

Podkladový materiál
Ministerstva zdravotnictví
pro 108. Plenární zasedání
RHSD

Aktuální problémy ve zdravotnictví



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Obsah

| | | |
|------|--|----|
| 1 | Aktuální situace ve zdravotnictví | 3 |
| 1.1 | Problematika nemocnic | 3 |
| 1.2 | Aktuální situace pojišťoven | 5 |
| 1.3 | Úhrady od ZP | 6 |
| 2 | Ekonomická problematika | 7 |
| 2.1 | Kompenzace za zrušené regulační poplatky | 7 |
| 2.2 | Dopad zvýšení DPH | 8 |
| 2.3 | Analýza dopadu měnových intervencí | 8 |
| 3 | Odkup nedobytných pohledávek | 9 |
| 4 | Koncepce hygienické služby a prevence nemocí | 10 |
| 5 | Plnění vládního programového prohlášení | 10 |
| 5.1 | Novelizace Seznamu výkonů: | 10 |
| 5.2 | Narovnání úhrad v oblasti lůžkové péče | 10 |
| 5.3 | Dohled nad zdravotním pojištěním a fungováním zdravotních pojišťoven | 11 |
| 5.4 | Další navrhovaná opatření | 12 |
| I. | Oblast zdravotního pojištění | 12 |
| II. | Oblast zdravotních služeb | 14 |
| III. | Oblast ekonomiky a řízení organizací v přímé působnosti Ministerstva zdravotnictví | 16 |

1 Aktuální situace ve zdravotnictví

1.1 Problematika nemocnic

Přehled ekonomické situace nemocnic (právnických osob) k 31. 12. 2013 dle zřizovatele:

(Zdroj: ÚZIS – předběžné výsledky; údaje v mil. Kč)

| Nemocnice podle zřizovatele | Počet | Náklady | Výnosy | Hospodářský výsledek | Pohledávky z obchodního styku | | Závazky z obchodního styku | |
|--------------------------------------|------------|----------------|----------------|----------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|---------------|
| | | | | | celkem | po splatnosti | celkem | po splatnosti |
| MZ | 19 | 61 590 | 60 707 | -882 | 6829 | 864 | 9 241 | 2 329 |
| Kraj (příspěvkové organizace) | 23 | 12 313 | 12 238 | -75 | 976 | 68 | 1 359 | 549 |
| Obec, město (příspěvkové organizace) | 16 | 5 609 | 5 528 | -80 | 514 | 74 | 404 | 106 |
| Jiná právnická osoba, církev | 96 | 42 019 | 41 522 | -497 | 3800 | 473 | 5 600 | 2 021 |
| z toho krajské obchodní spol. | 33 | 26 569 | 25 822 | -747 | 2293 | 228 | 4 018 | 1 469 |
| městské obchod. spol. | 6 | 1 206 | 1 163 | -43 | 65 | 25 | 68 | 49 |
| Ostatní centrální orgány | 3 | 3 195 | 3 196 | 1 | 315 | 55 | 198 | 166 |
| C e l k e m | 157 | 124 725 | 123 191 | -1 534 | 12433 | 1 533 | 16 802 | 5 171 |

Rok 2013 byl pro nemocnice všeobecně nepříznivý, zejména z důvodu zvýšení sazeb DPH na straně nákladové a v důsledku restriktivní úhradové vyhlášky na výnosové straně. Výraznému omezení kvality poskytované péče se podařilo částečně zabránit i díky vynucenému omezení prostředků investovaných na pořízení přístrojového vybavení a do oprav zdravotnických prostředků.

Z těchto důvodů v roce 2013 výrazně vrostl objem závazků po lhůtě splatnosti.

Závazky po lhůtě splatnosti (v mil. Kč)

| Nemocnice podle zřizovatele | r. 2010 | r. 2011 | r. 2012 | r. 2013 | index | |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | | | 2013/2012 | 2013/2010 |
| MZ | 557 | 796 | 1 278 | 2 329 | 182% | 418% |
| kraj - PO | 698 | 692 | 537 | 549 | 102% | 79% |
| kraj - obchodní společnosti | 1 603 | 1 328 | 1 533 | 1 469 | 96% | 92% |
| kraj celkem | 2 301 | 2 021 | 2 070 | 2 018 | 97% | 88% |
| město | 98 | 81 | 109 | 106 | 97% | 109% |
| město - obchodní společnosti | 19 | 30 | 24 | 49 | 200% | 254% |
| město celkem | 117 | 111 | 134 | 155 | 116% | 133% |
| JPO, církev | 441 | 721 | 550 | 503 | 92% | 114% |
| vojenské nemocnice | 62 | 23 | 11 | 166 | 1475% | 267% |
| celkem | 3 478 | 3 673 | 4 043 | 5 171 | 128% | 149% |

Přehled ekonomické situace k 31. 12. 2013 podle druhu poskytovatele zdravotnických služeb:

(Zdroj: ÚZIS – předběžné výsledky; údaje v mil. Kč)

| Poskytovatel zdravotních služeb - lůžková péče | Počet | Náklady | Výnosy | Hospodářský výsledek | Pohledávky z obchodního styku | | Závazky z obchodního styku | |
|--|------------|----------------|----------------|-------------------------|----------------------------------|------------------|-------------------------------|------------------|
| | | | | | celkem | po splatnosti | celkem | po splatnosti |
| Nemocnice | 157 | 124 725 | 123 191 | -1 534 | 12433 | 1 533 | 16 802 | 5 171 |
| Léčebny pro dlouhodobě nemocné | 22 | 1 034 | 1 082 | 48 | 117 | 29 | 46 | 13 |
| Odborné léčebné ústavy | 42 | 6 445 | 6 531 | 86 | 649 | 156 | 399 | 26 |
| Hospic | 9 | 269 | 267 | -2 | 15 | 8 | 4 | 1 |
| Ostatní lůžková zařízení | 7 | 352 | 381 | 29 | 21 | -4 | 36 | 3 |
| C e l k e m | 237 | 132 826 | 131 453 | -1 373 | 13234 | 1 721 | 17 287 | 5 213 |

