

**Teze střednědobé koncepce resortní
politiky
Ministerstva zdravotnictví ČR
v letech 2003 - 2006**

OBSAH

OBSAH	1
1. Úvod	2
2. Zhodnocení silných a slabých stránek, rizik a příležitostí ve zdravotnictví	5
3. Cíle zdravotní politiky	7
4. Úkoly resortu zdravotnictví při naplňování cílů zdravotní politiky	8
4.1 Legislativní zajištění	8
4.2 Financování a zdravotní pojištění	12
4.3 Optimalizace sítě zdravotnických zařízení	17
4.4 Zajištění kvality poskytované péče	20
4.5 Léková politika	21
4.6 Podpora vzdělávání, vědy a výzkumu	24
4.7 Příprava vstupu ČR do EU a mezinárodní spolupráce	24
4.8 Informatika	26
4.9 Systém státní podpory rozvoje a obnovy materiálně technické základny zdravotnictví	28
4.10 Ochrana a podpora veřejného zdraví	33
4.11 Omamné, psychotropní látky a jejich přípravky, prekursory, pomocné látky a chemické látky	34
4.12 Prevence a podpora zdraví, Program Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny v 21. století“	35
4.13 Oblast zdravotně sociální péče	36
4.14 Podíl resortu zdravotnictví na plnění úkolů bezpečnostní politiky státu	37
4.15 Vnitřní audit a kontrolní činnost v resortu	39
5. Vnitřní správa resortu	42
6. Závěr	42

Teze střednědobé koncepce resortní politiky MZ ČR v letech 2003 - 2006

1. Úvod

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 MZ ČR soustřeďuje na aktuální okruh problémů, které se váží k samotným zdravotnickým službám. Pro hlubší odhalení příčin současného stavu a možnosti jejich řešení probíhají jednání se zástupci na různých úrovních samosprávy. Do 30.6.2003 na základě auditovaných výsledků hospodaření za rok 2002 bude ve spolupráci s kraji a dotčenými resorty vypracován podklad, ze kterého vyplyne reálná úroveň zadlužení s návrhy na jejich postupné řešení.

V návaznosti na zákon č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce, občanská sdružení působící v oblasti tělovýchovy a sportu, ve znění pozdějších předpisů došlo k přechodu zřizovatelských funkcí a majetkových vztahů z České republiky na kraje. MZ v současné době řeší důsledky citovaného zákona.

Teze střednědobé koncepce resortní politiky MZ, řešené v součinnosti s kraji jsou založeny 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. V tomto směru je zdravotnictví a jeho služby založeno 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 soukromo-právního pojištění a korespondujícího poskytování zdravotnických služeb. Zdravotnické služby, poskytované v rámci soukromého sektoru a hrazené ze soukromých zdrojů však musí být jasně odděleny od systému veřejného. Stát a územní samosprávné celky budou v rámci platné legislativy participovat na financování zdravotnictví.

Struktura a funkce samotné zdravotnické soustavy musí stále více naplňovat požadavky dostupnosti a kvality poskytovaných služeb. Důležité je také zabezpečit propojenost a komplexní přístup zdravotních a sociálních služeb na úrovni jednotlivých komunit a to především v oblasti péče o seniory tak, aby mohli žít co nejdéle ve vlastním sociálním prostředí. K tomu musí směřovat optimalizace pohybu pacienta v systému, návaznosti aplikované péče i postupná restrukturalizace zdravotnických zařízení, zajišťující jak efektivní akutní pomoc a péči, tak vysoce kvalitní následnou péči včetně zvyšujícího se důrazu na rozsah i obsah zdravotně sociální i domácí zdravotní péče.

Vývoj struktury a funkce celého zdravotnického systému musí odpovídat změnám v dynamice obrazu zdravotního stavu obyvatelstva a jeho různých věkových, sociálně či jinak determinovaných populačních skupin. V popředí zájmu musí být odpovídající připravenost a vybavenost systému na stárnutí populace ČR a s ním spojený růst zejména chronických onemocnění. Řešení těchto problémů však nespočívá pouze v rozvoji samotných zdravotnických služeb (lůžek, zdravotnického personálu a léčebných technologií). O řešení těchto problémů se rozhoduje v oblasti determinant zdraví (životní styl a životní prostředí, medicína a kvalita genetických informací) a v dlouhodobějším časovém horizontu mohou významně přispět zejména nové poznatky v oblasti biomedicíny s využitím rozvoje genetiky. Při komplexnosti vzniku a vývoje nemocí však zůstává v platnosti vzájemná provázanost jednotlivých determinant zdraví.

Odborný i ekonomický efekt všech relevantních aktivit zdravotnické soustavy musí být kvalifikovaně monitorován, analyzován a hodnocen. K tomu bude přispívat zdokonalující se výzkum, informační soustavy, postupné zavádění standardů a kritérií a v neposlední řadě i posilování role samotných občanů.

Vztahy mezi zúčastněnými subjekty zdravotní politiky a vývoj jejich jednání jsou závislé na úspěšnosti vývoje právního rámce a primárně pak na vývoji morálně-hodnotových faktorů v naší společnosti. Vývoj zdravotnického práva a dalších souvisejících obecně platných pravidel hospodaření a výkonu veřejné správy jsou v současnosti v jeho základním rámci pod dominujícím vlivem přistoupení k EU. V ČR nás však čeká potřeba odpovědného přístupu k dotvoření řady dalších pravidel a to zejména ve vztahu k existujícím společenským problémům a jejich příčinám. Právní předpisy v oblasti zdravotnictví by tedy měly být chápány jako nástroj zdravotní politiky reagující na skutečné problémy formulované v kontextu veřejných zájmů, jak z hlediska jejich příčin, tak také cílových stavů a očekávaných výsledků při řešení těchto problémů. Z hlediska tvorby a aplikace právního rámce jde o novou situaci

vyžadující intenzivnější spolupráci aktérů zdravotní politiky na úrovni centrální, krajské i lokální veřejné politiky.

Je více než zřejmé, že cíle a cesty dalšího vývoje zdravotní politiky v ČR nelze spatřovat v uplatnění velice krátkodobě a zjednodušeně zaměřených nástrojů na změnu právní formy zdravotnických zařízení do režimu obchodních společností nebo v představě navýšení finančních zdrojů zvýšením podílu přímých úhrad nebo spoluplateb. Péče o zdraví a s ní 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 musí být věnována ochraně práv pacientů při vymezení a kodifikaci základních povinností pacientů.

V naší společnosti jsou téměř každodenně publikovány různé a často zásadně odlišné představy o možnostech dalšího vývoje zdravotní politiky, o možnostech řešení existujících problémů. Častým společným rysem těchto názorů nebo projevů úzkých zájmových skupin je nízká míra objektivity, malé využití dostupných teoretických poznatků a empirických údajů. Dochází ke konfrontaci alternativy dalšího intenzivního vývoje autonomie zejména plátců a poskytovatelů zdravotnických služeb.

Při formulování státní zdravotní politiky vychází proto MZ z úmluv, deklarací, doporučení OSN, Světové zdravotnické organizace (WHO) a Rady Evropy (RE). Harmonizace s právem ES nás výrazně přibližuje standardům ochrany zdraví uplatňovaným v EU. Důležitým úkolem je zejména implementace Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti při aplikaci biologie a medicíny a jejích dodatkových protokolů a zásadního dokumentu Zdraví pro 21. století WHO a Lublaňské charty. Vedle přípravy na vstup do EU probíhá stále intenzivnější zapojení ČR do aktivit světových politických, ekonomických mezinárodních organizací (OECD a WTO), JMC při NATO, ale také mezinárodních organizací jako je Červený kříž, které koordinují mezinárodní pomoc v oblastech krizí na celém světě. Svě členství v mezinárodních organizacích ČR využívá i k propagaci pozitivních výsledků českého zdravotnictví. ČR se začíná svým odborným a pracovním potenciálem významně zapojovat do mezinárodní rozvojové pomoci.

Při vyhodnocení strategií a výsledků reforem zdravotní péče vyspělých států a nově také i států střední a východní Evropy se ukazuje, že přílišná liberalizace v systémech

financování, úhrad a organizačně právního postavení poskytovatelů zdravotnických služeb vede k nezvladatelnému růstu spotřeby péče a k celé řadě dalších problémů v oblasti kvality, dostupnosti, spravedlnosti a vývoje zdravotního stavu.

2. Zhodnocení silných a slabých stránek, rizik a příležitostí ve zdravotnictví

A. Silné stránky

- tradiční obecně vysoká odborná úroveň zdravotnických pracovníků včetně systému postgraduálního a celoživotního vzdělávání ,
- relativně dobrá vybavenost zdravotnických zařízení lůžkových i ambulantních, zařízení lékařské péče (zejména lékárny),
- rozvoj nových léčebných technologií (diagnostické, terapeutické),
- vysoká úroveň využívání informačních technologií,
- pozitivní výsledky transformace ambulantní péče (primární, specializované i zvláštní),
- zlepšení parametrů životního prostředí,
- realizace vybraných programů v oblasti podpory zdraví,
- dobrá úroveň územního plánování,
- pokračující trend zvyšování střední očekávané délky života,
- pokles celkové úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění,
- velmi nízká novorozenecká a kojenecká úmrtnost,
- vysoké procento proočkovanosti populace proti přenosným nemocem,
- vysoká úroveň prevence infekčních a potenciálních epidemických chorob,
- stále se snižující počet umělých přerušení těhotenství,
- zavedený pluralitní systém veřejného zdravotního pojištění.

B. Slabé stránky

- nedostatečná účinnost ekonomického řízení a kontroly zdravotnických zařízení a plátců zdravotnických služeb,
- úroveň zadluženosti zdravotnických zařízení,
- nižší výkonnost české ekonomiky a z toho plynoucí menší objemy prostředků v systému,

- problémy transformace zdravotní péče poskytované v lůžkových zařízeních spojené s optimalizací počtu akutních lůžek a lůžek následné péče na regionální úrovni,
- nedostatek účinné kontroly kvality a hospodárnosti poskytované zdravotní péče,
- neprůchodnost nových zdravotnických zákonů,
- nedostatečná aktivní participace všech subjektů, podílejících se na ochraně a podpoře zdraví,
- nerovnost v úhradách zdravotní péče.

C. Příležitosti

- předpoklady pro udržení a další rozvoj vysoké úrovně profesního potenciálu zdravotnických pracovníků a vybavenosti sítě zdravotnických zařízení a jejich kapacity,
- pokračující proces transformace zdravotnické soustavy,
- naplňování Národního programu zdraví v rámci implementace dokumentu WHO „Zdraví pro všechny v 21. století“ a dále „Akčního plánu zdraví a životního prostředí ČR“, včetně aktivního zapojení jiných zainteresovaných resortů,
- zapojení do 6. rámcového programu EU, do programu Public Health 2003 – 2008 a programů WHO/EURO,
- důsledné uplatnění vícezdrojového financování zdravotnictví a optimalizace efektivního využívání finančních prostředků (například zavedení systému DRG),
- zvyšování kvality poskytované péče s využitím a zabezpečením systému jejího sledování a hodnocení,
- rozvoj výzkumu a vědy v oblasti zdravotnictví,
- vytvoření jednotného kvalitního potenciálu zdravotnických informací a jeho efektivní využívání pomocí moderních informačních technologií ,
- celkové posílení vlivu občanů na procesu tvorby a realizace zdravotní politiky, včetně práv pacientů,
- centra excelence (například dětská kardiochirurgie, transplantační programy, nové formy onkologické léčby).

