

**Ministerstvo zdravotnictví
České republiky**

**DLOUHODOBÝ PROGRAM
Ministerstva zdravotnictví
České republiky**

PhDr. Jan Stráský
ministr zdravotnictví

1. Charakteristika současného stavu zdravotnictví

1.1. ÚVOD

Zdravotní péče představuje ve všech vyspělých státech značný problém. U nás je situace o to obtížnější, že kromě problémů spojených s celkovou ekonomickou transformací musíme překonávat některá neblahá dědictví minulosti (technickou zaostalost; špatný stav zdravotnických objektů; mzdové deformace; korupci a černý trh; nevyváženou a leckde předimenzovanou soustavu zdravotnických služeb a zařízení a zejména mýtus o „bezplatnosti“ zdravotní péče).

1.2. CHARAKTERISTIKA TRANSFORMACE ZDRAVOTNICTVÍ

Transformace zdravotnictví v České republice po listopadu 1989 znamenala zásadní změnu v tehdy existujícím systému zdravotní péče. Byl opuštěn model centrálně řízené přidělové zdravotní péče (v podmínkách nedostatkové ekonomiky), financované ze státního rozpočtu a charakterizované limity rozsahu, standardů zdravotní péče i nákladů podle směrnic centrálních orgánů. V tomto modelu nebylo místo pro svobodnou volbu a odpovědné chování ani na straně pacienta ani na straně poskytovatele zdravotní péče.

Tento centralistický model byl nahrazen modelem pluralitní zdravotní péče, která se opírá o povinné, všeobecné a solidární zdravotní pojištění a nezávislost lékařů a zdravotnických zařízení. Role státního rozpočtu ve financování zdravotní péče se velmi snížila a má pouze doplňkový charakter. Pro výběr pojistného a organizaci úhrad poskytovatelům za poskytnutou zdravotní péči byla v roce 1991 zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna.

Stanovením sazeb pojistného na zdravotní pojištění a určením příspěvku státu do pojistných fondů byla v podstatě vymezena výše základního finančního zdroje pro zdravotní péči. Byla zahájena (a v primární péči téměř dokončena) privatizace zdravotnických zařízení, zaveden systém

úhrad zdravotní péče na bázi vykázaných výkonů a poskytnutých ošetřovacích dnů.

Ve snaze vytvořit v rámci systému všeobecného zdravotního pojištění konkurenční prostředí bylo umožněno, aby kromě VZP vznikl větší počet (postupně 26) oborových zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Některé transformační kroky, prováděné velmi rychle až překotně, byly realizovány bez dostatečné analýzy možných negativních dopadů navrhovaných řešení. To vneslo do nového systému zdravotní péče řadu systémových chyb, vyvolávajících řetězec potíží. Často navazovaly na problémy přetrvávající z předchozího systému. Nápravy chyb, pokud k těmto nápravám vůbec došlo, byly pomalé, málo energické a ne vždy konzistentní. V systému začaly vznikat rozpory a zejména napětí mezi náklady na zdravotní péči a zdroji pro její úhradu.

1.3. POZITIVNÍ DŮSLEDKY PROVEDENÝCH ZMĚN

Zájem lékaře o pacienta se podstatně zvýšil a zlepšil se i jeho přístup k němu. Diagnostické i terapeutické postupy se zkvalitnily v důsledku odstranění administrativních omezení rozsahu, způsobu i nákladů léčby, i v důsledku zvoleného způsobu úhrady. Míra spokojenosti pacientů se zdravotnickými službami (dle sociologických průzkumů) stoupla. I zdravotní situace obyvatel vykazuje v hlavních parametrech mírné zlepšení. Pozitivní důsledky transformace byly značné a nelze je podceňovat.

1.4. NEGATIVNÍ PROJEVY ZMĚN A DNEŠNÍ PROBLÉMY

1.4.1. Růst výdajů

Transformace systému zdravotní péče byla u nás provázena rychlým růstem výdajů na zdravotní péči, které vzrostly z 30,052 mld. Kč v roce 1990 na 81,136 mld. Kč v roce 1994.

Za hlavní příčinu růstu nákladů je často označován nevhodný systém úhrad za zdravotní péči. Situace je však složitější a je způsobena kombinací mnoha různých vlivů.

Na prvním místě je to pravděpodobně podstatné rozšíření a zkvalitnění zdravotní péče, která je nákladná a je dnes u nás, co do rozsahu v němž se poskytuje, omezována pouze kapacitou zdravotnických zařízení. K tomu přistupuje neekonomické chování řady zdravotnických zařízení i zdravotnictví jako celku.

K dalším vlivům patří zejména:

- relativní nadbytek kapacity ambulantních i lůžkových zařízení, nevhodná struktura lůžkového fondu i ambulantních služeb a relativní nadbytek lékařů;
- nedostatečná kontrola nad objemem poskytované zdravotní péče;
- nedostatečně ujasněné postupy při privatizaci, včetně úhrady jejich nákladů;
- zvýšený nákup drahého přístrojového vybavení zahraniční provenience;
- růst nákladů na léčiva vyvolaný změnou struktury předepisovaných léčiv;
- růst cen ostatních vstupů do zdravotnického systému;
- snížení produktivity práce při relativním růstu mezd a platů zdravotnického personálu;
- nedostatečně ujasněná role všeobecného zdravotního pojištění a rychlý vznik většího počtu oborových zdravotních pojišťoven, z nichž mnohé pracují velmi neekonomicky;
- nedostatečně kvalitní řízení na všech úrovních zdravotnického systému.

1.4.2. Nadbytek kapacity ambulantních i lůžkových zařízení a jejich nevhodná struktura.

V porovnání s většinou vyspělých zemí připadá u nás na 1000 obyvatel vyšší počet lékařů i nemocničních lůžek. To samo o sobě způsobilo, že po uvolnění dřívějších administrativních omezení vznikla relativně vysoká

nabídka lékařské péče. Zvolený systém úhrad za výkony vyvolával tendenci tuto nabídku dále zvyšovat, a potencoval nevhodnou strukturu služeb.

Na rozdíl od vyspělých zemí, kde je těžiště ambulantní péče v primární péči, má u nás velkou váhu péče poskytovaná v ambulancích specialistů včetně ambulancí nemocnic.

Negativní roli při růstu nabídkou iniciované poptávky sehrává též skutečnost, že pacient se neúčastní na kontrole nákladů a není k ní ani motivován.

1.4.3. Nedostatečná kontrola nad objemem poskytované zdravotní péče.

Koncepci našeho zdravotnictví ovlivnila nerealistická představa, že je možné v rámci všeobecného zdravotního pojištění každému občanovi v neomezené míře plně garantovat a hradit jakoukoliv zdravotní péči s tím, že tato péče bude odpovídat nejnovějším poznatkům a technickým možnostem medicíny. Pojem „bezplatná péče“ je matoucí, neboť za zdravotní péči vždy někdo nějakou formou platí. Lékaři se octli v systému, ve kterém využili možnosti poskytovat (vykazovat) co nejvyšší počet výkonů, a to i tehdy, nejsou-li tyto výkony nutné (případně nebyly provedeny). Kontrola objemu poskytované péče je v současnosti prakticky nemožná a vymyká se možnostem revizních systémů.

1.4.4. Nedostatečně ujasněné postupy při privatizaci.

Privatizace proběhla především v ambulantní péči, kde je prakticky ukončena, avšak nikoli bez potíží. Cena privatizovaného majetku je převážně hrazená všeobecným zdravotním pojištěním, což vyčerpává jeho prostředky a stimuluje poskytování nadbytečné zdravotní péče. Rovněž neregulované ceny vstupů (nájemné) vedou ke snaze dosáhnout co nejvyššího příjmu, tedy k vykazování vysokého počtu výkonů.

