	a návrh vyhlášky 57/1997 o úhradách.		do 1.8.2004
Komerční dohodovací proces o cenách DNC.	Transparentní postupy při stanovování DNC pro jednotlivé výrobky firem.	VZP + přímá účast všech ZP výstup=>společné číselníky ZP ČR	K vydání 1.2.2004, průběžně na základě provádění novelizace vyhlášky 57/97.
Obchodní přírážka k léčivým přípravkům a ZP.	Zavedení degresní obchodní přírážky k léčivým přípravkům a ZP. Rozdělení obchodní přírážky zvlášť pro distributory a lékárny	Návrh Meziresortní komise pro regulaci cen. Realizace MF.	k 1.1.2005
Omezení úhrady léků a léčivých přípravků z veřejného zdravotního pojištění.	Nehradit z veřejného zdravotního pojištění léčivé přípravky zařazené mezi: - vyhrazená léčiva - léčivé přípravky, které je možno vydat bez lékařského předpisu	MZ	k 1.1.2005

Ministerstvo zdravotnictví

Problematika	Způsob řešení	Řešitel	Termín
Kategorizace a standardizace ZP	1) Rozdělení ZP do 5 skupin dle stávající úhrady.		Hotovo
	2) Vytvoření EU kompatibilního číselníku ZP  (výběr správce číselníku).	MZ	Začátek 1.1.2004, průběžně  31.12.2003
	3) Připravit novelu zák. 48/97 Sb.		31.3.2004, účinnost od 1.7.2004
	4) Jmenovat KKZP.	MZ	splněn
	5) Vytvořit první verzi vyhlášky o úhradách ZP (viz tab. č. 1).		31.3.2004, účinnost od 1.7.2004
	6) Sledování pohybu úhrad a spotřeby cen prostřednictvím Národního referenčního centra (viz. spojitost na systém DRG + systém léčiv).		31.12.2004
	DNC – ZP (dohodnuté nejvyšší ceny zdravotnických prostředků)	1) Zmrazit přístup nových položek do 1.5.2004.	Zdravotní pojišťovny
2) Ustanovit společné komise ZP pro obchodní komerční jednání.		do 1.7.2004 poté průběžně	
3) Projednat ceny dle výsledků KKZP a vydat společný číselník			
Přecenění cen za in vitro výkon	1) Zmrazit smluvní vztahy s novými poskytovateli zdravotní péče zmrazit spektrum nových výkonů u stávajících poskytovatelů	Zdravotní pojišťovny  Zdravotní pojišťovny	ihned  ihned
	2) Provést kontrolu kalkulace cen za výkon	ZP a MZ po novele zákona č. 48/97 Sb.	k 30.4.2004
	3) Nastavit nové ceny		k 30.6.2004

***Shrnutí: Podstatou reformních kroků v oblasti lékové politiky (de facto již probíhají) je zajištění dostupnosti léčiv s tím, že je nutné za pomoci citlivé regulační politiky udržovat rovnováhu mezi neustále se zvyšující ekonomickou náročností nových léčiv a finančními zdroji, které jsou v daný moment k dispozici.***

### III.4. Výzkum

Pokrok ve zdravotnictví bude stále výrazněji ovlivňován novými poznatky zdravotnického výzkumu. WHO pokládá ve svém programu „Zdraví 21“ výzkum za jeden z nejcennějších a nejdůležitějších nástrojů vedoucích ke kvalitnějším strategiím, jejichž cílem je zlepšení zdraví a zdravotní péče. Zdravotnický výzkum navazuje u nás na dlouhou tradici. Již v roce 1991 přešel na grantový systém podpory, který v té době zavedlo MZ jako první resort u nás.

MZ bude podporovat jeho další rozvoj jak formou účelového financování programových projektů v rámci |Resortního programu výzkumu a Národního programu výzkumu, tak formou institucionální podpory výzkumných záměrů.

Resortní plán výzkumu vypracovaný MZ a schválený vládou ČR na roky 2004–2009 otevírá možnosti k řešení aktuálních problémů vedoucích ke zlepšení diagnostiky, terapie i prevence ve všech oborech poskytování zdravotní péče. Podporu řešení získají nejkvalitnější projekty naplňující nejlépe vytyčené priority a cíle programu, který je členěn do těchto podprogramů:

- Kardiovaskulární a cerebrovaskulární choroby
- Poruchy metabolismu, výživy a endokrinní poruchy včetně diabetes mellitus
- Nádorová onemocnění
- Onemocnění pojiva, kostí a kloubů; úrazy
- Věkově specifické aspekty zdraví a nemoci
- Nemoci nervové a duševní
- Poruchy reprodukce
- Nemoci infekční a poruchy imunity
- Vztah zdraví a prostředí – preventivní přístupy ve zdravotnictví



- Aktuální problémy ostatních lékařských oborů
- Farmakologie a farmacie
- Zdravotní systémy a řízení
- Aktuální problémy ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
- Informační a zobrazovací technologie ve zdravotnictví

MZ bude zajišťovat řešení projektů podprogramu Zdraví obyvatel, který je součástí programu Kvalita života, představujícího součást nově formulovaného Národního programu výzkumu I. Uvedený podprogram bude zahajován v roce 2004 a orientován především na budoucí podporu projektů využívajících k řešení nejmodernější přístupy především z oblasti molekulární biologie, genetiky, nanotechnologií apod.

Institucionální podpora výzkumu výzkumnými záměry představuje relativně novou formu v současném systému podpory výzkumu, která byla zahájena v roce 1999 a v této etapě v roce 2004 končí. MZ vytvoří předpoklady, aby se příslušná pracoviště mohla ucházet o tuto podporu i v období následujícím a bude věnovat odpovídající pozornost projednání návrhů výzkumných záměrů předložených resortními pracovišti i postupům řešení a výsledkům výzkumných záměrů, které institucionální podporu získají.

Ministerstvo zdravotnictví bude věnovat soustavnou pozornost kvalitě posuzovacího řízení, pravidelné výměně členů hodnotících orgánů a přispívat všestranně k transparentnosti přidělování podpory a kontroly postupů i závěrů řešení projektů. Bude usilovat, aby pokračoval pozitivní trend, který vrcholné poradní orgány v několika posledních letech při hodnocení českého zdravotnického výzkumu zaznamenávají a to, že výsledky prací našich řešitelů se stále výrazněji prosazují v mezinárodním měřítku, zejména v renomovaných zahraničních odborných časopisech, což je zřetelným dokladem zvyšující se kvality a současně s tím i předpokladem uplatnění výsledků v příslušné oblasti zdravotní péče.

Ministerstvo zdravotnictví se bude podílet na přípravě koncepce Národního programu II, který bude navazovat na výše uvedený program I. Bude usilovat, také s přihlédnutím k zahraničním zkušenostem a zvyklostem, o nalezení optimálních

forem organizačního uspořádání a začlenění zdravotnických pracovišť zabývajících se výzkumem, včetně současných fakultních nemocnic.

Náklady na řešení zdravotnického výzkumu budou hrazeny z veřejných prostředků. Výdaje na rok 2004 jsou uvedeny v tabulce níže. Návrh výše výdajů na řešení výzkumu a vývoje na budoucí období v kapitole 335 – MZ bude upřesněn a stanoven při přípravě návrhu výdajů státního rozpočtu na výzkum a vývoj pro příslušný rok vládou na návrh Rady pro výzkum a vývoj (v souladu s ustanovením § 5 zákona č. 130/2002 Sb., o podpoře výzkumu a vývoje z veřejných prostředků a o změně některých souvisejících zákonů, usnesení vlády č. 640/2003, kterým byl schválen nový Resortní program MZ na léta 2004 – 2009 a usnesení vlády č. 417/2003, kterým byl schválen Národní program výzkumu).

<b>Výdaje MZ na výzkum a vývoj (v tis. Kč)</b>			
<b>rok</b>	<b>účelové výdaje</b>	<b>institucionální výdaje</b>	<b>celkové výdaje</b>
<b>2003</b>	500 696	238 043	738 739
<b>2004</b>	562 440	238 043	800 483

Strategické cíle českého zdravotnictví směřují při využití výsledků a poznatků podporovaného zdravotnického výzkumu ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a kvality života tak, aby v hlavních parametrech bylo dosaženo v průběhu 15 – 20 let kompatibility s průměrem současných států EU.

***Shrnutí: Kvalitní a ve světě oceňované výsledky našich výzkumných týmů, které navazují na tradici českého zdravotnictví, jsou skutečným „rodinným stříbrem“. Reforma samozřejmě počítá s jejich podporou.***

### **III.5. Vzdělávání**

Ministerstvo zdravotnictví se zasazuje a bude nadále zasazovat, aby vzdělávání lékařů, zubních lékařů, farmaceutů a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků bylo plně kompatibilní s jejich vzděláváním především v zemích EU, a aby tak přispělo k jeho kvalitě a v souvislosti se vstupem ČR do EU i k usnadnění vzájemného uznávání dosaženého vzdělávání ve smyslu platných směrnic EU.

V tomto smyslu předložilo návrh zákona o uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a v nelékařských zdravotnických povoláních. Tomu plně přizpůsobí i systém dalšího vzdělávání lékařů, zubních lékařů, farmaceutů a dalších zdravotnických pracovníků ve specificky regulovaných a regulovaných povoláních. Vytvoří funkční systém uznávání odborné způsobilosti dostatečně flexibilní pro žadatele o uznání této způsobilosti, avšak zajišťující, že regulovaná zdravotnická povolání a činnosti budou v případě usazování vykonávat s ohledem na ochranu pacientů a jejich zdraví pouze kvalifikované osoby.

Připravuje rovněž konkrétní kroky a zabezpečí, aby posuzování žádostí uchazečů ze zemí EU o povolení k výkonu povolání v České republice probíhalo v plném souladu se sektorovými směrnicemi EU a se zvyklostmi v těchto státech.

Současně zabezpečí k zajištění kvality poskytované zdravotní péče našim občanům i nezbytné posouzení žadatelů o toto povolení z dalších zemí, a to jak z hledisek jejich odborného vzdělání, tak komunikace v českém jazyce.

***Shrnutí: Cílem vzdělávacích programů je mimo samozřejmého požadavku na kontinuální zvyšování kvalifikace i to, aby naši zdravotníci všech profesních úrovní dobře obstáli v soutěži, kterou znamená pracovní trh v EU.***

### III.6. Mezinárodní spolupráce

Dokončení harmonizace práva a budování institucionální kapacity pro úspěšné členství v EU je zásadní. Postupné zapojování do evropských struktur znamená zapojování expertů z ministerstva, z výzkumných ústavů a z odborných pracovišť do činnosti institucí EU a do programů Evropské unie „Public Health“ na roky 2003 – 2008. V součinnosti s Ministerstvem pro místní rozvoj jsou hledány možnosti začleňování priorit zdravotnictví do regionálních rozvojových programů.

V rámci zajištění volného pohybu osob se Ministerstvo zdravotnictví bude podílet na uznávání kvalifikací a sociálním zabezpečení. V souvislosti s problematikou uznávání kvalifikací bude Ministerstvo zdravotnictví uznávacím

orgánem pro všechna zdravotnická povolání v součinnosti se všemi zainteresovanými resorty.