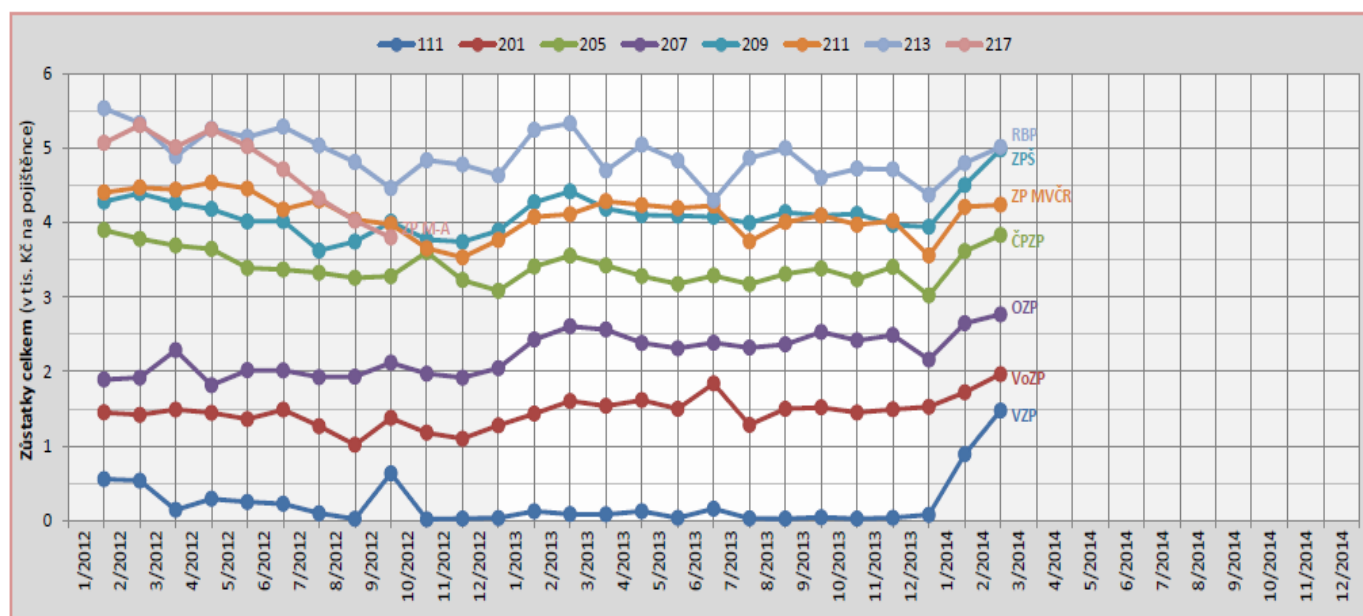
Nejvýrazněji se důsledky roku 2013 projeví u nemocnic. Pro rok 2014 je v důsledku úhradové vyhlášky očekáván průměrný relativní nárůst úhrad oproti roku 2012 ve výši 7 %.

Očekávaný relativní nárůst oproti roku 2012 u nemocnic dle zřizovatelů:

| | |
|--------------------------------|---------|
| Pro krajské nemocnice: | 7,31 % |
| Pro městské nemocnice: | 6,81 % |
| Pro soukromé a jiné nemocnice: | 6,15 % |
| Pro nemocnice MZ: | 4,99 % |
| Pro nemocnice MO: | 10,57 % |

1.2 Aktuální situace pojišťoven

Zdravotní pojišťovny vybraly v roce 2013 na pojistném celkem 225,7 mld. Kč, což je přibližně stejná částka jako v roce 2012. Z toho 53,6 mld. Kč tvořila platba za státní pojištěnce, kterých bylo v roce 2013 evidováno průměrně 6 097 tisíc. V tomto roce opět došlo k předsunutí platbě ve výši 4 mld. Kč, která byla vrácena na konci roku. Zároveň byla na konci roku poskytnuta VZP návratná půjčka ve výši 1,7 mld. Kč. V prvním kvartále 2014 poté došlo opět k předsunutí platbě ve výši 4,8 mld. Kč. To společně s vyšším výběrem pojistného za únor 2014 vedlo k stabilizaci jejich krátkodobé finanční situace, jak ukazuje následující graf zůstatků přepočtených na jednoho pojištěnce na fondech zdravotních pojišťoven:



V roce 2014 dojde dle údajů ze zdravotně pojistných plánů k nárůstu příjmů o 12 mld. Kč na celkovou hodnotu 237,2 mld. Kč, z čehož zhruba polovina plyne z nárůstu plateb za státní pojištěnce provedeného v roce 2013. Celkem v tomto roce budou tvořit příjmy za státní pojištěnce přibližně 25 % celkových příjmů. Existuje ovšem riziko, že celkové příjmy budou až o 2 mld. nižší, než je uvedeno ve zdravotně pojistných plánech, a to vlivem zhoršeného ekonomického výhledu ČR.

Výdaje v roce 2014 dle zdravotně pojistných plánů dosáhnou výše 239,4 mld. Kč, čímž se sníží deficit systému na 2,25 mld. Kč (popř. na 4 mld. Kč v případě nižších příjmů). Tyto výdaje jsou v souladu s modelacemi úhradové vyhlášky pro rok 2014. Situace se liší mezi jednotlivými pojišťovnami, kdy VZP předpokládá kladné saldo ve výši 600 mil. Kč, zatímco ZP MV a ČPZP plánují ztrátu 1,2 mld. Kč. Záporná salda budou pokryta z rezerv jednotlivých pojišťoven.

Finanční rezerva základního fondu zdravotního pojištění tak vystačí v průměru na 18 dní provozu, přičemž nejnižší rezerva bude na účtu VZP (0,25 dne) a nejvyšší u RBF (54 dní). Podobná situace nastane i na běžném účtu pojišťoven, kdy zůstatek VZP bude tvořit pouze 2 % celkových zůstatků. Závazky po lhůtě splatnosti u VZP budou ke konci roku 2014 činit celkem 1,4 mld. Kč.

V případě, že nabude účinnosti zákon, kterým se kompenzuje výpadek regulačních poplatků, zvýší se příjmy zdravotních pojišťoven v roce 2014 o cca 2,1 mld. Kč. Tyto peníze budou použity ke kompenzacím výpadků příjmů z hospitalizačních regulačních poplatků.

1.3 Úhrady od ZP

Úhradová vyhláška pro 2013 se projevila jako velmi restriktivní oproti rokům 2012 i 2011. V segmentu nemocnic došlo mezi roky 2012 a 2011 sice k nárůstu, ovšem menšímu, než byla kumulovaná inflace za dané období. V roce 2013 pak došlo dokonce k absolutnímu poklesu výdajů pojištěven na péči.

