

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele
a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
Škola veřejného zdravotnictví Ruská 85, 100 05 Praha 10

Atestační práce

Financování zdravotnictví z rozpočtu obcí

Ing. Helena Biskupová
Magistrát města Ostravy

Leden 1999

Obsah

	str.
I. Úvod	1
II. Statutární město Ostrava	2
1. Právní úprava statutárního města	2
2. Vztah města a městských obvodů	2
3. Rozdělení kompetencí na úseku zdravotnictví mezi město a městské obvody	3
4. Rozpočet města	5
III. Financování zdravotnictví	8
1. Zdravotnické činnosti financované městem Ostrava na základě rozhodnutí státu	11
1. 1 Hygienická služba	12
1. 2 Dětský domov a kojenecký ústav	13
1. 3 Jesle	15
1. 4 Léčebna dlouhodobě nemocných	17
1. 5 Zdravotnická záchranná služba	19
1. 6 Lékařská služba první pomoci	23
1. 7 Pohotovostní lékařská služba	26
1. 8 Protialkoholní záchytná stanice	28
1. 9 Ambulance pro alkoholismus a jiné toxikománie	29
1.10 Lékařské prohlídky při odvodním řízení branců	31
1.11 Útvar krizového managementu	33
1.12 Lékařské výkony při potvrzování zdravotního stavu k přijetí na střední školy a do učňovských oborů	35
1.13 Činnost sociálních pracovníků v lůžk. zařízeních	37
1.14 Oddělení chorob z povolání	39
2. Zdravotnické činnosti financované městem Ostrava na základě rozhodnutí orgánů města	42
2.1 Linka důvěry	42
2.2 Informační systém imunizace dětí	43
2.3 Dětský rehabilitační stacionář	44
2.4 ostatní	46
3. Fond zdraví	48
4. Investice	50
IV. Závěr	51
Přílohy	

I. Úvod

Předpokladem vytvoření nového systému zdravotní péče byl přechod od dosavadního státního monopolu a centralismu k demonopolizaci a funkční i územní decentralizaci. Jednou z podmínek vytvoření tohoto nového systému byla i změna ve financování zdravotnictví, a sice přechod od financování z jednoho zdroje (státní rozpočet) na systém více zdrojového financování. Do financování zdravotní péče měli být zapojeni kromě všeobecného zdravotního pojištění i státní rozpočet, rozpočty obcí, občané, podniky, sponzoři.

Úkolem atestační práce je zhodnotit financování zdravotnictví z rozpočtu obce v období od roku 1991, kdy začala probíhat reforma zdravotnictví, do současného období, t.j. do roku 1998, a to konkrétně v podmínkách statutárního města Ostrava, které kromě úkolů příslušejících obci zabezpečuje i výkon státní správy příslušející okresním úřadům.

Cílem práce je vymezení té části zdravotní péče, kterou z objektivních důvodů není možno hradit ze systému zdravotního pojištění, a kterou je nezbytné financovat z veřejných rozpočtů, t.j. rozpočtů obcí a okresních úřadů, a v návaznosti na připravovanou transformaci veřejné správy nově vymezit odpovědnost orgánů státní správy a samosprávy v oblasti financování zdravotní péče ve veřejném zájmu.

Pro zpracovatelku pak bude mít práce význam v tom, že se bude jednat o ucelený materiál k financování zdravotnictví z rozpočtu města Ostravy, který soustředí údaje o všech zdravotnických činnostech, které jsou z rozpočtu města hrazeny, včetně statických dat. Materiál může být použit pro prezentaci zdravotní politiky města, bude možno z něj čerpat i např. při obhajování požadavků na finanční prostředky z městského rozpočtu. S komunálními volbami přicházejí noví komunální politikové, mění se i kolegové na úřadě. Problematika financování zdravotnictví není všem vždy zcela srozumitelná, a proto je nutno při požadavcích na finanční prostředky z rozpočtu města objasňovat, proč je nutno jednotlivé činnosti, pro které finanční prostředky vyžadujeme, financovat z rozpočtu města, co je jejich náplní, jak jsou využity apod.

II. Statutární město Ostrava

1. Právní úprava statutárního města

Město Ostrava je spolu s Brnem a Plzní územně členěným statutárním městem, ve kterém se hranice města kryjí s hranicemi okresu. Od účinnosti zákona o obcích, t.j. od 1. ledna 1991, zde vedle sebe fungovaly současně okresní úřady jako orgány státní správy a úřady města jako orgány samosprávy, které v přenesené působnosti vykonávaly v určeném rozsahu i státní správu. Vzhledem k tomu, že toto uspořádání se neosvědčilo, došlo v těchto městech doplněním zákona o okresních úřadech k 1. červenci 1992 ke sloučení okresních a obecních úřadů. V Ostravě se tak sloučil Okresní úřad Ostrava a Úřad města Ostravy a vznikl tak jediný úřad

- Magistrát města Ostravy.

Město Ostrava tedy plní funkci obce dle zákona č. 367/1990 Sb., o obcích (obecní zřízení), v platném znění (tzv. samostatná působnost obce) a Magistrát města Ostravy zabezpečuje kromě úkolů obecního úřadu i úkoly okresního úřadu dle zákona č. 425/1990 Sb., o okresních úřadech, v platném znění (tzv. přenesená působnost obce).

2. Vztah města a městských obvodů

Město Ostrava je územně členěným statutárním městem, k 31.12.1998 zde trvale žilo 321 tisíc obyvatel. Území města je beze zbytku rozděleno mezi 23 městských obvodů, značně se lišících velikostí, charakterem zástavby i počtem obyvatel.

Na úrovni města působí:

- Zastupitelstvo města Ostravy
- Rada města Ostravy
- primátor města Ostravy a náměstci primátora
- Magistrát města Ostravy.

Na úrovni městských obvodů působí:

- obvodní zastupitelstvo městského obvodu
- obvodní rada městského obvodu (tam, kde má obvodní zastupitelstvo nejméně 15 členů)
- starosta městského obvodu a zástupce (zástupci) starosty
- úřad městského obvodu.

Obecně závaznou vyhláškou č. 10/1992 - Statutem města Ostravy, ve znění posledních změn a doplňků, bylo provedeno rozdělení působnosti na jednotlivých úsecích činnosti mezi orgány města a orgány městských obvodů, a to jak v samostatné, tak i v přenesené působnosti.

3. Rozdělení kompetencí na úseku zdravotnictví mezi město a městské obvody

Paragraf 14 zákona o obcích mezi úkoly v samostatné působnosti obce uvádí i plnění úkolů v oblasti zdravotnictví. Působnost okresního úřadu na úseku zdravotnictví pak spočívá ve výkonu státní správy ve věcech, které stanoví zvláštní předpisy.

Toto velice obecné vymezení bylo specifikováno ve Statutu města Ostravy. Současně zde byly rozděleny kompetence na úseku zdravotnictví mezi město a městské obvody.

Městské obvody

Na úseku zdravotnictví byla městským obvodům svěřena v oblasti samostatné působnosti jen nepatrná část úkolů, a sice:

- pomáhat ve spolupráci s orgány města usnadňovat zdravotnickým zařízením plnění jejich poslání a činnosti ve svém územním obvodu
- sledovat kvalitu zdravotnických služeb, tvorbu a ochranu životních podmínek ve svém územním obvodu a dávat příslušným orgánům města podněty k řešení nedostatků
- vyjadřovat se ke změnám stanoveného spádového území zdravotnických zařízení ve svém územním obvodu
- zaujímat stanoviska a přijímat opatření k záměrům jiných orgánů a organizací, pokud se týkají zdravotnictví v jejich územním obvodu.

V oblasti přenesené působnosti nebyly městským obvodům svěřeny žádné kompetence.

Město

Odborem, příslušným k zabezpečování úkolů na úseku péče o zdraví lidu, k výkonu státní správy v oblasti zdravotnických služeb a na úseku vytváření a ochrany zdravého způsobu života a práce, je odbor zdravotnictví Magistrátu města Ostravy.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Odboru zdravotnictví jsou trvale svěřeny úkoly v samostatné působnosti (§ 14 zákona o obcích - "plnění úkolů v oblasti zdravotnictví"):

- zpracovávání návrhů, zpráv a podkladů pro zpracování strategie obnovy a podpory zdraví ve městě, koncepce městské politiky v péči o zdraví a zdravotně sociální politiky v péči o zdravotně postižené občany, pro stanovení potřeby zajišťování základních a zvláště specializovaných zdravotních služeb
- zabezpečení funkceschopnosti, rozvoje a činnosti zdravotnické informační soustavy a její využití ke zpracování odborných podkladů pro rozhodování orgánů města a městských obvodů
- sledování utváření sítě zdravotnických zařízení a jejich účelné využívání, sledování úrovně poskytovaných zdravotnických služeb ve zdravotnických zařízeních v působnosti města a nestátních zdravotnických zařízení působících na území města
- sledování plynulé návaznosti léčebné, pracovní a sociální rehabilitace ve všech zdravotnických zařízeních ve spolupráci s orgány správy sociálního zabezpečení
- usměrňování zdravotní výchovy obyvatelstva na území města, dohlížení na provádění stanovených preventivních opatření a akcí, sledování zajišťování zdravotně sociální péče, evidence těžce zdravotně postižených dětí a mládeže
- příprava a projednání návrhů na stanovení finančních prostředků pro oblast zdravotnictví v rozpočtu města s příslušnými orgány města, navrhování rozdělení stanovených finančních prostředků na jednotlivé zdravotnické organizace a zařízení, sledování účelnosti a efektivnosti čerpání finančních prostředků na jednotlivé organizace a zařízení, sledování účelnosti a efektivnosti čerpání finančních prostředků, včetně příspěvků, získaných nad rámec městského rozpočtu, vypracování a předložení zprávy o hospodaření v oblasti zdravotnictví orgánům města
- vyjadřování se k navrhovaným stavbám zdravotnických zařízení ve městě z hlediska zájmů zdravotnictví
- správcovtví Fondu zdraví
- usměrňování činnosti zdravotnických rozpočtových a příspěvkových organizací v působnosti města po odborné stránce.

V oblasti přenesené působnosti odbor zdravotnictví zabezpečuje činnosti příslušející magistrátům (§ 61, odst. 2 zákona o obcích) a působnost okresního úřadu, a sice:

- v oblasti registrace nestátních zdravotnických zařízení
- na úseku léčebném

- na úseku ochrany zdravých životních podmínek, včetně postihování správních deliktů při porušování předpisů o vytváření a ochraně zdravých životních podmínek
- na úseku kontroly činnosti nestátních zdravotnických zařízení na území města Ostravy
- při vyhlašování výběrového řízení na poskytování zdravotní péče ve smyslu ustanovení § 47 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění
- personální zajištění lékařských prohlídek při odvodním řízení branců.

Vzhledem k tomu, že úřady městských obvodů v Ostravě zabezpečují v oblasti zdravotnictví jen nepatrnou část úkolů, nemají samostatné odbory zdravotnictví. Případné úkoly hraničící s rezortem sociálních věcí řeší odbory sociálních věcí. Převážnou část úkolů na úseku zdravotnictví, tedy i otázku financování zdravotnictví, zabezpečuje odbor zdravotnictví magistrátu.

4. Rozpočet města

Rozpočet tvoří na jedné straně příjmy a na straně druhé výdaje. Rozpočet města Ostravy se sestavuje jako vyrovnaný, tzn. že ve výdajích nesmí být uvolněn větší objem finančních prostředků, než jaký je očekáván v příjmech.

Příjmy

Příjmy města lze rozdělit na:

- příjmy daňové
 - daň z příjmů fyzických osob ze závislé činnosti (podíl ve výši 70% městského výnosu)
 - daň z příjmů fyzických osob ze samostatné výdělečné činnosti
 - daň z příjmů právnických osob (20% z republikového výnosu v poměru k počtu obyvatel)
 - daň z příjmů právnických osob, kdy poplatníkem je město (ve stejném objemu se zúčtovává i ve výdajích, a tím nemá vliv na výsledek hospodaření města)
 - daň z nemovitosti
 - správní poplatky
- příjmy nedaňové (za město i za přímo řízené organizace)
 - příjmy z vlastní činnosti
 - příjmy z pronájmu nemovitostí a movitých věcí
 - příjmy z úroků
 - přijaté sankční platby

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

- ostatní nedaňové příjmy (splátky poskytnutých úvěrů, převody zůstatků účtů zrušených organizací ...)
- kapitálové příjmy
 - příjmy z prodeje pozemků
 - příjmy z prodeje nemovitostí
- dotace
 - neinvestiční a investiční dotace ze státního rozpočtu
 - převody z vlastního rezervního fondu
 - převod ostatních fondů.

Při tvorbě rozpočtu příjmů je zapotřebí vzít v úvahu i cizí zdroje financování a jejich splátky, a sice:

- přijaté půjčky, úvěry, návratné finanční výpomoci
- vydané dluhopisy
- změny stavu účtů.

Při navrhování rozpočtu příjmů se vychází z předpokládaného plnění běžného roku, z dopadu očekávané inflace ve vazbě na daně a případných předpokládaných vlivů.

Složení příjmů města v roce 1997 vyjadřuje graf č. 1. Z něj je zřejmé, že převážnou část příjmů města tvoří příjmy daňové, tzn. že město má na zvýšení příjmové stránky rozpočtu poměrně malý vliv.

Výdaje

Výdajovou stranu rozpočtu lze rozdělit na:

- běžné výdaje
- kapitálové výdaje
- převody z fondů.

Při rozhodování o výši navržených výdajů se přihlíží ke:

- zdrojové základně (možné výši očekávaných příjmů)
- očekávané skutečnosti běžného roku, snížené o účelové prostředky, které byly mimořádně přiděleny pro běžný rok
- předpokládané průměrné inflaci
- vlivům vyplývajícím z organizačních změn (vznik nových pracovišť, zvýšení kapacity v přímo řízených organizacích apod.)

Poměr běžných a kapitálových výdajů r. 1997 znázorňuje graf č. 2.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Běžné výdaje se dále člení podle rozpočtové skladby. Struktura běžných výdajů r. 1997 viz graf č. 3. Běžné výdaje na zdravotnictví, zahrnuté ve skupinách služby pro obyvatelstvo, soc. věci a politika zaměstnanosti a ve skupině obrana a bezpečnost v tomto roce činily 2,5% rozpočtu neinvestičních výdajů města.

Rovněž kapitálové výdaje jsou členěny podle rozpočtové skladby. Investiční výstavba se pak dále člení podle kategorie stavby (dopravní, sociální, zdravotnické stavby ...). Struktura rozpočtu kapitálových výdajů r. 1997 viz graf č. 4. Kapitálové výdaje na zdravotnické stavby, zahrnuté v grafu ve třídě služby pro obyvatelstvo v tomto roce" tvořily 2,7% rozpočtu kapitálových výdajů.

Tvorba a schvalování rozpočtu

Ve vazbě na metodiku tvorby místních rozpočtů, vydanou ministerstvem financí, stanoví každoročně Rada města Ostravy vlastní metodiku tvorby rozpočtu města. Jednotlivé odbory magistrátu, které disponují rozpočtovými prostředky, zpracují podle této dispozice návrh rozpočtu, a to jak za přímo řízené organizace (ve spolupráci s vedením organizací), tak i za vlastní odbor. Základnou pro návrh rozpočtu je schválený rozpočet běžného roku. Ten je možno navýšit pouze o povolené procento nárůstu a případně o rozpočet pro nové kapacity či nové úkoly vyplývající z nových právních norem nebo usnesení zastupitelstva. Návrhy rozpočtu se předkládají odboru financí a rozpočtu. Ten je případně upraví, sumarizuje a předkládá Radě města Ostravy a finanční komisi (orgán Rady města Ostravy dle § 56 zákona o obcích) a po jejich případných dalších úpravách k definitivnímu schválení Zastupitelstvu města Ostravy. Práce na přípravě rozpočtu začínají již začátkem podzimu běžného roku, tak aby návrh rozpočtu mohl být schválen na prosincovém zasedání zastupitelstva.

Se schváleným rozpočtem pak disponuje odvětvový odbor. Zabezpečuje poukazy příspěvků přímo řízeným rozpočtovým a příspěvkovým organizacím, případně poukazy dotací jiným subjektům, provádí formální a věcnou kontrolu faktur za provedené služby.

V průběhu rozpočtového roku je možno v odůvodněných případech schválený rozpočet zvýšit nebo na druhé straně v případě neplnění příjmů (např. tzv. balíček opatření) může být již schválený rozpočet krácen. Pak hovoříme o tzv. upraveném rozpočtu.

V průběhu roku předkládají odvětvové odbory a přímo

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

řízené organizace Radě města Ostravy čtvrtletně zprávy o plnění rozpočtu, na základě rozhodnutí Rady města Ostravy pak pololetně zpracovávají rozbor hospodaření a projednávají je za účasti člena Rady města Ostravy. O výsledcích hospodaření je pravidelně informováno Zastupitelstvo města Ostravy.

III. Financování zdravotnictví

Zdravotnická zařízení v působnosti města Ostravy byla, stejně jako všechna ostatní zdravotnická zařízení v České republice, až do roku 1991 financována centrálně ze státního rozpočtu. Do rozpočtu města Ostravy (do roku 1990 do rozpočtu Národního výboru města Ostravy) byla ze státního rozpočtu poskytována tzv. globální dotace, jejíž součástí byla i dotace určená na činnost zdravotnických zařízení v působnosti města.

K 1.1.1992 začala fungovat Všeobecná zdravotní pojišťovna. Protože stávající legislativa zatím neumožňovala platby pojistného, příjmovou stránku VZP v tomto roce naplňoval státní rozpočet. Do rozpočtu VZP byly ze státního rozpočtu převedeny finanční prostředky na zdravotnictví, a to jak za zdravotnická zařízení v působnosti okresních úřadů (obcí), tak i za přímo řízené organizace. Zdravotnická zařízení byla v tomto roce financována z rozpočtu VZP, a sice v 1. pololetí rozpočtově na základě rozpočtů minulých let, od 1.7.1992 pak již podle výkonového systému.

K 1.1.1993 byla zahájena daňová reforma a současně vstoupila v platnost řada zdravotnických zákonů, které umožnily přechod státního financování zdravotní péče na systém všeobecného (veřejného) zdravotního pojištění. Do financování zdravotní péče se kromě VZP postupně zapojily i rezortní, oborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny.

Mimo okruh zdravotního pojištění však zůstaly některé zdravotnické činnosti. Tyto činnosti byly ze systému zdravotního pojištění vyňaty, nebo z něj byly a dodnes jsou financovány pouze částečně. Aby zůstaly finančně zajištěny i po změně systému financování, probíhala od konce roku 1991 do poloviny roku 1992 jednání mezi zástupci ministerstva zdravotnictví, ministerstva financí, VZP a jednotlivých okresních úřadů k přesunu finančních prostředků na tyto činnosti (tzv. vybrané činnosti ve zdravotnictví) z rozpočtu VZP do rozpočtu okresních úřadů. Tak, jak se seznam činností nehraných VZP rozšiřoval, zvyšovala se i účelová dotace na tyto činnosti ze státního rozpočtu do rozpočtu okresních úřadů (magistrátů). Obdobný postup probíhal i u zdravotnických zařízení přímo řízených ministerstvem zdravotnictví. Účelová dotace na vybrané činnosti byla těmito zařízeními poukazována cestou ministerstva zdravotnictví.

Některé z činností financovaných z účelové dotace byly od roku 1993 převedeny z rezortu zdravotnictví pod rezort sociálních věcí (činnost posudkových lékařů, evidence práce neschopných), či přímo pod MZ (informatika a sběr dat pro ZIS), nebo se jejich financování podařilo dořešit (tělovýchovné lékařství). Do seznamu činností byla zařazena řada nových činností, jejichž financování

ze systému zdravotního pojištění nebylo stále dořešeno. Okresní úřady (magistráty) dostaly na jejich financování opět účelovou dotaci.

V letech 1992 a 1993 proto nebyl s financováním vybraných činností ve zdravotnictví problém. Na jejich financování byla ze státního rozpočtu poskytnuta účelová dotace, jejíž použití bylo jednoznačně vymezeno. Orgány města do jejího čerpání nemohly zasahovat. Nebyl důvod rozlišovat, zda financování jednotlivých činností městu Ostrava, a to jako obci - zřizovateli či jako okresnímu úřadu - orgánu státní správy dle platné legislativy přísluší či nikoliv.

V roce 1994 došlo k transformaci územních rozpočtů, tzn. že výnosy jednotlivých daní byly rozděleny mezi stát a okresní úřady (obce). Cílem transformace bylo vytvoření "efektivně fungujícího financování veřejných statků na lokální úrovni", tedy na úrovni okresů a obcí. Konstrukce územních rozpočtů vycházela z vlastní příjmové základny okresních úřadů a obcí. Dosažitelný objem vlastních příjmů měl limitovat rozsah a strukturu výdajů územních orgánů na zabezpečování "veřejných statků". Vztah státního rozpočtu k územním rozpočtům se realizoval již jen formou účelových dotací, jejich rozsah a struktura se však oproti minulým létům změnila.

