



INFORMACE
MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR

I. Harmonogram reformních opatření

II. Fáze 1: Reforma institucí

- 1. Stabilizační opatření**
- 2. Veřejné zdravotní pojištění**
- 3. Zdravotní služby a systém vzdělávání**
- 4. Univerzitní nemocnice**

I. HARMONOGRAM REFORMNÍCH OPATŘENÍ

Fáze 1: Reforma institucí

Ministerstvo zdravotnictví se v první fázi reformy zdravotnictví zaměřilo na **reformu institucí** s cílem zvýšit efektivitu dnešního systému. Tato reformní opatření budou implementována ve dvou krocích. První kroky byly realizovány v zájmu zajištění stabilizace veřejných rozpočtů, transparentnosti při stanovování cen a úhrad léků a v zájmu návratu ke standardním vztahům a komunikaci ve zdravotnictví. Tato opatření byla již přijata a vstoupí v účinnost počátkem roku 2008.

Další kroky jsou připravovány a budou implementovány s účinností od začátku roku 2009. Jejich úkolem je posílení postavení pacienta ve zdravotním systému, a to na principu skutečné solidarity zdravých s nemocnými. Důraz na pacienta a dostupnost zdravotních služeb je vyjádřen v pěti základních zásadách:

1. Zamezit plýtvání ve zdravotnictví
2. Stanovit časovou a místní dostupnost zdravotních služeb a rozsah krytí z veřejného zdravotního pojištění tak, aby občan věděl, kdy, kdo a kde mu poskytne zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění (bez nutnosti korupce)
3. Zřídit specializovaný nezávislý dohled nad zdravotními pojišťovnami
4. Zajistit postavení pacienta jako zákazníka
5. Zajistit kvalitu a bezpečnost zdravotních služeb

Tyto zásady jsou zahrnuty v připravovaných třech souborech zákonů:

1. Regulace veřejného zdravotního pojištění,
2. Regulace poskytování zdravotní péče,
3. Regulace vzdělávání, vědy a výzkumu.

Fáze 2: Reforma financování

Práce na druhé fázi reformy byly spouštěny projektem veřejné diskuse k budoucnosti financování českého zdravotnictví, který zahájil činnost v polovině roku 2007 pod názvem Kulatý stůl. Jeho hlavním úkolem je navázat na první fázi reformy zdravotnictví a zajistit dlouhodobou udržitelnost solidárního systému. Tato fáze reformy zdravotnictví by měla být realizována od roku 2010.

II. FÁZE 1: REFORMA INSTITUCÍ

1. STABILIZAČNÍ OPATŘENÍ

Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů – zavádí mimo jiné několik klíčových opatření. V první řadě jsou to regulační poplatky, které mají motivovat pacienta k účelnému čerpání zdravotní péče a snížit její nadměrnou spotřebu. Dále tento zákon zavádí celkový roční limit na vybrané regulační poplatky a doplatky na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, který chrání pacienty před neúměrnou finanční zátěží způsobenou zejména kumulací doplatků na léky a potraviny pro zvláštní lékařské účely. Cílem úpravy vyměřovacího základu platby státu za státní pojištěnce je krátkodobě zbrzdit výdaje na platbu státu na léta 2008-09 na současnou výši a vázat její každoroční valorizaci na nově formulovanou definici průměrné mzdy.

Součástí zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů je i novela zákona č. 48/ 1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, týkající se **stanovování úhrad léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely**. Aplikací novely bude vyhověno požadavkům tzv. transparenční směrnice EU a Ústavního soudu. Schválené znění zachovává a prohlubuje referenční způsob úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely. Tímto zákonem zároveň přechází cenová regulace v oblasti zdravotnictví z MF na MZ.

Novela zákona č. 20/1966 Sb. a vyhlášky o dokumentaci – jejím faktickým přínosem je zřetelné posílení práv pacienta, jasné vymezení pravidel na informace (možnost nahlížení do zdravotnické dokumentace) a snížení administrativní zátěže lékařů.

2. VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Stávající zákony upravující veřejné zdravotní pojištění jsou zastaralé a koncepčně nekonzistentní. Hlavní problémy stávající regulace v této oblasti jsou:

1. **Nedokonalá definice nároku pojištěnců** z veřejného zdravotního pojištění a nástrojů k jeho vymáhání,
2. **Nedostatečné zajištění dostupnosti** zdravotních služeb,
3. Občané si **nemohou legálně připlatit na nadstandardní péči**, což vede k rozvoji korupce,
4. Nestandardní právní forma zdravotních pojišťoven,
5. Nedostatečné vymezení podmínek pro vznik, činnost a zánik zdravotních pojišťoven,
6. Zdravotní pojišťovny **nemohou nabízet různé pojistné produkty** (zdravotní plány řízené péče, zdravotní plány s vyšší spoluúčastí) a motivovat pojištěnce ke zdravému životnímu stylu,
7. Zdravotní pojišťovny nemají **dostatečnou motivaci a možnosti k hospodárnému chování**, zejména v oblasti nákupu zdravotní péče,
8. Dohled nad zdravotními pojišťovnami je rozdělený a **neexistují jasná pravidla**.

