

AKČNÍ PLÁN - Zdravotnictví 2017

Kvalitní, stabilní a efektivní zdravotnictví

I. Plánovaná opatření k další stabilizaci zdravotnictví v letech 2016-2017

- Nedávný průzkum mezi studenty posledních ročníků lékařských fakult ukázal, že 72 % z oslovených studentů má v plánu pracovat v České republice a 28 % hodlá odejít po ukončení studia do zahraničí. Dle sdělení ČLK plánuje ročně odchod do zahraničí kolem 500 lékařů. Abychom pro naše pacienty zajistili dostatek lékařů a ošetřujícího personálu, musíme udržet naše zdravotnictví atraktivní, tak aby obstálo v domácí i zahraniční konkurenci. Musíme pokračovat v řešení tradičních problémů českého zdravotnictví. Těmi jsou zejména nesmyslně složitý systém vzdělávání lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků a jejich nedostatečné finanční ohodnocení. Zlepšení tohoto stavu pomůže udržet v ČR české lékaře i přilákat lékaře ze zahraničí, kterých již nyní působí v ČR přes 2,5 tisíce (z toho 2 tisíce ze Slovenska), a jejichž počet se každoročně zvyšuje.

1. Reforma vzdělávání

- Zjednodušíme systém specializačního vzdělávání zdravotníků a zdravotních sester. (termín: 3Q 2016 + průběžně)
- **Reforma specializačního (postgraduálního) vzdělávání lékařů:**
 - Reforma je již projednávána Parlamentem ČR.
 - Předkládaný návrh zákona si klade za cíl především stabilizovat a zkvalitnit systém specializačního vzdělávání a vzdělávání v nástavbových oborech lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, neboť stávající nastavení systému vzdělávání bylo vyhodnoceno jako jeden z důvodů odchodu zejména čerstvých absolventů do jiných států, kde jsou podmínky pro účastníky vzdělávání nastaveny příznivěji, například kratší délkou specializačního vzdělávání.
 - Pokud jde o požadavek stabilizace vzdělávání, zákon přímo zakotví základní obory specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a obory nástavbového vzdělávání farmaceutů a délky vzdělávání v těchto oborech. Hlavní plánovanou změnou v návrhu novely zákona č. 95/2004 Sb., je současně také zkrácení minimálních délek specializačního vzdělávání v základních oborech lékařů, a to v souladu s evropským právem (směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES).
 - Dále dochází k dalším změnám jednak v rámci procesu akreditačního řízení pro zajištění specializačního vzdělávání, jednak v procesu samotného uskutečňování specializačního vzdělávání tak, aby byla snížena administrativní zátěž s těmito procesy spojená. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., předpokládá, že akreditace k uskutečňování specializačního vzdělávání lékařů v základním kmeni bude lépe dosažitelná pro menší poskytovatele zdravotních služeb (tzv. okresní nemocnice) a tím dojde ke zvýšení dostupnosti této formy vzdělávání pro lékaře. Současně tento návrh v rámci průběhu specializačního vzdělávání omezí délku trvání praxe na tzv. pracovištích vyššího typu (tj. zejména fakultní nemocnice) na dobu nezbytně nutnou k získání praktických dovedností a teoretických znalostí a tím umožní realizaci větší části specializačního vzdělávání na tzv. domovském pracovišti lékaře.
 - Návrh dále rozšiřuje poskytování dotace na tzv. rezidenční místa i na zubní lékaře a farmaceuty.
 - Návrh v neposlední řadě zpřesňuje některá problematická místa, která v praxi vznikají v rámci procesu uznávání odborné kvalifikace získané ve státech mimo EU pro výkon zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta v ČR.
- **Reforma vzdělávání sester**
 - Návrh novely zákona č. 96/2004 Sb. již prošel vnitřním i vnějším připomínkovým řízením a po vypořádání připomínek byl návrh novely zákona zaslán k projednání a ke schválení Legislativní radě vlády.

- **Pregraduální vzdělávání:**
Návrh zákona především rozšíří možnost získání odborné způsobilosti pro výkon povolání všeobecné sestry zkráceným studiem na vyšších odborných školách (tzv. systém 4+1), a to pro zdravotnické pracovníky profesí zdravotnický asistent/praktická sestra, porodní asistentka a zdravotnický záchranář. Příprava na výkon povolání dětské sestry se navrhuje vrátit na kvalifikační úroveň (nyní lze získat způsobilost dětské sestry až po získání odborné způsobilosti všeobecné sestry vzděláním v oboru specializačního vzdělávání dětská sestra). Absolventi oboru zdravotnický asistent, jehož označení se navrhuje pozměnit na praktickou sestru, budou vykonávat povolání v celém rozsahu bez odborného dohledu.
- **Postgraduální vzdělávání:**
Dále zákon například ruší kreditní systém, který sloužil ke kontrole celoživotního vzdělávání, neboť dostatečně neplnil motivační roli ke vzdělávání pro zdravotnické pracovníky ani pro zaměstnavatele. V návaznosti na zrušení kreditního systému se ruší také vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu navazující na zápis do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a evidenci v průkazu odbornosti. Současně se ruší Registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, který je určitým torzem a stávající systém registrace nelékařských zdravotnických pracovníků se stal neefektivní.
- **Posílíme kapacity na lékařských a zdravotně sociálních fakultách (pregraduální vzdělávání)**
 - ve spolupráci s MŠMT podpoříme finančními prostředky rozšíření kapacity na lékařských a zdravotně sociálních fakultách, čímž zajistíme dostatek absolventů a zastavíme trend stárnutí českých lékařů a jiných zdravotnických pracovníků. Ministerstvo zdravotnictví s podporou Asociace vysokoškolských vzdělavatelů a nelékařských zdravotnických profesí v ČR vyzvalo v lednu 2016 Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy k podpoře vzdělávání zdravotnických pracovníků. MŠMT vnímá zvýšenou společenskou poptávku po kvalifikovaných absolventech ve zdravotnických oborech. Demografický vývoj ukazuje, že v uplynulých letech dochází k trvalému poklesu vysokoškolské věkové kohorty. Tento vývoj zásadně determinuje počty studentů přijímaných do prvních ročníků. Vyjednáváme s MŠMT o navýšení počtu přijímaných studentů na lékařské zdravotně sociální fakulty do studijních programů všeobecné lékařství, zubní lékařství a všeobecná sestra (termín: průběžně).

2. Navýšení platů zdravotnického personálu a další personální opatření

- Platovou stabilizaci zdravotnického sektoru provedeme následujícím způsobem:
 - Zvýšíme finanční ohodnocení zdravotnického personálu tak, aby neodcházel do jiných oborů nebo do zahraničí – plánujeme 3x po sobě zvýšit ohodnocení práce zdravotníků o 10 %.
 - Pro rok 2017 je pro toto navýšení již shoda ve vládě.
 - V roce 2017 navýšíme platbu za státní pojištěnce prostřednictvím nařízení vlády (termín: 2Q 2016). Z předběžných analýz finančních potřeb v roce 2017 vyplývá, že vzhledem k přirozenému nárůstu příjmů ze zdravotního pojištění ve výši 7,8 mld. Kč v roce 2017 a předpokládanému nárůstu výdajů systému souvisejících s navyšováním platů v rozsahu 13 až 18 mld. Kč bude potřeba zvýšit platbu státu o 5 až 10 mld. Kč. Následující tabulka znázorňuje rozklad minimálního nárůstu dle jednotlivých segmentů (lze vidět, že na platy jde minimálně 10 z těchto 13 mld. Kč):

| Segment | Nárůst | Komentář |
|----------------|----------------|--|
| Centrové léky | 1,5 mld. | Růst nutný k naplnění nároku pacientů na hrazenou péči* |
| Nemocnice | 7,6 mld. | Reakce na 10% růst platů (min. 6% růst úhrad) |
| Léky na recept | 1,2 mld. | Růst nutný k naplnění nároku pacientů na hrazenou péči** |
| Ambulance | 2,7 mld. | Růst platů v ambulantní sféře a zajištění nároku pacienta. |
| Celkem | 13 mld. | Minimální mandatorní nárůst |

* Centrová péče je péče poskytovaná na specializovaných pracovištích a nabízí pacientům se závažnými nemocemi převážně biologickou nebo další specializovanou léčbu. Biologická léčba je velmi účinná a nemá tak významné vedlejší účinky a v mnoha případech prokázala velmi dobré výsledky oproti klasické léčbě. Náklady na tyto léky rostou z důvodu růstu počtu center, nově zaváděných léků i rozšiřování indikací. Na rostoucím počtu pacientů se však podílí i vyšší poptávkou z důvodu oprávněného nároku pacienta vyplývajícího z právních předpisů, a dále zvyšující se incidence a v důsledku zlepšených výsledků léčby i rostoucí prevalence nemocných.

** SÚKL již vyčerpal možnosti úspor pomocí lékových revizí. Další snižování cen léků by vedlo k reexportům nebo omezení dovozu léků do České republiky.

Další opatření v personální oblasti zdravotnictví

- Ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí budeme maximálně využívat nástroje **aktivní politiky zaměstnanosti ve zdravotnictví**. Aktivní podpora vzniku a obsazení pracovních míst může být důležitým nástrojem, jak zlepšit personální situaci ve zdravotnictví, především v oblasti nelékařského zdravotnického personálu.
- Na základě zkušeností Ministerstva práce a sociálních věcí s uplatněním supervize v sociálních službách připravíme podmínky pro **provádění supervizí ve zdravotnictví**. Smyslem supervizí je především reflexe profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní pozicí. Supervize je v první řadě důležitá pro samotné pracovníky, umožní jim ventilovat problémy vzniklé při jejich práci, probrat jejich optimální řešení. Supervize je vhodnou prevencí syndromu vyhoření a je možné s její pomocí velmi výrazně snížit napětí na pracovišti. I když je supervize především metodou podpory pracovníků, v důsledku má velký vliv i na kvalitu péče.

3. Předložíme zákon o valorizaci plateb za státní zaměstnance

Od následujících let zavedeme automatickou valorizaci pojistného za státní pojištěnce. Platba státu by se za čtyři roky měla dostat na úroveň plateb pojištěnců bez zdanitelných příjmů, jak to požaduje zdravotnická veřejnost. Konvergenci plateb státu a plateb osob bez zdanitelných příjmů má podporu tripartity. (termín: 2Q 2016)

4. Uzavřeme dohodu s kraji ČR o navyšování mezd v nemocnicích

Abychom zajistili shodné podmínky pro většinu pracovníků lůžkových poskytovatelů zdravotnických služeb nezávisle na tom, zda jsou odměňováni platem, nebo mzdou, uzavřeme dohodu s kraji ČR o navyšování mezd v nemocnicích, u kterých je kraj přímo nebo nepřímo zřizovatelem. Tím zajistíme stejně navýšení mezd a platů všech zdravotnických pracovníků ve veřejných nemocnicích. (termín: 3Q 2016)

5. Dostatek léků na trhu

- Pokud budeme hodnotit uplynulý rok 2015, tak dle hlášení dodávek distributorů bylo do České republiky dodáno celkem 267,16 mil. balení léčivých přípravků, reexporty do zahraničí v tomto roce představovaly 6,29

mil. balení. Reexportované léčivé přípravky zpravidla putují např. do Německa nebo do skandinávských zemí. V roce 2015 byly (dle počtu balení) nejčastěji reexportovány léčivé přípravky PROCTO-GLYVENOL RCT SUP 10, ALVESCO 160 INHALER, INH SOL PSS 60x160 RG, PROCTO-GLYVENOL, RCT CRM 1X30 MG, BETASERC 24, POR TBL NOB 50X24 MG, GLUCOPHAGE XR 500 MG.