Mimořádná restriktivnost úhradové vyhlášky pro rok 2013 se projevila jak v celkových výdajích zdravotních pojištěven na zdravotní péči (223,0 mld. Kč v roce 2012 oproti 220,6 mld. Kč v roce 2013), tak zejména ale v sektoru lůžkové péče. Zatímco výdaje na ambulantní péči celkem zaznamenaly určitý nárůst (z 58,7 mld. Kč na 60,1 mld. Kč) prakticky všechny ostatní segmenty byly výrazně omezeny. V lůžkové péči celkem došlo k poklesu o cca 700 mil. Kč ze 104,7 mld. Kč v roce 2012 na 104,0 mld. Kč v roce 2013.

Nejvýrazněji byla zasažena akutní lůžková péče, kde došlo k meziročnímu poklesu o 1,6 mld. Kč. Největší meziroční relativní pokles zaznamenal (nikoliv však vlivem úhradové vyhlášky, ale spíše změny v indikacích) segment lázeňství, kde úhrady od zdravotních pojištěven klesly v roce 2013 na 62,6 % úhrad roku 2012.

Po nárůstu v roce 2012 rovněž opět klesly výdaje na léčiva na předpis a to z 36,1 mld. Kč na 34,6 mld. Kč. Nárůst naopak zaznamenaly segmenty dopravních služeb a zdravotnické záchranné služby. Posílen byl rovněž rozvíjející se segment domácí péče a to o 11,6%.

Co se týče restriktivnosti úhradové vyhlášky pro rok 2012, nelze říci, že by vyhláška jako celek působila významně restriktivně, neboť pojišťovny v roce 2011 vydaly na péči 219,2 mld. Kč, v roce 2012 to bylo 223,0 mld. Kč. Restriktivně ovšem mohli vnímat vyhlášku pro rok 2012 poskytovatelé akutní lůžkové péče, neboť v tomto segmentu došlo i mezi roky 2011 a 2012 k poklesu a to o cca 1,2 mld. Kč. Celkem se tak úhrada za akutní lůžkovou péči mezi lety 2010 a 2012 navzdory zvýšeným nákladům z důvodů popsaných výše snížila o cca 2,8 mld. Kč.

Situaci segmentu nemocnic shrnuje následující tabulka:

Nemocnice – výnosy od zdravotních pojištěven

| zřizovatel | Tržby od zdravotních pojištěven celkem | | | |
|-------------------------|--|---------|---------|------------------------|
| | období - rok | | | |
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 - předběžné údaje |
| MZ | 49 028 | 50 444 | 50 606 | 49 745 |
| kraj - PO + obch.spol. | 36 265 | 36 737 | 36 117 | 35 297 |
| město - PO + obch.spol. | 5 611 | 6 022 | 5 961 | 5 612 |
| JPO, církev | 11 112 | 11 476 | 12 639 | 12 143 |
| ostatní centr orgány | 1 793 | 1 894 | 1 988 | 1 991 |
| celkem | 103 811 | 106 575 | 107 312 | 104 789 |

Zdroj: ÚZIS, výkaz E(MZ)6-02

pozn. čísla v textu a tabulce se mohou lišit, neboť a) zdrojem dat v textu je hlášení zdravotních pojištěven, b) tabulka hovoří o celkových příjmech nemocnic, text o nákladech zdravotních pojištěven za akutní lůžkovou péči, nikoliv však o výdajích na ambulantní péči v nemocnicích, léčivých přípravcích ve specializovaných centrech atd.

2 Ekonomická problematika

2.1 Kompenzace za zrušené regulační poplatky

V roce 2014 musí poskytovatelé lůžkových zdravotních služeb čelit výpadkům příjmů z důvodu nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11, kterým došlo ke zrušení regulačního poplatku za hospitalizaci ve výši 100 Kč za den. Celkový dopad na poskytovatele lůžkových zdravotních služeb se odhaduje ve výši cca 2,1 mld. Kč ročně. Rozložení tohoto dopadu mezi jednotlivé druhy poskytovatelů shrnuje následující tabulka:

| typ zařízení | ztráta |
|--|-------------------------|
| Fakultní nemocnice | 319 244 300 Kč |
| Nemocnice | 1 015 528 700 Kč |
| Nemocnice následné péče | 77 684 900 Kč |
| Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN) | 219 562 800 Kč |
| Léčebna tuberkul. a respir. nemocí (TRN) | 14 152 300 Kč |
| Psychiatrická léčebna | 334 931 300 Kč |
| Rehabilitační ústav | 39 437 700 Kč |
| Ostatní odborné léčebné ústavy | 53 818 500 Kč |
| Dětská psychiatrická léčebna | 7 274 300 Kč |
| Ostatní dětské odborné léčebné ústavy | 11 739 400 Kč |
| Hospic | 9 666 900 Kč |
| Další lůžkové zařízení | 744 400 Kč |
| | 2 103 785 500 Kč |

Za účelem dorovnání příjmů zdravotního systému bylo rozhodnuto, že výpadek příjmů bude kompenzován zvýšením platby za státní pojištěnce. Navrhovaná právní úprava se bude týkat zákonů 592/1992 Sb. a 48/1997 Sb. Vyměřovací základ pro pojistné za státní pojištěnce je v současné době stanoven ve výši **5829 Kč**. Tento vyměřovací základ znamená měsíční platbu za jednoho státního pojištěnce ve výši **787 Kč**. Navrhovaná právní úprava spočívá ve zvýšení měsíční platby za státní pojištěnce o **58 Kč** ze **787 Kč** na **845 Kč** za měsíc od 1. 7. 2014. Toto zvýšení by podle odhadů mělo do systému veřejného zdravotního pojištění **během roku 2014 přinést cca 2,1 mld. Kč**. Každý další rok potom **cca. 4,2 mld. Kč**.

Navrhovaná právní úprava dále zavádí zdravotním pojišťovnám novou povinnost kompenzovat poskytovatelům lůžkových zdravotních služeb včetně poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdraven výpadek příjmů z hospitalizačních regulačních poplatků. Smluvnímu poskytovateli, který poskytuje pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny lůžkovou péči, poskytne tato pojišťovna jako kompenzaci za regulační poplatky, které by byly vybrány v roce 2014, pokud by nedošlo k jejich zrušení, částku 100 Kč za každý den hospitalizace svého pojištěnce u daného smluvního poskytovatele v roce 2014. Kompenzace bude vypočtena na základě skutečného vykázaného počtu dní, po které byl pojištěnec

příslušné zdravotní pojišťovny přijat k poskytování lůžkové péče. Den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování této péče, a den, ve kterém bylo poskytování této péče ukončeno, se počítá jako jeden den.