Účelová dotace na financování vybraných činností ve zdravotnictví (v roce 1993 v Ostravě cca 36 mil. Kč) byla nahrazena již jen odvětvovou dotací na vybraná zdravotnická zařízení. Jednalo se o zařízení, jejichž zřizovatelem je okresní úřad nebo obec, a které nejsou příjmově napojeny na soustavu zdravotních pojišťoven (kojenecké ústavy, dětské domovy, léčebny a ozdravovny). V případě Města Ostravy se jednalo již jen o dotaci na Dětský domov pro děti do 3 let ve výši 6,1 mil. Kč.

Územně vyrovnávací dotace, kterou okresní úřady (magistráty) obdržely na vyrovnání příjmové základny, nedefinovala účel použití. Financování vybraných činností ve zdravotnictví podle seznamu, pravidelně zasílaného ministerstvem zdravotnictví či ministerstvem financí, pak mělo být zabezpečeno kromě účelové dotace na zdravotnictví i z této územně vyrovnávací dotace a zejména pak z vlastních příjmů okresních úřadů (magistrátů). Tento způsob čerpání finančních prostředků z rozpočtu města však již podléhal schvalování orgány samosprávy.

Při předkládání návrhu rozpočtu na zdravotnictví od roku 1994 bylo nutno u jednotlivých činností, jejichž financování ministerstvo zdravotnictví vyžadovalo, zdůvodňovat, která právní norma ukládá městu, ať v samostatné či v přenesené působnosti, tyto činnosti finančně zajišťovat. Některé z činností, u nichž legislativní podklad pro jejich financování chybí, po zrušení! účelové dotace již z rozpočtu města Ostravy hrazeny nejsou. Při předkládání návrhu rozpočtu v minulých letech nebylo jejich financování orgány obce schváleno.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Sestavování rozpočtu a hospodaření s ním patří podle § 14 odst. d) zákona č. 367/1990 Sb., o obcích (obecní zřízení), v platném znění do samostatné působnosti obce. Při výkonu této samostatné působnosti se obec řídí pouze zákony a obecně závaznými právními předpisy, vydanými ústředními orgány státní správy.

Seznam činností hrazených zřizovateli a okresními úřady, ve kterém ministerstvo zdravotnictví uvádí všechny zdravotnické činnosti, které by měly být z rozpočtu města zajištěny, je však pouze metodickým pokynem a ten je pro obce, narozdíl od okresních úřadů, právně nezávazný.

Metodické a jiné pokyny (stejně jako směrnice, nařízení, instrukce atd.) mají svoje místo v právním řádu, neboť blíže rozvádějí a konkretizují ustanovení zákonů a ostatních obecně závazných předpisů či směřují k jejich plnění. Za podmínky, že jsou vydány na základě zákona, nepřekračují kompetence ministerstva nebo jiného orgánu státní správy, který je vydal, a nejsou v rozporu se zákony, ani je neobcházejí, jsou závazné a vynutitelné. Nelze jimi však zavazovat kohokoli, jsou závazné pouze v soustavě podřízenosti, tzn. že se jimi musí řídit všechny podřízené subjekty. Těmi pak jsou v případě ministerstva zdravotnictví pouze přímo řízené organizace, prostřednictvím ministerstva vnitra jimi lze zavázat okresní úřady. Obce, a tou město Ostrava je, jimi zavázat nelze.

Na tomto příkladě lze vidět, že spojením státní správy a samosprávy na magistrátech statutárních měst dochází k situacím, kdy samosprávní činitelé obce svými rozhodnutími de facto rozhodují i o výkonu státní správy.

Nelze však v žádném případě říci, že město Ostrava v oblasti zdravotnictví financuje pouze to, co mu ukládá legislativa, a tomu, co mu ze zákona nevyplývá, se brání. V Ostravě existuje řada zdravotnických služeb či činností, jejichž provozování a financování městu žádná právní norma ani ministerstvo zdravotnictví či jiný ústřední orgán státní správy neukládá, ale jejich fungování je pro občany města žádoucí. Aby tyto zdravotnické služby byly pro občany města zachovány i po změně systému financování, nebo se nezhoršila jejich dostupnost při snižování úhrad zdravotních pojišťoven, jsou financovány na základě rozhodnutí orgánů obce. Nutno je však poznamenat, že tato oblast bývá poznamenána prvkem subjektivního rozhodování.

Jednotlivé zdravotnické činnosti jsou následně rozděleny do dvou kapitol, a sice podle toho, zda jsou financovány z rozpočtu města na základě rozhodnutí státu, ať už je rozhodnutí podloženo právními normami či nikoliv, a na činnosti hrazené na základě rozhodnutí Zastupitelstva města Ostravy.

1. Zdravotnické činnosti financované Městem Ostrava na základě rozhodnutí státu

Na základě usnesení vlády č. 339 ze dne 19.12.1990 proběhlo v roce 1991 rozvolnění okresních (městských) ústavů národního zdraví a vzniku samostatných zdravotnických zařízení.

V případě okresních ústavů národního zdraví se zřizovatelem nově vzniklých zdravotnických zařízení stal příslušný okresní úřad, nově vzniklá zařízení byla tedy státní zdravotnická zařízení. U některých z nich byla zřizovatelská funkce převedena na obce, u zdravotnických zařízení s celo okresní působností zůstala zřizovatelská funkce okresnímu úřadu doposud.

V okresech Ostrava-město, Brno-město a Plzeň-město, kde působily městské ústavy národního zdraví se po delimitaci MÚNZ stala zřizovateli všech nově vzniklých zdravotnických zařízení přímo tato města.

Uvedená statutární města tedy financují ty zdravotnické činnosti, u nichž jim povinnost financování vyplývá ze samostatné působnosti obce - zřizovatele i z přenesené působnosti statutárního města, t.j. jako okresní úřad. Klasický okresní úřad financuje pouze to, co mu ukládá legislativa jako orgánu státní správy, obce zabezpečují úkoly, které jim vyplývají z jejich zřizovatelské funkce ke zdravotnickým zařízením či ze zákona o obcích.

Městu Ostrava vyplývá (vyplývala) v souladu s platnou legislativou povinnost hradit následující činnosti:

- hygienická služba
- dětský domov a kojenecký ústav
- jesle
- léčebny dlouhodobě nemocných
- zdravotnická záchranná služba
- lékařská služba první pomoci
- pohotovostní lékařská služba
- protialkoholní záchytná stanice
- ambulance pro alkoholismus a jiné toxikománie
- lékařské prohlídky při odvodním řízení branců
- útvar krizového managementu

Na základě metodického pokynu ministerstva zdravotnictví jsou nebo byly hrazeny:

- výkony při potvrzování zdravotního stavu žáků k přijetí na střední školy
- činnost sociálních pracovníků
- činnost oddělení nemocí z povolání nehrazené zdravotním pojištěním
- lékařské knihovny
- oddělení výchovy a dalšího vzdělávání

1.1 Hygienická služba

Hygienické stanice jsou dle zákona č. 20/1960 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění zařízeními, která provádí specializované úkony hygienické a protiepidemické. Zejména připravují podklady pro opatření orgánů hygienické služby a podílejí se na jejich výkonu, odborně vedou ostatní zdravotnická zařízení a jejich zdravotnické pracovníky v jejich činnosti na úseku hygieny a boje proti přenosným nemocem.

Okresní hygienické stanice jsou zřizovány dle vyhlášky MZ č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi. Okresního hygienika ustanovuje do funkce okresní úřad.

Rozpočtová organizace Městská hygienická stanice Ostrava (dále MHS) vznikla jako samostatný právní subjekt k 1.1.1991 delimitací MÚNZ Ostrava. Pro rok 1992, kdy došlo ke změně financování zdravotnictví, bylo její financování zabezpečeno z účelové dotace ze státního rozpočtu.

V Ostravě má sídlo i Krajská hygienická stanice (dále KHS), zřízená ministerstvem zdravotnictví. Ve snaze o racionalizaci péče o veřejné zdraví, snížení ekonomické náročnosti a zvýšení odborné úrovně a nezávislosti došlo z iniciativy krajského hygienika k 1.10.1992 ke sloučení těchto dvou zařízení. KHS převzala v celém rozsahu všechna práva a závazky včetně pracovně-právních vztahů MHS a krajský hygienik byl Zastupitelstvem města Ostravy pověřen výkonem funkce městského hygienika.

Protože k této organizační změně došlo v průběhu rozpočtového roku, účelová dotace na provoz MHS pro 4. čtvrtletí 1992, kterou obdrželo město v rámci účelové dotace na zdravotnictví, byla převedena KHS. Pro rok 1993 byl již celý rozpočet KHS pokryt přímo ze státního rozpočtu.

Při rozhodování o této organizační změně si zřejmě nikdo neuvědomoval její pozitivní dopad na rozpočet města pro příští roky. Od roku 1994 město již účelovou dotací na vybraná zdravotnická zařízení neobdrželo, rozpočet MHS by tedy musel být zabezpečen z vlastních příjmů města. Městu Ostrava tak odpadla povinnost hygienickou službu financovat ze svého rozpočtu. Činnost bývalé MHS je financována v rámci činnosti KHS příspěvkem ze státního rozpočtu prostřednictvím ministerstva zdravotnictví.

Ke sloučení krajských a okresních hygienických stanic v ostatních bývalých krajských městech nedošlo, transformace hygienické služby, která měla být zahájena již v roce 1993, nebyla doposud ani legislativně upravena. Poslední návrh zákona o ochraně veřejného zdraví předpokládá redukci dosavadního rozsahu věcné působnosti orgánů hygienické služby, privatizaci činností nesouvisejících se státním dozorem a zejména vznik nové organizační struktury úřadů ochrany veřejného zdraví ve vazbě na budoucí krajské orgány.

Financování hygienické služby cestou vyšších územně samosprávných celků, nezávisle na ostatních orgánech státní správy a samosprávy, by tak mělo být garancí realizace státní zdravotní politiky a státního zdravotního dozoru.

1.2 Dětský domov pro děti do 3 let (včetně kojeneckého ústavu)

Dětský domov a kojenecký ústav jsou dle zákona č. 20/1960 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění a dle vyhlášky MZ č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, zvláštním dětským zařízením léčebně preventivní péče, pečující o všestranný rozvoj dětí ve věku do tří let.

Tato zařízení poskytují ústavní a výchovnou péči dětem, jejichž vývoj je ohrožen nevhodným domácím prostředím, dětem o něž nemá kdo pečovat, nebo jimž nelze ze sociálních důvodů zajistit péči ve vlastní rodině, popřípadě náhradní rodinnou péči, a to dětem do tří let, pokud ze zdravotních nebo sociálních důvodů ji není nutné poskytovat starším dětem. Kojenecký ústav a dětský domov je možno podle místních podmínek spojit ve společné zařízení.

Dětský domov pro děti do 3 let v Ostravě (dále DD) byl zřízen po delimitaci MÚNZ Ostrava k 1.1.1991 jako samostatná rozpočtová organizace Města Ostravy. Je společným zařízením - dětský domov a kojenecký ústav, jeho kapacita je 137 lůžek.

DD přijímá děti ze zdravotních a ze sociálních důvodů. Zdravotní indikací k přijetí jsou vrozené vývojové vady. Mnozí rodiče nejsou schopni zvládnout péči o tyto děti a dlouhodobé umístění dětí v lůžkových zdravotnických zařízeních není možné. Děti se sociální indikací k přijetí jsou většinou děti, které jsou pro zanedbávání péče rodičům odňaty, děti, o které se jejich rodina nechce starat, nebo se vzhledem k sociální situaci (např. bytové podmínky) starat nemůže, děti k adopci apod. U mnohých dětí, které jsou přijaty ze sociálních důvodů se v průběhu pobytu mění sociální indikace na indikaci zdravotní (křivice, srdeční onemocnění apod.). 80% dětí v DD je tak umístěno z důvodů zdravotních nebo zdravotně - sociálních. DD dále zajišťuje péči o týrané, zanedbávané a zneužívané děti.

Podle zákona č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, v platném znění bylo financování péče v těchto zařízeních ze systému zdravotního pojištění vyňato. Nařízení vlády č. 216/1992 Sb., zdravotní řád, v platném znění a po jeho zrušení i zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, stanovily, že péče poskytovaná v kojeneckých ústavech a dětských domovech se hradí z rozpočtu zřizovatele. Tento způsob financovaná

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

byl zdůvodňován obavou z rizika při přechodu na financování ze systému zdravotního pojištění. Stávající způsob financování však nelze považovat za optimální.

V ČR existuje 43 dětských domovů pro děti do 3 let a kojeneckých ústavů, mají tedy logicky působnost nad hranice působnosti okresních úřadů - zřizovatelů. Ze státního rozpočtu je na jejich nad okresní působnost poskytována dotace. Ministerstvo financí nesleduje, jaké jsou náklady na provoz zařízení a kolik dětí v jednotlivých DD je z jiných okresů, dotace je stanovena paušálem na 1 lůžko. Pro rok 1997 činila dotace 50 tisíc Kč na jedno lůžko, skutečné neinvestiční výdaje na jedno lůžko v tomto roce dosáhly výše cca 287 tis. Kč. Dotace tedy pokryla cca 17% nákladů DD, přičemž v tomto roce zde bylo umístěno 45% mimoostravských dětí. Obdobně jako u ostravského DD tak na provoz těchto zařízení "doplácejí" jejich zřizovatelé na úkor těch okresů, které tato zařízení nemají.

Problém ve financování DD nelze spatřovat pouze v nízké dotaci na nadregionálnost, zásadním problémem je absence financování ze systému zdravotního pojištění.

Nezaopatřené děti, a těmi jsou i děti umístěné v DD, jsou ze zákona o pojistném pojištění, za které je plátcem pojistného stát. Přestože zdravotní pojišťovny celou dobu pobytu dětí v DD inkasují od státu pojistné a v rámci přerozdělení dle zákona č. 592/1992 Sb. je navyšují o další zdroje, na finančně náročné zdravotní péči či hradí v Ostravě ze svých daní daňoví "poplatníci města a částečně formou dotace opět stát.

Výdaje DD za léky, SZM a krev, tedy výdaje, které jsou jednoznačně výdaji na zdravotní péči, dosáhly v roce 1997 1.788 tis. Kč (4,5% ročních neinvest. výdajů). V přepočtu na 1 dítě dosáhly cca tis. Kč ročně. Po započtení ostatních provozních nákladů a mezd zdravotnických pracovníků pak dosáhly výdaje na zdravotní péči pro děti, které jsou v DD umístěny se zdravotní nebo zdravotně-sociální indikací několikanásobku průměrných nákladů na zdravotní péči u dětí této věkové kategorie (průměrné roční náklady na 1 pojištěnce VZP ve věku 0-4 let za rok 1997 činily cca 5 tis. Kč). Výše těchto nákladů koresponduje se skladbou dětí. 253 dětí v DD jsou děti těžce zdravotně postižené (poruchy CNS, srdeční a rozštěpové vady apod.), které vyžadují delší a nákladnou péči. Vzhledem k náročné zdravotní péči nemohou být mnohé děti umístěny do ústavu sociální péče a zůstávají v DD někdy až do školního věku.

Ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo financí přiznávají dvoukolejnost financování, od roku 1993 opakovaně ubezpečují o brzkém řešení. Tím mělo být převedení DD do rezortu sociálních věcí, případně do rezortu školství. Podle posledních informací však rezortní příslušnost i způsob financování zůstanou nezměněny.

Při financování provozu tohoto zdravotnického zařízení je nutno vyžadovat i spoluúčast rodičů.

Úhrada za pobyt dítěte umístěného v DD a KÚ byla upravena vyhláškou MZ č. 467/1992 Sb., o poskytování

zdravotní péče za úhradu, v platném znění, a to ve výši stravovací jednotky s možností snížení ve vazbě na životní minimum rodiny. Děti v DD pocházejí z převážné části z problémových rodin, velká část rodičů nebyla ochotna platit ani tyto minimální částky. Zhruba polovina vyměřených poplatků jsou nevymahatelné pohledávky.

Po zrušení citované vyhlášky nálezem ústavního soudu č. 206/1996 Sb. se podkladem pro stanovení výše ošetřovného stal již jen zákon č. 526/1990 Sb., o cenách. Protože se domníváme, že vyživovací povinnost rodičů by měla odrazit kromě nákladů na stravu i ostatní náklady na zaopatření, byla Radou města Ostravy schválena nová výše příplatku, která alespoň částečně tyto náklady zohledňuje (s možností slevy ve vazbě na skutečný příjem rodiny). Přesto však příjmy za ošetřovné v roce 1997 pokryly pouze 1,3 % výdajů DD. Dalším zdrojem příjmů DD jsou rodinné přídavky, příjmy za sociální hospitalizace, příjmy z úroků atd. Celkové příjmy DD v roce 1997 pak tvořily 2,2% jeho výdajů.

Pro financování DD není rozhodující, do kterého rezortu bude DD patřit. Domnívám se, že je oprávněný požadavek trvat na tom, aby zdravotní péče, která je zde dětem poskytována a která byla státem zdravotním pojišťovným zaplacená, byla také ze zdravotního pojištění uhrazena. Jedná se minimálně o kapitační platbu, léky, krev, spec. zdrav. materiál, kyslík event. zdravotnickou přepravu, tak jak jsou hrazeny např. u dětí školských DD nebo u obyvatelů ústavů sociální péče. Je logické, že ze systému zdravotního pojištění by nemohly být pokryty celé náklady DD. Kromě zdravotní péče je zde zabezpečována i péče sociální a výchovná. Tyto náklady na provoz pak ať nese zřizovatel a rodiče nebo zákonní zástupci dětí. Nadokresní působnost těchto zařízení by vyřešilo jejich převedení do působnosti budoucích krajských orgánů.

1.3 Jesle

Jesle jsou charakterizovány zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, jako zvláštní dětské zařízení léčebné preventivní péče, pečující o všestranný rozvoj dětí ve věku do tří let. Podle vyhlášky č. 242/1991 Sb., soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, mohou být jesle zřízeny jako územní nebo závodní, s denním výjimečně i týdenním provozem.

MÚNZ Ostrava měl v 80. letech ve správě cca 40 jeslí (územních i závodních) s kapacitou cca 1700 míst. Na přijímání dětí existovaly na obvodních národních výběrech poradníky. Do jeslí byly přijímány děti již od 1/2 roku, v Ostravě existovaly i jesle s týdenním provozem. V porevolučním období zájem o jesle opadl. Důvodem bylo prodloužení doby pobírání rodičovského příspěvku až do 4 let věku dítěte, klesající porodnost a skutečnost, že mateřské školy, které mají také nedostatek dětí, snížily věkovou hranici k přijetí dětí až 1,5 roku.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

V rámci MÚNZ existoval samostatný jeselský úsek. Po delimitaci MÚNZ, kdy vznikly ve 4 městských částech nové právní subjekty - městské polikliniky, byly jesle funkční i nefunkční dle územní příslušnosti přiřčleněny k nim. Polikliniky nevyužitě jesle postupně uzavíraly a pronajímaly je, funkční jesle, které se zdravotnictvím neměly de facto nic společného, pro ně byly zátěží, přestože na ně z rozpočtu města dostávaly dotaci. Proto, když byly městské polikliniky posléze zahrnuty do privatizace (zák. 92/1991 Sb.), zbylé 4 funkční jesle byly převedeny pod Dětský domov pro děti do 3 let. Toto organizační "zastřešení" jeslí jedním právním subjektem, jehož činností je péče o děti, se osvědčilo. Společné s vedením DD pak byla řešena další reorganizace jeslí.

Financování provozu jeslí bylo ze systému zdravotního pojištění vyňato a nařízením vlády č. 216/1992 Sb., zdravotní řád, v platném znění a po jeho zrušení i zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění bylo určeno, že zdravotní péče poskytovaná v jeslích je hrazena z rozpočtu zřizovatele.

Provoz jeslí byl a je finančně náročný. Vzhledem ke skutečné docházce dětí, ovlivněné zejména nemocemi, je zde zaměstnáno relativně velké množství zdravotnických pracovníků, ve vazbě na věk dětí je nutno dodržovat hygienické požadavky na provoz (velké prostory náročné na energie, praní prádla, strava dětí odpovídající dietnímu stravování ...). Podíl rodičů na úhradě jeselské péče upravovala vyhláška MZ č. 467/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované za úhradu, v platném znění. Pro osoby povinné výživou byl příspěvek na zaopatření v jeslích stanoven ve výši stravovací jednotky s možností snížení ve vazbě příjmu rodiny na životní minimum.

