



---

## **S t a n o v i s k o**

### **Konfederace zaměstnavatelských a podnikatelských svazů ČR k podkladovým materiálům na 108. plenární zasedání RHSD ČR dne 22. dubna 2014**

---

#### **k bodu 1.1. Aktuální problémy ve zdravotnictví**

##### **Obecné připomínky:**

- V názvu materiálu je uveden cíl zvýšit efektivitu a transparentnost systému veřejného zdravotního pojištění, a toto systémové pojetí vítáme. Zejména body zdravotního pojištění a zdravotních služeb jsou skutečně koncipovány obecně s platností pro systém jako celek, tedy s platností po všechny subjekty bez ohledu na jejich zřizovatele či vlastníka.
- Některá navrhovaná opatření však přesto nemají charakter systémových změn. Jedná se např. o snížení maximálního možného přídělu do provozního fondu zdravotních pojišťoven, či snížení přídělu do rezervního fondu. Tato opatření nepředstavují koncepční změny systému, nýbrž pouhé jednorázové dílčí převedení prostředků.
- Skutečně systémový charakter pak postrádáme u bodu III (oblast ekonomiky a řízení organizací v přímé působnosti MZ), jelikož obsahuje opatření, která by dle našeho názoru měla být v zájmu zachování transparentnosti systému vztažena také na sektor poskytovatelů poskytujících převážně zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění jako celek, nikoli jen na organizace v působnosti MZ. Konkrétně jde o zakotvení povinnosti zveřejňovat všechny dodavatelské smlouvy a nákupní ceny, ale také o povinnost souhlasit se zveřejněním smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami. Důvodem je, že všichni tito poskytovatelé jsou financováni především z fondu veřejného zdravotního pojištění, tedy z veřejných prostředků.
- Předkládaný materiál postihuje jen část problémů vzniklých ve zdravotnictví při pokusech o uskutečňování tzv. reformy v letech 2007 – 2013. Celkové dopady uskutečněných kroků na nemocnice lze odhadovat až na 30 mld. Kč (včetně poklesu podílu nemocnic na celkových úhradách péče hrazené ze zdravotního pojištění, dopadu zvýšení DPH v roce 2008, deformace v úhradách nemocnicím účelovým využitím a neustálým měněním úhradového systému DRG, rostoucím znevýhodněním krajských, městských, církevních a i převážně části soukromých nemocnic oproti nemocnicím fakultním, nesplněním příslibu státu v oblasti platů lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků a dalších).
- Podporujeme návrhy ministerstva zdravotnictví obsažené v předloženém materiálu. Současně však upozorňuje, že návrhy na řešení situace jsou pouze krátkodobé a dílčí. Ve finanční oblasti se koncentrují především na řešení kompenzace zrušených hospitalizačních poplatků a to nemocnicím jen pro rok 2014. Je nezbytné dále řešit další existující a očekávané problémy (zrušené regulační poplatky od 1. 1. 2015, snížení sazby DPH na léky, efektivnější hospodaření v celém systému, systém úhrad pro r. 2015, vyřešení problémů v lékové politice, řešení dopadů evropské směrnice o zaměstnanosti a další).
- Ohrazujeme se vůči tvrzením, že náklady na nemocnice v posledních letech rostou, zatímco například náklady na ambulantní péči stagnují. Skutečností je, že v letech 2005 – 2012 náklady na lůžkovou péči vzrostly na 148,6 %, kdežto náklady na ambulantní péči na 155,2 %.
- V oblasti lékové politiky navrhuje řešení ve dvou krocích. V úpravě Cenového předpisu FAR a to změnou degresivní obchodní přírážky tak, aby nebyly tímto opatřením zatíženy výdaje zdravotních

pojišťoven za léky. Z grafů SUKL a odboru FAR vyplývá, že díky snižování cen a úhrad léků dochází ke snižování ceny a úhrad v oblasti léků předepisovaných na recept. Navrhujeme proto úpravu Cenového předpisu k 1. 7. 2014 a ve druhém kroku s ohledem na předpokládané snížení DPH na léky další úpravu Cenového předpisu k 1. 1. 2015. Zdůrazňujeme, že toto opatření je v kompetenci ministerstva zdravotnictví a nevyžaduje změnu žádné zákonné normy.

