

Podkladový materiál
Ministerstva zdravotnictví
pro 109. 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	Další navrhovaná opatření	11

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%

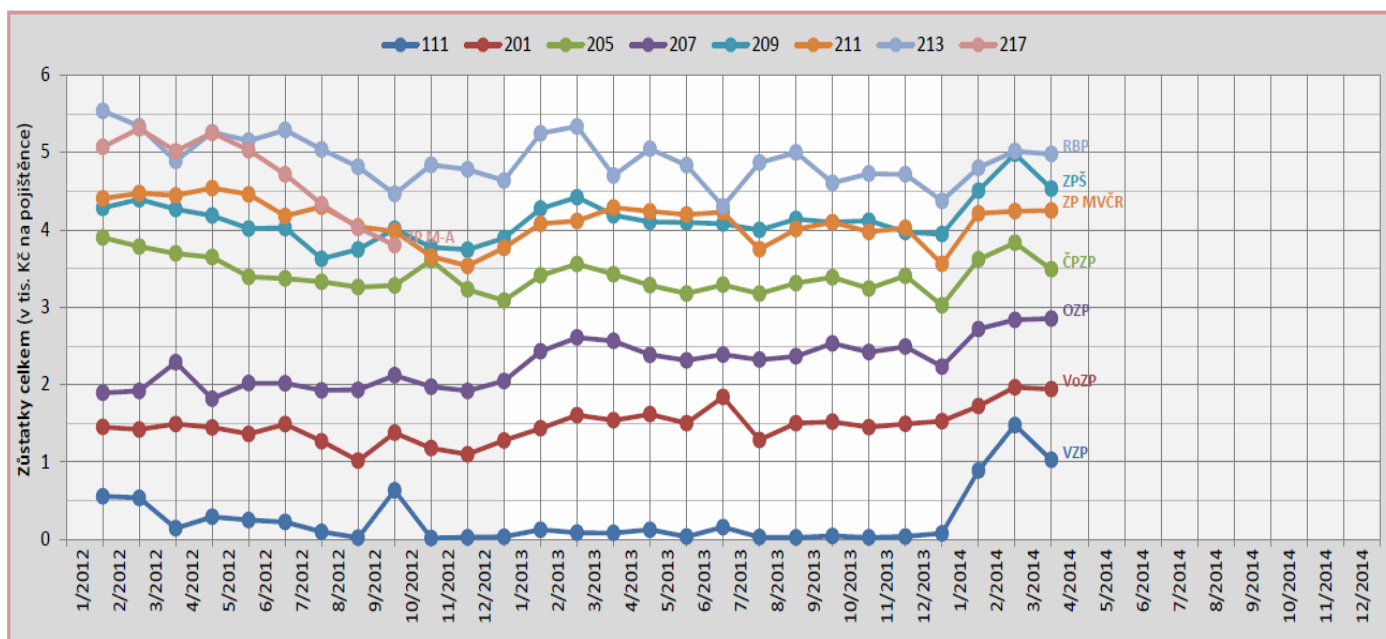
Přehled ekonomické situace k 31. 12. 2013 podle druhu poskytovatele zdravotnických služeb:

(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

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 předsunuté 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 předsunuté 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 oproti predikci platné v době přípravy plánů.

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 RBP (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.

Úhradovou vyhlášku pro rok 2014 lze naopak považovat za prorůstovou. Celkově bude v roce 2014 ze systému veřejného zdravotního pojištění za zdravotní péči zdravotními pojišťovnami zapláceno poskytovatelům 235 mld. Kč. Do segmentu nemocnic bylo alokováno o 4 miliardy Kč více než v roce 2012. Ve všech ostatních segmentech došlo k růstu oproti roku 2013 a s výjimkou lázní i oproti roku 2012. Výpadek příjmů lázní a ozdravovna (z důvodu zrušení regulačního poplatku) byl kompenzován zvýšením úhrad z veřejného zdravotního pojištění o 100 Kč za den v případě dospělého pojištěnce, o 200 Kč za den v případě dítěte.

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	2014 – modelace*
MZ	49 028	50 444	50 606	49 745	52 127
kraj - PO + obch.spol.	36 265	36 737	36 117	35 297	37 897
město - PO + obch.spol.	5 611	6 022	5 961	5 612	6 182
JPO, církev	11 112	11 476	12 639	12 143	13 096
ostatní centr orgány	1 793	1 894	1 988	1 991	2 130
celkem	103 811	106 575	107 312	104 789	111 433

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. V případě * Modelace dopadu úhradové vyhlášky pro rok 2014 data reflektují pouze nárůst úhrad za lůžkovou péči, počítá se s nezměněnou výší úhrad za ambulantní část péče.

2 Ekonomická problematika

2.1 Kompenzace za zrušené regulační poplatky

V roce 2014 musí poskytovatelé lůžkových zdravotních služeb čelit výpadkům příjmů z důvodu nálezů 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.