Privatizace nemocničních zařízení je ještě mnohem obtížnější. Od samého počátku nebylo vyjasněno, jak mají být výhledově a z hlediska

poslání jednotlivých typů nemocnic koncipovány jejich majetkoprávní vztahy. Došlo k rozhodnutí o privatizaci u 28 % nemocnic. Jde však o menší nemocnice s 11% lůžkového fondu.

1.4.5. Růst nákladů na léčiva vyvolaný změnami v struktuře předepisovaných léčiv.

V současné době tvoří léčiva v nákladech na zdravotní péči připadajících na jednoho pojištěnce více než 20 %. Ve finančním vyjádření vzrostly od roku 1989 do roku 1994 výdaje na léčiva na více než trojnásobek (z 6 mld. Kč na 21,3 mld. Kč).

Růst nákladů za léčiva je jen zčásti vyvolán vyšší spotřebou léčiv, především však přesunem ve struktuře předepisovaných léčiv. Přístup k zahraničním lékům z hlediska rozšíření léčebných možností přinesl mnohé výhody. Z hlediska financování zdravotní péče to však vyvolalo problémy.

1.4.6. Relativní růst mezd a platů zdravotnického personálu.

Platy lékařů se vzhledem k roku 1989 zvýšily v prvním pololetí 1995 na 296 % a platy pracovníků ve zdravotnictví na 252 %. Tempo růstu platů ve zdravotnictví bylo sice rychlejší než v národním hospodářství jako celku, avšak pomalejší než v některých jiných odvětvích (např. finančnictví, kde došlo k nárůstu na 380 %). V prvním pololetí roku 1995 dosahoval průměrný příjem lékaře sice 15.007 Kč, ale je v něm zahrnuto 1.815 Kč za práci přes čas a 1.684 Kč jako odměna za pracovní pohotovost. Nelze rovněž podcenit nízký výchozí stav z dob komunismu, který výrazně potencuje rozpor mezi vnímáním spravedlivé odměny a stavem současným.

1.4.7. Neujasněná funkce všeobecného zdravotního pojištění a rychlý vznik více pojišťoven.

Všeobecné zdravotní pojištění je prostředkem ekonomického zajištění zdravotní péče na základě občanské solidarity, nikoliv prostředkem financování zdravotních zařízení jako náhrady za dřívější financování těchto zařízení ze státního rozpočtu. Tento principiální rozdíl však při transformaci našeho zdravotnictví nebyl respektován. Zdravotnická zařízení stále

předpokládají, že je povinností fondů všeobecného zdravotního pojištění je finančně zabezpečit.

Legislativa umožnila vznik většího počtu zdravotních pojišťoven, přitom nebylo předem dostatečně domyšleno, jaké jsou možnosti a meze jejich vzájemné konkurence. Místo toho, aby systém více pojišťoven vedl k tlaku na zvýšení kvality a efektivity zdravotní péče, vede spíše k plýtvání prostředky. Za významný nedostatek lze považovat, že nebyl vytvořen žádný mechanismus, zajišťující nezbytné informační, koordinační a kontrolní funkce při existenci více pojišťoven. Negativně se též projevuje oddělení zdravotního a nemocenského pojištění.

1.4.8. Nedostatečně kvalitní řízení na všech úrovních

Za významný faktor ekonomických neúspěchů zdravotnictví je možno považovat nepřipravenost zdravotnického managementu pro ekonomické a organizační úkoly, jež musí v současném ekonomickém systému řešit. To je doprovázeno existencí velmi diferencovaných individuálních zájmů a silným vlivem dodavatelů, kteří usilují o získání vhodných trhů a lukrativních zakázek a svoji aktivitu často doprovázejí vhodně směřovanou motivací.

Přes obtížnou ekonomickou situaci, v níž se mnohá zdravotnická zařízení nacházejí, neprojevuje se u nich žádná výrazná snaha o zvýšení efektivnosti a o dosažení vyšší hospodárnosti. Mnohá zdravotnická zařízení nakupují nákladné technické vybavení, jež nejen přesahuje jejich ekonomické možnosti, ale mnohdy pro ně není ani nemají dostatečně zdůvodněné využití. Vzniká tendence využívat takovou techniku jako prostředek sloužící k produkci dalších výkonů.

Problémy s vysokými provozními náklady se některá zdravotnická zařízení snaží řešit nikoliv jejich účelným snižováním, ale především snahou o zvýšení svých příjmů, tj. prováděním dalších (i zbytečných) výkonů (laboratorních vyšetření) a rozšiřováním kapacit schopných realizovat pro nemocnici rentabilní výkony. Tím opět zvyšují tlak na omezené fondy zdravotního pojištění.

2. Rekapitulace krátkodobého programu Ministerstva zdravotnictví a shrnutí jeho cílů

Krátkodobý program, vyhlášený koncem října 1995 je operativním programem činnosti Ministerstva. Jeho realizace spadá do období nejbližších měsíců a zahrnuje opatření, jejichž účinek by se měl ozdravně projevit pokud možno ihned, nejpozději do 31. 5. 1996.

Opatření krátkodobého programu jsou zaměřena na:

1. odstranění (zmírnění) platební neschopnosti zdravotních pojišťoven včetně příčin jejího vzniku, aby se zprůhlednilo podnikatelské klima, zatížené pozdními úhradami,
2. narovnání relací v ohodnocení jednotlivých zdravotních výkonů v ambulantní a lůžkové péči,
3. odstranění trvajících překážek dokončení privatizace, zejména menších zdravotnických zařízení,
4. zvýšení kvality řízení ve zdravotnických zařízeních, kontroly hospodárnosti a využívání vnitřních rezerv k dalšímu posilování statutu lékaře a pracovníka ve zdravotnictví i oblasti jeho platového ohodnocení.

Následující **dlouhodobý program** je rozšířením záměrů Ministerstva zdravotnictví o koncepční a legislativní úkoly a zpřesňováním cílové vize českého zdravotnictví. Dořešení těchto úkolů je předpokladem průběžného a trvalého doplňování a zpřesňování operativního programu Ministerstva zdravotnictví České republiky. Ne všechna opatření, směřující k realizaci programových záměrů, jsou plně v pravomoci Ministerstva zdravotnictví. V přípravě i realizaci většiny z nich je nezbytně nutná součinnost s řadou

partnerů, zejména s představiteli komor, zaměstnavatelských i zaměstnaneckých organizací, zdravotních pojišťoven, zakladatelů i řídicích orgánů zdravotnických zařízení, odborných, profesních i zájmových sdružení.

Ministerstvo zdravotnictví se přihlašuje k iniciování této součinnosti i k záměru podstatně zefektivnit koordináční a dohodovací řízení.

Souhrnným cílem programového, koncepčního i operativního úsilí Ministerstva zdravotnictví je účinné působení na neustálé obnovování rovnováhy mezi

- potřebami zdravotních služeb našich občanů, vtažených více než dosud do rozhodování o svém zdraví i léčení s vědomím rizika a ceny,
- kapacitou a strukturou zdravotnických zařízení,

při efektivním využití finančních prostředků, které do zdravotnictví z více zdrojů plynou a poplynou.

Do tohoto cíle nesporně patří i další zlepšování hmotného a společenského postavení všech, kdo se na poskytování zdravotní péče podílejí.

Období 1996-1997 musí být obdobím dovršení transformace českého zdravotnictví, dosažením standardního cílového stavu.

3. Dlouhodobý program Ministerstva zdravotnictví

1. ZÁKLADNÍ PRINCIPY

Dlouhodobý program Ministerstva zdravotnictví vychází z následujících principů:

- 1/ rovnost v přístupu k základní zdravotní péči
- 2/ nezbytná zákonem definovaná solidarita,

3/ osobní odpovědnost a svobodná volba občana jako informovaného a odpovědného uživatele zdravotní péče,

4/ osobní odpovědnost lékařů a zdravotnického personálu, jejich vysoká odbornost a etická úroveň,

5/ konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče, doplněná některými prvky regulace,

6/ nezvyšování zdravotního pojištění a procenta z hrubého domácího produktu vynakládaného na zdravotnictví.

2. ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

2.1. Rozsah všeobecného zdravotního pojištění

Osobní rozsah zákonného pojištění bude zachován: každý občan (a další skupiny uvedené v zákoně ČNR č. 550/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů) je ze zákona pojištěn.

Věcný rozsah pojištění, tj. zdravotní péče poskytovaná jako věcná dávka všeobecného zdravotního pojištění, bude (jako dosud) národním standardem shodným pro všechny občany, tj. nepůjde o standardy okresní, regionální, zaměstnanecké atd.

Rozsah pojištěné péče nebude zúžen, bude však uvnitř rozdělen.

2.2. Rozdělení pojištěné péče

2.2.1. Vnitřní rozdělení péče a plateb

Péče hrazená všeobecným zdravotním pojištěním bude rozdělena na tyto části:

1/ péče, která zůstane hrazená všeobecným pojištěním na principu solidarity a bez kalkulace individuálních rizik,

2/ péče, která bude hrazena všeobecným pojištěním na principu individuální platby, o níž rozhoduje pacient.

Rozdělení péče bude spojeno s přerozdělením plateb pojistného na část solidární a část individuální.

Toto rozdělení neznámá, že část péče bude vyňata ze všeobecného zdravotního pojištění. V opačném případě by občan platil stejně, ale dostával by méně zdravotní péče, a za zbytek by platil navíc.

2.2.2. Způsob rozdělení

Pojištěná péče bude rozdělena podle těchto hledisek:

1/ Péče nákladná, neodkladná a nepředvídatelná (NNN) bude nadále hrazena ze solidární části pojistného. Jde zejména o takové druhy péče a takové situace, které přesahují možnosti rozhodování pacienta.

2/ Péče levná, volitelná a předvídatelná (non-NNN) bude hrazena z individuální části pojistného. Jde zejména o takovou péči, o jejíž spotřebě pacient ve zvýšené míře rozhoduje.

3/ Princip předvídatelnosti bude zdůrazněn hlediskem prevence onemocnění a spotřeby další péče. Z kategorie non-NNN budou vyňaty úkony, které mají prokazatelný význam pro prevenci, a budou hrazeny solidární platbou.

4/ Bude se zvažovat, zda se v kategorii NNN má ještě vytvořit subkategorie „mimořádně nákladné péče“, na níž by si pojišťovny vytvořily zvláštní fond, doplněný případně státními prostředky z „rozvojových programů“.

Hledisko "NNN - non-NNN" při reklasifikaci koše základních zdravotnických služeb je doporučováno pro OECD expertní skupinou NERA (National Economic Research Associates Ltd., London), z jejíž metodologie bude MZ vycházet. Budou však použita i jiná kritéria, zejména kritérium prevence a kritérium rozhodování pacienta.

Reklasifikace je poměrně náročný a dlouhodobý úkol. Musí probíhat postupně. Nejlépe připravenou oblastí je okruh zubní péče, kde vazba na prevenci zejména vyniká.

2.2.3. Způsob úhrady "individualizované" péče

Individualizovaná péče bude hrazena z „individuálního účtu“, tj. z individuální (žirové) položky účtu všeobecného zdravotního pojištění na principu MEDISAVE (MSA), který může v budoucnu umožňovat rovněž nákup soukromého pojištění na definovanou péči.

Soukromé pojištění a případné platby v hotovosti budou koncipovány jako sekundární, v souvislosti se systémem MSA.

2.3. "Individuální účty"

Terminologická poznámka

Pro individuální účty v tomto pojetí se zde používá mezinárodní termín MEDISAVE, zkratkou MSA (Medical Saving Accounts), k odlišení od individuálních účtů v pojetí zdravotních pojišťoven v ČR, které tím rozumějí osobní výkaz o platbách a spotřebě péče ze všeobecného zdravotního pojištění.

2.3.1. Postavení a rozsah MSA

MSA jsou individualizovanou částí všeobecného zdravotního pojištění, nikoliv soukromou platbou.

MSA budou zavedeny postupně do rozsahu až 30 % péče v současnosti hrazené všeobecným zdravotním pojištěním. První etapa zavedení se předpokládá v roce 1997.

Důvody zavedení MSA

1/ Hospodaření s osobním MSA povede k uváženější spotřebě a k většímu vlivu pacienta na zdravotnictví. Bude stimulovat postavení a rozhodování pacienta jako odpovědného zákazníka ve zdravotnictví.

2/ MSA ani při větším rozsahu nepředstavuje zdravotní a sociální riziko v takové míře, jako např. masivní spoluúčast. Nejde o vypuštění ze státních záruk, ale o jejich jiný styl.

2.3.2. Podmínky zavedení MSA

1/ Vytvoření prostoru pro úhrady z MSA reklasifikací koše základních zdravotnických služeb.

2/ Vyřešení výše finančních prostředků na MSA a způsobu jejich naplnění.

3/ Zlepšení informovanosti pacienta ze strany poskytovatelů i pojišťoven, které zde mohou rozvinout svůj potenciál v roli „institucionálního agenta pojištěnce“.

4/ Oslabení nadměrné ekonomické motivace poskytovatele na zvyšování objemu a intenzity péče, tj. úprava způsobů plateb.

2.4. Výše pojistného

Procentní sazba pojistného se nebude zvyšovat a bude tendence ji spíše snižovat v souvislosti s celkovým snižováním zákonných odvodů.

Stát zvýší platbu pojistného u osob, za které platí pojistné, v souvislosti se zvýšením minimální mzdy.

2.5. Efektivní využívání pojistného

Neefektivní využívání pojistného je vlastně jeho relativním zvyšováním (v důsledku občan dostane za stejné peníze méně péče nebo péči méně kvalitní).

Na regulaci, zaměřenou na náklady a kvalitu péče, se podílejí:

1/ Regulace cen. Ceny zdravotnických výkonů (nebo jiné jednotky plateb) hrazených ze všeobecného zdravotního pojištění jsou cenami regulovanými státem se stanovenou maximální výší.

2/ Regulace smluvním plátcem (pojišťovnou) bude mít ve vztazích pojišťovny ke smluvním partnerům prioritu jako tržně-konformní a bude se řídit následujícími parametry:

a) objem péče, který je buď konečný nebo po překročení nastupuje sestupná platba,

b) náklady péče, kdy se jako kritérium uplatňují výkonové nebo případové průměry,

c) kvalita péče, pro níž jsou východiskem vzorové standardy.

3/ Regulace praktickým lékařem. Posílené postavení praktického lékaře ve zdravotnickém systému bude mít vliv na snížení spotřeby péče u ambulantních specialistů a v nemocnicích.

4/ Regulace pacientem. Základním regulačním nástrojem v rukou pacienta je svobodná volba a individuální platby, především MSA. Rozsah dosavadní spoluúčasti bude přibližně zachován, zavádění nových dílčích poplatků a tax mimo rámec MSA pokládáme za nesystémové.

5/ Regulace zřizovatelem u státních a obecních zařízení (a analogicky přirozeně u ostatních). Prostřednictvím dozorčích rad a managementu vykonává zřizovatel (Ministerstvo zdravotnictví, okresní či obecní úřad) dohled nad kontrolou nákladů při udržování kvality zdravotní péče.

3. SOUSTAVA POJIŠŤOVEN

3.1. Základní principy

Zdravotní pojišťovny provádějící všeobecné zdravotní pojištění se budou řídit těmito principy:

1/ Oddělení plátce a poskytovatele zdravotní péče (pojišťovna nevlastní a neprovozuje zdravotnická zařízení).

2/ Dobrovolný smluvní vztah pojišťovny s poskytovatelem péče, jehož prostřednictvím pojišťovna pro své pojištěnce zajišťuje objem, sortiment, kvalitu a cenu zdravotní péče.

3/ Otevřenost zdravotních pojišťoven.