Strana zaměstnavatelů - považuje snížení rezervních fondů (RF) zdravotních pojišťoven za jednorázové a krátkozraké opatření a požaduje v tom případě současně řešení, pokud budou RF vyčerpány a objeví se epidemie či krizové případy, jak budou ZP situaci řešit. Dále vznesla dotaz, kde bude hranice snížení provozních fondů pojišťoven, když se po nich bude chtít mnohem více práce, atd.

Strana zaměstnavatelů žádá k jednotlivým plánovaným opatřením v materiálu „Návrh systémových změn“ doplnění ekonomických parametrů, které zcela chybí a dále termíny, které také nejsou obsaženy.

### **K jednotlivým ustanovením:**

#### **Povinné zveřejňování smluv zdravotních pojišťoven**

V obecné rovině nemáme nic proti tomuto opatření, z hlediska transparentnosti systému však nelze význam tohoto opatření přeceňovat, pokud nebudou změněny způsoby financování zdravotní péče. Z praktického pohledu se lze obávat jen toho, že s nedostatkem informací o skutečném fungování složitých systémů úhrad nebudou cílové skupiny schopny správně interpretovat obsah zveřejněných smluv. Upozorňujeme v této souvislosti, že pokud by se zveřejňovaly i **cenové a risk-sharingové dohody** uzavřené mezi zdravotní pojišťovnou a držitelem rozhodnutí o registraci daného léčivého přípravku, hrozí nebezpečí menší ochoty farmaceutických společností takové dohody podepisovat. Podobné dohody jsou totiž součástí obchodního tajemství farmaceutických společností, a jako takové by zveřejňovány být neměly. Problémem by bylo i případné zohlednění takto zveřejněných cen při referencování v jiných státech.

Samotné texty smluv zdravotních pojišťoven s poskytovateli nemohou garantovat vyšší transparentnost plateb v systému veřejného zdravotního pojištění. Máme za to, že by bylo vhodné otázky transparentnosti řešit v souladu s dlouhodobým směřováním Evropské unie, např. s dokumentem Evropské Komise ze dne 6. 6. 2011 s názvem *Fighting Corruption in the EU*.

#### **Rozšíření informační povinnosti zdravotních pojišťoven vůči Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí**

Materiál zaměřuje příčinu a důsledek. Již stávající právní úprava dává oběma ministerstvům oprávnění požadovat informace od zdravotních pojišťoven, které potřebují k plnění svých úkolů podle zákona. Dotčená ministerstva již v současnosti od zdravotních pojišťoven dostávají velmi podrobné údaje o poskytování zdravotních služeb, spotřebách léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. To, že tato data nejsou vždy využívána efektivně, jsou po zdravotních pojišťovnách požadována mnohdy opakovaně, a to dokonce i stejnou institucí je problém daných institucí, nikoliv zdravotních pojišťoven. Navíc je třeba uvést, že dokonce již nyní zdravotní pojišťovny pravidelně a zdarma poskytují ministerstvům data zcela mimo rámec právních předpisů a svých zákonných povinností. Tyto činnosti jsou kryty z provozních fondů těchto pojišťoven.

Problém je spíše v tom, že ministerstva vyžadují od zdravotních pojišťoven informace, které tyto při své činnosti neshromažďují a musely by je tvořit právě pro účely požadavků ministerstev. Je třeba také doplnit, že požadavky na tato data jsou nyní často nedostatečně definovány, bez kvalitní metodiky pro sběr dat. Mnohá data jsou již sbírána např. pro ÚZIS a dochází tak k duplicitám. Dalším problémem je, že často je uplatňován požadavek, který není po technické stránce správný, není stanoveno správné datové rozhraní. Nebo když se takovéto datové rozhraní dohodne, dojde během relativně krátkého času k další změně požadavku, což znamená další náklady. Opakovaně přichází také požadavky na shodná data nebo téměř shodná, opět i od jedné instituce. Vše toto je možné doložit soupisem dat poskytovaných zdravotními pojišťovnami za např. uplynulé dva roky, tedy od roku 2012. Včetně uvedení institucí, periodicity hlášení a požadavků na změny datového rozhraní.