Kompenzace bude probíhat formou měsíčních zálohových plateb, kdy pojišťovna uhradí smluvnímu poskytovateli zdravotních služeb v měsíci červenci 2014 částku ve výši sedmi dvanáctin a v každém dalším měsíci roku 2014 jedné dvanáctiny z úhrnu regulačních poplatků, které byl tento poskytovatel povinen vybrat za poskytnutou lůžkovou péči v roce 2013 a vykázal vybrání takového regulačního poplatku příslušné zdravotní pojišťovně. Tato předběžná úhrada bude smluvnímu poskytovateli uhrazena nejpozději k poslednímu dni příslušného kalendářního měsíce. Celková výše skutečné kompenzace bude vypočtena z údajů týkajících se období 1. 1. 2014 až 31. 12. 2014, které poskytovatel vykáže zdravotní pojišťovně do 31. 3. 2015. Zálohové platby se na základě vykázané skutečnosti vypořádají do 30. 6. 2015.

2.2 Dopad zvýšení DPH

Významný vliv na zvýšení nákladů v celém sektoru zdravotnictví měl ve sledovaném období zvyšování sazeb DPH, zejména razantní nárůst snížené sazby na 15 % v roce 2013.

Přehled změn sazby DPH:

| rok | 2011 | 2012 | 2013 |
|---------------------------|------|------|------|
| Základní sazba DPH | 20% | 20% | 21% |
| Snížená sazba DPH | 10% | 14% | 15% |

Navíc v roce 2013 byly některé zdravotnické prostředky přeřazeny ze snížené do základní sazby DPH. Jedná se o zdravotnické prostředky, které nejsou výlučně určeny pro osoby se zdravotním postižením nebo léčení jejich potíží a pro výlučnou osobní potřebu zdravotně postižených. Důvodem bylo zahájení řízení o porušení Smlouvy o fungování Evropské unie vůči ČR. Evropská komise došla k názoru, že jejich dosavadní zařazení do nižší sazby DPH bylo v rozporu s legislativou Evropské unie.

Náklady na spotřební materiál činí významnou položku v nákladech většiny zdravotnických zařízení a jeho cena stoupla v letech 2011 – 2013 o 5 %, v některých případech z důvodu změny sazby až o 11%. Zvýšení se projevilo u nákupu všeho zboží a služeb, včetně investic.

V roce 2013 fakticky došlo zvýšenými odvody za DPH k přesunu finančních prostředků ze zdravotního systému do státního rozpočtu.

Kvalifikovaný odhad dopadu zvýšení sazeb DPH činí pro rok 2013 pro celý systém zdravotnictví 3,8 mld. Kč. Jen u nemocnic činí předpokládaný dopad přibližně 647 mil. Kč.

2.3 Analýza dopadu měnových intervencí

V listopadu 2013 přistoupila Česká národní banka k měnové intervenci a oslabila kurz koruny vůči euru z 25 Kč/EUR na 27Kč/EUR. Cílem intervence bylo odstranění rizika deflace, oživení ekonomiky a rychlejší přibližování k inflačnímu cíli.

Dopady měnových intervencí lze rozdělit na dva druhy – přímé efekty a nepřímé efekty. Mezi přímé efekty patří nárůst cen léků, přístrojů a jiné zdravotnické techniky nakupované v zahraniční měně. Dále pak přecenění rezerv poskytovatelů a pojišťoven držných v zahraniční měně. Mezi nepřímé efekty patří zamýšlené oživení ekonomiky, které přinese dodatečné příjmy zdravotnímu systému skrze vyšší mzdy a větší zaměstnanost.

Přesné vyčíslení dopadů je téměř nemožné, jelikož MZ nemá data o expozici poskytovatelů vůči zahraničí. Co se týče efektu přecenění rezerv, lze tvrdit, že dopad na zdravotní pojišťovny je zanedbatelný, jelikož žádné rezervy v zahraniční měně nedrží. Údaje o měnových rezervách poskytovatelů nemá MZ k dispozici.

Pro kvantifikaci efektu zdražení zahraničních nákupů lze vycházet z dat o hospodaření nemocnic za rok 2012 (rok 2013 není ještě uzavřený; výdaje nemocnic tvoří naprostou většinu výdajů ovlivnitelných kurzovou změnou). V tomto roce náklady nemocnic na léčiva, zdravotnické prostředky a odpisy (reprezentující náklady na investice) tvořily 40,3 mld. Kč. Jelikož deprecie činila 8%, lze vyčíslit maximální možný nárůst výdajů nemocnic na 3,2 mld. Kč. Aktuální nárůst výdajů je pak dán vynásobením této částky procentuální expozicí nemocnic vůči zahraničí. Zároveň je třeba zohlednit zmírněný efekt devalvace daný českou distribuční sítí. Předběžné údaje ČSÚ z února 2014 odhadují meziroční zvýšení cen léků o 1%, z čehož lze aproximovat expozici vůči zahraničí na 1/8 (maximální možná expozice je dle PT RHSD 0,4). Celkový efekt devalvace tak činí velmi zhruba **ztrátu zdravotního systému ve výši 400 až 1 300 mil. Kč.**

3 Odkup nedobytných pohledávek

K celkové stabilizaci systému veřejného zdravotního pojištění předloží Ministerstvo zdravotnictví zákon, kterým umožní odkoupení pohledávek zdravotních pojišťoven za plátcí pojistného státem. Tento krok částečně sníží administrativní zatížení zdravotních pojišťoven způsobené účetním vedením takových pohledávek a především přispěje k vyrovnání deficitu systému veřejného zdravotního pojištění.

Objem postupovaných pohledávek bude vycházet z jejich věcného vymezení. Ministerstvo zdravotnictví v současné době předpokládá, že návrh bude vycházet z definice tzv. nedobytného dluhu obsažené v ustanovení § 26c zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Odkazem na tuto legální definici bude zabráněno účelovému nakládání s pohledávkami ze strany zdravotních pojišťoven, neboť odkupovaná pohledávka bude muset naplňovat znaky stanovené zákonem.

Dle dostupných informací je v současnosti celková výše nedobytných pohledávek u Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR včetně příslušenství cca 3,7 mld. Kč a u zaměstnaneckých pojišťoven činí výše těchto pohledávek cca 1,65 mld. Kč. V součtu by se tedy jednalo o pohledávky ve výši cca 5,35 mld. Kč.

K předložení právní úpravy odkupu nedobytných pohledávek by mělo dojít takovým způsobem, aby mohl být zohledněn při přípravě státního rozpočtu na rok 2015 a v tomto roce rovněž realizován. Ministerstvo zdravotnictví předpokládá, že odkoupené pohledávky nebudou podléhat přerozdělení a budou přímým příjmem jednotlivých zdravotních pojišťoven. Při přípravě paragrafového znění tohoto opatření bude Ministerstvo zdravotnictví spolupracovat se zdravotními pojišťovnami i ostatními sociálními partnery.