V roce 1996 byla stravovací jednotka v jeslích ve výši 38 Kč, tzn., že v případě, když dítě bylo celý měsíc v jeslích (a to byla spíše výjimka), rodiče zaplatili za poskytnutou péči cca 800 Kč měsíčně. Skutečné měsíční výdaje na 1 místo v jeslích činily cca 6 tis. Kč, v přepočtu na skutečně využitě místo pak zhruba dvojnásobek, t.j. 12 tis. Kč. Roční výdaje na provoz jeslí v Ostravě v tomto roce (3 jesle, 141 míst) dosáhly 8,4 mil. Kč, příspěvky rodičů pokryly pouze 7,4% výdajů. Legální způsob, jak zainteresovat rodiče na úhradě jeselské péče vyšší částkou, se v Ostravě nepodařilo najít. Proto bylo rozhodnuto postupně snížit počet jeslí na minimum, zbylé jesle reprofilizovat na zařízení pro mentálně a tělesně postižené děti a pro děti z rodin, které se ocitnou v náhlé socioekonomické tísní, a až v případě volné kapacity poskytovat klasickou jeselskou péči pro zdravé děti.

Vyhláška MZ č. 467/1992 Sb., o poskytování zdravotní péče za úhradu, v platném znění byla nálezem ústavního soudu č. 206/1996 Sb. zrušena a v souvislosti s přijetím zákona

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

č. 48/1997 Sb. , a o veřejném zdravotním pojištění, zaslalo v květnu 1997 ministerstvo zdravotnictví okresním úřadům stanovisko, že stávající právní úprava neumožňuje v jeslích vybírat příplatky na zaopatření. Je- selská péče měla tedy být podle tohoto stanoviska poskytována zdarma.

Uvedené stanovisko ministerstva zdravotnictví myšlenku na transformaci jeslí podpořilo. Skutečnost, že do měsíce po tomto výkladu totéž ministerstvo stejný zákon vyložilo zcela opačně a dle nového výkladu je možno úhradu za pobyt dítěte v jeslích stanovit již pouze na základě zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, rozhodnutí zrušit klasické jesle již nezměnila.

V Ostravě tak v současné době fungují již jen 2 jesle s 60 místy. Jsou určeny především pro děti mentálně a tělesně postižené, pro něž je pobyt v tomto zařízení přínosem. Je zde pro ně zajištěna rehabilitační a psychologická péče. Protože se však jedná o jesle, spoluúčast zdravotních pojištěnoven je vyloučena. Ve volné kapacitě jsou přijímány i děti zdravé. Poplatky rodičů zahrnují kromě stravy i část provozních nákladů. Za pobyt v jedlích hradí v současné době rodiče měsíčně paušální částku 1000 Kč a stravné podle skutečné docházky, možnost slevy je u zdravotně postižených dětí. Zvýšením úhrady za pobyt dítěte v jeslích došlo v 1. pololetí 1998 ke zvýšení podílu příjmů k výdajům na 18% .

Ani reorganizací nedošlo ke zvýšení využití jeslí. Kapacita jeslí je stále využita pouze na cca 50%. V současné době je proto řešena možnost jiného využití objektů a zdravotnického personálu, zvažuje se zřízení zařízení specializovaného na rehabilitační péči pro děti, a to i pro těžší handicap, s možností svážení dětí z celého města.

Na závěr této části lze konstatovat, že klasické jesle nejsou zdravotnickým zařízením, měly by být, resp. měly být již dávno z rezortu zdravotnictví vyňaty a začleněny buď pod oblast sociální péče, jednalo-li by se o zajištění dětí ze sociálně potřebných rodin v době, kdy jejich rodiče pracují, nebo by tato služba měla být poskytována na základě živnostenského zákona. V případě rehabilitačních jeslí, t.j. zdravotnického zařízení, které skutečně poskytuje zdravotní péči, by pak byla na místě částečná spoluúčast zdravotních pojištěnoven.

1.4 Léčebna dlouhodobě nemocných

Léčebna dlouhodobě nemocných (dále LDN) je dle vyhlášky MZ č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, odborným léčebným ústavem, určeným pro poskytování specializované ústavní péče zaměřené především na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déle trvajícími nemocemi.

LDN v Ostravě - Radvanicích se 190 lůžky, organizačně

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

začleněná pod příspěvkovou organizaci Městská nemocnice Ostrava - Fifejdy, patří v současné době k našim nejnovějším a nejmodernějším léčebnám. Nákladem cca 260 mil. Kč z rozpočtu města byla v letech 1992 - 1998 zrekonstruována původní budova LDN a přistaven nový pavilon s dalšími lůžky a rehabilitačním oddělením.

Léčebny dlouhodobě nemocných patřily až do roku 1997 do kategorie zařízení financovaných z rozpočtu zřizovatele. Financování zdravotní péče v těchto zdravotnických zařízeních bylo v roce 1992 nařízením vlády č. 216/1992 Sb., zdravotní řád, v platném znění a posléze zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ze systému všeobecného zdravotního pojištění vyňato.

Stejně jako v případě dětí umístěných v dětských domovech pro děti do 3 let jsou i pacienti léčení v léčebnách pro dlouhodobě nemocné pojištěnci. V převážné části se jedná o pojištěnce, za které je plátcem pojistného stát. Toto pojistné je následně zvýšeno o další finanční prostředky z přerozdělení (dle zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění), u osob starších 60 let, kterých je v LDN většina, je podíl přerozdělení navýšen. Přesto však zdravotní pojišťovny péči o dlouhodobě nemocné občany ze zákona hradit nemusely. Zdravotní péči pro své dlouhodobě nemocné spoluobčany, za které zdravotní pojištění zaplatil zdravotním pojišťovnám stát, tak hradili ze svých daní daňoví poplatníci města.

V letech, kdy byly LDN financovány z rozpočtu zřizovatele, bývaly často přirovnávány k zařízením sociální péče. Pravdou je, že v nich byla hospitalizována řada občanů ze sociálních důvodů, např. zde čekali na umístění v domově důchodců. Ošetřovací doba blíží se 1 roku nebyla výjimkou. Ale i těmto pojištěncům, pokud by byli v péči svého ošetřujícího lékaře nebo v zařízení sociální péče, by byla zdravotní péče zdravotními pojišťovnami uhrazena. Přestože byly LDN mnohdy přirovnávány k ústavům sociální péče, nepodařilo se vyřešit otázku finanční spoluúčasti jako např. v domovech důchodců. Pacienti hospitalizovaní na LDN pobírali celou dobu hospitalizace důchody v plné výši, mnozí i příplatky za bezmocnost. Na LDN nebylo možno uplatnit ani institut tzv. sociální hospitalizace.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v § 15, odst. 10 s platností od 1.1.1998 převedl financování léčeben dlouhodobě nemocných na systém zdravotního pojištění. Přestože od vydání zákona č. 48/1997 Sb. (březen 1997) k faktickému zahájení financování LDN zdravotními pojišťovnami byl dostatek času na stanovení optimální výše úhrady péče poskytnuté v LDN, k řešení financování došlo až počátkem roku 1998. Aby se LDN z důvodu nevyjasněného způsobu financování a posléze z důvodu nedostatečné výše úhrady (platba za lůžko den nedosahovala ani nákladů předchozího roku) nedostala do problémů se zajišťováním zdravotní péče, zůstala na rozpočet města napojena i v roce 1998. Na základě rozhodnutí Zastupitelstva města Ostravy byly z rozpočtu města vyčleněny 3 mil. Kč na pokrytí její ztráty.

Vzhledem k tomu, že od 1.1.1998 je zdravotními

pojišťovny hrazena pouze zdravotní péče, nikoliv péče sociální, složení pacientů v LDN se změnilo, ošetrovací doba se výrazně zkrátila, viz tabulka.

rok	počet lůžek	využití v %	průměrná os. doba	obrat lůžka	počet hosp. pacientů
1995	96	92,9	132,8	2,4	228
1996	100	95	142,6	2,4	245
1997	124	94,9	104,2	3,3	410
1998	145	94,7	59,5	5,8	842

Zkrácení ošetrovací doby je ovlivněno zejména faktem, že zdravotní pojišťovny uhradí hospitalizaci delší 3 měsíců pouze výjimečně. LDN se tak pravidelně dostává do situace, kdy některé pacienty není možno propustit (nevhodné domácí prostředí, dlouhé čekací doby na umístění v domovech důchodců, event. kontraindikace k přijetí). Pro tyto případy je určen institut tzv. sociální hospitalizace (vvh. MPSV č. 310/1993 Sb. , o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních). Přestože od 1.1.1994, kdy bylo novelizací zákona č. 307/1993 Sb., o sociálním zabezpečení, v platném znění, upraveno poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních, byly již několikrát ve vazbě na inflaci valorizovány důchody, byly zvýšeny i poplatky v domovech důchodců, ke zvýšení úhrady za sociální hospitalizaci nedošlo). Schválených 300 Kč za 1 den soc. hospitalizace (55 Kč pacient + 245 Kč okresní úřad) je naprosto nedostatečná částka k tomu, aby bylo možno pokrýt náklady hospitalizace.

Změnou financování se LDN ze zdravotně-sociálního zařízení změnila na zařízení zdravotní. Pokud je tedy v léčebnách dlouhodobě nemocných již vyloučeno poskytování sociální péče a dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, je péče v LDN hrazena ze systému zdravotního pojištění, musí být zde poskytnutá zdravotní péče také zdravotními pojišťovnami uhrazena, nelze se spoléhat na to, že ztráta bude pokryta z jiných zdrojů, ne každý zřizovatel je ochoten a především schopen ztrátu finančně dokrýt. Jedině díky tomu, že majetek LDN je ve vlastnictví města a náklady LDN tedy nejsou zatěžovány odpisy, dá se předpokládat, že v příštím roce bude její hospodaření vyrovnané .

1.5 Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba (dále ZZS) je na základě zmocnění v § 18a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění upravena vyhláškou MZ ČR č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě, v platném znění. Vyhláška stanoví náplň přednemocniční neodkladné péče, vymezuje základní úkoly zdravotnické záchranné služby a definuje síť zařízení a pracovišť a náplň jejich činnosti.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Přednemocniční neodkladná péče (dále PNP) je zdravotní péče o postiženého na místě vzniku jeho úrazu nebo náhlého onemocnění a během jeho dopravy k dalšímu odbornému ošetření, poskytovaná při stavech, které bezprostředně ohrožují život postiženého, mohou vést prohlubováním se chorobných změn k náhlé smrti, způsobí bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny, působí náhlé utrpení a náhlou bolest, působí změny chování a jednání postiženého, ohrožují jeho samotného nebo jeho okolí.

ZZS je zajišťována pomocí zdravotnického operačního střediska, které nepřetržitě a bezprostředně řídí činnost výjezdových skupin a současně integruje všechny články PNP pracující v nepřetržitém provozu, a soustavy výjezdových skupin záchranné služby:

- rychlou lékařskou pomocí (RLP), kterou tvoří zdravotnické týmy s nejméně tříčlennou posádkou, vedené lékařem
- rychlou zdravotnickou pomocí (RZP), která je tvořena nejméně dvoučlennou posádkou (řidič záchranář, SZP záchranář), zajišťující péči nevyžadující přítomnost lékaře
- leteckou záchrannou službou, v níž zdravotnická část posádky je nejméně dvoučlenná ve složení lékař a záchranář.

Sít zdravotnické záchranné služby tvoří

- územní střediska záchranné služby zřizovaná ministerstvem zdravotnictví (ve vyhlášce vyjmenovaných 10 městech)
- okresní střediska záchranné služby zřizovaná okresními úřady (v ostatních okresních městech)
- výjezdové skupiny při územních střediscích (zřizované MZ) a okresních střediscích (zřizované okresními úřady), výjezdové skupiny zřizované fyzickými osobami, obcemi nebo jinými právními osobami, začleněné do sítě ZZS.

Vyhláška stanoví v § 3, že síť územních středisek a zařízení musí být organizována tak, aby byla zabezpečena dostupnost před-nemocniční neodkladné péče a její poskytnutí do 15 minut od přijetí tísňové výzvy (s výjimkou případů hodných zvláštního zřetele). Aby byl dodržen časový limit 15 minut, musí tomu být v každém správním celku přizpůsobena organizační struktura ZZS. Jednotlivé výjezdové skupiny pak logicky nejsou plně využity natolik, aby tržby za provedené zdravotní výkony pokryly náklady ZZS. Takto vzniklá ztráta je dle § 15, odst. 10 zákona 48/1997 Sb. v platném znění hrazena z rozpočtu zřizovatele.

ZZS v Ostravě je zajišťována Územním střediskem záchranných služeb v Ostravě (ÚSZS), zřízeným MZ ČR, které provozuje kromě vlastních výjezdových skupin i zdravotnické operační středisko, a výjezdovými skupinami RLP a RZP Městské záchranné služby a Závodní nemocnice Vítkovice, zřízenými Městem Ostrava, které jsou smluvně navázány na ÚSZS. Na pokrytí ztráty ZZS v Ostravě je tak poskytován příspěvek ze dvou zdrojů - ministerstva zdravotnictví a Města Ostrava. Viz tabulka a znázornění na mapce v příloze:

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Provozovatel stanoviště	typ výjezdové skupiny	primární spádovost	poznámka
Územní středisko záchranných služeb			
O.- Zábřeh	LZS-vrtulník	70 km	střídání s MZSO
O.- Poruba	RLP klas.typu	Ostrava 4	
O.- Poruba	RLP rendez-vous	celoměstská	
O.- Poruba	RZP	Ostrava 4	
Sl. Ostrava	RZP	Ostrava 2	
Městská záchranná služba Ostrava			
centrum	RLP klas.typu	Ostrava 1,2	střídání s ÚSZS
centrum	RLP rendez-vous	celoměstská	
centrum	RZP	Ostrava 1,2	
O.- Zábřeh	RZP	Ostrava 3	
Závodní nemocnice Vítkovice			
O.- Vítkovice	RLP klas.typu	Ostrava 3	
O.- Hrabůvka	RZP	Ostrava 3	

Stávající způsob a výše ohodnocení zdravotnických a dopravních výkonů dostačuje hraničně pouze k návratnosti nákladů na personál a základní režii výjezdových skupin RLP a RZP. V žádném případě nepokrývá náklady na ostatní pracovníky nevýjezdové části ZZS a už v žádném případě nestačí na reprodukci investic, či krytí provozní režie (energie, nájmy apod.). Příspěvek zřizovatele pak logicky tvoří velmi významnou část finančních zdrojů.

Výkony ZZS přímo řízených organizací v letech 1994 - 1998

Městská záchranná služba	1994	1995	1996	1997	1998
primární výjezdy RLP	1656	2172	2366	2114	1992
primární výjezdy RLP R-V	461	1048	1014	1260	997
sekundární výjezdy RLP	373	186	343	99	102
CELKEM RLP	2490	3406	3723	3473	3043
primární výjezdy RZP	2476	4470	2014	2047	2071
sekundární výjezdy RZP	3305	5120	5674	3125	2492
CELKEM RZP	5781	9590	7688	5172	4563
CELKEM ZZS	8271	12.966	11.411	8645	7606

Závodní nemocnice Vítkovice	1994	1995	1996	1997	1998
primární výjezdy RLP	1740	1811	1738	1692	1415
sekundární výjezdy RLP	183	181	206	187	172
CELKEM RLP	1923	1992	1944	1879	1587
primární výjezdy RZP			1315	1494	1595
sekundární výjezdy RZP			459	522	422
CELKEM RZP			1774	2016	2017
CELKEM ZZS	1923	1992	3718	3895	3604

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Počet výjezdů ZZS má vazbu na počet výzev předaných operačním střediskem. Meziroční pokles výjezdů u MZSO je ovlivněn snižováním počtu výjezdových skupin.

Operační středisko ÚSZS je spolu s dispečinkou městské a republikové policie a hasičského záchranného sboru začleněno do Centra tísňového volání (CTV). Toto dispečerské pracoviště bylo zřízeno v rámci integrovaného záchranného systému v zájmu řešení mimořádných událostí na území města s cílem maximálně efektivně využít zmíněné složky pro řešení mimořádných událostí. Prostřednictvím těchto mechanismů garantuje Město Ostrava občanům likvidaci následků mimořádných událostí (např. povodně v červenci 1997).

Úspěšné fungování CTV potvrdilo správnost zvoleného postupu při integraci jednotlivých prvosledových organizací sdružených svými řídicími strukturami v CTV. V protikladu ke kompaktnosti, jednotné řídicí a organizační struktury těchto složek vystoupila složitá podoba ZZS v Ostravě (přesto však plně funkční), kdy operační středisko ÚSZS funguje v rámci městem zřízeného CTV a výkon PNP zdravotnickými zařízeními zřízenými městem je zase realizován bez přímé odpovědnosti vůči Městu Ostrava.

Proto byla v roce 1996 přijata myšlenka jednotné organizace pokrývající celý rozsah PNP, s jednotnou, přímou organizační strukturou, s přímými vztahy řízení a odpovědnosti, tak jak existuje dle vyhlášky č. 434/1992 Sb. ve všech okresech republiky (pouze oblast Prahy a Ostravy představuje legislativní anomálii v uspořádání zařízení a pracovišť ZZS). Byly navrženy 2 varianty:

1. zřizovatelem jednotné ZZS bude Město Ostrava, ZZS bude financována z rozpočtu města
2. zřizovatelem bude ministerstvo zdravotnictví, MZ bude financovat řídicí úsek, leteckou záchrannou službu, výjezdové skupiny RLP a RZP. Byla navržena možnost financování i LSPP a Útvaru krizového managementu jako reciprocita toho, že Město Ostrava v rámci CTV financuje provoz operačního střediska.

Přestože k navrhovanému sjednocení ZZS proběhlo na úrovni města i na úrovni MZ několik jednání, myšlenka sjednocené ZZS nebyla doposud naplněna. Dá se předpokládat, že po zřízení vyšších územně samosprávných celků bude řešena i otázka ZZS a teprve pak v Ostravě dojde k jejímu sjednocení pod jednoho zřizovatele a financování z jednoho zdroje - státního rozpočtu (buď přímo nebo cestou vyšších územně samosprávných celků).

Stát musí finančním příspěvkem garantovat takovou síť ZZS, aby 15 minutový dojezdový čas, který stanovil ve vyhlášce 434/1992 Sb., byl dodržen.

1.6 Lékařská služba první pomoci

Lékařská služba první pomoci (dále LSPP) je upravena § 15, odst. 10 a § 28 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění a směrnicí Ministerstva zdravotnictví ČR č. 7/1981 Věstníku MZ, o pohotovostních zdravotnických službách.

Úkolem LSPP je zabezpečit lékařskou první pomoc v případech náhlého onemocnění či náhlého zhoršení zdravotního stavu, jestliže stupeň postižení nevyžaduje zásah zdravotnické záchranné služby. Je poskytována všem občanům v době mimo pravidelný provoz zdravotnických zařízení. Praktickým lékařům, registrujícím své pacienty, žádný právní předpis neukládá povinnost pečovat o ně nepřetržitě. Okresní úřad je povinen zajistit LSPP jak pro občany okresu, tak i pro osoby, které se z pracovních, dopravních, rekreačních či jiných důvodů nacházejí přechodně na území okresu.

Výkony provedené v rámci LSPP jsou tzv. hrazenou péčí, t.j. péčí proplácenou zdravotními pojišťovnami (§ 28 zák. 48/1997 Sb.). Z objektivních důvodů je tato služba ztrátová (nepřetržitý provoz znamená práci přesčas, v noci, ve dnech pracovního klidu, ne vždy je LSPP plně vytížená). Dle § 15, odst. 10, zákona č. 48/1997 Sb. je ztrátu vzniklou z titulu provozování LSPP povinen dokrýt zřizovatel.

V roce 1994 došlo v Ostravě k optimalizaci počtu pracovišť LSPP. Byly zrušeny stomatologické pohotovosti v O.-Porubě a O.-Hrabůvce, zůstala pouze jediná, v centru města. Po dohodě s VÍTKOVICE, a.s. byla zrušena závodní pohotovost provozovaná pro zaměstnance společnosti (cca 2 tis. ošetřených pacientů ročně, a to včetně obyvatel obvodu, pro které je dostupná LSPP v centru města). Se zrušením závodní LSPP na Nové hutí, a.s. (s obdobným využitím) odborová organizace podniku nesouhlasila, LSPP proto zrušena nebyla, dofinancována je však nyní Novou hutí, a.s., jako součást sociálního programu. Došlo ovšem i k opačnému trendu, vzniku 2 nových LSPP. V letech 1993 - 1996 působila na území města Záchranná služba Asociace samaritánů ČR, která provozovala m.j. i dětskou výjezdovou LSPP, od roku 1996 provozuje další všeobecnou (nevýjezdovou) LSPP v O.-Porubě i FNSP Ostrava. Údaje o využití těchto LSPP se nepodařilo získat.

LSPP, finančně zajištěná rozpočtem města, je v současné době provozována na třech místech, a sice v centru města, v O.- Porubě a v O.- Hrabůvce. Je tak optimálně dostupná pro všechny občany města, viz schematické znázornění v příloze.

U LSPP v centru města a v O.-Hrabůvce došlo k žádoucímu propojení se ZZS, neboť jsou provozovány městskými organizacemi, které provozují i záchrannou službu - Městskou záchrannou službou Ostrava a Závodní nemocnicí Vítkovice. LSPP v O.-Porubě je od podzimu 1998 provozována privátní lékařkou, která získala polikliniku ve veřejné soutěži (zákon 92/1991 Sb.) s věcným břemenem zachování LSPP. Na základě smluvního vztahu je z rozpočtu města poskytován příspěvek na dokrytí ztráty i této pohotovosti.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Propojení této LSPP se ZZS bude nutno řešit v průběhu roku 1999.