4/ Zákonné zacházení s veřejnými prostředky:

a) pojišťovny poskytují za pojistné na všeobecné zdravotní pojištění národní standard,

b) vše, co poskytují mimo něj, musí být hrazeno z jiných zdrojů (úspory nebo soukromé pojištění), za předpokladů přísného oddělení fondů,

c) pojišťovny s veřejnými prostředky nepodnikají a ukládají je stanoveným způsobem,

d) maximální vlastní náklady pojišťoven jsou omezené na x %, a to u všech pojišťoven stejně.

5/ Stanovený minimální počet pojištěnců, závazky na jednoho pojištěnce a ručení majetkovou podstatou.

6/ Kontrola vládou a poslaneckou sněmovnou parlamentu.

3.2. Vymáhatelnost plateb za poskytnutou zdravotní péči

1/ Zdravotní pojišťovna je povinna uhradit zdravotnickému zařízení zdravotní péči, poskytnutou na základě smlouvy, ve smluvních termínech pod vysokými finančními sankcemi.

2/ V případě překročení stanoveného procenta vlastních nákladů, stanovené výše a délky trvání deficitu hospodaření a neplnění smluvních plateb vůči zdravotnickým zařízením nastupuje nucená správa, případně likvidace zdravotní pojišťovny.

3/ V případě likvidace zdravotní pojišťovny se použije její majetkové podstaty přednostně k úhradě závazků, které vznikly poskytnutím neodkladné

péče a léčiv. Za tyto závazky, které zůstanou neuhrazené po vyčerpání majetkové podstaty, ručí stát.

Tyto teze vycházejí z aktuální situace a předjímají novelu zákona o pojišťovnách, kterou MZ připravuje. Výhledově lze předpokládat význam těchto opatření jako pojistky pro výjimečné situace, která spolu s pojistkou pro případ výpadku zdravotnických služeb představuje postačující minimum pro zabezpečení nároku pojištěnce dostat péči, na kterou je pojištěn.

3.3. Cílová podoba soustavy

1/ Cílovou podobu soustavy předem neurčujeme. Bude výsledkem legislativních podmínek, důsledného státního dozoru a účelného chování jednotlivých pojišťoven.

2/ Úvaha o cílové podobě soustavy:

a) VZP si podrží svůj statut, podobu a charakter,

b) vedle ní bude existovat několik dalších zdravotních pojišťoven, které se budou profilovat klientelou a případně jinou nabídkou soukromého zdravotního pojištění.

c) výhledově na trh soukromého zdravotního pojištění vstoupí i pojišťovací instituce operující mimo rámec zdravotnictví a nezabývající se všeobecným zdravotním pojištěním.

Přesné určení cílové podoby soustavy není možné, protože pro stanovení přesného počtu N zdravotních pojišťoven provádějících všeobecné zdravotní pojištění ($1 < N < 26$) není logický důvod. Důraz na principy a proces utváření soustavy je tedy jediným možným hlediskem.

3.4. Fungování soustavy

3.4.1. Dozor nad pojišťovnamí

1/ Cílem není vytvoření nové veřejnoprávní instituce - Správy zdravotního pojištění.

2/ Neurčujeme ani vytvoření Úřadu uvnitř vlády. Vznikne spojením příslušných agend Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí, bude-li to účelné.

3.4.2. Sjednocování funkcí

1/ Bude stanoveno jednotné místo výběru pojistného.

2/ Pojišťovny budou vypracovávat a navrhovat nezbytné jednotící minimum standardů vnitřního chování a výstupů soustavy, které v případě nutnosti bude legitimizovat MZ.

3/ Do budoucna se uvažuje o propojení zdravotního a nemocenského pojištění na principu „dva fondy - jedna administrace“. Prvním krokem k tomu bude propojení informačních systémů.

3.4.3. Konkurence mezi pojišťovnami

Pojišťovny si mohou konkurovat:

1/ V rámci veřejného pojištění kvalitou nabídky zajištění zdravotní péče kryté zákonným pojištěním, úsporami vlastních nákladů a kvalitou managementu,

2/ v rámci soukromého pojištění bez omezení.

3.5. Změna způsobu smluvních plateb

Bude postupně omezena platba za výkon a nahrazena způsoby plateb, které méně stimulují náklady, jsou méně administrativně náročné a více motivují poskytovatele k „rychlému návratu pacienta z nemoci“.

1/ Praktičtí lékaři: U praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost bude zavedena agregovaná platba za výkon se spolurozhodováním pacienta (hrazením z individuálních účtů) nebo kapitální platba kombinovaná s platbou za vybrané výkony a se spolurozhodováním pacienta (hrazením z individuálních účtů).

2/ Ambulantní specialisté: Platba za jednotlivé výkony bude nahrazena agregovanými výkonovými platbami nebo platbami na bázi případu.

3/ Nemocnice: Platba za výkony bude postupně nahrazena platbou za pacienta a den nebo platbou za případovou směs. V obojím případě se uvažuje o částečné platbě pacienta za tzv. hotelové služby.

4/ Jiná zařízení: Léčebny dlouhodobě nemocných, které plní poslání v souladu se svým názvem, budou financovány především z prostředků zřizovatele s částečnou platbou pacienta za tzv. hotelové služby.

4. SOUSTAVA ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

4.1. Privatizace

4.1.1. Principy

Při dalším postupu privatizace se MZ bude řídit těmito principy:

1/ Zdravotnictví financované z všeobecného zdravotního pojištění je v zásadě privatizovatelnou službou.

2/ „Privatizací“ se v širším pojetí rozumí transformace státního vlastnictví v jinou definovanou vlastnickou formu.

3/ Náklady spojené s privatizací (kupní cena) nelze hradit v termínech a podmínkách obvyklých v procesu privatizace, a to vzhledem k regulaci cen ve zdravotnictví. Nabyvatel má prakticky jediný zdroj příjmů - prostředky všeobecného zdravotního pojištění.

4/ Státními zůstanou jen fakultní a bývalé krajské nemocnice. Ostatní budou státní jen proto a jen potud, že je stát neumí zprivatizovat.

5/ V případě vytvoření krajů (zemí) se mohou na tyto celky převést bývalé krajské nemocnice a léčebny.

4.1.2. Podmínky

1/ Žádné plošné řešení není v privatizaci nemocnic schůdné (řešení typu „všechno státu“, „všechno městům“, „všechno převést na neziskové organizace“). Rozhodovat musí kvalita projektů a rovnost vlastníků v právech i povinnostech - i za cenu, že výsledkem bude jistá pestrost a nesymetričnost mezi okresy.

2/ Při procesu privatizace lze uvažovat i o definované podobě pronájmu s předkupním právem.

3/ Výběr prvního odpovědného vlastníka bude časově termínován: rychle rozhodnout, rychle převody ukončit a ukončit tak privatizační nejistotu ve zdravotnictví.

4/ Bude rozhodnuto o využívání veřejných zdrojů mimo oblast všeobecného zdravotního pojištění pro privatizované subjekty.

5/ Protože nějaké nemocnice státu zůstanou, musí se stát naučit je řídit. Zatím v této roli selhával.

6/ I v privatizovaném zdravotnictví se okresní úřad musí zajímat o zdravotnictví na území okresu, formulovat představy o jeho rozvoji a nacházet kompetentní způsoby jeho ovlivňování.

4.2. Vytváření sítě zdravotnických služeb a zařízení

4.2.1. Principy

MZ nemá v úmyslu apriorní „stanovení sítě“ zákonem, administrativním rozhodnutím, na principu „státem garantovaná síť = síť státních či obecních zařízení“ nebo výběrovým řízením bez závažného důvodu.

1/ „Síť“ se nestanoví, ani zákonem ani jinak, síť se vytváří a udržuje.