- Počty distributorů celkem vs. distributoři, kteří reexportují

| Rok | Celkem | Z toho reexportéři |
|------|--------|--------------------|
| 2011 | 382 | 63 |
| 2012 | 407 | 65 |
| 2013 | 425 | 67 |
| 2014 | 453 | 79 |
| 2015 | 452 | 68 |

- Distributoři vs. distributoři, jejichž provozovatel je zároveň i provozovatelem lékárny (2015):

| Distributoři celkem | Z toho zároveň provozovatelé lékárny |
|---------------------|--------------------------------------|
| 452 | 176 |

- Meziroční srovnání reexportů

| Rok | Balení | DDD | Finance bez OP a DPH |
|-------|-----------|-------------|----------------------|
| 2 011 | 1 902 190 | 41 255 235 | 1 289 233 744 |
| 2 014 | 6 327 444 | 151 084 190 | 3 503 992 994 |
| 2 015 | 6 293 418 | 151 268 111 | 3 022 266 293 |

- Návrhem novely zákona o léčivech řešíme hrozbu případné akutní nedostupnosti léčivých přípravků pro potřeby pacientů (koncentrace a přesun výroby léčivých látek do třetích zemí, závady ve výrobním procesu, nesplnění kvalitativních ukazatelů, obchodní politika držitelů registrace, ukončení výroby, re-exporty).
- SÚKL bude sbírat a vyhodnocovat data, ze kterých vytvoří a pravidelně bude aktualizovat podklady pro seznam nenahraditelných léčivých přípravků, u nichž hrozí riziko vývozu mimo ČR. Daný Seznam povede Ministerstvo zdravotnictví, ke zveřejňování v aktuálním znění přistoupí na svých internetových stránkách. Léčivé přípravky se na Seznam budou zařazovat formou opatření obecné povahy. Počty položek na seznamu se budou průběžně měnit, odhaduje se, že se bude jednat cca o desítky léčivých přípravků.
- U těchto léčivých přípravků bude vyhodnoceno reálné ohrožení nedostupností a následně budou Ministerstvem zdravotnictví realizovány další odpovídající kroky. Již v případě záměru distribuce léčivých přípravků uvedených na tomto seznamu mimo území ČR budou povinni dotčené subjekty tento svůj záměr předem ohlásit Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv. V případě, že po oznámení distributora nebylo do dne, kterým uplyne 15 dnů ode dne, kdy distributor oznámil záměr distribuovat léčivý přípravek, vydáno opatření obecné povahy ve vztahu k danému léčivému přípravku, může distributor provést zamýšlenou distribuci v původně ohlášeném rozsahu. MZ je tedy oprávněno dočasně zakázat vývoz léčivého přípravku mimo ČR.
- Zákon stanoví nově za porušení ustanovení zákona sankce, a to až do výše 20 mil. Kč, popř. zákaz činnosti.
- Zvýšíme dostupnost léčivých přípravků rovněž zakotvením nejzazší doby, do které má být distributorem realizována objednávka lékárny. (termín: 3Q 2016)

6. Opravíme nemocnice

- MZ je zřizovatelem řady fakultních a specializovaných nemocnic, které v souhrnu poskytují cca 50 % veškeré lůžkové zdravotní péče v ČR, ale i podstatnou část péče ambulantní. V segmentu specializované a superspecializované péče jsou pak rozhodujícím poskytovatelem zdravotnických služeb.
- Zdravotní infrastruktura těchto nemocnic je však dlouhodobě významně podfinancována a je ve velmi špatném technickém stavu. Vzhledem k tomu, že úhrady za zdravotní služby poskytované z veřejného zdravotního pojištění jsou nastaveny na financování provozních výdajů a pouze části výdajů investičních (výdaje na reprodukci některých zdravotnických přístrojů) je nutné obnovu a rozvoj zdravotní infrastruktury financovat z dalších zdrojů. U těchto „státních“ nemocnic nebylo navíc možné tuto oblast financovat ani ze strukturálních fondů EU.
- Dokladem tohoto stavu je trvale rostoucí míra amortizace dlouhodobého majetku nemocnic, která je odrazem nedostatečných investic. Nejhorší situace je pak u nemovitostní infrastruktury.
- Na podporu řešení tohoto problému schválila vláda v srpnu 2015 realizaci konkrétních strategických investic v přímo řízených nemocnicích ministerstva zdravotnictví, které významným způsobem pomohou tento, často až havarijný stav zlepšit.
- Strategické investice v celkovém finančním objemu cca 10 miliard Kč budou v období 2016-2020 realizovány v 7 nemocnicích. Konkrétně se jedná o tyto projekty:
 - Fakultní nemocnice Brno – Výstavba gynekologicko-porodnické kliniky a přesun poloviny klinik z nevyhovujících prostor
 - Fakultní nemocnice Olomouc – Rekonstrukce a dostavba hlavní budovy Františka Josefa
 - Fakultní nemocnice Plzeň – Pavilon chirurgických oborů
 - Thomayerova nemocnice Praha – Centrální urgentní příjem
 - IKEM Praha – Výstavba budov G1 a G2
 - Všeobecná fakultní nemocnice Praha – Záměr – výstavba nového sdruženého objektu
 - Fakultní nemocnice Hradec Králové – Modernizace chirurgických oborů – rekonstrukce Bedrnova pavilonu
- Podporujeme rovněž dostupnost specializované zdravotní péče v regionech tak, aby byla co nejbližší pacientům. Úhradovými vyhláškami jsme nemocnice stabilizovali a nyní již nejsou pokrývajícími koeficienty zvýhodněny žádné nemocnice na úkor jiných.
- Krajským nemocnicím jsme loni pomohli 650 miliony korun z dotací na zlepšení lékařské péče. Pro každý kraj, kromě Prahy, je alokováno 50 milionů Kč. Jen díky tomu se po celé České republice rozeběhne 84 investičních akcí, díky kterým budou mít pacienti zdravotní služby blíže k domovu.

7. Uvedeme do souladu e-Health s Národním architektonickým plánem eGovernmentu

- V roce 2016 je klíčovým úkolem vytvořit základní stavební prvky elektronizace (informační infrastrukturu), které spočívají v těchto projektech:
 - ePreskripce – připravit postupný náběh plnohodnotné elektronické preskripce včetně vedení lékového záznamu pacienta, přístupného oprávněným lékařům, lékárníkům a pacientovi, s možnostmi kontroly interakcí a duplicit. Tento úkol bude vyžadovat legislativní úpravy.
 - Ve specifické oblasti elektronického receptu jsou realizovány následující kroky:

1. Stabilizace současného stavu – zprovoznění dočasného řešení eReceptu. Odpovídá: SÚKL, Termín: Splněno
 2. Zpracování návrhu řešení elektronického receptu, respektujícího cíle Národní strategie, vyhodnocení dopadů navržených změn na legislativu a aktuálně realizovaného řešení. Odpovídá: SÚKL, Termín: Q2/2016
 3. Zahájení tvorby Enterprise Architektury eReceptu. Odpovídá: SÚKL, Termín: Splněno
 4. Realizace jednotlivých kroků ePreskripce podle připraveného harmonogramu tak, aby byla splněna zákonná povinnost SÚKLu k zahájení rutinního provozu k datu 1. 1. 2018
 5. Stabilizace současného stavu – zprovoznění dočasného řešení eReceptu. Odpovídá: SÚKL, Termín: Splněno
- Vytvoření / úprava referenčních registrů Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS) a Národní registr zdravotnických pracovníků (NRZP). Tyto registry budou obdobou základních registrů eGOV a budou základem pro identifikaci jednotlivých subjektů, nastavování jejich práv a odpovědností. Důležitým přínosem bude zcela jasný výkon správních agend, vykonávaných KÚ, vzdělávacími institucemi, apod.
 - Vyřešení elektronické identity zdravotnických pracovníků. Nástroj nezbytný pro zajištění právní a organizační jistoty a kontinuity při práci s elektronickými písemnostmi, zdravotnickou dokumentací. Tento projekt bude v souladu s řešením eID realizovaným MV.
 - Zajištění jednotného přístupu ke službám elektronického zdravotnictví v souladu s principy eGovernmentu.
 - Komentář: To znamená, že ke všem elektronickým službám, jako portály ÚZIS, zdravotních pojišťoven, k elektronické preskripci, neschopence, ke sdílení zdravotní dokumentace, ... se lékaři budou přihlašovat jednotným způsobem, obdobně jako ke službám veřejné správy.
 - Ustavení / vytvoření Národní centra elektronického zdravotnictví, které bude mít za úkol programově a hospodárně koordinovat a podporovat rozvoj digitalizace, udržovat a rozvíjet koncepci národního systému elektronického zdravotnictví.
- Elektronizace zdravotnictví postupuje podle následujícího harmonogramu:
 1. Příprava Národní strategie elektronického zdravotnictví dle Metodiky příprava veřejných strategií. Odpovídá: MZ ČR, Termín: Q2/2016
 2. Zpracování iniciačních projektů Národní strategie (studie proveditelnosti a architektury eHealth). Odpovídá: MZ ČR, Termín: Q2/2016
 3. Schválení Národní strategie elektronického zdravotnictví zadavatelem. Odpovídá: MZ ČR, Termín: Q3/2016
 4. Předložení materiálu do vlády. Odpovídá: MZ ČR, Termín: Q3/2016
 5. Zajištění spolufinancování jednotlivých projektových okruhů z ESIF. Odpovídá: MZ ČR, MV ČR, MPSV, Termín: 2016 průběžně
 6. Nastavení plánu realizace a řídicí struktury jednotlivých programů. Odpovídá: MZ ČR, Termín: Q3/2016
 7. Vytvoření Národního centra elektronického zdravotnictví. Odpovídá: MZ ČR, Termín: Q3/2016
 8. Implementace strategie (realizace projektů dle projektového plánu a zpracované architektury elektronizace)

- a. Národní centrum elektronického zdravotnictví
- b. Telemedicína
- c. Resortní systém řízení bezpečnosti s ohledem na zákon o kybernetické bezpečnosti.
- d. Podpora znalostí a dovedností uživatelů elektronického zdravotnictví
- e. Portál podpory zdraví a elektronického zdravotnictví
- f. Sdílení zdravotnické dokumentace. Implementační podpora u poskytovatelů zdravotních služeb
- g. Kybernetická bezpečnost v resortu zdravotnictví a komunikační infrastruktura
- h. Metodická optimalizace a zefektivnění systému úhrad nemocniční péče v ČR – DRG Restart
- i. Centrum pro rozvoj technologické platformy registrů NZIS, modernizace vytěžování jejich obsahu a rozšíření jejich informační kapacity
- j. Národní centrum pro medicínskou nomenklaturu a klasifikace
- k. Rozvoj datového centra a centra služeb KC ICT směrem k privátnímu cloudu a sdíleným ICT službám resortu MZ
- l. Datová a komunikační infrastruktura a vytěžovací model národních zdravotních registrů

Vyhodnocování jednotlivých projektů a jejich přínosů podle nastavených metrik. Odpovídá: MZ ČR, Termín: průběžně od roku 2016

- Ministerstvo zdravotnictví disponuje množstvím cenných dat, která mohou posloužit ke zlepšení kvality života občanů a zlepšení služeb veřejné správy. Jedná se např. o data z hygienických registrů, mj. hlukové mapy, koupací vody a další. Ministerstvo zdravotnictví zprovozní resortní OpenData portál jako součást Datového resortního rozhraní a poskytne tato data k dalšímu volnému využití, např. za účelem tvorby programových aplikací do mobilních zařízení. Lepší dostupností a přístupem k informacím o fungování zdravotnictví dojde k posílení transparentnosti veřejné správy.

8. Snížíme byrokratickou zátěž zdravotníků a zvýšíme právní ochranu zdravotníků

- Budeme se maximálně snažit odstranit zbytečnou administrativu. Zdravotníci musí mít čas na svoje pacienty.
- Připravujeme zjednodušení ošetrovatelské dokumentace, podporu jejího vedení nástroji elektronického zdravotnictví. Zdravotníci obdrží dostupné, přesné a včasné informace o pacientech, úplné a uspořádané přehledy o jejich zdravotním stavu a léčbě. Získají možnost snadné týmové komunikace a kooperace s ostatními poskytovateli zdravotních služeb, silnou informační podporu při rozhodování. Tím podpoří bezpečí a právní jistotu při poskytování zdravotních služeb.
- Budou podpořeny takové cesty elektronizace zdravotnictví, které omezí či zcela potlačí duplicitní pořizování dat.
- Podpoříme přirozenou ambici zdravotníků k růstu kvality a bezpečí zpřístupněním souhrnné a přehledně strukturované kolekce poznatků a výukových pomůcek k zajištění odborného růstu. (termín: 4Q 2016 + průběžně)
- MZ v dubnu 2016 uveřejnilo českou verzi publikace WHO „Příručka k osnově o bezpečí pacientů: Multiprofesní edice“. Jde o souhrn odborných doporučení pro zdravotnický personál, jak zajistit maximální úroveň bezpečí pacientů při poskytování zdravotní péče a bude v ČR využita jako referenční nástroj pro vzdělávání zdravotníků s cílem zlepšení kvality a efektivity edukace v oblasti bezpečí pacientů.