V rámci nové právní úpravy **zůstane zachován** princip povinné účasti na veřejném zdravotním pojištění pro osoby stanovené zákonem. Tyto osoby budou mít i nadále povinnost přispívat do solidárního systému veřejného zdravotního pojištění prostřed-

nictvím odvodů na veřejné zdravotní pojištění. Dále bude zachován nárok pojištěnce na zajištění hrazených zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění na základě potřeby a tedy bez ohledu na schopnost konkrétního pojištěnce platit. Rozsah tohoto nároku není oproti dnešnímu stavu zužován či rozšiřován, pouze je zpřesňována hranice mezi zdravotními službami hrazenými, částečně hrazenými a nehrazenými z veřejného zdravotního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění bude nadále zajišťováno v pluralitním systému zdravotních pojišťoven, přičemž se zlepšuje prostor pro diferenciaci pojistných produktů a konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami.

Nová regulace veřejného zdravotního pojištění bude zavedena trojicí zákonů:

1. Zákon o veřejném zdravotním pojištění,
2. Zákon o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami,
3. Zákon o zdravotních pojišťovnách.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění nahrazuje zejména zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Nový zákon podstatně **lépe definuje nárok pojištěnce** a využívá k tomu zdokonalené typologie zdravotních služeb zavedené zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Zajištění dostupnosti zdravotních služeb je jasně stanovenou povinností zdravotní pojišťovny. Tuto povinnost zdravotní pojišťovna naplňuje cestou uzavírání smluv s poskytovateli zdravotních služeb. Prováděcím předpisem budou stanoveny **standards místní dostupnosti zdravotních služeb** (tj. maximální vzdálenosti mezi místem pobytu pojištěnce a sídlem poskytovatele zdravotní služby) a též **maximální délka objednacích dob** definovaná jako časová lhůta od potvrzení potřebnosti zdravotní služby k jejímu provedení.

Nový zákon zavede **ochranu pojištěnců** zavedením povinnosti zdravotní pojišťovny vést službu řešení žádostí pojištěnců o zajištění jejich zákonných nároků a řešení stížností pojištěnců na kvalitu poskytování veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovna je dále povinna monitorovat a zveřejňovat délku objednacích seznamů u svých smluvních poskytovatelů.

Nový zákon jasně stanoví podmínky, za kterých je možno legálně si připlatit na zdravotní službu, jejíž základní varianta je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Týká se to zejména povinnosti smluvního poskytovatele informovat pojištěnce a nabídnout mu variantu péče plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Nebude tak nadále nutné hradit „**nadstandardní**“ **zdravotní službu** v plné výši, doplatek pojištěnce bude roven rozdílu mezi cenou čerpané zdravotní služby a cenou její varianty hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Zákon umožní zdravotním pojišťovnám diferencovat produkty a nabízet a provozovat několik typů pojistných produktů označovaných jako zdravotní plány. Existují čtyři typy zdravotních plánů, které se navzájem odlišují v těchto dvou základních kritériích:

- a) rozsah úhrady zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění,
- b) způsob zajištění přístupu ke zdravotním službám hrazeným z veřejného zdravotního pojištění.

Tabulka 1 - Typologie zdravotních plánů			
Rozsah úhrady	Minimální	Přístup pojištěnce ke zdravotním službám	
		není řízen	je řízen
		Zdravotní plán s vyšší spoluúčastí	Zdravotní plán řízené péče s vyšší spoluúčastí
Standardní	Standardní zdravotní plán	Zdravotní plán řízené péče	

Pojištěnec se registruje k vybranému zdravotnímu plánu. Motivací pojištěnce pro registraci k jinému než standardnímu zdravotnímu plánu jsou výhody nabídnuté pojištěnci, včetně zpětného proplacení části úspor, které vzniknou díky řízení přístupu ke zdravotním službám na výdajích zdravotní pojišťovny nebo zvýšené spoluúčasti.

Tento zákon zavede novou terminologii a striktně odliší odvodů na veřejné zdravotní pojištění a pojistné. Pojistné je částka, která vznikne v procesu přerozdělování. Rozlišení dovoluje přesně oddělit dvě odlišné funkce zdravotních pojišťoven: na jedné straně jsou pověřeny výběrem a vymáháním odvodů na veřejné zdravotní pojištění – zde vykonávají de facto přenesené kompetence státní správy, na druhé straně jsou provozovateli veřejného zdravotního pojištění, které provozují za pojistné hrazené z veřejných prostředků na regulovaném trhu veřejného zdravotního pojištění.

