

Auditní kompendium

Veřejné zdraví

Auditní zprávy zveřejněné mezi lety 2014 a 2019

Prosinec 2019

Kontakt: www.contactcommittee.eu

© Evropská unie, 2019.

Reprodukce povolena s uvedením zdroje.

Zdroj: Kontaktní výbor nejvyšších kontrolních institucí Evropské unie.

K jakémukoli použití či reprodukci těchto materiálů je třeba získat povolení přímo od držitelů autorských práv:

Obrázky 1, 6 a 8: © OECD / Evropská unie, 2018.

Obrázky 2, 3, 7, 9, 12, 13 a 14: © OECD.

Obrázek 4: © Světová zdravotnická organizace (WHO).

| | Strana |
|--|-----------|
| Úvodní slovo | 7 |
| Shrnutí | 8 |
| ČÁST I – Veřejné zdraví v EU | 9 |
| Veřejné zdraví – prodloužení a zkvalitnění života | 10 |
| Zdravotní politika EU | 11 |
| Právní základ a odpovědnost | 11 |
| Cíle politiky | 12 |
| Financování | 13 |
| Veřejné zdraví v členských státech EU | 13 |
| Prevence a ochrana | 14 |
| Přístup ke zdravotní péči | 19 |
| Kvalita zdravotnických služeb | 23 |
| Nové technologie a elektronické zdravotnictví | 26 |
| Udržitelnost veřejných financí a další finanční aspekty | 30 |
| ČÁST II – Přehled práce, kterou provedly NKI | 34 |
| Úvod | 35 |
| Metodika auditů | 35 |
| Kontrolované období | 35 |
| Prevence a ochrana | 37 |
| Cíle auditu | 37 |
| Hlavní auditní připomínky | 38 |
| Přístup ke zdravotnickým službám | 39 |
| Cíle auditu | 39 |
| Hlavní auditní připomínky | 39 |
| Kvalita zdravotnických služeb | 40 |
| Cíle auditu | 40 |

| | |
|---|-----------|
| Hlavní auditní připomínky | 41 |
| Nové technologie a elektronické zdravotnictví | 42 |
| Cíle auditu | 42 |
| Hlavní auditní připomínky | 42 |
| Udržitelnost veřejných financí a další finanční aspekty | 43 |
| Cíle auditu | 43 |
| Hlavní auditní připomínky | 43 |
| Následná kontrola auditů | 44 |
| ČÁST III – Stručný přehled zpráv NKI | 45 |
| Prevence a ochrana | 46 |
| BELGIE – Rekenhof – Cour des comptes – Rechnungshof | 47 |
| Vlámská preventivní politika v oblasti zdraví – posouzení výkonnosti politiky | 47 |
| Francie – Cour des comptes | 51 |
| Prevence infekcí souvisejících se zdravotní péčí: další kroky | 51 |
| Polsko – Najwyższa Izba Kontroli (NIK) | 55 |
| Prevence a léčba diabetu II. typu | 55 |
| Slovinsko – Računsko Sodišče Republike Slovenije | 59 |
| Řešení dětské obezity | 59 |
| Přístup ke zdravotnickým službám | 63 |
| Německo – Bundesrechnungshof | 64 |
| Zdravotnický výzkum nezbytný ke studiu hodnoty ortodontické péče | 64 |
| Litva – Valstybės Kontrolė | 67 |
| Dostupnost zdravotnických služeb a zaměření na pacienta | 67 |
| Malta – National Audit Office | 71 |
| Funkce praktického lékaře – jádro primární zdravotní péče | 71 |
| Portugalsko – Tribunal de Contas | 75 |
| Přístup občanů ke zdravotní péči v rámci systému Národní zdravotní služby Portugalska | 75 |
| Rumunsko – Curtea de Conturi a României | 79 |