- MZ v lednu 2016 vydalo III. elektronickou verzi „Rádce pacienta“ a to v českém i anglickém jazyce. Rádce pacienta je určen všem, kteří se chtějí lépe orientovat ve zdravotnických zařízeních, ve zdravotnické legislativě, v problematice poskytování zdravotních služeb. Anglická verze je určena především pro cizince, kteří dlouhodobě pobývají v ČR. V současné době je v tisku knižní verze, která bude distribuována v květnu 2016. Pro opravdu nevídaný velký zájem z řad zdravotníků i občanů o knižní verzi, MZ má v plánu zajistit dotisk knižní verze.
- Pro sjednocení postupu a snížení administrativní zátěže poskytovatele při zavedení povinného interního systému hodnocení kvality vyšla ve Věstníku MZ aktualizovaná verze metodického návodu pro hodnocení kvality a bezpečí.
- Budeme analyzovat současný právní stav ve vztahu k ochraně zdravotnických pracovníků a ve spolupráci s Ministerstvem spravedlnosti se pokusíme rozšířit prostředky jejich ochrany (termín: 4Q 2016).
- Ministerstvo zdravotnictví iniciovalo vznik pracovní skupiny pro koncepci ošetřovatelství, jejímž dílčím cílem je revidovat současné požadavky na vedení ošetřovatelské dokumentace, zjednodušení vedení ošetřovatelské dokumentace a podpora elektronického vedení. Odboru zdravotních služeb bude předložen návrh na novelu vyhlášky o vedení zdravotnické dokumentace (termín: 3Q 2017).
- ÚZIS zavádí nový systém sběru statistických dat od poskytovatelů. Dochází k přechodu na elektronickou formu vyplňování statistických výkazů, která celý systém výrazně zjednoduší. Došlo k přehodnocení obsahu klinických výkazů tak, aby co nejméně zatěžovaly poskytovatele zdravotních služeb.
- MZ ve spolupráci s kraji a organizacemi poskytovatelů zdravotních služeb provede revizi současných požadavků na tvorbu celé škály dokumentů souvisejících s poskytováním zdravotních služeb, které musí zdravotničtí pracovníci zpracovávat, vyplňovat či předávat, s cílem odstranit či zjednodušit tuto agendu v práci zdravotníků. Následně MZ zpracuje změnu příslušných právních předpisů, především novelu vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, tak, aby změny nabýly účinnosti nejpozději v 2. čtvrtletí 2017.
- MZ ustanoví pracovní skupinu se zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a Svazu zdravotních pojišťoven České republiky a se zástupci poskytovatelů zdravotních služeb, jejímž úkolem bude analyzovat stávající byrokratické povinnosti spojené s vykazováním zdravotní péče poskytovateli zdravotních služeb zdravotním pojišťovnám. Na analýzu, která bude zpracována do konce roku 2016, naváže tvorba dílčích opatření s cílem zachovat kvalitu vykazovaných informací avšak tak, aby způsob vykazování či množství předávaných dokumentů méně zatěžovaly zdravotnické pracovníky. První opatření budou představena v 1. čtvrtletí 2017 s tím, že pracovní skupina bude mít trvalý charakter a jejím úkolem bude představit opatření v uvedeném smyslu v každém čtvrtletí.

9. Připravíme optimalizaci poskytování zdravotně - sociálních služeb

- Ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí připravíme novou koncepci v oblasti poskytování zdravotně - sociálních služeb
- Meziřesortní pracovní komise do dnešního dne došla k těmto závěrům:
 - Pro rok 2017 by mělo dojít k dofinancování péče v odbornosti 913 (všeobecná sestra v sociálních službách) ve výši cca 250 milionů korun. Navýšení by mělo proběhnout cestou navýšení režie, nebo případně úpravy výkonů v Seznamu zdravotních výkonů.
 - Navýšení minutové režijní sazby odbornosti 913 na úroveň odbornosti 925 (sestra domácí zdravotní péče).
 - Zavedení materiálového výkonu „podání léků per os“ a zavedením časového výkonu „ošetřovatelská intervence 10 minut pro zdravotnického asistenta – nositel S1“, který by měl umožnit poskytovatelům úsporu osobních nákladů na personál.

- Pro rok 2018 je již plánována systémová úprava sociálně zdravotní péče směřující k „ošetřovacímu dni“ – MPSV vytvořilo návrh změnového zákona, který je v současné době připomínkován. Zeze zákona:
 - Pro poskytovatele, kteří o to budou mít zájem, bude možnost vytvořit „zdravotně sociální lůžka“, na kterých bude poskytována zdravotně sociální péče. Podmínkou vytvoření lůžek je získání obou registrací – pro poskytování zdravotních služeb i pro poskytování sociálních služeb. Úhrada za tuto péči by měla být prostřednictvím nově konstruovaného OD.
 - Tento nový druh péče budou moci poskytovat i současní poskytovatelé dlouhodobé lůžkové péče (LDN, OD 0005), kteří budou také muset získat registraci sociálních služeb – tímto získají přiznaný příspěvek na péči v plné výši, budou moci žádat o dotace, ubytování a stravu bude hradit pacient/klient a úhrada OD bude o tuto část úhrady snížena (70 Kč),
- Zvážíme možné modely péče o osoby staré a chronicky nemocné a budeme rovněž hledat inspiraci v zahraničí (termín: 3Q 2016)
- Ministerstvo zdravotnictví se zasadí o takové řešení „elektronické neschopenky“, které bude přínosem pro lékaře i pacienty a bude respektovat zásady Národní strategie elektronického zdravotnictví. Přitom poskytne maximální součinnost Ministerstvu práce a sociálních věcí.

10. Rozvineme síť služeb v péči o duševní zdraví

- Ministerstvo zdravotnictví jako lídr a nositel reformních kroků zavádí moderní prvky komunitní péče, které rozšíří běžnou podporu pacientů do jejich vlastního prostředí. Převod péče o osoby trpící duševním onemocněním z institucí do komunity bude směřovat zejména k nově vznikajícím multidisciplinárním týmům, asertivně poskytujícím (i) mobilní služby psychiatrické a sociální rehabilitace ve vlastním prostředí pacientů, (ii) denní služby v stacionáři s psychoterapeutickým programem a strukturovanými sociálními aktivitami, (iii) krizové služby, směřující k zamezení, případně omezení počtu a frekvence hospitalizací.
- Multidisciplinární týmy budou organizovány v tzv. Centrech duševního zdraví. Postupně bude vznikat páteří síť Center duševního zdraví zajišťující rovnoměrnou dostupnost komunitní péče v místech identifikované potřeby. Do roku 2022 vznikne 30 CDZ se základní kapacitou v celkovém úhrnu asi 4000 osob. Následně, vždy s reflexí skutečné potřeby, bude základní síť rozšiřována, v dlouhodobém horizontu asi 20ti let na počet, sledující směrnou veličinu 100 tis. obyvatel na jedno Centrum duševního zdraví.
- Koordinovaně bude připraveno zřizování lůžek akutní psychiatrické péče v regionálních všeobecných nemocnicích. Ta zvýší a rovnoměrně rozloží dostupnost akutní psychiatrické lůžkové péče.
- Strukturální změny k rozšíření komunitní péče zasáhnou i oblast ambulantní péče. V souladu s mapou potřeb budou vznikat ambulance rozšířené péče o duševní zdraví, ve kterých budou kooperovat psychiatři, psychologové, psychoterapeuti, terénní sestry a sociální pracovníci. Jejich úlohou budou usnadnit komunikaci pacientů, jejich rodin a okolí se systémy zdravotní a sociální péče.

11. Zefektivníme řízení fakultních nemocnic

- Velké přímo řízené nemocnice MZ s celkovým obratem cca 65 mld. Kč zaujímají cca 50% na trhu lůžkové zdravotní péče v ČR. Zajistit efektivní fungování těchto přímo řízených nemocnic je proto jednou z priorit MZ.
- V roce 2013 však činil souhrnný výsledek hospodaření přímo řízených nemocnic -0,9 mld. Kč, přičemž 5 nemocnic hospodařilo se ztrátou.
- Do roku 2014 používalo MZ jako hlavní zdroj informací o ekonomickém stavu přímo řízených nemocnic pouze základní ekonomický přehled v rozsahu standardních účetních výkazů a pro řízení byl používán jako nejdůležitější ukazatel průběžný výsledek hospodaření.

- Ekonomickou situaci jednotlivých nemocnic je však nutné sledovat a vyhodnocovat komplexně, využívat širší data i dostupné obecně uznávané ukazatele. Součástí musí být i průběžné analýzy i dalších významných oblastí jako je např. personální situace, realizace nákupů, poskytovaná péče, atd.
- Od roku 2014 zavedlo proto MZ rozsáhlejší jednotné pravidelné reporty s řadou ekonomických ukazatelů. Ekonomická situace organizací se tak sleduje komplexně a to zejména ve vztahu k současnému i předchozímu vývoji pohledávek a závazků. Součástí jsou mimořádné pololetní tematické reporty se zaměřením na spotřebu centrových léčiv, průběžné plnění parametrů úhradové vyhlášky.
- V letech 2014 a 2015 pak došlo k významnému zlepšení hospodaření nemocnic, když v roce 2015 činí souhrnný zisk 550 mil. Kč a je reálný předpoklad, že kladné hospodaření se podaří udržet i v dalších letech.

Další plánované kroky a opatření:

- od dubna tohoto roku probíhá implementace manažerského informačního systému (MIS) na MZ, do kterého jsou pořizována podrobná data přímo řízených nemocnic. Realizací tohoto projektu dojde ke zkvalitnění řízení při současném snížení administrativní zátěže na straně nemocnic a to i při zvýšení rozsahu poskytovaných dat,
- plná provozuschopnost ekonomické části systému, umožňující benchmark podrobných ekonomických dat je plánována do konce roku 2016,
- následně budou doplňovány další ukazatele za poskytovanou péči, personální oblast, a průběžné plnění úhradových parametrů,
- realizace tohoto projektu umožní dále významně řízení nemocnic významně zefektivnit.

12. Nižší doplatky pro seniory

- Máme sice jedny z nejlevnějších léků v Evropě, pro naše seniory představují i za této situace významný zásah do jejich rozpočtů. Proto chceme doplatky za léky pro seniory nad 65 let minimalizovat. Připravíme podrobnou analýzu, která ukáže, jak co nejlépe dosáhneme snížení limitu na doplatky pro seniory z 2 500 Kč na 1 000 Kč v kalendářním roce. (termín: 2Q 2016)
- **Současný stav:**
 - Existuje zákonný limit na doplatky na léčivé přípravky ve výši 5 000 Kč, po jehož překročení v kalendářním roce má pojištěnec právo nárokovat překročenou částku u zdravotní pojišťovny.
 - Toto opatření je dále zmírněno pro děti a seniory, pro něž výše uvedený zákonný limit odpovídá částce 2 500 Kč.
 - V roce 2014 nárokovalo platby za regulační poplatky a započitatelné doplatky za léky asi 160 tisíc osob, což odpovídá 1.5 % účastníků veřejného zdravotního pojištění. Průměrnému pojištěnci, který nárokoval překročený limit na regulační poplatky a započitatelné doplatky za léky, bylo vyplaceno asi 1 700 Kč. Senioři tvoří většinu z osob, které nárokují vrácení částky za regulační poplatky a započitatelné doplatky.
- **Problém:**
 - Výše těchto doplatků je pro nízkopříjmové skupiny obyvatelstva citelná a ve výsledku snižuje dostupnost léků pro tyto osoby. V tomto ohledu jsou nejohroženější skupinou obyvatelstva senioři, u kterých dochází k souběhu dvou faktorů, kterými jsou nízké průměrné příjmy a vysoká průměrná spotřeba léčivých přípravků. I snížený zákonný limit ve výši 2 500 Kč tak pro velké množství seniorů znamenají vysoké ceny léčivých přípravků snížení dostupnosti zdravotní péče.
 - Léky na předpis pravidelně užívá více než 90 % osob starších 65 let. Asi dvě třetiny osob užívá denně více než 6 léků na předpis.

- Snížení počtu osob nárokových doplatky u zdravotních pojišťoven od roku 2014, plynoucí se zrušení části regulačních poplatků, neznamená zmírnění situace těch osob, které ve výsledku zaplatí částku blízkou se nebo dosahující zákonnému limitu na doplatky na léky.
- Odtud plyne nutnost přijetí koncepčního řešení.
- **Řešení:**
 - Probíhá studie proveditelnosti zvýšení dostupnosti léčivých přípravků pro seniory starší 65 let.
 - Analýza probíhá ve spolupráci se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky a Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Spolupráce se zdravotní pojišťovnou je nutná, neboť tento subjekt disponuje daty o čerpání a hrazení zdravotní péče v největším detailu.
 - Mezi možností řešení patří jak zvýšení počtu léků plně hrazených zdravotní pojišťovnou, tak další snížení zákonného doplatku na léčivé přípravky pro seniory.
- Dále také změny v elektronické evidenci léčivých přípravků (tzv. elektronické preskripce) přinesou prokazatelné přínosy v oblasti bezpečí, kvality a efektivity při jejich aplikaci.

