

# Návrh Ministerstva zdravotnictví k řešení krizové situace ve zdravotnictví

28. ledna 2011

## Úvod a cíle

- Ministerstvo zdravotnictví vnímá oprávněnost požadavků nemocničních lékařů na zlepšení platových poměrů, na zlepšení pracovních podmínek, zejména s ohledem na vysokou zátěž a velké množství přesčasové práce. Předložený materiál je návrhem na částečné řešení požadavků z vnitřních zdrojů zdravotnictví, protože spolehlivé navýšení zdrojů z vnějšku nelze v nejbližších dvou letech očekávat.
- Vzhledem k odstartování prvních reformních kroků a provedení všech potřebných příprav pro nelegislativní i legislativní změny v r. 2011 vytvořilo MZ prostor pro zvýšení finančních zdrojů nemocnic zařazených do sítě poskytovatelů akutní nemocniční péče, který by měl zahájit éru intenzivnějšího nárůstu platové úrovně 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 ke zvýšení efektivity celého zdravotnického systému i jednotlivých nemocnic.
- Reforma zdravotnictví bude směřována k vytvoření nepodkročitelných 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 připlácení na zbytný vyšší standard. To spolu se sociálně citlivou spoluúčastí na banální péči, které lze předejít, a nebo může být poskytnuta jako sebepéče či nahrazena pomocí blízkých osob, 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 limitace 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**

### **1. Úprava úhradové vyhlášky**

#### Řešení:

Dojde k úpravě parametrů úhradové vyhlášky nad rámec zmocnění zákonem č. 48/1997 Sb. a jejich změně ve prospěch akutní nemocniční péče o 2 procentní body. Bude to znamenat celkové navýšení paušálu nemocnicím o 2 mld. Kč, tj. na hodnotu 100% úhrad v r. 2009. Navýšení v rozsahu 2 procentních bodů bude rozděleno dle skutečných výkonů nemocnice realizovaných v r. 2010 či 2009 - 2010. Spodní limit produkce nemocnic se zvýší ze stávajících 94 % na 95 %.

Objem centrové péče v roce 2011 bude zastropován na úrovni 100% roku 2010.

Částka 2 mld. Kč bude čerpána zprvu z rezerv zdravotních pojišťoven, následně úsporami zdravotních pojišťoven v rámci stop stavu na rozvoj sítě poskytovatelů, omezením rozvojových aktivit v nemocnicích a snížením nemocniční péče o 5% bez dopadu do rozpočtu. Částku 2mld. Kč tak bude možno použít na zvýšení platů.

Vzhledem ke zvýhodnění nelékařských pracovníků v letech 2009 – 2010 přikáže 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 mezd dosud cíleně nezvýhodňovaných zdravotnických pracovníků. Cílem v roce 2011 je převážně posílit mzdy lékařů.

#### Termín:

Návrh vyhlášky do 28.2.2011

Účinnost od 30.4.2011

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

#### Řešení:

Ve spolupráci s Českou lékařskou komorou a Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně 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 mzdy nebudou krátit, což samo o sobě a bez ohledu na další navyšování mzdových fondů povede ke zvýšení hodinové mzdy lékařů. Dojde tak i ke snížení počtu přesčasových hodin.

#### Termín:

Vypracování návrhu do 31.5.2011

Účinnost od 1. 9. 2011

### **3. 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 zavede mechanismus, 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 hromadí přebytky na základním fondu nad rámec úspor z racionálního hospodaření.

Ministerstvo nepokládá za možné 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 podání k Ústavnímu soudu.

#### Termín:

Vypracování návrhu do 30.6.2011

Účinnost od 1.1.2012

### **4. 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 (chybná 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 konzultovány s Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně a České lékařské komory.

Termín:

Návrh do 30.6.2011

Účinnost od r. 2012

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

Řešení:

Ministerstvo zdravotnictví zahájí práce na modelacích úhradové vyhlášky nejpozději v dubnu 2011. Jejím cílem bude jednak respektování dlouhodobé „spravedlnosti“ 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 31.9.2011

Účinnost od 1.1.2012

## **6. 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 deformována ve prospěch akutní péče. Zmenšení počtu akutních lůžek je dlouhodobě považováno za potřebné. Přímými administrativními zásahy, koordinovaným postupem Ministerstva zdravotnictví, krajů a zdravotních pojišťoven bude již v roce 2011 připraven plán uzavření nejméně potřebných stanic, oddělení i celých nemocnic. Tento plán bude konzultován s Českou lékařskou komorou. Další redukce akutních lůžek bude následovat postupně po aplikaci nové úhradové vyhlášky (viz bod 5.) 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.

Termín:

Zahájení prací ihned, první návrhy do 30.4.2011

Ukončení procesu restrukturalizace sítě nejdříve po r. 2012

## **7. 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

## **8. 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 v oblasti férového umožnění příplatků za nadstandard. To vše povede ke zvýšení nemocniční efektivity a zvýšení prostoru pro lepší odměňování zdravotníků.

## **9. Vytvoření lepší struktury manažerských informací a zlepšení alokace finančních zdrojů v celé 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 je v jednotlivých regionech, tak meziregionálně.

Postup bude konzultován s Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně a Českou lékařskou komorou.

### **Termín:**

Zahájení 1.3.2011, dokončení do 21.8.2011

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

### Řešení:

Pokud se bude efektivita zdravotnického systému zvyšovat, bude připraven návrh úpravy tarifů především ve vztahu k nastupujícím zdravotníkům a v souvislosti s dosažením příslušného stupně zdravotnické kvalifikace. Cílem je dosáhnout již pro rok 2012 navýšení průměrného platu lékaře minimálně na poměr 2,5:1 vůči průměrné mzdě v ČR. Je to nárůst mezd cca o 15% při dosažení podmínky limitace objemu přesčasové práce na úroveň očekávaného evropského standardu (maximum 8 hodin přesčasové práce týdně). Analogicky s tím bude zajištěn nárůst mezd i u ostatních zdravotnických pracovníků.

### Termín:

Návrh do 30.8.2011

Účinnost od 1Q2012 ve vazbě na zdroje mobilizované ve zdravotnickém systému.

## **11. Přejížděné snížení cen a úhrad, tzv. „Janotův balíček“**

### Řešení:

Snížení maximální ceny léčiv o 7% v těch skupinách léčiv, v nichž nebyla pravomocně rozhodnuta revize úhrad.

Revize cca 4500 kódů léčiv, očekávaná úspora ca 0,7 mld. Kč.

### Termín:

Návrh do 30.1. 2011

Účinnost od 1.3.2011

## ***Další stabilizační změny***

### **r. 2011**

- **úprava systému vzdělávání**
  - tzv. Malé novely zákonů č. 95 a č. 96, O vzdělávání lékařů a O vzdělávání nelékařů
- **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 ošetřovací 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 (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 a zákona č. 96
- 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