D. Rizika

- prohlubování finančního deficitu zdravotnických zařízení a zdravotnických pojišťoven,
- možnost zneužívání systému poskytování zdravotní péče,
- nízká úroveň právního vědomí všech subjektů v systému,
- nedostatečná obnova a inovace stavební a technické vybavenosti zdravotnických zařízení.

3. Cíle zdravotní politiky

Hlavní cíle zdravotní politiky

Hlavním strategickým cílem resortu zdravotnictví je dosažení zlepšování zdravotního stavu obyvatel, zejména ochrana a podpora zdraví, orientace na pacienta ve zdravotní péči a posilování vlastní odpovědnosti za jeho zdraví, výchova lékařů k postoji k pacientovi, zlepšování základních ukazatelů zdravotního stavu a snižování výskytu nejčtenějších onemocnění a rizikových faktorů, které se podílí na jejich vzniku, zlepšování kvality života ve stáří, zrovnoprávnění prevence a podpory zdraví s léčebnou péčí, mezisektorová kooperace s jinými oblastmi politiky k posílení prevence a podpory zdraví.

Střednědobé cíle zdravotní politiky MZ ČR

- uplatnění nástrojů programového řízení na úrovni resortu i jednotlivých zdravotnických zařízení,
- analýza vlivů determinujících zdraví a možnosti i způsoby pozitivního ovlivňování těchto vlivů,
- restrukturalizace sítě zdravotnických zařízení v součinnosti s územními samosprávnými celky podle potřeby zdravotní péče,
- součinnost s příslušnými resorty a institucemi při zajištění zdravotně sociální péče o staré, chronicky nemocné a handicapované občany,
- spolupráce při tvorbě zdravotních plánů krajů pro zajištění veřejných zdravotnických služeb,
- koordinace činností souvisejících se vstupem do Evropské unie,
- postupná realizace cílů dokumentu Světové zdravotnické organizace "Zdraví pro všechny v 21. století",

- rozvoj činnosti na úseku ochrany a podpory veřejného zdraví, zejména v oblasti hodnocení zdravotních rizik, monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životním podmínkám, při realizaci Akčního plánu zdraví a životního prostředí a závěrů 3. ministerské konference o životním prostředí a zdraví ve smyslu usnesení vlády č. 706/2000,
- rozvoj komunikace a spolupráce mezi institucemi ve zdravotnictví a občanem i mezi jednotlivými profesními a zájmovými skupinami působícími ve zdravotnictví,
- zavedení systému sledování a hodnocení kvality poskytované péče,
- rozšíření a zkvalitnění kontrolní činnosti resortu
- rozvoj odpovídajícího informačního systému a jeho využití,
- podpora efektivního výzkumu a vzdělávání zaměřeného na nové metody a technologie zaváděné do praxe na principu evidence-base medicíny,
- připravenost resortu zdravotnictví k řešení mimořádných událostí a krizových situací, včetně zajištění finančních prostředků na vytvoření funkčního systému biologické ochrany obyvatel ČR proti zvláště nebezpečným biologickým agens a toxinům a bioterorismu.

4. Úkoly resortu zdravotnictví při naplňování cílů zdravotní politiky

4.1 Legislativní zajištění

1. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, a zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání (živnostenský zákon), ve znění pozdějších předpisů

Návrh zákon byl schválen vládou a v listopadu 2002 předložen Parlamentu ČR a je projednáván Poslaneckou sněmovnou ve druhém čtení.

Návrh upřesňuje některá ustanovení na základě zkušeností získaných při aplikaci zákona v praxi se; zejména se zpřesňují ustanovení vymezující klinické hodnocení a klinické zkoušky zdravotnických prostředků, a po splnění zákonem stanovených požadavků se umožňuje při poskytování zdravotní péče používání starších zdravotnických prostředků.

2. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Návrh zákona byl v únoru 2003 předložen Parlamentu ČR.

Cílem novely zákona je dokončení harmonizace českého právního řádu se směrnicemi ES, zejména v oblasti pitných vod, vod ke koupání, výrobků určených pro styk s potravinami a pokrmy a též pro oblast kosmetických prostředků, poskytování stravovacích služeb a částečně i na úseku ochrany zdraví při práci. V návaznosti na změnu soustavy orgánů ochrany zdraví související s ukončením činnosti okresních úřadů a po vyhodnocení dvouletého období aplikace zákona v praxi při výkonu státního zdravotního dozoru se rovněž zpřesňují ustanovení hmotně právní části zákona.

3. Návrh zákona o opatřeních směřujících k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně některých souvisejících zákonů

Návrh zákon byl předložen vládě v listopadu 2002 a nyní je projednáván v legislativních orgánech vlády.

Obsahem navrhovaného zákona jsou systémová opatření, jimiž se zpřísňují podmínky dostupnosti tabáku a alkoholu, stanoví se strategie mírnění škod působených návykovými látkami, řízení, koordinace a financování prevence problémů jimi působenými.

4. Návrh zákona o získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a o změně některých souvisejících zákonů

Návrh zákona byl schválen vládou. Nyní je projednáván v orgánech Parlamentu ČR ve druhém čtení.

Cílem zákona je harmonizovat uvedená zdravotnická povolání s příslušnými směrnicemi ES. Navrhovaná právní úprava vychází ze základní zásady volného přístupu ke vzdělávání. V souladu se zásadami o umožnění volného pohybu osobám, které vyplývají ze směrnic EU, harmonizuje zákon možnosti volného přístupu k poskytování vzdělávání. Návrh upravuje tři zdravotnická povolání, která jsou regulována směrnicemi EU, a to povolání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů.

5. Návrh zákona o získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

Návrh zákona byl schválen vládou. Nyní je projednáván v orgánech Parlamentu ČR.

Cílem zákona je harmonizovat uvedená zdravotnická povolání s příslušnými směrnici ES. Návrh podrobně upravuje dvě zdravotnická povolání, která jsou regulována sektorovými směrnici EU, a to povolání všeobecných sester a porodních asistentek. Podrobně jsou upravena i ostatní nelékařská zdravotnická povolání, jejichž stávající právní úprava je nedostatečná a překonaná.

Navrhovaná úprava vychází ze základní zásady volného přístupu ke vzdělávání. V souladu se zásadami o umožnění volného pohybu osob, které vyplývají ze směrnic EU zákon stanoví možnost volného přístupu k poskytování vzdělávání a výkonu nelékařského zdravotnického povolání.

6. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 368/1992 Sb. o správních poplatcích ve znění pozdějších předpisů

Návrh zákona schválila vláda. Nyní je projednáván v orgánech Parlamentu ČR ve druhém čtení.

Cílem navrhované právní úpravy je zajistit návaznost na postupy vymezené předpisy ES jako povinné společné procedury probíhající v koordinaci členských států EU, Evropské lékové agentury nebo Evropské komise a úzkou spoluprací v oblasti farmakovigilance a dále povinnosti vyplývající z těchto předpisů pro orgány členských států EU.

7. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Návrh byl schválen vládou v roce 2002 a v lednu 2003 byl předložen Parlamentu ČR.

Cílem navrhované právní úpravy je zajistit promítnutí do právního řádu rozhodnutí Rady Evropské unie č. 2002/188/JHA, kterým se PMMA (para-methoxyamfetamin) definuje jako nová psychotropní látka zařazená do seznamu I podle Úmluvy o psychotropních látkách.

8. Návrh zákona o zdravotním pojištění dětí cizinců, které dlouhodobě pobývají na území České republiky a o změně některých souvisejících zákonů

Návrh zákona byl předložen vládě v červnu 2002, ta jej dne 29.1.2003 projednala a uložila MZ zaslat návrh zákona opakovaně do meziresortního připomínkového řízení.

Cílem navrhovaného zákona je vymezit úpravu zdravotního pojištění dětí cizinců, která by nebyla v kolizi se závazky vyplývajícími pro ČR z přijetí Úmluvy o právech dítěte a která by pro tyto děti zajistila zdravotní pojištění s takovou možností úhrady zdravotní péče poskytované těmto dětem, jako je tomu v případě veřejného zdravotního pojištění.

9. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Návrh zákona je zařazen v Plánu legislativních prací vlády na březen 2003.

Cílem navrhovaného zákona je provést některé nezbytné úpravy oblasti zdravotního pojištění směřující k vytvoření systémových předpokladů pro zefektivnění činnosti zdravotních pojišťoven, pro zapojení zdravotních pojišťoven do procesu evropské integrace a pro lepší hospodaření zdravotních pojišťoven a dosažení úspor.

10. Návrh zákona o zdravotní péči při poskytování zdravotnických služeb a o a o změně některých zákonů (zákon o zdravotní péči)

Návrh zákona je zařazen v Plánu legislativních prací vlády na červen 2003.

Cílem návrhu zákona je vymezit poskytování zdravotní péče v jejich druzích a formách, stanovit práva a povinnosti zdravotnických zařízení, zdravotnických pracovníků a pacientů při poskytování zdravotní péče, a to při respektování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně.

11. Návrh zákona o zdravotnických zařízeních a jejich provozování a o změně některých zákonů

Návrh zákona je zařazen v Plánu legislativních prací vlády na červen 2003.

Cílem navrhované právní úpravy je stanovit vydávání oprávnění k provozování zdravotnických zařízení a jejich vymezení jako subjektů zajišťujících veřejnou službu, zajistit dostupnost této veřejné služby, v návaznosti na reformu veřejné správy vymezit kompetence správních úřadů

v oblasti upravované zákonem. Návrh zákona rovněž upravuje dědění a prodej zdravotnických zařízení (praxi).

12. Návrh zákona o hodnocení a managementu hluku v životním prostředí

Návrh zákona je zařazen v Plánu legislativních prací vlády na prosinec 2003.

13. Návrh zákona o Fondu rozvoje moderní medicíny a o změně některých souvisejících zákonů

Návrh zákona je zařazen v Plánu legislativních prací vlády na prosinec 2003.

Účelem fondu zřizovaného navrhovaným zákonem je podpora rozvoje preventivní medicíny, akutní léčebné a následné péče, a to zejména úhradou zvláště nákladné zdravotní péče, podporou specializovaných a superspecializovaných pracovišť, a dále spoluúčast na rozšiřování moderních metod v medicíně.

14. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Návrh zákona se předkládá mimo Plán legislativních prací vlády.

Cílem navrhované právní úpravy je dosáhnout plné slučitelnosti s právem ES.

15. Návrh zákona o zdravotnické záchranné službě

Návrh zákona se předkládá mimo Plán legislativních prací vlády.

Účelem navrhovaného zákona je vymezit postavení (včetně postavení v integrovaném záchranném systému), činnost, úkoly, organizační uspořádání, systém řízení, personální a věcné vybavení zdravotnické záchranné služby.