2/ Síťotvornými prvky v systému jsou:

a) pacientova volba lékaře, zdravotnického zařízení a zdravotní péče,

b) činnost zdravotních pojišťoven, které vytvářejí síť smluvních zařízení poskytujících péči jejich pojištěncům,

c) činnost orgánů státní správy ve zdravotnictví (MZ a zdravotní radové OÚ) na základě operativní (nikoliv zákonem vymezené) představy o optimálním rozsahu a struktuře sítě, kterou podle potřeby ovlivňují způsoby, které jim zákon umožňuje,

d) proces akreditace nemocnic podle standardů kvality (akreditace bude podmínkou, nikoliv však zárukou pro uzavření smlouvy s pojišťovnou provádějící všeobecné zdravotní pojištění).

4.2.2. Úloha státu v dosažitelnosti péče

1/ Stát nebude garantovat síť zdravotnických zařízení zákonem (zřekne se garance uvedené v zákoně č. 20/1966 Sb.).

2/ Státní orgány budou provádět aktivní síťotvornou politiku, tj. činit vše pro to, aby pojištěnec získal péči, na kterou je pojištěný, a pro její rozsáhlejší a účelnější nabídku a vyšší kvalitu.

Orgány státní správy ve zdravotnictví tak mohou činit zejména:

a) ovlivňováním kvality péče,

b) rozvojovými a transformačními programy.

c) zřizováním nebo financováním některých služeb (záchranná služba a pod.).

d) stanovením podmínek při registraci zdravotnického zařízení s ohledem na předpokládané situace,

e) výběrovým řízením v případě reálného výpadku nebo nadbytku služeb,

f) v poslední, zcela výjimečné instanci formou dočasného příkazu, který je nezbavuje dalšího úsilí.

Síť zdravotnických služeb a zařízení v ČR existuje a státní orgány si definují nástroje, jimiž mohou ovlivnit služby v případě nedostatku, výpadku, předimenzovanosti, nevyváženosti atd. K tomu se vztahují některé v současnosti frekventované pojmy:

a) „Nepodkročitelné minimum“: je nutno chápat jako orientační vodítko skladby a rozsahu služeb na určitém území a pro určitý počet obyvatel.

b) „Péče ve veřejném zájmu“: jde o různorodé kategorie péče, na jejíž dosažitelnost budou státní orgány prioritně dbát.

4.3. Transformace kapacit

Cílem je přiblížit soustavu poskytovatelů zdravotní péče obvyklým evropským proporcím, odstraňovat nadměrnost a vyrovnávat nevyváženost.

1/ Podpora rozvoje primární péče a posílení role praktických lékařů v systému zdravotnictví.

2/ Postupné omezování kapacity speciální ambulantní péče, kterou budou provádět zdravotní pojišťovny.

3/ Transformace akutních nemocničních lůžek: půjde o program MZ za účasti zřizovatelů a pojišťoven. Výsledkem by mělo být snížení počtu akutních lůžek o 1/3 během tří let a jejich přeměna:

a) na lůžka ošetrovatelská či sociální,

b) na lůžka v ambulantních centrech (diagnostická lůžka a „denní pobyty“). Ambulantní centra mohou nahradit velkou část nejmenších nemocnic ve městech, která byla okresními městy před r. 1960.

4.4. Rozvojové programy

4.4.1. Podpora vybraných služeb

1/ Stát podporuje svými programy (dočasně) rozvoj některých služeb, které se spontánně rozvíjejí pomalu nebo v nedostatečné podobě .

Patří sem např. péče o zdravotně postižené a seniory, o matku a dítě, program transplantační, diabetologický, psychiatrický, program prevence a léčení drogových závislostí a jiné.

2/ K programům patří kontrola efektivity vynaložených prostředků.

4.4.2. Podpora a regulace investičního rozvoje

MZ bude snižovat rozestavenost. V oblasti přístrojových investic bude podporovat snížení průměrného stáří zdravotnické techniky na 6-8 let s podmínkou jejího účelného využívání, což budou ovlivňovat především zdravotní pojišťovny.

5. KVALITA PÉČE

5.1. Státní vliv

Stát ovlivňuje kvalitu péče:

a) v základní míře u veškeré péče: bezpečnost léčiv, přístrojů a technologií, a kvalitu vzdělávání lékařů a dalších zdravotnických pracovníků,

b) ve vyšší míře tam, kde je péče hrazena z veřejných zdrojů: zde legitimizuje např. standardy kvality nemocnic jako podmínku navázání smlouvy s veřejnou pojišťovnou. Nejde ovšem o „garanci“ ve smyslu zákonného ustanovení.

5.2. Kvalita zdravotnických služeb

5.2.1. Vzorové standardy

Vzorový standard definuje:

a) co je věcný obsah výkonu, kúry či programu,

b) kdo může léčbu provádět (s jakou kvalifikací),

c) v jakých podmínkách a s jakým vybavením lze léčbu provádět.

Autorem vzorových standardů komora, event. odborná společnost, oponentem pojišťovna, legitimizuje MZ.

5.2.2. Akreditace nemocnic

Státem iniciovaný program prováděný ve spolupráci s komorami a odbornými společnostmi. Akreditační komise posuzuje na základě typových standardů, kvalitu nabízené péče tak, aby se hledisko kvality mohlo uplatňovat při výběru ze strany pacienta nebo pojišťovny.

5.2.3. Další formy udržování kvality

Kvalitu péče u soukromých praxí by měla zajišťovat především komora.

5.3. Vzdělávání

1/ V oblasti pregraduálního vzdělávání stát nebude stanovovat limity posluchačů přijímaných na lékařské fakulty, nebude omezovat počet lékařských fakult, může však omezit počet fakultních nemocnic. Bude podporováno bakalářské studium sester.

2/ V oblasti postgraduálního vzdělávání se stát zříká monopolu na jeho provádění, vyhrazuje si však právo je ověřovat a vystavovat konečné osvědčení opravňující k určité činnosti. To může probíhat i tak, že stát autorizuje osvědčení vydané komorou nebo odbornou společností.

3/ Postgraduální vzdělávání probíhá na pracovištích, která pro to získala akreditaci.

4/ Standardy postgraduálního vzdělávání a postupy jejich ověřování vypracovává komora ve spolupráci s odbornými společnostmi a MZ je legitimizuje.

6. INFORMAČNÍ SYSTÉMY

Ve zdravotnictví budou existovat tři nezávislé, ale vzájemně kooperující informační systémy, z nichž každý plní jinou funkci:

a) Národní zdravotnický informační systém (NZIS) organizovaný Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) a MZ,

b) informační systém zdravotních ústavů (SZÚ a hygienické stanice),

c) informační systém zdravotního pojištění.

7. PODPORA A OCHRANA ZDRAVÍ, PREVENCE NEMOCÍ

V této oblasti bude důsledně odděleno, co stát garantuje, co musí monopolně provádět vlastními institucemi a co může provádět fakultativně za rovných podmínek s nestátními institucemi. To má mimořádnou důležitost, protože stát a jeho instituce zde mají tendenci expandovat nežádoucím způsobem.

7.1. Ochrana veřejného zdraví

1/ Stát formou zákona zaručuje ochranu zdravého životního a pracovního prostředí, stanoví podmínky „neškodlivosti“, způsob kontroly a sankce.

2/ Prostřednictvím svých institucí (sít' hygienických stanic) stát následně kontroluje dodržení podmínek a uvaluje sankce.

3/ Měření a vystavování atestů, které této kontrole předchází, je privatizovatelnou službou.

7.2. Podpora zdraví

1/ Podpora zdraví je záležitostí životního stylu občana a komunity. Stát zaručuje občanovi svobodu volby cest ke zdraví a stanoví podmínky pro hospodaření s veřejnými finančními prostředky, pokud jsou na podporu zdraví poskytovány.

2/ Stát stanoví priority pro přidělování veřejných finančních prostředků, rozděluje tyto prostředky podle stanovených kritérií a dbá na jejich efektivní využívání, případně formuluje „rozvojové programy“ dle priorit (např. prevence zneužívání drog), v nichž počítá s nestátní participací.