13. Rozšíříme dostupnost zubních ordinací v některých regionech

- V některých regionech mají pacienti problém s přístupem k péči stomatologů, protože ordinace jsou příliš daleko. Pro praktického lékaře byl již vytvořen dotační program podporující otevírání ordinací v odlehlejších oblastech. Obdobný program připravujeme a vyhlásíme i pro zubní lékaře. (termín: 2Q 2016)

14. Letecká záchranná služba pod stát

- významnou součástí systému záchranných služeb i celého integrovaného záchranného systému je letecká záchranná služba
- podle zákona 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě letadla (resp. vrtulníky) pro zdravotnickou záchrannou službu smluvně zajišťuje ministerstvo zdravotnictví s provozovateli letadel. V současné době tuto službu smluvně zajišťují soukromí poskytovatelé
- v zájmu zefektivnění této činnosti je záměrem ministerstva zdravotnictví na základě zadání schváleného vládou převést leteckou záchrannou službu přímo pod stát, nebo státem vlastněnou organizaci
- za tímto účelem zřídilo MZ meziresortní pracovní skupinu složenou ze zástupců MZ, MO, MV, MF, Úřadu vlády a asociace krajů, která připravuje návrh způsobu zabezpečení letecké záchranné služby po roce 2020
- zvažována bude zejména varianta přímého zabezpečení letecké záchranné služby některým s resortů (MO nebo MV), varianta zabezpečení k tomuto účelu zřízeným státním podnikem nebo jinou státní neziskovou organizací, varianta zabezpečení neziskovou organizací krajů, případně další varianty
- konkrétní návrh způsobu zabezpečení letecké záchranné služby po roce 2020 pak bude předložen k rozhodnutí vládě do 31. 8. 2016

15. Zavedeme nový model přerozdělení pojistného (PCG)

- Cílem je upravit stávající systém přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění, a to tak, aby bral v úvahu nákladné nemoci pojištěnců. V současnosti se pojistné přerozděluje pouze podle věku a pohlaví, tento systém ale není schopen dostatečně přesně zohledňovat skutečnou nákladnost poskytovaných zdravotních služeb. Zavádíme spravedlivější model přerozdělování pojistného, kdy je mimo věku a pohlaví zohledněn také zdravotní stav pojištěnce na základě chronických nemocí, které jsou spojeny s větší spotřebou léčivých přípravků.
- Současný způsob přerozdělení založený pouze na demografických ukazatelích je charakteristický nízkou prediktivní silou ve vztahu ke skutečným nákladům pojišťoven na jednotlivé pojištěnce, tzn. s jeho využitím

nelze tyto náklady s uspokojivou přesností předpovídat. Přerozdělení prostředků, které má svůj základ v takto nepřesném modelu, tedy také dostatečně neodpovídá pozdějším skutečným nákladům pojišťoven na jimi spravované pojištěnce. To v praxi znamená, že, zaměříme-li se na jednotlivé pojištěnce, existují významné systémové rozdíly mezi tím, kolik zdravotní pojišťovna na tyto pojištěnce dostává z přerozdělování, a kolik poté vynakládá na zdravotní služby jim poskytované.

- Problém uspokojivě neřeší ani dodatečné zohlednění nákladů na nákladné pojištěnce. Přerozdělování podle nákladných hrazených služeb totiž bere v potaz výhradně skutečné výdaje zdravotních pojišťoven, a to bez ohledu na zdravotní stav pojištěnce či efektivitu vynaložení prostředků.
- Dosavadní právní úprava neodpovídá požadavku spravedlivosti přerozdělování. Zejména je jejím nedostatkem, že nezajišťuje dostatečnou rovnováhu prostředků, které jsou zdravotním pojišťovnám přerozdělením přiděleny, s prostředky, které tyto pojišťovny vynakládají na zdravotní péči svých pojištěnců. S novým modelem přerozdělování se podaří dosáhnout vyšší rovnováhy prostředků přijatých a vydaných zdravotními pojišťovnami na jednotlivé pojištěnce.
- Nový model se ve svém důsledku pozitivně projeví i na situaci chronicky nemocných pojištěnců. Při současném modelu přerozdělování jsou chronicky nemocní pojištěnci pro zdravotní pojišťovny v průměru ztrátoví, což vede ke skryté ekonomické motivaci zdravotních pojišťoven k přednostnímu získávání a udržení zdravých pojištěnců. Při zavedení nového modelu přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění se tato situace změní. Díky zohlednění chronických nemocí v přerozdělování budou chronicky nemocní pojištěnci pro pojišťovny v průměru finančně neutrální, protože částka přidělená zdravotní pojišťovně na jednotlivého chronicky nemocného pojištěnce bude odpovídat průměru nákladů na léčbu chronicky nemocných trpících danou chronickou nemocí. Zdravotní pojišťovny poté nebudou ekonomicky motivovány upřednostňovat zdravé pojištěnce před chronicky nemocnými. Naopak budou moci bez (v současnosti přítomného) ekonomického rizika poskytovat chronicky nemocným pojištěncům preventivní služby, které pomohou snižovat náklady na zdravotní služby poskytované těmto pojištěncům. Zabráníme tak situacím, kdy se zdravotní pojišťovna snaží nákladného pojištěnce „zbavit“.
- Návrh zákona zavádějící nový model přerozdělení již byl schválen vládou České republiky.

16. Budeme dále podporovat rozvoj dobrovolnického hnutí v nemocnicích

- Ministerstvo zdravotnictví již v současné době prostřednictvím dotačních titulů podporuje rozvoj dobrovolnického hnutí, které je velmi podstatnou složkou péče o pacienty v zařízeních lůžkové péče. V podpoře budeme pokračovat i nadále a v rámci možností rozpočtu Ministerstva zdravotnictví se budeme snažit podporu dobrovolnickým organizacím maximalizovat.

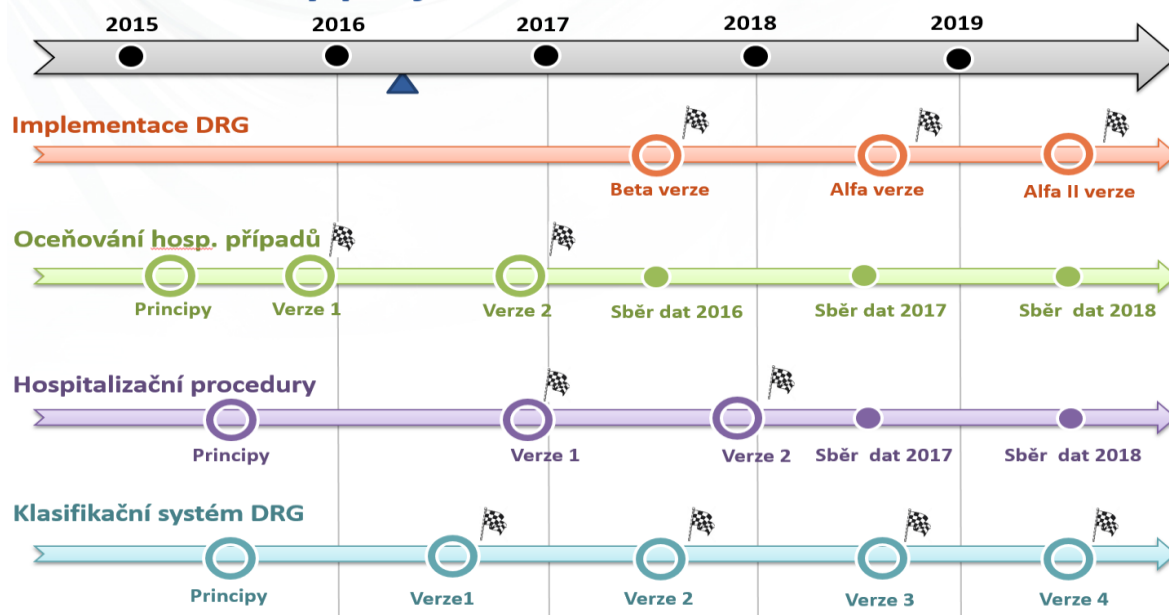
17. Budeme implementovat výsledky projektu DRG Restart

- Projekt DRG Restart je jednou ze zásadních priorit Ministerstva zdravotnictví a práce na projektu intenzivně probíhají.
- Souhrnný strategický plán na rok 2016
 - Metodika sestavení hospitalizačního případu
 - Implementace metodiky oceňování hospitalizačních případů verze 1
 - Vývoj metodiky oceňování hospitalizačních případů případu verze 2
 - Dokončení první verze klasifikačního systému hospitalizačních případů CZ-DRG
 - Dokončení první verze validačních pravidel pro klasifikační systém
 - Vývoj první verze kodérského manuálu

- Zahájení realizace Národního registru hrazených zdravotních služeb
- Zahájení realizace Datového úložiště Referenčních nemocnic
- Zahájení realizace Grouperu
- Vzdělávací akce / školení / konference

- Harmonogram zavedení projektu DRG restart

Hlavní milníky projektu DRG Restart



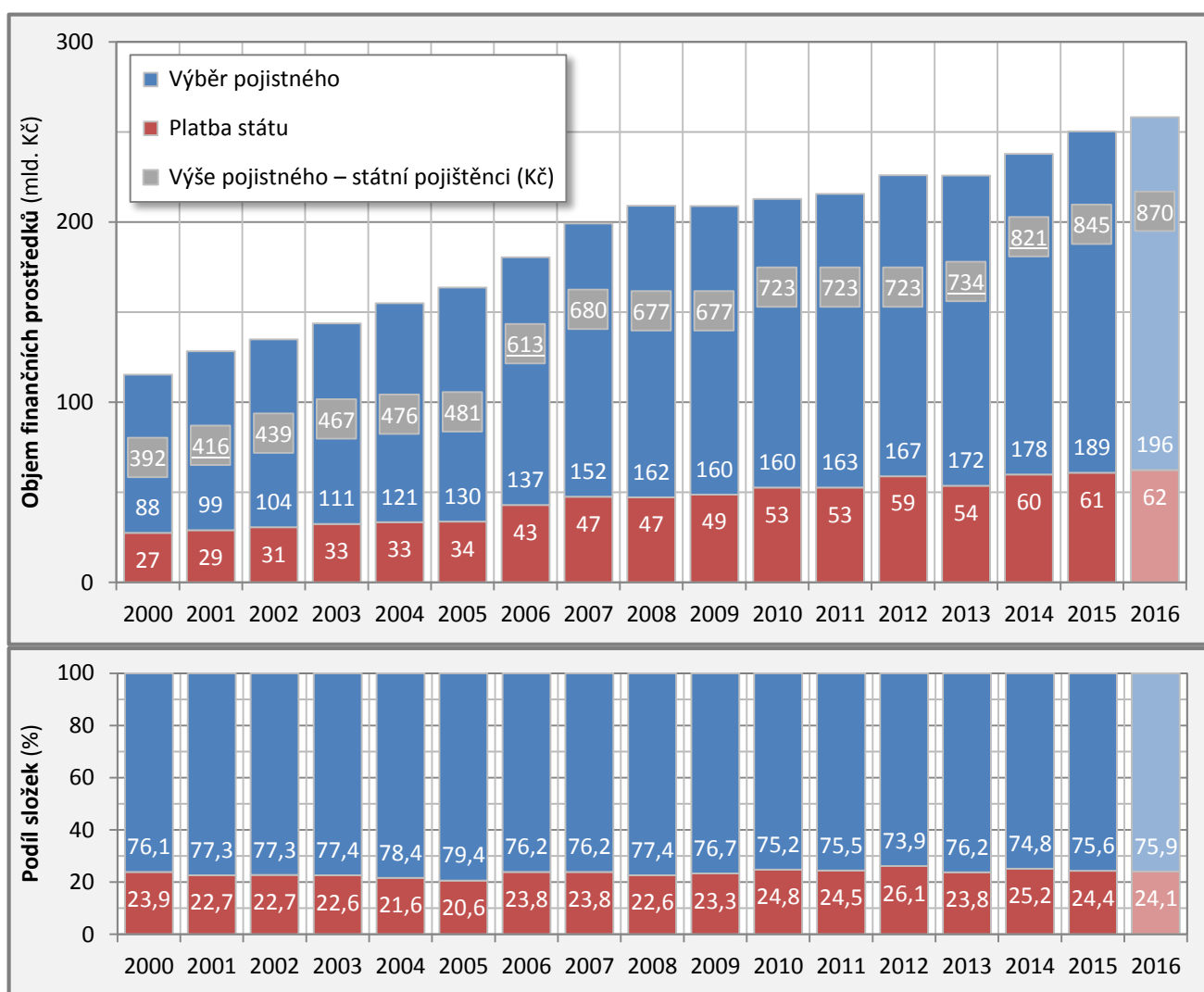
18. Plánovaná opatření v oblasti centrálních nákupů

- V průběhu roku 2016 centrální nákupy rozšíříme na další komodity, v květnu 2016 budou podniknuty první kroky (předběžné oznámení) zadávacího řízení na nákup medicinálních plynů v celkovém objemu 110 mil. Kč s předpokládaným podpisem smlouvy v září 2016.
 - Následně bude do konce roku 2017 realizováno minimálně 10 veřejných zakázek na další komodity, ke kterým patří například:
 - telekomunikační služby
 - bezpečnostní služby
 - vybrané skupiny antibiotik
 - bezpečnostní technologie
 - zdravotnický nábytek
 - hygienické pomůcky
 - dezinfekční prostředky
 - Celkový objem těchto nově připravovaných centrálních nákupů překročí 1 mld. Kč.
 - Na jejich přípravě technických specifikací jednotlivých centrálních nákupů intenzivně pracuje tým složený z vybraných expertů a manažerů přímo řízených organizací a MZ.
- Ministerstvo zdravotnictví rovněž počítá se svým aktivním zapojením do nadresortních centrálních nákupů nezdravotnických komodit na úrovni vlády.