Poslední zásadní změnou v tomto zákoně je zpřísnění sankcí vůči neplatícím odvodů a neregistrovaným pojištěncům. Tito pojištěnci budou mít nárok jenom na minimální rozsah úhrady zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění.

Zákonem o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami bude ustaven nezávislý Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami (dále jen „Úřad“) jakožto ústřední orgán státní správy. Tento zákon popisuje založení, fungování, způsob rozhodování a informační povinnosti Úřadu. Úřad bude vykonávat tři základní funkce, které budou definovány zákonem o zdravotních pojišťovnách.

První oblast, **povolovací**, zahrnuje udělování licencí k provozování veřejného zdravotního pojištění, udělování a změny povolení k provozování zdravotních plánů, schvalování jejich specifických podmínek, a další činnosti související se situacemi, v nichž je vyžadován předchozí souhlas Úřadu.

V rámci druhé oblasti, kontrolní, je předmětem dohledu Úřadu zejména hospodaření a finanční zdraví zdravotních pojišťoven, plnění povinností zajišťovat dostupnost zdravotní péče a obecně dodržování povinností, které pro zdravotní pojišťovny vyplývají z právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění.

Třetí oblast kompetencí spočívá v oprávnění působit nejen preventivně, ale v případě zjištění nedostatku či porušení některé ze

zákonných povinností, na jejichž plnění Úřad dohlíží, též vyžadovat **nápravu nebo uplatnit sankce** podle závažnosti zjištěných nedostatků.

Poslední povinností Úřadu bude zajišťovat výpočet přerozdělování pojistného a vedení centrálního registru pojištěnců.

Založení Úřadu bude financováno zejména z prostředků státního rozpočtu. Z důvodu nezávislosti bude další činnost Úřadu financována z povinných příspěvků od zdravotních pojišťoven.

Zákon o zdravotních pojišťovnách bude jednotný pro všechny zdravotní pojišťovny. Zákon zavádí zdravotní pojišťovnu jako akciovou společnost, která je ověřenou právní formou zajišťující transparentnost hospodaření a jasnou zodpovědnost členů statutárních orgánů za výsledky organizace. Zákon stanoví jasné a přísnější podmínky pro vznik (požadavky pro udělení licence k provozování veřejného zdravotního pojištění a povolení k provozování zdravotního plánu) a činnost zdravotních pojišťoven včetně standardních bezpečnostních nástrojů pro efektivní a řádné hospodaření.

Konkurence zdravotních pojišťoven v nových podmínkách zabezpečování nároků pojištěnců z veřejného zdravotního pojištění se bude etablovat postupně, proto zákon dočasně reguluje zisk a výši provozních nákladů. Předpokládá se, že po uplynutí této doby dojde k dalším změnám v regulaci veřejného zdravotního pojištění, které umožní kromě soutěže v kvalitě zabezpečovaných služeb přímou cenovou soutěž ve výši pojistného. Zdravotní pojišťovna bude moci v přechodném období vytvořit zisk pouze dvěma způsoby:

1. v rámci limitu provozního fondu,
2. podílem na přebytku základního fondu zdravotního plánu po povinném rozdělení se s pojištěnci zdravotního plánu.

Zákon nově ukládá zdravotním pojišťovnám povinnost vytvořit společnou právnickou osobu pro provozování některých činností.

Zákon upravuje možnost zániku všech zdravotních pojišťoven shodně. Podrobně je řešeno i zabezpečení nároku pojištěnců prostřednictvím převodu pojištěnců do jiných zdravotních pojišťoven v případě zániku kterékoliv zdravotní pojišťovny.

Pravidla a časový harmonogram pro transformaci současných zdravotních pojišťoven na akciové společnosti budou stanoveny samostatným zákonem (dále jen „transformační zákon“). Transformační zákon stanoví postup přechodu ze stávající na novou právní úpravu. Všichni pojištěnci stávajících zdravotních pojišťoven tak získají záruku, že se pro ně přechodem na nový právní režim nezmění dosavadní způsob přístupu ke zdravotním službám. Paragrafové znění transformačního zákona bude předkládáno současně s paragrafovým zněním zákona o zdravotních pojišťovnách, zákona o veřejném zdravotním pojištění a zákona o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Lhůty platnosti a účinnosti těchto zákonů tak budou sladěny.

