



## **Příslib ministra zdravotnictví ČR o úpravě poměrů ve zdravotnictví 3. února 2011**

**Ministr zdravotnictví ČR předkládá tento příslib o úpravě poměrů ve zdravotnictví:**

### ***Preambule***

- Ministr zdravotnictví citlivě vnímá požadavky nemocničních lékařů na zlepšení platových poměrů, na zlepšení pracovních podmínek, zejména s ohledem na vysokou zátěž a množství přesčasové práce. **Na základě tohoto příslibu se ministr zdravotnictví ČR zavazuje** navrhnout uspokojivé řešení financování nemocničních lékařů v rámci zdravotnického systému při zachování stability současného objemu financování zdravotnictví. Předložený materiál je proto návrhem na řešení požadavků z vnitřních zdrojů zdravotnictví, protože spolehlivé navýšení zdrojů z vnějšku nelze v nejbližších dvou letech očekávat s ohledem na komplexnost systému, který si vyžaduje zásadní a razantní reformy, tak aby se stávající návrh řešení stal základem pro budoucí systémové změny ve zdravotnictví pro zlepšení pracovních podmínek zdravotnického personálu.
- Vzhledem k odstartování prvních reformních kroků a provedení všech potřebných příprav pro nelegislativní i legislativní změny v r. 2011 vytvořilo Ministerstvo zdravotnictví prostor pro zvýšení finančních zdrojů nemocnic zařazených do sítě poskytovatelů akutní nemocniční péče, který by měl zahájit éru intenzivnějšího nárůstu platové úrovně všech zdravotnických pracovníků. V tomto roce bude převažovat řešení problematiky lékařů, i když nároky na navýšování platů všech zdravotnických pracovníků jsou rovněž opodstatněné.
- Reformní kroky, které povedou k mobilizaci zdrojů pro další navýšování platů zdravotníků, budou směřovat primárně ke zvýšení efektivity celého zdravotnického systému i jednotlivých nemocnic.
- Reforma zdravotnictví bude směřována k vytvoření základních úhradových standardů, které zajistí bezúplatnou péči pro všechny občany v rozsahu a kvalitě, která bude vnímaná jako spravedlivá, zajišťující všechny důležité potřeby pacientů a odpovídající moderní medicíně.
- Jasná definice nárokových standardů umožní vytváření prostoru pro legální spoluúcast - připlácení na vyšší standard zdravotní péče. To spolu se sociálně citlivou spoluúcastí na banální péči, otevře prostor pro vznik zdravotního připojištění. Jeho výší a rozsahem nabízených služeb si budou moci zdravotní pojišťovny konkurovat, aniž by byla ohrožena standardní úroveň zdravotnictví.
- Vnitřní zdroje pro navýšování platů zdravotníků budou dále hledány ve spravedlivé alokaci prostředků veřejného zdravotního pojištění (v.z.p.) a v regulaci rozvoje medicíny, vstupu nových technologií a v limitaci výstavby nových kapacit pro poskytování péče.
- Důsledně bude dbáno na boj s veškerými formami korupce, která ve zdravotnictví deformuje jak obchodní vztahy, tak vlastní poskytování péče.

## **Přehled klíčových opatření Ministerstva zdravotnictví**

### **1. Úprava úhradové vyhlášky**

#### Řešení:

Ministerstvo zdravotnictví bude iniciovat novelu vyhlášky č. 396/2010 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011 (dále jen „úhradové vyhlášky“), Tato změna bude znamenat navýšení úhrad ve prospěch akutní nemocniční péče o 2 procentní body, což bude znamenat celkové navýšení paušálu nemocnicím o cca 2 mld. Kč, tj. na hodnotu 100% úhrad v r. 2009 při zachování stanovených podmiňujících parametrů úhradové vyhlášky.

Objem tzv. centrové péče (úhrada za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely označené symbolem „S“ podle § 29 odst. 2 vyhlášky č. 92/2008 Sb.) bude v roce 2011 zastropován na úrovni 100% roku 2010.