II. Stav rezortu zdravotnictví při převzetí a podniknuté kroky od roku 2014

- Českému zdravotnictví byla v době předchozích vlád věnována velmi nízká pozornost. Příjmy plynoucí z výběru pojistného v době poklesu ekonomiky nebyly schopny zajistit dostatek finančních prostředků na udržení žádoucího stavu. Důsledky této nečinnosti pocituje české zdravotnictví dodnes.
- Platby za státní pojištěnce byly zmrazeny – mezi roky 2007 a 2008 se platba dokonce snížila z 680 Kč na částku 677 Kč, která platila i v roce 2009. Od roku 2010 byla navýšena na 723 Kč a tato částka platila až do 31. 10. 2013. Přitom zdravotnictví zažívalo v roce 2013 největší krizi příjmů – nemocnice byly dušeny restriktivní úhradovou vyhláškou.

Dlouhodobý vývoj výběru pojistného a platby státu



Pozn.: Do 1. přerozdělování roku 2012 byla mimořádně zahrnuta částka ve výši 6,1 mld. Kč (95 % konečného zůstatku Zajišťovacího fondu a 1/3 konečných zůstatků na Základních fondech zdravotního pojištění k 31. 12. 2010) v souladu s čl. VI. bod 1. a 2. a čl. VIII. bod 2. a 3. zákona č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

V případě, že došlo k úpravě výše pojistného za státní pojištěnce v průběhu roku, v grafu je znázorněna průměrná hodnota za celý rok (vážený aritmetický průměr měsíčních plateb, kde vahami jsou počty měsíců, ve kterých byla v platnosti daná výše platby), která je odlišena podtržením. Od 31. 10. 2013 činila výše platby 787 Kč a od 1. 7. 2014 již 845 Kč.

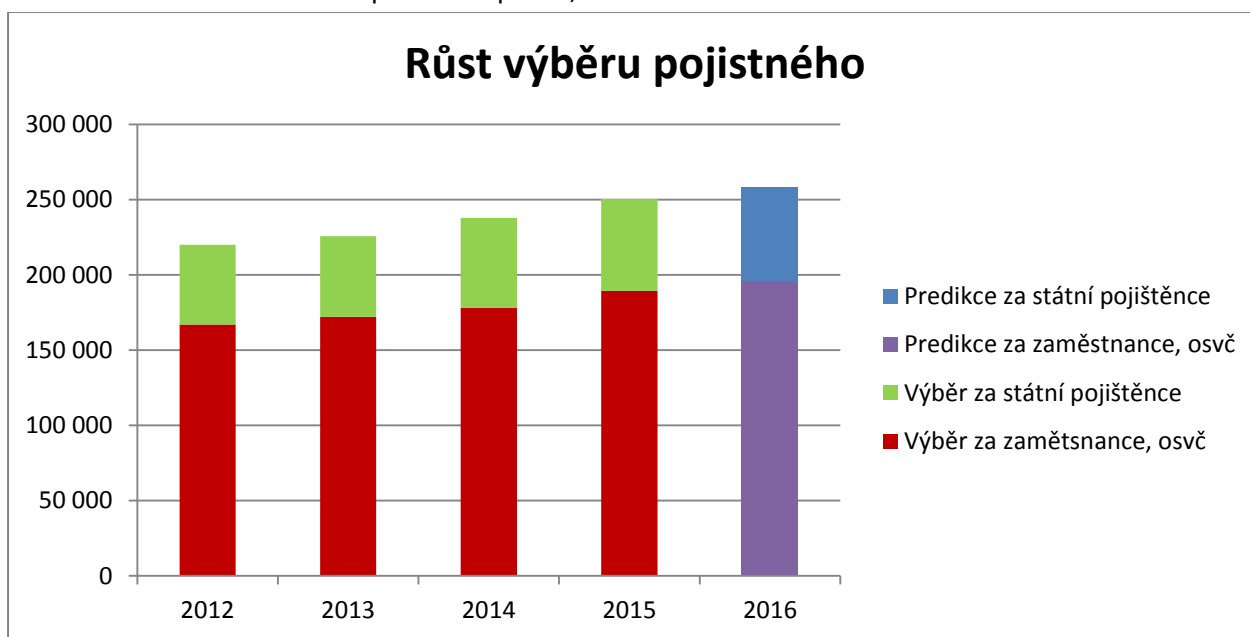
Údaje pocházejí z výsledků přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění.

- Do zdravotnictví byly zavedeny regulační poplatky a pacient byl nucen uvažovat o svém zdraví i z hlediska přímé spoluúčasti. Reforma zdravotnictví se v podstatě redukovala na zavedení regulačních poplatků.
- V oblasti postgraduálního vzdělávání byl zaveden velmi složitý systém s mnoha obory, který značně roztříštil vzdělávání lékařů a zavedl mnoho úzce specializovaných základních oborů.
- Důvěře mezi zdravotníky a státem rozhodně nepřispělo ani rozporuplné řešení problémů souvisejících s akcí „Děkujeme, odcházíme!“ – uzavření memoranda, které nebylo ze strany státu naplněno.
- Zvýšení DPH na léky zvýšilo náklady zdravotním pojišťovnám, nemocnicím i pacientům.
- V roce 2013 se většina lůžkových zařízení dostala do stamilionových ztrát. Výrazně se zvýšilo vnitřní zadlužení nemocnic.

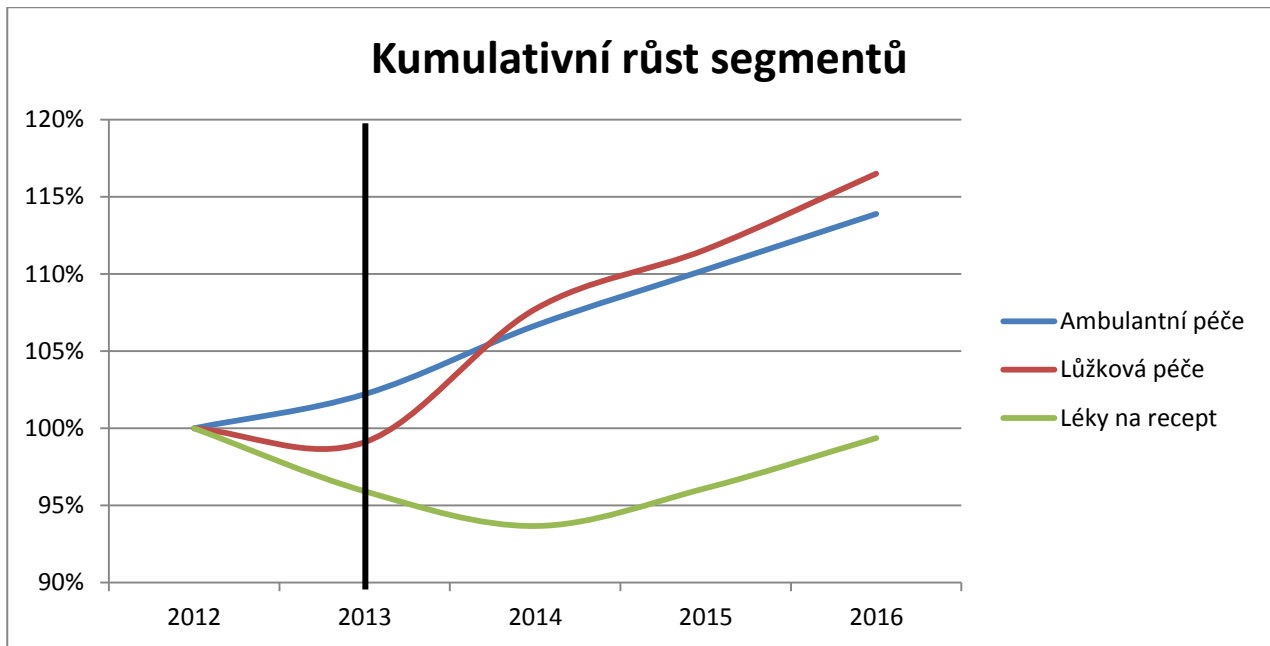
Nezvyšování plateb za státní pojištěnce, restriktivní opatření na straně úhrad, zvýšení DPH a kumulované ztráty nemocnic vedly k oslabení sektoru zdravotnictví o cca 30 miliard Kč.

Ekonomická stabilizace zdravotnictví za současné vlády

- Dvakrát byla navýšena platba za státní pojištěnce
 - ze 787 Kč na 845 Kč od 1. 7. 2014
 - z 845 Kč na 870 Kč od 1. 1. 2016
- Tato navýšení společně s růstem ekonomiky nastartovala růst výběru pojistného na zdravotní pojištění, který v letech 2014-2016 dosahoval průměrně přes 4,5 % ročně:



- Snížení DPH na léky od 1. 1. 2015 přineslo úspory zdravotním pojišťovnám i pacientům.
- Prorůstové úhradové vyhlášky v letech 2014, 2015 a 2016 umožnily především nemocnicím dostat se z krizového hospodaření. Následující graf ukazuje zásadní nárůst úhrad lůžkovým i ambulantním zařízeníům současně s udržení úrovně úhrad za léky na recept:



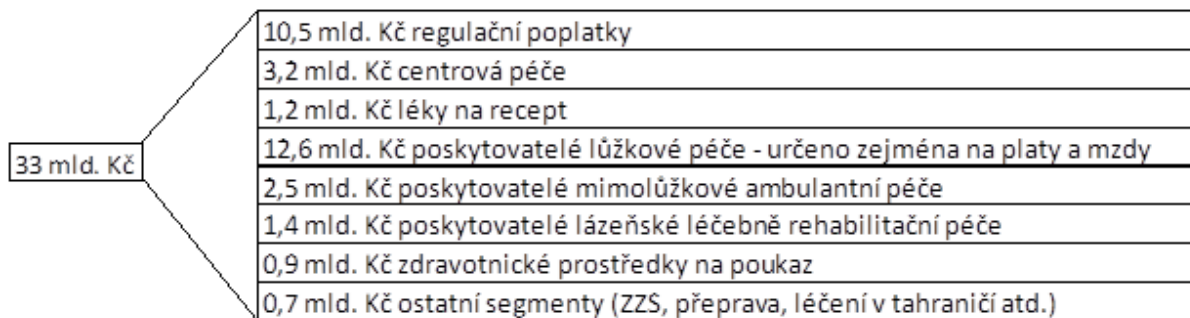
- Zdravotní pojišťovny hospodaří stabilizovaně, plní své závazky vůči poskytovatelům zdravotních služeb. Ekonomika největší zdravotní pojišťovny VZP se významně vylepšila. Rezervní fond VZP je již téměř naplněn.