Další právní předpisy v letech 2004 a následujících budou připravovány ve vazbě na právo ES v souvislosti se vstupem ČR do EU

4.2 Financování a zdravotní pojištění

4.2.1 Kvantifikace nároků na finanční zdroje a řešení zadluženosti zdravotnických lůžkových zařízení

K dosažení cíle vyrovnání vývoje českého zdravotnictví s průměrem zemí EU je nutné s finančními prostředky lépe hospodařit a dále je postupně zvyšovat. Lze předpokládat, že v období ekonomické prosperity bude snazší získávat potřebné zdroje pro rozvoj zdravotnictví, než tomu bylo v podmínkách stagnace ekonomiky na konci devadesátých let. Výdaje na zdravotnictví v letech 2001 a 2002 se podle dostupných zpřesněných údajů pohybují na úrovni 7,4 % z HDP. Cílem je, aby nárůsty finančních zdrojů do zdravotnictví směřovaly zejména k profinancování rozvoje nových způsobů léčby a úkolů na úseku ochrany a podpory veřejného zdraví, včetně projektů podpory zdraví a prevence nemocí, a dále na navýšení zdrojů pro nákup speciální zdravotnické techniky. Zajistit dynamiku růstu mezd tak, aby bylo možno nejen zaměstnat, ale i ohodnotit vysoce kvalifikované pracovní síly v sektoru zdravotnictví v úrovni srovnatelné s obdobnými ekonomikami. Státní zdravotní politika by se měla výrazně opírat o systém alokace zdrojů do programů vyhlášených na dané období s vyhodnocením dopadu a přínosu pro pacienty a dosažení cílů zlepšení zdravotního stavu populace i prevence nemocí. Tento úkol bude uplatněn mj. i ve změně financování zdravotní péče, zejména pro lůžková zařízení formou úhrady DRG. V systému řízení důsledně uplatňovat principy vyrovnaného hospodaření s nutností řešit zejména u příslušných zdravotnických zařízení dlouhodobé zadlužení.

Celkové výdaje na zdravotnictví (v mld. Kč)

	2000	2001	2002	2003
	<i>skut.</i>	<i>skut.</i>	<i>oč. Skut.</i>	<i>návrh - výhled</i>
<i>Celkové výdaje</i>	142,4	159,9	168,2	175,9
<i>Výdaje ze st. Rozpočtu</i>	6,8	13,0	14,7	11,7
<i>v tom: kap. 335 (MZ)</i>	5,6	5,3	9,6	10,1
<i>kap. 380 (OkÚ)</i>	0	6,4	3,2	0
<i>Ostatní výdaje (kap. MO, MV, MŠMT aj.)</i>	1,1	1,2	1,7	1,6
<i>Výdaje územních rozpočtů (samospráva)</i>	8,1	2,3	2,5	3,0
<i>Výdaje v systému zdrav. Pojišťoven</i>	115,5	130,9	137,1	147,2
<i>Podíl výdajů zdr. Poj na celkových výdajích v %</i>	81,1	81,9	81,51	83,2
<i>Platby v hotovosti občanů (včetně spoluúčasti)</i>	12,0	13,7	13,9	14
<i>Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v %</i>	7,2	7,4	7,4	7,4

Pozn.: Střednědobý výhled 2003 – 2006 (resp. návrh rozpočtu na r. 2004) je v současné době předmětem pokračujícího jednání v souvislosti s projednáváním vládního návrhu „Rozpočtového výhledu 2003 – 2006 – Koncepce reformy veřejných rozpočtů“

Celkové výdaje na zdravotnictví (Zpráva WHO, údaje za rok 2000)

Členská země	Rakousko	Česká republika	Dánsko	Finsko	Francie	Německo	Maďarsko	Nizozemí	Norsko	Polsko	Slovensko	Španělsko	Švédsko	Švýcarsko	Velká Británie
Podíl na HDP [%]	8,0	7,2	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

Stav zadluženosti příspěvkových organizací, které přešly ze zákona 290/2002 Sb. do působnosti krajů od 1. ledna 2003 bude nutno ve spolupráci s kraji a Ministerstvem financí postupně řešit. V současné době probíhají jednání se zástupci krajů na jednotlivých organizačních a věcných úrovních. Tato jednání budou mít i v budoucnu periodický charakter s konkretizací dříve dohodnutých závěrů a postupů. V této etapě bylo dohodnuto, že výsledky za rok 2002 (jsou již v konkrétních organizacích k dispozici, ale nejsou sumarizovány ani v účetním a tím ani ve statistickém zpracování) budou podrobeny nezávislému auditu ze strany zřizovatele a poté projednány na úrovni kraje a následně bude ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí zpracován podklad s návrhy řešení do 30. června 2003.

Tento podklad nebude řešit plošné oddlužení, ale bude upřednostňovat individuální přístup k jednotlivým organizacím. Kromě zmiňovaných auditů provedou kraje restrukturalizaci lůžkových zdravotnických zařízení, která vyústí v závaznou síť zdravotnických zařízení pro příslušný kraj. V této souvislosti budou posouzeny i požadavky a nároky na rozvoj zdravotnických zařízení s cílem použití předpokládaných investičních zdrojů na úhradu a snížení dluhu. Restrukturalizací dojde k organizačním změnám v jednotlivých zdravotnických zařízeních a nelze vyloučit zrušení některých zařízení, nebo jejich částí, které budou v souladu s platnými právními postupy prodány a výnos z těchto prodejů poslouží k úhradě dluhů. Stejným způsobem bude možno postupovat se závazky zadlužených zdravotnických zařízení v případě změny právní formy vlastnictví.

Bývalé okresní nemocnice k 30. listopadu 2002 vykázaly absolutní výši závazků v objemu 4 669 972 tis. Kč, z toho po lhůtě splatnosti 2 922 882 tis. Kč. Objem celkových pohledávek činil 3 368 861 tis. Kč, z toho po lhůtě splatnosti 1 001 081 tis. Kč. Rozdíl těchto dvou ukazatelů činí v celkovém objemu – 1 301 111 tis. Kč, z toho u ukazatelů po lhůtě splatnosti –

1 921 801 tis. Kč. V porovnání s rokem 2001 došlo ke zhoršení vývoje, zejména u ukazatele po lhůtě splatnosti.

V střednědobém horizontu bude Ministerstvo zdravotnictví činit takové systémové kroky, aby v oblasti veřejného zdravotního pojištění byla zachována rovnováha mezi příjmovou a výdajovou stránkou systému.

K dosažení tohoto cíle budou využity následující nástroje:

- udržení mzdových nároků v relacích k nárůstu příjmů z veřejného zdravotního pojištění
- snížení nákladů na zdravotní péči optimalizací sítě zdravotnických zařízení
- účinná regulace objemu poskytované péče, především v oblasti léků a zdravotnických prostředků
- změna systému úhrad lůžkové péče (systém DRG)
- posílení systému řízené péče v ambulantní oblasti
- důsledná kontrola alokace finančních prostředků ve zdravotních pojišťovnách a lůžkových zdravotnických zařízeních.

Těchto nástrojů bude využito pro udržení finanční rovnováhy a oddlužení nemocnic. Pro r. 2003 je předpokládán nárůst mzdových nákladů ve zdravotnických zařízeních (tyto náklady činí podle typu zdravotnického zařízení 30 – 50% celkových nákladů) nižší (7 %) než předpokládané příjmy veřejného zdravotního pojištění (příjmy v 1. pol.2003 – cca 8,9 %). Za těchto předpokladů by měla vzniknout ve zdravotnických zařízeních přiměřená finanční rezerva, která by měla být jednotlivými zdravotnickými zařízeními použita k hrazení stávajících závazků po lhůtě splatnosti, především v oblasti léčiv.

Pro následující období, za předpokladu realizace plánovaných legislativních změn, budou vytvořeny další finanční zdroje určené k financování systému veřejného zdravotního pojištění (např. fond přerozdělení, rezervní fond zdravotních pojišťoven, snížení provozních nákladů zdravotních pojišťoven, změny vyměřovacího základu zdravotního pojištění pro osoby samostatně výdělečně činné atd.).

4. 2. 2 Strategické cíle v oblasti zdravotního pojištění:

- Postupná transformace systému zdravotního pojištění s cílem zajistit kompatibilitu se systémy zdravotního pojištění v zemích EU
- Zachování systému zdravotního pojištění na principech solidarity, neziskovosti, rovnosti a dostupnosti potřebné zdravotní péče, veřejnoprávnosti a plurality

- Zajištění transparentnosti a optimálního rozdělení finančních prostředků v systému zdravotního pojištění:
 - optimalizace přerozdělení výběru pojistného
 - rozvoj systému úhrad zdravotní péče zejména v oblasti lůžkové péče
 - specifikace výstupů fondového hospodaření pojišťoven
- Posílení vlivu státu v oblasti kontroly hospodaření s prostředky veřejného zdravotního pojištění při trvalé objektivizaci nákladů na zdravotní péči a při regulaci nabídky zdravotnických služeb z hlediska jejich dostupnosti
- Optimalizace sběru dat jako nutný předpoklad pro zavedení nových způsobů úhrad zdravotní péče, regulací atp.
- 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)

Postupové kroky MZ pro realizaci těchto cílů:

- Postupné změny v úhradách zdravotní péče s využitím systému diagnosticko-terapeutických skupin (DRG – r. 2003 ověřovací studie, od 1.1.2004 celoplošné zavádění)
- Vybudování samostatné informační databáze v působnosti MZ ke sledování efektivity příjmů a výdajů zdravotního pojištění a kvality poskytované zdravotní péče
- Realizace nutných legislativních kroků, vedoucích k optimalizaci systému financování zdravotní péče,
zavedení jednoletého období změn úhrad,
zefektivnění mechanismu dohodovacích řízení,
- Účinná kontrola zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení

Úkoly vyplývající z přistoupení ČR k EU:

- Příprava změn v systému zdravotního pojištění v oblasti institucionální, personální a technické
- Vytvoření postupů pro úhradu věcných dávek do ciziny, pro ověřování a posuzování oprávněnosti nároku na úhradu věcných dávek
- Vypracování a realizace 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

Popsané změny budou legislativně ošetřeny novelami stávajících zákonů č. 48/1997 Sb., č. 280/1992 Sb., č. 592/1992 Sb., č. 551/1991 Sb., případně vytvořením nových legislativních předpisů.

4.3 Optimalizace sítě zdravotnických zařízení

Jedním z hlavních úkolů resortu je zabezpečení plynulého přenesení všech výkonů státní správy ve zdravotnictví na základě zákonných i podzákonných právních předpisů na kraje a obce s rozšířenou působností.

Optimalizace sítě bude tvořena ve spolupráci státní správy a samosprávy. Budou uzavírány dohody mezi MZ a kraji, které budou garantovat zabezpečení dostupnosti a kvality poskytované zdravotní péče. MZ připravuje vyhlášku o minimálních, nepodkročitelných parametrech sítě zdravotnických zařízení (například zavedení indexu počtu akutních lůžek a lůžek následné péče na počet obyvatel) na základě návrhu zákona o zdravotnických zařízení a jejich provozování a o změně některých zákonů. Garance dostupnosti zdravotní péče bude nadále zajištěna přenesením odpovědnosti za tvorbu a optimalizaci sítě zdravotnických zařízení do samostatné působnosti krajů s ohledem na místní podmínky daného území.