Částka 2 mld. Kč bude pokryta z rezerv zdravotních pojišťoven a úsporami zdravotních pojišťoven v oblasti smluvní politiky. Částka 2 mld. Kč bude použita na zvýšení platů a mezd (dále jen „platů“). Následně bude v nemocnicích posílena i o prostředky vyplývající ze zvýšení regulačního poplatku za ošetrovací den.

Vzhledem ke zvýhodnění nelékařských pracovníků v letech 2009 – 2010 doporučí ministerstvo ředitelům přímo řízených nemocnic a zároveň požádá hejtmany o podobné doporučení pro nemocnice zřizované kraji, provést dočasná mzdová opatření v roce 2011. Opatření by měla směřovat výše uvedené získané finanční prostředky do platů dosud cíleně nezvýhodňovaných zdravotnických pracovníků. Cílem v roce 2011 je převážně posílit platy lékařů.

#### Termín:

Návrh vyhlášky předloží Ministerstvo zdravotnictví vládě do 28. 2. 2011

### **2. Doporučený způsob realizace navýšení platů lékařů**

#### Řešení:

Ministerstvo zdravotnictví v souladu s úpravou úhradové vyhlášky v bodě 1. doporučí svým přímo řízeným organizacím k realizaci následující úpravu platů lékařů. U lékařů zařazených do 11. a 12. platové třídy navýšení osobního příplatku v průměru o 5000,- Kč měsíčně, u lékařů zařazených do 13. platové třídy v průměru o 6500,- Kč měsíčně a u lékařů zařazených do 14. nebo vyšší platové třídy v průměru o 8000,- Kč měsíčně. Ministerstvo zdravotnictví vyzve hejtmany krajů a další zřizovatele nemocnic, aby obdobným způsobem postupovali v rámci jimi zřizovaných nemocnic. Zařízení blízkí se ve výši odměňování již v současné době cílům, které si stanovil LOK, k dalšímu navýšování platů nucena nebudou.

#### Termín:

Vypracování návrhu do 28. 2. 2011

### **3. Úprava tarifů (platových tabulek)**

#### Řešení:

Pokud se bude efektivita zdravotnického systému zvyšovat v souladu s reformními kroky, bude připraven návrh úpravy tarifů. Cílem je dosáhnout již pro rok 2012 navýšení průměrného platu lékaře minimálně na výši 60000,- Kč/ měsíc, tj. na poměr 2,5:1 vůči dnešní průměrné mzdě v ČR. Je to nárůst platu lékaře v průměru cca o 12000,- Kč oproti stávajícímu stavu, při dosažení podmínky limitace objemu přesčasové práce na úroveň očekávaného evropského standardu (maximum 8 hodin přesčasové práce týdně). Analogicky s tím bude zajištěn nárůst platů i u ostatních zdravotnických pracovníků.

#### Termín:

Návrh do 31. 10. 2011

Účinnost od 1. Q 2012 ve vazbě na zdroje mobilizované ve zdravotnickém systému.

### **4. Úprava personálních normativů pro poskytování lůžkové péče**

#### Řešení:

Ve spolupráci s Českou lékařskou komorou, Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně, Českou asociací sester, o.s. (dále ČAS) a Radou poskytovatelů bude dopracována vyhláška o personálních normativech pro lůžkovou péči tak, aby požadavky na personální vybavení pracovišť byly zrealizovány. Redukce počtu lékařů by se měla dotknout zejména pohotovostních služeb. Tam, kde následně dojde k omezení počtu služeb, se platy nebudou krátit, což samo o sobě a bez ohledu na další navyšování mzdových fondů povede ke zvýšení hodinového platu lékařů. Dojde tak i ke snížení počtu přesčasových hodin.

#### Termín:

Vypracování návrhu do 31. 5. 2011

Předpokládaná účinnost od 1. 9. 2011

### **5. Úprava mechanismu přerozdělení**

#### Řešení:

Stávající přerozdělovací mechanismus vybraného zdravotního pojistného nepokrývá dostatečně rozdíly v nákladech zdravotních pojišťoven s ohledem na zdravotní zatížení kmene pojištěnců.