Zrušili jsme regulační poplatky

- Od 1. 1. 2015 již neplatí pacienti regulační poplatky za vyšetření u lékaře a za recept v lékárně - zdravotní péče je tak dostupnější hlavně pro seniory a lidi s nižšími příjmy, pro které tyto poplatky znamenaly reálné omezení přístupu ke zdravotní péči, na kterou mají nárok. I díky zrušení poplatků se ČR v roce 2015 umístila mezi prvními třemi zeměmi v rámci Evropy, co se týče dostupnosti péče (dle EuroHealth Consumer Indexu, viz níže):

| Sub-discipline | Indicator | Albania | Austria | Belgium | Bulgaria | Croatia | Cyprus | Czech Republic | Denmark | Estonia | Finland | France |
|---|-------------------------------------|---------|------------|------------|------------|------------|------------|----------------|------------|------------|------------|------------|
| 2. Accessibility (waiting times for treatment) | 2.1 Family doctor same day access | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 |
| | 2.2 Direct access to specialist | 👎 | 👍 | 👍 | 👎 | 👍 | 👎 | 👍 | 👎 | 👍 | 👍 | 👍 |
| | 2.3 Major elective surgery <90 days | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👎 | 👎 | 👍 | 👎 | 👎 | 👍 | 👍 |
| | 2.4 Cancer therapy < 21 days | 👎 | 👍 | 👍 | 👎 | 👍 | 👎 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 |
| | 2.5 CT scan < 7days | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👎 | 👎 | 👍 | 👎 | 👍 | 👍 | 👍 |
| | 2.6 A&E waiting times | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 |
| | Subdiscipline weighted score | | 163 | 188 | 225 | 150 | 175 | 125 | 213 | 138 | 163 | 150 |

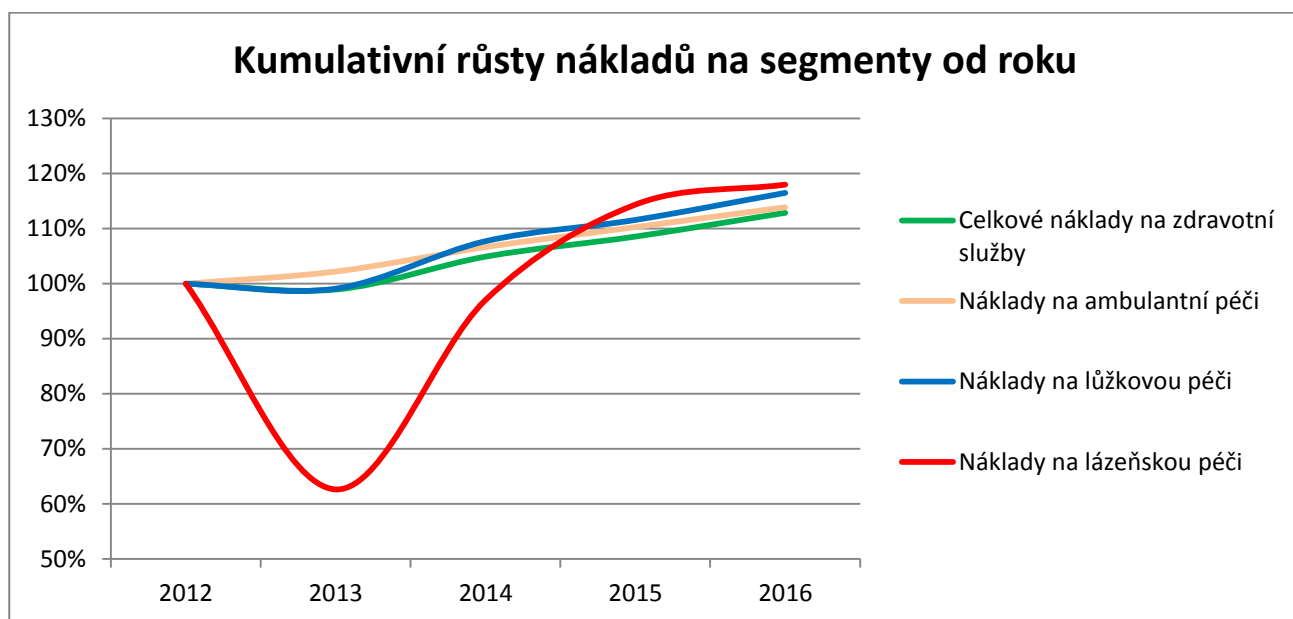
- Nemocnicím, lékařům a lékárnám je výpadek příjmů kompenzován. Mezi roky 2014-2016 dosáhla celková částka určená na kompenzaci regulačních poplatků 10,5 mld. Kč (5 mld. za návštěvu lékaře v ambulancích, 4 mld. za den hospitalizace a 1,5 mld. za léky na recept).
- Následující tabulka ukazuje, že v porovnání s ostatními nárůsty úhrad v jednotlivých segmentech hrála kompenzace regulačních poplatků prioritní roli (tabulka rozpadu nárůstů úhrad v letech 2014 až 2016):



- Negativistické předpovědi odpůrců rušení poplatků o přetížených lékařích a přeplněných ordinacích a hrozcím se systému zdravotnictví se nenaplnily.

Zachránili jsme české lázeňství před krachem a zpřístupnili pacientům lázeňsko-rehabilitační péči

- Napravili jsme účinky špatné novely indikačního seznamu pro lázeňskou péči - do českého lázeňství jsme znovu přivedli peníze a hlavně pacienty.
- Za roky 2014-2016 se úhrady českého lázeňství zvýšily o téměř 1,5 mld. Kč, což představuje kumulovaný nárůst oproti roku 2013 o 88 %. Následující graf kumulativních růstů přesně vystihuje finanční situaci českého lázeňství od roku 2012:



- Pacientům jsme prodloužili délku pobytu komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče u vybraných indikací - byla prodloužena z 21 na 28 dnů. V důsledku toho došlo ke zlepšení dostupnosti plně hrazené lázeňské péče, jejíž růst tak významně převyšuje péči příspěvkovou:



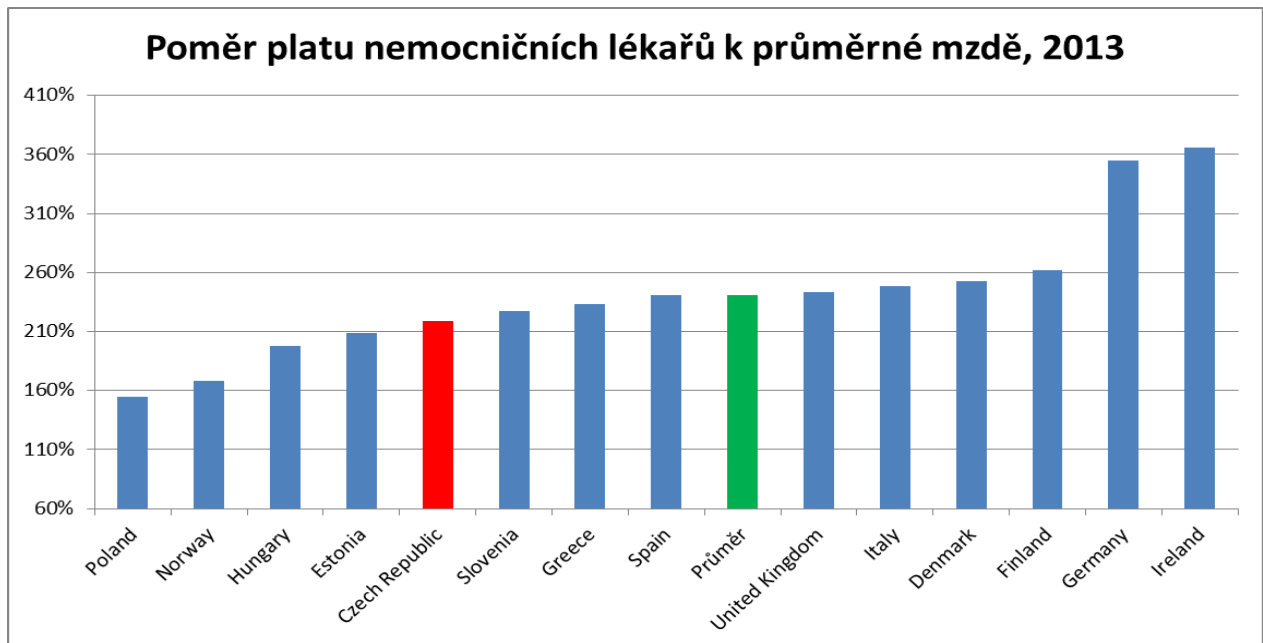
- Pacientům jsme umožnili opakování léčebných pobytů u řady onemocnění a dětem zpřístupnili péči bez omezení.

Zlevnili jsme léky pro české pacienty

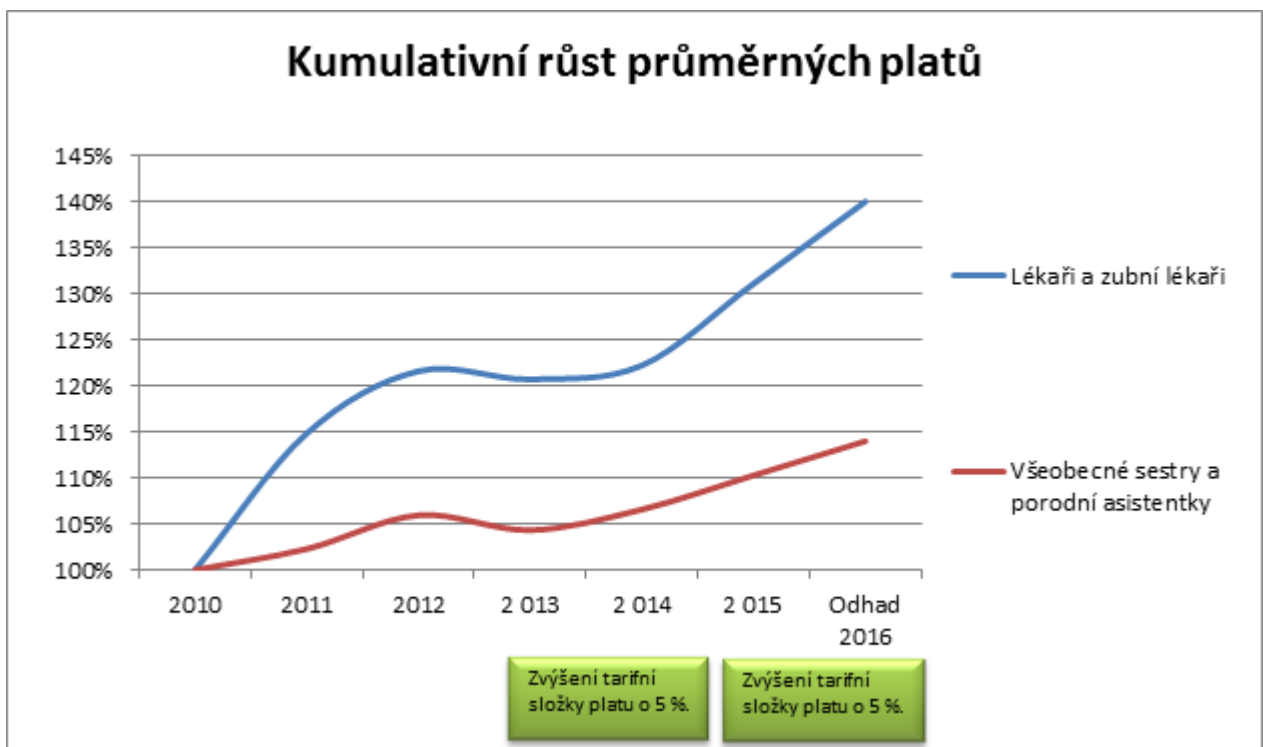
- Zlepšením práce Státního ústavu pro kontrolu léčiv a VZP jsme neúprosně stlačili ceny léků na minimum. Díky tomu šetříme v systému miliardy korun a můžeme nakupovat více léků pro nejvíce nemocné pacienty.
- Řešíme také akutní nedostupnost léků pro české pacienty z důvodu jejich reexportu do zahraničí.
- V rámci hloubkové revize maximálních cen bylo posuzováno, zda stanovené maximální ceny nepřesahují omezení stanovená zákonem o veřejném zdravotním pojištění. SUKL u přípravků, které překročily omezení stanovená tímto zákonem, maximální cenu snížil. V ostatních případech zůstala její původní výše zachována na stávající úrovni. Bylo provedeno 491 revizí (4 637 jednotlivých kódů SÚKL), ke snížení maximální ceny došlo u 2 522 kódů (tzn. cca v 54,4 % případů), v průměru došlo ke snížení ceny o 23,6 %.
- Ze zkrácených revizí léčivých přípravků rozhodnutých v roce 2015 vyplývá úspora prostředků veřejného zdravotního pojištění cca 1,5 mld. Kč (v roce 2016 činí dosavadní již dosažená úspora cca 596 mil. Kč).
- V roce 2016 bylo dále zahájeno 6 zkrácených revizí z důvodu úspor dosažených na základě snížení ceny léčivých přípravků – předpokládaná úspora 687,9 mil. Kč, 4 zkrácené revize z důvodu vstupu 1. podobného přípravku, na základě kterého se snížila úhrada pro celou skupinu zaměnitelných přípravků o 32 % – předpokládaná úspora 180,3 mil. Kč.
- Finanční prostředky „ušetřené“ díky provádění zkrácených revizí lze pak alokovat pro plnou úhradu nejméně jednoho přípravku ve skupině léčivých látek, definovaných tzv. přílohou 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění, zajišťovat finanční prostředky pro vstup nových, vysoce nákladných terapií nebo rozšířit možnost použití již hrazených terapií a to pro nové, terapií dosud nepokryté skupiny pacientů.
- Na cenovou a úhradovou regulaci tak lze pohlížet jako balanční systém vyvažující jak nároky na racionální hospodaření s prostředky veřejného zdravotního pojištění tak i na zajištění kvalitní medicínské péče na co nejvyšší možné úrovni.