| | |
|--|------------|
| Rozvoj zdravotnické infrastruktury na vnitrostátní, regionální a místní úrovni za účelem zvýšení přístupu ke zdravotnickým službám | 79 |
| Evropská unie – Evropský účetní dvůr | 83 |
| Opatření EU v oblasti přeshraniční zdravotní péče: velké ambice, ale je třeba zlepšit řízení | 83 |
| Kvalita zdravotnických služeb | 87 |
| Rakousko – Rechnungshof | 88 |
| Zajištění kvality v případě praktických lékařů | 88 |
| Dánsko – Rigsrevisionen | 92 |
| Zpráva o rozdílech v kvalitě péče napříč dánskými nemocnicemi | 92 |
| Irsko – Office of the Comptroller and Auditor General | 95 |
| Řízení elektivní ambulantní chirurgie | 95 |
| Nové technologie a elektronické zdravotnictví | 99 |
| Bulharsko – Сметна палата на Република България | 100 |
| Elektronické zdravotnictví | 100 |
| Estonsko – Riigikontroll | 104 |
| Aktivity státu při provádění systému elektronického zdravotnictví | 104 |
| Lotyšsko – Valsts Kontrole | 108 |
| Je projekt „Elektronické zdravotnictví v Lotyšsku“ krokem správným směrem? | 108 |
| Udržitelnost veřejných financí a další finanční aspekty | 112 |
| Česká republika – Nejvyšší kontrolní úřad | 113 |
| Peněžní prostředky vynakládané vybranými nemocnicemi na úhradu nákladů | 113 |
| Finsko – Valtiontalouden Tarkastusvirasto | 117 |
| Odhady tendence výdajů na sociální zabezpečení | 117 |
| Řecko – Ελεγκτικό Συνέδριο | 121 |
| Horizontální tematický audit státních nedoplatků týkajících se nemocnic, Národní instituce pro poskytování služeb zdravotní péče (ΕΟΠΥΥ) a regionálního ředitelství pro zdraví | 121 |
| Maďarsko – Állami Számvevőszék | 125 |
| Souhrnná analýza zkušeností získaných na základě auditů nemocnic | 125 |

| | |
|---|------------|
| Itálie – Corte dei Conti | 128 |
| Provádění mimořádného programu pro renovaci budov a technologickou modernizaci nemovitého majetku veřejných zdravotních institucí | 128 |
| Lucembursko – Cour des comptes | 131 |
| Veřejné financování nemocničních investic | 131 |
| Slovensko – Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky | 135 |
| Veřejné finance a majetek zdravotnických zařízení | 135 |
| Španělsko – Tribunal de Cuentas | 139 |
| Řízení a kontrola farmaceutických příspěvků ze strany všeobecné vzájemné pojišťovny španělských státních zaměstnanců (MUFACE) | 139 |
| Seznam auditní činnosti zúčastněných NKI EU týkající se veřejného zdraví od roku 2014 | 143 |
| Zkratková slova a zkratky | 160 |
| Slovník pojmů | 163 |

Úvodní slovo

Vážený čtenáři,

Kontaktní výbor nejvyšších kontrolních institucí (NKI) Evropské unie slouží jako fórum k projednávání a řešení otázek společného zájmu týkajících se veřejné kontroly v EU a jejích členských státech. Posílením dialogu a spolupráce mezi svými členy Kontaktní výbor přispívá k účinnému externímu auditu politik a programů EU. Pomáhá tím také posílit vyvozování odpovědnosti v EU a jejích členských státech a zlepšovat finanční řízení a řádnou správu věcí veřejných EU ku prospěchu občanů EU.

V roce 2017 jsme se na našem výročním zasedání v Lucemburku rozhodli vyvinout další úsilí s cílem zvýšit obecnou informovanost o nedávných auditech, které provedly NKI EU. O rok později, v roce 2018, jsme zveřejnili první auditní kompendium a představili tak v jednom dokumentu činnost NKI EU ohledně zaměstnanosti mladých lidí a jejich začleňování na trhu práce. S ohledem na úspěch tohoto prvního vydání se Kontaktní výbor rozhodl v této činnosti pokračovat a zabývat se dalšími tématy obecného zájmu. S hrdostí vám tedy představujeme druhé vydání auditního kompendia, které se zaměřuje na nedávné audity týkající se veřejného zdraví a souvisejících otázek.

Po několik posledních desetiletí čelí systémy zdravotní péče v členských státech EU četným problémům, jako jsou stále rostoucí náklady a stárnutí obyvatelstva, a zvyšuje se mobilita pacientů i zdravotnických pracovníků napříč členskými státy. Proto veřejné zdraví vyžaduje koordinované úsilí ze strany EU a všech členských států a bude bezpochyby třeba, aby toto téma nadále zaujímalo přední místo v politické agendě příštích generací.