4 Koncepce hygienické služby a prevence nemocí

Schválená Koncepce hygienické služby a prevence nemocí je průběžně naplňována. Podstatným problémem se ale ukazuje ohrožení jednoho ze základních principů koncepce, a to integrity zdravotního dozoru. Toto ohrožení spočívá ve snaze upravit pozměňovací návrhy Poslanecké sněmovně předloženou novelu zákona o potravinách, která ve stávající podobě respektuje odbornou úlohu hygienické služby a její kompetence v oblasti dozoru nad potravinami a společným stravováním. Na svém jednání 21. 3. 2014 pracovní tým RHSD vyjádřil znepokojení nad uvedeným problémem a přijal následně tento závěr: Pracovní tým RHSD podporuje kroky vedení hygienické služby k naplňování koncepce. PT požaduje, aby byla zachována integrita státního zdravotního dozoru nad všemi rozhodujícími oblastmi ovlivňujícími zdraví včetně výživy a dozoru a potravinami ve společném stravování.

5 Plnění vládního programového prohlášení

Vláda se ve svém Programovém prohlášení zavázala k zavedení předvídatelného, stabilního a průměrným nákladům odpovídajícího systému úhrad pro všechny typy zdravotní péče. Za účelem dosažení tohoto cíle Ministerstvo zdravotnictví předloží novelu Seznamu výkonů s bodovými hodnotami a bude dále pracovat na kultivaci systému DRG i dalších platebních mechanismů.

5.1 Novelizace Seznamu výkonů:

Jedná se o novelizaci Seznamu výkonů zaměřenou primárně na odbornosti interní, laboratorní a nelékařské v rozsahu zařazení cca 300 nových výkonů a cca 1500 novelizovaných výkonů projednaných Pracovní skupinou k Seznamu výkonů. Účinnost je plánována k 1. 1. 2015 s dostatečnou legisvakanční lhůtou, která umožní všem zainteresovaným subjektům (zejména pak zdravotním pojišťovněm a poskytovatelům) se detailně seznámit se změnami v systému.

V rámci dalších prací po přijetí v současnosti připravované novely se předpokládá zaměření dalších prací na chirurgické odbornosti a narovnání nepřímých nákladů napříč odbornostmi.

5.2 Narovnání úhrad v oblasti lůžkové péče

Ministerstvo zdravotnictví předpokládá, že v hrubých rysech bude zachována kontinuita úhradových mechanismů pro jednotlivé segmenty zdravotní péče. Mechanismus platby za akutní lůžkovou péči zůstane pravděpodobně zachován, lze nicméně očekávat změny v jednotlivých koeficientech popřípadě další sblížení tzv. základních sazeb. Doposud však nebylo ukončeno dohodovací řízení a nelze tak s určitostí závazně určit přesné parametry úhrad na rok 2015.

Za účelem dalšího rozvoje úhradových mechanismů bude revidován proces kultivace DRG v současné době spadající pod NRC a bude posouzena možnost jeho převedení do kompetence MZ či jím řízené organizace. Ministerstvo zdravotnictví bude rovněž aktivně prosazovat další rozvoj systému DRG tak, aby se odstranily historicky dané nerovnosti mezi jednotlivými poskytovateli lůžkové péče způsobené nedokonalostmi v současném systému DRG.

5.3 Dohled nad zdravotním pojištěním a fungováním zdravotních pojišťoven

Kroky podniknuté ministerstvem zdravotnictví ke zvýšení transparentnosti a efektivity vynakládání finančních prostředků

Zveřejňování smluv

Na základě výzvy ministra zdravotnictví došlo ze strany Všeobecné zdravotní pojišťovny k veřejnému příslibu zveřejnění všech smluv s poskytovateli o úhradě zdravotní péče. Tento krok jednoznačně přispěje ke zvýšení transparentnosti finančních toků ve zdravotnictví. Ostatní zdravotní pojišťovny se k tomuto kroku také postupně zavazují, považují však za nutné vyžádat si stanovisko od druhé smluvní strany. Ministerstvo zdravotnictví jednoznačně deklarovalo, že zveřejňování smluv považuje za nutnost. Z toho důvodu bude situaci dále sledovat a v případě nedostatečné aktivity podnikne potřebné kroky prostřednictvím zástupců státu ve správních radách zdravotních pojišťoven.

Povinnost zveřejňovat smlouvy včetně obecné informační povinnosti vůči Ministerstvu zdravotnictví bude zdravotním pojišťovnám uložena i legislativně.

Praxe získávání pojištěnců prostřednictvím náborářů

Ministerstvo zdravotnictví kritizovalo zavedenou praxi, kdy zdravotní pojišťovny provádějí nábor pojištěnců prostřednictvím třetích osob, tzv. náborářů nebo také dealerů. Tyto aktivity s sebou nesou riziko, že třetí osoby s cílem získat provizi za převedené pojištěnce budou náborované pojištěnce úmyslně uvádět v omyl, sdělovat jim nepravdivé údaje, případně je jiným nekalým způsobem přesvědčovat o nutnosti přechodu k jiné zdravotní pojišťovně. Náборы pojištěnců prostřednictvím třetích osob stojí zdravotní pojišťovny nemalé finanční prostředky, které by místo tohoto neefektivního vynakládání mohly být použity na péči o zdraví pojištěnců. Z tohoto důvodu se ministr zdravotnictví rozhodl důrazně vyzvat zdravotní pojišťovny, aby od této praxe upustily. Svaz zdravotních pojišťoven k tomuto tématu vydal prohlášení, ve kterém se zavazuje upustit od provádění náborů prostřednictvím dealerů a dealerských společností.

V roce 2015 bude v souladu s výhledem legislativních prací vlády připravena novela zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Obsahově by tato legislativní změna měla vycházet z návrhu novely uvedených zákonů, která byla přerušena v průběhu meziresortního připomínkového řízení. Ministerstvo zdravotnictví předpokládá, že jejím obsahem bude minimálně řešení následujících problematických oblastí:

- nedostatečně upravený a nejasně vymezený dohled a kontrola nad činností zdravotních pojišťoven včetně podmínek zavedení nucené správy,
- nevhodné složení, vymezení rolí a odpovědností orgánů zdravotních pojišťoven,
- nedostatečné vymezení sankcí za porušení povinností zdravotními pojišťovnami podle příslušných ustanovení zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách,
- posílení mechanismů k zajištění oddělení vlastnictví zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven
- zamezení jejich vzájemného ovládání nebo ovládání třetí osobou.