4.3.1 Tvorba podmínek pro racionalizaci sítě zdravotnických zařízení

4.3.1.1 Přístupové mechanismy

Role státu je při tvorbě podmínek pro poskytování zdravotnických služeb v celém jejich spektru nezastupitelná. Zdravotní pojišťovny jako veřejnoprávní korporace by měly zabezpečovat efektivitu nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění, včetně uplatňování svých kontrolních mechanismů ke zdravotnickým zařízením, ale bez vlivu na dostupnost zdravotní péče otevřením zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů – změna struktury výběrových řízení, kdy síťotvorný základ bude položen na registrující orgán, kterým je kraj – zákon č. 320/2002 Sb., o změně a zrušení některých zákonů v souvislosti s ukončením činnosti obecních úřadů.

Hlavním úkolem v době naplňování střednědobé koncepce resortu na všech stupních řízení bude řízená restrukturalizace nemocnic, naplňovaná v jednotlivých krajích. Na základě provedené analýzy sítě lůžkových zdravotnických zařízení v ČR a jejich závěrů pak bude provedena restrukturalizace sítě nemocnic a optimalizace počtu lůžek akutní i následné péče.

Počet zdravotnických zařízení zařazených do sítě by se měl řídit podmínkami vyhlášovatele výběrových řízení, tj. kraje.

Základem soustavy zdravotnických zařízení musí být definovaná síť nemocnic na základě skutečné potřeby. Bude nutné řešit otázky finanční stabilizace a ekonomizace provozu lůžkových zdravotnických zařízení, odpovídající zdravotnímu stavu populace.

4.3.1.2 Optimalizace sítě zdravotnických zařízení

Cílem optimalizace sítě je nastavení postupových kroků pro restrukturalizaci a transformaci zdravotnických zařízení na základě skutečné potřeby, vázaných na nově připravovanou legislativu, které spočívají v :

- **Doporučení počtu lékařských míst a počtu lůžek**
- **Definování veřejných služeb ve zdravotnictví**

Reforma veřejné správy je obsažena v návrhu zákona o zdravotnickém zařízení a návrhu zákona o zdravotní péči; definování standardů veřejných služeb ve zdravotnictví je předmětem

věcných návrhů zákonů jednotlivých resortů. Koordinace procesu probíhá v gesci Ministerstva vnitra.

- **Tvorbě krajských plánů zdravotnických služeb**

Krajské plány bude na základě zákonem uložených kompetencí (návrh zákona o zdravotnických zařízeních a jejich provozování) posuzovat ministerstvo s cílem dodržení udržitelného a symetrického rozvoje všech krajů, a to na základě identifikátorů sledovaných Národním informačním zdravotnickým systémem (NZIS). Krajské plány by měly být obrazem odůvodněné, optimální sítě zdravotnických zařízení s ohledem na místní podmínky daného území s respektováním veřejnoprávního charakteru poskytovaných služeb.

- **Analýza spektra poskytovaných veřejných služeb ve zdravotnictví**

Podle forem poskytované zdravotní péče se zdravotnická zařízení dělí na

- zařízení ambulantní (zařízení primární péče, specializované ambulantní péče, pracovního lékařství),
- ústavní zdravotnická zařízení (nemocnice zřizované MZ, kraji, obcemi, zařízení následné péče, psychiatrické léčebny, geriatrické léčebny, léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, rehabilitační ústavy, hospice, ozdravovny, lázeňské léčebny),
- zvláštní zdravotnická zařízení (např. záchytné stanice, stacionáře, zařízení domácí zdravotní péče, zařízení transfúzní služby...),
- zařízení zdravotnické záchranné služby,
- zařízení lékárenské péče,
- zařízení ochrany veřejného zdraví (zdravotní ústavy, Státní zdravotní ústav).

- **Dotváření sítě zdravotnických zařízení**

Počty lůžek akutní a následné péče a počty lékařských míst podléhají korekci podle individuálních lokálních specifik a mezikrajovému vyrovnání. Determinantami dotváření sítě jsou :

- demografické ukazatele kraje – index stáří
- hustota osídlení
- geografické podmínky daného území
- ukazatel zdravotního stavu obyvatel
- dopravní obslužnost

- organizace poskytování zdravotní péče
- počet zdravotnických zařízení, spektrum činnosti a jejich finanční náročnost
- technické, personální, odborné a kapacitní vybavení zdravotnických zařízení.

Dále se zohledňují vývojové tendence:

- 1) V důsledku stárnutí populace a nižší porodnosti postupné snižování počtu lůžek akutní péče a nárůst lůžek následné péče (péče ošetrovatelská, rehabilitační, hospicová), lůžek geriatrických, lůžek zdravotně sociálních, lůžek ve stacionářích.
- 2) Snižování průměrné ošetrovací doby a délky hospitalizace v nemocnicích, které mohou vytvářet funkční propojení oborů péče a domácí péče na základě potřeby daného území
- 3) Inovace diagnostických a léčebných technologií.
- 4) Diferenciace superspecializované péče.
- 5) Rozvoj alternativ lůžkové péče (klinicko-diagnostická centra, jednodenní péče, apod.)

4.4 Zajištění kvality poskytované péče

Pro resort zdravotnictví je v oblasti kvality poskytované péče klíčová návaznost na aktivity Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQA) a její akreditační program připravovaný ve spolupráci s WHO a za podpory Světové banky.

Akreditace zdravotnických zařízení se stanou konkrétním důkazem naplňování programu kvality a efektivity ve zdravotnictví. Každý občan, klient, pacient si bude moci ověřit úroveň a kvalitu poskytované zdravotní péče ve vybraném zdravotnickém zařízení.

Standardizací činností ve zdravotnictví pro poskytování efektivní léčebné a ošetrovatelské péče a vypracováním standardů dostupnosti a kvality veřejných zdravotnických služeb bude zaručeno jednotné posuzování přístupů ke klientovi v systému.

Certifikací a akreditací zdravotnických zařízení, včetně laboratoří (ISO), bude zajištěn opakovaným posuzováním dosahovaných výsledků růst kvality.

Rada pro jakost ustanovená na Ministerstvu zdravotnictví připravuje koncepci kvality zdravotní péče v návaznosti na obdobné programy zemí EU a programy WHO s důrazem na srovnávání klíčových parametrů poskytované zdravotní péče. Základním dokumentem pro realizaci těchto programů kvality je materiál WHO „Zdraví 21“.

4.5 Léková politika

Cílem lékové politiky je zajištění kontinuální dostupnosti kvalitních, bezpečných a účinných léčiv pro všechny pacienty, kteří je skutečně potřebují a to bez ohledu na jejich momentální sociální situaci. Dosažení těchto cílů je možné průběžným definováním a implementací takových regulačních mechanismů, které respektují aktuální úroveň medicínského poznání, ekonomické možnosti a stupeň vyspělosti občanské společnosti.

V souladu s doporučeními WHO 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.

V současnosti je prioritou české lékové politiky prosadit do praxe léčby dle zásad racionální farmakoterapie a také prosadit nástroje zamezující plýtvání léčiv, a to na všech úrovních systému zdravotní péče.

ČR má v současné době fungující systém „toku“ léčiv od výrobce až k pacientovi, přičemž na každém stupni distribučního řetězce je zcela garantovaná jakost, bezpečnost a účinnost léčiva. Dlouhá patentová ochrana společně s jednou z nejkratších registračních procedur, minimální cenová regulace zahraničních léčiv formou úředně stanovených cen prvně vstupujících na trh, řadí ČR k zemím s tzv. „vysokonákladovou“ farmakoterapií.

Úspěšná regulace vývoje nárůstu nákladů na léčiva ve stávajícím legislativním prostředí ČR, může být dosažena pouze koncentrací na optimální předepisování léčiv (racionální farmakoterapie v souladu se standardy doporučených léčebných postupů) v optimální síti zdravotnických zařízení s dobře popsáním „postupem“ pacienta v rámci tohoto systému a zavedení systémů financování kvalitní (nikoliv pouze ekonomicky průměrné) zdravotní péče.

Důležitým dlouhodobým cílem je změna povědomí a motivování veřejnosti k samoléčbě a k uvědomování si odpovědnosti za své zdraví, včetně správného užívání léčiv v domácí léčbě, důležitosti prevence nemocí a naopak škodlivosti nadužívání léčiv.

4.5.1. Účinnost, bezpečnost, jakost dostupných léčivých přípravků

Léková politika, kromě systémů garantujících kvalitu, účinnost a bezpečnost léčiv uváděných na trh, využívá systémy následného monitorování vlastností léčiv používaných v běžné klinické praxi. Krátkodobým úkolem je zavést 24-hodinový systém rychlého varování, napojený na

system EU. Dlouhodobě je nezbytné zaměřit se na zvyšování povědomí lékařské veřejnosti a motivování k aktivní spolupráci na vytváření informací o skutečných účincích používaných léčiv - hlášení výskytu nežádoucích příhod a nežádoucích účinků v klinické praxi.

4.5.2 Ceny a úhrady léčivých přípravků

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

Nízké pořizovací náklady pracovní síly apod. staví výdaje na léčiva v zemích s obdobnou charakteristikou jako ČR na procentuálně vyšší podíl z celkových výdajů na zdravotnictví. Celkové výdaje na léčiva v absolutních číslech jsou ale v ČR zhruba třetinové v porovnání se zeměmi EU, a to při konzumaci zcela shodného sortimentu léčiv od stejných výrobců.

Dostupnost kvalitních léčiv, v souladu s doporučením WHO, lze dlouhodobě zajistit funkčním dvoustupňovým mechanismem – ekonomické aspekty obchodování s léčivy jsou řešeny regulací ceny léčivého přípravku, medicínsko – terapeutické vlastnosti, případně vyhodnocení zdravotně (sociálně)-ekonomických kritérií je promítáno do regulace spotřeby (předepisování) následně hrazené z veřejných prostředků (zdravotního /sociálního pojištění).

Standardním mechanismem cenové regulace léčiv je porovnání aktuálních nabídkových cen stejných léčiv na jiných trzích Evropy, individuální regulace konkrétního výrobce relací daňových sazeb k realizovanému obratu apod. ČR doposud uplatňuje jako zásadní regulační mechanismus regulace spotřeby, předepisování a následného hrazení léčiv z veřejných prostředků, pouze stanovování úhrad standardně u léčiv používaných při poskytování ambulantní zdravotní péče. Připravovaná meziresortní komise složená mimo jiné ze zástupců zdravotních pojišťoven a ministerstva financí ověří navržené metodiky stanovování cen tak, aby odpovídaly požadavkům regulace cen léčiv s cílem dosáhnout stabilních cen, které v distribučním řetězci nebudou podkročovány.

Vzhledem k již nasycenému trhu s léčivy přispěje ke stabilitě financování poskytnuté zdravotní péče jednorozční interval změn úhrad léčiv.

Úkolem plátců zdravotního pojištění je kontrola a motivování zdravotnických zařízení v oblasti racionální preskripce a dodržování doporučených léčebných postupů. Zahájení „měření“ kvality poskytnuté péče je jedinou možností k zajištění účelného a účinného využívání svěřených prostředků.

Na úrovni zdravotnických zařízení je dalším stupněm regulace výdajů na léčiva nezastupitelné zajištění výběrových řízení na dodavatele léčiv.