Počty pacientů, ošetřených v letech 1993 - 1998 na LSPP dotované z městského rozpočtu, udávají následující tabulky. Z nich je vidět, že počty pacientů na LSPP meziročně klesají. Frekvence pacientů nebyla ovlivněna zrušením ani zřízením nových výše zmíněných LSPP. Nárůst počtu ošetření u dětské LSPP a výjezdové všeobecné LSPP v roce 1998 má pravděpodobně vazbu na zavedení kapitační platby.

LSPP dětská				
rok	centrum	Hrabůvk	Porubá	celkem
1993	10 944	15 600	8 868	35 412
1994	9 657	14 105	9 383	33 145
1995	8 815	13 543	6 000 ^{x)}	28 358
1996	8 189	12 141	8 275	28 605
1997	7 923	12 073	7 546	27 542
1998	8 564	12 498	8 435	29 497

LSPP stomatologická		
rok	centrum	
1993	14	472
1994	13	552
1995	13	768
1996	12	654
1997	11	055
1998	11	028

*' zřejmě chybný údaj

LSPP všeobecná									
rok	centrum		Hrabůvka		Porubá		celkem		
	ambul. výjezd		ambul. výjezd		ambul. výjezd		ambul. výjezd		
1993	12 828	12 756	17 317	9 482	15 612	6 876	45 757	29 114	
1994	12 973	11 104	15 360	7 116	15 528	8 124	43 861	26 344	
1995	13 059	9 382	14 460	7 063	13 683	9 261	41 202	25 706	
1996	11 857	8 061	11 900	6 013	12 199	7 508	35 956	21 582	
1997	9 540	7 913	11 281	6 202	11 146	7 394	31 967	21 509	
1998	413	7 837	10 911	6 327	10 552	9 068	30 876	23 232	

Přestože dochází k poklesu počtu ošetřených pacientů, z důvodu zachování snadné dopravní dostupnosti této zdravotní péče se neuvažuje o další redukci pracovišť LSPP.

Všechny pohotovostní služby jsou zajišťovány ve všední dny od 16 do 7 hod, v sobotu, neděli a ve svátek nepřetržitě. Všechny všeobecné LSPP zabezpečují i výjezdovou službu. V rámci všeobecné LSPP funguje na všech třech místech Ostravy ve všední dny od 7 do 16 hod. i výjezdová žurnální služba. Personální zajištění viz tabulka :

počty pracovníků	lékař	sestra	poznámka
všeobecná LSPP	2	2	(z toho 1 dvojice pro výjezdy)
žurnální služba	1	1	
dětská LSPP	1	1	
	2	2	So , Ne , svátek O.-Hrabůvka
stomatolog . LSPP	1	1	pouze centrum

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Žurnální služba je zabezpečována zaměstnanci provozovatelů, vlastní LSPP je zajištěna ve většině případů střídáním privátních lékařů na základě dohod o pracovní činnosti.

U vlastních pracovníků řeší odměňování zákon č. 143/1992 Sb., o platu a odměně za pracovní pohotovost, v platném znění jako přesčasovou práci a čekání na práci; privátní lékaři jsou odměňováni paušálními částkami za 1 hodinu služby, bez členění na výkon práce a čekání na práci. Paušál je jednotný u všech provozovatelů:
/Kč/

	vš. den	So, Ne
lékaři	50	90
sestry	35	70

Sazby za LSPP v Ostravě jsou platné od roku 1995, kdy byly stanoveny ve vazbě na odměny za LSPP u lékařů a sester - zaměstnanců. Přestože nařízeními vlády byly již několikrát platy zaměstnanců zvýšeny, paušální sazby, kterými jsou odměňováni externí zdravotníci, doposud valorizovány nebyly (zvýšení sazeb u lékařů i sester o 10% by znamenalo nárůst nákladů o cca 1 mil. Kč). Sazby za LSPP v Ostravě patří ve srovnání s jinými okresy spíše k nižšímu průměru, přesto však Magistrát města Ostravy, jako orgán příslušný k registraci, doposud nemusel, na rozdíl od mnoha jiných okresních úřadů, zavazovat nestátní zdravotnická zařízení v obvodu své působnosti podle § 5, odst. 2f) zákona č. 160/1992 Sb., v platném znění, podílet se na zajištění LSPP. Domnívám se, že je to ovlivněno tím, že privátní lékaři si uvědomovali skutečnost, že z rozpočtu města je nad rámec jeho zákonných povinností financována v rámci LSPP žurnální služba a oni tak nemusí během svých ordinačních hodin vyjíždět k pacientům.

Vzhledem k tomu, že od podzimu 1998 se začaly projevovat potíže se zajišťováním LSPP, návrh rozpočtu LSPP pro rok 1999 požadoval navýšení rozpočtu tak, aby mohly být zvýšeny sazby o 25%. Rozpočet se sice nepodařilo navýšit natolik, aby sazby mohly být upraveny, představitelé města však slíbili, že v průběhu roku 1999 bude otázka zvýšení rozpočtu na LSPP znovu posouzena.

Příspěvek města na úhradu ztráty LSPP od roku 1993 do roku 1998 vzrostl téměř dvojnásobně. S poklesem počtu ošetřených pacientů v minulých letech se snižovaly i platby zdravotních pojišťoven. Ve vazbě na pokles počtu ošetřených pacientů však nedochází k poklesu nákladů, jediným variabilním nákladem, závislým na počtu ošetřených pacientů, jsou zde léky (cca 3 - 4 % nákladů LSPP). Další prohloubení ztráty LSPP znamenala změna financování dopravy v roce 1996. Systém paušálů, zavedený v roce 1997, ve snaze omezit poskytování zdravotní péče, je pro tento druh zdravotní péče naprosto nevhodný. Zdravotní péče poskytovaná na LSPP má charakter péče akutní, nelze ji omezit, musí být poskytnuta všem pacientům. Ztráta LSPP se tak stále prohlubuje. Náklady na provoz LSPP jsou stále více přesouvány ze systému zdravotního pojištění

na zřizovatele.

Situace v zajišťování a ve financování LSPP je obdobná v celé republice, ministerstvo zdravotnictví od roku 1993 pravidelně zasílá metodické pokyny, doporučení, opatření, odborná stanoviska k zajištění LSPP, ve kterých se odvolává na přechodné řešení do doby nové právní úpravy.

Stávající sazebník lékařských výkonů značně zvýhodňuje privátní lékaře při poskytování zdravotní péče při výjezdu k registrovanému pacientovi mimo ordinanční hodiny oproti klasické LSPP. Za stejný výkon mají privátní lékaři 2-3x vyšší bodové ohodnocení než klasická LSPP. Teoreticky je to motivace k tomu, aby zabezpečili zdravotní péči registrovaným pacientům nepřetržitě. Chybí však legislativní podklad, podle kterého by zajištění péče o registrovaného pacienta bylo povinností registrujícího praktického lékaře. Pokud by došlo k této úpravě, pak by již bylo věcí lékařů (podle místních podmínek), zda tuto péči o své pacienty zajistí sami, či se ve službách budou střídat (zorganizují si vlastní LSPP).

LSPP tzv. "ve státním zájmu", která by pak měla sloužit pouze k ošetření akutních onemocnění pacientů v místě neregistrovaných, by bylo účelné propojit se sítí zdravotnické záchranné služby (pohotovostní ambulance ZZS). Tato LSPP by pak byla finančně garantována rozpočtem okresního úřadu (státu).

1.7 Pohotovostní lékařská služba

Pohotovostní lékařská služba (dále PLS) je upravena směrnicí MZ ČR č. 7/1981 Věstníku MZ, o pohotovostních zdravotnických službách, z roku 1981. PLS zajišťuje mimo provozní dobu lékáren přípravu a výdej léků a zdravotnických potřeb na předpisy lékařské služby první pomoci. PLS byla v Ostravě vždy zabezpečena ve vazbě na LSPP na třech místech.

V letech fungování MÚNZ Ostrava a po jeho delimitaci v období Lékařské služby Ostrava se zajištěním PLS nebyl problém. Ve třech lékárnách v blízkosti LSPP se ve výkonu PLS střídali lékárníci, a to pracovníci jak těchto, tak i ostatních lékáren. Lékárníci podepisovali hmotnou odpovědnost za zásoby, při stanovení mankovného byla zohledněna skutečnost, že se jedná o lékárnou s nepřetržitým provozem.

Po privatizaci Lékařské služby Ostrava, kdy se vybavení i zásoby jednotlivých lékáren staly soukromým

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

majetkem nových vlastníků, je zajištění PLS střídáním externích lékárníků vyloučeno. Zajištění pravidelného provozu PLS vlastními zaměstnanci jediné lékárny je prakticky nemožné, neboť s nárůstem počtu lékáren v Ostravě (od roku 1991 o cca 150%) zákonitě klesly počty lékárníků v jednotlivých lékárnách.

Zajištění PLS po privatizaci lékáren bylo řešeno ve spolupráci s Lékárnickou komorou. V okolí všech tří LSPP bylo vytipováno několik dostupných lékáren a ty se pak podle stanoveného rozpisu v provozování PLS střídaly. V rozpočtu města byl vyčleněn příspěvek na zajištění této služby, který se dělil se mezi střídající se lékárny podle počtu služeb. Podle názoru lékárníků, kteří tuto službu zajišťovali, příspěvek ztrátu vzniklou z titulu provozování PLS (zejména mzdy) nepokryl, nicméně považovali jej za vstřícný postoj města. Zajištění PLS pro ně nebyl finanční problém, nýbrž problém personální.

Při schvalování rozpočtu pro rok 1996 díky špatnému výkladu pojmu "pohotovostní služby" a pod dojmem vysokých zisků lékáren bylo poskytování příspěvku ukončeno. Je nutno pozitivně ocenit skutečnost, že lékárníci zajistili bezproblémový chod PLS i dále.

Střídání lékáren v PLS v centru města a v O.- Porubě se podařilo nahradit stálými pohotovostními lékárnami. V roce 1996 zahájila Fakultní nemocnice s poliklinikou v Ostravě k zajištění provozu lůžkové části nepřetržitý provoz ústavní lékárny a zajistila i PLS pro LSPP v Ostravě - Porubě. PLS v centru města je od června 1998 zajištěna ústavní lékárnou Městské nemocnice Ostrava-Fifejdy. Na rozdíl od FNŠP nemá MNOF dostatek vlastních lékárníků, proto byla u ústavní lékárny zřízena výdejna léků pro LSPP (s omezeným množstvím a sortimentem léků), kde se ve výkonu PLS střídají vlastní a externí lékárníci.

V O.-Hrabůvce zůstala PLS zajištěna střídáním lékáren nejdéle. Z důvodu snižujícího se počtu lékárníků v jednotlivých lékárnách přestaly postupně v průběhu roku 1998 střídající se lékárny PLS zajišťovat. PLS je zde nyní zajištěna v souladu se závazným stanoviskem ČLK k *problematice použití léčivých přípravků při poskytování léčebné péče v situacích, kdy to zdravotní stav pacienta vyžaduje a lékárna není bezprostředně dostupná*, a to výdejem léků přímo na LSPP oproti vystavení receptu. Nevýhodou tohoto způsobu výdeje léčiv je jejich omezený sortiment. V případě předpisu jiného léčiva, než je k dispozici na LSPP, je pak nutný jejich výdej na PLS v centru nebo O.-Porubě.

Zajištění PLS není v současnosti problémem finančním, nýbrž problémem personálním, nevyřeší ho ani případná dotace ze strany okresního úřadu (magistrátu). Žádná lékárna (mimo velké ústavní lékárny) nemá takový počet vlastních pracovníků, aby jimi mohla zajistit nepřetržitý provoz. Střídání externích pracovníků na PLS není vzhledem k hmotné zodpovědnosti za zásoby tím nejlepším řešením. Zajištění PLS výdejem léků přímo na ambulanci LSPP je nutno upravit legislativně. Novela vyhlášky č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, která umožnila od srpna 1998

zřizovat výdejny léčiv, není pro PLS řešením, neboť provozovatelem výdejny dle novely může být pouze lékárna.

1.8 Protialkoholní záchytná stanice

Činnost protialkoholní záchytné stanice je upravena zákonem č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, v platném znění a vyhláškou č. 187/1989 Sb., která m.j. upravuje zřizování, správu a činnost protialkoholní záchytné stanice.

Uvedená legislativa stanoví, že protialkoholní záchytná stanice (dále PZS) je zařízením národního výboru na úseku zdravotnictví, které dle potřeby zřizuje a spravuje okresní nebo městský úřad. PZS vede lékař, zřizuje se v místě, v němž je možnost zajistit specializovanou léčebně preventivní péči. Zřizuje se především v místech s naléhavou potřebou ochrany před nadměrným požíváním alkoholických nápojů.

Protialkoholní záchytná stanice v Ostravě není samostatným právním subjektem. Po delimitaci Městského ústavu národního zdraví byla přičleněna k Městské nemocnici Ostrava-Fifejdy, kde spolu s psychiatrickými ambulancemi, třemi pohotovostními psychiatrickými lůžky (v Ostravě není dosud lůžkové psychiatrické oddělení), AT ambulancí a Linkou důvěry tvoří tzv. detoxikační centrum.

PZS, přestože je zdravotnickým zařízením, má spíše charakter represivního zařízení. Většinu zachycených přiváží policie, u poloviny je důvodem k zachycení skutečnost, že pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky ohrožují okolí či sebe, narušují veřejný pořádek apod. Druhá polovina je přiváжена po ošetření na traumatologických odděleních. Zde byly tyto osoby ošetřeny, ale jejich ponechání na lůžkových odděleních nemocnic až do vystřízlivění by závažně narušilo provoz těchto oddělení. Ve většině případů se jedná o agresivní osoby, mnohé z nich se v opilosti dopustily i závažného trestného činu. Policie si v celách předběžného zadržení ponechává pouze ty osoby, které spáchaly trestný čin nebo jsou podezřelé z jeho spáchání, u nichž se jedná o lehčí stupeň alkoholizace.

Počty zachycených od r. 1983 udává následující tabulka:

rok	celkem	z toho :			
		toxikom. *	ženy	mladiství	recidiva
1983	3 706				
1987	3 510		274	162	1 442
1990	3 000				
1991	2 718				
1992	2 410				
1993	2 270		194	44	951
1994	2 300		231	43	912
1995	2 079		230	48	923

1996	2 005		228	47	883
1997	1 990		240	34	807
1998	2 063	162	193	48	873

* do roku 1998 statisticky neevidováno

Z tabulky je vidět, že počty zachycených meziročně klesají (větší benevolence policie, ponechávání lehčích stavů v celách předběžného zadržení ...). Ve vazbě na pokles počtu zachycených osob byl proto postupně snižován počet lůžek, a to z 26 při vzniku PZS v roce 1954 až na dnešních 10 (7 pro muže, 3 pro ženy).

PZS je zdravotnickým zařízením, zdravotním pojišťovnou lze účtovat pouze výjimečné výkony, a sice některé výkony u zachycených, převezených z traumatologických oddělení. Náklady na provoz PZS by měly být teoreticky pokryty poplatky zadržených osob.

Výše úhrady za dopravu, vyšetření a ošetření v PZS byla až do roku 1992 stanovena cenovým výměrem ministerstva financí, a sice jako maximální cena, její výše se pohybovala kolem 100 Kč. Od roku 1993 již cenové výměry MF výši úhrady neomezovaly. Na základě vyhlášky MZ ČR č. 467/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované za úhradu, v platném znění, která charakterizovala vybírání poplatků za dopravu, vyšetření a ošetření v PZS jako další zdravotní péči přesahující rámec stanovený zvláštními předpisy, se tato cena stala věcně usměrňovanou cenou (její výše v Ostravě vzrostla na 800 Kč). Od zrušení citované vyhlášky nálezem ústavního soudu v r. 1996, je vybírání poplatků umožněno již opět pouze na základě § 8, odst. 1 zákona č. 37/1989 Sb. - "tato osoba je též povinna ... uhradit náklady na dopravu, vyšetření a ošetření v protialkoholní záchytné stanici". Výše ceny podléhá pouze obecné právní úpravě - zákonu o cenách. Cenovým výměrem městské nemocnice byla stanovena k 1.4.1997 na 1000 Kč.

Vzhledem ke složení převážné části klientely PZS je velká část (60%) pohledávek nevymahatelných. Pokud zachycený nemá potřebný obnos u sebe a nezaplatí ihned při propouštění z PZS, přestože dohodu o zaplacení podepíše, složenku většinou neuhradí. Soudní vymáhání u této relativně nízké částky nemá smysl. Aby byl provoz PZS finančně zajištěn, je tedy nutno dokrývat příjmy příspěvkem města.

Protialkoholní záchytná stanice je podle stávající legislativy zdravotnickým zařízením, jeho charakter tomu však neodpovídá. Domnívám se, že zařízení tohoto typu by měla provozovat spíše represivní organizace, např. Policie ČR, v níž by zdravotnický personál zajišťoval pouze vlastní detoxikaci.

1.9 Ambulance protialkoholní a protitoxikomanické péče

Činnost ambulancí protialkoholní a protitoxikomanické

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

péče (dále AT ambulance) je upravena zákonem č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomániemi, v platném znění a jeho prováděcí vyhláškou č. 187/1989 Sb. v platném znění.

AT ambulance se dle této legislativy zřizují v rámci psychiatrických oddělení. Zde se u osob, které se přihlásily samy, nebo na návrh praktického lékaře, či protialkoholní záchytné stanice, provádí vyšetření, zda se jedná o závislé osoby. Podnět k lékařskému vyšetření mohou podat také rodinní příslušníci, organizace, u nichž jsou tyto osoby v pracovní-právním vztahu, škola, soudy apod.

Podle výsledku vyšetření pak AT ambulance zapisuje tyto osoby do své evidence a osobám závislým na alkoholu nebo jiné návykové látce je poskytována léčebně preventivní péče. Léčba spočívá v podávání antabusu nebo placebo 1 - 2x týdně po dobu 6-12 měsíců. Poté pacient dochází v rámci dispenzární péče čtvrtletně na kontroly. Osobám, které se dobrovolně péči nepodrobí, odmítají ji nebo ji ztěžují, je možno uložit povinnost se této péči podrobit.

V Ostravě fungují pro občany města a jeho spádového území čtyři AT ambulance ve zdravotnických zařízeních s různými zřizovateli. Počty pacientů aktivně léčených antabusem a pacientů v dispenzární péči udává následující tabulka:

provozovatel AT ambulance	zřizovatel	léčba antabusem	dispenza -rizace
Měst. nemocnice O.- Fifejdy FNŠP Ostrava Železniční políkl. Ostrava Hornická políkl., s.r.o.	Město Ostrava MZ ČR Žel. zdrav. Praha	³⁵ x) 30 39	750. x) 80 1905

x) počet pacientů na AT ambulanci FNŠP se nepodařilo zjistit

Pacienti AT ambulancí jsou většinou problematické osoby, s nimiž není snadná spolupráce. Je nutno je opakovaně zvat - telefonicky, písemně, často je zapotřebí kontaktovat se s jejich rodinnými příslušníky, event. se zaměstnavateli. Pokud pacient nechce spolupracovat, nelze ho k tomu donutit. Mnozí pacienti nejsou zdravotně pojištěni. Nepracují, nejsou evidováni na úřadě práce. Docházejí sice na AT ambulanci, považují ji však spíše za sociální zařízení, které je povinno se o ně postarat. Sociální pracovníci mnohdy řeší i jejich osobní problémy. Zdravotní výkony jsou sice hrazeny zdravotními pojišťovnami (pacienti si od července 1997 hradí léky), tržby zdravotních pojišťoven však celé náklady AT ambulancí nemohou pokrýt.

Finanční zabezpečení provozu AT ambulancí ukládá okresním úřadům zákon č. 37/1989 Sb. v platném znění. Z rozpočtu města Ostravy je tak poskytován příspěvek AT ambulanci v přímo řízeném zdravotnickém zařízení,

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

ministerstvo zdravotnictví poskytuje příspěvek AT ambulanci ve svém zařízení. Ostatní dvě nestátní pracoviště jsou bez příspěvku.

Od doby schválení zákona č. 37/1989 Sb. v platném znění došlo ke změnám v organizaci zdravotnictví, vznikla privátní sféra. AT ambulanci na Hornické poliklinice s.r.o. po privatizaci již příspěvek z rozpočtu města není poskytován, Železniční zdravotnictví Praha ukončilo poskytování příspěvku svému zařízení. Stávající legislativa neukládá žádnému subjektu povinnost dofinancovat činnost AT ambulancí v nestátních zdravotnických zařízeních.

Má-li stát zájem na ochraně svých občanů před alkoholismem a jinými toxikomániemi, měl by mít i spoluúčast na financování všech zařízení tohoto typu, bez rozlišení zřizovatele. Zákon o zdravotní péči, v jehož návrzích je mezi úkoly orgánů státní správy okresních úřadů uváděna i povinnost okresních úřadů přispívat na provoz AT ambulancí v okruhu své působnosti, by byl řešením stávajícího stavu. Vzhledem k nadregionální působnosti mnohých AT ambulancí by bylo vhodnější jejich dofinancování cestou VÚSC.

