

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

## I. Oblast zdravotního pojištění

### a) Povinné zveřejňování smluv zdravotních pojišťoven

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

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

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

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

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 navrhujeme 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 dealeri provádějí nábor na základě smluv za úplatu, dochází k neefektivnímu vynakládání finančních prostředků na činnosti, které pojištěncům z hlediska jejich zdravotního stavu nepřinášejí žádný benefit.

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

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

### **I.**

#### **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 nasmlouvávaly 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 nejvhodnější. 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

- I.
- a. **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.

I.

#### a. **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 navrhujeme 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 pracovních 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

#### **b) 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

#### **c) 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