Pro koordinaci sociálního zabezpečení bylo zřízeno Centrum mezistátních úhrad a zbývá dokončit jeho institucionální zakotvení do právního předpisu. Centrum již plní roli styčného místa pro provádění smluv o sociálním zabezpečení s Rakouskem, Chorvatskem, SRN a Svazovou republikou Jugoslávií. V roce 2004 vstoupí v platnost rovněž smlouvy s Itálií, Španělskem a Tureckem. Před vstupem do EU bude nutné posílení Centra po stránce personální i technické. V roce 2004 bude probíhat jednání s členskými státy EU i budoucími státy EU o způsobu vzájemného vypořádání nákladů na zdravotní péči podle nařízení ES 574/72.

V rámci mezinárodní spolupráce podporuje Ministerstvo zdravotnictví aktivity vznikající Konfederace patientských organizací, které se začlení do obdobných struktur Evropské unie. Dojde tím k vyrovnání určité informační nerovnováhy, která vzniká mezi poskytovateli a plátcí zdravotní péče. Posílením vlivu patientských organizací, i v mezinárodním kontextu, umožní tuto Konfederaci patientských organizací začlenit do tvorby organizačních Doporučených léčebných postupů.

***Shrnutí: V rámci EU získává resort nová práva a povinnosti. Reforma musí dbát o kontext kroků v mezinárodním měřítku, zvláště pak v případě zemí EU.***

### **III.7. Programy zaměřené na prevenci nemocí a zachování zdraví populace**

#### **III.7.1. Program WHO „Zdraví pro všechny v 21. století“**

Oblast prevence řeší ochranu před negativními důsledky špatného životního prostředí a nevhodného životního stylu, např. nevhodné výživy, užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku, nedostatku fyzické aktivity, nadměrného stresu. Posiluje kladný postoj společnosti ke zdravému životnímu stylu a usiluje o snižování nadměrné poptávky po zdravotnických službách. Realizace tohoto cíle je podmíněna úzkou spoluprací řady orgánů veřejné správy. Úkolem Ministerstva zdravotnictví je identifikovat rizika a vytvářet podmínky pro podporu zdraví. Touto oblastí se zabývá

„Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století“.

Řízení, koordinaci a kontrolu úkolů vyplývajících z tohoto programu zajišťuje Rada pro zdraví a životní prostředí, jejíž předsedkyní je ministryně zdravotnictví. Rada si k přípravě návrhů a stanovisek k uvedeným úkolům zřídila Výbor ZDRAVÍ 21. Vláda uložila zpracovat realizační postupy plnění dílčích úkolů a aktivit Programu a využít je při přípravě právních předpisů a podkladů pro návrh státního rozpočtu České republiky na rok 2004 a další léta střednědobého výhledu. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21 je pod trvalou kontrolou vlády ČR, pro kterou připravuje Rada pro zdraví a životní prostředí plnění jednotlivých postupových kroků.

Naplnění Akčního plánu zdraví a životního prostředí a Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století vyžaduje spolupráci dalších ministerstev, zejména Ministerstva životního prostředí, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstva zemědělství a Ministerstva dopravy. Koordinační a kontrolní funkci spolupráce mezi jednotlivými resorty vykonává výše zmíněná Rada pro zdraví a životní prostředí, jakožto poradní orgán vlády pro oblast zdraví a životního prostředí s meziresortní působností. Pro zabezpečení integrované zdravotně-sociální péče je nutná úzká spolupráce s Ministerstvem práce a sociálních věcí.

V oblasti ochrany zdraví je nutné se také zabývat zdravotním zajištěním v době mimořádných a krizových situací. V návaznosti na novelu Bezpečnostní strategie ČR bude nutno přijmout opatření a novelizovat navazující specializované dokumenty k zabezpečení záchrany životů, poskytování zdravotní péče a ochrany veřejného zdraví, zejména v oblasti připravenosti resortu na řešení mimořádných událostí, krizových stavů, teroristických útoků a projevů extremismu. Součástí jsou i metodické postupy a typové listy k řešení zdravotnických opatření, zejména u rizik průmyslových havárií, živelních událostí, epidemií, pandemií, ekologických nebezpečí, rizik terorismu a projevů extremismu. Z tohoto pohledu k bezpečnostním zájmům patří i ochrana veřejného zdraví, zdravotnická složka integrovaného záchranného systému, krizové řízení zdravotnictví a také zvyšování úrovně zdravotní péče v mimořádných a krizových situacích. Nedílnou součástí je i systém zdravotní pomoci obyvatelstvu při použití zbraní hromadného ničení, zejména v oblasti

zdravotní péče o osoby radiačně ozářené, exponované chemickým látkám a biologickým činitelům (agens), včetně vybudování dosud chybějících kapacit k izolaci osob infikovaných vysoce nakažlivými biologickými agens ve zdravotnických zařízeních se stupněm biologické ochrany na úrovni 3. typu.

### III.7.2 Specifikace jednotlivých programů

K dosažení cílů státní zdravotní politiky poskytuje Ministerstvo zdravotnictví dotace. Dotační politika se realizuje na základě programů a grantů.

V úseku hygieny a epidemiologie jsou formulovány dva preventivní programy. **Národní program zdraví** zahrnuje hlavní akční strategie programu Zdraví pro všechny v 21 století. Jeho cílem je dlouhodobé vytváření podmínek pro zlepšení zdraví občanů. Orientuje se na předcházení nemocem a začlenění všech složek společnosti do všeobecného zájmu o zdraví. Vychází ze skutečnosti, že neexistuje odvětví či obor, který by ve větší či menší míře neovlivňoval zdraví lidí. Součástí programu je i účast v tzv. komunitních projektech, jako jsou Zdravé město, Zdravý region, Akční plány zdraví v životním prostředí, dále v projektech Podpora zdraví ve školách nebo Zdravý podnik. Druhý program, nazvaný **Program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice**, se zaměřuje na aktivity k omezení přenosu HIV/AIDS pohlavním stykem, dárcovskou krví nebo krví při rizikových praktikách jak v resortu zdravotnictví (nozokomiální nebo profesionální přenos), tak zejména krví při nezdravotnických aktivitách (intravenózní užívání drog) a konečně i k omezení přenosu z HIV pozitivní matky na plod.

Na úseku zdravotní péče jsou rozvíjeny programy na zavádění kritérií ke sledování **kvality zdravotní péče** a programy **sledování kvality zdravotní péče očima pacienta**. Vyhledávacími programy jsou **programy mamografického screeningu a screeningu karcinomu tlustého střeva**. Je připravován vyhledávací program pro **karcinom čípku děložního a program časného záchytu karcinomu prostaty**.

Dalším celospolečenským programem je **Národní program antibiotické politiky**, jehož zavedením dojde k racionalizaci léčby a úspoře finančních prostředků. (Podle výsledků studií zaměřených na praxi v předepisování antibiotik tvoří nevhodná preskripce 50 – 80 %. Důsledkem kvantitativních a kvalitativních

změn ve spotřebě antibiotik v ČR je exponenciální vzrůst nákladů z necelých 500 mil. Kč na cca 2 500 mil. Kč v průběhu minulých necelých 10 let.)

**Národní onkologický program** sdružuje onkologickou prevenci zaměřenou hlavně na účast pacienta, časnou diagnostiku a odpovídající léčbu podle standardů a hodnocení výsledků pravidelně srovnávaných s vyspělými státy Evropské unie. Tento program je koordinován WHO v Ženevě a Česká republika se podílí na vypracování systému, který by byl platný pro celou EU.

**Program sociální prevence a prevence kriminality** je určen zejména na výchovu lékařů, kteří přicházejí do kontaktu s nemocnými a zraněnými, k jejichž postižení dochází kriminální činností (týrání dětí, osob ve vyšším věku, drogová problematika, problematika zranitelných skupin obyvatel).

**Program protidrogové politiky** zabezpečuje dostupnost a kvalitu ambulantních a lůžkových programů, poskytujících odborné služby problémovým uživatelům a osobám závislým na návykových látkách. Jsou podporovány programy integrace a koordinace protidrogové politiky v rámci primární, sekundární a terciární prevence, zvýhodnění a propagace zdravého životního stylu prostřednictvím médií, cílené léčebné programy pro děti, mladistvé, rodinné příslušníky a marginalizované osoby, ambulantní programy, detoxifikační programy. Program je zaměřen i na tvorbu diagnostických a léčebných standardů, vytváření metod měření efektivity, akreditace a vzdělávání zdravotnických pracovníků v diagnostice a časné intervenci a odborné publikace na podporu rozvoje oboru Návykové nemoci.

**Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením** podporuje zejména zdravotně-sociální služby na místní úrovni, např. stacionáře pro postižené Alzheimerovou chorobou.

**Program podpory občanských sdružení a humanitárních organizací** a Program podpory veřejně účelných aktivit občanských sdružení zdravotně postižených jsou určeny pro aktivity věnující se zdravotně postiženým na místní i celostátní úrovni.

**Program podpory horských a vodních záchranných služeb** pomáhá dotvářet celou síť a funkci záchranných služeb.

Podpora preventivních programů je finančně náročná, ale ve shodě se zahraničními zkušenostmi se projeví v budoucí úspoře nákladů z fondu zdravotního i nemocenského pojištění.

***Shrnutí: Oblast prevence nemocí a zachování zdraví populace řeší ochranu občanů před negativními důsledky nevhodného životního stylu a špatného životního prostředí, posiluje jejich kladný postoj ke zdravému životnímu stylu a v důsledku toho usiluje o snižování nadměrné poptávky po zdravotnických službách.***

### **III.8. Regionální rozměr koncepce**

Zdravotní politika má výrazný regionální dosah, neboť zdravotní péče je poskytována v regionech, které ji také řídí a částečně financují.

Ministerstvo zdravotnictví iniciovalo na meziministerské konferenci zemí EU a přistupujících zemí v Praze vytvoření fondu EU pro zdravotnictví. Tato iniciativa byla přijata kladně a Evropská komise připravuje zavedení tohoto fondu. Základní funkcí fondu by mělo být vyrovnávání meziregionálních zdravotních ukazatelů, které výrazně závisí na kvalitě životního prostředí v důsledku nepříznivých vlivů průmyslu. Na regionální úrovni by tak byl mimo strukturální fondy další zdroj, který by bylo možno použít.