3/ Poskytování služeb v oblasti podpory zdraví není vyhrazeno státu a jde obecně o privatizovatelné služby. Pokud je státní instituce dále provádějí, musí platit rovnost podmínek s nestátním sektorem.

7.3. Prevence nemocí

1/ Část prevence patří do oblasti veřejného zájmu (např. očkování a jiné). Větší část je individuální zdravotní péčí, kterou stát ovlivňuje ve stejné míře jako péči léčebnou, s níž je spojena, a napomáhá ekonomickými nástroji, aby se preventivní orientace v individuální zdravotní péči uplatnila.

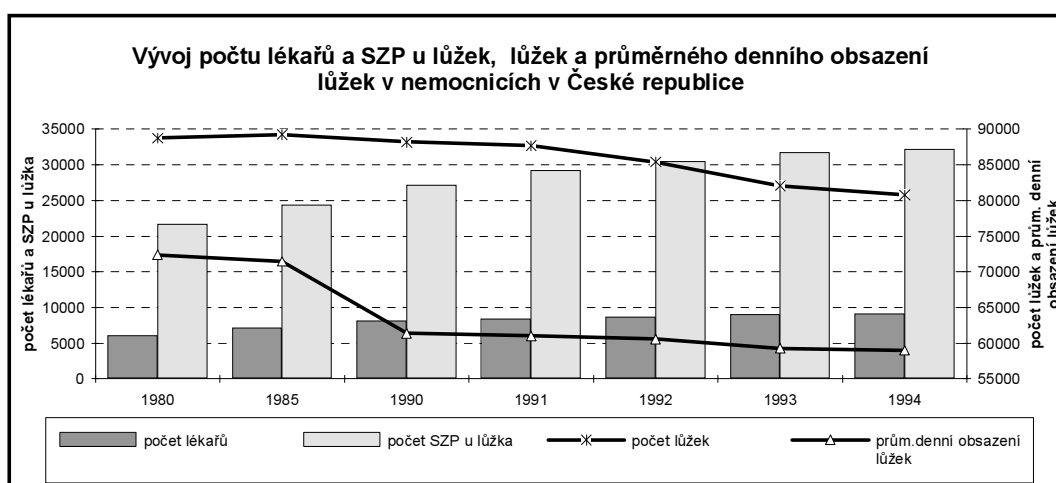
2/ Vlastní činností státu je shromažďování a analýza dat (epidemiologie), poskytování některých očkovacích látek, krizový management při epidemiích atd.

3/ Poskytování služeb v oblasti individuální prevence není vyhrazeno státu a jde obecně o privatizovatelné služby. Pokud je státní instituce dále provádějí, musí platit rovnost podmínek s ostatními poskytovateli. Individuální prevence je především záležitostí praktických lékařů a dalších pracovníků v primární péči a ostatních lékařů, kteří poskytují léčebnou péči.

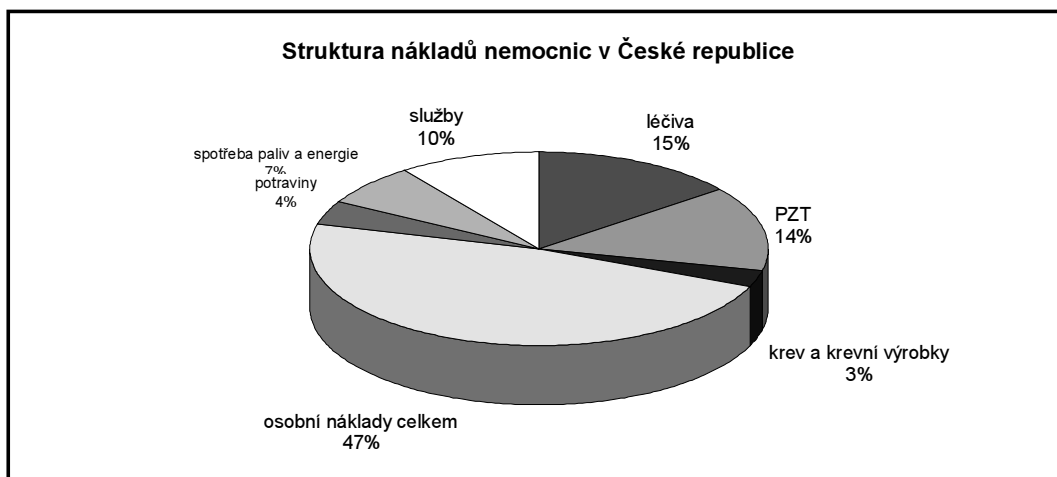
4. Rámcové ekonomické dopady dlouhodobého programu

1. Transformace kapacit lůžkového fondu

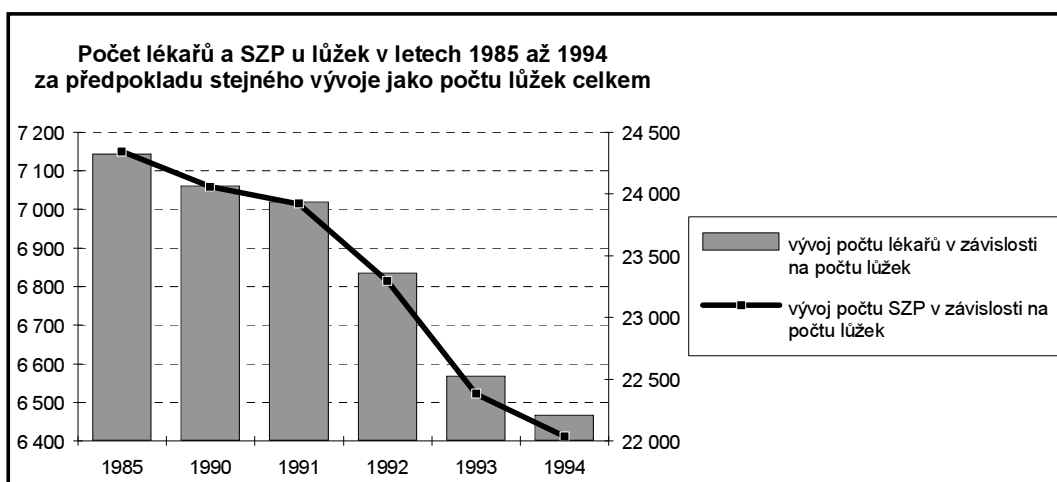
V důsledku rozvoje ambulantní specializované péče se stále více projevuje trend poklesu zájmu pacientů o lůžkovou nemocniční péči. Patrné je to z klesajícího počtu obsazených lůžek v nemocnicích při současném poklesu jejich absolutního počtu.

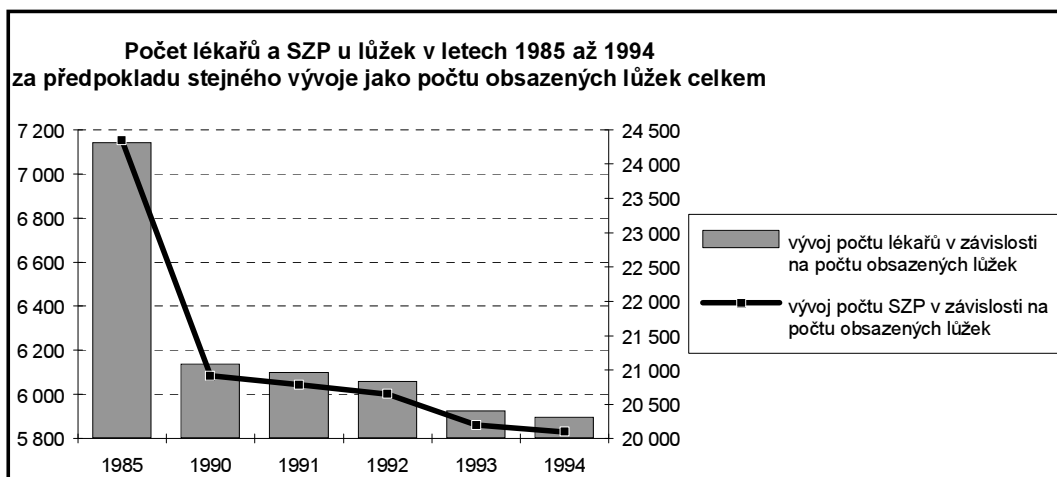


V témže období protisměrně rostl počet lékařů a středního zdravotnického personálu u lůžek. Pokles produktivity práce v lůžkových zdravotnických zařízeních se nutně musí projevit v celkovém finančním hospodaření nemocnic. Narůstající tenze mezi příjmy za poskytovanou zdravotní péči a náklady spojené s poskytováním těchto služeb vede řadu zdravotnických zařízení k extenzi v poskytování péče.