3. ZDRAVOTNÍ SLUŽBY A SYSTÉM VZDĚLÁVÁNÍ

A. Zdravotní služby a podmínky pro jejich poskytování

V současné době disponuje naše legislativa deseti hlavními problémy:

- 1) Neexistuje střešový zákon a na něj navazující speciální zákony, navíc terminologie je nejednotná a zmatečná.
- 2) Administrativa vyplývající z legislativy je nadměrná.
- 3) Mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními existuje nerovnost.
- 4) „Převzetí praxe“ nelze učinit bez složitých administrativních procesů, nelze ji ani dočasně přerušit.
- 5) Povinnosti provozovatelů zdrav.zařízení (poskytovatelů zdravotních služeb) jsou nejasné a nedají se vymáhat, což má své jasné dopady na pacienta.
- 6) Pacienti nedisponují jasnými právy. Jejich vymahatelnost je navíc velmi složitá. Pacient navíc tvoří příliš malou roli v procesu poskytování zdravotních služeb.
- 7) Klade se malý důraz na kvalitu a bezpečnost zdravotních služeb.
- 8) Systém řešení stížností pacientů je nedokonalý, navíc statut mimosoudního vyrovnání ve zdravotnictví se velmi potlačuje.
- 9) Dlouhodobě je nedostatečně řešena problematika prohlídky zemřelého mimo zdravotnické zařízení.
- 10) Veřejnost je jen velmi málo informována o poskytovatelích zdravotních služeb, neexistuje ani přehledný registr poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků přístupný veřejnosti.

Ad 1) Neexistence střešového zákona a na něj navazujících speciálních zákonů

Na **střešový zákon zdravotnické legislativy** budou přímo navazovat následující zákony:

- Zákon o specifických zdravotních službách
- Zákon o ZZS
- Zákon o tkáních a buňkách
- Transplantační zákon
- Zákon o dětských domovech do 3 let

Nová terminologie definovaná tímto zákonem bude použita i ve všech ostatních zákonech (oblast pojištění a zdravotních pojišťoven i oblast vzdělávání). Konkrétní terminologie bude následující:

- Zdravotní péče je soubor činností a opatření prováděných za účelem udržení a prodloužení života fyzických osob, zajištění zdravé reprodukce, odstranění nemoci nebo vady, obnovení a udržení dobrého zdravotního stavu nebo jeho zlepšení a zmírnění utrpení, posouzení zdravotní stavu fyzické osoby a nakládání s tělem zemřelého ve smyslu tohoto zákona.
- Zdravotní péči lze poskytovat jen jako zdravotní službu, s výjimkou poskytování zdravotní péče, byť soustavně, vlastní osobě nebo osobě blízké, a poskytnutí první pomoci a posuzování zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení a úrazového

pojištění a dále činností prováděných na základě živnostenského oprávnění.

- Zdravotní služba je zdravotní péče poskytovaná fyzickou nebo právnickou osobou za účelem zisku nebo jiným účelem, který připouští zákon. Tato právnická nebo fyzická osoba ji poskytuje vlastním jménem a na vlastní odpovědnost. Může být poskytována pouze poskytovatelem zdravotních služeb majícím oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

Dále bude definován např. pojem pacient, ošetřující zdravotnický pracovník, léčebný plán či zdravotnické zařízení. Důvodem jednotné terminologie je mimo jiné jasně stanovená a vymahatelná odpovědnost za poskytnutou službu pacientovi.

Ad 2) **Nadměrná administrativa vyplývající z legislativy**

Dnešní stav v oblasti administrativy vypadá následovně: Změní-li se právní forma poskytovatele, je zapotřebí nového „registračního“ řízení s nutností doložit všechny podklady, aby se vydalo nové oprávnění. V budoucnu bude poskytovatel dokládat pouze to, co se skutečně změnilo. Tímto dojde k významnému snížení administrativní zátěže.

Ad 3) **Nerovnost mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními**

Dnešní stav je takový, že státní poskytovatel zdravotních služeb nemusí mít rozdíl od nestátních poskytovatelů registraci (oprávnění k poskytování zdravotních služeb). Navíc nejsou stanoveny požadavky na minimální personální a přístrojové vybavení pro poskytování jednotlivých druhů zdravotních služeb (požadavky jsou v současné době stanoveny pouze pro ambulance, zdravotnickou záchrannou službu a lékárny). Jsou zcela na správním uvážení jednotlivých krajských úřadů, které tvoří rozdílné podmínky.

V budoucnu budou muset mít všichni poskytovatelé zdravotních služeb registraci (oprávnění k poskytování zdravotních služeb). Budou stanoveny jednotné požadavky na minimální personální a přístrojové vybavení pro poskytování jednotlivých druhů zdravotních služeb - podmínky tedy budou stejné pro všechny. Při splnění všech požadavků má žadatel nárok na vydání registrace.

Ad 4) **Nemožnost „převzetí praxe“ bez složité administrativy**

Dnešní stav věcí ukládá, že chce-li poskytovatel přerušit praxi a nemá-li po celou dobu zajištěn zástup, musí požádat o zrušení registrace se všemi důsledky. Další chybou je, že zemře-li fyzická osoba (poskytovatel), musí „přebírající“ poskytovatel žádat o novou registraci a před uzavřením smlouvy s pojišťovnou projít výběrovým řízením. To má za důsledek přerušování poskytování služby na dobu minimálně 2 měsíců.