5.4 Další navrhovaná opatření

NÁVRH SYSTÉMOVÝCH ZMĚN V OBLASTI VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ S CÍLEM ZVÝŠIT EFEKTIVITU A TRANSPARENTNOST SYSTÉMU VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

I. Oblast zdravotního pojištění

a) Povinné zveřejňování smluv zdravotních pojišťoven

Zdravotnictví je často kritizováno za malou transparentnost finančních toků. Tlakem ministra zdravotnictví se podařilo přesvědčit zdravotní pojišťovny, aby započaly proces zveřejňování smluv. VZP již v tomto poskytla veřejný příslib, ostatní zdravotní pojišťovny provedou zapracování ustanovení o zveřejňování do smluv a potom tyto smlouvy zveřejní.

Ministerstvo zdravotnictví navrhuje zakotvit povinnost zveřejňování smluv včetně úhradových dodatků a údajů o produkci v referenčním období s komentářem do zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně“) a zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách“) tak, aby bylo zřejmé, za jaké výkony je placena jaká úhrada. Ministerstvo zdravotnictví již zahájilo legislativní práce pro realizaci tohoto opatření.

b) Snížení maximálního možného přidělu do provozního fondu zdravotních pojišťoven

Provozní fond slouží k financování vlastního provozu zdravotních pojišťoven. Maximální možný roční přiděl do provozního fondu zdravotních pojišťoven je upraven fondovou vyhláškou Ministerstva financí č. 418/2003 Sb. V roce 2013 se koeficient přidělu pohyboval u jednotlivých zdravotních pojišťoven od 3,24 % do 3,41 %. Celkový přiděl do provozních fondů všech zdravotních pojišťoven vyjádřený jako procento jejich celkových příjmů byl cca 3,13 %.

Ministerstvo zdravotnictví navrhne Ministerstvu financí, aby byla tato vyhláška novelizována a případně byl i upraven a zjednodušen mechanismus výpočtu. Snížení podílu přidělu do provozních fondů na celkových příjmech o 0,3 procentního bodu by znamenalo úsporu přes 700 milionů Kč. Takto uspořené finanční prostředky mohou být použity na úhradu léčby pacientů.

c) Rozšíření informační povinnosti zdravotních pojišťoven vůči Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí

Ministerstvo zdravotnictví často naráží na problém, že data potřebná pro analýzy a řízení systému nejsou k dispozici a neexistuje opora v zákoně pro provádění ad hoc sběru dat od zdravotních pojišťoven.

Nově navrhuje zakotvit v zákoně o Všeobecné zdravotní pojišťovně a v zákoně o zaměstnaneckých pojišťovnách povinnost zdravotních pojišťoven poskytovat Ministerstvu zdravotnictví a také Ministerstvu financí veškerá data vzniklá při činnosti zdravotních pojišťoven, o která bude zdravotní pojišťovna požádána nad rámec informačních povinností stanovených vyhláškou č. 362/2010 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu. Tato data budou používána především jako podklad pro přípravu úhradové vyhlášky a pro další analytické práce na rozvoji systému veřejného zdravotního pojištění a dohledu nad zdravotními pojišťovnami. Ochrana osobních údajů bude zajištěna tak, že z povinnosti budou vyjmuta data, z nichž by bylo možné

identifikovat konkrétního pojištěnce. V případě nutnosti předání individuálních dat budou muset být data anonymizována.

d) Zákaz provádění akvizic pojištěnců prostřednictvím třetích osob

Již dlouhou dobu upozorňují některé zdravotní pojišťovny a někteří pojištěnci na nekalé praktiky tzv. dealerů, kteří pro některé zdravotní pojišťovny provádějí nábor pojištěnců. Pojištěnci jsou často uváděni v omyl, jsou jim podávány nepravdivé informace o zániku nebo přejmenování jejich zdravotní pojišťovny atd. Jelikož dealeři provádějí nábor na základě smluv za úplatu, dochází k neefektivnímu vynakládání finančních prostředků na činnosti, které pojištěncům z hlediska jejich zdravotního stavu nepřinášejí žádný benefit.

Na základě silného tlaku ministra zdravotnictví uzavřely zaměstnanecké zdravotní pojišťovny dne 6. 3. 2014 dohodu, že se zavazují ukončit získávání pojištěnců prostřednictvím tzv. dealerů a dealerských společností.

K zajištění transparentnosti přechodu pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami a vymahatelnosti takového opatření navrhne Ministerstvo zdravotnictví novou úpravu obsaženou v zákoně o Všeobecné zdravotní pojišťovně a v zákoně o zaměstnaneckých pojišťovnách, kterou bude výslovně zakázáno provádění náboru prostřednictvím třetích osob.

e) Snížení přídělu do rezervního fondu o polovinu

Dalším způsobem zvýšení disponibilních zdrojů systému veřejného zdravotního pojištění může být snížení povinné výše rezervního fondu.

Zdravotní pojišťovny mají ze zákona povinnost naplňovat rezervní fond. Ten musí být naplněn alespoň ve výši 1,5 % průměrných výdajů základního fondu za tři poslední roky. Zdravotní pojišťovna je oprávněna tyto prostředky použít pouze ke krytí schodku na základním fondu a v případě pohrom a katastrof.

V rámci snahy o zvýšení efektivity systému veřejného zdravotního pojištění navrhuje Ministerstvo zdravotnictví mobilizovat zůstatky rezervních fondů ve prospěch základních fondů zdravotního pojištění jednotlivých zdravotních pojišťoven tím, že se povinná výše rezervního fondu sníží z 1,5 % na 0,75 % průměrných výdajů základního fondu zdravotního pojištění za poslední 3 roky. Tímto opatřením se z rezervních fondů uvolní přibližně 600 mil. Kč.

f) Možnost spolupráce zdravotních pojišťoven při revizní činnosti

Revizní činnost je nedílnou součástí práce zdravotních pojišťoven. Správně vedená revizní činnost umožňuje kontrolovat oprávněnost vykazování zdravotních služeb a lze při ní odhalit neoprávněné vykazování péče, která ve skutečnosti nebyla poskytnuta. V současné době je revizní činnost pojišťoven řešena nedostatečně efektivním způsobem, kdy jednotlivé zdravotní pojišťovny revidují vyúčtované zdravotní služby jednotlivě. Zároveň v oblasti revizní činnosti dochází ke zbytečným duplicitám, kdy několik dní po sobě jede na velkou vzdálenost revidovat téhož lékaře několik revizních lékařů, každý pouze za svou zdravotní pojišťovnu.