1.10 Lékařské prohlídky při odvodním řízení branců

Zajištění materiálních prostředků a potřebného personálu k provádění lékařských prohlídek při odvodním řízení branců ukládá okresním úřadům zákon č. 92/1949 Sb., branný zákon, v platném znění (ustanovení § 15, 16 a 19).

Zápis brance je úřední řízení, jehož účelem je vzít brance do vojenské evidence, zjistit předběžně jeho způsobilost k vojenské činné službě a učinit opatření k zlepšení zdravotní a jiné způsobilosti pro výkon vojenské služby (§ 15, odst. 1).

K zajištění jednotného postupu okresních úřadů zpracovalo ministerstvo obrany ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví metodický návod k provádění lékařských prohlídek při zápisech a odvozech branců ve vazbě na seznam lékařských výkonů s bodovými hodnotami.

Tzv. zápis brance provádí ošetřující praktický lékař. Zkontroluje údaje v dotazníku brance vyplněné brancem a provede úkony odpovídající výkonu opakované komplexní vyšetření. Výsledek vyšetření uzavře stanovením souhrnné klinické a funkční diagnózy a uvede všechny zjištěné výsledky a stanovený závěr. Jestliže lékař zjistí u brance závažnější onemocnění nebo nemoc, odešle jej k cílenému vyšetření do odborných ambulancí, u chronických onemocnění zabezpečí odborné vyšetření (nejčastěji se jedná o vyšetření oční, psychologické a psychiatrické, ORL, ortopedické). Zjištěné skutečnosti, provedená opatření a výsledky odborných vyšetření запиše a připojí lékařské zprávy o odborných vyšetřeních. U všech branců je součástí

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

zápisu brance i cílené stomatologické vyšetření - zaznamenání stavu chrupu.

Vyplněný dotazník včetně případné související zdravotní dokumentace pak bravec odevzdá městské (okresní) vojenské správě. Před termínem konání odvodů zde lékař, který je členem odvodní komise, dotazníky vyhodnotí a předběžně stanoví předurčení brance k druhu vojska (administrativní úkon PL).

Účelem odvodu je pak rozhodnout o povinnosti branců k vojenské činné službě podle zjištěné tělesné a duševní způsobilosti k této službě (§ 15, odst. 2).

Úkolem odvodní komise je posoudit všestranně a objektivně způsobilost brance k výkonu vojenské služby a stanovit jeho zdravotní klasifikaci. Zdravotnická část komise (2 lékaři, 2 SZP a zdravotní laborantka) provádí vyšetření odpovídající kódu cílené vyšetření. V případě neúplných nebo rozporných lékařských nálezů nebo při zjištění nové závažné nemoci nebo vady odesílá odvodní komise brance k doplňujícím cíleným odborným vyšetřením.

Výkony související s odvodním řízením nejsou výkony sledující léčebný účel, nejsou proto hrazeny ze zdravotního pojištění, § 15 branného zákona ukládá povinnost finančně zajistit odvodní řízení branců okresním úřadům.

Provedené zdravotní výkony jsou zdravotnickým zařízením (ZZ) propláceny okresním úřadem, v jehož správním území má bravec trvalé bydliště. Smlouvy o provádění výkonů pro odvodní řízení nejsou v Ostravě uzavírány, u ZZ registrovaných Magistrátem města Ostravy jsou výkony propláceny automaticky, u ostatních ZZ je k faktuře požadována kopie registrace NZZ, případně zřizovací listina či jiný doklad, z něhož vyplývá právní subjektivita. Všechna ZZ jsou pak informována o případných změnách ve vykazování výkonů např. ve vazbě na změnu sazebníku, nebo při změně hodnoty bodu.

Výkony jsou propláceny podle místa trvalého bydliště brance, takže ZZ musí fakturovat výkony několika okresním úřadům, přičemž každý proplácí jinou výši bodu (v Ostravě je mnoho internátů, ve kterých jsou ubytováni učni a studenti okolních okresů a je jim zde poskytována zdravotní péče). Přesto však s prováděním těchto výkonů nejsou problémy, praktičtí lékaři mnohdy spojují prohlídku pro potvrzení dotazníku brance s preventivní prohlídkou v 17 letech a účtují oběma plátcům.

V současné době, kdy zdravotní pojišťovny hradí zdravotní péči poskytnutou praktickými lékaři formou kapitační platby a výkony u odborných lékařů limitují časem, znamená provádění výkonů pro odvodní řízení možnost zvýšení jejich příjmů. Toto je výrazné zejména u lékařů, kteří se zúčastňují vlastního odvodního řízení.

V období rozpočtového systému financování nebyla zdravotnická zařízení vždy ochotna uvolňovat své pracovníky pro odvodní řízení. Po změně financování již potíže s personálním zajištěním lékařských prohlídek při odvodním

řízení nejsou. Lékařské prohlídky při odvodním řízení zabezpečuje na základě smluvního vztahu privátní dorostová lékařka, která tradičně lékařské prohlídky při odvodním řízení metodicky řídila. Zajišťuje další lékaře a středně zdravotnický personál, spec. zdrav, materiál a potřebnou zdravotnickou techniku a po ukončení odvodů pak odboru zdravotnictví MMO vyúčtuje výkony ve vazbě na počet branců u odvodu.

Počet branců u odvodu kopíruje klesající křivku porodnosti. Pokles počtu branců u odvodů umožňuje zvyšovat hodnotu bodu bez požadavku na navýšení rozpočtu. Nutná je však důsledná kontrola vykazovaných výkonů (ročně cca 380 faktur od 160 subjektů).

Výkony související s odvodním řízením branců nejsou výkony sledující léčebný účel, není proto možno je financovat ze systému zdravotního pojištění. Zajištění odvodního řízení je úkolem státu, stát (okresní úřad) proto musí také tyto výkony uhradit. Jistou nesystémovost v hrazení cestou okresních úřadů, resp. chybějící metodické řízení ministerstva zdravotnictví, vidím v tom, že odvodní řízení garantuje jeden subjekt - stát, hodnota bodu je však v každém okrese jiná, každý okresní úřad ji stanoví sám, podle možností svého rozpočtu. Tak, jak ministerstvo práce a sociálních věcí bylo schopno rozhodnutím ministra ošetřit výši bodu ve svém rezortu, měla by být jednotná i pro rezort zdravotnictví, resp. hodnota bodu za všechny výkony, které vyžaduje stát, by měla být stejná ve všech okresech ČR a ve všech rezortech.

1.11 Útvar krizového managementu

Útvary krizového managementu, dříve útvary tísňového plánu, byly zřízeny k realizaci úkolů hospodářské mobilizace a řešení úkolů při vzniku mimořádných událostí.

Legislativní rámec oblasti příprav k obraně, bezpečnosti a ochraně v rezortu zdravotnictví je dán:

- Ústavou České republiky - zákonem č. 1/1993 Sb., který stanoví v čl. 43, že parlament může rozhodnout o vyhlášení válečného stavu
- zákonem č. 40/1961 Sb., o obraně ČSR, kde podle § 1 je k zabezpečení rozvoje společnosti třeba, aby byla náležitě uplatňována obranná funkce státu a budována obrana
- zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v pl. znění, který v § 70 zmocňuje Ministerstvo zdravotnictví ČR k zabezpečení otázek, vyžadujících jednotné celostátní úpravy, zejména k zabezpečení jednotného řízení přípravy zdravotnictví k obraně státu
- zákonem č. 425/1990 Sb., o okresních úřadech, v pl. znění, podle kterého okresní úřady plní úkoly spojené s

mobilizačními přípravami státu a civilní obrany, úkoly spojené s řešením mimořádných událostí v případě živelných pohrom, havárií nebo jiných rizik, které ohrožují životy, zdraví nebo materiální hodnoty.

Útvar krizového managementu (dále ÚKM) plní úkoly spojené s řešením mimořádných situací v případě živelných pohrom, katastrof, ekologických a jiných havárií a jiných rizik, která ohrožují zdraví nebo materiální hodnoty. Transformací ÚKM (ÚTP) po roce 1990 se jejich náplň práce přesunula z obrany státu k zajišťování likvidace hromadných neštěstí a katastrof. Změna názvu z Útvaru tísňového plánu na ÚKM pak vystihuje požadavky jak na řídicí, tak na výkonovou náplň při zabezpečování úkolů branné pohotovosti státu a reakci i na ostatní druhy ohrožení.

V ČR fungují na úrovni okresu dva modely ÚKM, a to buďto začleněním ÚKM do struktury okresního úřadu nebo je ÚKM součástí zdravotnické záchranné služby.

V Ostravě byl ÚKM již po delimitaci MÚNZ Ostrava v roce 1991 organizačně začleněn pod Městskou záchrannou službu Ostrava a po zřízení Integrovaného záchranného systému v roce 1996 plní úkoly operačního střediska a jeho centra tísňového volání. Tato varianta uspořádání se ukázala jako plně funkční např. při likvidaci následků povodní v červenci 1997.

Pracovníci ÚKM jsou odborným aparátem vedoucího odboru zdravotnictví Magistrátu města Ostravy. Podle jeho pokynů připravují pod vedením vedoucího lékaře ÚKM návrhy na řešení stanovených úkolů.

ÚKM zahrnuje dva úseky:

1. Úsek přípravy hospodářské mobilizace zajišťuje zpracování krizového plánu, t.j. plánu, jehož cílem je fungující zdravotnictví ve městě v podmínkách krizových situací, a to jak ve smyslu zajištění zdravotní péče občanům města, tak i zdravotnických služeb subjektům, jejichž úkolem je krizovou situaci likvidovat. Podílí se na tvorbě traumatologických plánů, plánů ukrytí, havarijních plánů města. Průběžně upřesňuje reorganizaci ambulantních služeb, personální bilanci pro všechna zařízení a útvary, zabezpečuje pro Armádu ČR zdravotnické pracovníky a zdravotnickou dopravní techniku, ve spolupráci s MěV ČČK zabezpečuje doplnění dobrovolných sester pro zdravotnictví. Je připraven na základě požadavků Městské vojenské správy zajistit a řídit lékařské prohlídky vojáků v záloze, povolaných AČR za branné pohotovosti státu.

Tento úsek činnosti je finančně kryt rezortem zdravotnictví.

2. Úsek přípravy civilní obrany zajišťuje a odborně řídí veškeré přípravy zdravotnické služby CO (ZDRS CO). Zajišťuje výstavbu a vlastní nasazení sil a prostředků

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

oddílů lékařské pomoci (OLP), t.j. jejich svolání (ve spolupráci s centrem tísňového volání Integrovaného záchranného systému), vyrozumění, dopravu materiálu. Technicky a personálně zajišťuje sklady zdravotnického materiálu (Kozlovice v okrese Frýdek-Místek). Zpracovává plány likvidace následků přírodních katastrof, průmyslových havárií, likvidace následků užití klasických zbraní, chemicko biologických zbraní a zbraní hromadného ničení, koordinuje a zabezpečuje případnou evakuaci obyvatelstva. Ve spolupráci s civilní ochranou zabezpečuje tlakové odolné kryty.

Tento úsek činnosti je finančně zabezpečen cestou odboru obrany a ochrany MMO (do roku 1995 Štábem CO).

Akceschopnost ÚKM byla prověřena během povodni v červenci 1997. Pracoviště ÚKM se zdravotnickými skladovými zásobami ZDRS CO, původně plánované pro vojenské napadení státu a mimořádně rozsáhlé katastrofy, svým začleněním pod Městskou záchrannou službu a Integrovaný záchranný systém dokázalo pružně reagovat na okamžité potřeby města, zejména využitím léta skladované materiální pomoci ze skladu ZDRS CO.

ÚKM spolupracuje s ÚKM FNSP Ostrava, ÚKM okolních okresů, odborem obrany a ochrany MMO, ČČK, zdravotnickými zařízeními, distributory léčiv, velkými podniky - dodavateli nejrůznějšího materiálu (zvláště při přípravě krizových plánů).

Systém financování útvarů krizového managementu, t.j. cestou okresních úřadů, s rozdělením na část zdravotnickou a CO, je optimální formou hmotného zajištění.

1.12 Potvrzování zdravotního stavu k přiletí na střední školy a do učňovských oborů

Přestože od roku 1998 již výkony související s potvrzováním zdravotního stavu k přijetí na střední školu a do učebního oboru (dále SŠ, UO) orgány státní správy hrazeny nejsou, je zde tato činnost uvedena jako příklad nesystémové práce ministerstva zdravotnictví v této oblasti.

Vyjádření lékaře o zdravotní způsobilosti ke studiu zvoleného oboru a výkonu příslušného povolání bylo dle vyhlášky ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT) č. 30/1991 Sb., o přijímání žáků a dalších uchazečů ke studiu na středních školách, vydané na základě zmocnění v zákoně č. 29/1984 Sb., školský zákon, jednou z náležitostí přihlášky ke studiu.

V případě tohoto potvrzení zdravotního stavu se nejedná o potvrzení sledující léčebný účel, není proto možno je hradit ze systému zdravotního pojištění. Citovaná vyhláška

nestanovila, kdo má tyto výkony hradit.

V březnu 1993, tedy již po odevzdání přihlášek (přihlášky se odevzdávají do konce února běžného roku) zařadilo ministerstvo zdravotnictví proplácení lékařských výkonů při potvrzování zdravotního stavu k přijetí na SŠ a do UO do seznamu činností pro rok 1993 a ministerstvo financí zvýšilo účelovou dotaci na vybrané činnosti, kterou OÚ a magistráty v roce 1993 dostaly. Vzhledem k termínu sdělení informace o proplácení těchto výkonů zůstala účelová dotace nevyčerpána.

Při tvorbě rozpočtu města na rok 1994 (Město Ostrava již účelovou dotaci na zdravotnictví nedostalo) finanční komise rozpočet na tuto činnost nedoporučila ke schválení s tím, že žádná právní norma městu neukládá tyto výkony proplácet. Takto byli lékaři informováni, a proto stejně jako v roce 1993 poplatky za potvrzení přihlášek vybírali od žadatelů (výkon v zájmu fyzické osoby).

V polovině února 1994 (tedy opět v době, kdy již většina přihlášek byla odevzdána a zdravotní výkony provedeny) zaslalo MZ okresním úřadům metodický pokyn k úhradě zdravotních výkonů při potvrzování přihlášek i v roce 1994 a apelovalo na okresní úřady rovněž prostřednictvím ministerstva vnitra. Zástupci MZ informovali (nepravdivé) v tisku veřejnost o tom, že všechny okresní úřady dostaly dotaci na úhradu těchto lékařských výkonů a každý žák má nárok na jednu bezplatnou lékařskou prohlídku bez ohledu na to, ze které třídy se na střední školu hlásí.

Ministerstvo zdravotnictví nikdy nevysvětlilo, proč tyto výkony musí být hrazeny okresními úřady. Jediným důvodem, který by připadal v úvahu, byla skutečnost, že až do školního roku 1995/96 byla povinná desetiletá školní docházka, základní školy měly osm tříd. Žáci tedy museli studovat alespoň 2 roky na SŠ nebo v UO, aby naplnily 10-letou povinnou školní docházku. Počínaje školním rokem 1996/97 byla prodloužena základní škola na 9 let a uzákoněna opět povinná 9-letá školní docházka. Žáci ji tedy naplní již na základní škole a další studium je pak již věcí dítěte, resp. jeho rodičů, jedná se tedy o výkon v osobním zájmu, obdobně jako potvrzení na tábory apod.

MZ však stále trvalo na proplácení výkonů, a to i u dětí, přecházejících z 5. ročníků základních škol na víceletá gymnázia, nerozlišovalo státní a soukromé školy. Úhradu z rozpočtu okresních úřadů zdůvodňovalo programem péče o mladou generaci.

V souvislosti s placením těchto výkonů se vnucovala otázka, proč vůbec běžné střední školy potřebovaly k přijetí uchazeče vedle požadovaných studijních výsledků i souhlas lékaře. V jakém případě by žáci hlásící se např. na gymnázia nedostali od lékaře doporučení? Studovat přece mohou i děti s tělesnou vadou, naopak je zájem o integraci postižených dětí do zdravé populace. Obsahem preventivních prohlídek v 13 a 15 letech je i posouzení volby povolání. Praktičtí lékaři pro děti a dorost, kteří mají děti v péči, jejich zdravotní stav znají natolik, aby mohli ve většině případů volbu SŠ nebo UO posoudit i bez prohlídky. Většina lékařů

žádnou prohlídku neprováděla, pouze potvrdila formulář přihlášky a výkon kontrolní vyšetření PL vyúčtovala OÚ (magistrátu).

Povinnost okresních úřadů hradit výkony při potvrzování zdravotního stavu k přijetí do SŠ, UO byla dokonce zařazena mezi povinnosti okresního úřadu v návrzích zákona o zdravotní péči.

Teprve vydáním nové vyhlášky MŠMT o přijímání žáků a dalších uchazečů ke studiu na SŠ zřizovaných státem (č. 10/1997 Sb.), jejíž součástí je nový formulář přihlášky ke studiu, jehož součástí již není vyjádření lékaře, bylo ukončeno proplácení těchto výkonů. Podle výkladu MŠMT je posudek o zdravotní způsobilosti požadován pouze na základě požadavku ředitele školy, a to v případě, jednalo se o studijní nebo učební obor, pro který je posudek nezbytný. V těchto případech pak lékařům potvrzování zdravotního stavu hradí děti, resp. jejich rodiče. (Poznámka směrem k ministerstvu zdravotnictví: 'Teď' se již nejedná o péči o mladou generaci ?!)

Přestože v případě hrazení lékařských výkonů při potvrzování zdravotního stavu k přijetí na SŠ a do UO se nejednalo o velký objem finančních prostředků, který by výrazně zatížil rozpočet města, domnívám se, že finanční prostředky na úhradu těchto výkonů a také pracovní potenciál zaměstnanců magistrátu mohly být využity pro podstatně smysluplnější účel.

1.13 Činnost sociálních pracovníků v lůžkových zařízeních

Pracovní náplň sociální pracovníce v lůžkovém zdravotnickém zařízení vymezuje Směrnice č. 10, o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků, vydaná Ministerstvem zdravotnictví ČSR ve Věstníku MZ ČSR, částka 8-10 Z 31.12.1986.

Zdravotní sestra se specializací v úseku práce sociální služba:

- provádí sociální službu u nemocných
- podle potřeby objektivizuje rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na pracovištích a obecních úřadech; sleduje sociálně zdravotní anamnézu; provádí rozbor sociální situace ve vztahu k onemocnění; sestavuje plán sociální terapie, rozsah, druh a potřebu sociálních opatření; o zjištěných skutečnostech zpracovává písemnou zprávu - sociální záznam, který je zakládán do dokumentace nemocného jako její součást
- poskytuje odborné rady, popř. pomoc z oblasti nemocenského pojištění, sociálního zabezpečení, pracovně-právních vztahů, rodinného práva a při řešení dalších otázek, týkajících se záležitostí nemocného. V zájmu nemocného usiluje o nápravu jeho životních

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

- podmínek jak v rodinném či náhradním prostředí, popř. změnou profesionální orientace
- sleduje škodlivé vlivy nepříznivě působící na udržení životní rovnováhy nemocného, na jeho fyzické a duševní zdraví a podílí se na jejich odstraňování
 - napomáhá reintegraci nemocných do společenského prostředí, pokud takovou pomoc potřebují pro chybějící fyzické či psychické schopnosti, pro narušené vztahy nebo jiné překážky; k aktivní účasti na reintegraci získává nemocné, jejich rodinné příslušníky i spolupracovníky
 - sociální péči uskutečňuje v úzké interdisciplinární spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky, v úzké součinnosti s obecními úřady, školskými zařízeními, se závody, společenskými organizacemi a dalšími orgány a institucemi podle potřeb a problémů nemocného.

V praxi to znamená, že sociální pracovníci:

- na základě zpráv z oddělení provádějí sociální šetření u lůžka (spolupráce s lékaři, psychology a sestrami)
- vyhledávají kontakty s rodinnými příslušníky a pracují s nimi
- zpracovávají žádosti do LDN, domovů důchodců, ústavů sociální péče, kojeneckých ústavů a dětských domovů, diagnostických ústavů; přitom komunikují se sociálními a zdravotnickými pracovníky těchto ústavů
- zajišťují případný osobní doprovod pacienta do ústavu
- sepisují žádosti o sociální hospitalizaci, žádosti o důchody všeho druhu
- zjišťují údaje o nekomunikativních pacientech
- zajišťují matku a dítě v 1. fázi žádosti o osvojení dítěte
- zajišťují pečovatelskou službu a domácí ošetřovatelskou péči
- pořizují šatstvo pro bezdomovce
- zajišťují finanční podporu pro lidi bez finančních prostředků
- pomáhají při zajišťování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek pacientům
- zajišťují umístování pacientů do přechodných ubytoven Armády spásy, Charity, domovů pro matku a dítě apod.
- zajišťují poradenskou službu ze všech oblastí sociálního zabezpečení a nemocenského pojištění
- vypracovávají sociální záznamy
- při volbách do zastupitelských orgánů pomáhají při práci volebním komisím apod.