***Shrnutí. Postupné vyrovnávání meziregionálních zdravotních ukazatelů je dlouhodobým cílem v rámci celé EU. Vzhledem k tomu, že Ministerstvo zdravotnictví bylo iniciátorem vytvoření příslušného fondu, který má za úkol financování tohoto procesu, logicky počítá s jeho použitím v rámci reformy na regionální úrovni.***

### **III.9. Legislativní oblast**

Ministerstvo zdravotnictví navrhlo změny stávajících právních předpisů, popřípadě některé zcela nové právní předpisy, kterými by mělo ke změně této neudržitelné situace dojít. Jde zejména o:



- **Návrh zákona o zdravotní péči** – definuje druhy a formy zdravotní péče, druhy zdravotnických zařízení, akreditace zdravotnických zařízení včetně řešení standardů zdravotní péče, vymezuje práva a povinnosti zdravotnických pracovníků, práva a povinnosti pacientů, upravuje problematiku zdravotnické dokumentace, řešení stížností; součástí návrhu zákona je i návrh novelizace trestního zákona s požadavkem vyšších trestních sazeb pro pachatele trestných činů páchaných na zdravotnických pracovnících při výkonu jejich povolání.
- **Návrh zákona o zdravotnických zařízeních** – řeší především otázku tvorby sítě k zajištění veřejných služeb ve zdravotnictví na základě ukazatelů dostupnosti zdravotní péče stanovených Ministerstvem zdravotnictví, která bude hlavním nástrojem optimalizace sítě zdravotnických zařízení a jakož i vybavování zdravotnických zařízení provozně nákladnými zdravotnickými prostředky, které bude rovněž podléhat určité zákonem stanovené regulaci. Zákon řeší jednotný postup při udělování oprávnění k provozování zdravotnických zařízení, zabývá se problematikou ustanovování správních a dozorčích rad ve zdravotnických zařízeních, navrhuje ustanovení hlavních a krajských konzultantů.
- **Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění** – řeší problematiku související se vstupem České republiky do Evropské unie, dále řeší především otázku postavení státu v příslušných dohodovacích řízeních tak, aby jeho ingerence při zajištění veřejného zájmu ve vymezených případech byla dostatečná a nezpochybnitelná, vytváří institucionální podmínky pro zavádění nového klasifikačního systému pro úhradu zdravotní péče (DRG) a v neposlední řadě řeší otázky úhrady léčivých přípravků, zdravotnických prostředků a potravin pro zvláštní lékařské účely.
- **Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění** v oblasti přerozdělování pojistného a odvodu pojistného hrazeného státem. V současné době je připraveno paragrafové znění návrhu zákona a bude projednáno ve vládě současně s projednáním návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb.

- **Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách** – řeší především otázku hospodaření s fondy zdravotních pojišťoven, zejména fondů rezervního, zajišťovacího a fondů prevence, jakož i způsob projednávání otázek zásadního významu pro rovnováhu systému veřejného zdravotního pojištění v orgánech zdravotních pojišťoven, organizační strukturu Všeobecné zdravotní pojišťovny.
- **Vládní návrh zákona o uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.** Zákon stanoví podmínky pro výkon zdravotnických povolání včetně způsobu uznávání kvalifikace ve vztahu ke směrnicím Evropské unie, zajišťujícím volný pohyb osob.
- **Vládní návrh souborné novely dalších zákonů (zákon č. 20/1966 Sb., zákon č. 160/1992 Sb., zákon č. 111/1998 Sb., zákon č. 368/1992 Sb., všechny ve znění pozdějších předpisů).** Jde o zákon navazující na zákon o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání.
- **Zákon o získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.** Zákon stanoví podmínky pro výkon zdravotnických povolání včetně způsobu uznávání kvalifikace ve vztahu ke směrnicím Evropské unie, zajišťujícím volný pohyb osob.
- Dále byla připravena novela zákona o léčivech a zákona o správních poplatcích, novela zákona o návykových látkách, návrh zákona o zdravotním pojištění dětí cizinců, které dlouhodobě pobývají na území České republiky, návrh zákona o hodnocení hluku a jeho vlivu na životní prostředí, návrh věcného záměru zákona o zdravotnické záchranné službě a návrhy dalších změn zákonů upravujících veřejné zdravotní pojištění, pojistné a zdravotní pojišťovny, jejichž cílem je posílení příjmů veřejného zdravotního pojištění včetně zlepšení podmínek pro vymáhání pojistného.

***Shrnutí: Nutnou podmínkou úspěšného startu a hladkého průběhu reformy je přijetí příslušných zákonů a ostatních legislativních předpisů a samozřejmě i jejich promítnutí do zdravotně-pojistných plánů. Technicky je třeba mít na paměti, že v tomto smyslu dochází i ke změnám metodiky zdravotně-pojistných plánů tak, aby odpovídala přijatým zákonům a ostatním legislativním předpisům.***

### III.10. Investiční politika

V průběhu roku 2002 bylo dosaženo shody na rozvoji a obnově materiálně-technické základny zdravotnických zařízení na období 2003 – 2007, a to jak majetku ve vlastnictví státu, tak i ve všech ostatních sektorech. Cílem těchto programů je vytvořit materiálně-technické podmínky zdravotnických zařízení pro realizaci zdravotní politiky. Částečně budou prostředky použity také na dokončení akcí z programů přecházejících z minulých let.

[údaje v mld. Kč]	do 31.12. 2001	2002	2003	2004	2005	2006	po 1.1. 2007
Rozestavěné akce	36,54	6,02	3,70	2,91	0,95	0,22	0,00
Nové akce	0,00	0,14	1,72	1,29	2,35	2,58	2,38
Výdaje státního rozpočtu na programy kapitoly celkem	36,54	6,16	5,42	4,20	3,30	2,80	2,38

V návrhu státního rozpočtu na rok 2004 jsou uvedeny celkové výdaje na financování investic v resortu zdravotnictví ve výši 4 011 mil. Kč, ve struktuře, která je uvedena v následující tabulce.

Typ investice	návrh SR 2004 (v mil. Kč)
Akce rozestavěné	3 487,732
Organizační složky státu – jmenovité akce	80,128
Krajské hygienické stanice	19,000
Zdravotnické programy MZ	180,000
Ostatní akce	244,140
Celkem	4 011,000

***Shrnutí: Předpokladem pro investiční politiku je optimalizace sítě zdravotnických zařízení, přičemž investice se spoluúčastí ze státního rozpočtu musí projít schvalovacím řízením a forma vlastnictví žadatele nebude rozhodujícím měřítkem. Cílem je vyváženost jednotlivých krajů v dostupnosti a kvalitě zdravotní péče a materiálně technických podmínek.***

### **III.11. Veřejné zdravotní pojištění**

Aby vůbec měly smysl úvahy o nějakém komplexním systému, musí být tento systém ekonomicky realizovatelný. Je opodstatněné se domnívat, že stávající systém je z tohoto hlediska sice funkční, ale těžko i střednědobě udržitelný. Reforma té části systému, která má za úkol garantovat jeho životaschopnost, je tedy nezbytná jak na straně příjmů, tak na straně výdajů. Zvyšování pouze příjmové stránky s vysokou pravděpodobností není pro stávající systém ani krátkodobým, a už vůbec ne dlouhodobým řešením. Proto je jasné, že koncepce musí předpokládat harmonizaci všech podstatných hledisek, tedy jak strukturální, tak i ekonomickou optimalizaci.

Stručně vyjádřeno, jde především o

- postupnou transformaci systému zdravotního pojištění s cílem dosažení kompatibility se systémy zdravotního pojištění v zemích EU
- vytvoření jednoho výběrčího místa zdravotního a nemocenského pojištění
- zachování systému zdravotního pojištění na principech solidarity, neziskovosti, rovnosti a dostupnosti potřebné zdravotní péče, veřejnoprávnosti a plurality
- zajištění transparentnosti a optimální alokace finančních prostředků v systému zdravotního pojištění:
  - optimalizací přerozdělení výběru pojistného
  - rozvojem systému úhrad zdravotní péče zejména v oblasti lůžkové péče
  - fondovým hospodařením pojišťoven
  - účinnou kontrolou zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení

- hospodaření s prostředky veřejného zdravotního pojištění při trvalé objektivizaci nákladů na zdravotní péči a při regulaci nabídky zdravotnických služeb z hlediska jejich dostupnosti
- zlepšení výkonu státní správy a samosprávy (informační toky, ekonomické analýzy vstupů a výstupů systému atd.)
- optimalizaci sběru dat – vytvoření databáze pro sledování dopadů legislativních změn, příjmů a výdajů v systému zdravotního pojištění, regulačních opatření atp., včetně návrhu a vytváření zpětných vazeb – nové způsoby úhrad, regulací atp. (Národní referenční centrum)
- ovlivnění vývoje role poskytovatelů a plátců zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění směrem k jejich větší vzájemné kooperaci s ostatními účastníky systému
- řešení dostatečných finančních zdrojů v systému zdravotního pojištění (s ohledem na dynamiku ekonomických ukazatelů – inflace, nezaměstnanost, % výdajů na zdravotnictví z HDP)
- změnu legislativního prostředí tak, aby umožnilo státu účinně přesměrovat finanční zdroje podle priorit jeho zdravotní politiky.

Cílem reformy systému zdravotní péče musí být tedy i optimalizace příjmů a výdajů v systému zdravotního pojištění, optimální alokace finančních prostředků v celém systému zdravotního pojištění, vyrovnané hospodaření zdravotních pojišťoven a sjednocení jejich legislativních a ekonomických podmínek. Bez splnění těchto podmínek lze jen těžko uvažovat o hlavním cíli systému zdravotní péče, kterým je zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.

### **III.11.1 Zdravotní pojištění a EU**

V souvislosti s přípravou na vstup a fungování ČR v EU je vypracováván strategický postup k zajištění případné potřeby finančních zdrojů nutných ke krytí případného deficitu finančních prostředků u zdravotních pojišťoven vzniklého v důsledku realizace bilaterálních smluv se zeměmi EU. Z tohoto důvodu bude nutné vytvořit vnitroresortní pracovní skupinu složenou ze zástupců zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení, MZ a MPSV.

V souvislosti s přípravou na vstup do EU a přípravou a realizací bilaterálních smluv o sociálním zabezpečení byla vytvořena instituce (CMÚ), která zajišťuje potřebnou koordinaci administrativních činností souvisejících s úhradou poskytnuté zdravotní péče (za účelem sociální ochrany migrujících pracovníků).

Další úkoly vyplývající z přistoupení ČR k EU:

- příprava změn v systému zdravotního pojištění v oblasti institucionální, personální a technické a vytvoření postupů pro úhradu věcných dávek do ciziny, pro ověřování a posuzování oprávněnosti nároku na úhradu věcných dávek
- vypracování a realizace resortní komunikační strategie a veřejné osvětové kampaně o podstatě a obsahu pravidel volného pohybu osob v EU, jejich zdravotním pojištění a nárocích na úhradu zdravotní péče při migraci pojištěnců v rámci EU.