4.5.3. Účelná a racionální farmakoterapie – prosazení do praxe

Na vytváření standardů racionální farmakoterapie, včetně diferenciálně diagnostických postupů navazuje hodnocení racionality předepisování léčiv v praxi a jejich skutečnou efektivitu (klinickou i nákladovou) formou hodnotícího procesu ve smyslu Health Technology Assessment (HTA), který zahrnuje hodnocení nejen inovativních metod, ale i jejich porovnání se stávajícími a v terapeutické praxi již běžně používanými metodami.

Předpokladem využití HTA je nastavení odpovídajícího informačního prostředí a kvalitní zpracovávání údajů o hrazené zdravotní péči.

Potřebné informace o rozsahu a kvalitě hrazené zdravotní péče z jednotlivých zdravotních pojišťoven je nezbytné centralizovat a standardním způsobem využít pro analýzy a regulační nástroje.

Pro prosazení definovaných standardů racionální farmakoterapie do praxe je nezbytná jejich provázanost se systémem hrazení z veřejných prostředků, včetně zajištění účinných kontrolních mechanismů na všech stupních řízení.

V oblasti úhrad léčiv předepsaných při poskytování ambulantní péče byla implementace racionální farmakoterapie, včetně z ní vycházejícího systému úhrad, zahájena. Doposud ale pouze na úrovni kompetence vymezené ministerstvu, bez návaznosti režimu kontroly a plateb jednotlivým smluvním zařízeními zdravotních pojišťoven.

Obdobně, při poskytování ústavní zdravotní péče, jsou ze strany zdravotnických zařízení pouze ojediněle využívány všechny existující možnosti snížení výdajů za potřebná léčiva (např. výběrovým řízením na dodavatele či prostým nahrazením nákladných léčiv identickými, ale levnějšími léčivými přípravky, výběrem distributora...) a zcela výjimečně jsou lékaři motivováni k racionální a účelné farmakoterapii (pozitivní, negativní listy, doporučené léčebné postupy...). Dalším nevyužitým zdrojem informací o předepisování léčiv jsou lékárny. V rámci lůžkových zdravotnických zařízení se klinický farmaceut má standardně zabývat analýzou léčiv předepsaných přijímaným i propouštěným pacientům s cílem upozornit na nevhodné kombinace ve spektru předepsaných léčiv. Při poskytování ambulantní péče lze s výhodou využít tzv. lékové záznamy o pacientech, vedené domovskou lékárnou.

Při hrazení poskytnuté ústavní péče neuplatňují zdravotní pojišťovny jiná než ekonomická kritéria, co značně modifikuje tendenci k účelné a racionální léčbě.

V roce 2002 předkládaná legislativa vymezuje shodně s EU problematiku tzv. „orphans drug“ (sirotčí léky), nedořešena zůstává otázka standardního mechanismu financování takovéto péče, stejně jako vymezení a financování tzv. „vysokonákladové farmakoterapie“.

4.5.4. Informovanost laické a odborné veřejnosti

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.

4.6 Podpora vzdělávání, vědy a výzkumu

System vzdělávání zavede významné změny, které se týkají zejména: pregraduální a postgraduální přípravy, celoživotního vzdělávání, registrace zdravotnických pracovníků a akreditačního řízení.

Výzkumná činnost v působnosti resortu se bude rozvíjet v souladu s připravovaným Národním programem výzkumu.

MZ zabezpečí aktualizaci a dopracování koncepcí zdravotnických oborů. Jednotlivé koncepce budou řešit okruhy problémů dané specifikou jednotlivých oborů.

Na základě závazného dokumentu „Koncepce vzdělávání v krizovém řízení“ (usnesení Bezpečnostní rady státu č. 211 ze dne 15. září 2001) je povinností Ministerstva zdravotnictví zabezpečit krizovou připravenost prostřednictvím výkonu státní správy ve zdravotnictví. Z tohoto úkolu vyplývá i povinnost resortu zabezpečit přípravu vlastních specialistů v oblasti krizové připravenosti. Za tímto účelem lze plně využít resortních vzdělávacích zařízení.

4.7 Příprava vstupu ČR do EU a mezinárodní spolupráce

4.7.1 Dokončení harmonizace práva a budování institucionální kapacity pro úspěšné členství v EU

Jednání o podmínkách vstupu ČR do EU byla uzavřena na summitu EU v Kodani dne 13. 12. 2002, kde také padlo konečné rozhodnutí o přijetí deseti nových států za plnoprávné členy Evropské Unie. V současné době se pracuje na konečném znění Aktu a Smlouvy o přistoupení, která má být podepsána 16. 4. 2003 na Summitu EU v Soluni. Vláda připravila „Souhrn zbývajících legislativních a nelegislativních úkolů České republiky pro vstup do EU“. Z tohoto hlediska je zásadním úkolem ČR včasné přijetí legislativy v oblasti zdravotnických povolání tak, aby se Česká republika mohla zapojit do systému vzájemného uznávání kvalifikací pro usnadnění volného pohybu osob a služeb v EU. Nacházíme se ve fázi dokončení harmonizace legislativy a přípravy na aktivní práci zástupců ČR ve strukturách EU. Efektivní dodržování příslušných právních norem vyžaduje vytvoření nových organizačně-správních struktur a technického vybavení (např. nový systém registrace a vzájemného uznávání kvalifikací). Od podepsání smlouvy o přistoupení se budou zástupci ČR účastnit v pozici pozorovatele jednání veškerých pracovních skupin, stálých i ad hoc výborů, a budou se zapojovat do činnosti orgánů EU při Evropské Komisi a Radě ministrů. Postupné zapojování do Evropských struktur znamená zapojování našich expertů z ministerstva, z našich ústavů a odborných pracovišť do činnosti institucí EU a do programů Evropské Unie „Public Health“ na roky 2003 - 2008 a 6. rámcového výzkumného programu EU. V součinnosti s Ministerstvem pro místní rozvoj jsou hledány možnosti implementace vybraných priorit resortu zdravotnictví pro jejich začlenění v rámci připravovaných regionálních rozvojových programů.

4.7.2 Příprava na koordinaci systému sociálního zabezpečení v rámci EU

Za účelem přípravy k provádění Nařízení 1408/71 EHS a 574/72 EHS pro koordinaci sociálního zabezpečení v EU bylo pro mezistátní vypořádání úhrad zdravotní péče 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 2003 a 2004 budou probíhat jednání s členskými státy EU i budoucími státy EU o způsobu vzájemného vypořádání nákladů na zdravotní péči podle Nařízení 574/72 ES.

S ostatními státy bude ČR pokračovat ve sjednávání a implementaci bilaterálních smluv o sociálním zabezpečení, přičemž se nahrazují nebo vypovídají nevyhovující dohody o poskytování zdravotní péče.

4.7.3 Spolupráce se Světovou zdravotnickou organizací

Zároveň s integrací do Evropské Unie je rozšiřována a zintenzivňována spolupráce ČR s WHO ve všech oblastech odpovídajících nejen pouze zájmům a potřebám českého zdravotnictví, ale celého evropského regionu. Přitom je nutno využívat odborného potenciálu ČR a zapojovat stále více zdravotnických odborníků do přípravy a realizace zdravotních programů. Česká republika bude v následujících letech mít svého zástupce ve Výkonném výboru (EB) WHO a to klade zvýšené nároky na přípravu a prosazování našich představ do globální politiky WHO. Konkrétní bilaterální spolupráce s WHO se rozvíjí na základě smlouvy podepsované každé dva roky, naposledy v únoru 2002. Hlavním úkolem MZ je zajistit dobrou koordinaci a návaznost aktivit a účast českých expertů v programech WHO.

4.8 Informatika

Zdravotnická informatika přestane být pouhým nástrojem pro plnění dílčích úkolů ve zdravotnictví, ale rozvojem svých technologií podstatně ovlivní styl poskytování zdravotní péče a stane se tak součástí poskytování péče občanům státu. Základními oblastmi rozvoje zdravotnické informatiky budou informační systémy lůžkových a ambulantních zdravotnických zařízení, zastřešené Národním zdravotnickým informačním systémem. Nedílnou částí rozvoje bude součinnost s informačními systémy zdravotních pojišťoven, hygienické služby, zdravotních vzdělávacích a vědeckých institucí a lékařských knihoven. Vliv zdravotnické informatiky zasáhne od podpory řízení, rozhodování a provozu zdravotnických zařízení, hromadného zpracování zdravotnických informací, přes komunikaci a sdílení informací mezi zdravotnickými zařízeními, vedení národních zdravotních registrů, resortní statistiky, archivnictví až po podporu projektů kvality, vědy a vzdělávání ve zdravotnictví.

4.8.1 Rozvoj zdravotnické informatiky v oblasti ekonomiky, řízení a organizace zdravotního systému

Cílem pro koncepční období je zajistit další systémový rozvoj a zvýšení kvality Národního zdravotnického informačního systému v oblasti ekonomiky, monitorováním zdrojů a toku finančních prostředků pro účely včasné diagnostiky chybného stavu hospodaření zdravotnických zařízení. Součástí záměru je standardizace a pomoc při rozvoji souvisejících zdravotnických informačních systémů zejména v jejich modulech ekonomických, organizace komplementu, podpůrných služeb, kontaktu se zdravotními pojišťovny, s hygienickou službou apod. Databáze od zdravotních pojišťoven budou významným podkladem pro rozvíjející se projekty kvality poskytované péče ve zdravotnictví. Veliký význam bude kladen na spolupráci při vytěžování cenných datových zdrojů o zdravotním stavu a financování zdravotní péče, spotřebě léčivých přípravků při respektování zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Významná bude rovněž spolupráce při zavádění nového způsobu financování zdravotní péče formou klasifikačního systému diagnostických skupin (DRG).

Dalším důležitým koncepčním záměrem je dobudování vznikajícího informačního systému hygienické služby. Předmětem rozvoje se stane také Národní lékařská knihovna jako jedna z klíčových organizací síťového sdílení informačních zdrojů pro vědu a výzkum. Předpokládá se vybudovat informační systém pro celoživotní vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví včetně distančního vzdělávání prostřednictvím datové sítě.

4.8.2 Rozvoj zdravotnické informatiky v oblasti poskytování zdravotní péče a měření její kvality a efektivity

V této části je rovněž nejdůležitější systémový rozvoj a zvýšení kvality Národního zdravotnického informačního systému. Dotýká se zdravotní části informačních systémů zdravotnických zařízení, sběru a zpracování dat pro zdravotnickou statistiku, zdravotních registrů, přenosu zdravotních dat mezi zdravotnickými institucemi, metody telemedicíny apod. Největší důraz bude kladen na podporu komunikace občana se zdravotním systémem. Dostupnost medicínských informací spolu s dostupností informací o vlastním zdravotním stavu v elektronické formě má převratný vliv na aktivitu, požadavky a roli pacienta. Aktivní role pacienta je nejvýznamnějším trendem současnosti. Její význam bude především v tom, že zajistí zpětnou vazbu, která zvyšuje kvalitu i efektivitu poskytované péče. Předpokládá se nasazení

moderních metod ochrany identifikace pacienta/pojištěnce s využitím čipové karty pojištěnce s cílem zajistit bezpečný přístup k informacím a zprůhlednit financování zdravotní péče. Informovanost bude dále podpořena zřizováním nových telekomunikačních kanálů s informacemi o nejnovějších trendech medicíny, o problematice financování zdravotní péče, o lékařích, nemocích a způsobech poskytování zdravotní péče. K lepší orientaci rovněž přispěje zveřejnění přehledů informačních zdrojů EU. Dalším opatřením ke zlepšení informovanosti pacientů bude zajištění dostupnosti informací o poskytnuté zdravotní péči a její nákladnosti.