Návrh zákona, kterým se provádí výše popsaná kompenzace výpadku regulačních poplatků, byl sněmovnou přijat na 8. Schůzi dne 6. 5. 2014. Zákon byl doručen Senátu dne 9. 5. 2014.

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 pojišťovnám 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 Další navrhovaná opatření

V návaznosti na schválení materiálu *"Stav systému veřejného zdravotního pojištění a návrhy opatření k jeho stabilizaci"* vláda uložila ministru zdravotnictví USNESENÍM VLÁDY ČR č. 183 ze dne 24. 3. 2014 předložit seznam dalších plánovaných změn Ministerstva zdravotnictví, které mají vést ke zvýšení efektivity a transparentnosti systému veřejného zdravotního pojištění. Ministr zdravotnictví předložil na jednání vlády dne 28. 4. 2014 níže uvedené návrhy systémových změn. Vláda tyto návrhy schválila a uložila ministru zdravotnictví informovat vládu do 31. prosince 2014 a dále v šestiměsíčních intervalech o stavu plnění jednotlivých opatření obsažených v materiálu.

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 poskytl 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. V případě, že jsou s poskytovatelem zdravotních služeb ujednány individuální podmínky úhrady, je nutné, aby byly tyto podmínky zdůvodněny v komentáři zveřejněném spolu se smlouvou.

Realizační fáze: Ministerstvo zdravotnictví již zahájilo legislativní práce pro realizaci tohoto opatření, které budou vládě předloženy do 30. 6. 2014.

b) Snížení maximálního možného přídělu do provozního fondu zdravotních pojišťoven

Provozní fond slouží k financování vlastního provozu zdravotních pojišťoven. Maximální možný roční příděl do provozního fondu zdravotních pojišťoven je upraven fondovou vyhláškou Ministerstva financí č. 418/2003 Sb. V roce 2013 se koeficient přídělu pohyboval u jednotlivých zdravotních pojišťoven od 3,24 % do 3,41 %. Celkový příděl 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 přídělu do provozních fondů na celkových příjmech o 0,3 procentního bodu by znamenalo úsporu přes 700 milionů Kč. Takto ušoupené finanční prostředky mohou být použity na úhradu léčby pacientů.

Realizační fáze: Účinnost tohoto opatření je předpokládána od 1. 1. 2015.

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.

Součástí požadovaných dat budou také informace o tom, kolik do systému zdravotního pojištění vkládají klienti zdravotních pojišťoven a kolik z něho čerpají, a to v rozdělení podle věkových skupin: děti, mládež a důchodci (státní pojištěnci), zaměstnanci, zaměstnavatelé, osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů.

Realizační fáze: Opatření bude předloženo vládě do 30. 6. 2014 tak, aby mohlo nabýt účinnosti k 1. 1. 2015.

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 nábory prostřednictvím třetích osob pod hrozbou sankce až 5 milionů Kč.

Toto opatření přinese úsporu pro systém veřejného zdravotního pojištění v řádu desítek milionů Kč, které jsou v současné době na kontaktní akvizice pojištěnců vynakládány. Tyto prostředky budou moci být použity na jiné činnosti, které budou zlepšovat zdravotní stav pojištěnců.

Realizační fáze: Legislativní úprava zákazu bude předložena vládě jako součást novel zákonů o zdravotních pojišťovnách do 30. 6. 2014 s předpokládanou účinností od 1. 1. 2015.

e) Snížení přidělu 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. Zdroje získané snížením rezervních fondů budou příjmem příslušné zdravotní pojišťovny a nebudou vstupovat do přerozdělování.

Realizační fáze: Opatření bude součástí zákonů předkládaných vládě do 30. 6. 2014 s předpokládanou účinností k 1. 1. 2015.

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).

Úspory při správné realizaci tohoto opatření jsou odhadovány v řádu stovek milionů Kč.

Realizační fáze: Do konce roku 2015 proběhne vyhodnocení funkčnosti navrženého opatření. Následovat bude případná právní úprava.

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. Současný stav je velmi nedokonalý a chaotický a trpí každoročními změnami úhradových vyhlášek. 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. Opatření je připravováno tak, aby a priori nepočítalo se zvýšením počtu funkčních míst ani dalšími zvýšenými požadavky na státní rozpočet.

Toto opatření nepřinese úsporu v podobě snížení finančních prostředků směřujících do zdravotnictví, ale zvýší se efektivita vynakládání těchto prostředků.

Realizační fáze: v průběhu roku 2015

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.

Realizační fáze: Realizace tohoto opatření se předpokládá s účinností od 1. 1. 2015.

II. Oblast zdravotních služeb

a) Zřízení přístrojové komise

Ministerstvo zdravotnictví nově zřídilo 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. 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).

Realizační fáze: přístrojová komise již byla zřízena

V květnu 2015, tj. po roce činnosti Komise pro posuzování rozmístění přístrojových zdravotnických prostředků, bude vyhodnocena její činnost a efekt pro úhrady zdravotních služeb. Zároveň bude stanoveno, zda budou při posuzování rozmístění přístrojové techniky využívány výhradně metody Health Technology Assessment (HTA) a zda je žádoucí do platné právní úpravy zapracovat závaznost doporučení Komise pro posuzování rozmístění přístrojových zdravotnických prostředků pro uzavření smluvního vztahu mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb pro výkony realizované na předmětných přístrojích.

a) 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 nasmlouvaly tyto zdravotní 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, popřípadě konkrétních zdravotních výkonů právě v těchto centrech.