### **III.11.2. Nahrazení průkazu pojištěnce elektronickým identifikátorem – čipovou kartou**

Zavedena bude v horizontu do r. 2008. Hlavními přínosy čipové karty jsou:

- zamezení nadužívání poskytované zdravotní péče, neoprávněně poskytnuté a vykázané péče
- podpora kvalitnější informovanosti pacienta ve smyslu umožnění přístupu k jeho zdravotnické dokumentaci
- stanovení jednotných pravidel pro všechny zdravotní pojišťovny
- zavedení bezpečné komunikace mezi pojištěncem a pojišťovnami
- zkvalitnění zdravotní péče formou lepší informovanosti o zdravotním stavu pacienta
- usnadnění a zrychlení administrativních činností, snížení režijních nákladů
- snížení rizika administrativních chyb
- umožnění použít identifikátoru v jiných resortech
- interoperabilita s podobnými projekty v rámci EU
- vyhovění nárokům EU na mobilitu pracovních sil
- rozvoj informačních technologií v rámci zdravotnictví

***Shrnutí: Podstatným pilířem celého systému zdravotnictví je jeho ekonomická báze – veřejné zdravotní pojištění. Bez kvalitního vyřešení ekonomických vztahů nemá smysl uvažovat o jakýchkoliv reformních krocích. Proto zásadní část reformy tvoří návrhy postupů, jak optimalizovat funkci této důležité složky systému. Požadavek státu na větší možnost zasahovat do ekonomických procesů není samoučelný, pouze mu umožňuje plnit jeho ústavou dané povinnosti. Pro zajištění kompatibility se zeměmi EU je však nutná spolupráce všech zainteresovaných subjektů, včetně zdravotních pojišťoven. S tím souvisí i důraz na využívání moderních technologií zjednodušujících identifikaci a ve svém důsledku podstatně zvyšujících možnost včasného zásahu ve prospěch pacienta.***

## **IV. Reforma**

### **IV.1. Reforma systému veřejného zdravotního pojištění**

**Reforma v oblasti ekonomické na úrovni veřejného zdravotního pojištění bude probíhat ve dvou krocích :**

- **stabilizace systému** – aktuální opatření k odstranění současné finanční nerovnováhy systému
- **reformní opatření** k dlouhodobé udržitelnosti vyrovnané finanční bilance systému. Jedná se o opatření krátkodobého, střednědobého až dlouhodobého charakteru

**V krátkodobém i střednědobém horizontu bude finanční rovnováha systému zdravotní péče řešena v těchto základních oblastech :**

1. **Příjmy** – optimalizace příjmů s akcentem posílení finančních zdrojů
2. **Výdaje** – snížením dynamiky růstu výdajů
3. **Přerozdělení** prostředků veřejného zdravotního pojištění – spravedlivějším přerozdělením mezi pojišťovny, respektujícím strukturu zdravotního rizika jejich pojištěnců

#### 4. Zefektivnění alokace finančních prostředků za poskytnutou zdravotní péči

##### 1. Příjmy

Příjmy systému zdravotní péče budou mít následující strukturu :

- **Veřejné zdravotní pojištění**
  - **zaměstnanci** – očekáváme nárůst zdrojů za zaměstnance vlivem zvyšování nominálních mezd v rámci vstupu do EU
  - **státem hrazení pojištěnci** – nárůst řešen automaticky valorizovaným základem pro tuto skupinu pojištěnců vycházejícího z průměrné mzdy v národním hospodářství, obdobně jako u OSVČ (50 % vyměřovacího základu pro OSVČ)
  - **OSVČ** – Novelou zákona č. 592/1992 Sb. se s účinností od 1. ledna 2004 mění vyměřovací základ pro skupinu OSVČ. Dochází ke shodným úpravám jako u platby pojistného na sociální zabezpečení, tj. zvýšení vyměřovacího základu pro odvod pojistného na zdravotní pojištění z předchozích 35 % na 50 %, postupně, v periodě 3 let (2004 – 2006). Dále dochází ke změně způsobu stanovení minimálního vyměřovacího základu (dříve odvozován od minimální mzdy) na 50 % z průměrné měsíční mzdy.
  - **novela trestního zákoníku**, znovu uplatnění zásadní připomínky o trestnosti při neplacení 9% odvodů do zdravotního pojištění
  - **ostatní příjmy** – neovlivní výrazně příjmy jako celek
- **Platby z veřejných rozpočtů** – rozpočty na úrovni státu, krajů a obcí.
- **Ostatní finanční zdroje**
  - **spoluúčast pacientů** – v ČR je spoluúčast cca 8,6 %, což je hluboce pod průměrem EU (cca 25 %) – nepředpokládá se zvýšení spoluúčasti pacientů
  - **předpokládané komerční připojištění** – za služby nehrazené z veřejného zdravotního pojištění
  - **zdroje sociálního pojištění** – spolufinancování sociálně zdravotních lůžek
  - **investiční prostředky** – způsob použití investičních prostředků bude v souladu s celkovou koncepcí, zejména v oblasti optimalizace sítě ZZ. Přidělování investic bude podmíněno splněním přesně definovaných



podmínek zejména s důrazem na 30% finanční spoluúčasť z vlastních zdrojů, a podmínku vyrovnaného hospodaření, což má významný regulační vliv.

## 2. Výdaje

**Oblast výdajů lze rozdělit do dvou oblastí:**

### **a) Výdaje, u nichž je nárůst objektivně oprávněný nebo žádoucí**

- zvyšování kvality poskytované péče, zavádění moderních technologií
- neodkladná péče v zahraničí, mezinárodní smlouvy
- zhoršující se zdravotní stav, nepříznivý demografický vývoj
- zvýšením sazby daně z přidané hodnoty u některých položek léčivých přípravků a zdravotnických prostředků a materiálů

### **b) Výdaje, kde je nárůst nežádoucí, případně výdaje, které by měly být redukovány**

- provozní náklady zdravotních pojišťoven
- nadbytečné kapacity poskytované zdravotní péče
- úhrada neprovedených nebo nadbytečných výkonů
- zvyšující se náklady za léky a zdravotnické prostředky
- úhrada části zdravotní péče, která je řešitelná komerčním připojištěním

**Nástroje pro snížení dynamiky růstu výdajů v uvedených oblastech :**

- **Zvýšení efektivity činností zdravotních pojišťoven vytvořením center společných činností:**
  - Centrum mezistátních úhrad
  - Národní referenční centrum (NRC) pro :
    - využití v oblasti úhrad (DRG)
    - podporu sledování kvality zdravotní péče a účelnou farmakoterapii
    - přehled o čekacích dobách ve zdravotnických zařízeních
  - Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví využívající informací NRC
- **Optimalizace sítě zdravotnických zařízení**
  - výběrovými řízeními

- zavedením systému DRG
- **Redukce úhrad nadbytečně prováděných výkonů**
  - zavedením DRG
  - účinnou revizí
  - regulačními mechanismy
- **Optimalizace rozsahu hrazené péče** na základě podrobné analýzy s využitím standardů; revize seznamu zdravotních výkonů, dopravních výkonů seznamu léčiv a zdravotnických prostředků, indikačního seznamu lázeňské péče s cílem eliminovat dosud hrazené výkony, které nejsou zdravotní péčí
- **Snížení růstu výdajů za léky a ZP**
  - využití centra účelné farmakoterapie při NRC
  - kategorizační komise i pro ZP
  - regulační opatření
- **Preventivní péče** – včasné zachycení vysoce nákladných onemocnění a včasnou léčbou snížení nákladů. Finanční bonifikace pojištěnců v případě dodržování režimu preventivních prohlídek.

### **3. Přerozdělení prostředků veřejného zdravotního pojištění**

Přerozdělení vybraného pojistného a dalších příjmů je navrženo jako stoprocentní a ve dvou úrovních:

#### **a) Přerozdělení vybraného pojistného podle nákladových indexů věkových skupin**

K vyrovnání rozdílů v příjmech pojištěoven je třeba plně přerozdělit všechny prostředky určené na pokrytí zdravotní péče v rámci veřejného zdravotního pojištění. Tyto prostředky musejí být rozdělovány na základě počtu všech pojištěnců, nikoliv pouze pojištěnců státních. I mezi nestátními pojištěnci existují významné rozdíly v příjmech a nákladech na zdravotní péči.

Přesného zhodnocení rizika souvisejícího s věkem lze dosáhnout pomocí nákladových indexů 36 skupin podle věku a pohlaví, které se v českém systému veřejného zdravotního pojištění běžně používají. Tím bude zajištěna dostatečně přesná kompenzace rizika vyplývajícího z věkové struktury pojistného kmene a vyloučena motivace pojištěoven vybírat si výhodné příjmové a věkové skupiny.

## **b) Kompenzace nákladů na drahé pojištěnce**

Nový mechanismus přerozdělení založený na nákladových indexech věkových skupin dokáže kompenzovat pojišťovny za jejich věkovou a příjmovou strukturu, ale ne za zdravotní stav pojištěnců v rámci jednotlivých věkových skupin. Proto by měl být nový způsob přerozdělení doplněn mechanismem, který by pojišťovnám přispíval na péči o velmi drahé pojištěnce. Takový mechanismus by ochránil menší pojišťovny před náhodnými variacemi ve výskytu nákladných případů a částečně kompenzoval pojišťovny s nadprůměrnou koncentrací drahých chronických případů v portfoliu. Tím by také snížil motivaci pojišťoven k výběru zdravých pojištěnců v rámci věkových skupin.

## **4. Zefektivnění alokace finančních prostředků za poskytnutou zdravotní péči**

**Hlavním nástrojem pro efektivní alokaci prostředků budou změny v oblasti úhrad :**

- změny v principech dohodovacích řízení
- jednoroční období úhrad
- zavedení DRG
- využití informačního potenciálu Národního referenčního centra

***Shrnutí. Celý systém stojí a padá s jeho ekonomickým zajištěním. Proto je na ekonomické aspekty reformy kladen takový důraz. Systém je třeba nejdříve ekonomicky stabilizovat, a další kroky reformy vést tak, aby středně a dlouhodobě vykazoval finanční rovnováhu. Narovnání podmínek na straně příjmů (včetně promyšleného přibližování průměru zemí EU v citlivé oblasti spoluúčasti pacienta), snížení nežádoucí dynamiky na straně výdajů, přerozdělení prostředků zdravotního pojištění (tedy zohlednění věkových skupin a kompenzace nákladů za drahé pojištěnce) a nakonec i zefektivnění alokace prostředků za poskytnutou péči, to jsou bezesporu nástroje, které je možné a nutné použít k dosažení stability a následné finanční rovnováhy systému.***

## **IV.2. Hlavní nástroje reformy systému veřejného zdravotního pojištění**

### **IV.2.1 Optimalizace příjmů**

- navýšení příjmů za OSVČ
- platby státu za státní pojištěnce
- odstranění odpočtů části pojistného u osob, za které je plátcem stát
- zavedení sociálně-zdravotního lůžka

#### **Navýšení příjmů za OSVČ**

Novelou zákona č. 592/1992 Sb., která byla zveřejněna ve Sbírce zákonů pod č. 455/2003, se s účinností od 1. ledna 2004 mění vyměřovací základ pro skupinu OSVČ. Dochází ke shodným úpravám jako u platby pojistného na sociální zabezpečení, tj. ke zvýšení vyměřovacího základu pro odvod pojistného na zdravotní pojištění z předchozích 35 % na 50 %, postupně v periodě 3 let (2004 – 2006). Dále dochází ke změně způsobu stanovení minimálního vyměřovacího základu (dříve odvozován od minimální mzdy) na 50 % z průměrné měsíční mzdy. Roční finanční dopad této změny znamená zvýšení zdrojů veřejného zdravotního pojištění cca **o 1,5 mld. Kč.**

#### **Platby státu za státní pojištěnce**

Nárůst úhrad za státem hrazené pojištěnce bude řešen tak, aby docházelo k automatickému každoročnímu navyšování vyměřovacího základu pro tuto kategorii pojištěnců v proporcích navyšování kategorií OSVČ a zaměstnanců.