4.9 Systém státní podpory rozvoje a obnovy materiálně technické základny zdravotnictví

Investiční politika bude chápána jako nástroj realizace politiky zdravotní s cílem vytvořit podmínky a předpoklady pro dosažení věcných cílů a záměrů v péči o zdraví obyvatelstva a v dosažení zlepšení zdravotního stavu obyvatel ČR.

Přidělování prostředků státního rozpočtu pro investiční akce ve zdravotnictví bude probíhat podle pravidel, stanovených pro finanční plánování reprodukce majetku na programových principech, obsažených v rozpočtových pravidlech a v jejich prováděcích vyhláškách, konkrétně ve vyhlášce MF č.40/2001 Sb.,o účasti státního rozpočtu na financování programů reprodukce majetku.

V průběhu roku 2002 dohodlo MF s MZ programovou strukturu podpor rozvoje a obnovy materiálně technické základny zdravotnických zařízení na období 2003 – 2007, a to jak majetku ve vlastnictví státu, tak i ve všech ostatních sektorech Příslušné programy reprodukce majetku byly zahrnuty do přílohy č. 5 zákona o státním rozpočtu na rok 2003.

Pro léta 2003 –2007 byla schválena následující struktura programů reprodukce majetku, pro které je MZ ČR správcem programu:

Ev.číslo ISPROFIN	Název programu
235010	Rozvoj a obnova materiálně technické základny systému řízení resortu MZ
235020	Rozvoj a obnova mat. tech. základny zdravotnického školství a vzdělávání
235110	Podpora rozvoje a obnovy mat. tech. základny fakultních nemocnic
235120	Podpora rozvoje a obnovy mat. tech. základny nemocnic ve st.vlastnictví
235130	Podpora rozvoje a obnovy mat. tech. základny státních léčebných ústavů
235210	Podpora rozvoje a obnovy mat. tech. základny regionálního zdravotnictví
235310	Podpora rozvoje zdravotní péče
235320	Rozvoj zdravotně sociální péče
235330	Program podpory a ochrany veřejného zdraví

Cílem těchto programů je vytvoření potřebných materiálně-technických podmínek zdravotnických zařízení pro zajištění realizace státní zdravotní politiky. Částečně budou prostředky použity také na dokončení akcí z programů přecházejících z minulých let.

V následující tabulce je uveden přehled výdajů na financování programů reprodukce majetku.

Přehled výdajů na financování programů reprodukce majetku

v mil.Kč

Evid. číslo v ISPROFIN	Název programu	Výdaje státního rozpočtu na financování programu							celkem
		do 31.12. 2001	v roce 2002	v roce 2003	v roce 2004	v roce 2005	v roce 2006	po 1.1. 2007	

A Přehled programů, ve kterých budou dokončeny rozestavěné akce

335010	Výstavba a technická obnova nemocnic, poliklinik a léčebných zařízení	27 240	1 376	911	1 236	407	148		31 318
335020	Vybavení nemocnic, poliklinik a záchranné služby stroji a zařízeními	1 041	525						1 566
335040	Státní podpora humanitárních projektů (drogy, AIDS)	223	23						246
335050	Podpora a technická obnova investičního majetku organizací zřízených	491	109						600
335120	Soubor projektů NPO podle usnesení vlády č. 493	165	31						196
335130	Státní podpora občanských sdružení (HS ČR, VZS, OS)	330	65	11					407
335140	Podpora a technická obnova investičního majetku Národní lékařské kn	26	4						30
335210	Podpora a optimalizace sítě regionálních zdravotnických zařízení	7 021	3 887	2 559	1 576	102	39		15 185
SUM A	Souhrn výdajů na programy	36 538	6 020	3 481	2 812	509	187	0	49 547

B Přehled nové programové skladby na roky 2003 - 2007

235010	Rozvoj a obnova materiálnětechnické základny systému řízení resortu MZ			139	135	217	248	246	984
235020	Rozvoj a a obnova mat. tech. základny zdravotnického školství a vzdělávání			10	38	49	50	34	181
235110	Podpora rozvoje a obnovy mat. tech. základny fakultních nemocnic			376	286	1 320	1 232	930	4 143
235120	Podpora rozvoje a obnovy mat. tech. základny nemocnic ve státním vlastnic	140		154	135	254	230	200	1 113
235130	Podpora rozvoje a obnovy mat. tech. základny státních léčebných ústavů			155	222	245	170	160	952
235210	Podpora rozvoje a obnovy mat. tech. základny regionálního zdravotnictví			544	35	132	185	425	1 321
235310	Podpora rozvoje zdravotní péče			248	172	494	421	308	1 643
235320	Rozvoj zdravotně sociální péče			54	30	51	51	52	238
235330	Program podpory a ochrany veřejného zdraví			21	17	28	30	30	126
SUM B	Souhrn výdajů na programy	0	140	1 702	1 069	2 790	2 617	2 384	10 701

SUM A+B	Výdaje státního rozpočtu na programy kapitoly celkem	36 538	6 160	5 183	3 881	3 299	2 804	2 384	60 249
LIMIT C	Limit výdajů na fin. programů kapitoly		6 160	5 183	3 881	3 299	2 804	2 384	
SUM A+B-C	Rozdíl návrhu resortu a limitu výdajů			0	0	0	0	0	60 249

4.9.1 Hlavní věcné oblasti, na které budou zaměřeny aktivity v oblasti investičního rozvoje

4.9.1.1 Snižování stavební zanedbanosti a rozšíření a obnova technické vybavenosti zdravotnických zařízení v síti

Finanční prostředky budou použity zejména na:

- převedení současného stavu přístrojového vybavení zdravotnických pracovišť využívajících zdroje ionizujícího záření (ZIZ) do stavu, který vyhovuje požadavkům platného znění zákona č. 18/1997 Sb. (atomový zákon) s tím, že nově pořizované ZIZ musí vyhovovat i platnému znění zákona č. 22/1997 Sb. (o technických požadavcích na výrobky) a jejich následné používání ve zdravotnických zařízeních také zákonu č. 123/2000 Sb. (o zdravotnických prostředcích) a prováděcím předpisům uvedených zákonů. Dotačně bude podporována zejména obnova přístrojů fyzicky a funkčně již zastaralých a těch, které opakovaně nevyhověly při zkouškách dlouhodobé stability (ZDS) a jejichž obnova či pořízení jsou nutné jak z hlediska radiační ochrany pacientů a obsluhy ZIZ, tak i pro zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče v daném regionu.
- rekonstrukce a modernizace objektů ZZ s prioritou co nejrychlejšího dokončení rozestavěných akcí. Nové akce budou zahajovány pouze ve výjimečných případech, při splnění následujících podmínek:
 - požadavek bude naplňovat věcný cíl (cíle) zdravotní politiky,
 - investice bude realizována v zařízeních, zařazených do cílové podoby sítě zdravotnických zařízení,
 - bude definováno jasné medicínské zadání, umožňující hodnotit parametry poskytované péče resp. jejich vývoj v důsledku investice,
 - předmětnou zdravotní péči nebude možné zajistit jiným způsobem,
 - na realizaci investice bude existovat konsensus MZ ČR, VZP ČR a ostatních ZP a municipálních orgánů.

Přednostně bude vždy zvažována možnost rekonstrukce stávajících objektů s cílem nalézt právě postačující řešení s minimálními náklady. K výstavbě nových zařízení a objektů bude přistupováno pouze v naprosto ojedinělých případech.

Při přípravě akcí bude důsledně dbáno na to, aby nové investiční akce byly pojímány komplexně, tj. stavební aktivity včetně vybavení potřebnou technologií, zdravotní technikou a

přístroji atd. a nedocházelo tak k budování stavebně nákladných objektů, které však – vzhledem k nedostatečnému vybavení, nejsou schopny plnit svoji funkci.

Současně bude vyžadováno, aby žadatelé o dotaci ze státního rozpočtu – investoři - doložili schopnost krytí nákladů, vyvolaných realizací investice (vč. zajištění odpisů) na základě doložení komplexního ekonomického rozboru a příslušných kalkulací nákladů a výnosů daného subjektu na příslušné období. Bude vyžadována spoluúčast investora na realizaci investice z jeho vlastních zdrojů.

4.9.1.2 Účelné využívání a rozmíst'ování nákladných zdravotnických prostředků

MZ bude pokračovat v dosavadním řešení problematiky umístění (obměny) a provozu vybrané zdravotnické techniky (VZT), jejíž provoz je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, nebo na jejíž nákup je poskytována dotace ze státního rozpočtu v rámci Komise pro posuzování rozmístění přístrojů vybrané zdravotnické techniky na základě Smlouvy o spolupráci při posuzování rozmíst'ování a provozování (obměny) VZT mezi MZ a zdravotními pojišť'ovkami.

Mezi VZT patří: počítačový tomograf (CT), magnetická rezonance (MR), angiografický komplet, terapeutický ozařovač, rtg. simulátor, skiaskopicko-skiagrafický komplet s velkou rozlišovací schopností, scintilační gamakamera, lithotryptor neinvazivní na principu rázové vlny, hyperbarická komora, mamografický rentgen, dialyzační lůžko + monitor, plánovací systém 3D pro radioterapii, rtg dvoufotonový celotělový kostní denzitometr a laser pro transmyokardiální revaskularizaci (TMLR), nově jsou mezi VZT zařazeny systémy pro peroperační navigaci.

4.9.2 Důsledná aplikace zásad programového financování při rozhodování o účasti státního rozpočtu na financování investičních akcí zdravotnických zařízení

Přidělování prostředků SR bude probíhat podle vyhlášky MF č.40/2001 Sb.,o účasti státního rozpočtu na financování programů reprodukce majetku, s důrazem na:

- dodržování zákona č. 199/1994 Sb., o zadávání veřejných zakázek. Konkrétně se jedná o přípravu a realizaci veřejných obchodních soutěží na realizaci dodávek materiálů, strojů a zařízení, technologie, prací a služeb, přístrojů, zdravotnické techniky, ap. a následné smluvní zajištění dodávek v rámci investičních akcí podle výsledků soutěže.

Postupně vytvářet a aplikovat standardy a typová řešení pro rekonstrukce a modernizace ZZ s cílem optimalizovat náklady na realizaci investic a zajistit soulad se standardy EU.

- zlepšení systému řízení vlastní realizace investiční akce aplikací projektového řízení a prováděním průběžné finanční kontroly s cílem včas odhalit a zabránit nevhodnému použití veřejných prostředků resp. jejich použití v rozporu se schváleným účelem .