Toto opatření nepřinese úsporu v podobě snížení finančních prostředků směřujících do zdravotnictví, ale zvýší se efektivita vynakládání těchto prostředků.

Realizační fáze: v průběhu r. 2014 a 2015 bude Ministerstvo zdravotnictví postupně ustanovovat jednotlivá centra vysoce specializované péče, na kterých se shodne se zdravotními pojišťovnami. V průběhu roku 2015 proběhne nezbytná novela úhradových právních předpisů.

b) 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, a to v případě péče plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění cestou rekalkulace nákladů na jednotlivé typy ošetrovacích dnů v následné i dlouhodobé léčebné péči.

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, 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.

Budou muset následovat změny v úhradových mechanismech těchto segmentů péče. Výše úhrad ze zdravotního pojištění by se měla lišit podle funkčního stavu pacienta, ne podle toho, na kterém typu lůžka postakutní péče je hospitalizován.

Předpokládaným efektem je, že zdravotní péče bude hrazena z veřejného zdravotního pojištění a sociální potřeby pacientů z prostředků sociálních. V současné době tento mechanismus nastaven není.

V současné době byla zahájena činnost nové pracovní skupiny MPSV a MZ týkající se řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče. Realizace výstupů této skupiny je plánována do konce r. 2015.

Realizační fáze: Do 30.6.2014 bude vyhodnocen pilotní projekt, který ověřoval navrhované změny týkající se testování funkčního stavu pacientů a měl za cíl sledovat objem poskytnutých služeb pacientům. V návaznosti na tyto výstupy budou realizovány nezbytné legislativní úpravy formou novel příslušných právních předpisů. Nabytí účinnosti novel předpokládáme od konce roku 2015.

c) 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.

Realizační fáze: do 30.6.2015

d) 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.

Kvalita, bezpečnost a účinnost léčivých přípravků je posuzována již v rámci vlastního registračního procesu.

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

Realizační fáze: do 31.12.2014

e) 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).

Realizační fáze: průběžně

f) Rozvoj systému interního hodnocení kvality podle § 47 odst. (3) písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., 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 aktualizovalo povinné minimální požadavky pro zavedení systému interního hodnocení kvality a bezpečí. 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.

Povinné minimální požadavky stanovené Věstníkem MZ pro systém interního hodnocení kvality pro poskytovatele ambulantních zdravotních služeb bude nutné přehodnotit.

Dobrovolné externí hodnocení kvality a bezpečí je prozatím realizováno v případě poskytovatelů lůžkové péče. Do budoucna plánujeme jeho rozšíření i pro další poskytovatele.

Systémovým zvyšováním kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče dochází k zefektivnění poskytovaných zdravotních služeb.

Realizační fáze: Přehodnocení interního systému hodnocení kvality pro ambulantní poskytovatele předpokládáme do konce roku 2014. Dobrovolné externí hodnocení kvality pro ambulantní poskytovatele je možné realizovat novelou příslušné vyhlášky, kdy nabytí účinnosti je reálné do 1.1.2015.

g) Dostupnost zdravotních služeb

Dostupnost zdravotních služeb je v gesci zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny spolu s kraji již zahájily analýzu potřebnosti počtu lůžek dle jednotlivých typů a se zástupci krajů strukturu lůžek, vizi restrukturalizace lůžek a dostupnost péče projednaly. Ministerstvo zdravotnictví se bude analýzou zabývat

a využije dostupná data zdravotních pojišťoven.

Realizační fáze: průběžně

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 navrhuje pro zvýšení transparentnosti a udržitelnosti této části zdravotního systému následující opatření.

Nejedná se o zcela nové opatření. Dohledová činnost nebyla v minulosti dostatečně intenzivně vykonávána. Předpokládáme zefektivnění kontroly.

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.

Realizační fáze: 30.6.2014

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. V případě zjištění nežádoucího chování bude situace řešena s ředitelem dotčené organizace i v rámci pracovně právních vztahů.

Realizační fáze: 30.4.2014

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.

Realizační fáze: v průběhu roku 2015

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.

Realizační fáze: 30.9.2014

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.

Realizační fáze: v průběhu roku 2015

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.

Z důvodu různých požadavků jednotlivých organizací, s ohledem na jimi poskytované zdravotní služby a velké množství typů možných komodit z oblasti zdravotnického materiálu, zřídí Ministerstvo zdravotnictví pracovní skupinu, která vytypuje a definuje komodity kterých budou centrálně pořizovány. Výstupy z nově zřízené pracovní skupiny budou závazné pro poskytovatele lůžkové péče zřízené Ministerstvem zdravotnictví.

Realizační fáze: v průběhu roku 2015