V Evropské unii leží odpovědnost za veřejné zdraví převážně na členských státech. EU především podporuje úsilí vynakládané na vnitrostátní úrovni, přičemž zvláštní důraz klade na doplnění nebo koordinaci činností členských států v oblasti veřejného zdraví. V důsledku toho je veřejné zdraví, pokud jej nahlížíme z hlediska celé EU, složitou oblastí pro audit.

Toto vydání kompendia nabízí obecný úvod k problematice veřejného zdraví a úloze EU a jejích členských států v této politické oblasti a poskytuje přehled vybraných auditů NKI EU od roku 2014, včetně shrnutí jejich činnosti. Více informací o těchto auditech získáte od příslušných NKI.

Doufáme, že toto auditní kompendium pro Vás bude užitečným zdrojem informací.



Klaus-Heiner Lehne

předseda Evropského účetního dvora
předseda Kontaktního výboru a vedoucí projektu

Shrnutí

I Veřejné zdraví je vědou, která se zabývá prevencí chorob a prodlužováním života. Dotýká se denně životů lidí ve všech částech světa. Je tedy v politickém programu všech moderních společností a bude jeho součástí i u příštích generací.

II V EU leží odpovědnost za veřejné zdraví převážně na jejích členských státech. Proto se systémy zdravotní péče v jednotlivých členských státech EU značně liší. Evropská unie podporuje úsilí vynakládané na vnitrostátní úrovni, přičemž zvláštní důraz klade na doplnění nebo koordinaci činností členských států v oblasti veřejného zdraví.

III V důsledku toho je veřejné zdraví, pokud jej nahlédneme z hlediska celé EU, složitou oblastí pro audit. Kvůli významu veřejného zdraví však nejvyšší kontrolní instituce EU provedly mnoho auditů zaměřených na související témata.

IV První část tohoto auditního kompendia poskytuje obecný přehled veřejného zdraví v EU, jeho právního základu, hlavních cílů a souvisejících povinností. Pomocí příkladů také dokládá hlavní problémy, kterým v oblasti veřejného zdraví v současnosti čelí EU i její členské státy.

V Druhá část shrnuje výsledky vybraných auditů, které během posledních pěti let provedly NKI 23 zúčastněných členských států (Rakousko, Belgie, Bulharsko, Česká republika, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Německo, Řecko, Maďarsko, Irsko, Itálie, Lotyšsko, Litva, Lucembursko, Malta, Polsko, Portugalsko, Rumunsko, Slovensko, Slovinsko a Španělsko) a Evropský účetní dvůr. Tyto vybrané audity se zabývaly důležitými aspekty veřejného zdraví, konkrétně preventivními opatřeními, přístupem ke zdravotnickým službám a jejich kvalitou, využíváním nových technologií a udržitelností veřejných financí v oblasti služeb veřejného zdraví.

VI Třetí část tohoto auditního kompendia obsahuje podrobné informativní přehledy k vybraným auditům, jež provedly NKI 23 členských států a Evropský účetní dvůr.