Zdravotnická zařízení mají zájem na tom, aby sociální činnost byla zajištěna, aby vyléčený pacient mohl být po ukončení léčby ihned propuštěn (paušální platby). Proto je v zájmu ZZ zajistit vhodné podmínky k tomu, aby pacient mohl být propuštěn, či vhodné prostředí, do kterého bude propuštěn. Jedná se zejména o pacienty, kteří nejsou schopni sami si potřebné podmínky zajistit (zejména pacienti dětského, psychiatrického, interního, neurologického, chirurgického, oddělení a LDN). Bez zajištění výše uvedených činností specializovanými pracovníky se tedy lůžková zdravotnická zařízení neobejdou.

Z výčtu činností sociálních pracovníků je zřejmé, že

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

jejich pracovní náplní není zdravotnická činnost, ale sociální péče, a proto v hodnotě ošetřovacího dne, hrazené ze systému zdravotního pojištění, není tato činnost zakalkulována. Aby bylo zajištěno financování činnosti sociálních pracovníků, byla tato činnost zařazena do seznamu činností hrazených z rozpočtu okresních úřadů (zřizovatelů) s doporučením 1 sociální pracovníce na 200 lůžek a u LDN 1 pracovníce na 100 lůžek, odkaz na příslušnou právní normu však chybí.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

V Ostravě jsou 4 lůžková zařízení, ve kterých je zajištěna hospitalizovaným pacientům sociální péče:

zdravotnické zařízení	zřizovatel	počet lůžek	počet soc. prac.
Měst. nemocnice Ostrava-Fifejdy	Město Ostrava	1.020	4
Závodní nemocnice Vítkovice	Město Ostrava	605	2
Nemocnice Ostrava-Jih	privátní ZZ	143	0,5
Fakult. nemocnice s poliklinikou	MZ ČR	1.349	x)

x) nepodařilo se zjistit

Město Ostrava poskytuje příspěvek na činnost sociálních pracovníků svým přímo řízeným zdravotnickým zařízením, ministerstvo zdravotnictví přispívá zase své organizaci. Privátní zdravotnické zařízení, ve kterém je tato činnost rovněž zabezpečována, je bez příspěvku.

Pokud činnost sociálních pracovníků nelze hradit ze systému zdravotního pojištění, je zapotřebí zajistit její úhradu z jiných zdrojů a legislativně ošetřit povinnost příslušného orgánu tuto péči uhradit. Financování činnosti sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních v okruhu působnosti okresního úřadu z rozpočtu příslušného okresního úřadu bylo zařazeno v návrzích zákona o zdravotní péči mezi úkoly okresních úřadů při výkonu státní správy ve zdravotnictví.

Program MIGRACE, zpracovaný Všeobecnou zdravotní pojišťovnou pro účely výběrových řízení na poskytování lůžkové péče, prokázal, že v mnohých velkých lůžkových zařízeních není zanedbatelný podíl zdravotní péče poskytované pro pacienty sousedních okresů (v lůžkových zařízeních zřízených Městem Ostrava činí tento podíl cca 30%). Činnost sociálních pracovníků hrazená z rozpočtu příslušného okresního úřadu (magistrátu), je zabezpečována pro všechny pacienty, bez zohlednění v příjmové stránce rozpočtu. Financování činnosti sociálních pracovníků v těchto zařízeních by bylo optimálně vyřešeno převedením těchto zdravotnických zařízení pod působnost budoucích VÚSC a doplněním úkolů VÚSC do zákona o zdravotní péči.

1.14 Činnost oddělení chorob z povolání

Činnost oddělení chorob z povolání (dále OCHP) je upravena vyhláškou MZ č. 342/1997 Sb., kterou se stanoví postup při uznávání nemocí z povolání a vydává seznam zdravotnických zařízení, která tyto nemoci uznávají, vydanou po dohodě MZ a MPSV ve vazbě na ustan. § 16 odst. 3 zákona ČNR č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení v platném znění.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Onemocnění, u něhož vzniklo podezření, že se jedná o nemoc z povolání, posuzují oddělení nebo kliniky nemocí z povolání nebo pracovního lékařství, a to z podnětu ošetřujícího lékaře nebo z podnětu osoby trpící onemocněním. Posouzení se provádí na základě zjištění zdravotního stavu před vznikem onemocnění, výsledku lékařských vyšetření a na základě ověření podmínek vzniku onemocnění .

Po posouzení onemocnění postoupí příslušné pracovnílékařské pracoviště případ k ověření závěru posouzení onemocnění a k vydání posudku středisku nemocí z povolání, v jehož územním obvodu má pracoviště sídlo. Příslušné středisko nemocí z povolání v případě nepřesného nebo neúplného posouzení onemocnění doplní potřebné podklady, případně vrátí případ k došetření příslušnému pracovišti . Po ověření závěrů posouzení onemocnění vydá posudek o uznání či neuznání nemoci z povolání.

Dle § 13, odst. 2, písm. i) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, je posudková činnost péčí hrazenou zdravotními pojišťovkami. Úhrada zdravotních pojišťoven plně náklady oddělení nemocí z povolání nepokryje (vysoké odpisy za vyšetřovací techniku, velké prostory, množství administrativní práce a tomu odpovídající personální obsazení, úhrada hygienických posudků . . .). Oddělení dále provádí vstupní, výstupní a preventivní prohlídky u rizikových pracovišť a absence zákona o závodní preventivní péči neumožňuje jednoznačně požadovat po zaměstnavatelích úhradu za provedené výkony.

Aby činnost OCHP nebyla ohrožena po změně systému financování zdravotnictví, byla zařazena do "seznamu činností". Doposud se však nepodařilo žádnou právní normou uložit konkrétnímu subjektu povinnost jejich dofinancování.

Přílohou citované vyhlášky je seznam středisek nemocí z povolání, která nemoci z povolání uznávají, s vymezením spádovosti, a to podle pracoviště, na němž osoba trpící onemocněním vykonává práci, případně podle místa trvalého bydliště.

Mezi uvedenými středisky jsou i tři ostravská střediska nemocí z povolání, a sice:

- oddělení zdravotně preventivní péče a nemocí z povolání Závodní nemocnice Vítkovice (zřizovatel Město Ostrava)
- oddělení nemocí z povolání Hornické polikliniky, s.r.o. (privátní zdravotnické zařízení, vzniklé privatizací příspěvkové organizace Hornická poliklinika Ostrava původně zřízené Městem Ostrava)
- klinika nemocí z povolání Fakultní nemocnice s poliklinikou (zřizovatel ministerstvo zdravotnictví).

Příspěvek na činnost OCHP z rozpočtu Města Ostravy byl Závodní nemocnici Vítkovice a Hornické poliklinice Ostrava poskytován do roku 1995. Při předkládání návrhu rozpočtu na rok 1996 již nebylo poskytnutí příspěvku schváleno s tím, že není povinností města tuto činnost sanovat, činnost těchto oddělení by měly financovat podniky, které tyto choroby způsobují.

Od roku 1993 jsou zaměstnavatelé povinni podle zákoníku práce pojistit se na odpovědnost za škodu při pracovním úraze nebo nemoci z povolání, a to u České pojišťovny, české nebo Moravskoslezské kooperativy. Tyto komerční pojišťovny z vybraného pojistného vyplatí odškodné a po odpočtu nákladů na správu odvedou zbytek do státního rozpočtu. Pro zajištění činnosti OCHP pak stát (ministerstvo zdravotnictví) uloží povinnost financování OCHP okresním úřadům z jejich příjmů. OCHP jsou zřízena pouze v některých okresech, jejich spádovost stanoví vyhláška, mají nadokresní působnost. Nelze proto požadovat po příslušných okresních úřadech, aby činnost OCHP ve svém správním území financovaly pouze ze svých příjmů.

I zde by bylo optimální financovat tuto činnost cestou vyšších územně samosprávných celků (nutná zákonná úprava), kdy by se eliminovalo financování nadokresní působnosti většiny oddělení chorob z povolání.

2. Zdravotnické činnosti financované Městem Ostrava na základě rozhodnutí orgánů města

2.1 Linka důvěry

Linka důvěry je veřejnou anonymní bezplatnou psychologickou službou první pomoci po telefonu /tel.č. (069) 6114359/. Zajišťuje současně i ambulantní psychologicko - terapeutickou službu první pomoci.

Linka důvěry v Ostravě (dále LD) zahájila provoz v roce 1991. Organizačně je začleněna pod psychiatrické oddělení Městské nemocnice Ostrava-Fifejdy. Její provozní doba je ve všední den od 12 do 6 hod. (dle možnosti i od 8 do 12 hod, jinak funguje záznamník), v sobotu, neděli a ve svátek je provoz nepřetržitý. Personálně je zajištěna 2 vlastními pracovníky - psychologem a sociální pracovnící, externě pro zajištění nepřetržitého provozu zaměstnává 15 psychologů, 1 psychiatra a 4 SZP s psychoterapeutickým výcvikem.

V současné době LD zaznamenává cca 6 tisíc hovorů ročně, z toho krizová intervence (suicida, paniky, ohrožení, nezvládnutí) tvoří zhruba 15% těchto hovorů. Témata intervencí jsou standardní: poruchy v emotivních vztazích, akutní psychická krize, obtížná adaptace na chronické somatické či psychické onemocnění, závislosti, obava z AIDS, sexuální problémy, problémy s adaptací na náhlá úmrtí v důsledku nemoci či autonehody a podobně. Počet hovorů na LD meziročně stoupá, viz tabulka:

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

rok	počet hovorů celkem	z toho emergent. intervence	kriz. intervence osobně psychologem LD
1991	3 356	422	242
1992	5 126	572	458
1993	5 249	785	520
1994	5 082	775	445
1995	5 039	670	670
1996	5 467	825	585
1997	6 380	760	650
1998	5 182	732	702

Pracovníci LD provádějí i jiné aktivity, jako např. přednášky na školách, pro Český červený kříž, městskou policii apod. Pracovníci LD jsou psychoterapeuticky kvalifikováni a jsou připraveni se v indikovaných případech ve spolupráci s Centrem tísňového volání zúčastnit zásahů při vyjednávání se suicidanty, kteří jsou prostorově těžko dosažitelní (střechy, okna).

Vzhledem k tomu, že část hovorů přichází z mimoostravské oblasti (cca 20%) a také někteří ostravští volající mají zájem o kontakt i na mimoostravská zařízení (LD poskytuje ročně cca 1000 - 1200 kontaktů na tato zařízení), byla ve spolupráci s pracovníky dalších linek důvěry vytvořena databáze státních i soukromých ambulancí duševního zdraví. Od roku 1997 LD využívá i Internet. Na stránce <http://www.help-psych.cz> byla ve spolupráci se sponzorem vytvořena komplexní informační síť linek důvěry, poraden (Bílý kruh bezpečí apod.), lze zde dále nalézt odpovědi na nejčastěji pokládané otázky, další rady a doporučení, relaxační obrázky atd. Tato stránka zaznamenala v roce 1998 cca 2.800 kontaktů, na adrese e-mail@help-psych.cz pracovníci LD aktivně zodpověděli 146 dotazů.

Linka důvěry je založena na anonymitě. U pacientů, kteří vyhledali následně ambulantní pomoc a uvedli jméno a rodné číslo, bylo možno vykazovat výkony zdravotním pojišťovnam. Tržby za tyto výkony pokrývaly cca 20 - 25% provozních nákladů. Od července 1997 pojišťovny tyto výkony nehradí.

Linka důvěry není typickou zdravotnickou službou, její problematika se dotýká i sociální oblasti a psychologického poradenství nezdravotnického charakteru. V tomto případě se jedná o typické zařízení pro aplikaci vícezdrojového financování. Ze systému zdravotního pojištění by měla být i nadále hrazena akutní psychiatrická či psychologická pomoc. Ostatní náklady je pak nutno dokrývat z jiných zdrojů - sponzoři, město.

2.2 Informační systém imunizace dětí

Informační systém imunizace dětí (dále ISID) je systém organizace očkovacích akcí u dětí. Vytváří a aktualizuje databázi ostravských dětí, z ní vybírá děti splňující svým věkem požadavky na očkování a zpracovává pozvánky k očkování na konkrétní dětské ambulance.

Tento systém organizace očkování dětí byl od roku 1972 provozován tehdejšími KUNZ Ostrava, posléze FNŠP Ostrava. Jeho financování bylo zabezpečeno ze státního rozpočtu prostřednictvím rozpočtu tohoto zdravotnického zařízení. Po přechodu na nový systém financování zdravotnictví zůstalo financování ISID nezajištěno a FNŠP jej proto neměla zájem dále provozovat.

Na základě intervence ostravských pediatrů došlo k dohodě mezi Městem Ostrava a Krajskou hygienickou stanicí (dále KHS) k převedení provozu ISID na KHS. KHS zabezpečila ze svých zdrojů výpočetní techniku a programové vybavení. Z rozpočtu KHS je financováno prostorové a personální zajištění systému, z rozpočtu Města Ostravy je pak poskytován příspěvek na úhradu poštovného. Na financování se podílí i sponzoři (reklama na pozvánce apod.).

Náklady spojené s očkováním dětí (tedy i rozesílání pozvánek) jsou hrazeny ze systému zdravotního pojištění pediatrům. Město Ostrava přesto tento systém finančně zabezpečuje, a to nejen proto, že zde již má tradici. Ve vazbě na svobodnou volbu lékaře bylo zrušeno povinné hlášení o propuštění dítěte z porodnice a u některých problematických skupin obyvatel, které mnohdy děti u pediatra nezaregistrují, by pak tyto děti nebyly ani očkovány. Ve spolupráci s matrikami a pediatry vytváří ISID fungující databázi dětí, aby tak bylo dosaženo úplné proočkovanosti dětské populace. Systému bylo využito např. i při očkování dětí proti žloutence po červencových povodních v roce 1997, kdy systém spolehlivě vybral děti určeného věku z oblastí, které byly postiženy povodní.

Pro pediatry představuje ISID výraznou časovou a materiální úsporu, pro KHS je nástrojem pro kontrolu proočkovanosti a cílené plánování spotřeby očkovacích látek, což má dopad na její finanční hospodaření. Z pohledu Města Ostravy pak znamená zkvalitnění péče o dětskou populaci města.

2.3 Dětský rehabilitační stacionář

Dětský rehabilitační stacionář (dále DRS) je diagnosticko - terapeutické zařízení pro handicapované děti předškolního věku. Není samostatným právním subjektem, organizačně je začleněn pod Městskou nemocnici Ostrava-Fifejdy.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Handicapovaným dětem, a to převážně dětem s dětskou mozkovou obrnou, ale i dětem s různými vrozenými vadami, s pouhými stavy, jejichž zdravotní stav si žádá pravidelnou, denní péči, je zde poskytována komplexní péče.

Děti s rizikovými faktory jsou sem odesílány přímo ze stanic pro rizikové novorozence, obvodními pediatry, dětskými neurology, ortopedy a jinými specialisty. Ihned po zjištění patologie je zahájena intenzivní řízená rehabilitace. Většina těchto rehabilitovaných dětí pak již v pozdějším období nepotřebuje žádnou specializovanou péči.

Péče v DRS je zajišťovaná dvěma formami:

1. Ambulantní forma péče zahrnuje léčebnou rehabilitaci, ergoterapii, poradenství v oblasti sociální rehabilitace, psychologickou rehabilitaci, poradenství na úseku protetického vybavení apod. Tato forma péče je určena dětem ostravského regionu všech věkových kategorií. Ambulancí projde ročně cca 12 tisíc pacientů.

2. Forma denního pobytu je určena dětem, u nichž z nejrůznějších důvodů nelze péči poskytnout ambulantně. Je určena pro 60 handicapovaných dětí. Z 80% se jedná o děti s dětskou mozkovou obrnou, některé z nich jsou velmi těžce imobilní. Děti s nejtěžšími handicapami tak nemusí být umístovány v ústavech sociální péče. Hlavním cílem komplexní odborné péče je ovlivnění zdravotního stavu natolik, aby děti mohly být začleněny do předškolních a školních zařízení. Pro děti s nejtěžšími handicapami, které dosáhly školního věku, je zajištěna úzká návaznost výuky v blízké speciální základní škole.

Péči v DRS zajišťuje tým odborníků - lékař pediatr s atestací v oboru rehabilitace, dětský neurolog, ortoped, rehabilitační pracovníce, logoped, psycholog, dětské sestry. Speciální pedagogickou péči zde zajišťují dva specializovaní pedagogové pro předškolní věk (hrazení rezortem školství).

Zdravotní péče poskytovaná v DRS se prolíná s péčí sociální a pedagogickou. Provoz tohoto zdravotnického zařízení tedy nelze pokrýt pouze z tržeb zdravotních pojišťoven. Na základě vyhlášky MZ č. 216/1992 Sb., zdravotní řád, v platném znění byla ztráta u tohoto "zvláštního dětského léčebného zařízení" dokrývána dotací zřizovatele - Města Ostravy. Poslední novelizace zdravotního řádu a po jeho zrušení ani nově přijatý zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, již zřizovateli ani jinému subjektu tuto povinnost neukládá.

Schválením nového seznamu zdravotních výkonů k 1.7.1997 se ztráta v DRS výrazně prohloubila. Vykazování pobytu v jednodenním stacionáři je podmíněno alespoň 8 hodinovým pobytem ve stacionáři. Toto kritérium zde nemůže být splněno, většina dětí je zde max. 4 hod. denně, neboť při delším pobytu by rodina přišla o sociální dávky.

Současná právní úprava neumožňuje vybírat od rodičů žádné poplatky. Výše příplatků za pobyt ve stacionáři byla upravena vyhláškou MZ č. 467/1992 Sb., o poskytování

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

zdravotní péče za úhradu, v platném znění. Nálezem ústavního soudu byla tato vyhláška zrušena a dle výkladu MZ již nelze v tomto zařízení žádné příplatky (ani za stravu) od rodičů vybírat, a to i přestože strava nebyla do hodnoty výkonů ve stacionáři zakalkulována.

Ve stacionáři jsou dětem podávána 3 jídla. Mnohé děti mají ke svému základnímu onemocnění přidružené další poruchy - jednou z nich jsou poruchy přijímání potravy (poruchy žvýkání, polykání, kousání). Proces přijímání potravy je pro ně terapeutickým procesem, pracovníci jsou speciálně školeni v technikách krmení. Zachování stravování dětí, byť i během jejich krátkého pobytu v tomto zařízení, je proto nutné. Příplatky na stravu jsou však od rodičů vybírány pouze na základě dobrovolnosti.

Přestože legislativa již městu neukládá povinnost dofinancovávat provoz zařízení tohoto typu, je z rozpočtu města ztráta dokrývána, neboť přestavitelé města uznali nutnost zachování tohoto zařízení ve městě. Zvýšení dotace po schválení nového seznamu zdravotních výkonů bylo pokryto úsporou vzniklou zrušením jeslí. Finanční prostředky, které byly ušetřeny na dětech zdravých, které mohou zůstat v péči rodiny, tak jsou určeny nemocným dětem, které potřebují i zdravotní péči.

2.4 Další

Dále uvádím stručně příklady některých dalších pravidelně či jednorázově financovaných akcí z rozpočtu města:

- podpora darcovství krve

Na podporu darcovství krve jsou od roku 1996 z městského rozpočtu propláceny bezplatné roční jízdenky městské hromadné dopravy pro dárce krve, kteří v daném roce obdrží Zlatou Janského plaketu (ZJP) za 50 bezplatných odběrů krve. Díky této iniciativě, samozřejmě i díky jiným akcím pořádaných Krevním centrem FN s.p. a Českým červeným křížem, počet bezplatných dárců krve v Ostravě narostl, viz tabulka a vážné problémy s nedostatkem krve zde nejsou.

	počet bezpl. odběrů	z toho 1. dárce	počet ZJP
1993	13 094	985	125
1994	13 588	1 203	130
1995	16 547	2 789	125
1996	20 279	3 240	140
1997	22 147	2 698	220
1998	21 283	2 130	280

- úhrada péče o bezdomovce

Zdravotnická zařízení jsou povinna poskytnout akutní

péči všem pacientům, kteří ji potřebují. Ze systému zdravotního pojištění ani z jiných zdrojů však není zabezpečena úhrada veškeré poskytnuté péče. V případě nepojištěných osob, zejména bezdomovců, nebo ve své zemi nepojištěných cizinců není možno úhradu vymoci ani po pacientovi. Aby se zdravotnická zařízení zřízená městem z důvodu neuhrazení poskytnuté akutní péče těmto osobám nedostávala do finanční ztráty, je takto poskytnutá zdravotní péče proplácena z rozpočtu města.