V budoucnu budeme fungovat tak, že poskytovatel bude moci přerušit praxi až na 1 rok s tím, že jedinou jeho povinností bude zajistit přístup ke zdravotnické dokumentaci svých pacientů. V druhém případě osoba, která splňuje podmínky zákona, bude moci pokračovat v poskytování zdravotních služeb, oznámí-li to krajskému úřadu. Následně bude muset doložit jen doklady týkající se její osoby.

Ad 5) **Nejasné povinnosti provozovatelů zdravotních zařízení (poskytovatelů zdravotních služeb)**

V současné době se potýkáme s nevymahatelností povinností týkajících se řádného vedení zdravotnické dokumentace, postupu lege artis, řešení stížností atd. a zároveň postrádáme určení některých povinností majících význam pro pacienta.

V budoucnu se uskuteční revize povinností, po níž se zachovají ty, které mají pozitivní dopad na pacienta. Zajistí se jejich vymahatelnost pomocí sankcí. Nově přibude povinnost zástupu v době nepřítomnosti, uveřejnit ordinační dobu a zveřejnit výsledky šetření stížností.

Ad 6) **Nejasná práva pacientů a jejich obtížná vymahatelnost**

Cílem je posílení pozice pacienta v systému poskytování zdravotních služeb. V současnosti panuje situace, kdy práva pacienta, jsou-li stanovena, jsou obtížně vymahatelná. Pacienti navíc nejsou o svých právech informováni.

V budoucnu chceme posílit práva pacienta v souladu s požadavky EU. Poskytovatel zdravotních služeb bude postižitelný (sankce), nebude-li respektovat práva pacienta. Nově přibude např. právo na názor jiného odborníka, právo dítěte na hospitalizaci s rodičem atd.

Ad 7) **Malý důraz na kvalitu a bezpečnost zdravotních služeb**

V současnosti vypadá situace následovně: akreditační komisaři mají při provádění akreditace legislativní problémy. Poskytovatelé zdravotních služeb mají nulovou povinnost ve vazbě na bezpečnost služeb. Pacienti jsou navíc o bezpečnosti zdravotních služeb minimálně informováni.

V budoucnu budeme tyto problémy řešit tak, že MZ udělí oprávnění právnickým osobám, které budou provádět certifikaci poskytovatelů zdravotních služeb. Co se týče druhého bodu, tak všichni poskytovatelé lůžkových služeb budou mít zákonem stanovenou povinnost zpracovat minimum vnitřních předpisů závazných pro zaměstnance upravujících postup nejrizikovějších činností.

Ad 8) **Nedokonalý systém řešení stížností pacientů**

V současnosti neexistuje ani vícestupňový systém řešení stížností, ani časové omezení pro ukončení šetření a jasná pravidla, ani veřejně dostupná informace pro veřejnost o počtu podaných stížností na konkrétního poskytovatele. Navíc obecná úprava smířícího jednání není zcela vyhovující pro zdravotnictví, a proto není využívána.

V budoucnu chceme stanovit jasný postup šetření stížností s tím, že pacient se bude moci při nesouhlasu s výsledkem šetření obrátit na další orgán. Budou stanoveny pevné lhůty pro všechny. Poskytovatel bude povinen zaslat počty stížností včetně

výsledku šetření 1x ročně KÚ a ten tyto informace spolu s vlastními údaji uveřejní. Posílíme akt smířčího jednání tím, že jej upravíme a vymezíme specifika pro zdravotnictví.

Ad 9) Dlouhodobě nedostatečně řešený problém prohlídky zemřelého mimo zdravotnické zařízení

Dnešní stav zapříčiňuje problémy s prohlídkou zemřelého mimo ZZ, protože neexistuje zákonná úprava ani financování (dnes řešeno pouze zastaralou vyhláškou). Zatěžuje se zdravotní záchranná služba, která k tomuto účelu není zřízena.

V budoucnu chceme, aby se na úrovni každého kraje vytvořil rejstřík poskytovatelů této služby.

Ad 10) Nízká informovanost veřejnosti o poskytovatelích zdravotních služeb

V současnosti neexistuje veřejně dostupný celorepublikový registr poskytovatelů zdravotních služeb doplněný dalšími informacemi, ani veřejně dostupný celorepublikový registr zdravotnických pracovníků.

V budoucnu chceme tyto registry pro potřeby občanů vytvořit, zvýšit tak jejich informovanost a usnadnit jim orientaci.