ČÁST I – Veřejné zdraví v EU

Veřejné zdraví – prodloužení a zkvalitnění života

- 1** Zdraví hraje důležitou úlohu nejen v každé moderní společnosti jako celku, ale také pro každého z nás individuálně. Jde o důležitý (ne-li úplně nejdůležitější) určující prvek kvality života.
- 2** Veřejné zdraví, jak jej definovala Světová zdravotnická organizace (WHO), je „**vědou, která se zabývá prevencí chorob, prodloužováním života a podporou zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti**“¹. Zahrnuje všechna opatření, jejichž cílem je zachování nebo zlepšení zdraví lidí.
- 3** Kromě toho, že je zdraví hodnotou samo o sobě, je také významným hospodářským faktorem. V Evropě je veřejné zdraví stejně jako téměř ve všech vyspělých ekonomikách jednou z největších a nejrychleji rostoucích oblastí výdajů. Zdravotničtí pracovníci a pečovatelé představují okolo 8 % celkové pracovní síly v EU².
- 4** Po několik posledních desetiletí čelí evropské systémy zdravotní péče několika problémům. Stárnutí obyvatelstva vedlo k rostoucí poptávce po zdravotnických službách a většímu zaměření na dlouhodobou péči. Zajištění inovativních a účinnějších zdravotnických technologií a léčby pomohlo zlepšit zdravotní stav v mnoha oblastech, ale v některých případech také přispělo k rostoucím nákladům v odvětví zdravotnictví. Současně jsou finanční zdroje omezené.
- 5** Systémy veřejné zdravotní péče tedy musí být nejen finančně udržitelné, ale také odolné: musí se účinně přizpůsobit stále rychleji se měnícímu prostředí a současně využít možností, které nabízejí moderní technologie.
- 6** Vnitrostátní systémy zdravotní péče v EU stále více navzájem spolupracují a stále roste mobilita pacientů i zdravotnických pracovníků napříč členskými státy. Budoucnost veřejného zdraví bude tedy vyžadovat koordinované úsilí EU a všech členských států se společným cílem zajistit delší a kvalitnější život.

¹ Acheson, 1988; WHO.

² OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* (Stručný pohled na zdraví obyvatel Evropy v roce 2018: cyklus Zdravotní stav v EU), OECD Publishing, Paříž/EU, Brusel, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Zdravotní politika EU

Právní základ a odpovědnost

7 Maastrichtská smlouva přidává zdraví do evropského programu, přičemž uvádí: „Společenství přispívá k zajišťování vysoké úrovně ochrany lidského zdraví podněcováním spolupráce členských států a podle potřeby poskytováním podpory jejich akcím“³. Připravila cestu pro lepší podporu zdravotní péče členských států v oblastech, jako je:

- zlepšení zdraví občanů EU,
- modernizace zdravotnické infrastruktury,
- zlepšení účinnosti systémů zdravotní péče.

8 Smlouva o fungování Evropské unie (SFEU) dále poukázala na význam zdravotní politiky, přičemž v jejím článku 168 se uvádí, že „při vymezení a provádění všech politik a činností Unie je zajištěn vysoký stupeň ochrany lidského zdraví“.

9 V souladu se SFEU **leží hlavní odpovědnost** za ochranu zdraví a zejména za systémy zdravotní péče **na členských státech** a při činnosti Unie by měla být „[...] uznávána odpovědnost členských států za stanovení jejich zdravotní politiky a za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče“.

10 Hlavní **úlohou EU** je tedy podporovat, doplňovat a koordinovat činnost členských států v oblasti veřejného zdraví. Tato činnost by měla být především „[...] zaměřena na zlepšování veřejného zdraví, předcházení tělesným a duševním nemocem a odstraňování příčin ohrožení tělesného a duševního zdraví“⁴.

11 V rámci Evropské komise je za celkovou koordinaci a provádění strategie v oblasti zdraví odpovědné **Generální ředitelství pro zdraví a bezpečnost potravin** (GŘ SANTE). Podporuje činnost členských států prostřednictvím:

- navrhování právních předpisů,

³ Maastrichtská smlouva (1992), článek 129.

⁴ Hlava XIV, čl. 168 odst. 1 SFEU.

- poskytování finanční podpory,
- koordinace a usnadňování výměny osvědčených postupů mezi zeměmi EU a jejich odborníky v oblasti zdraví,
- činností na podporu zdraví.

Cíle politiky

12 Strategické cíle zdravotní politiky EU, jak jsou stanoveny v programu v oblasti zdraví⁵ na období let 2014–2020, jsou tyto:

- **podpora zdraví, předcházení nemocem a podpora zdravého životního stylu** prostřednictvím zásady „zohlednění otázky zdraví ve všech oblastech politiky“,
- ochrana občanů EU před vážnými **přeshraničními zdravotními hrozbami**,
- přispívání k inovativním, efektivním a udržitelným **zdravotním systémům**,
- zvyšování dostupnosti **kvalitní a bezpečné zdravotní péče** pro občany EU.

13 Mezi konkrétní priority Komise na období let 2016–2020 v oblasti veřejného zdraví patří mimo jiné dosažení větší nákladové efektivity, řešení nových globálních hrozeb (např. antimikrobiální resistance), řešení rizikových faktorů nepřenositelných nemocí a podpora očkování.