Automatická valorizace bude vycházet z vyměřovacího základu, který bude činit 50 % průměrné mzdy v národním hospodářství předchozího období, obdobně jako je řešeno stanovení minimálního vyměřovacího základu u OSVČ.

**Návrh platby za pojištěnce, za něž je plátcem pojistného stát**

	<b>současný stav</b>	<b>navržené řešení (50 % OSVČ)</b>
vyměřovací základ	3 520 Kč	3 965 Kč
měsíčně za 1 osobu	476 Kč	536 Kč
celkem oček. skutečnost	33,7 mld. Kč	37,9 mld.Kč
počet pojištěnců	5,9 mil.	5,9 mil.
zvýšení oproti 2003	x	<b>4,2 mld.Kč</b>

Z výše uvedené tabulky je patrné, že při realizaci změny vyměřovacího základu pro státní pojištěnce na 50 % úrovně vyměřovacího základu platného pro OSVČ by došlo k posílení těchto příjmů o **4,2 mld. Kč**, tj cca o 12 %, což by po letech faktické stagnace této kategorie přispělo k docílení vyrovnané bilance systému veřejného zdravotního pojištění.

Dále by byla zajištěna pravidelná roční valorizace uvedených příjmů na základě růstu průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství zjišťované ČSÚ.

**Uvedená změna bude realizována novelou zákona č. 592/1992 Sb., § 3c.**

**Odstranění odpočtů části pojistného u osob, za které je plátcem stát**

Odstranění odpočtů části pojistného u osob, za které je plátcem stát na pojistném ve výši platby státu – odstraňuje zvýhodnění zaměstnanců i OSVČ, za které je plátcem pojistného stát. Podle platné právní úpravy tyto osoby ze svých příjmů pojistné neplatí, pokud tyto příjmy nepřekročí vyměřovací základ pro platbu státu, tedy kdy za ně platí pojistné stát.

V případě odstranění souběhu dojde ke zvýšení plateb do systému veřejného zdravotního pojištění.

Pojištěnci celkem 10 342 000

56 % státních pojištěnců = 5 792 000

z toho děti cca 2 500 000 pojištěnců

z cca 3 000 000 ostatních státních pojištěnců lze předpokládat souběh u 10 %, tj. 300 000 souběhů

státní pojištěnec – úhrada zdravotního pojištění pro r. 2003 z 3458 Kč = 467 Kč/osobu/měsíc – tj. 5 604 Kč/rok

300 000 x 5 604 Kč = **1,681 mld. Kč**

Časová realizace – legislativní projednání 2004, náběh do systému od r. 2005.

**Uvedená změna bude realizována novelou zákona č. 592/1992 Sb.**

### **Zavedení sociálně-zdravotního lůžka**

Jednou z možností zpoplatnění části nákladů na hospitalizaci řeší zavedení tzv. sociálně-zdravotního lůžka (SZL). Měla by na něm být poskytována integrovaná (komplexní) péče, a to jak v institucionálních/rezidenčních zdravotních, tak i v sociálních zařízeních. Institut SZL je určen pro ty pacienty, kteří již nevyžadují žádnou s forem akutní péče a mohou být propuštěni do domácího ošetření. Zejména z důvodů nepříznivé sociálních situace jim však tato péče nemůže být ve vlastním sociálním prostředí poskytnuta a musí přechodně zůstat v institucionálním zařízení. Poskytované služby mají tedy převážně charakter odborné ošetrovatelské péče, pouze s částečným zastoupením vyžádané lékařské péče.

Navržené sociálně-zdravotní lůžko:

- **sjednocuje podmínky** poskytování zdravotní a sociální péče pro občany (uživatele služeb/pacienty) ať ve zdravotnickém či sociálním zařízení
- **narovnává finanční toky** v sociální a zdravotní oblasti nastavením vícezdrojového systému financování

Pro zavedení SZL je nutná změna platné legislativy. Jedná se zejména o tyto oblasti:

- právní předpisy pro zdravotnictví
  - v návrhu zákona o zdravotní péči definovat SZL a návaznost na péči sociální
  - sociálnímu zařízení umožnit získání přístupu k poskytování zdravotní péče proplácené z fondu veřejného zdravotního pojištění (návrh zákona o zdravotnických zařízeních)
- právní předpisy pro sociální oblast
  - nastavit v rámci legislativní úpravy sociálních služeb (či v jiných normách v gesci MPSV) systém financování sociální péče ve zdravotnických zařízeních (novelizovat platné znění vyhlášky č.

310/1993 Sb., o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních)

### **Princip vícezdrojového financování**

- občan – úhrada (za stravu a pobyt) v sociálních i zdravotnických zařízeních  
V případě, že je občan příjemcem soc. dávky “zvýšení důchodu pro bezmocnost“ a je umístěn na SZL, mělo by být umožněno pobírání této částky zdravotnickému zařízení právě tak, jak je tomu v institucích sociálních.
- fond VZP – úhrada indikovaných výkonů v sociálních i zdravotnických zařízeních
- státní rozpočet a místní veřejné rozpočty

Předpokládá se, že náklady sociálně-zdravotního lůžka se v průměru ve zdravotnických a sociálních zařízeních budou pohybovat okolo **800 Kč/den/SZL**.

### **Časový harmonogram**

- rok 2004 – legislativní práce a testování funkčnosti a efektivnosti SZL
- rok 2005 – implementace systému SZL

Celkově se z ekonomického hlediska jedná o bilanční vyrovnání příjmů a výdajů na zdravotní a sociální péči ve zdravotnickém i sociálním zařízení. Dojde ke snížení zvýšení výdajů z fondu veřejného zdravotního pojištění a rovněž tak ke snížení a zvýšení výdajů z veřejných rozpočtů.

Zvýšením spoluúčasti na sociální péči na SZL, zejména navýšením platby občana, očekáváme navýšení vykazování skutečných počtů lůžek ve zdravotnických zařízeních, na kterých se zdržují pacienti, zejména ze sociálních důvodů. Tím pádem dojde i k větším požadavkům na veřejné rozpočty, ale současně se značně sníží náklady vydávané z fondu VZP na lůžkovou péči.

Započítáním indikovaných klientů ÚSP a DD mezi příjemce péče hrazené z fondů veřejného zdravotního pojištění dojde k navýšení výdajů z fondu VZP. Zároveň však dojde k úspoře výdajů z veřejných rozpočtů na náklady vydávané na zdravotní péči v sociálních zařízeních.

**Poznámka:** Iniciátorem a gestorem SZL je Meziresortní komise integrované péče, která byla ustavena ministrem práce a sociálních věcí, ing. Zdeňkem Škromachem. Komise je složena ze zástupců Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví a Všeobecné zdravotní pojišťovny. Návrhy jsou konzultovány s Ministerstvem financí a přítomni jsou i zástupci Asociace krajů ČR, Svazu měst a obcí a další zainteresované subjekty.

Odhad úspory pro systém všeobecného zdravotního pojištění je založen na cca polovičním odhadu počtu lůžek a bude cca **1 mld. Kč za rok**.

Navrhovanou objektivizací příjmových zdrojů je možné posílit roční příjem zdravotního systému o cca 8,4 mld. Kč.

***Shrnutí: Optimalizace příjmů znamená narovnání podmínek pro všechny zdroje systému. Je jen těžko udržitelné, aby stát platil za své pojištěnce relativně méně než zaměstnanci či OSVČ, případně aby ze zdravotního pojištění byly hrazeny výdaje související se službou sociální. Navrhované reformní postupy si kladou za cíl tuto situaci řešit jednak narovnáním (např. dodržením relativního koeficientu 50 %) nebo strukturální změnou (zavedení zdravotně-sociálního lůžka). Princip vícezdrojového financování pak umožní, aby se na celkových úhradách podílely různé subjekty, včetně občana samotného.***

#### IV.2.2 Snížení dynamiky růstu výdajů

##### Optimalizace sítě ambulantních zdravotnických zařízení

Ministerstvo zdravotnictví předpokládá – v součinnosti s kraji a zdravotními pojišťovnami – optimalizaci a částečnou redukci stávající sítě ambulantních zdravotnických zařízení ve všech oborech lékařské péče, včetně dopravy, rehabilitace, domácí péče a komplementu (laboratoře, RDG).

Předpokladem je reprofilizace a stabilizace rozsahu sítě ambulantních ZZ, včetně stabilizace, resp. snížení výdajů z veřejného zdravotního pojištění v této oblasti.



## Ministerstvo zdravotnictví

Je třeba omezit současné nadužívání čerpání ambulantní péče (nadbytečné výkony, tzv. lékařská turistika atd.) – prostřednictvím praktických lékařů (gate keeping).

Dle zdravotně pojistných plánů na r. 2003 jsou předpokládané náklady:

na ambulantní péči (vč. stomatologické péče, praktických lékařů, gynekologické péče, rehabilitace, komplement, domácí zdravotní péče, specializovaná ambulantní péče)	31,312 mld. Kč
na dopravu	1,210 mld. Kč
na zdravotnickou záchrannou službu	0,770 mld. Kč
<b>CELKEM</b>	<b>33,292 mld. Kč</b>

Při snížení objemu péče vlivem redukce ambulancí a odstranění nadbytečného čerpání tohoto druhu péče celkem o 10 % by se jednalo o úsporu 3,329 mld. Kč/rok.

Pro r. 2004 (náběh optimalizace ambulantní oblasti je počítáno s 1/3 částky – 1,100 mld. Kč.

### **Optimalizace sítě lůžkových zařízení**

Základ soustavy zdravotnických zařízení v České republice musí tvořit jasně definovaná síť nemocnic.

**Návrh zákona o zdravotnických zařízeních** bude mimo jiné řešit problematiku zajištění veřejných služeb ve zdravotnictví a s tím související tvorbu sítě zdravotnických zařízení.

Veřejnou službou ve zdravotnictví (dále jen „veřejná služba“) se rozumí zajištění poskytování zdravotní péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění nebo veřejných zdrojů (např. posuzování invalidity, odvody branců, kojenecké ústavy, dětské domovy, dětská centra). Za zajištění veřejné služby bude dle zákona odpovídat kraj. K zajištění veřejných služeb bude kraj v součinnosti s dalšími subjekty zpracovávat v souladu s ukazateli stanovenými pro zajištění veřejných služeb svůj tzv. krajský plán. Ukazatele pro zajištění veřejných služeb, kterými jsou počty lékařských a nelékařských míst na počet obyvatel a počty lůžek a

zdravotnických zařízení na počet obyvatel, budou stanoveny vyhláškou Ministerstva zdravotnictví.

Krajské plány by měly být obrazem odůvodněné, optimální sítě zdravotnických zařízení s ohledem na místní podmínky daného území s respektováním veřejnoprávního charakteru poskytovaných služeb. Zákon připouští možnost odchýlit se od ukazatelů stanovených prováděcím předpisem s ohledem na individuální místní specifika (geografická dostupnost, zdravotní stav obyvatel kraje, komplexnost poskytovaných služeb, úroveň věcného, technického a personálního vybavení, efektivnost vynakládaných prostředků na zajištění zdravotní péče). Plány budou předkládány Ministerstvu zdravotnictví k posouzení. V případě odchylky od ukazatelů stanovených pro zajištění veřejných služeb prováděcím předpisem, bude tuto odchylku schvalovat Ministerstvo zdravotnictví pro zpětnou vazbu, danou udržitelným a symetrickým rozvojem všech krajů, na základě identifikátorů sledovaných Národním informačním zdravotnickým systémem. Pokud s navýšením nebo se snížením ukazatelů pro zajištění veřejných služeb oproti prováděcímu předpisu nebude Ministerstvo zdravotnictví souhlasit, bude se pro zajištění veřejné služby vycházet z ukazatelů stanovených prováděcím předpisem.