B. Systém vzdělávání

Současný systém vzdělávání disponuje deseti hlavními problémy:

- 1) Neexistují kvalifikované analýzy potřeby jednotlivých zdravotnických profesí ani analýzy důvodů nedostatku některých profesí.
- 2) Neladí s novou směrnicí EU 36/2005/ES.
- 3) Systém akreditací poskytovatelů specializačního vzdělávání zejména podle zákona o lékařích je komplikovaný a nepružný.
- 4) Chybí úprava stáže, resp. možnosti přeložit dočasně zaměstnance na akreditované pracoviště v rámci odborné praxe.
- 5) Současná podoba aprobační zkoušky je nevhodná.
- 6) Vzdělávací programy u lékařských oborů jsou neprovázané a nejednotné.
- 7) Někteří nelékaři mají nízké kompetence.
- 8) Příloha zákona o lékařích disponuje vysokým počtem specializací.
- 9) Problémy v systému celoživotního vzdělávání lékařů i nelékařů.
- 10) Problémy ve financování vzdělávání lékařů i nelékařů.

Ad 1) Neexistence kvalifikované analýzy potřeby jednotlivých zdravotnických profesí

Cílem je kompletní systematická analýza potřebnosti zdravotnických profesí a jejího předpokládaného vývoje.

V předchozím období nebyla tato oblast systematicky sledovaná – důvodem je tedy řešení problémů až v době, kdy nastaly. Bylo zpracováno zadání pro tuto analýzu prognosy vývoje za 5,10 a 15 let s termínem do konce 2007.

V budoucnu se bude průběžně sledovat poptávka po zdravotnických profesích na MZ a reagovat na měnící se potřeby před vznikem reálného problému. Naší snahou je odstraňování příčin nedostatku některých profesí.

Ad 2) Nesoulad se směrnicemi EU

Euronovela vzdělávacích zákonů již byla zpracována.

Vzhledem ke směrnici 36/2005/ES vznikl nesoulad v otázce uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání v jiném členském státě než ČR a volného poskytování služeb hostující osobou.

V současnosti novela zákona č. 18/2004 Sb. a souvisejících právních předpisů již přijata vládou ČR a přeložena PSP ČR a tedy v brzké době dojde ke zjednodušení uznávání osob z členských zemí. V rámci euronovely došlo také k úpravě jiných problematických oblastí zákonů.

Ad 3) Komplikovaný a nepružný systém vzdělávacích akreditací poskytovatelů zdravotních služeb

Cílem je úprava akreditačního řízení v rámci euronovely.

Původně se akreditace udělovala právnické osobě, nikoliv pracovišti a při změně právní formy bylo nutné nové řízení. 81 akreditačních komisí bylo zcela mimo kontrolu MZ. Navíc bylo nutné mít akreditaci pro celý vzdělávací program nebo smlouvu s již akreditovaným pracovištěm.

V současné době platí nový Statut akreditačních komisí, podle něž se komise nemohou usnášet bez přítomnosti pracovníka MZ. Této pracovník (tajemník komise) zpracovává rovněž zápisy, v nichž jsou uvedeny důvody případného neudělení akreditace. Podle úpravy navrhované v rámci euronovely se akreditace bude moci udělit i na část vzdělávacího programu nebo jako společná akreditace více pracovišť. V případě změny právní formy se navrhuje dvouleté období, během něž bude dost času vydat novou akreditaci. V případě prodloužení akreditace bude akreditované zařízení dokládat pouze změněné údaje. V rámci další úpravy plánujeme akreditaci jednotlivých pracovišť pro konkrétní rezidenční místa a navrženou způsobu jejich spolufinancování v souladu s veřejným zájmem.

Ad 4) Chybějící úprava stáže, resp. možnosti přeložit dočasně zaměstnance na akreditované pracoviště v rámci odborné praxe

Cílem je zapracování institutu stáže do euronovely.

Tím, že se opomenulo uzákonění stáže do vzdělávacích zákonů, významně to zkomplikovalo možnost zdravotnických pracovníků absolvovat praxe na akreditovaném pracovišti apod.

Momentálně tato chybějící část byla již do euronovely zapracována.

Ad 5) **Nevhodná podoba aprobační zkoušky**

Cílem je změna zákona a vyhlášky upravující podobu aprobační zkoušky.

Původně byly termíny v zákoně nastaveny velmi vágně – zkouška se konala 2x ročně. Aprobační zkouška má několik částí, navíc všechny jsou požadovány v českém jazyce.

V budoucnu bude zákonem stanoven pevný termín, do kdy musí být rozhodnutí vydáno – z toho plyne i nutnost častějších termínů. Zrevidujeme podobu aprobační zkoušky: na celkem tři části (písemnou, praxi pod dohledem, ústní) a umožníme vykonat první část v rodném jazyce.

Ad 6) **Neprovázanost a nejednotnost vzdělávacích programů u lékařských oborů**

Cílem je provázanost a jednotná podoba vzdělávacích programů.