Ministerstvo zdravotnictví proto navrhuje novelizovat příslušné zákony v tom směru, že by zdravotním pojišťovnám bylo umožněno revizní činnost sdílet, realizovat společně, případně kontrahovat u jiné zdravotní pojišťovny. Došlo by tak k úsporám z rozsahu, snížení duplicit a zefektivnění revizní činnosti. Vhodné by bylo zaměřit se více i na kontroly oprávněnosti preskripce léčiv (preskripční a indikační omezení), kontrolu duplicit, lékových interakcí a na možnost zavést projekty racionální preskripce léčiv (např. antibiotik).

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

V současné době je situace nevyhovující, jelikož správu a rozvoj systému DRG (hlavního úhradového mechanismu používaného v akutní lůžkové péči v České republice) spravuje Národní referenční centrum, zájmové sdružení právnických osob (zdravotních pojišťoven a sdružení poskytovatelů zdravotních služeb). Toto institucionální uspořádání nevyhovuje plně potřebě synergie mezi kultivací DRG jako úhradového nástroje a tvorbou úhradových vyhlášek Ministerstva zdravotnictví. Dalším nevyřešeným problémem je také kultivace seznamu zdravotních výkonů.

Ministerstvo bude činit taková opatření, aby správa a rozvoj systému DRG byly podřízeny Ministerstvu zdravotnictví. V rámci struktury přímo řízených organizací Ministerstva zdravotnictví by byla vytvořena organizace, která by měla v gesci vývoj a kultivaci úhradových a klasifikačních mechanismů ve zdravotnictví.

h) Zpřesnění úpravy střetu zájmů členů orgánů zdravotních pojišťoven

Ministerstvo zdravotnictví zpracuje zpřesnění úpravy střetu zájmů pro členy orgánů zdravotních pojišťoven. Toto opatření, které bude provedeno novelizací zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách, bude mít za cíl přesnější definici osob, které jsou ve střetu zájmů a zároveň budou stanoveny sankce za porušení tohoto ustanovení.

II. Oblast zdravotních služeb

a) Zřízení přístrojové komise

Ministerstvo zdravotnictví nově zřídí jako poradní orgán ministra tzv. „přístrojovou komisi“. Úkolem této komise bude především posuzovat zdravotnické prostředky, které jsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění, z hlediska účelnosti jejich pořízení ve vztahu k potřebě dostupnosti těchto prostředků v rámci ČR, při zohlednění jejich efektivního vytížení; obdobně bude komise posuzovat i nákup nových technologií v rámci systému veřejného zdravotního pojištění. Závěry uvedeného hodnocení budou ve formě doporučení zveřejňovány.

Komise bude brát v úvahu jak předpokládanou finanční náročnost investic pro státní rozpočet a veřejné zdravotní pojištění, tak i další kritéria sledovaná v rámci standardního procesu hodnocení zdravotnických technologií. Zřízení komise je již nyní Ministerstvem zdravotnictví připravováno. V budoucnu budou zkušenosti z fungování tzv. přístrojové komise použity pro založení agentury pro hodnocení zdravotnických technologií plně se řídící metodikou Health Technology Assessment (HTA).

b) Centralizace nákladné zdravotní péče do center vysoce specializované péče

Ministerstvo zdravotnictví je oprávněno na základě zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, udělit poskytovateli zdravotních služeb, který splňuje ministerstvem předem stanovená kritéria, statut vysoce specializovaného centra. Postupným soustředováním nákladné (finančně, personálně, technicky) 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. Soustředováním této nákladné péče lze dosáhnout snížení prostředků vynakládaných na diagnostiku, léčbu a další sledování jednoho pacienta při zachování nebo dokonce zvýšení kvality poskytované péče. Směřování pacientů a specializovaných diagnostických a léčebných výkonů do center vysoce specializované péče má v neposlední řadě klíčový význam pro postgraduální vzdělávání zdravotnických pracovníků. Snaha soustředit poskytování některých zdravotních výkonů pouze do center vysoce specializované péče z důvodu

erudice zdravotnického personálu a snížení výskytu zdravotních komplikací však nemůže v současné době bez úpravy platné legislativy zabránit tomu, aby zdravotní pojišťovny nasmlouávaly tyto výkony i s poskytovateli zdravotních služeb, kteří nemají statut centra vysoce specializované péče, neboť pro takové omezení nejsou stanoveny právními předpisy podmínky.

Ministerstvo zdravotnictví proto navrhuje v návaznosti na vznik center vysoce specializované péče podle zákona o zdravotních službách upravit právní předpisy tak, aby bylo jednoznačně preferováno poskytování určité specializované péče právě v těchto centrech.

c) Dokončení koncepce systému následné a dlouhodobé lůžkové péče a domácí zdravotní péče včetně péče paliativní

Cílem koncepce je nový organizační systém koordinace postakutní péče s návazností na akutní lůžkovou a ambulantní péči. Smyslem zamýšleného systému je položit základy poskytování diferencované a individualizované následné a dlouhodobé péče pro konkrétního nemocného podle jeho zdravotní a funkční potřeby. Půjde především o zpřesnění podmínek poskytování této péče, včetně nového nastavení úhrad z veřejného zdravotního pojištění. Předpokládaným efektem je zlepšení dostupnosti postakutní péče při stárnutí populace a postupná eliminace převisu poptávky po těchto službách, zvýšení efektivity financování z veřejného zdravotního pojištění (neutrální finanční dopad - zachování objemu prostředků veřejného zdravotního pojištění pro tento segment péče s vyšším objemem poskytnutých služeb respektive s vyšším počtem ošetřených), zkrácení průměrné doby hospitalizace na akutním lůžku, jasné nastavení pravidel přestupů mezi jednotlivými druhy postakutní péče.

Upravení koncepce systému následné a dlouhodobé lůžkové péče včetně domácí a paliativní péče bude mít především pozitivní dopad na pacienty, kteří v důsledku svého zdravotního stavu potřebují zajištění těchto zdravotních služeb.

d) Úhradová regulace zdravotnických prostředků

V ambulantní péči bude úhradový mechanismus nastaven na ekonomicky nejméně náročnou variantu (ENNV). Předpokladem pro tento způsob úhrady je řádná kategorizace zdravotnických prostředků, tj. stanovení úhradových skupin. Kategorizace včetně stanovení indikačních a preskripčních omezení je u zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz již provedena. Je tedy potřeba v zákoně o veřejném zdravotním pojištění doplnit mechanismus stanovení ENNV a způsob zveřejnění seznamu zdravotnických prostředků hrazených na poukaz.