Zvýšili jsme platy lékařům a sestřám

- Ohodnocení zdravotnických pracovníků v ČR je dlouhodobě na velmi nízké úrovni. Poměr platu lékaře k průměrné mzdě byl za minulých vlády hluboko pod průměrem zemí OECD:



- Tato situace vede k masivním odchodům českých zdravotnických pracovníků do zahraničí, kde jsou lépe ohodnoceni. Obzvláště v nemocnicích je personální situace kritická a provoz mnoha oddělení je pouze obtížně udržitelný.
- V reakci na tuto závažnou situaci současná vláda dvakrát po sobě zvýšila tarifní platy zaměstnanců poskytovatelů lůžkové péče, jejichž je MZ zřizovatelem o 5 %. Dohromady tak proběhlo více než 10 % navýšení za dva roky. Ministerstvo současně prostřednictvím navýšení úhrad dle úhradové vyhlášky garantuje nemocnicím dostatečné navýšení finančních prostředků na zvýšení platů a mezd. Za roky 2015 a 2016 bylo takto vyčleněno 7,5 mld. Kč na platy a mzdy v nemocnicích.



- Současně s navýšením platů jsme v roce 2016 zvýšili cenu práce všech výkonů v Seznamu zdravotních výkonů o 10 % a ambulantní sektor se tak dočkal meziročního navýšení úhrad ve výši 2 mld. Kč. Další navyšování budou pokračovat v roce 2017.

- Ministerstvo dále ustavilo pracovní komisi, která má pravomoc přezkoumat, zda poskytovatelům byly dostatečně navýšeny úhrady k pokrytí zvýšených osobních nákladů. Komise zatím neshledala žádný případ, kde by navýšení úhrad (při dodržení produkce) bylo nedostatečné.
- Dokud to bude ekonomicky únosné, budeme ve zvyšování platů lékařů a sester pokračovat. Pro rok 2017 bylo již na úrovni vlády dohodnuto navýšení platů o 10 %.

Podpořili jsme krajské zdravotnictví

- Podporujeme dostupnost specializované zdravotní péče v regionech tak, aby byla co nejbližší pacientům. Úhradovými vyhláškami jsme nemocnice stabilizovali a nyní již nejsou pokřivujícími koeficienty zvýhodněny žádné nemocnice na úkor jiných.
- Krajským nemocnicím jsme loni pomohli 650 miliony korun z dotací na zlepšení lékařské péče. Pro každý kraj kromě Prahy je alokováno 50 milionů Kč. Jen díky tomu se po celé České republice rozeběhne 84 investičních akcí, díky kterým budou mít pacienti zdravotní služby blíže k domovu.
- V rámci přidělování neinvestičních finančních prostředků na dotační program Bezpečnost a kvalita zdravotní péče bylo v roce 2014-2015 krajským nemocnicím vyplaceno celkem 341 500 Kč. Podpořeny byly programy a projekty realizované v rámci podpory zdraví a Národní sítě nemocnic podporujících zdraví a zdravotní služby. Jen díky tomu dochází k zajištění procesu kontinuálního zvyšování kvality poskytovaných ZS a bezpečí pacientů.
- Odbory zdravotnictví krajských úřadů a krajské nemocnice jsme zařadili na seznam míst, kterým bude v květnu 2016 distribuován Rádce pacienta a to jak v českém, tak i anglickém jazyce. Rádce pacienta je publikace, která má sloužit občanům / pacientům k lepší orientaci ve světě zdravotnictví se zaměřením na poskytování zdravotních služeb. Odbory zdravotnictví krajských úřadů obdrží celkem 70 kusů v anglickém jazyce a 140 kusů v českém jazyce. Krajským nemocnicím bude distribuováno celkem 4 250 kusů Rádce pacienta v anglickém jazyce a 21 250 kusů v českém jazyce. Díky tomu dochází k zajištění dostupnosti aktuálních informací z hlediska kvality a bezpečí jak odborné tak laické veřejnosti.

Posílili jsme státní dozor nad finančními toky zdravotního pojištění, fungováním zdravotních pojišťoven a transparentností systému

- Transparenční novela ustanovila povinnost zdravotních pojišťoven zveřejňovat smlouvy o poskytování a úhradě zdravotnických služeb. Současně uložila zdravotním pojišťovnám zákonnou povinnost poskytovat Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí informace a data k tvorbě úhradových mechanismů, sledování místní a časové dostupnosti a ekonomické efektivity zdravotnických služeb.
- Porušení povinnosti zveřejňování smluv je sankcionováno až desetimilionovou pokutou.
- Díky naší transparenční novele zákona o veřejném zdravotním pojištění zdravotní pojišťovny zveřejňují smlouvy s poskytovateli zdravotní péče (bylo zveřejněno cca 530 tisíc dokumentů)
- Transparenční novela jasně definuje překážky pro výkon funkce ředitele a člena orgánů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, aby se zamezilo střetu zájmů. V orgánech zdravotních pojišťoven tak nemůže být nikdo, kdo by měl majetkovou či rozhodovací účast u některého z poskytovatelů zdravotních služeb nebo distributora léků apod. Stejně je vyloučena i účast ve firmách dodavatelů jiných služeb, např. IT technologií. Způsobilost, tedy neexistence výše uvedených překážek pro výkon funkce ve zdravotní pojišťovně, se prokazuje čestným prohlášením.
- Transparenční novela chrání klienty pojišťoven před snahami o jejich "přetahování" ke konkurenční pojišťovně. Nově je zcela zakázán nábor pojištěnců prostřednictvím třetích osob. Nábor směřjí provádět výlučně kmenoví zaměstnanci zdravotních pojišťoven, za jejichž jednání ponese příslušná pojišťovna

odpovědnost. Ke sloučení dvou pojišťoven má být nově nutný souhlas nejméně dvou třetin členů správních rad a schvalovat ho bude vláda.

- Novela zákona také nově umožňuje měnit zdravotní pojišťovnu ve dvou termínech kalendářního roku, k 1. lednu a k 1. červenci, dříve bylo možné pouze k 1. lednu. Dvanáctiměsíční interval mezi přestupy je zachován.
- Zásadně jsme na ministerstvu posílili kontrolu zdravotních pojišťoven – až pod naším vedením začalo Ministerstvo zdravotnictví plnit svoji povinnost a provádět skutečnou kontrolu zdravotních pojišťoven.

Nastartovali jsme projekt DRG Restart

- Ihned jsme zahájili práce na skutečně spravedlivém systému úhrad za poskytování lůžkové péče a dostali zavádění systému DRG (klasifikace a úhrada zdravotních služeb podle konkrétní diagnózy) pod kontrolu Ministerstva zdravotnictví.
- Byla vytvořena fungující síť referenčních nemocnic – na jejich datech jsou prováděny analytické práce. Analytické podklady DRG již nejsou vytvářeny bez vazby na realitu v našich nemocnicích.
- Jsou postupně tvořeny zásadní dokumenty našeho DRG – metodika oceňování hospitalizačních případů, klasifikační systém hospitalizačních případů, kodéřský manuál a další metodiky bez kterých nemůže DRG řádně fungovat.
- Celý projekt je veden na akademickém standardu otevřenosti, transparentnosti a je podrobován pravidelně oponentuře odborné veřejnosti.
- V roce 2016 byl ustanoven implementační tým DRG Restart, který má za cíl nastavit v interních systémech referenčních nemocnic první verzi metodiky nákladového oceňování hospitalizačních případů a dále tuto metodiku kultivovat a vytvořit a aplikovat kodéřský manuál, týkající se zdravotních služeb.
 - Implementační tým tvoří odborní asistenti referenčních nemocnic, zastupující jednotlivé obory (účetnictví, personalistiku a mzdy, controlling, vykazování zdravotních služeb a kódování zdravotních služeb).
 - Hlavním úkolem implementačního týmu je zajištění transparentního popisu o poskytovaných zdravotních službách a jejich nákladech v referenčních nemocnicích.

Centrální nákupy

- Ministerstvo zdravotnictví má dlouhodobé pozitivní zkušenosti s centrálními nákupy elektrické energie, plynu, výpočetní techniky a motorových vozidel. V roce 2015 jsme dále získali řadu cenných zkušeností v rámci pilotního projektu centrálních nákupů některých komodit spotřebního zdravotnického materiálu.
- Ministerstvo zdravotnictví bylo v nezávislé studii z.s. Econlab dokonce vyhodnoceno jako jedno z nejúspěšnějších ve vztahu k centralizaci nákupů.
- V souladu s koaliční smlouvou, programovým prohlášením vlády i doporučeními Evropské komise vnímáme nadále centrální nákupy jako významný nástroj pro snižování nákladů přímo řízených organizací, a tedy jako klíčovou příležitost pro efektivizaci jejich činnosti.
- Pro přímo řízené organizace MZ již centrálně nakupujeme elektřinu, plyn, automobily, výpočetní techniku a za období let 2014 – 2015 jsme uskutečnili centralizované nákupy v objemu přes 500 mil. Kč, přičemž jsme dosáhli úspory ve výši přes 100 miliónů Kč.

Prosadili jsme efektivní NZIS

- Prosadili jsme novelu zákona o zdravotních službách zásadně posilující Národní zdravotnický informační systém.
- Bez relevantních a aktuálních dat se systém zdravotnictví nedá efektivně řídit.
- Novela zásadně zprůhlední finanční toky ve zdravotnictví a umožní jejich sledování bez časových prodlev. Umožní také zavést plnohodnotný systém hodnocení kvality péče.
- Končíme s vyplňováním papírových výkazů, které zatěžovalo naše lékaře a nemocnice – budujeme moderní systém sběru statistických dat.
- Vznikne rovněž neveřejný registr zdravotníků, který nám umožní se včas připravovat na demografické změny a vývoj kapacit jednotlivých profesí – bude možné analyzovat dostupnost odborníků a předvídat potřebné vzdělávací kapacity.
- Od dojmů a politických představ se přesouváme k řízení zdravotnictví na základě reálných dat.
- Cílový stav lze celkově shrnout v následujících bodech:
 - Jasně pojmenovaná pozice, kompetence a odpovědnost správce NZIS.
 - Definovaná role dat NZIS v systému hodnocení indikátorů kvality a bezpečnosti zdravotních služeb.
 - Definice zdravotních registrů odpovídající potřebám hodnocení současného systému zdravotní péče, včetně sledování epidemiologicky závažných chronických onemocnění a komplexního sledování zdravotní péče ve prospěch občanů ČR, pacientů (monitoring dostupnosti péče, kvality péče, potřebného rozsahu péče).
 - Zapojení zdravotních pojišťoven do kultivace obsahu a funkčnosti NZIS. Nově definovaný Národní registr zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění zásadně zkvalitní data NZIS, zajistí jejich zpětnou vazbu pro poskytovatele zdravotních služeb i pro zdravotní pojišťovny samotné a významně omezí administrativní zátěž poskytovatelů spojenou se současným redundantním sběrem dat formou klinických výkazů.
 - Národní registr zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění se rovněž stane nepostradatelnou datovou základnou optimalizace a kultivace systému těchto úhrad.
 - Vznik centrálního neveřejného registru zdravotnických pracovníků, který bude v souladu s právem zdravotnických pracovníků na informační sebeurčení, jak požaduje Ústavní soud, a stane se referenčním zdrojem dat (identit) pro všechny subjekty a správní orgány a jejich existující parciální databáze o zdravotnických pracovnících (krajské úřady, zdravotní pojišťovny, ministerstvo, vzdělávací instituce, komory a další).
- Po nabytí účinnosti novely zákona o zdravotních službách budou existovat následující registry
 - Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb
 - Národní registr zdravotnických pracovníků
 - Národní registr hrazených zdravotních služeb
 - Národní zdravotní registry