V této souvislosti je nutné si uvědomit i otázku provozních nákladů, která v případě definování a standardního předávání dalších výrazných objemů dat povede ke zvýšeným provozním nákladům. Specifikace dat a jejich sběr pak vyžaduje určité náklady spojené s IT technikou i personálním zabezpečením těchto dalších sběrů. **Snížení přidělů do provozních fondů a zároveň rozšíření informačních povinností vytváří jednoznačný konflikt, jehož důsledkem je potlačení samosprávné funkce zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.**

**Shrnujeme tedy, že již dnes jsou předávány velké objemy dat, které dle našeho názoru nejsou náležitě využívány, nebo v některých případech dokonce účelově zkracované.**

#### **Možnost spolupráce zdravotních pojišťoven při revizní činnosti**

Tento návrh vítáme, neboť je vyjádřením toho, co již mnohokrát zaměstnanecké zdravotní pojišťovny sdružené ve Svazu zdravotních pojišťoven ČR navrhovaly. Zvýšené výdaje na revizní činnosti přitom mohou mít výrazně vyšší přínos pro ZFZP než pouhé „rozpuštění“ přidělů do provozních fondů v ZFZP.

V této souvislosti je přesto třeba upozornit na některé rizikové okruhy:

- Jak bude řešena ochrana osobních údajů.
- Jaké budou dopady na náklady jednotlivých pojišťoven.

Navrhujeme efektivně kontrolovat rovněž duplicitu ve vyšetřovacích metodách (opakované laboratorní testy téhož druhu pro tentýž účel apod.). Zároveň by však měl systém v případě závažných onemocnění umožnit faktickou realizovatelnost práva pacienta na druhý názor (případně zakotvit i právo na další vyšetření a diagnostiku v jiném zdravotnickém zařízení). Stejná obsáhlá kontrola by měla platit nejen pro preskripci léčivých přípravků a zdravotní výkony, ale i pro oblast zdravotnických prostředků.

#### **Zlepšení dohledu nad úhradovými mechanismy (DRG, Seznam zdravotních výkonů)**

V souvislosti s institucionalizací NRC pod působnost MZ doporučujeme věnovat velkou pozornost tomu, aby byly zajištěny požadavky na odbornost, transparentnost a zejména soudní přezkoumatelnost rozhodnutí. V případě kultivace seznamu zdravotních výkonů by mělo být prioritou urychlit a ztransparentnit vstup nových kódů do seznamu výkonů. Stejně tak by mělo dojít ke sjednocení podmínek úhrady a srovnání hladin DRG pro přímo řízené organizace. Dále navrhujeme provádět pravidelný benchmarking nemocnic (quality check).

#### **Zpřesnění úpravy střetu zájmů členů orgánů zdravotních pojišťoven**

Tento návrh je příliš neurčitý, aby bylo možné se k němu vyjádřit. Zejména není zřejmé, zda sankce budou směřovat vůči členu, tomu kdo jej jmenoval či zvolil, nebo vůči zdravotní pojišťovně. Rozdílné postavení zdravotních pojišťoven podle dvou zákonů by mělo být řešeno komplexně, nejen v jednom vytrženém bodě.

#### **Zřízení přístrojové komise**

Tento návrh v zásadě vítáme. Jedná se o znovuoživení činnosti komise, která v minulosti již existovala. Kultivace sítě poskytovatelů hrazených a potřeba posuzování nových technologií je cestou k zefektivnění fungování systému veřejného zdravotního pojištění. Její účinnost je nutné postavit na racionalizaci sítě, potřeb a dostupnosti, využití posuzovaných přístrojů a zákonné úpravy zakotvující oprávněnost vstupu do sítě, avšak s výhradami totožnými jako u části I., písm. g) transparentnost a přezkoumatelnost procesu rozhodování bez ingerence do samostatnosti komise.

V této souvislosti je však třeba upozornit na to, že materiál nikterak nedává odpověď na následující otázky:

- Zda bude přístrojová komise nějak institucionalizována nebo bude respektována na principu všeobecné dohody všech dotčených subjektů prostoru veřejného zdravotního pojištění?
- Do jaké míry budou výstupy z této komise závazná pro poskytovatele ve smyslu nákupu či výstavby přístrojů a technologií a pro plátce pak z pohledu nasmlouvání výkonů, které budou prostřednictvím zamýšleného přístrojového vybavení prováděny a následně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění?

### **Centralizace nákladné zdravotní péče do center vysoce specializované péče**

Centralizace zdravotní péče v centrech vysoce specializované péče je v českém zdravotním systému zavedena již pro řadu oblastí (onkologie, biologická léčba autoimunitních onemocnění atd.), a z návrhu není jasné, jakými konkrétními kroky hodlá Ministerstvo zdravotnictví navrhovaný cíl naplnit. Z materiálu dále není zřejmé, jak bude stanoven rozpočet nově vznikajících center.