Personální náklady, které tvoří hlavní část výdajů nemocnic, jsou současně relativně flexibilní. Pokles lůžek v nemocnicích není provázen adekvátním snižováním počtu zaměstnanců. Kdyby vývoj v počtu lékařů a středního zdravotnického personálu (SZP) u lůžek odpovídal vývoji počtu nemocničních lůžek celkem nebo počtu obsazených lůžek, bylo by k 31. prosinci 1994 v nemocnicích méně o 2.634 (resp. 3.203) lékařů a o 10.087 (resp. 12.026) osob středního zdravotnického personálu (viz násl. grafy).





Je zřejmé, že takovýto vývoj by byl profesně, odborně i politicky nepřijatelný. Na druhé straně je současná úroveň využití pracovních sil v lůžkových zdravotnických zařízeních neudržitelná a současně i brání možnosti rychlejšího růstu mezd lékařů i zdravotních sester. Snížení stávajícího počtu lékařů a středního zdravotnického personálu o 20 % přinese roční úsporu na vyplacených mzdách a sociálním a zdravotním pojištění cca 1,25 mld. Kč.

Odhad úspor výdajů nemocnic při optimalizaci počtu lékařů a středního zdravotnického personálu							
	skutečnost	propočít ve vazbě na počet		možná úspora		stav po optimalizaci 80 % souč. stavu	úspora
		lůžek celkem	obsazených lůžek	rozdíly			
a	1	2	3	sl.1-sl.2	sl.1-sl.3	6	7
počet lékařů	9 101	6 467	5 898	2 634	3 203	7280	1 821
počet SZP u lůžka	32 124	22 037	20 098	10 087	12 026	25 700	6 424
celkový objem mezd vč. pojištění (tis. Kč) při průměrné měsíční mzdě lékaře 15.130 Kč a SZP 7.607 Kč (podle skut. k 30.9.95)							
lékařů	2 251 364	1 599 757	1 458 976	651 607	792 389	1 800 844	450 520
SZP u lůžek	3 995 405	2 740 857	2 499 657	1 254 548	1 495 748	3 196 448	798 957
celkem	6 246 769	4 340 614	3 958 632	1 906 156	2 288 137	4 997 292	1 249 477

Vzniklá úspora může být zdrojem diferencovaného zvyšování mezd zdravotnického personálu, který bude dále v nemocnicích zaměstnáván. Možné finanční úspory lze očekávat v důsledku radikální restrukturalizace lůžkového fondu¹, která bude provázána snížením počtu lůžek a jejich

¹ O nízkém využití kapacity zdravotnických zařízení svědčí neuspokojivý stav ve využití lůžkového fondu nemocnic. V průměru byla v roce 1994 lůžka využita na 75% s řadou regionálních i oborových

převodem do sociální sféry. Dopad těchto kroků se dále pozitivně projeví i ve výdajích zdravotních pojišťoven. Vychází se z absolutního počtu lůžek k 31. prosinci 1994 (80.321), optimálního využití lůžek (300 - 320 dní za rok dle oborů) a optimální ošetrovací doby (dle oborů). Takto vytvořená oborová struktura je zredukována na **celkový relativní počet 5 lůžek/1.000 obyvatel**.

Nemocniční lůžková péče - minimální síť									
Oddělení	ČR	Hl.m.Praha	Střední Čechy	Jižní Čechy	Západní Čechy	Severní Čechy	Východní Čechy	Jižní Morava	Severní Morava
interní	11 670	1 371	1 250	794	971	1 330	1 401	2 327	2 225
infekční	2 022	238	217	138	168	230	243	403	385
tbc a resp.n.	1 424	167	153	97	118	162	171	284	271
nervové	2 849	335	305	194	237	325	342	568	543
dětské vč.novoroz.	5 743	675	615	391	478	655	690	1 145	1 095
ženské vč.novoroz.	6 386	750	684	435	531	728	767	1 274	1 217
chirurgické	8 867	1 042	950	603	738	1 011	1 065	1 768	1 690
ARO	525	64	63	30	53	59	44	96	116
ortopedické	1 792	211	192	122	149	204	215	357	342
urologické	1 332	157	143	91	111	152	160	266	254
ušní,nosní,krční	1 516	178	162	103	126	173	182	302	289
oční	1 332	157	143	91	111	152	160	266	254
kožní	1 011	119	108	69	84	115	121	202	193
psychiatrické	1 423	319		95	118	162	171	285	273
alergologické	44	10		3	4	5	5	9	8
nemoci z povolání	161	36		11	13	18	19	32	32
neurochirurgické	388	87		26	32	44	47	78	74
plastické chirurgie	352	79		24	29	40	42	70	68
foniatické	70	16		5	6	8	8	14	13
stomatologické	246	55		16	21	28	30	49	47
radioterapeutické	1 136	255		76	94	130	136	227	218
klinické onkologie	211	47		14	18	24	25	42	41
traumatologické	109	24		7	9	13	13	22	21
SVLS	1 058	237		71	88	121	127	211	202
Celkem interní-kožní	46 470	5 463	4 986	3 156	3 875	5 297	5 561	9 258	8 874
Celkem psych.-SVLS	5 197	1 165		348	432	593	623	1 039	997
Celkem	51 667	6 628	4 986	3 504	4 307	5 890	6 184	10 297	9 871

výkyvů. Nejméně uspokojivá situace je na odděleních novorozeneckých (v důsledku poklesu porodnosti) a na ženských odděleních (jako přímý důsledek dynamického rozvoje ambulancí soukromých gynekologů). Není výjimečné, že novorozenecká oddělení jsou využita na méně než 50 %.

2. Předpokládaná bilance zdravotního pojištění a ostatních výdajů na zdravotnictví

Propočet dopadů regulačních opatření na rok 1996 je postaven na dále uvedených předpokladech:

- Snížení nárůstu výkonů účtovaných v bodech na úroveň roku 1994
Vychází se z toho, že zdravotní pojišťovny přijmou účinná regulační opatření kontroly vykazované zdravotní péče (smluvně sjednaná objemová limitace výkonů)

Průměr na jednoho pojištěnce:

v roce 1994	290 bodů měsíčně
za I. - III. čtvrtletí 1995	349 bodů měsíčně (nárůst 17 %)

Průměrné náklady na zdravotní péči:

za I. - III. čtvrtletí 1995	490 Kč,
z toho: účtováno v bodech	147 Kč (tempo růstu je 30 %)
17 % ze 147 Kč činí	25 Kč, tj. úspora při zachování průměrné hodnoty bodu
25 Kč x 10,7 mil. pojištěnců	činí ročně 3,2 mld. Kč (z toho 2,2 mld. Kč zdravotní
výkony nemocniční péče	a 1 mld. Kč zdravotní výkony ambulantní péče ²)

- Restrukturalizace lůžkového fondu na ošetrovatelská lůžka
Z celkového počtu 80.321 lůžek bude restrukturalizováno na ošetrovatelská lůžka 10 % stávajícího lůžkového fondu, tj. 8.032 lůžek. V současné době jsou nemocniční lůžka využívána v průměru na 74 %. U akutních lůžek jsou vykazovány zdravotní výkony v průměrné hodnotě 700 Kč za den. Vzhledem k tomu, že u ošetrovatelských lůžek je vykazování zdravotních výkonů vyloučeno lze předpokládat celkovou úsporu, danou převodem uvedeného počtu 8 tis. lůžek do ošetrovatelského režimu, na cca 1,51 mld. Kč za rok.