Ministerstvo zdravotnictví zváží zavedení mechanismu, který bude přerozdělení modifikovat tak, aby lépe pokrývalo zatížení pojistných kmenů zdravotním stavem, pravděpodobně dle modelu zohledňujícího morbiditu. Nastavení parametrů pro první období nového přerozdělování bude provedeno dočasně tak, aby došlo k výraznějšímu dopadu na pojišťovny, které disponují přebytky na základním fondu nad rámec úspor z racionálního hospodaření.

Ministerstvo nepokládá za vhodné řešit problém přebytků (cca 10 mld. Kč) na základních fondech zdravotních pojišťoven násilně a jednorázově, tj. jejich přesunem do algoritmu přerozdělování. Jak cesta úpravy vyhlášky, tak speciální zákon o přerozdělení přebytků na fondech či jejich zdanění přináší riziko neústavnosti takových kroků.

Termín:

Vypracování návrhu do 30. 6. 2011

Předpokládaná účinnost od 1. 1. 2012

## **6. Kultivace Seznamu výkonů s bodovými hodnotami**

Řešení:

Disproporce bodových hodnot výkonů jednotlivých odborností v Seznamu výkonů je kritizována od vzniku veřejného zdravotního pojištění v České republice a dlouhodobě vede k anomálním motivačním mechanismům při vzniku sítě poskytovatelů a deformování soutěže o zdroje mezi poskytovateli. Práce na narovnání proporcí seznamu již započaly.

Cílem kultivace seznamu je odstranění systémových nespravedlností (nevhodná struktura některých výkonů, neodpovídající časy výkonů, neopodstatněné náklady, chybějící valorizace jednotlivých položek kalkulačního vzorce aj.). Zároveň bude vytvořeno softwarové prostředí, které umožní zařazení nových výkonů transparentním způsobem při respektování relací. Dále systém umožní modelaci dopadů úprav výkonů v jednotlivých položkách, jako navyšování mezd, režijních nákladů aj.

Postupně budou definované výkony, ke kterým existuje ekonomicky náročnější varianta, např. v oblasti přímo spotřebovaného materiálu apod., a Seznam výkonů se tak stane prvním podkladem pro definování úhradových standardů. Cílem úprav Sazebníku tak je nejen vytvoření reálných cen výkonů, hrazených z fondů v.z.p., ale v neposlední řadě i otevření možnosti definovat ceny a podmínky úhrad pojištěnce za nadstandardní situace.

Změny Seznamu výkonů s bodovými hodnotami budou realizovány ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami, s Českou lékařskou komorou, Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně, ČAS a Radou poskytovatelů.

Termín:

Návrh do 30. 6. 2011

Předpokládaná účinnost od r. 2012

## **7. Úhradová vyhláška pro r. 2012**

Řešení:

Ministerstvo zdravotnictví zahájí práce na modelacích úhradové vyhlášky nejpozději v dubnu 2011. Jejím cílem bude jednak respektování dlouhodobé vyváženosti poměru objemu zdrojů mezi segmenty, zároveň však bude brát v úvahu i výhledové potřeby rozvoje celého komplexu poskytování péče.

V segmentu poskytovatelů akutní lůžkové péče bude zvolen model preferující úhrady typu „peníze následují pojištěnce“. Předpokládá se, že v úhradách bude dominovat DRG s jednotnou základní sazbou pro všechny zdravotní pojišťovny i pro všechny akutní nemocnice bez ohledu na velikost a zřizovatele.

S pomocí restrukturovaného Seznamu výkonů i úhradové vyhlášky bude podporován přesun hospitalizovaných pacientů do jednodenní, ambulantní a domácí péče.

Nastavení úhrady pro akutní nemocniční péči bude zdrojem tlaku na restrukturalizaci nemocniční sítě. Předpokládá se, že při větším podílu výkonového financování, které reprezentuje DRG, se reálně naplní právo pacienta volit si svobodně poskytovatele péče, což systém paušálních plateb dlouhodobě brzdil.