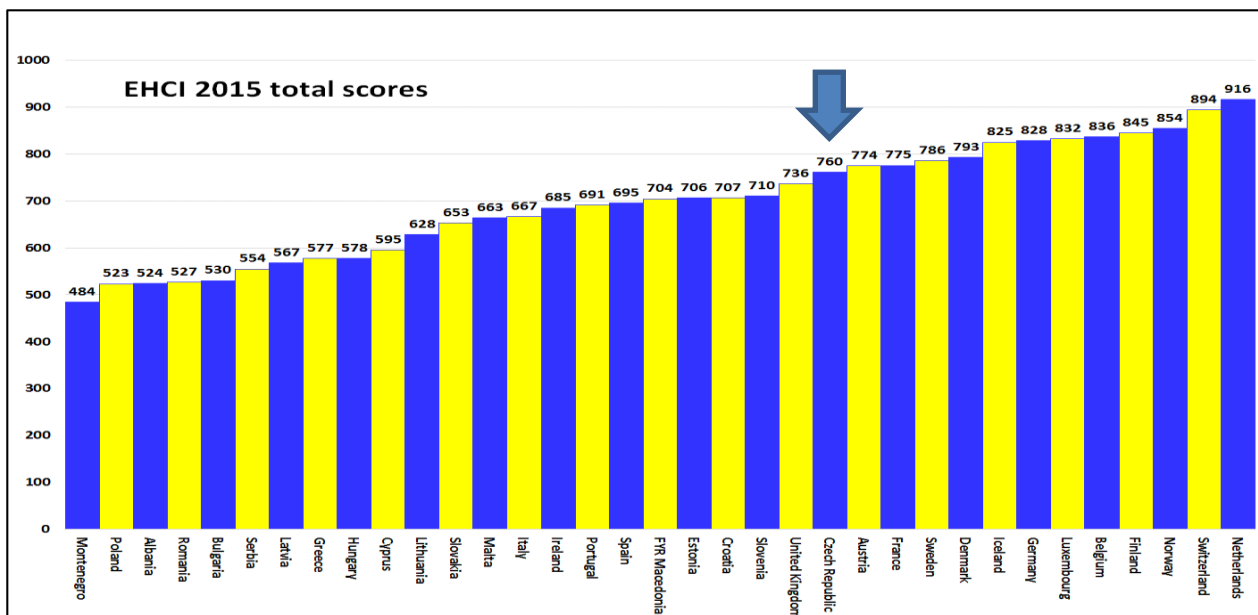
Zavedli jsme dotační program pro praktické lékaře v odlehlých oblastech

- Připravili a spustili jsme dotační program, který umožní novým ordinacím v odlehlých oblastech, kde jsou problémy se zajištěním primární péče, čerpat dotaci na založení praxe až 0,5 milionu Kč.
- Program je určen pro praktické lékaře (VPL) pro dospělé a pro praktické lékaře a pro děti a dorost (PLDD).

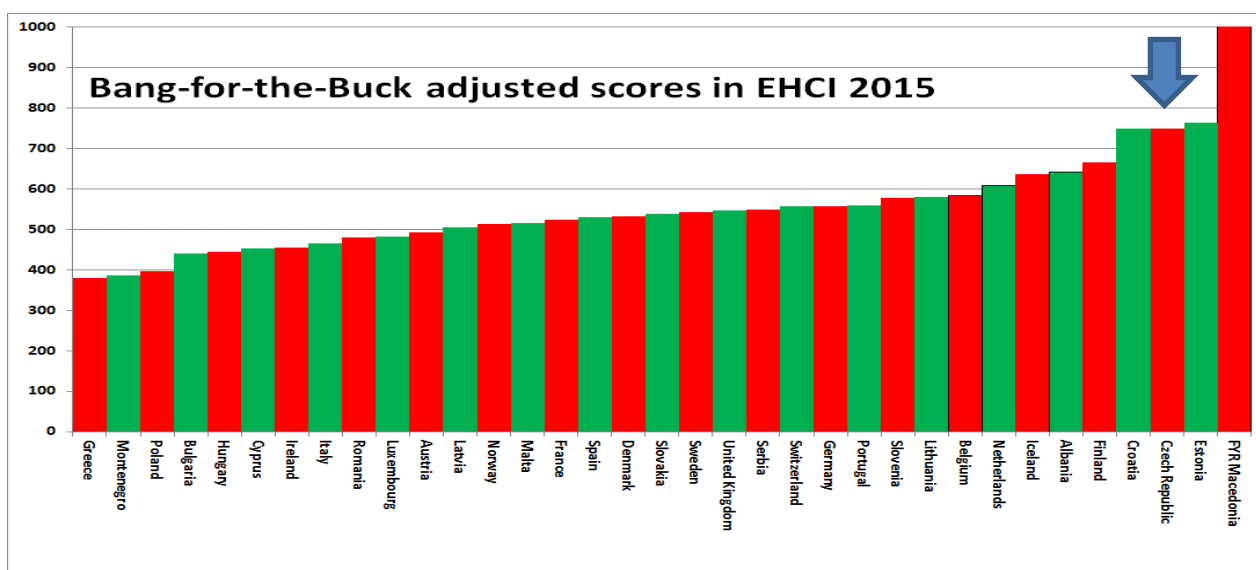
- Prostředky určené na dotační program jsou pro rok 2016 ve výši 5 milionů Kč, na jednoho žadatele maximálně 2 x 250 000 Kč.
- Podpora bude probíhat průběžně, hraniční je datum 31. září – po tomto datu bude dotace přiznána až na další kalendářní rok. Poskytnutá dotace bude vyplacena jednorázově do 30 dnů od začátku poskytování hrazených služeb v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost v dané oblasti, což může být nejdříve 30 dnů od vydání rozhodnutí o přidělení dotace. Dotace musí být vyplacena v roce, na který byla dotace žadateli přiznána a lze ji použít na náklady, které prokazatelně vznikly v daném roce. Důvodem je nutnost dodržet zásady a termíny finančního vypořádání vztahů se státním rozpočtem.
- Dotace je určena na:
 - Mzdu sestry nebo zdravotnického asistenta (dotace max. 250 000 Kč/rok, max. 70 % nákladů)
 - Nákup přístrojového vybavení (min. technické vybavení nebo přístroje rychlé diagnostiky, dotace max. 250 000 Kč/rok, max. 70 % nákladů). Nákupní cena jednotlivých položek nesmí převýšit 40 tisíc Kč.
 - Část nákladů nepokrytých prostředky z dotace podle tohoto programu smí žadatel pokrýt prostředky z jiných veřejných zdrojů.
- Dotace je určena pro osobu, která plánuje poskytovat nebo začala poskytovat v předchozích 3 měsících před podáním žádosti zdravotní služby v oboru PL nebo PLDD v místech, kde je zajištění těchto služeb podstatně omezeno.
 - Toto kritérium bude splněno, pokud bude dotace směřována do oblasti, která je uvedena na seznamu zveřejněném u tohoto dotačního programu na webových stránkách MZ ČR nebo pokud žadatel předloží s žádostí prohlášení minimálně dvou zdravotních pojišťoven, že v případě, že začne poskytovat zdravotní služby v oboru všeobecného praktického lékařství nebo praktického lékařství pro děti a dorost v dané oblasti, ve které je zajištění primární péče podstatně omezeno, bude s ním uzavřena smlouva o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb. Minimální rozsah poskytovaných zdravotních služeb je 20 hodin týdně rozložených do 5 pracovních dnů včetně zajištění návštěvní služby. Při kratší ordinační době bude dotace poměrně snížena.
 - Seznam zveřejněných oblastí, kam je určena dotace pro VPL: Suchdol nad Lužnicí, Vyškov, Znojmo, Ašsko, Františkovy Lázně, Hroznětín, Cheb, Merklín, Náchod, Jeseník, Bílina, Chomutov, Kadaň, Jirkov, Louny, Most, Bílina, Žatec, Černovice, Jemnice, Bystřice pod Hostýnem, Otrokovice a Starý Hrozenkov.
 - Seznam zveřejněných oblastí, kam je určena dotace pro PLDD: Český Krumlov, Tábor, Vyšší Brod, Vyškov, Znojmo, Broumov, Chuchelná, Ostrava – město, Štěpánkovice, Jeseník, Štítý, Lanškroun, Chomutov, Louny, Most, Teplice, Žatec a Černovice.

Zlepšili jsme pozici českého zdravotnictví v mezinárodních srovnáních – kvalita a dostupnost zdravotních služeb si drží vysokou úroveň

- Country report - v každoročním hodnocení výsledků zdravotnického systému Evropskou komisí jsme hodnocení roku 2014 na úrovni „Omezený pokrok“ (Limited progress) důslednou realizací opatření ke zvýšení efektivity zdravotnického systému posunuli na vyšší úroveň hodnocení „Určitý pokrok“ (Some progress)
- EHCI - v širokém nezávislém srovnání uživatelských indexů v 35 evropských zemích (European Health Consumers Index) se ČR po poklesu v roce 2013 v letech 2014 a 2015 posunula na 13. pozici před země jako Velká Británie nebo Španělsko. Velmi pozitivně k posunu přispěla stabilita systému, dostupnost zdravotních služeb, rovnost v přístupu k péči, vysoká míra efektivity vložených finančních prostředků. Srovnání u České republiky dále vyzdvihuje fundamentální stabilitu zdravotnictví a nízkou míru korupce.



- Pokud se při srovnáních současně přihledne i k tomu, kolik jednotlivé země dávají peněz na financování zdravotnictví, vychází Česká republika jako jedna z prvních tří zemí s neefektivnějším systémem zdravotnictví (společně s Makedonií a Estonskem):



- WHO/Health Promotig Hospitals & Health Care (HPH) - Národní síť HPH v ČR dosáhla v prosinci 2013 čestného světového prvenství, kdy v rámci realizace WHO externích auditů získaly 3 české nemocnice „WHO/HPH certifikát“ a v září 2014 další 4 nemocnice získaly zlatý HPH certifikát. V rámci těchto hodnotících auditů ČR prokázala vysokou úroveň v plnění HPH standardů se 40 měřitelnými prvky, které mohou být pro zhodnocení činností na podporu zdraví použity na úrovni celé nemocnice nebo jednotlivých oddělení. Celková míra naplnění standardů WHO-HPH je v současnosti výrazně vyšší ve srovnání s mezinárodními základními daty. Míra naplnění činila 68% versus 53%. V rámci plnění úkolů v Akčním plánu kvality a bezpečí pokračujeme v aktivitách vedoucích ke zvýšení počtu nemocnic zapojených a certifikovaných do mezinárodní HPH sítě.
- OECD Studie kvality zdravotní péče ČR - Zvyšování standardů - v roce 2013 se ČR (zastoupena MZ) zapojila do pilotních projektů OECD se zaměřením na oblast zdraví – Studie kvality zdravotní péče. Jedná se o historicky první studii OECD orientovanou specificky na kvalitu zdravotnictví v České republice. Cílem MZ bylo získat cenné poznatky a praktické podněty pro trvalé a kontinuální zvyšování kvality zdravotních služeb v

ČR. Aby ČR v oblasti stálého zvyšování kvality a bezpečí postoupila do další fáze, získaná konkrétní praktická doporučení postupně využívá při tvorbě strategických a legislativních předpisů a při zavádění metodických vodítek a programů pro kontinuální zvyšování kvality a bezpečí.

Rozvíjíme síť center vysoce specializované péče

- Pokračujeme ve snaze o centralizaci 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.
- Vzhledem ke specifické poskytované zdravotní péči a způsobu její organizace jsou poskyvatelé zdravotních služeb, kteří získali statut centra vysoce specializované péče, považováni v příslušné oblasti poskytované zdravotní péče za subjekty zajišťující veřejnou službu, resp. službu obecného hospodářského zájmu ve smyslu předpisů Evropské unie (zvláště rozhodnutí Komise č. 2012/21/EU).
- Ministerstvem byla do současnosti ustavena níže uvedená centra vysoce specializované péče:
 - Centra vysoce specializované intenzivní péče v perinatologii (Věstník MZ č. 2/2014)
 - Centra vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii (Věstník MZ č. 3/2014, Věstník MZ č. 11/2015 a Věstník MZ ČR 1/2016)
 - Centra vysoce specializované hematoonkologické péče pro dospělé (Věstník MZ č. 8/2014)
 - Centra vysoce specializované hematoonkologické péče pro děti (Věstník MZ č. 8/2014)
 - Centra vysoce specializované péče pro pacienty s hemofilií a dalšími poruchami hemostázy (Věstník MZ č. 8/2014)
 - Centra vysoce specializované péče pro pacienty s vzácnými vrozenými a získanými poruchami krevetvorby (Věstník MZ č. 8/2014)
 - Centra vysoce specializované onkologické péče (Věstník MZ č. 4/2015)
 - Centra vysoce specializované hematoonkologické péče pro děti, která nedisponují transplantační jednotkou (Věstník MZ č. 11/2015)
 - Centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé (Věstník MZ č. 3/2016)
 - Centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti (Věstník MZ č. 3/2016)
 - Centra vysoce specializované péče o pacienty s popáleninami (Věstník MZ č. 3/2016)
 - Centra vysoce specializované péče pro farmakorezistentní epilepsie (Věstník MZ č. 3/2016)
 - Centra vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé (Věstník MZ č. 4/2016)
 - Centra vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro děti (Věstník MZ č. 4/2016)
 - Centra vysoce specializované kardiovaskulární péče (Věstník MZ č. 4/2016)
- V procesu udělení statutu se nacházejí centra vysoce specializované péče v oblasti transplantologie – výzva vyhlášena ve Věstníku MZ č. 3/20.