Stejný princip je možné aplikovat u zvlášť účtovaného materiálu (ZUM). Je potřeba provést kompletní kategorizaci ZUM. Vzhledem k množství položek ZUM se práce odhaduje na cca 12 měsíců.

e) Rozšíření úhradových aukcí

U hrazených léků je možné stanovit úhradu ze zdravotního pojištění na základě úhradové soutěže, která probíhá formou elektronické aukce. Jejím smyslem je zajistit dostupnost plně hrazených léků pro pacienty a zároveň zajistit úspory pro systém veřejného zdravotního pojištění. Minimální snížení úhrady potřebné podle zákona o veřejném zdravotním pojištění k úspěšnému dokončení aukce je 2% oproti současné výši úhrady za den terapie. Účastník, který zvítězí v úhradové soutěži, se zavazuje zajistit dodávky daného léku po dobu zpravidla 18 měsíců, a také ručí, že po celou tuto dobu bude daný lék plně hrazený, tedy bez doplatku pacienta.

Státní ústav pro kontrolu léčiv v současné době pracuje na vytipování skupin vhodných pro úhradové aukce.

f) Rozvoj indikátorů kvality a jejich zavedení do praxe

Pro zvýšení efektivity a transparentnosti systému je nutné, aby Ministerstvo zdravotnictví mělo k dispozici dostatečně validní soubor dat, nad kterými bude možné zavést příslušné indikátory kvality zdravotní péče. Několik sad těchto indikátorů již bylo dříve vytvořeno a validováno. Zbývá zavést do praktického užívání ty, které se osvědčily. Tyto indikátory bude možné použít pro hodnocení kvality a efektivity poskytovaných zdravotních služeb. S ohledem na předešlé zkušenosti se jeví jako optimální, aby sběr dat pro tyto indikátory nezatěžoval dále administrativně poskytovatele zdravotních služeb, tedy aby se pouze předávala do centrálního bodu data již sbíraná na úrovni poskytovatelů zdravotních služeb. Nejsnáze realizovatelné jsou v současné době indikátory vycházející z dat výkazů pro zdravotní pojišťovny, kdy je však nutné z cca 150 již definovaných indikátorů vybrat ty nevhodnější. 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). Pro zajištění sběru dat optimálním způsobem ode všech poskytovatelů zdravotních služeb a pro zkrácení intervalu předávání dat bude nutné upravit pokyn ÚZIS pro předávání dat do Národního registru hospitalizovaných. Takto shromážděná data mohou následně sloužit i pro veřejné či „zaslepené“ porovnávání poskytovatelů zdravotních služeb a další analýzy podle potřeby. Mimo to lze tato data o dřívějších hospitalizacích zpřístupnit pacientům a jejich ošetřujícím lékařům, což však bude vyžadovat definici těchto přístupových oprávnění v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

g) 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).

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. Pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče bude nutné stanovit novou povinnost (v současné době dobrovolný akt) - předávat data (anonymizované údaje v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem) z interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb do Systému hlášení nežádoucích událostí.

III.Oblast ekonomiky a řízení organizací v přímé působnosti Ministerstva zdravotnictví

a) Systém řízení organizací zřízených Ministerstvem zdravotnictví

Téměř polovina výdajů na lůžkovou péči je směřována k poskytovatelům lůžkové péče zřízeným Ministerstvem zdravotnictví. S ohledem na tuto skutečnost navrhujeme pro zvýšení transparentnosti a udržitelnosti této části zdravotního systému následující opatření.

Poskytovatelům lůžkové péče zřízeným Ministerstvem zdravotnictví bude nařízeno poskytnout zdravotním pojišťovnám souhlas se zveřejněním smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. Toto opatření zajistí transparentnost smluvních vztahů mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami, umožní porovnání a vyhodnocení stanovených podmínek s ostatními poskytovateli zdravotních služeb.

V oblasti sledování hospodaření poskytovatelů lůžkové péče zřízených Ministerstvem zdravotnictví bude Ministerstvo zdravotnictví průběžně vyhodnocovat platební schopnost jednotlivých organizací, monitorovat jejich úroveň a tempo zadlužování a sledovat jejich finanční stabilitu, což umožní určit případné nestandardní, či nežádoucí chování při nakládání s finančními prostředky.

Dále Ministerstvo zdravotnictví stanoví a bude vyhodnocovat obecné porovnatelné ukazatele vykazované zdravotní péče poskytnuté poskytovateli lůžkové péče zřízenými Ministerstvem zdravotnictví. Toto opatření ve spojení

s předchozím návrhem umožní dokonaleji vyhodnocovat hospodárnost nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění.

b) Reporting smluv s dodavateli včetně zveřejňování jednotkových cen nakupovaných služeb

Za účelem zvýšení transparentnosti vynakládání veřejných prostředků bude poskytovatelům lůžkové péče zřízeným Ministerstvem zdravotnictví uložena povinnost zveřejňovat všechny smlouvy s dodavateli. Zároveň bude uloženo, aby poskytovatelé lůžkové péče zřízené Ministerstvem zdravotnictví zveřejňovali jednotkové ceny nakupovaných služeb. Toto opatření umožní porovnání schopnosti organizací nakupovat služby efektivně a zamezí vyvádění finančních prostředků.

c) Omezení outsourcingu

Outsourcing může být vhodným nástrojem ke snížení nákladů na zajištění činností, které nejsou hlavními činnostmi poskytovatelů zdravotních služeb. Může však také sloužit jako zástěrka pro vyvádění finančních prostředků z nemocnic. Z tohoto důvodu bude Ministerstvo zdravotnictví velmi podrobně analyzovat rozsah outsourcingu ve svých přímo řízených organizacích a v případě, že budou při analýze zjištěny nesrovnalosti, bude následovat důkladná kontrola a sankce.

d) Centralizace nákupů

V minulosti již byly ze strany Ministerstva zdravotnictví organizovány centrální nákupy komodit jako elektrická energie a plyn, které byly nakupovány na komoditní burze Kladno. V současné době se připravuje centralizovaný nákup bezpečnostních služeb, osobních automobilů, kancelářských potřeb a kancelářského zařízení. Ministerstvo zdravotnictví bude v maximální míře provádět centralizované nákupy u komodit, u nichž je předpokládána finanční úspora při tomto způsobu nákupu. Centralizované nákupy se budou v budoucnu týkat i některého zdravotnického materiálu a léčivých přípravků.