Termín:

Vypracování návrhu do 30. 9. 2011

Předpokládaná účinnost od 1. 1. 2012

## **8. Redukce lůžkového fondu akutní nemocniční péče o 10%**

Řešení

Proporce akutní a dlouhodobé lůžkové péče v České republice je na rozdíl od většiny evropských zemí nevhodně orientována směrem k akutní péči. Zmenšení počtu akutních lůžek je dlouhodobě považováno za potřebné. Přímými administrativními zásahy, koordinovaným postupem Ministerstva zdravotnictví, krajů a zdravotních pojišťoven by měl být již v roce 2011 připraven plán uzavření nejméně potřebných stanic, oddělení i celých nemocnic. Tento plán bude konzultován s Českou lékařskou komorou, ČAS a Radou poskytovatelů. Další redukce akutních lůžek bude následovat postupně po aplikaci nové úhradové vyhlášky (viz bod 6.) od r. 2012. Část uzavřeného akutního lůžkového fondu bude převedena na lůžka následné péče a na lůžka zdravotně sociální péče, jejíž rozvoj lze očekávat po jasném legislativním zakotvení, které bude navrženo do konce roku 2011.

MZ ČR posune účinnost vyhlášky č. 221/2010 Sb. k 1. 1. 2013. Jedná se o vstřícný krok k poskytovatelům zdravotní péče, který povede k celkovým úsporám při racionalizaci poskytování zdravotní péče v návaznosti na redukcí fondu akutních lůžek.

Termín:

Zahájení prací ihned, první návrhy do 30. 4. 2011

Ukončení procesu restrukturalce sítě nejdříve po r. 2012

Posunutí účinnosti vyhlášky č. 221/2010 Sb. Ministerstvo zdravotnictví předloží návrh do 31. 3. 2011

## **9. Omezení vstupů nových technologií**

Řešení:

V oblasti léků, materiálů, přístrojů a nových postupů bude zavedena regulace, která zamezí vstup prostředků bez průkazu jejich vyšší medicínské efektivity oproti dosud používaným.

Termín:

Vypracování návrhu do 30. 6. 2011

## **10. Protikorupční opatření**

Řešení:

Ministerstvo zdravotnictví již vyhlásilo protikorupční strategii jak pro vlastní úřad, tak pro státem řízené organizace, včetně nemocnic. Kraje budou vyzvány k tomu, aby jimi zřizované nemocnice nastavily stejný postup. Protikorupční opatření se soustřeďují nejen na transparentní pravidla nákupů a zvýšený dohled nad managementem jednotlivých zařízení, ale i na mechanismy ovlivňování manažerů nemocnic a vedoucích pracovníků zdravotnických oddělení, klinik a jednotlivých lékařů dodavateli léků a zdravotnických prostředků.

Jasně definování nároku pacienta postupně omezí prostor pro šedou ekonomiku a omezí některým lékařům možnosti nelegálním způsobem posilovat své příjmy.

Protikorupční opatření by měla přinést snížení nákupních cen a nákladů nemocnic. Dále přispěje ke snížení úniků v oblasti lukrativních a nadstandardních postupů v oblasti šedé ekonomiky vázané na lékaře a povede ke zvýšení příjmů nemocnic umožněním příplatků za nadstandardní péči. To vše povede ke zvýšení nemocniční efektivity a zvýšení prostoru pro lepší odměňování zdravotníků.

Termín:

Protikorupční opatření již vydána.

#### **11. Vytvoření lepší struktury manažerských informací a zlepšení alokace finančních zdrojů v celém zdravotnickém systému**

Řešení:

Manažerské řízení celého zdravotnictví je nyní velmi obtížné především díky nedostatečnému rozvoji informačních technologií, který znemožňuje snadnou integraci dat zdravotních pojišťoven a statistických dat, sbíraných Ústavem pro zdravotnické informace a statistiku (ÚZIS). Během prvního pololetí bude definována struktura základního datového souboru, který přispěje k lepšímu mapování výkonnosti zdravotnictví a nákladů. Jasný přehled dostupnosti péče získaný skrze takto nabyté informace povede ke spravedlivější alokaci zdrojů jak v jednotlivých regionech, tak meziregionálně.