14 V příštím víceletém finančním rámci, který se bude vztahovat na období let 2021–2027, bude program EU v oblasti zdraví pokrýván Evropským sociálním fondem plus (ESF+). Současný návrh předkládá tyto obecné cíle: připravenost na krize, posílení systémů zdravotní péče, prosazování právních předpisů EU v oblasti zdraví a integrované činnosti týkající se evropských referenčních sítí, hodnocení zdravotnických technologií a uplatňování osvědčených postupů a inovací v oblasti veřejného zdraví.

⁵ Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 282/2014 ze dne 11. března 2014, kterým se zavádí třetí program činnosti Unie v oblasti zdraví (2014–2020) a zrušuje rozhodnutí č. 1350/2007/ES.

Financování

15 Zdravotní politiku EU lze financovat pomocí různých nástrojů. Hlavním nástrojem, který se věnuje výhradně zdraví, je **program EU v oblasti zdraví**, jehož rozpočet na období let 2014–2020 činí zhruba 450 milionů EUR. Tento program financuje iniciativy v oblasti podpory zdraví, zdravotní bezpečnosti a zdravotnických informací.

16 Dalšími nástroji, které mohou také financovat činnosti související se zdravím, jsou:

- výzkumný program **Horizont 2020**, který podporuje projekty v oblastech, jako jsou biotechnologie a zdravotnické technologie,
- **politika soudržnosti EU**, která podporuje investice do zdraví v zemích a regionech EU,
- **Evropský fond pro strategické investice**.

Veřejné zdraví v členských státech EU

17 Ačkoli jsou systémy zdravotní péče v členských státech EU založeny na společných hodnotách (zejména na rovnosti, všeobecném přístupu ke kvalitní péči a solidaritě⁶), značně se mezi sebou liší.

18 Mezi systémy zdravotní péče existují základní rozdíly z hlediska způsobu jejich financování a poskytování. V rámci EU je možné rozlišit tři odlišné modely financování⁷:

- „**Beveridgeův model**“ je veřejný systém financovaný z daní, který obvykle poskytuje všeobecné pokrytí a závisí na pobytu nebo státním občanství,
- „**sociální systém zdravotního pojištění**“ neboli „**Bismarckův model**“ je systém, v němž je zdravotní péče financována prostřednictvím povinných příspěvků sociálního zabezpečení, většinou ze strany zaměstnavatelů nebo zaměstnanců,
- „**smíšený model**“ je model založený na soukromém financování z dobrovolných systémů pojištění nebo doplatků.

⁶ Závěry Rady o společných hodnotách a zásadách ve zdravotních systémech Evropské unie, Úř. věst. C 146, 22.6.2006.

⁷ Evropský výbor regionů: Řízení systémů zdravotní péče v členských státech EU.

19 V roce 2016 Komise ve spolupráci s OECD zahájila iniciativu „Stav zdraví v EU“, jejímž cílem je pomoci členským státům zlepšit výkonnost jejich systémů zdravotní péče. V rámci této iniciativy zveřejnila Komise v roce 2018 analýzu „**Stručný pohled na zdraví obyvatel Evropy**“, která srovnává údaje ze všech členských států v souvislosti s výkonností jejich příslušných systémů zdravotní péče.

20 Tato analýza se zaměřuje na otázky, jako jsou preventivní opatření, přístup k systémům zdravotní péče a jejich účinnost a také udržitelnost veřejných financí. Hlavní závěry zprávy jsou shrnuty na **obrázku 1**:

Obrázek 1 – Podpora inteligentních investic do zdraví



Zdroj: Evropská komise, Stav zdraví v EU, Informační přehled o zprávě Stručný pohled na zdraví obyvatel Evropy v roce 2018 (OECD, Evropská komise).

Prevence a ochrana

21 Prevence chorob zahrnuje opatření, jejichž cílem je minimalizovat zátěž v podobě nemocí a spojených rizikových faktorů⁸.

⁸ WHO, 2017.