Zdravotní pojišťovny již dlouhodobě podporují centralizaci vybraných zdravotních služeb, bohužel část z nich nebyla dosud legislativně ošetřena i přes zmocnění MZ. Soustředěním nákladné zdravotní péče pro řešení některých zdravotních stavů či poskytování zdravotní péče občanům se vzácnými chorobami do center vysoce specializované zdravotní péče jsou vytvářeny podmínky pro získání a udržení erudice zdravotnických pracovníků, jsou zabezpečeny podmínky pro zvyšování efektivity managementu. Zároveň je však nutné upozornit na to, že návrh směřuje ke koncentraci nákladné péče u poskytovatelů vesměs ve vlastnictví státu, což by bylo možné v určitých ohledech považovat za omezování soutěže mezi poskytovateli. Dokud nebudou existovat jasná pravidla a definice závazků veřejné služby, kterou mají tito poskytovatelé poskytovat, hrozí určité riziko netransparentnosti a snahy zvyšovat profit jednotlivců mimo pravidla hospodářské soutěže a veřejných podpor.

### **Dokončení koncepce systému následné a dlouhodobé lůžkové péče a domácí zdravotní péče včetně péče paliativní**

Jde o opatření, které by se mělo stát součástí racionalizace sítě a postupů s přihlédnutím k finančním možnostem a stárnoucí populaci. Tuto aktivitu vítáme a doufáme, že bude již tentokrát skutečně dokončena. Navrhované řešení je však jen polovinou řešeného problému - největší problémovou oblastí je řešení rozhraní zdravotně sociálních služeb a krytí jejich nákladů nejen ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění. Pokud by mělo být systémovým řešením, zaslouží si otevření diskuse na téma propojení obou systémů. Především v případě dlouhodobé péče a závažných onemocnění se jedná o vzájemně se ovlivňující oblasti.

Podmínka zachování objemu prostředku veřejného zdravotního pojištění pro následnou a dlouhodobou péči a domácí péči včetně paliativní při vyšším objemu poskytnutých služeb a vyšším počtem ošetřených je naprosto nepřijatelná. Uvedený segment je dlouhodobě značně podfinancován a jeho současné možnosti neumožňují uvolňování akutních lůžek a potřebný přesun pacientů do následné a dlouhodobé péče. Proto s tímto záměrem zásadně nesouhlasíme a požaduje přepracování systému uvedené péče včetně systému financování a podílu na financích z veřejného zdravotního pojištění.

Dále upozorníme, že po zrušení poplatků v nemocnicích se dále prohloubila rozdílnost pobytů na lůžku u poskytovatele zdravotních a sociálních služeb. Žádá o zprávu, jak bude probíhat koordinace mezi MZ a MPSV. Upozorňuje na zprávy od poskytovatelů, že se po odstranění poplatků zvyšuje délka hospitalizací.

### **Úhradová regulace zdravotnických prostředků**

Kategorizace zdravotnických prostředků je nezbytným předpokladem pro řádné stanovování výše úhrad z v.z.p., bohužel ale zatím chybí jednoznačné vymezení toho, kdo úhrady stanoví – zda plátci či regulátor anebo kombinace obou? V zákoně o veřejném zdravotním pojištění je třeba doplnit mechanismus stanovení ENNV a způsob zveřejnění seznamu zdravotnických prostředků hrazených na poukaz.

### **Rozšíření úhradových aukcí**

Úhradové aukce realizované SÚKL ve stávajícím znění zákona nejsou vhodným mechanismem, o čemž svědčí skutečnost, že za celou dobu platnosti příslušného legislativního opatření nebyla realizována žádná aukce. Základním problémem je používání referenčního způsobu stanovování úhrad v okolních zemích, které při relativně nízkých hladinách cen a úhrad v ČR povede při pokusu o další zveřejňované snížení k odchodu daného přípravku z trhu v ČR nebo k přímému reexportu. Řešením je spíše uzavírání specifických smluv, obsahujících „pay-back“ přímo k plátcům.