Postup bude konzultován s Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně, Radou poskytovatelů, ČAS a Českou lékařskou komorou.

Termín:

Zahájení 1. 3. 2011, dokončení do 21. 8. 2011

#### **12. Vzdělávání a kompetence zdravotnických pracovníků**

..

Řešení:

Nadále bude zlepšován systém vzdělávání lékařů a jeho financování formou dotace ze státního rozpočtu.

Budou optimalizovány kompetence zdravotnických pracovníků podle profesních skupin, jednotlivých oborů a pro různé typy zdravotnických zařízení.

Cílem je maximální využití dosaženého stupně vzdělání při zachování bezpečí a kvality poskytované zdravotní péče.

Změněné kompetence budou promítnuty do Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami i do vzdělávacích programů pracovníků všech oborů.

Termín:

Návrh do 30. 6. 2011

Předpokládaná účinnost od r. 2012 a dle účinnosti souvisejících legislativních úprav.

V Praze dne 3. 2. 2011

.....  
doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.  
ministr zdravotnictví

## ***Další stabilizační změny***

### **r. 2011**

- **úprava systému vzdělávání**
  - tzv. malé novely zákonů č. 95/2004 a č. 96/2004
- **novela zákonů 48/1997, 551/1991, 592/1992, 280/1992**
  - zrychlený vstup generik
  - zrychlení a zjednodušení správního řízení o cenách a úhradách léčivých přípravků
  - změna způsobu stanovování maximálních cen léčiv (jejich snížení)
  - změna regulačního poplatku z položky na receptu na recept
  - otevření možnosti fúze pojišťoven
  - změna regulačního poplatku za ošetrovací den ze 60,- Kč na 100,- Kč
  - otevření legálního prostoru pro transparentní formu spoluúčasti pacientů
- **zákon o zdravotních službách**
  - nahradí zastaralý zákon č. 20/1966 o péči o zdraví lidu a zákon č. 160/1992
  - definování „lege artis“
- **zákon o specifických zdravotních službách**
  - vymezení specifických zdravotních služeb
- **zákon o zdravotnické záchranné službě**
  - vymezení jednotných podmínek k zajištění dostupnosti
- **zahájení restrukturalizace sítě zařízení akutní lůžkové péče a snížení počtu akutních nemocničních lůžek postupně až o 10 000**
- legislativní ošetření výkonu funkce lékaře jako svobodného povolání (možnost flexibilnějšího zaměstnávání lékařů a zvýšení efektivity nemocnic)
- novelizace indikační vyhlášky pro lázeňskou péči
- Velká novela zákona č. 48/1997 (pro vládu do 31.10. 2011)
  - úhrady léků a nových technologií
  - ustavení systému hodnocení nových technologií pro objektivizaci výše úhrad z veřejného zdravotního pojištění, včetně zdravotních výkonů a zdravotnických prostředků
  - pohyb pacienta systémem
  - změna chování zdravotních pojišťoven – zodpovědnosti, pravomoci
  - uzákonění možnosti připojištění u zdravotních pojišťoven
  - zodpovědnost za tvorbu a péči o síť poskytovatelů zdravotní péče

### **r. 2012 a další**

- **dokončení restrukturalizace sítě zařízení akutní lůžkové péče a snížení počtu akutních nemocničních lůžek postupně až o 10.000**
- velké novely zákona č. 95/2004 a zákona č. 96/2004
- nový zákon o veřejném zdravotním pojištění
- nový zákon o stanovení cen a úhrad léčiv
- věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách
- Zákon o dlouhodobé péči, diferencované omezení délky trvání následné péče na 3-12 měsíců, zavedení institutu zdravotně sociální péče s vícezdrojovým financováním