- doprava infekčních a imobilních pacientů

Změnou financování sanitní dopravy, kdy je zdravotními pojišťovnami proplácena pouze jízda sanitky s pacientem, je nutno kumulovat jízdy tak, aby vozidlo bylo obsazeno více pacienty a byly tedy uhrazeny i náklady na jízdu prázdné sanitky zpět na základnu. Tohoto způsobu vytěžování vozidel však nelze využít u přepravy infekčních a imobilních pacientů, jejich převoz tedy zůstává pro dopravce ztrátový, a proto privátní přepravci tuto nelukrativní přepravu neprovozují. Uvedení pacienti nemohou použít jiného způsobu dopravy (soukromé vozidlo, taxi). Aby u této skupiny pacientů nedošlo ke zhoršení poskytované zdravotní péče (dlouhé čekací doby na převoz), je Městské záchranné službě Ostrava od roku 1995 na převoz těchto pacientů poskytován příspěvek.

- zdravotnické osvětové akce

Z rozpočtu města Ostravy jsou pravidelně poskytovány příspěvky na zdravotnické osvětové akce např. Ostravské dny zdraví, sloužící propagaci zdravého životního stylu, příspěvky na dětské soutěže v rámci akce Zdravý region, pořádané rovněž Krajskou hygienickou stanicí v Ostravě či příspěvky na obdobné akce pořádané některými školami apod.

- další

Z rozpočtu města jsou v případě řešení naléhavé potřeby zdravotnictví ve městě poskytovány jednorázové i další příspěvky, a to i organizacím, jejichž zřizovatelem město není. Např. na provoz letecké záchranné služby Územního střediska záchranných služeb, který nebyl dostatečně zabezpečen ze strany jeho zřizovatele, ministerstva zdravotnictví, byl v roce 1994 poskytnut příspěvek 1 mil. Kč.

3. Fond zdraví

Přijetím zákona č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, v platném znění byl zrušen s působností pro Českou republiku zákon č. 33/1965 Sb., o regresních náhradách, v platném znění a předpisy související. Regresní náhrady, které na základě tohoto zákona plynuly do rozpočtu okresních úřadů, dosahovaly v

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Ostravě cca 30-35) mil. Kč ročně. Tyto finanční prostředky, které město získávalo nad rámec rozpočtu, bývaly uvolňovány převážně na nákup zdravotnické techniky.

Změna legislativy znamenala, že s platností od 1.1.1993 se náhrada škody za péči uhrazenou ze zdravotního pojištění v důsledku zaviněného protiprávního jednání třetích osob stala příjmem fondů zdravotních pojišťoven.

Aby rezortu zdravotnictví zůstaly i nadále nad rámec schváleného rozpočtu finanční prostředky, které by mohly řešit případné naléhavé potřeby zdravotnictví, byl na základě iniciace Rady zdraví (komise Rady města Ostravy) vytvořen Fond zdraví.

Dle Statutu Fondu zdraví schváleného Zastupitelstvem města Ostravy se zdrojem fondu staly:

- výnosy regresních náhrad, které do té doby nebyly zaplacené nebo nebyly uloženy, protože řízení nebylo ukončeno
- výnosy z pokut uložených dle zákona č. 160/1992 Sb., o poskytování zdravotní péče v nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění
- výnosy z pokut uložených dle zákona č. 36/1975, o pokutách za porušování právních předpisů o vytváření a ochraně zdravých životních podmínek, v platném znění
- výnosy z pokut uložených podle zákona č. 37/1989, o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomániemi, v platném znění
- dotace a případné další příjmy.

Fond zdraví je možno použít k poskytování jak investičních dotací (výstavba nových zdravotnických zařízení, rekonstrukce a modernizace, nákup zdravotnické techniky ...) tak i neinvestičních dotací (zdravotní osvěta obyvatelstva, podpora dárcovství krve, pořízení DHIM, případně na další výdaje).

V prvních letech po zřízení fondu na účet města ještě plynuly výnosy regresních náhrad, posléze se zdroje omezily již jen na výnosy z pokut. Dotace do fondu, ať již z rozpočtu města nebo jiných subjektů, se nepodařilo získat. Výši zdrojů fondu pak odpovídá i jeho čerpání. Příspěvky na pořízení zdravotnické techniky pro zdravotnická zařízení města, ale i pro ministerstvem zdravotnictví zřízenou FN s p Ostrava, byly nahrazeny již jen dotacemi organizací zdravotně postižených občanů (rekondiční pobyty, ozdravné tábory, zajištění činnosti svazů či sdružení apod.). Poslední větší investicí z FZ bylo v roce 1998 uvolnění 2,8 mil. Kč na zakoupení vozidla RLP (zbytek byl dokryt z rozpočtu města). Čerpání FZ v letech 1991 - 1998 viz tabulka:

/tis. Kč/

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
stavby zdrav . technika ostatní ^{x)}	21.274	12.512	5.840 252	5.674 60	17.500 120	40	35	2.855 410
Celkem	21.274	12.864	6.092	5.734	17.620	40	35	3.264

^{x)} příspěvky na činnost organizací zdravotně postižených, osvětová činnost apod.

Fond zdraví dnes již nemá takový význam jako v minulých letech. Výnosy z pokut jsou zanedbatelnou částkou (cca 0,8-1 mil. Kč ročně). Pokud Město Ostrava má dostatek finančních prostředků a v odůvodněných případech je chce uvolnit na nákup zdravotnické techniky, není nutno poskytovat dotaci do FZ, ale rozhoduje se přímo na úrovni Rady města Ostravy a Zastupitelstva města Ostravy.

V současné době se uvažuje o přeměně Fondu zdraví na grantový fond.

4. Investice

Financování investic ve zdravotnictví v obecné rovině i na úrovni rozpočtu města Ostravy by mohlo být tématem samostatné atestační práce, proto se o financování investic ve zdravotnictví z rozpočtu města Ostravy zmíním jen stručně.

V hodnotě bodu hrazeného zdravotními pojišťovkami jsou zakalkulovány i odpisy, zdravotnická zařízení by tedy měla být teoreticky schopna z tržeb za provedené výkony zajistit alespoň prostou reprodukci majetku. Současný stav je však takový, že z úhrad zdravotních pojišťoven se financuje i obnova stávajícího majetku velmi těžce. Pořízení nové, finančně náročné, zdravotnické technologie a stavebních investic pouze z těchto zdrojů je prakticky nemožné. Příspěvek zřizovatele na investice je vedle případných darů jediným zdrojem, ze kterého je možno tyto investice finančně zabezpečit.

Město Ostrava během dvou volebních období, t.j. v letech 1991 - 1998 uvolnilo (kromě výnosů regresních náhrad a prostředků Fondu zdraví) více než 1 miliardu Kč na investice do zdravotnických (převážně lůžkových) zařízení:

/tis. Kč/

1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
78.688	174.551	144.792	81.100	229.365	276.006	93.535	34.750

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Největšími investičními akcemi z rozpočtu města byla výstavba léčebny dlouhodobě nemocných v letech 1992 - 1998 nákladem cca 260 mil. Kč a rekonstrukce Interen I. a II. v městské nemocnici v letech 1995 - 1996 nákladem 365 mil. Kč.

Podle tzv. programu migrace, zpracovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou pro účely výběrových řízení, je v lůžkových zařízeních zřízených Městem Ostrava poskytována zdravotní péče kromě ostravským občanům i obyvatelům ostatních okresů, podíl těchto mimoostravských pacientů tvoří cca 30%.

Domnívám se, že financování investic, které zdravotnická zařízení nejsou schopna finančně zabezpečit z úhrad zdravotních pojišťoven, by v případě zdravotnických zařízení s nadokresní působností neměl zajišťovat pouze jejich zřizovatel. Na jejich financování by se měly podílet i příslušné okresní úřady, jejichž obyvatelé tato zdravotnická zařízení využívají. Ideálním stavem by bylo, aby po zřízení vyšších územních samosprávných celků byly investice ve zdravotnických zařízeních s nadokresní působností hrazeny ze zdrojů VÚSC.

IV. Závěr

Finanční prostředky vynakládané na zdravotnictví z veřejných rozpočtů jsou vedle zdravotního pojištění nezbytnou součástí vícezdrojového financování zdravotnictví, a to zejména tam, kde slouží k financování zdravotnických činností ve veřejném zájmu.

Pro jejich optimální zapojení do systému vícezdrojového financování je zapotřebí dodržet dvě podmínky, a sice legislativně vymezit rozsah financování z těchto zdrojů a zajistit, aby příslušné orgány měly na úhradu vymezené péče dostatečné zdroje.

Stejně jako v případě financování zdravotní péče ze systému zdravotního pojištění je nutno i v případě jejího financování z veřejných rozpočtů vymezit právní normou rozsah této péče a určit odpovědnost jednotlivých orgánů státní správy a samosprávy za zajištění konkrétních zdravotnických činností. Je nutno upravit současný stav, kdy financování zdravotnických činností ve veřejném zájmu není vždy právní normou upraveno, v mnoha případech ji nahrazuje pouze tzv. seznam zdravotnických činností hrazených z rozpočtu zřizovatele, vydaný ministerstvem zdravotnictví.

Seznamy zdravotnických činností, hrazených z rozpočtu zřizovatele, sestavované ministerstvem zdravotnictví od roku 1992, byly považovány za řešení přechodného období, a to od doby zahájení financování zdravotnictví ze systému zdravotního pojištění do doby, než bude financování činností ve veřejném zájmu upraveno legislativně. Protože právní normou doposud upraveno nebylo, financování některých činností ve veřejném zájmu se stále opírá pouze o tyto seznamy. Seznamy zdravotnických činností hrazených z rozpočtu zřizovatele mají pouze charakter metodického pokynu. Pokud s nimi není spojena účelová dotace, nelze jimi nařizovat povinnost financování uvedených činností jiným subjektům než přímo řízeným organizacím. Okresní úřady lze k financování zavázat prostřednictvím ministerstva vnitra, avšak v případě zřizovatele - obce, t.j. samosprávné jednotky, u níž je sestavování rozpočtu a hospodaření s ním úkolem v její samostatné působnosti, je závaznost tohoto pokynu diskutabilní.

Nedořešeno zůstává rovněž financování některých činností ve veřejném zájmu provozovaných privátními zdravotnickými zařízeními. Mnohá zdravotnická zařízení převzala tyto činnosti v procesu privatizace a zajišťují je i nadále. Převodem ze státního do privátního sektoru však ztratila nárok na úhradu ztráty vzniklé z jejich provozu.

Dalším argumentem pro zdůvodnění nevhodnosti stávajícího způsobu financování činností ve veřejném zájmu, t.j. cestou zřizovatele, je skutečnost, že tento způsob financování nerespektuje nadokresní působnost mnohých zdravotnických zařízení. Okresní úřady v okresech s velkými

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

městy, zejména bývalými krajskými městy, a statutární města, v nichž působnost okresního úřadu vykonává magistrát, jsou zřizovateli velkých zdravotnických zařízení.

Zajišťují a ze svých příjmů tak financují některé zdravotnické služby i pro obyvatele dalších okresů, kteří v důsledku přirozené spádovosti a svobodné volby tato zdravotnická zařízení využívají (viz program MIGRACE, zpracovaný všeobecnou zdravotní pojišťovnou pro účely výběrových řízení), a to bez zohlednění v příjmové stránce rozpočtu okresního úřadu (magistrátu). V případě, že zřizovatelská funkce k těmto zdravotnickým zařízením byla převedena na obce, je tento rozpor znásoben.

V období rozpočtového systému financování zdravotnictví byly činnosti ve veřejném zájmu finančně zajištěny rozpočtem, posléze účelovou dotací, a to ve vazbě na spádové území. Po transformaci územních rozpočtů, z nichž jsou dnes tyto činnosti financovány, tvoří převážnou část příjmů okresních úřadů a obcí daňové příjmy. Jejich výše závisí na daňové výtěžnosti příslušného okresu. Přestože zdravotní péče by měla být zajištěna pro všechny občany na celém území České republiky na srovnatelné úrovni, mají jednotlivé okresní úřady k financování svých činností přiřazovány různé velké zdroje (různá míra nezaměstnanosti a úroveň mezd, rozdílné složení podniků v jednotlivých okresech a pod.). Ani územně vyrovnávací dotace, která by měla odstranit rozdíly ve výnosu daně ze závislé činnosti, rozdíly mezi okresy neodstraní. Obdobný princip platí pro tvorbu příjmů obcí. Nadokresní působnost některých zdravotnických zařízení (totéž platí např. i pro sportovní a kulturní zařízení) a s tím související tok finančních prostředků z rozpočtu okresních úřadů (magistrátů) nejsou stávající rozpočtová pravidla schopna postihnout.

Financování činností ve veřejném zájmu by mělo být legislativně upraveno zákonem o zdravotní péči. Do návrhů zákona byla zapracována ustanovení týkající se úkolů státní správy a samosprávy ve zdravotnictví. Byl zde definován rozsah zdravotní péče nehrazené ze zdravotního pojištění a odpovědnost jednotlivých orgánů státní správy a samosprávy za jeho zajištění. Rozsah této péče se v jednotlivých návrzích zákona měnil tak, jak se podařilo financování některých činností legislativně upravit (léčebny dlouhodobě nemocných, výkony při potvrzování zdravotního stavu k přijetí na střední školy apod.). Měnila se i odpovědnost jednotlivých orgánů za jejich zajištění. V poslední verzi návrhu zákona (vládní návrh zákona z konce roku 1997) již nejsou stanoveny úkoly samosprávě, t.j. obcím, jsou stanoveny pouze orgánům státní správy - ministerstvu zdravotnictví a okresním úřadům.

Vzhledem k diametrálnímu rozdílu mezi jednotlivými obcemi v České republice a téměř úplné nivelizaci právního postavení obcí nelze v současné době obcím bez rozdílu ukládat povinnosti na úseku financování zdravotnictví. Mezi obcemi převládají velmi malé obce, ekonomicky nesamostatné, s obtížemi schopné plnit i základní úkoly samosprávy (80% obcí má počet obyvatel do 1 tisíce, 28% obcí méně než 200 obyvatel). Malé obce nejsou zřizovateli zdravotnických

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

zařízení, zodpovědnost za zajištění zdravotní péče pro jejich občany tak za ně v důsledku dosavadní neexistence vyššího stupně územní samosprávy převzaly velké obce nebo okresní úřady. Okresní úřady jako orgány státní správy tak zajišťují kromě státní správy i řadu samosprávných činností, a to jednak činnosti za malé obce, které je nejsou schopny samy zabezpečit, a jednak činnosti, které mají působnost nad hranice obcí.

Oba zmíněné problémy, a sice financování zdravotní péče ve veřejném zájmu ve zdravotnických zařízeních s nadokresní působností a neschopnost většiny obecních samospráv plnit úkoly v oblasti zdravotnictví, vyřeší transformace veřejné správy.

Realizací ústavního zákona č. 347/1997 Sb., o vytvoření vyšších územních samosprávných celků a o změně ústavního zákona č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, bude vytvořena dvouступňová územní samospráva, t.j. obec a vyšší územní samosprávný celek, současně bude transformována i státní správa. Doposud však nebyla zvolena varianta reformy veřejné správy, není rozhodnuto, zda samospráva a státní správa na úrovni kraje budou spojeny do jednoho úřadu, či budou institucionálně odděleny. Teprve po schválení varianty reformy a převodu působností ústředních orgánů státní správy a okresních úřadů a obcí na nově vzniklé orgány mohou být navrženy kompetence těchto subjektů v jednotlivých oblastech veřejného života.

VÚSC by měly v oblasti samosprávy převzít od obcí některé samosprávné činnosti, které obce nejsou schopny samy zabezpečit, od okresních úřadů ty samosprávné činnosti, které okresní úřady doposud vykonávají za obce a ze strany státu by na ně měla být delegována část samosprávy související se zodpovědností za území budoucího kraje. Obdobně na úseku státní správy by VÚSC či krajský správní úřad, v případě institucionálního oddělení státní správy a samosprávy, měly zabezpečit výkon státní správy zajišťovaný doposud okresními úřady a obcemi a z druhé strany část státní správy zajišťovanou dosud ústředními orgány státní správy. Působnost VÚSC bude vymezena kompetenčním zákonem. Ve vazbě na tento zákon, zákon o obcích, zákon o okresních úřadech a řadu dalších právních norem pak bude nutno nově vymezit i úkoly státní správy a samosprávy v zákoně o zdravotní péči.

Pokud nebudou novelizací zákona o obcích právně odlišena větší města a obce z hlediska jejich kompetencí, nebude možno obcím na úseku financování zdravotnictví ukládat povinnosti. Ani tzv. správní okrsky, do kterých by byly malé obce soustředěny, aby se staly ekonomicky samostatnější a bylo možno posílit jejich pravomoci, nebudou dostatečné velké na to, aby jim bylo možno ukládat povinnosti na úseku financování zdravotnických činností ve veřejném zájmu stejně jako obcím s počtem obyvatel v řádu statisíců.

V současné době není ještě rozhodnuto, zda okresní úřady, které část svých kompetencí předají správním okrskům a část krajským orgánům, zůstanou zachovány. Pokud budou existovat i nadále, budou vykonávat již jen státní správu.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Na úseku financování zdravotnictví jim bude možno uložit pouze zabezpečení zdravotnických činností s okresní působností. Jejich vymezení bude mít vazbu na případnou transformaci dalších orgánů a institucí (např. zdravotní prohlídky při odvodním řízení branců na případnou transformaci okresních vojenských správ).

Vyšší územní samosprávné celky by pak měly v oblasti samostatné působnosti finančně zajistit samosprávné činnosti na svém vymezeném území. Měly by převzít od okresních úřadů a obcí zřizovatelskou funkci k zdravotnickým zařízením s působností nad hranice okresů a obcí a od ministerstva zdravotnictví zřizovatelskou funkci k zdravotnickým zařízením s regionální působností. Z rozpočtu VÚSC by měla být hrazena zdravotní péče ve veřejném zájmu na území regionu. Rozpočet VÚSC by měl rovněž finančně zabezpečit investice ve zdravotnických zařízeních na svěřeném území.

Krajské správní úřady (podle výsledku zvolené varianty reformy) by pak finančně zabezpečily výkon státní správy v oblastech zdravotnických činností ve veřejném zájmu.

Ministerstvu zdravotnictví zůstane zřizovatelská funkce ke zdravotnickým zařízením s celorepublikovou působností a povinnost hradit zdravotnické činnosti s celorepublikovou působností.

S reformou veřejné správy musí souviset i reforma v oblasti veřejných financí. Racionální model financování veřejné správy v návaznosti na vymezené kompetence jednotlivých úrovní bude obsahovat zejména změnu rozpočtového určení daní, změnu rozpočtových pravidel a stanovení pravidel hospodaření obce a kraje.

Podmínky pro efektivní výkon veřejné správy na všech úrovních budou vytvořeny uplatněním kombinovaného "normativního" modelu, který rozdělí financování každého članku každé úrovně územní samosprávy na oblast státem zaručené "normativní" oblasti, na kterou poskytne prostředky stát a na oblast v plné kompetenci daného članku územní samosprávy, kde příjmová základna bude konstruována s ohledem na vazbu k danému územnímu celku, k možnostem efektivně vlastní činností příjmy ovlivňovat a samozřejmě ve vztahu k zodpovědnosti za převedené kompetence do této oblasti.