Poukazuje na to, že do zákona č. 48/1997 Sb. byl institut tzv. úhradové soutěže zakotven již v jedné z novel v rámci minulého volebního období (platný § 39e). Ukázal se však být nefunkčním, v praxi není využíván, neboť normotvůrce nesprávně vyhodnotil motivace, které by vedly držitele registrace k účasti na takové aukci. Není nám tudíž zřejmé, jak chce MZ nyní dosáhnout toho, aby úhradové aukce začaly fungovat (např. zda hodlá zakotvit nějakou povinnost účasti v aukci).

MZ nikdy nezkoumalo negativní dopady úhradových soutěží na dostupnost léků. Tato fakta je možné vypracovat, ale jen při dostatečné časové svobodě. Zatím však vzhledem k urgenci reakce můžeme použít několik již dobře známých námitek k elektronickým aukcím:

- potenciální negativní dopad na dostupnost léčiv (nejnižší ceny v EU posilují vývoz z ČR do zemí EU s vyššími cenami),
- vítěz aukcí nebude preferován pojišťovnami,
- nedostatek plně hrazených přípravků díky re-exportu povede k dostupnosti pro pacienty pouze za cenu častějších a vyšších doplatků,
- navýšení spoluúčasti pacienta, část nákladů bude přesunuta formou doplatků na pacienta (povinnost výrobce zásobovat min. 50 % potřeby trhu a není vyřešena dostupnost léků v druhé polovině trhu),
- navýšení nákladů plátců z důvodu změny preskripce na nákladnější, plně hrazenou medikaci (tuto flexibilní reakci trhu jednodimensionální, cenově orientovaný náhled na el. aukce vůbec nezapočítává),
- po zavedení monopolu jednoho nebo několika málo dodavatelů povede po čase nedostatek přirozeného konkurenčního prostředí k opětovnému růstu cen léčiv.

### **Rozvoj indikátorů kvality a jejich zavedení do praxe**

Jde o opatření, které je třeba velmi sofistikovaně připravit. Toto opatření bude vyžadovat další finanční investice, a to jak na straně poskytovatelů, tak i sběrného místa. Centrálním bodem sběru příslušných dat (výkazů pro zdravotní pojišťovny) může být Národní registr hospitalizovaných, jehož správou je pověřen Ústav zdravotnické informatiky a statistiky (dále jen ÚZIS).

### **Rozvoj systému interního hodnocení kvality podle § 47 odst. (3) písm. b) zákona č. 372/2011Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).**

Jde o opatření vyžadující finanční prostředky poskytovatelů, které se nepochybně odrazí v nárocích na úhradu zdravotních služeb. K této oblasti je vhodné zvážit nejen povinné předávání dat, ale především provázání s úhradovými mechanismy a zvýhodňování těch, kteří se podvolí externí kontrole. Pro možný rozvoj systému interního hodnocení kvality a bezpečí je nutné, aby Ministerstvo zdravotnictví novelizací zákona o zdravotních službách, stanovilo povinné minimální požadavky pro zavedení systému interního hodnocení kvality a bezpečí také pro poskytovatele ambulantních zdravotních služeb.

### **Systém řízení organizací zřízených Ministerstvem zdravotnictví**

Bod se dotýká velmi citlivého místa konfliktu zájmů, který může být na straně regulátora - MZ - pokud jeden subjekt stanoví pravidla hry (úhradové vyhlášky) a na straně druhé je odpovědný za řízení těch, kteří z daného legislativního aktu přímo profitují, je pod silným tlakem. Pro systém v.z.p. by bylo vhodné tyto role plně oddělit tak, aby byly motivace k efektivnímu využití prostředků v.z.p. na obou stranách.

Strana odborů i zaměstnavatelů se na jednání PT RHSD pro zdravotnictví shodli na požadavku na sledování hospodaření svých přímo řízených organizací a poskytnutí podrobných informací, v jakém ekonomickém stavu jsou přímo řízené nemocnice MZ. Sociální partneři žádají o informaci jaká je zadluženost jednotlivých MZ řízených nemocnic. Po zveřejnění těchto informací žádají o sdělení

konkrétních kroků, jak bude MZ špatnou ekonomickou situaci mnoha přímo řízených organizací řešit a zda je na tuto činnost personálně vybaveno.

### **Centralizace nákupů**

Ačkoli se tento bod týká centralizace nákupů na straně přímo řízených organizací MZ, je třeba s politováním zaznamenat, že možnost centralizace nákupů na straně zdravotních pojišťoven není v celém materiálu ani zmíněna, ač je jedním z možných zásadních mechanismů k úspoře prostředků celého systému.