22 Lze je rozdělit do těchto kategorií:

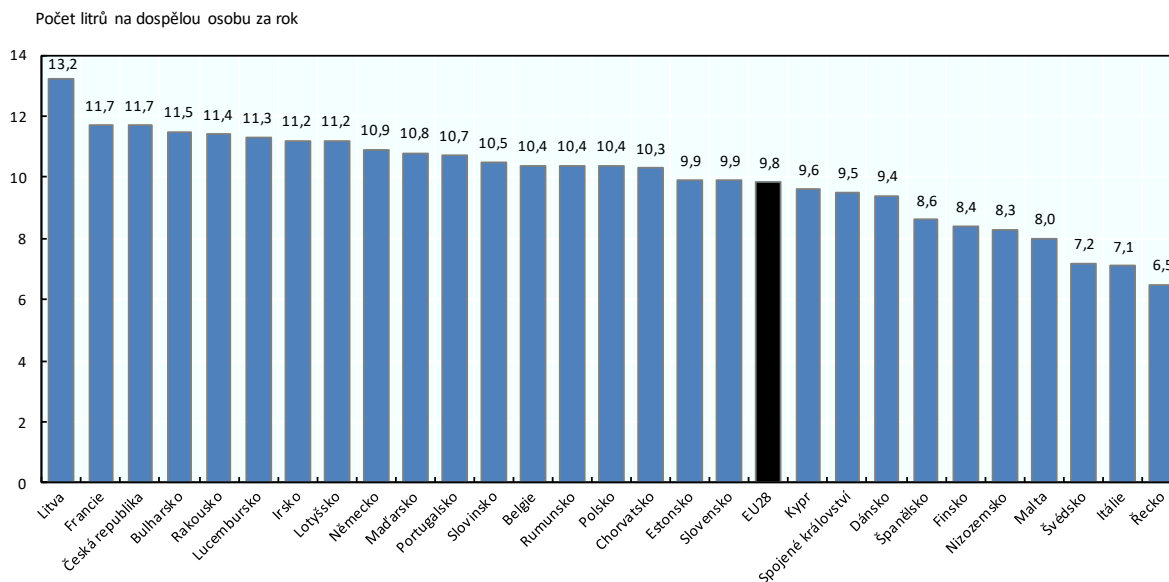
- primární prevence, jejímž cílem je zabránit nemocem dříve, než se vyskytnou,
- sekundární prevence, která spočívá ve včasném odhalení nemoci,
- terciární prevence, jejímž cílem je snížit dopad nemoci.

23 Odhaduje se, že v roce 2016 **zemřelo v EU předčasně 790 000 osob** v důsledku kouření, konzumace alkoholu, nezdravé stravy a nedostatku fyzické aktivity⁹ – jde o životy, které mohly být teoreticky zachráněny díky silnějšímu zaměření na podporu zdraví a prevenci.

24 Zejména nepřenosné nemoci (např. kardiovaskulární onemocnění, rakovina, Alzheimerova nemoc nebo diabetes) mají na svědomí vysoký počet předčasných úmrtí a vedou k vyšším výdajům na zdraví. Těmto úmrtím je často možné snadno zabránit odstraněním hlavních rizikových faktorů, které je způsobují (např. znečištění, kouření, nedostatek fyzické aktivity nebo konzumace alkoholu) (viz **obrázek 2, 3 a 4**). To platí zejména pro EU, neboť ta je stále regionem s nejvyšší konzumací alkoholu na světě. Evropané vypijí přibližně 10 litrů alkoholu za rok. Kromě toho zhruba 20 % dospělých osob v EU každodenně kouří.