Dosavadní právní úprava obsažená v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů svěřovala garanci za dostupnost zdravotní péče pouze zdravotním pojišťovnám, neboť výběrová řízení upravená cit. zákonem sice vyhlášoval kraj nebo Ministerstvo zdravotnictví, avšak výsledek tohoto výběrového řízení nemusely zdravotní pojišťovny respektovat. Zdravotní pojišťovny tak de facto vytvářely síť smluvních zdravotnických zařízení bez jakýchkoliv optimálních ukazatelů pro její naplněnost. Takový postup se ukázal z hlediska odpovědnosti státu za zajištění zdravotní péče jako nedostatečný a z hlediska hospodárného využívání finančních prostředků jako neefektivní.

Navrhovaná úprava přináší změnu v tom směru, že výběrová řízení budou vyhlášována k zajištění veřejné služby (tj. k zajištění zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a z dalších veřejných rozpočtů) v rozsahu odpovídajícím ukazatelům pro zajištění veřejné služby stanoveným ministerstvem vyhláškou. Výběrová řízení bude vyhlášovat kraj, v případech stanovených zákonem pak Ministerstvo zdravotnictví (péče vysoce a úzce specializovaná, péče

v odborných léčebných ústavech a lázeňských zařízeních). S uchazeči, kteří ve výběrovém řízení týkajícím se zajištění zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění uspěli, budou zdravotní pojišťovny povinny uzavřít smlouvu. Zdravotnická zařízení, která budou zařazena mezi poskytovatele veřejných služeb, budou mít též určité povinnosti (např. zajišťování pohotovostní péče, zajišťování lékařských prohlídek v odvodním řízení, zajišťování lékařských prohlídek zemřelých a dopravy zemřelých k pitvě, poskytování zdravotní péče při hromadných nehodách, přírodních katastrofách).

Hlavními nástroji udržitelnosti výdajové kapitoly systému je redukce nadbytečných kapacit zejména v oblasti akutní lůžkové péče a optimalizace rozsahu plně hrazené péče (toto odpovídá závěrečné zprávě OECD). Dalšími nástroji pro snížení dynamiky růstu výdajů je zavedení DRG a zefektivnění lékové politiky v oblasti léků a zdravotnických prostředků revizí seznamu zdravotních výkonů, dopravních výkonů seznamu léčiv a zdravotnických prostředků, indikačního seznamu lázeňské péče. Předpokládané celkové úspory zavedením všech nástrojů snížení dynamiky růstu výdajů včetně oblasti lékové politiky se pohybují kolem cca 8 mld. Kč/rok.

***Shrnutí. Jedním z důsledků nedomyšlené liberalizace systému zdravotní péče je jeho dlouhodobě extenzivní charakter. Síť zdravotnických zařízení je vytvářena pouze na základě komerčních vztahů mezi zdravotními pojišťovnami na jedné a poskytovateli zdravotní péče na druhé straně. Nadužívání systému tak logicky vede k jeho ekonomickému vyčerpávání. Proto zákon o zdravotnických zařízeních předpokládá možnost krajů i ministerstva do sítě zdravotnických zařízení zasahovat. Určujícími pro to jsou zdravotní plány krajů respektující ukazatele prováděcího předpisu. I když je zřejmé, že dojde k jisté redukci počtu těchto zařízení, nemůže se tak stát na základě rozhodnutí od „zeleného stolu“ ale na základě spolupráce různých institucí státní správy a samosprávy, a to za zákonem určených podmínek.***

### IV.2.3 Přerozdělení příjmů

Systém veřejného zdravotního pojištění v České republice je postaven na principu zajištění dostupnosti zdravotní péče, hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro všechny pojištěnce, bez ohledu na to, u které zdravotní pojišťovny jsou pojištěni. K naplnění rovnosti práv pojištěnců v solidárním systému slouží mechanismus přerozdělování pojistného.

Současná právní úprava, obsažená v zákonu č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, obsahuje přerozdělení 60 % vybraného pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu na pojištěnce, za které je plátcem pojistného stát. Tyto pojištěnce člení na dvě věkové kategorie – do 60 let a nad 60 let, přičemž na pojištěnce do 60 let připadá jeden podíl, na pojištěnce nad 60 let 3 podíly. Tento způsob přerozdělení však kompenzuje pouze skutečnost, že výše pojistného za tzv. státní pojištěnce je výrazně nižší než pojistné u ostatních kategorií pojištěnců. Rozdílnou potřebu čerpání zdravotní péče vyjádřenou objemem poskytovaných věcných dávek v jednotlivých věkových kategoriích současný systém kompenzuje velmi nedostatečně.

V praxi to například znamená, že současná platba z přerozdělení na pojištěnce ve věku 10 – 15 let přesahuje průměrné náklady na takového pojištěnce o několik tisíc Kč. Přitom se jedná o věkovou skupinu s nízkou průměrnou spotřebou zdravotní péče, jejíž náklady téměř pokryje pojistné ve výši hrazené státem. Naproti tomu dosavadní způsob přerozdělování nekompenzuje průměrné náklady na ekonomicky aktivní pojištěnce ve věkových skupinách 50 – 60 let, ve kterých je již poměrně vysoká nemocnost. Náklady na zdravotní péči jsou u těchto pojištěnců zhruba trojnásobné, zatímco pojistné po dobu pracovní neschopnosti je nulové. Dosavadní způsob přerozdělení členěním na dvě věkové kategorie pojištěnců (do 60 a nad 60 let), za něž je plátcem pojistného stát, tak není schopen s dostatečnou účinností omezit rozdíly míry rizika, dané věkovou strukturou pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Dalším krokem, který by měl po zavedení nového systému přerozdělování následovat, je jeho doplnění o mechanismus kompenzace nákladů na zvlášť nákladnou zdravotní péči, klasifikovanou jako překročení stanovené výše úhrady za jednoho pojištěnce v období jednoho kalendářního roku.

**Platný právní stav tak vede ke dvěma závažným důsledkům:**

- vytváří skupiny významně ztrátových a naopak významně ziskových pojištěnců, což poskytuje pojišťovně motivaci k preferenci pojištěnců s malým rizikem. To ale znamená ohrožení základního principu solidarity a v některých případech i znevýhodnění určitých kategorií pojištěnců při uplatňování svobodné volby zdravotní pojišťovny.
- způsobuje nerovnoměrné rozložení finančních prostředků v systému. Objem finančních prostředků, který jednotlivým zdravotním pojišťovněm stávající způsob přerozdělování přiznává, nekoresponduje dostatečně s potřebami úhrad zdravotní péče jejich pojistného kmene. Zatímco v pojišťovněch s výhodnější skladbou pojištěnců dochází ke kumulaci prostředků, v pojišťovněch s nevýhodnější skladbou pojištěnců chybí pro tento účel potřebné zdroje. V důsledku toho dochází mimo jiné ke zpoždování úhrad zdravotnickým zařízením se všemi známými důsledky, zejména však k porušení rovného postavení pojištěnců všech zdravotních pojišťoven.

Navrhovaná právní úprava nahrazuje dosavadní systém přerozdělováním vybraného pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu podle průměrných nákladů na pětileté věkové skupiny pojištěnců, zvláště pro muže a ženy, nezávisle na tom, u které zdravotní pojišťovny jsou tito pojištěnci pojištěni. Tím bude zajištěna spravedlivější distribuce finančních prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění, umožňující všem pojištěncům rovné podmínky přístupu k hrazené zdravotní péči. Zároveň se tím podstatně zvýší stabilita systému a sníží riziko skluzů v průběžné úhradě poskytnuté péče zdravotnickým zařízením.

Navrhovaná právní úprava je plně v souladu s ústavním pořádkem České republiky. Jejím cílem je lépe než dosud zabezpečit naplnění ústavních práv občanů.

Navrhovaná právní úprava není v rozporu s mezinárodními smlouvami, jimiž je Česká republika vázána a je slučitelná s právními akty Evropských společností, protože zavádí způsob redistribuce prostředků zdravotního pojištění blízký mechanismům, používaným v některých státech Evropské unie.

Navrhovaný způsob přerozdělení nemá dopad na státní rozpočet a nevyžaduje zvýšení pojistného na veřejné zdravotní pojištění.

**Přerozdělení příjmů je navrženo jako 100% ve dvou úrovních :**

- Přerozdělení vybraného pojistného podle nákladových indexů věkových skupin
- Kompenzace nákladů na drahé pojištění

**Přerozdělení vybraného pojistného podle nákladových indexů věkových skupin**

K vyrovnání rozdílů v příjmech pojišťoven je třeba plně přerozdělit všechny prostředky určené na pokrytí zdravotní péče v rámci veřejného zdravotního pojištění. Tyto prostředky musí být rozdělovány na základě počtu všech pojištěnců, nikoliv pouze pojištěnců státních. I mezi nestátními pojištěnci existují významné rozdíly v příjmech a nákladech na zdravotní péči.

Přesného zhodnocení rizika souvisejícího s věkem lze dosáhnout pomocí nákladových indexů 36 skupin podle věku a pohlaví, které se v českém systému veřejného zdravotního pojištění běžně používají. Tím bude zajištěna dostatečně přesná kompenzace rizika vyplývajícího z věkové struktury pojistného kmene a vyloučena motivace pojišťoven vybírat si výhodné příjmové a věkové skupiny.

**Kompenzace nákladů na drahé pojištění**

Nový mechanismus přerozdělení založený na nákladových indexech věkových skupin dokáže kompenzovat pojišťovny za jejich věkovou a příjmovou strukturu, ale ne za zdravotní stav pojištěnců v rámci jednotlivých věkových skupin. Proto by měl být nový způsob přerozdělení doplněn mechanismem, který by pojišťovnám přispíval na péči o velmi drahé pojištění. Takový mechanismus ochrání menší pojišťovny před náhodnými variacemi ve výskytu nákladných případů a částečně kompenzoval pojišťovny s nadprůměrnou koncentrací drahých chronických případů v portfoliu. Tím se také sníží motivace pojišťoven k výběru zdravých pojištěnců v rámci věkových skupin.

Dle výsledků modelací zdravotních pojišťoven dojde k přesunu cca 2 mld. Kč do VZP ročně.