Zavedení centrálních nákupů na některý typ léčivých přípravků s sebou nese jistá omezení, která nejsou v souladu s dalšími strategickými plány ministerstva zdravotnictví. Systémy centrálních nákupů, které se uplatňují v zahraničí, jsou založeny na zásadě, že nákupce profituje z nízké ceny, avšak výměnou za její nezveřejnění. Tato skutečnost tedy není v souladu s požadavkem ministerstva zdravotnictví na zveřejňování smluv uzavíraných zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními.

Není dále zřejmé, jak je tento nástroj slučitelný s navrhovaným opatřením o úhradových aukcích - léčivé prostředky nepochybně lze opatřovat jak prostřednictvím úhradové aukce, tak prostřednictvím komoditní burzy, **nikoliv však oběma nástroji současně**. MZ by mělo přesněji vymezit, úhradu, kterých skupin léčiv chce řešit úhradovými aukcemi, úhradu kterých skupin léčiv chce řešit centrálním nákupem přes burzu, a které skupiny hodlá ponechat v současném režimu, včetně zdůvodnění tohoto vymezení. Bez toho není návrh opatření hodnotitelný.

Dále v souvislosti s úhradovými aukcemi upozorňujeme, že jakékoliv plošné snížení úhrady v jednotlivých skupinách hrazených léčiv, např. cestou úhradové aukce či centrálního nákupu, zásadním způsobem zasáhne existenci trhu v dané oblasti. Zaprvé, snížení úhrady, resp. obchodované ceny, sníží též reálnou hodnotu regresivní obchodní příirážky, což je v současnosti dominantní nástroj, kterým se ze zdravotního pojištění hradí lékárenská péče. Náklady na lékárenskou péči a náklady spojené s výdejem léku se však zavedením úhradových aukcí nijak nesníží. **Uvažuje-li MZ ČR o úhradových aukcích, mělo by se proto vypořádat s tím, jak bude v takovém případě financována ze zdravotního pojištění lékárenská péče, což z předloženého materiálu bohužel nijak nevyplývá.** Dalším efektem úhradové soutěže je, že její vítěz se dostane *de facto* do monopolního postavení. MZ by se proto mělo vypořádat s tím, jaké záruky poskytne pro to, aby byl vysoutěžený lék dodáván rovnoměrně a v dostatečném množství do všech lékáren, a aby při zachování financování sdílené obchodní příirážky byl zachován spravedlivý podíl příirážky pro veřejnou lékárnou, nutný pro zajištění jejího fungování. Byl-li by vítěz e-aukce současně prvním distributorem, *de facto* monopolní postavení mu bez dodatečné regulace umožní "bezrestně" vyčerpat celou sdílenou obchodní příirážku pro sebe. Jak již v současnosti naznačují zkušenosti s omezenými distribučními modely, zaváděnými do praxe trhu s léčivy již dnes, při absenci záruk rovnoměrných a férových dodávek do všech lékáren dochází k nerovnostem v zásobení lékáren a k zásadnímu zhoršení dostupnosti plně hrazených léků pro pojištěnce. Nadto se v lékárenské praxi projevuje nedostupnost léčiv a to z důvodu jejich masivního vývozu do okolních zemí zejména do Německa a Rakouska a tyto léčiva pak chybí českým pojištěncům. Přiměřená regulace vedoucí k zajištění rovnoměrné dostupnosti v návrhu zcela absentuje.

Centralizace nákupů - centralizované nákupy se budou v budoucnu týkat i některého zdravotnického materiálu a léčivých přípravků. Příklady, podle kterých byly Ministerstvem zdravotnictví organizovány centrální nákupy komodit jako elektrická energie a plyn, a příprava centralizovaných nákupů bezpečnostních služeb, osobních automobilů, kancelářských potřeb a kancelářského zařízení, by neměly být aplikované na nákup léčivých přípravků z následujících důvodů:

- negativní zkušenost podobných nákupů léčiv VZP,
- není známý/analyzovaný dopad na takové nákupy v plošném měřítku pro celou republiku
- je to další z regulačních nástrojů na snižování cen v době, kdy se nepodařilo zajistit spolehlivost alespoň jednoho systému; centrální nákupy na léky není možno kombinovat se současnými dalšími omezeními úhrad z prostředků ZP,
- otázkou je sortiment, kterého se bude centralizovaný nákup dotýkat a také vztah k výběrovým řízením nemocnic a center (anebo stát bude mít na vybrané položky monopol?),
- není logické dělat centrální nákup v případě, že úhrada LP je na nižší než nejnižší ceně v EU a tím ještě dále omezit konkurenční prostředí.