4.10 Ochrana a podpora veřejného zdraví

Na úseku ochrany a podpory veřejného zdraví byl přijat zákon č. 320/2002 Sb., o změně a zrušení některých zákonů v souvislosti s ukončením činnosti okresních úřadů, který novelizuje zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a definuje novou strukturu hygienické služby. Tím dochází od 1. 1. 2003 k zásadní změně v uspořádání hygienické služby. Ruší se stávající okresní hygienické stanice (zřizované okresními úřady) a městské hygienické stanice. Státní správu v ochraně veřejného zdraví vykonává čtrnáct správních úřadů (krajské hygienické stanice), které mají územní pracoviště v okresech a zároveň se zřizuje čtrnáct zdravotnických příspěvkových organizací tzv. zdravotní ústavy, které mohou mít pobočky v okrese. Všechny krajské hygienické stanice a zdravotní ústavy budou přímo řízeny a financovány Ministerstvem zdravotnictví.

V současné době je vládě ČR předložena novela zákona č. 258/2000 Sb., která směřuje k odstranění nedostatků právní úpravy a k implementaci evropského práva v regulované oblasti.

V oboru ochrany veřejného zdraví včetně nakládání s chemickými látkami a hygieny potravin bude pokračovat aproximace práva Evropských společenství.

Na úseku předcházení vzniku a šíření infekčních nemocí je i nadále cílem dosahovat co nejvyšší proočkovanosti a tím i očekávaného poklesu nemocnosti infekcemi, které jsou očkováním preventabilní. Důležitým úkolem bude pokračovat v realizaci doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) směřujících zejména k dosažení eliminace spalniček do roku 2007 a zpracování programů surveillance poliomyelitidy. Koncem roku 2002 byl zpracován Národní program řešení problematiky HIV/AIDS, který naváže na program stávající a vymezí úkoly pro období let 2003 - 2007.

Bude pokračovat systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí vytvořený na základě usnesení vlády ČR č. 369/91 a jeho rozvoj ve smyslu opatření k realizaci usnesení vlády č. 810/1998 a č. 706/2000.

Jedním z hlavních cílů v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví je právě realizace Akčního plánu zdraví a životního prostředí ČR, který byl schválen usnesením vlády č. 810/1998, závěrů 3. ministerské konference o životním prostředí a zdraví ve smyslu usnesení vlády č. 706/2000 a podíl na implementaci dokumentu WHO „Zdraví pro všechny v 21. století“. Realizace těchto cílů vyžaduje spolupráci více ministerstev a krajských úřadů. Očekávaným důsledkem těchto koncepcí a programů je vytvoření podmínek pro zlepšování zdraví a životního prostředí specifikovaných pro jednotlivá léta v návaznosti na koordinační a kontrolní funkci Rady pro zdraví a životní prostředí jako poradního orgánu vlády pro oblast zdraví a životní prostředí s meziresortní působností.

Dosavadní výsledky svědčí o přínosu pro tyto oblasti, a to jak na úseku legislativním, tak dalších opatření, včetně integračního procesu do Evropské unie a mezinárodních závazků. Vláda svým usnesením č. 706/2000 tuto oblast přijala jako svoji prioritu. Uvedené dokumenty mají i regionální rozměr, zejména pokud jde o spolupráci orgánů ochrany veřejného zdraví s územními samosprávnými celky při přípravě lokálních plánů zdraví a životního prostředí.

Dalším cílem je zajištění úkolů vyplývajících nejen ze zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ale i zákona o potravinách, včetně přípravy a novelizace příslušných prováděcích předpisů, zákona o nakládání s geneticky modifikovanými organismy, novelizovaného zákona o odpadech, novely zákona o ochraně ovzduší, zákona o posuzování vlivů na životní prostředí a další.

4.11 Omamné, psychotropní látky a jejich přípravky, prekursory, pomocné látky a chemické látky

Ze zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů ve znění pozdějších předpisů, vyplývají pro Ministerstvo zdravotnictví nové úkoly.

V období let 2002 – 2006 je nutno se soustředit hlavně na:

- prohloubení kontrolní činnosti Inspektorátu OPL u subjektů, kterým vydává povolení k zacházení,
- metodické vedení kontrolní činnosti krajských úřadů a s tím související vypracování metodiky kontrolní činnosti pro inspektory těchto úřadů a jejich školení,

- spolupráci s orgány OSN, s kompetentními orgány zemí dovozců a vývozců návykových látek, prekursorů a pomocných látek a s orgány EU, a to i v případech zpřísnění kontrolních mechanismů, které nevyplývají z mezinárodních úmluv, ale byly by dohodnuty na jednáních těchto orgánů,
- spolupráci se zainteresovanými resorty v ČR (MV, MF, MPO a MZe).

V oblasti chemických látek a přípravků bude MZ i nadále plnit úkoly spojené s registrací nových chemických látek podle zákona č. 157/1998 Sb., o chemických látkách a chemických přípravcích a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Od července 2002 plní MZ rovněž úkoly vyplývající ze zákona o biocidech, tj. zejména vydávat povolení pro uvádění biocidních přípravků a jejich účinných látek na trh. Tento zákon transformující směrnici 98/8/ES je publikován pod číslem 120/2002 Sb., a nabyl účinnosti dnem 1. 7. 2002. MZ spolupracuje s MŽP na přípravě nového zákona o chemických látkách a chemických přípravcích a navazujících prováděcích předpisů. Hlavním cílem těchto právních předpisů je zvýšená ochrana životního prostředí a zdraví lidí spolu s odstraněním překážek obchodu se zeměmi Evropské unie.

V oblasti protidrogové politiky ministerstvo naplňuje vládou schválenou koncepcí meziresortní protidrogové politiky do roku 2005. Hlavní důraz je zaměřen na sekundární prevenci – substituční léčbu, léčbu komplikací a harm reduction. V oblasti primární prevence je to výchova zdravotnického personálu k předcházení poškození zdravotního stavu při kontaktech s problémovými uživateli drog.

4.12 Prevence a podpora zdraví, Program Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny v 21. století“

4.12.1 Implementace programu „Zdraví pro všechny v 21. století“

Oblast prevence řeší ochranu před negativními důsledky špatného životního prostředí a nevhodného životního stylu (nevhodná výživa, užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku, nedostatek fyzické aktivity, nadměrný stres aj.). Jejím cílem je posilování kladného postoje společnosti ke zdravému životnímu stylu a snižování neúčelné poptávky po zdravotnických službách. Realizace tohoto cíle je podmíněna vymezením kompetencí a úzkou spoluprací zainteresovaných resortů. Úkolem MZ je identifikace rizik, poskytování odborných

podkladů pro odpovídající opatření a vytvoření podmínek pro zabezpečení a rozvoj podpory zdraví. Tato oblast bude řešena prostřednictvím „Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století“, který je rozpracováním strategie WHO a byl přijat usnesením vlády ČR č. 1046 ze dne 30. 10. 2002.

Řízení, koordinaci a kontrolu úkolů vyplývajících z tohoto programu bude zajišťovat 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.

Usnesením vlády č. 1046 bylo dále uloženo ministrům 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 střednědobého výhledu, a dále předložit ministryni zdravotnictví vždy do 30. června každého kalendářního roku zprávu o plnění dílčích úkolů a aktivit vyplývajících z Programu za předchozí kalendářní rok s tím, že první zpráva bude ministryni zdravotnictví předložena do 30. června 2004.

4.12.2 Preference oblasti primární a integrované komunitní péče jako nástroje zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a kvality poskytované zdravotní péče

V rámci dalšího koncepčního rozvoje péče o zdraví je nutné se zaměřit na rozpracování problematiky a návaznosti integrované primární a komunitní péče, jejímž prostřednictvím bude dosaženo větší efektivity a humanizace poskytované zdravotní a zdravotně-sociální péče a to i z pohledu zajištění prevence a podpory zdraví.

4.13 Oblast zdravotně sociální péče

Ministerstvo zdravotnictví zajišťuje oblast zdravotně sociální péče jednak podporou nových nebo nedostatečně rozvinutých forem zdravotní péče jako je hospicová péče, domácí péče a jednak podporou aktivit zdravotně postižených a chronicky nemocných občanů. Realizuje dotační programy zaměřené na rozvoj zdravotně sociální péče.

Díky dotační politice MZ zaměřené na edukaci zdravotně postižených a chronicky nemocných dochází k zefektivnění léčby, omezení sekundárních následků zdravotního postižení, zvýšení kvality života zdravotně postižených občanů i úspoře výdajů ze státního rozpočtu.

Demografický vývoj si vyžaduje zřízení nástroje, který by podporoval řešení problematiky stárnutí v resortu MZ. Bude jím specifický dotační program, který bude konkrétním příspěvkem MZ k plnění Národního programu přípravy na stárnutí na období 2003 –2007.

Ministerstvo zdravotnictví bude spolupracovat s Ministerstvem práce a sociálních věcí na provázání aktivit obou resortů v otázkách problematiky stárnutí a návaznosti zdravotní a sociální péče.

4.14 Podíl resortu zdravotnictví na plnění úkolů bezpečnostní politiky státu

V návaznosti na schválenou novelu Bezpečnostní strategie ČR bude třeba přijmout opatření a novelizovat navazující specializované dokumenty k zabezpečení záchrany životů, poskytování zdravotní péče a ochrany veřejného zdraví v souladu se základní listinou práv a svobod občanů, zejména v oblasti připravenosti resortu na řešení mimořádných událostí, krizových stavů, teroristických útoků a projevů extremismu.

Dále je nutné zpracovat metodické postupy a typové listy k řešení zdravotnických opatření, zejména rizik průmyslových havárií, živelních událostí, epidemií, pandemií, ekologickým nebezpečím, rizikům terorismu a projevům extremismu.

Eliminovat rizika spojená s vědeckým bádáním zejména v oblasti genetiky, lékařství a dalších oborů v souvislosti s hrozbou zneužití výsledků těchto činností.

Posilovat celostátní systém krizového řízení a připravenosti, v jehož rámci bude možné řešit krizové situace na území ČR i v zahraničí a na spolupráci při mezinárodních záchranných a humanitárních akcích, včetně materiálních prostředků a služeb.

Mezi stanovené bezpečnostní zájmy ČR patří ochrana veřejného zdraví, činnost integrovaného záchranného systému (zdravotnické složky), krizové řízení resortu zdravotnictví, ale i zvyšování úrovně zdravotnické péče.

4.14.1 Krizové řízení

V součinnosti s orgány krizového řízení České republiky (vláda, ministerstva a jiné ústřední správní úřady, Česká národní banka, orgány krajů, orgány obcí) a nestátními a neziskovými organizacemi přijmout reálná opatření navazující na zkušenosti z řešení proběhlých mimořádných a krizových událostí (teroristické útoky, mimořádné situace, velké havárie, povodně, případně další přírodní a technické katastrofy).

Novelizovat zdravotnickou koncepci krizového řízení a vytvářet systém zdravotnické pomoci obyvatelstvu za krizových situací a při mimořádných událostech.

Účinně se podílet na posilování celostátního systému krizového řízení a připravenosti, v jehož rámci bude možné řešit krizové situace na území ČR i v zahraničí a na spolupráci při mezinárodních záchranných a humanitárních akcích.

Při přípravě na řešení krizových situací stanovit zdravotnickou infrastrukturu, která bude souhrnem zdravotnických zařízení a činností k zabezpečení a udržení odpovídající úrovně zdravotní péče a ochrany veřejného zdraví v souladu s potřebami obyvatelstva a Armády ČR na území státu.

Přesně specifikovat úkoly resortu při poskytování zdravotní péče v oblasti krizového, havarijního, civilního nouzového a vojenského obranného plánování.