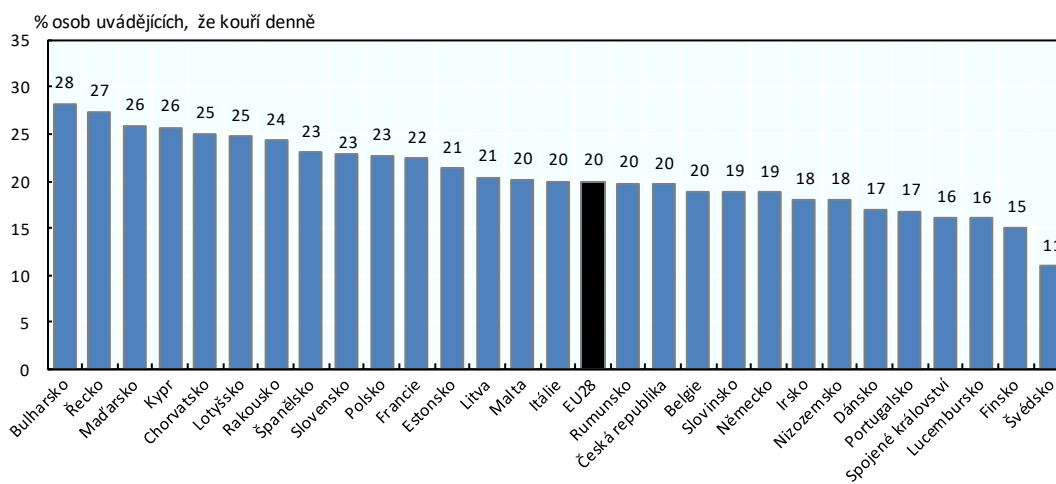
⁹ OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* (Stručný pohled na zdraví obyvatel Evropy v roce 2018: cyklus Zdravotní stav v EU), OECD Publishing, Paříž/EU, Brusel, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

**Obrázek 2 – Celková konzumace alkoholu mezi dospělými
(v roce 2016 nebo v posledním roce, pro který jsou k dispozici údaje)**



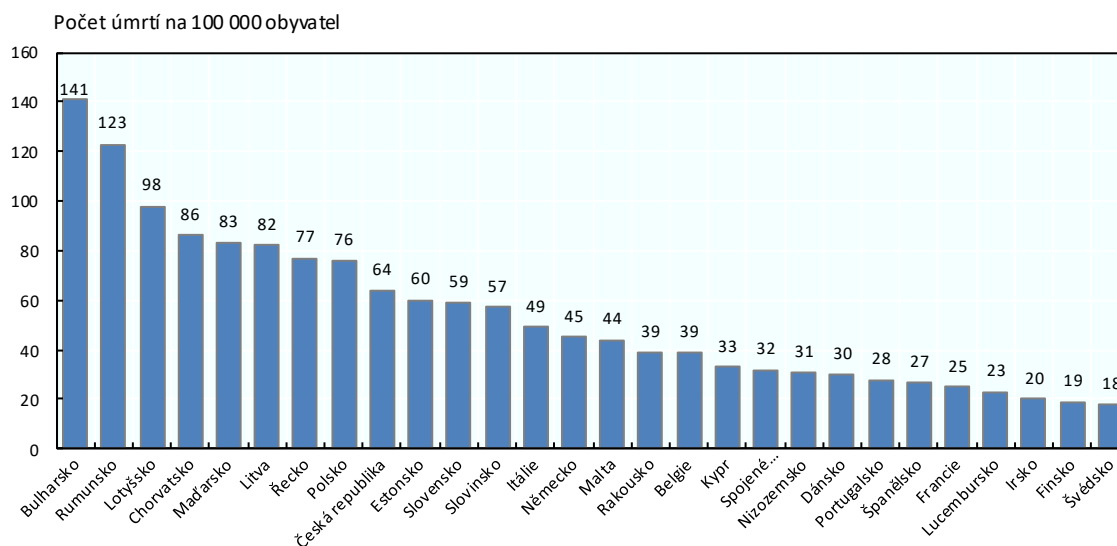
Zdroj: Statistika OECD v oblasti zdraví.

**Obrázek 3 – Procento každodenních kuřáků mezi dospělými
(v roce 2016 nebo v posledním roce, pro který jsou k dispozici údaje)**



Zdroj: Statistika OECD v oblasti zdraví.

Obrázek 4 – Úmrtnost, kterou lze připsat společným dopadům znečištění ovzduší v domácnosti a v okolním prostředí (na 100 000 obyvatel, 2016)



Zdroj: Statistika světového zdraví (WHO).

25 Ačkoli prevence hraje hlavní roli nejen při záchraně životů, ale také při úspoře **peněz**, alespoň z dlouhodobého hlediska, v současnosti **tvoří jen zhruba 3 %** celkových výdajů na zdraví¹⁰.