## **K bodu 1.3 - Financování sociálních služeb, přechod financování na kraje**

### **1. Přechod financování sociálních služeb na kraje**

Poskytovatelé sociálních služeb vyjadřují znepokojení nad přechodem financování sociálních služeb na kraje ve smyslu nepřipravenosti celého procesu a časové tísní.

Klíčovými kroky a dokumenty k procesu decentralizace dotačního řízení sociálních služeb ze státní na krajskou úroveň jsou:

- Novela zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- Vydání zásad Metodiky MPSV.
- Vydání pravidel v jednotlivých krajích.

Žádný z těchto dokumentů nebyl zatím předložen sociálním partnerům k diskuzi. Dle časového harmonogramu jednotlivých kroků je naplánováno vydání zásad Metodiky na duben/květen 2014 a vyhlášení dotačního řízení na srpen 2014. K dnešnímu dni nebyli tedy sociální partneři seznámeni s obsahem či rámcem těchto dokumentů.

V podkladovém materiálu na jednání PT RHSD pro sociální otázky dne 11. 4. 2014 uvádí MPSV, že MPSV má záměrně stanovit v předmětné metodice pouze obecné principy s tím, že přesná pravidla si budou stanovovat jednotlivé kraje.

Dosavadní přístupy krajů jsou ale velmi odlišné, což dokazuje dotační řízení pro r. 2014, kdy strana zaměstnavatelů po zveřejnění **podkladů krajských úřadů ke stanovení návrhů na dotace na sociální služby pro rok 2014** upozornila, že tyto „podklady“ jsou v rozporu s přílohou č. 2 Příkazu ministra č. 13/2011, Principy a priority dotačního řízení na podporu poskytování sociálních služeb v roce 2014, konkrétně s Ad. 1 a 2: „Vyloučení střetu zájmů a dosažení rovného přístupu ke všem poskytovatelům bude dosaženo stanovením a zveřejněním exaktního způsobu optimálního a reálného návrhu dotace u všech druhů služeb a všech poskytovatelů sociálních služeb v jednotlivých krajích (...) všechny krajské úřady musí prostřednictvím MPSV zveřejnit konkrétní způsoby výpočtu/návrhu optimálního/reálného návrhu dotace“. U většiny zveřejněných podkladů nejde v žádném případě o exaktní způsob výpočtu a/nebo konkrétní způsoby výpočtu. Dále konstatujeme, že přes předešlou deklaraci a závazek v předmětném příkazu ministra nedošlo ke zveřejnění souhrnných žádostí pro r. 2014.

Z dosavadních materiálů MPSV tedy vyplývá, že MPSV stanoví pouze obecné víceméně procesní pravidla státních dotací a stanovení exaktních pravidel bude v kompetenci jednotlivých krajů.

Poskytovatelé sociálních služeb nesouhlasí s tímto postupem, neboť tato pravidla a podmínky mohou způsobit 14 rozdílných pravidel financování a preferencí a tím i 14 rozdílných sítí a úrovní sociálních služeb. Požadujeme tedy zpracování takových principů a pravidel na centrální úrovni (v rámci novely zákona č. 108/2006 Sb., v Metodice MPSV a v Rozhodnutí o dotaci), která by zaručovala spravedlivý přístup, transparentnost a předvídatelné podmínky pro všechny poskytovatele sociálních služeb, resp. pro systém sociálních služeb v ČR.

**Zaměstnavatelé, resp. poskytovatelé sociálních služeb trvají i nadále na nastavení takového systému financování, který by mohl být označitelný těmito atributy:**

- a. Zavedení alespoň rámcových exaktních postupů na centrální úrovni.
- b. Zavedení a používání exaktních postupů a kritérií v každém kraji, které by umožnily zpětné ověření a kalkulaci obdržené výše státní dotace.
- c. Oproti současnému, resp. dosavadnímu systému zavést opatření a principy, které by zaručovaly transparentnost dotačního řízení.
- d. Umožnění zástupcům sociálních partnerů účast (ve smyslu dohledu) nad regionálním „dotačním řízením“.