***Shrnutí. Staticky nastavený systém přerozdělování vybraného pojistného vedl k značnému znevýhodnění pojišťoven s nepříznivou věkovou strukturou pojištěnců. Tržním a naprosto logickým důsledkem je orientace pojišťoven na věkové skupiny s nižší mírou rizika a tím pádem nerovnoměrné rozdělení pojišťoven podle věkové struktury jejich pojištěnců. Předpokládáme 100% přerozdělení příjmů s tím, že indexace nákladů podle věkových skupin, která tvoří kritérium přerozdělování, je schopna tento stav ve střednědobém horizontu napravit. Navrhovaná kompenzace nákladů za drahé pojištěnce umožní pomoci těm pojišťovnám, které jsou nuceny hradit vysoce nákladné zásahy.***

#### **IV.2.4 Zefektivnění alokace finančních prostředků**

##### **DRG a Národní referenční centrum**

Systém DRG může postihnout různě širokou oblast zdravotní péče, v současnosti se jeho zavádění v ČR týká akutní lůžkové péče s další perspektivou jeho zavedení v širším spektru zdravotní péče. Aplikace systému pak spočívá v tom, že nemocnice získá určitá předem stanovená data (věk a pohlaví pacienta, hlavní a vedlejší diagnózy, kódy diagnóz a výkonů) a tato data předá ke zpracování pomocí počítačového programu, tzv. Grouperu, který jednotlivé pacienty zařadí do některé diagnostické skupiny (skupiny DRG). Pacienti jsou zařazováni do stejné skupiny tehdy, když mají podobnou diagnózu, obdobnou prognózu, stejnou průměrnou délku hospitalizace a stejné náklady na léčbu. Náklady na léčbu jsou v systému DRG stanoveny v relativních číslech (tzv. relativních vahách), určených vzájemným poměrem nákladů na léčbu jednotlivých DRG skupin vůči sobě. Relativními čísly jsou pak také z hlediska nákladů na léčbu hodnoceni i jednotliví pacienti zařazení do té které skupiny DRG.

Cílem zavedení systému DRG v oblasti akutní lůžkové péče (a výhledově v dalších oblastech zdravotní péče) je dosažení určitého stavu, kdy bude možno činnost jednotlivých nemocnic (popř. dalších poskytovatelů zdravotní péče) objektivněji hodnotit a na základě dosažených údajů napomoci i spravedlivějšímu rozdělování prostředků veřejného zdravotního pojištění určených pro uvedenou

oblast zdravotní péče. Vedle toho se celý systém lůžkové péče (výhledově i další zdravotní péče) a úhrad za její poskytování zprůhlední, zracionalizuje a referenční data získaná systémem DRG se mohou stát objektivním podkladem nejen pro spravedlivou úhradu za její poskytování, ale např. i pro koncepční a kontrolní činnost státní správy v oblasti zdravotnictví, pro dosažení určitých relací ve vztahu k zahraničí, pro statistické účely a v neposlední řadě i pro management nemocnic pro racionalizační opatření.

Úspěšná aplikace systému DRG v podmínkách zdravotnictví České republiky je možná pouze za předpokladu, že budou v rámci systému DRG jednotně a na základě stejné metodiky získávána a zpracovávána data od všech zdravotních pojišťoven a všech nemocnic. Teprve tehdy může systém DRG plnit své funkce objektivizujícího klasifikačního systému. Jeho obecné zavedení pak následně umožní i relativně objektivní alokaci prostředků veřejného zdravotního pojištění s tím, že úhrady zdravotní péče budou poskytovány na základě stejných a měřitelných kritérií daných systémem DRG.

Dosažení jednotného fungování systému DRG předpokládá takový stav, kdy všechna data v systému budou mít stejnou váhu bez ohledu na to, u jaké zdravotní pojišťovny je pacient pojištěn, v jaké nemocnici byl hospitalizován a se kterou zdravotní pojišťovnou je ta která nemocnice ve smluvním vztahu. Současně by bylo zcela kontraproduktivní, aby si každá zdravotní pojišťovna vytvářela svůj vlastní systém DRG.

Předpoklad fungování systému DRG je, že veškerá data tohoto systému budou zpracovávána jedním nezávislým centrem (Národním referenčním centrem, dále NRC), které bude vytvářet jednotnou metodiku společnou pro všechny nemocnice a zdravotní pojišťovny a v jehož působnosti bude také příslušné nastavení výše uvedených relativních vah, tj. vzájemný poměr nákladů na léčbu jednotlivých DRG skupin. NRC se bude zabývat též vývojem a kultivací systému DRG v podmínkách ČR a jeho modifikací. Pro fungování systému DRG bude nezbytné, aby se takovéto centrum těšilo důvěře všech jeho uživatelů a mělo zároveň dostatečnou autoritu jako předpoklad pro zamezení účelovému zpochybňování jednotlivých dat.



Zřízení a provozování Národního referenčního centra DRG je motivováno nároky klasifikačních systémů na sběr značných objemů dat o poskytované zdravotní péči, zajištění jejich kvality a reprezentativnosti, na jejich vyhodnocení a nastavení příslušných parametrů klasifikačního systému.

Národní referenční centrum DRG je „referenční“ jednak proto, že pracuje s předmětnými daty nejvyšší, v daných podmínkách reálně dosažitelné kvality a reprezentativnosti, a jednak proto, že poskytuje ostatním subjektům (například nemocnicím, zdravotním pojišťovnam) informace pro objektivní srovnání různých ukazatelů jejich aktivit, a tímto způsobem jim napomáhá při hledání nelepších dosažitelných řešení.

Pro zavedení klasifikačních systémů do široké praxe jsou referenční centra obvyklým nástrojem používaným i v zahraničí.

Základní úlohou Národního referenčního centra je:

- organizování a zajištění procesu tvorby závazných pravidel vykazování DRG
- sběr a zpracování dat účastníků procesu zdravotní péče
- zajištění provozu a údržba referenční databáze
- vytváření, správa a vývoj SW modulů
- kódování diagnóz, zařazení do skupin, stanovení relativních vah
- klinické a ekonomické hodnocení poskytovatelů zdravotní péče

Do této skupiny činností patří rovněž normativní a regulativní činnost NRC při údržbě a aktualizace číselníků, poskytování referenčních hodnot, údržbě distribuce definičního manuálu, metodik, dokumentace.

Další, neméně významnou úlohou je edukační činnost, která spadá do hlavního předmětu činnosti IPVZ. Pro oblast DRG je edukace především zaměřena na zpracování programu vzdělávání pro zdravotnické pracovníky a zaměstnance zdravotních pojišťoven, realizace vlastního pregraduálního a postgraduálního vzdělávání zaměstnanců, certifikace znalostí a dovedností, organizování stáží a seminářů a zapojení nových forem distančního vzdělávání do procesu edukace.

Jednou z nejvýznamnějších aktiv je postavení NRC jako nezávislé autority především v oblasti měření výkonnosti a kvality zdravotní péče a publikování

klinických a ekonomických hodnocení poskytovatelů péče. Postavení NRC je rovněž předpokladem role nezávislého arbitra, smírčího či rozhodčího orgánu v případě nedohody mezi poskytovateli a plátcí zdravotní péče.

Pro zajištění výše uvedených rolí NRC je potřebné legislativní zakotvení NRC v připravované novelizaci zákona č. 48/1997Sb. o veřejném zdravotním pojištění, § 41a, b.

Novelizace navrhuje zakotvit skutečnost, že příslušná státní příspěvková organizace řízená MZ je pověřena zabezpečovat činnost NRC s uvedením výčtu činností, které NRC zabezpečuje. V zákoně je rovněž navržena povinnost všech účastníků systému poskytovat data nezbytná pro zajištění činnosti NRC.

Po skončení projektu bude NRC disponovat daty vybraných zdravotnických zařízení ve struktuře referenční databáze, řešení algoritmů, metodických postupů a manuálu pro realizaci sběru a zpracování dat, zajištění provozu a údržby referenční databáze, modulů pro zpracování a prezentaci ukazatelů výkonnosti a kvality „ZP“.

Pro zajištění trvale udržitelného rozvoje a provozování systému je rozpracována strategie rozvoje systému DRG, jejíž nedílnou součástí je střednědobý plán vícezdrojového financování provozu a rozvoje NRC.

V současné době v potřebné míře zajištěno financování NRC do konce roku 2003 a v souladu s příslušnými vnitřními předpisy jsou předloženy požadavky na financování pro rok 2004.

Rovněž je v rámci strukturálních fondů EU jednáno pro rok 2004 o spolufinancování projektu implementace, které umožní realizaci celého předpokládaného objemu plnění.

Součástí strategie je i zajištění vysoce kvalifikovaných kmenových pracovníků, externích spolupracovníků, poradních orgánů a dodavatelských subjektů. Především v oblasti přípravy a edukace kmenových pracovníků NRC je plně využívána spolupráce s předvstupními poradci EU v rámci twinningové spolupráce v rámci projektu PHARE.

Zavedení systému DRG a vytvoření jednotné databáze zdravotnických informací je jednoznačně doporučeno OECD (Závěrečná zpráva OECD) a pro zavedení DRG a vytvoření NRC byly poskytnuty finanční prostředky EU v rámci

projektu PHARE. NRC je využitelné i pro další činnosti, ke kterým se ČR zavázala – stanovení nákladů zdravotní péče pro přeúčtování v rámci EU a mezinárodnímu srovnání.

Zefektivnění alokace finančních prostředků bude nejvýznamnější v oblasti lůžkové péče, která má největší podíl na úhradách zdravotní péče. Zavedením plateb a hodnocení lékařských výkonů dle diagnózy – DRG se docílí spravedlivějšího a objektivnějšího rozdělování prostředků veřejného zdravotního pojištění určeného pro akutní lůžkovou péči. Zkrácením průměrné ošetrovací doby za předpokladu dodržení kvality poskytnuté zdravotní péče dojde k snížení nadbytečných nákladů.

Vedle toho se celý systém lůžkové péče a úhrad za její poskytování zprůhlední, zracionalizuje a referenční data získaná systémem DRG se mohou stát objektivním podkladem nejen pro spravedlivou úhradu za její poskytování, ale např. i pro koncepční a kontrolní činnost státní správy v oblasti zdravotnictví.

***Shrnutí. Optimální umístování finančních prostředků do systému je jedním z klíčových problémů, jímž se reforma zabývá. Zavedení systému DRG znamená rozdělení pacientů do diagnostických skupin podle stanovených kritérií a spolu s využitím moderních informačních technologií umožní objektivnější vyhodnocení skutečné ekonomické náročnosti jednotlivých postupů v systému zdravotní péče. Tím se stane systém transparentním a spravedlivějším ve vztahu k rozdělování prostředků zdravotního pojištění. Důležité je i to, že bude dosaženo vyššího stupně compatibility s vyspělými zeměmi.***

## **V. Stabilizace**

**V průběhu roku 2003 MZ ve spolupráci s MF provedlo řadu kroků ke stabilizaci systému v oblasti :**

- legislativní – byly předloženy novely zákonů řešící :
  - snížení rezervního fondu a užití prostředků pro základní fond
  - snížení provozních nákladů
  - omezení fondu prevence jen pro zdravotní účely
  - zastavení odvodu prostředků do zajišťovacího fondu
  - zavedení DRG a vytvoření Národního referenčního centra

- změnu v principech dohodovací řízení
- exekutivní
  - postoupení pohledávek za plátcí pojistného ČKA
  - oddlužení nemocnic
  - úhrada pohledávek na pojistném Českých drah

V rámci těchto opatření (postoupení pohledávek za plátcí pojistného ČKA a úhrada pohledávek na pojistném Českých drah), která snížila závazky po lhůtě splatnosti u VZP z původně očekávaných 7,65 mld. Kč na současných 5,15 mld. Kč.