Literatura:

- Sbírký zákonů
- Statut města Ostravy, obecně závazná vyhláška č. 10/1992 ve znění pozdějších změn a doplňků
- Náplně činnosti odborů Magistrátu města Ostravy - příloha č.3 Organizačního řádu MMO
- metodické pokyny, odborná stanoviska, opatření ústředních orgánů státní správy
- Ekonom č. 5/98 str. 33 Jiří Nesnídal: Koho zavazuje náměstkův pokyn
- Příloha usnesení vlády č. 202 ze dne 23.3.1998 K návrhu dalšího postupu vlády k reformě veřejné správy

Přílohy:

Grafy

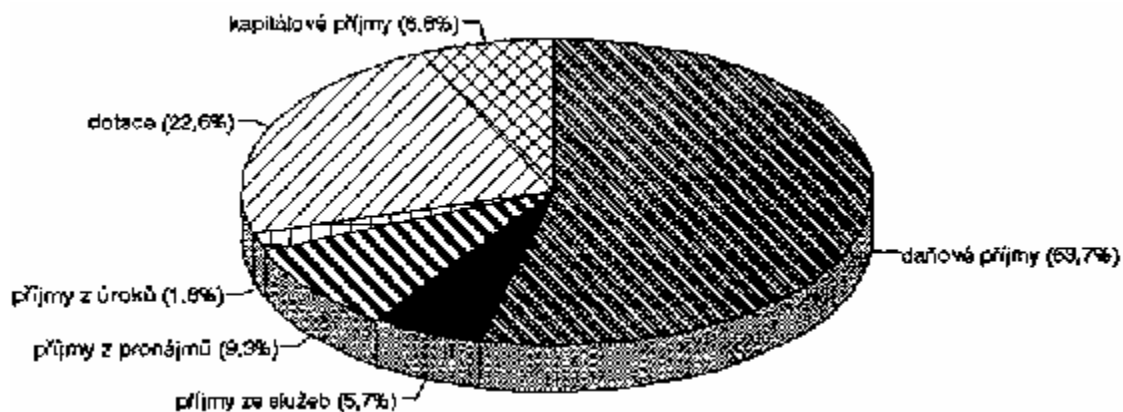
1. Struktura příjmů Města Ostravy v roce 1997
2. Poměr běžných a kapitálových výdajů Města Ostravy v r. 1997
3. Struktura běžných výdajů Města Ostravy v roce 1997
4. Struktura kapitálových výdajů Města Ostravy v roce 1997
5. Neinvestiční výdaje na zdravotnictví v roce 1998
7. Výdaje na zdravotnictví v letech 1991 - 1998

Schéma

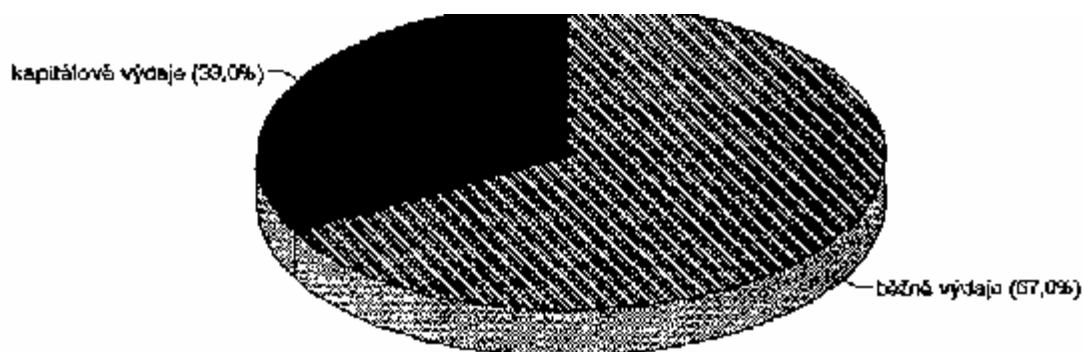
1. rozmístění výjezdových skupin ZZS na území Ostravy
2. rozmístění PLS a ambulancí LSPP na území Ostravy

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Struktura příjmů města Ostravy v roce 1997 (celkem 5 797 mil. Kč)

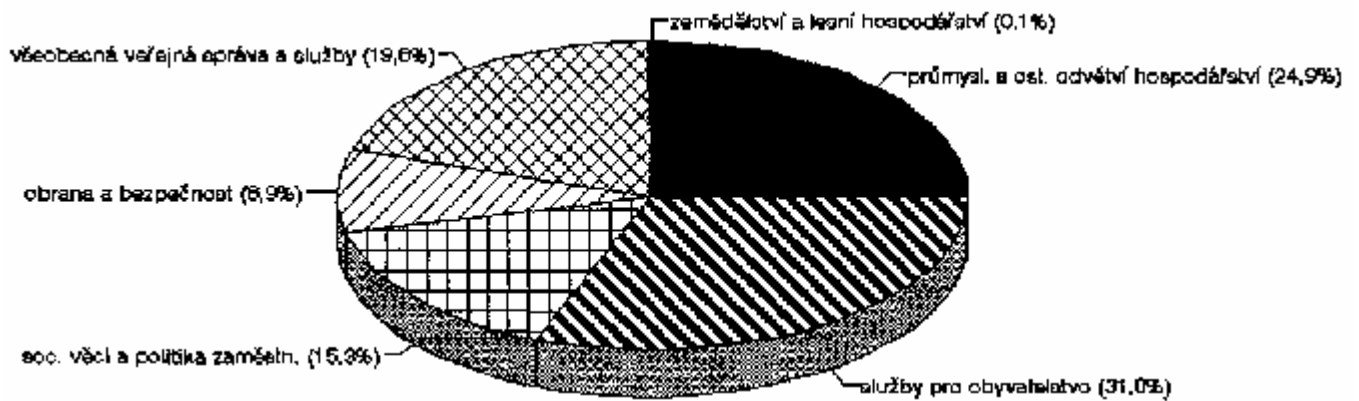


Poměr běžných a kapitálových výdajů města Ostravy v roce 1997 (5 893 mil. Kč)

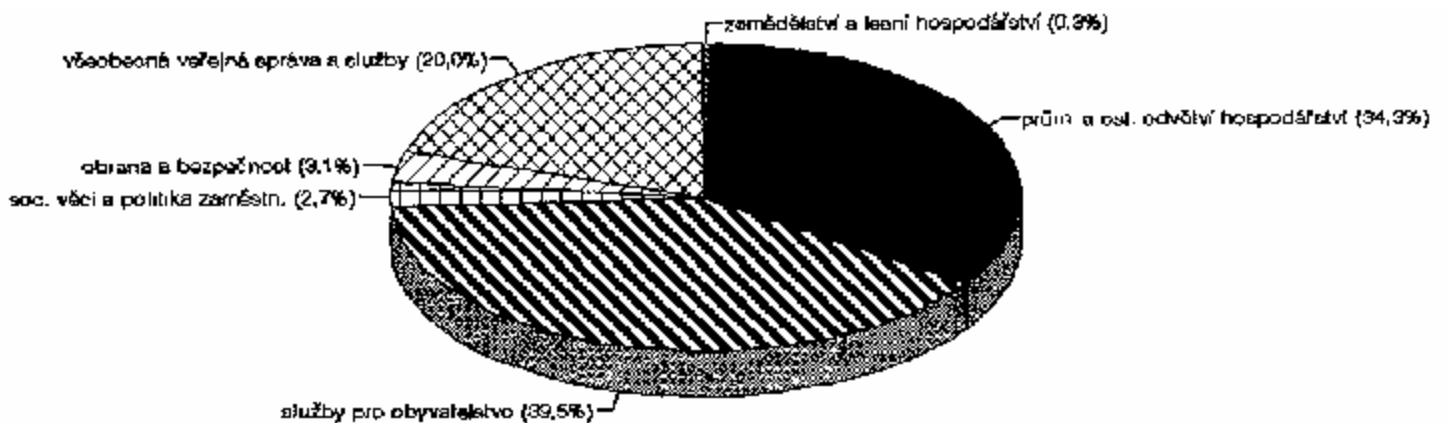


UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Struktura běžných výdajů města Ostravy v roce 1997 (celkem 3 946 mil. Kč)

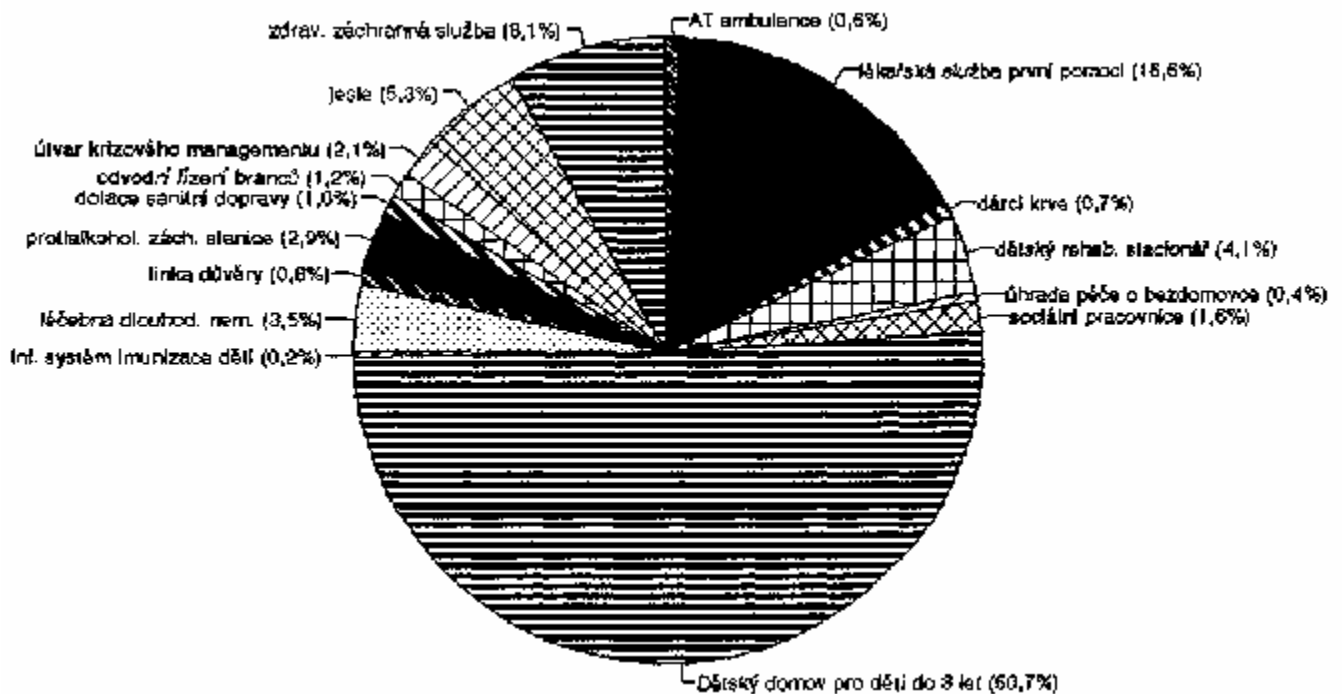


Struktura kapitálových výdajů města Ostravy v roce 1997 (celkem 1 947 mil. Kč)

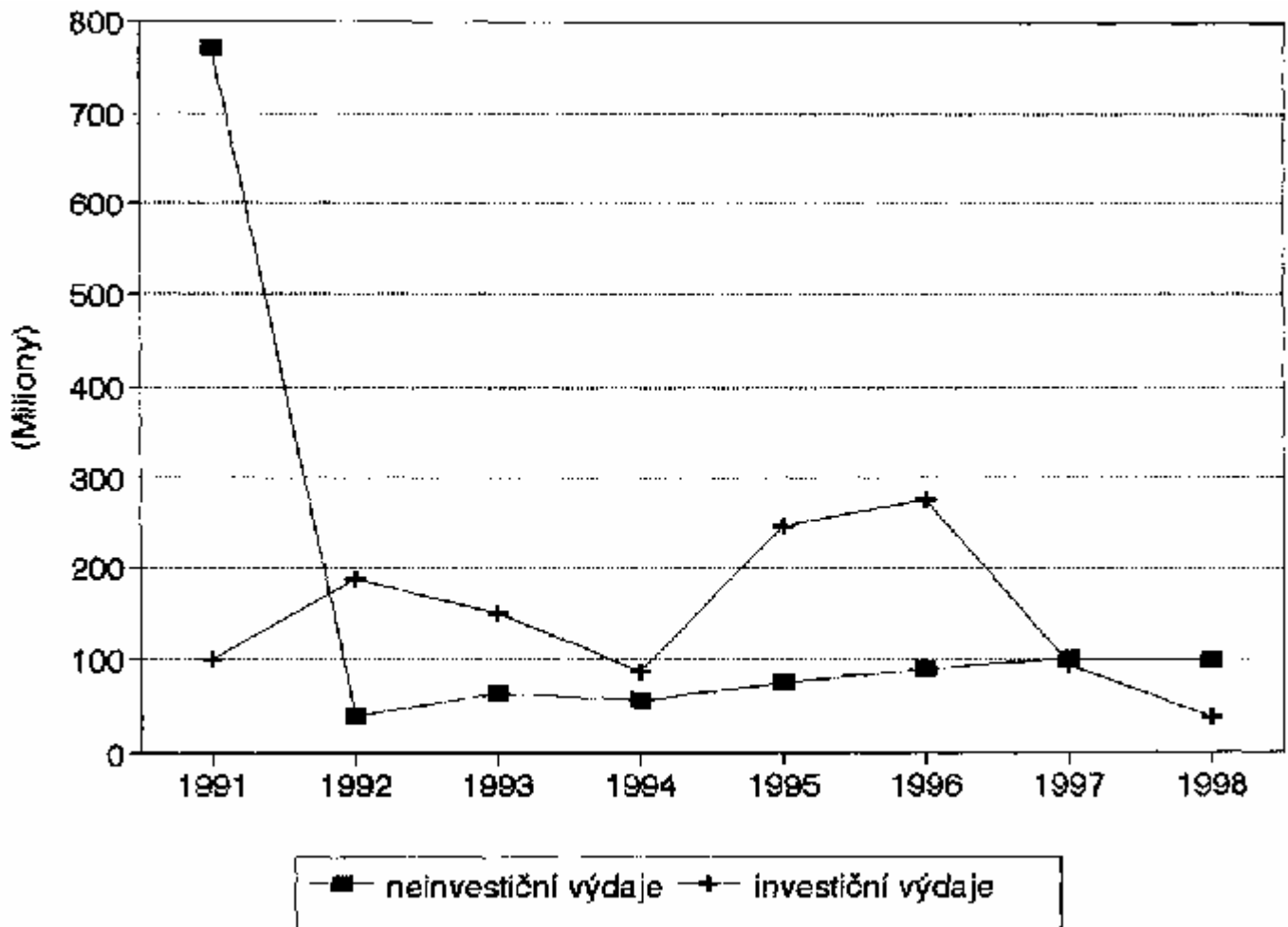


UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Neinvest. výdaje na zdravotnictví z rozpočtu města Ostravy v roce 1998 (85 952 tis. Kč)

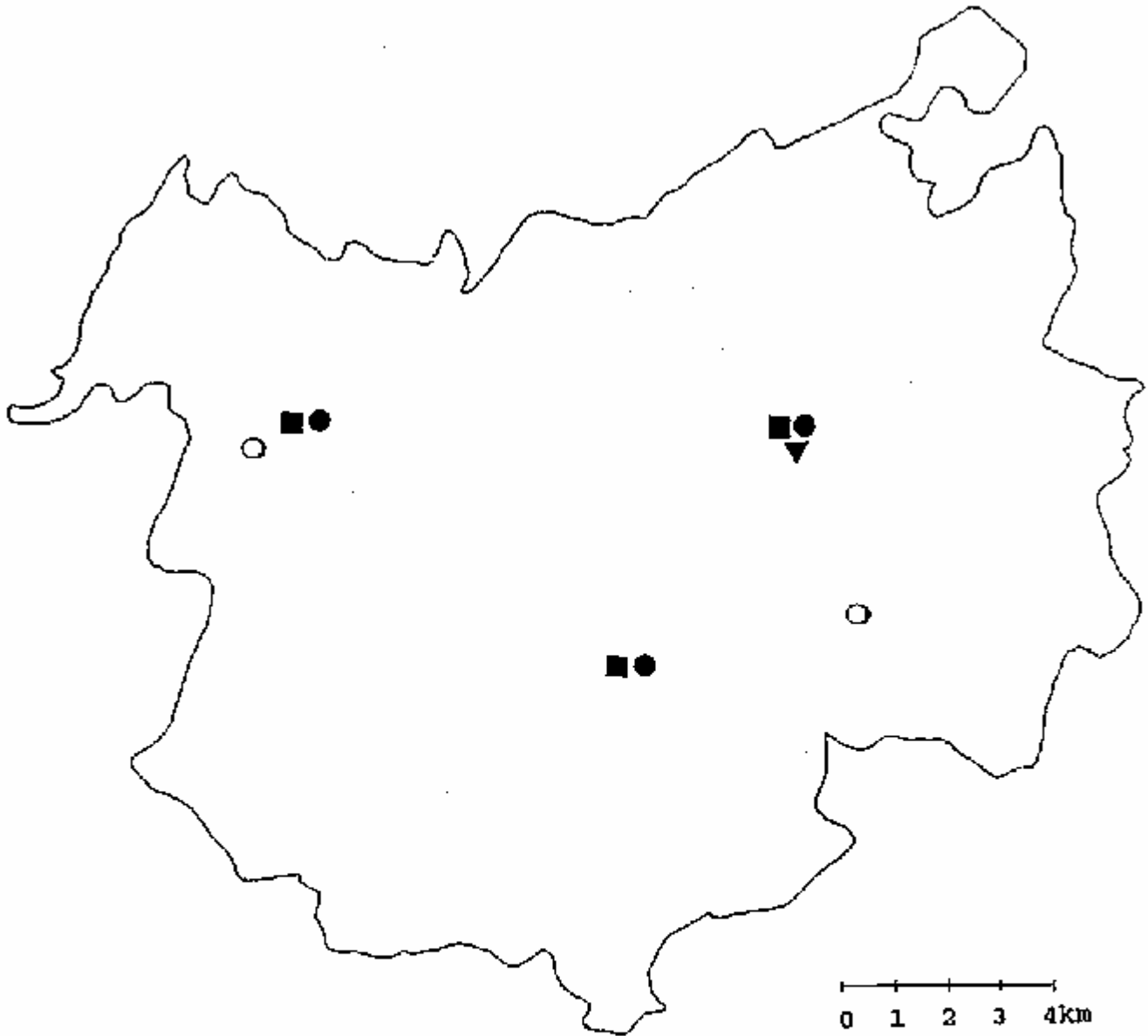


Výdaje na zdravotnictví z rozpočtu MO v letech 1991 -1998



UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

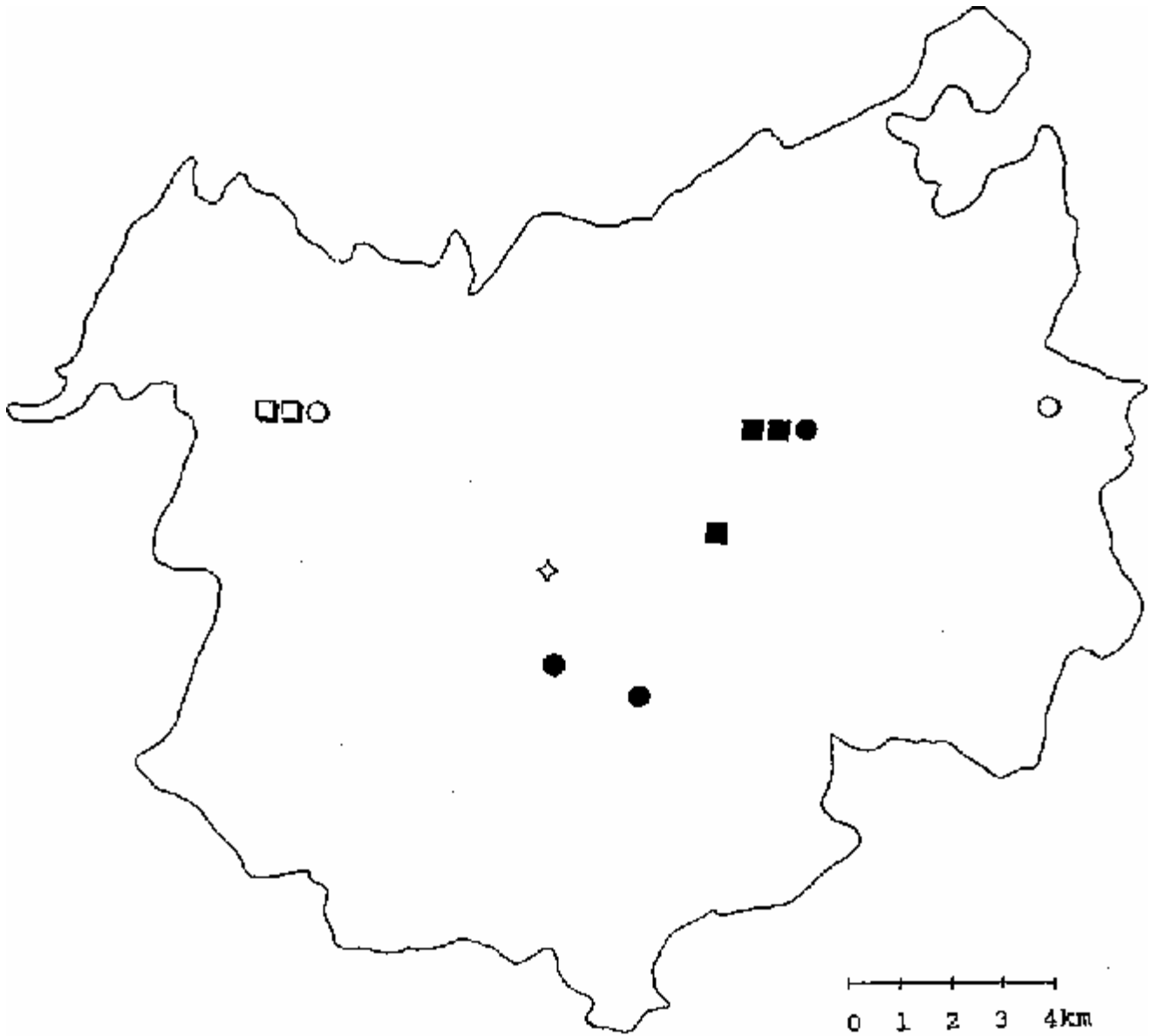
Rozmístění ambulancí lékařské služby první pomoci v Ostravě



	město	ostatní
všeobecná LSPP	●	○
dětská LSPP	■	
stomatologická LSPP	▼	

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Rozmístění výjezdových skupin zdrav. záchranné služby v Ostravě



	město	ÚSZS
letecká záchranná služba		◇
rychlá lékařská pomoc	■	□
rychlá záchranná pomoc	●	○