V současnosti mají některé vzdělávací programy odlišnou strukturu. Proto se při změně oboru specializací lékařů nebo při přípravě v dalším oboru obtížně porovnávají. V řadě případů navíc neladí se zákonem.

Do budoucna usilujeme o jednotné podobě vzdělávacích programů, které budou umožňovat snadné započtení již absolvované praxe. Dle možností EU celý systém co nejvíce zjednodušíme. V rámci této novely proběhla již změna iniciující zkrácení vzdělávacího programu pro PL na 4 roky. První část novelizovaných vzdělávacích programů plánujeme vydat v lednu 2008.

Ad 7) **Nízké kompetence některých nelékařů**

Cílem je posílení kompetencí nelékařů.

Současné posílení kompetencí nelékařů zcela neodpovídá možnostem vyplývajícím ze změny vzdělávání.

Nyní zrevidujeme vyhlášky upravující činnosti nelékařů a diskutujeme možnosti navýšení jejich kompetencí ve vazbě na změnu pregraduálního vzdělávání.

Ad 8) **Vysoký počet specializací v příloze zákona o lékařích**

Cílem je revize počtu specializací lékařů.

V současnosti je v příloze zákona o lékařích uvedeno 81 specializací a tím hrozí zánik řadě z nich.

V budoucnu chceme vyjmout tento seznam ze zákona a obory specializací, označení odbornosti specialistů a převod starých oborů do nových upravit v Nařízení vlády (euronovela), v dalším kroku jej pak po diskuzi s odbornou veřejností zrevidujeme. Nyní probíhá analýza vstupu absolventů do jednotlivých specializací od roku 2004.

Ad 9) **Systém celoživotního vzdělávání lékařů i nelékařů**

Cílem je revize celoživotního vzdělávání nelékařů i lékařů.

Původní systém kreditů u nelékařů je velmi přísně nastavený. Naopak vágně nastavený systém celoživotního vzdělávání lékařů vede k mylné domněnce některých subjektů na monopolní postavení.

V budoucnu plánujeme zákonem stanovit základní princip celoživotního vzdělávání

i u lékařských povolání, které budou provádět všechny subjekty splňující podmínky dané právními předpisy. Zrevidujeme vyhlášku upravující počty kreditů u nelékařů – rozšíříme typy akcí a navýšíme počty kreditů u některých z nich. Vyhláška je nyní připravena k připomínkovému řízení.

Ad 10) **Financování vzdělávání lékařů i nelékařů**

Při přípravě zákonů v roce 2004 se neřešil problém financování vzdělávání, následkem čehož je v současnosti nedostatek některých profesí a specializací na trhu práce.

V budoucnu novelizujeme vzdělávací zákony v oblasti financování s ohledem na princip „finance za školencem“. Po přechodnou dobu bude taktéž fungovat dotační program MZ. Kromě něj připravujeme rovněž obdobné projekty z fondů EU.

4. UNIVERZITNÍ NEMOCNICE

Speciální zákon k zákonu o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování bude součástí systému vzdělávání ve zdravotnictví.

Jaká je dosavadní praxe? Fakultní nemocnice se potýkají s několika hlavními problémovými okruhy:

- **Financování jako základní problém**

Finanční podpora pregraduální výuky je nejasná, navíc ne všechny z uvedených oblastí působnosti FN jsou finančně standardní. Prostředky na výzkum jsou v této oblasti značně rozmělněny v rámci VŠ, výzkumných ústavů či akademie věd. Prostředky na rozvoj jsou alokovány náhodně dle nevyváženého seznamu výkonů.

- **Dvoukolejné řízení ze strany zdravotnictví a školství**

Diskrepance v hospodářské legislativě, personalistice a mzdové politice nezaručují nekonzistentní spolupráci obou stran.

- **Institucionální podpora atestační výuky** je omezena pouze na Instituty postgraduálního vzdělávání

- **Nejasné právní vymezení a postavení**

- **Nejasné postavení v systému lůžkové péče**

DATA

Existuje 11 fakultních nemocnic a ne všechny mají svou vlastní lékařskou fakultu (Thomayerova, Na Bulovce). Dohromady disponují 17,5 tisíci lůžek, zaměstnávají 5,5 tisíce lékařů a 38 tisíc dalších pracovníků. Jejich celkové výnosy činily 38,4 mld. Kč. Celkově hospodařily se ztrátou 4,2 mld. Kč (nerozdělené zisky a ztráty z minulých období)

PRÁVNÍ RÁMEC

Fakultní nemocnice je státní příspěvková organizace zřizovaná a řízená MZ, má statut samostatného právního subjektu. Jde o zdravotnická zařízení, která byla vybrána ministerstvem jako výukové základny lékařských a farmaceutických fakult a pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů. Statut FN tedy není v právním řádu nijak zakotven, jde v podstatě o akreditaci/výběr ze strany MZ.