Zdokonalovat a rozvíjet technické a organizační předpoklady pro činnost krizového štábu Ministerstva zdravotnictví a podílet se na práci Ústředního krizového štábu ČR.

Zdokonalovat systém zdravotní pomoci obyvatelstvu při použití zbraní hromadného ničení zejména v oblasti zdravotní péče o osoby radiačně ozářené, postižené chemickými a biologickými vlivy, včetně vybudování dosud chybějících potřebných kapacit k izolaci osob infikovaných vysoce nakažlivými agens v zařízeních se stupněm zabezpečení BL3.

Ve spolupráci s ostatními správními orgány vypracovat návrhy účinných opatření k zamezení projevů extremismu.

4.14.2 Integrovaný záchranný systém

Zdokonalovat schopnost zdravotnických složek Integrovaného záchranného systému a v součinnosti s ostatními složkami systému účinně zasáhnout v případě mimořádných událostí, zejména hromadného postižení na zdraví v důsledku radiačních havárií, epidemií, úniku toxických chemických a biologických látek, technických a technologických havárií a živelních pohrom.

Zajistit činnost koordinačního centra zdravotnických záchranných služeb pro krizové stavy jako součást krizového štábu Ministerstva zdravotnictví, které bude prostřednictvím Územních středisek zdravotnické záchranné služby řídit zdravotnickou záchrannou službu v případech, kdy mimořádná událost přesahuje rámec působnosti nebo je to nutné z odborných, popřípadě z kapacitních důvodů.

Dořešit systém poskytování přednemocniční neodkladné péče vykonávané v rámci působnosti krajů prostřednictvím Zdravotnické záchranné služby v návaznosti na Lékařskou službu první pomoci podle standardu veřejné zdravotnické služby v přednemocniční péči.

Zpracovat a realizovat koncepci Letecké zdravotnické záchranné služby v souladu s evropskými předpisy JAR–OPS 3 upravující leteckou dopravu v rámci Letecké zdravotnické záchranné služby (HEMS).

Vytvořit systém zajištění ambulantních (sekundárních) letů na území ČR a Evropy klasickými letouny, který by vytvářel vazbu mezi provozem vrtulníků a křídlatých letounů s cílem zefektivnění a zekonomičtění Letecké zdravotnické záchranné služby.

V návaznosti na efektivitu Letecké zdravotnické záchranné služby zpracovat harmonogram výstavby odpovídajících heliportů a přistávacích ploch při nemocnicích, zejména pak při vytvořených traumatologických centrech. Stanovit celoplošný systém výkonu Letecké zdravotnické záchranné služby na neziskovém principu.

Podporovat rozvoj uznaných záchrannářských organizací (Horská služba, Vodní záchranná služba a dalších) plnicích úkoly při záchraně životů, ochraně zdraví a poskytování pomoci raněným a nemocným.

4.15 Vnitřní audit a kontrolní činnost v resortu

Hlavním cílem bude v tomto období kontrolovat účelnost, oprávněnost a hospodárnost vynakládání prostředků poskytovaných z veřejných zdrojů při hospodaření zdravotnických zařízení, zadávání veřejných zakázek a evidenci a vedení majetku v účetnictví jednotlivých zdravotnických zařízení. Důsledně bude vyhodnocována přesnost a úplnost evidence kontrolovaných hospodářských činností a dokumentace příslušných rozvojových programů a dále programů reprodukce majetku. Při vlastní činnosti bude dbáno na důsledné uvedení odpovědných osob vedle zjištěných nedostatků. V případě závažných zjištění bude navrhováno personální zkvalitnění a bude vyvozována osobní odpovědnost.

Návrhy, obsažené v tomto dokumentu byly vypracovány na základě požadavku vlády, aby ve spolupráci s orgány krajů byla zefektivněna kontrola financování zdravotnických lůžkových zařízení.

Kontrolní činnost v resortu bude v zásadě prováděna ve třech časových horizontech s tímto zaměřením:

- stanovení krátkodobých cílů pro vnitřní audit zdravotnického zařízení s okamžitým finančním efektem úspor
- kontrola reálnosti střednědobých cílů jednotlivých zdravotnických zařízení zpracovaných jejich managementem ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví, krajskými úřady a zdravotními pojišťovnami – např. společné předběžné přehodnocení generelu (plánu rozvoje) a přehodnocení připravovaných zdravotnických zařízení nebo jeho zpracování, s ohledem na dosažitelné finanční prostředky z dotací Ministerstva zdravotnictví či dotací od krajských úřadů na roky 2004 až 2006, s předpokladem podstatného zlepšení platební morálky pojišťoven apod.
- kontrola reálnosti stanovení dlouhodobých cílů jednotlivých zdravotnických zařízení zpracovaných jejich managementem ve spolupráci se zřizovateli a zdravotními pojišťovnami – např. inovace generelu (plánu rozvoje) zdravotnických zařízení s ohledem na reálné prognózy dosažitelných finančních prostředků z dotací zřizovatelů, efektivního využití vlastních zdrojů, předpokládanému objemu zdravotních výkonů od roku 2004 do roku 2006.

4.15.1 Audit a kontrolní činnost budou prohloubeny a zaměřeny do těchto oblastí:

- hospodaření s majetkem

zejména na pohledávky, jejich penalizaci a jejich zajištění. Dále na pronájmy majetku a promítání příslušných provozních nákladů nájemcům

- hospodaření s rozpočtovými prostředky státního rozpočtu

v této oblasti zejména na prodlužování výstavby a prodražování investičních akcí, nekvalitně uzavírané obchodní smlouvy s dodavateli bez souhlasu správce rozpočtu a zřizovatele.

Dále v této oblasti na řádné rozpočtové a projektové doklady k navyšování rozpočtu dodávek

- zadávání veřejných zakázek

- finanční hospodaření a ekonomické řízení na zpracování řádně vybilancovaných finančních plánů v části příjmů a výdajů. Dále na oprávněnost poskytování záloh dodavatelům, vstupní cenové kontroly na realizované dodávky léků a zdravotnického materiálu

- kontrola oprávněnosti výše poskytnutých dotací ze státního rozpočtu s ohledem na výsledky hospodaření zdravotnických zařízení

Ministerstvo bude po realizovaných kontrolách dále koordinovat vydávání příslušných řídicích norem a přijímání nápravných opatření s okamžitým efektem úspor a odstranění zjištěných nedostatků. Bude důsledně vyžadováno provádění potřebných organizačních změn u kontrolovaných subjektů při zjištění systémových závad při řízení v kontrolovaném subjektu, jejichž konečný efekt by měl zabránit nehospodárnosti a postupně snižovat vysokou nákladovost zdravotnických zařízení a jejich celkové zadlužení.

4.15.2 Usměrnění kontrolní činnosti krajských úřadů z úrovně Ministerstva zdravotnictví vůči zdravotnickým zařízením s cílem odstranění zadluženosti a ztrátovosti

- spolupráce příslušných odborů Ministerstva zdravotnictví při zpracování plánu kontrol k prověření zdravotnických zařízení a při výběru kontrolovaných činností
- zajišťování rozhodujících prověrek k oprávněným požadovaným úhradám za zdrav. péči ze strany zdrav. pojišťoven a jejich poboček vůči zdravotnickým zařízením - uplatňování kontrolních mechanismů s cílem zabezpečit požadovaný a předem určený rozsah specializované zdrav. péče a lůžkové péče jako věcné parametry závazné pro jednotlivá zdravotnická zařízení
- plnění zřizovatelských funkcí krajem na úsecích, zejména:
 - investic, využívání disponibilního objemu mzdových prostředků, zajišťování fondového hospodaření a majetkových povinností, zajišťování finančně rozpočtových povinností a finančních plánů.

Kontrolní činnost bude prováděna koordinovaně s dalšími kontrolními orgány, zejména NKÚ a kontrolními orgány krajů a zdravotnických zařízení. Kontrolní činnost bude důsledně zajišťována ve spolupráci s věcně příslušnými útvary Ministerstva zdravotnictví.

Budeme se důsledně zaměřovat na podporování výměny myšlenek a zkušeností mezi resorty a kontrolními institucemi EU ve sféře veřejné finanční kontroly s cílem zkvalitnit analýzu veřejných výdajů a jejich řádného využití.

5. Vnitřní správa resortu

V resortu zdravotnictví, podobě jako v jiných resortech, probíhá modernizace chodu státní správy, na všech úrovních řízení. Státní správa se musí přizpůsobit podmínkám přenosu kompetencí na nově vzniklé územně správní celky a tyto subjekty účelně zařadit do rozhodovacích procesů.

Ministerstvo zdravotnictví připravuje systém vzdělávacích akcí pro pracovníky v řídicích funkcích i pracovníky na administrativních pozicích nejen na ministerstvu, ale i v ostatních orgánech státní správy zasahujících do resortu zdravotnictví, aby zdravotní politika a cíle, dané touto koncepcí byly chápány a realizovány ve stejném duchu na jednotlivých úrovních státní správy i v jednotlivých regionech. Tento systém odborného vzdělávání administrativních pracovníků v resortu je nedílnou součástí jejich profesního a kariérního růstu.

Koncepcí ministerstva zdravotnictví je, přes požadavky celku, reflektovat potřeby krajů. Tato zpětná vazba pomáhá systémovým a účinným řešením. Proto je při práci jednotlivých komisí vždy povinně zohledněna i účast pověřených zástupců regionů. Příprava koncepčních materiálů tak může více odrážet potřeby praxe a vhodně naplňovat Programové prohlášení vlády.

6. Závěr

Předložený koncepční materiál identifikuje soustavu silných a slabých stránek, příležitostí a ohrožení. Z nich se potom odvíjejí základní cíle rozvoje zdravotnictví, především ve střednědobém horizontu, a nástin konkrétních kroků, jimiž budou tyto cíle realizovány.

Jde především o to, aby byly podporovány ty pozitivní trendy, které se již dnes zřetelně projevují, a aby byly utlumeny ty negativní. Současně skutečnost probíhající reformy veřejné správy akcentuje legislativní, ekonomické i zdravotní aspekty sítě zdravotnických zařízení. S tím je spojen i obsah veřejného zdravotnictví hrazený z veřejného zdravotního pojištění, neboť zde jde o ingerenci veřejné správy.

Rozsáhlým komplexem problémů jsou úhrady zdravotní péče, neboť zdaleka nejsou dořešeny regulační mechanismy, které by zajišťovaly bilanční rovnováhu mezi zdroji a potřebami. Za významnou změnu považujeme zavedení klasifikace pacientů podle relevantních skupin

diagnóz a tomu adekvátní objektivizaci úhrad. Zahraniční zkušenosti ukazují, že tyto úhradové systémy mají na bilanční rovnováhu pozitivní vliv.

Záměry v oblasti financování jsou koncipovány tak, aby byly konzistentní s principy reformy veřejných financí. Především se jedná o posílení vazby finančních zdrojů na poskytnutou zdravotní péči, účelnosti a hospodárnosti v oblasti investic atd. Uvažujeme s nižší dynamikou růstu výdajů státního rozpočtu a zdravotního pojištění než v posledních letech.

Významnou změnou, která bude mít i ekonomické dopady, je náš vstup do EU. Proto je jeho souvislostem věnována zvláštní pozornost.