- e. Použití možných exaktních postupů, kterými se MPSV v posledních měsících zabývalo, tj. (kalkulační vzorce, vyrovnávací platby, personální normativy, apod.).
- f. Nastavení takových principů a systému financování, které nebude oproti současnému v rozporu s principy veřejné podpory, resp. financování služeb obecného hospodářského zájmu.

**Z těchto důvodů požadují sociální partneři za stranu zaměstnavatelů:**

- a) Svolání dalšího PT RHSD pro sociální otázky v květnu 2014.
- b) Předložení návrhu technického a organizačního řešení.
- c) Předložení novely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- d) Předložení návrhu metodického pokynu MPSV.
- e) Předložení takových principů, které by umožnily dle exaktních postupů rekalkulaci dotace a které by ztransparentnily celý systém přidělování dotací na sociální služby.
- f) Zveřejnění souhrnných žádosti krajů za r. 2014.

**2. Přechod inspekce kvality sociálních služeb na kraje**

V souvislosti s novelou zákona o sociálních službách představilo MPSV dne 11. 4. 2014 na jednání PT RHSD pro sociální otázky záměr přesunu inspekční činnosti kvality sociálních služeb z úřadů práce na krajské úřady.

Inspekce kvality jako nový instrument zjišťování naplňování standardů kvality sociálních služeb prošel od r. 2007 svým vývojem. První dva roky od účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsme detekovali největší problémy v oblasti rozdílných přístupů v jednotlivých krajích, resp. inspekcemi MPSV, dále praktickými problémy aplikací a interpretací standardů a inspekci u jednotlivých druhů sociálních služeb. Tato situace se z odborného pohledu stabilizovala později v letech 2010, 2011.

Přesunem inspekční činnosti na Úřad práce ČR k 1. 1. 2012 se do té doby relativně stabilní systém inspekci znovu destabilizoval. Kvalitní odborníci zůstali na krajských úřadech (na úřady práce přešlo méně inspektorů, než bylo potřebné). Kvalitu inspekci dále ovlivňovala relativně vysoká fluktuace inspektorů, nižší odborná zkušenost některých inspektorů a opětovný disparitní přístup v jednotlivých regionech.

Vnímáme, že v současném pojetí inspekci kvality je celá řada problémů, které je nutné řešit (zvyšování odbornosti inspektorů, stabilizace inspekčních týmů, jednotný přístup, zvýšení počtu inspektorů, resp. inspekci apod.). Akceptujeme a plně podporujeme v tomto smyslu možné návrhy na přesun inspekční činnosti na MPSV ČR či vytvoření samostatného kontrolního orgánu (jak jsme navrhovali již v r. 2009).

Převod inspekční činnosti na kraje odmítáme důrazně z důvodu násobení možných střetů zájmů. Krajské úřady udělují registrace k poskytování sociálních služeb, kontrolují a dohlížejí na plnění registračních podmínek. Dále jsou také zřizovateli a poskytovateli významných sociálních služeb a je otázkou, kdo by v těchto krajských zařízeních prováděl objektivní a nezávislou kontrolní činnost. Po případné realizaci změny financování sociálních služeb pravděpodobně od roku 2015 budou navíc kraje navrhovat a schvalovat dotace poskytovatelům sociálních služeb. Kumulace rozhodovacích a kontrolních pravomocí na krajské úrovni může představovat vážné ohrožení možnosti účinné obrany poskytovatelů proti kontrolní činnosti inspekčních týmů. Pomineme-li již dlouho dobu kritizovanou skutečnost, že vypořádání námitek k dané inspekci je vyřizováno de facto opět zástupci inspekčního týmu, pak možná hrozba, že podáním námitek proti nálezu inspekčního týmu či možného soudního sporu se může poskytovatel cítit ohrožen v závislosti na návrhu státní dotace na příští období.

Pokud by systém financování byl nastaven takovým způsobem, aby neumožňoval stanovení návrhu na daný rok na základě nahodilých či zpětně neověřitelných kritérií a parametrů, ale na základě exaktních, zpětně ověřitelných a pro všechny poskytovatele stejných přístupů (jak je tomu ve většině západoevropských zemí), pak by stanovisko UZS ČR nebylo záporné. Dokud však není takovýto systém financování zaveden, pak se jedná o potenciální hrozbu a riziko pro poskytovatele (a to i s vědomím, že tato hrozba nemusí být naplněna).

V Praze dne 22. dubna 2014

Jan Wiesner  
prezident