Lékařská fakulta patří do veřejnoprávního subjektu veřejné vysoké školy, samotná fakulta ale nemá právní subjektivitu, patří pod univerzitu, ale přitom má blíže k FN.

- **Dvukolejnost vyplývající z různých povahy dvou dotčených subjektů**

Vnitřní řízení je založeno na vzájemné dohodě děkana a ředitele. Oba subjekty přitom mohou sledovat různé cíle, takže je potřeba k efektivnímu fungování sjednotit jejich motivaci. Co se týče hospodaření, tak obě organizace se liší odlišnými pravidly. Celková mzdová politika FN a LF je taktéž velmi rozdílná. Stran personální politiky má většina učitelů úvazky u obou subjektů (lze to domluvit v rámci kliniky), ale z právního hlediska je celá věc napadnutelná. Navíc panují rozdíly v plánování pracovníků, druzích pracovního poměru i výběrových řízeních. Oba subjekty mají taktéž oddělený majetek, o jehož nakládání si rozhodují výhradně sami. To vše resultuje do odlišných motivací i zodpovědnosti.

Transformace do struktury a postavení univerzitních nemocnic

Univerzitní nemocnice budou plnit tři základní hlavní činnosti:

- 1) V rámci poskytování zdravotních služeb budou centry specializované a, vysoce specializované péče v regionu. Budou taktéž plnit funkci míst tzv. posledního překladu.
- 2) V rámci vzdělávání bude do jejich systému zapojeno jak pregraduální, tak postgraduální vzdělání.
- 3) V rámci vědy a výzkumu bude na jejich půdách fungovat základní i aplikovaný výzkum. Budeme taktéž vyvíjet tlak na efektivitu a vykazování výsledků.

Obecně budou univerzitní nemocnice špičkově technicky i personálně vybavené pracoviště poskytující maximálně dostupnou odbornou zdravotní péči a věnující se vzdělávání a výuce zdravotních profesí a provádějící výzkum a vývoj.

Právní postavení

UN budou fungovat jako společná organizace státu a vysoké školy univerzitního typu s příslušnou lékařskou fakultou. Budou mít právní formu akciové společnosti. Ve stanovách bude zahrnuta povinnost reinvestovat hospodářský výsledek do hlavní činnosti. Prostřednictvím zástupců ve statutárních orgánech a standardního řízení se uplatní vlivy obou subjektů. Podíl na majetku bude mít jak stát, tak univerzita.

Cílem je standardní organizační struktura, jednotná motivace i posílení zodpovědnosti.

Organizační uspořádání

Řídící orgány budou voleny na základě nominací a dohody univerzity a státu a budou následující:

VALNÁ HROMADA – bude vrcholovým orgánem činícím strategická a organizační rozhodnutí

DOZORČÍ RADA

PŘEDSTAVENSTVO

VRCHOLOVÝ MANAGEMENT – bude jej tvořit ředitel pro zdravotní péči, ředitel pro vzdělávání, ředitel pro vědu a výzkum a finanční ředitel

KLINIKA – bude vnitřní organizační jednotkou splňující všechny 3 činnosti

Zákonem bude stanovena zodpovědnost za řízení nemocnice, včetně hmotné zodpovědnosti.

Pravidla hospodaření

Cílem je transparentní, zodpovědné a kontrolovatelné hospodaření.

Účetnictví za zdravotní péči, vzdělávání a výzkum a ostatní vedlejší činnosti bude oddělené. Zvláště budou účtovány platby od zdravotních pojišťoven za péči, národní a mezinárodní vědecké granty a bude uzavřena s univerzitou smlouva na vzdělávání. Hospodářský výsledek se na základě rozhodnutí valné hromady reinvestuje do hlavní činnosti. Management i akcionáři budou mít zodpovědnost za negativní hospodářský výsledek.

Univerzitní pracoviště

Zákon umožní ve výjimečných případech zřízení univerzitního pracoviště i mimo půdu UN. To vznikne na základě dohody příslušné univerzity a fakulty a nemocnice a zároveň rozhodnutím ministra zdravotnictví. Pracoviště bude muset splňovat a poskytovat všechny 3 funkce jako UN, tj. poskytování péče, vzdělávání i výzkum.

V odůvodněných případech bude možno dekoncentrovat vzdělávání a provádění výzkumných projektů.

CELKOVÉ SHRUTÍ

Zákon jasně ukotví postavení UN v systému a stanoví výčetem počet univerzitních nemocnic. Bude směřovat a motivovat k transparentnímu a stabilnímu financování a hospodaření. Zavede jednu motivaci a zodpovědnost všech účastníků. Vytvoří stabilní prostředí pro zkvalitnění vzdělávání a podmínky pro výzkum, stejně jako národní síť specializované a vysoce specializované péče, což je základním krokem k optimalizaci lůžkové péče v ČR.

Počítáme s účinností od 1.1. 2009.