² Rozdělení této úspory 3.2 mld. Kč odpovídá vzájemnému poměru výdajů na nemocniční a ambulantní péči.

- **Regulace provozních nákladů zdravotních pojišťoven**

Limit stanovený pro rok 1996 činí 7 % provozních nákladů z příjmů zdravotních pojišťoven po přerozdělení³. V těchto výdajích je započítáno 0,37 mld. Kč provozních investic na nákup investičního majetku zdravotních pojišťoven. Předpokládaná výše výdajů vychází z úrovně odpisů v roce 1994. Limit, stanovený vládou, pro rok 1997 bude 6 % provozních nákladů z příjmů před přerozdělením.

Vysvětlivky k tabulce na následující straně (pokud není uvedeno v předcházejícím textu):

- **úprava seznamu výkonů (1.7.1995)** - novelizací vyhlášky Ministerstva zdravotnictví v červenci t.r. došlo k úpravě bodového ohodnocení několika set zdravotních výkonů a zvýšení úhrad za přímo spotřebovaný materiál zahrnutý do ohodnocení výkonů,
- **sestupná sazba (1.10.1995)** - stejnou novelou vyhlášky Ministerstva zdravotnictví byl upraven režim úhrady za ošetřovací den (paušální úhrada denních pobytových nákladů pacienta na lůžku) tak, že při prodlužování pobytu pacienta na lůžku klesá, v dohodnutých lhůtách, úhrada za tento pobyt v nemocnici,
- **důsledek očekávaného růstu počtu výkonů** - jedná se o extrapolaci meziročního růstu vykázaných výkonů podle skutečného vývoje v minulých třech letech,
- **důsledek očekávaného růstu počtu smluvních lékařů** - předpokládá se, že zejména v souvislosti s restrukturalizací lůžkového fondu nemocnic a tomu odpovídajícím poklesům v počtu zaměstnaných lékařů, bude zvýšen tlak v ambulantní péči na vznik nových ordinací nebo rozšiřování existujících.

³ V roce 1996 se u čtyřech zdravotních pojišťoven předpokládá s provozními výdaji pod 6 % a u Všeobecné zdravotní pojišťovny by měly provozní výdaje dosáhnout výše 3.4 %.

Předpokládaná bilance zdravotnictví					
	1993	1994	1995	1996	1996*)
Deficit zdravotního pojištění	k 1.1.94	k 1.1.95	k 1.1.96	k 1.1.97	k 1.1.97
v běžném roce	0,7	-2,5	-3,2	2,5	7,2
kumulovaně	0,7	-1,8	-5,0	-2,6	2,2
Příjmy	56,9	64,8	73,6	86,9	86,9
občané	4,0	4,6	5,6	6,2	6,2
zaměstnavatelé	24,6	30,6	36,3	43,3	43,3
zaměstnanci	12,3	15,3	18,2	21,6	21,6
státní rozpočet	16,0	14,3	13,5	15,8	15,8
Výdaje	56,2	67,35	76,80	84,44	79,67
nem. péče celkem (amb. a lůžková)			36,60	41,36	37,66
zdravotní výkony			15,57	18,37	14,66
v tom: regulace počtu účtovaných bodů					-2,20
restrukturalizace lůžk. fondu na ošetř. lůžka					-1,51
úprava seznamu výkonů (1.7.1995)			0,12	0,23	0,23
sestupná sazba (1.10.1995)			0,45	1,80	1,80
důsledek očekávaného růstu počtu výkonů				2,00	2,00
přímé mat. náklady zdravotních výkonů			15,95	17,57	17,57
zvlášť účtovaný materiál			1,11	1,19	1,19
zvlášť účtované léky			2,12	2,25	2,25
paušál na léčiva			1,86	1,97	1,97
ambulantní péče (ambul. zařízení)			15,50	17,18	16,18
zdravotní výkony			8,97	10,30	9,30
v tom: regulace počtu účtovaných bodů					-1,00
úprava seznamu výkonů (1.7.1995)			0,18	0,37	0,37
důsledek oček. růstu počtu smluvních lékařů				2,73	2,73
přímé mat. náklady zdravotních výkonů			3,56	3,83	3,83
zvlášť účtovaný materiál			2,81	2,88	2,88
zvlášť účtované léky			0,08	0,08	0,08
paušál na léčiva			0,08	0,09	0,09
léky na recepty			17,90	17,40	17,40
prostř. zdr. techniky na předpis			1,02	1,00	1,00
doprava a lázeňská péče			2,60	2,80	2,80
režie zdravotních pojišťoven			4,30	4,70	4,64
v tom: provozní náklady					4,27
provozní investice					0,37
Přímé platby pacientů za léky			4,20	6,00	6,00
Podpora ze státního rozpočtu			7,60	8,00	8,00
neinvestiční dotace			3,60	4,10	4,10
investice			4,00	3,90	3,90
Regionální (okresní) podpora			4,80	5,70	5,70
neinvestiční dotace			2,00	2,70	2,70
investice			2,80	3,00	3,00

*) pozn.: předpoklad bilance v roce 1996 v důsledku působení vlivu Dlouhodobého programu

5. Rámcový harmonogram úkolů dlouhodobého programu

- 1. Transformace kapacit lůžkového fondu**
 - a. metodika (31.12.1995),
 - b. realizace (průběžně)

- 2. Změny ve zdravotním pojištění (jednotné místo výběru pojistného, vymáhateľnost plateb za poskytnutou péči, dohled nad pojišťovny)**

Předložení návrhu novel zákonů č. 550 a 551/1991 vládě (20.12.1995)

- 3. Postgraduální vzdělávání**
 - a. Zákon o podmínkách poskytování zdravotní péče (3.1.1996),
 - b. zavádění akreditace zařízení postgraduálního vzdělávání (od 1.1.1997)

- 4. Ochrana veřejného zdraví a prevence nemocí**

Zákon o ochraně veřejného zdraví (3.1.1996)

- 5. Návrh pracovní náplně zdravotního rady**
 - a. Základní návrh (31.12.1995),
 - b. dohoda o společném postupu s MV (do 31.3.1996)

- 6. Pregraduální vzdělávání**

Dohoda o společném postupu s MŠMT (do 31.3.1996)

- 7. Smluvní platby v primární péči**

Zavedení kombinované kapitační platby, nebo agregované výkonové platby (od 1.7.1996)

- 8. Rozvojové programy a programy podpory zdraví**
 - a. Revize funkčnosti stávajících programů (31.1.1996),
 - b. návrh úprav programů (30.6.1996),
 - c. realizace obnovených programů (průběžně od 1.7.1996)

- 9. Rozčlenění péče a individuální účty**
 - a. Vypracování metodiky (31.12.1996),
 - b. legislativní zpracování (souběžně),
 - c. realizace (postupně od roku 1997)

- 10. Standardy kvality zdravotní péče**
 - a. Standardy kvality finančně náročných výkonů (v průběhu roku 1996),
 - b. zavedení akreditační procedury pro tyto výkony (1.1.1997),
 - c. průběžně doplňování standardů méně náročných druhů péče (1997),
 - d. akreditace (postupně od 1.1.1998)

- 11. Akreditace nemocnic**
 - a. Vypracování metodiky (31.12.1996),
 - b. ověřování (v průběhu 1997),
 - c. zavádění akreditace (postupně od 1.1.1998)

- 12. Smluvní platby u ambulantních specialistů a v nemocnicích**
 - a. Metodika variantních způsobů plateb (31.12.1996),
 - b. experimentální zavádění v modelových místech (od 1.1.1997),
 - c. realizace (postupně od 1.1.1998)