### Stav závazků po lhůtě splatnosti u VZP ke konci roku 2003

Všeobecná zdravotní pojišťovna		
	tis. Kč	počet dnů
Náklady na věcné dávky zdravotní péče včetně korekcí, revizí a úhrad jiným „ZP“	98 789 000	
Průměrný denní náklad na zdravotní péči	270 655	
Průměrný měsíční náklad na zdravotní péči po lhůtě splatnosti vůči ZZ	8 232 417	
<b>Závazky po lhůtě splatnosti vůči ZZ</b>	<b>5 150 000</b>	
<b>Počet denních nákladů na péči po lhůtě splatnosti vůči ZZ</b>		<b>19</b>
Lhůta splatnosti		<b>20</b>
Skutečná splatnost		<b>39</b>

Splatnost VZP se vlivem opatření snížila ze 48 dní na současných 39. Pro snížení splatnosti o dalších 19 dní (tak, aby byla dodržena lhůta splatnosti 20 dní) je potřeba finančních zdrojů ve výši více než **5 mld. Kč**.

***Shrnutí. Tvrdíme-li, že stabilizace je prvním krokem reformy a že bez ní není myslitelné v reformě pokračovat, neznamená to, že se tento zásadní krok teprve připravuje. První nezbytné zásahy do systému již byly učiněny a na základě vyhodnocení jejich dopadů můžeme předpokládat, že realizace dalších kroků povede k celkové stabilizaci systému.***

## VI. Závěr

Reformou rozumíme posloupnost jednotlivých kroků, jejichž postupná realizace vede k uskutečnění definovaných cílů. V našem případě se jedná o soubor zákonů, které je třeba vytvořit či novelizovat v rámci této reformy. Mezi nimi hrají podstatnou roli zákony pilotní, které vytvářejí legislativní prostředí pro to, aby se vůbec o reformě dalo uvažovat. Jinak řečeno, legislativní realizace těchto zákonů (úspěšný průchod legislativním cyklem) a jejich následná implementace je pro reformu klíčová, sine qua non. Jsou to tyto zákony:

- návrh zákona o zdravotnických zařízeních a jejich provozování
- návrh zákona o zdravotní péči
- návrh zákona, kterým se mění zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových a dalších zdravotních pojišťovnách
- návrh zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- návrh zákona 592/1992 o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Výše zmíněné zákony úzce souvisejí se stabilizací systému a je nutno je co nejdříve doporučit k projednání Parlamentu ČR. Stabilizace je vlastně prvním krokem reformy, protože kroky reformy můžeme aplikovat pouze na stabilizovaný systém. Jedná se především o stabilizaci finanční, kterou je nutné celý proces zahájit. Ostatní klíčové zákony reformy pak mohou být implementovány v systému z tohoto hlediska v podstatě stabilním. **Kroky vedoucí ke stabilizaci jsou tedy kroky reformními a jsou pod trvalým dohledem veřejnosti.**

Odpovědnost k veřejnosti však mají nejen státní orgány, ale i poskytovatelé zdravotní péče a plátcí sdružující fond zdravotního pojištění, což nebývá zdůrazňováno. Klíčový dokument Zdraví 21, který je součástí ideové základny celé reformy, dává reálný základ nejen pro úspěšnou stabilizaci systému, ale navíc umožňuje najít východiska i při situacích, které dosud nejsou ani nemohou být zřejmé. Můžeme tedy říct, že se jedná o systém otevřený, připravený pro implementaci všech nutných zásahů, které nás v budoucnu čekají. Brzy se staneme plnoprávným členem EU a harmonizace celého systému, všech prvků, nejen ekonomických, se stane naprostou nezbytností. Jedná se o celou řadu dílčích kroků, mnohdy velmi komplikovaných.

Prioritními kroky reformy jsou :

- **Optimalizace sítě zdravotnických zařízení**
  - redukce akutních lůžek, v případech, kde je to možné, náhrada péčí ambulantní a podpora jednodenní chirurgie
  - redukce nadbytečné zdravotní dopravy při zajištění dostupnosti RZS v souladu se zákonem o zdravotní péči
  - optimalizace a redukce neefektivně využívaných kapacit sítě ambulantních zdravotnických zařízení zejména v oblasti souběhů pracovních poměrů s nízkým rozsahem
  - řešení následné péče finančně efektivnější domácí péčí a jasné oddělení financování zdravotní a sociální péče
- **Změna způsobu úhrad**
  - zavedení platby za diagnózu (DRG) – krácením průměrné ošetrovací doby za předpokladu dodržení kvality poskytnuté zdravotní péče dojde snížení nadbytečných nákladů
  - revize seznamu zdravotních výkonů, dopravních výkonů seznamu léčiv a zdravotnických prostředků, indikačního seznamu lázeňské péče
- **Třístupňová regulace léků a zdravotnický prostředků**
  - na straně výrobců, dovozců a centrální tvorby cen na MZ a MF
  - na straně velko- i malodistributorů
  - na straně spotřebitelů včetně preskripce lékaři – od 1. 2. 2004 rozhoduje o plně nebo částečně hrazených lécích pacient. Cílem je nejen podpora preskripce generik, ale hlavně zlepšení komunikace pacient – lékař
- **Stoprocentní přerozdělení příjmů**
  - Přerozdělení vybraného pojistného podle nákladových indexů věkových
  - Kompenzace nákladů za drahé pojištění
- **Cílená investiční politika**
  - přidělování investic v souladu s optimalizací sítě
  - na základě stanovených kritérií (finanční spoluúčast ZZ)
- **Zvýšení informovanosti pacientů, ZZ, ZP, krajů a státní správy**
  - vytvořením datového centra (NRC) pro podporu

- úhrad zdravotní péče (DRG)
- kvality zdravotní péče
- lékové politiky
- mezinárodního srovnání
- zavedením čipových karet
- **Podpora kontrolních a regulačních mechanismů na všech úrovních**

V případě realizace uvedených reformních kroků dojde k k úsporám v systému veřejného zdravotního pojištění. Tyto úspory jsou využitelné ke zvýšení kvality zdravotní péče, zavádění moderních technologií, podporu preventivních programů včetně programů pro hendikepované.

Realizací prvních stabilizačních opatření v roce 2003 byl snížen deficit veřejného zdravotního pojištění z předpokládaných **7,65 mld. Kč** na **5,15 mld. Kč**. V rámci dalších navržených opatření na příjmové a výdajové straně a zavedení stoprocentního přerozdělení od 1. 7. 2004 a za podmínky přijetí veškerých reformních opatření je předpoklad vyrovnané finanční bilance do konce roku 2004. Od roku 2005 je reálný předpoklad vyrovnané finanční bilance i při zvýšení výdajů zaváděním moderních technologií, úhradami neodkladné péče v cizině, zvyšováním platů ve zdravotnictví a dalšími vlivy.

**Nepřijetím reformních opatření v roce 2004 jsou možné dvě varianty finanční bilance systému veřejného zdravotního pojištění:**

1. udržení deficitu cca **5 mld. Kč** – v případě silně restriktivních opatřeních v úhradách zdravotní péče. Rizika navržené varianty jsou následující :
  - Nulový nebo minimální nárůst úhrad v lůžkové péči nepokryje zvýšené náklady z důvodů:
    - zavedení 16třídní platové soustavy
    - zvýšení DPH
    - růstu inflace
    - vyvolání finančního deficitu ve zdravotnických zařízeních
2. prohloubení deficitu až na cca **8 mld. Kč** – v případě, že úhrady budou mít růstový trend obdobný jako v předchozích letech.

## Tabulka průběhu základních reformních opatření

Rok	Reformní opatření	Legislativní podpora
2003	1. fáze stabilizace <ul style="list-style-type: none"> <li>○ odkup pohledávek pojišťoven</li> <li>○ oddlužení nemocnic</li> <li>○ úhrada pohledávek na pojistném Českých drah</li> </ul>	
2004	2. fáze stabilizace a nastartování reformy <ul style="list-style-type: none"> <li>○ úhrady za OSVČ</li> <li>○ snížení rezervního fondu a užití prostředků pro základní fond</li> <li>○ snížení provozních nákladů</li> <li>○ omezení fondu prevence jen pro zdravotní účely</li> <li>○ zastavení odvodu prostředků do zajišťovacího fondu</li> <li>○ náběh DRG a vytvoření Národního referenčního centra, změna úhrad zdravotní péče</li> <li>○ započítání optimalizace sítě ZZ – výběrová řízení</li> <li>○ 100 přerozdělení</li> <li>○ regulace léčiv</li> <li>○ odstranění odpočtu u státních pojištěnců</li> </ul>	Zákon 592/1992 Zákon 551/1991, 280/1992  Zákon 551/1991, 280/1992 Zákon 551/1991, 280/1992  Zákon 551/1991, 280/1992  Zákon 48/1997  Zákon o ZZ  Zákon 592/1992 Zákon 48/1997+vyhláška Zákon 592/1992
2005 – 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ pokračující proces optimalizace sítě</li> <li>○ zvýšení podílu úhrad pomoci DRG</li> <li>○ sledování a zvyšování kvality zdravotní péče</li> <li>○ zvýšení informační podpory</li> </ul>	Vyhláška o úhradách

Přínos navrhované koncepce reformy pro občany:

1. rovný přístup a větší rozhodovací právo ve službách hrazených z veřejného zdravotního pojištění,
2. větší šanci na uzdravení, neboť namísto hrazení zbytných vyšetření a ošetření bude více peněz na léčbu opravdu závažných onemocnění a zdravotních stavů,
3. namísto zastaralé a kvalitativně různorodé sítě lůžkových zařízení dostupnou moderní sítí kvalitně vybavených nemocnic – prostě náhradu kvantity za potřebnou kvalitu.

Přínos navrhované koncepce reformy pro pracovníky ve zdravotnictví:



1. lepší využití a spravedlivější rozdělení finančních prostředků,
2. dlouhodobě stabilní prostředí v oblasti zdravotních služeb,
3. pacienta motivovaného pro své zdraví.

Celý princip reformy je ale ve skutečnosti velice prostý a dá se shrnout do dvou velmi jednoduchých a srozumitelných vět, které jsme citovali v úvodu:

**Ať je vždy na prvním místě ten, kdo do systému přispívá – a to je občan.  
Nejlevněji se léčí nemoc, která nenastala.**

## Seznam použitých zkratk

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ČKA	Česká konsolidační agentura
ČR	Česká republika
DRG	Diagnostic Related Groups
EU	Evropská unie
HDP	hrubý domácí produkt
HIV	Human Immunodeficiency Virus
MF	Ministerstvo financí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NRC	Národní referenční centrum
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OkÚ	Okresní úřad
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
PL	praktický lékař
RTG	rentgen
SZP	střední zdravotnický pracovník
TB	tuberkulóza
TRN	tuberkulóza a respirační nemoci
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VÚSC	vyšší územně správní celek
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization – Světová zdravotní organizace
ZP	zdravotnické prostředky
ZZ	zdravotnické zařízení