26 Prevence je také oblastí, pro kterou je příznačná **významná nerovnost** ve většině členských států, ne-li ve všech z nich. Pravděpodobnost využití preventivních opatření v oblasti zdraví významně souvisí se vzděláním a/nebo socioekonomickým postavením, například:

- 20 % dospělých s nižší úrovní vzdělání je obézních, zatímco u dospělých s vyšší úrovní vzdělání je to 12 %,
- u dospělých s nižším příjmem je méně pravděpodobné, že dosáhnou doporučených 150 minut fyzické aktivity týdně, a je pravděpodobnější, že budou pravidelnými kuřáky.

27 Aby se snížil počet předčasných úmrtí, lidé měli možnost žít déle a současně si zachovat dobré zdraví, je třeba **přesunout důraz od léčby nemocí k jejich prevenci**.

¹⁰ OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* (Stručný pohled na zdraví obyvatel Evropy v roce 2018: cyklus Zdravotní stav v EU), OECD Publishing, Paříž/EU, Brusel, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

28 EU proto v nedávných letech zahájila několik iniciativ se zvláštním zaměřením na prevenci (viz [rámeček 1](#)).

Rámeček 1

Iniciativy EU týkající se prevence v oblasti zdraví

Prevence prostřednictvím informací

Hlavním cílem opatření EU v souvislosti s prevencí v oblasti zdraví je poskytnout dostatečné důležité informace, které spotřebitelům umožní se informovaně rozhodnout.

Za účelem řešení **obezity** přijala Evropská komise v roce 2007 „Strategii týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou“ a zahájila několik konkrétních iniciativ v této oblasti. Jednou z těchto iniciativ bylo stanovení právního rámce pro výživová a zdravotní tvrzení (např. „nízkotučný“ nebo „vápník pro zdravé kosti a zuby“). Tento rámec v praxi zakázal jakákoli výživová nebo zdravotní tvrzení na označeních potravin nebo v reklamách na potraviny, která nejsou srozumitelná, přesná nebo založená na vědeckých důkazech (nařízení (ES) č. 1924/2006¹¹).

Kromě toho Komise zveřejnila akční plán pro boj proti dětské obezitě¹², který navrhuje hlavní oblasti pro opatření a možný soubor nástrojů za účelem řešení nadváhy a obezity u dětí a mladých lidí do roku 2020.

Směrnice EU o tabákových výrobcích¹³ z roku 2014 zavedla povinné zdravotní varování týkající se **tabáku** a souvisejících výrobků a zakázala veškeré propagační nebo zavádějící prvky umístěné na balení.

29 Z obecnějšího hlediska zřídila Evropská komise v roce 2018 Řídící skupinu pro podporu zdraví, prevenci chorob a zvládnání nepřenositelných nemocí, aby podpořila země, které usilují o splnění cílů udržitelného rozvoje týkajících se zdraví, zejména cíle číslo tři, kterým je „zdraví

¹¹ Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1924/2006 ze dne 20. prosince 2006 o výživových a zdravotních tvrzeních při označování potravin.

¹² Akční plán EU pro boj proti dětské obezitě 2014–2020, 24. února 2014 [aktualizován 12. března a 28. července 2014].

¹³ Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2014/40/EU ze dne 3. dubna 2014 o sblížení právních a správních předpisů členských států týkajících se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových a souvisejících výrobků a o zrušení směrnice 2001/37/ES.

a kvalitní život“. Řídící skupina poskytuje Komisi poradenství a odborné znalosti v oblasti podpory zdraví a prevence.

30 Členské státy přijaly různá opatření s cílem řešit hlavní rizikové faktory pro zdraví:

- za účelem omezení **kouření** zahrnují tato opatření informační kampaně, daně zvyšující ceny, právní předpisy zajišťující nekuřácké prostředí a omezení reklamy,
- za účelem snížení rizik souvisejících s **konzumací alkoholu** mnohé členské státy omezily přístup dospívajících k alkoholickým výrobkům, zvýšily ceny a zavedly přísnější regulaci reklamy. Všechny země EU stanovily maximální úroveň koncentrace alkoholu v krvi pro řidiče,
- co se týče **obezity**, rostoucí počet členských států přijímá opatření na podporu zdravého životního stylu a tudíž prevence nebo snížení **obezity** jejich občanů. Jedním z těchto opatření je poskytovat lepší informace o výživě s cílem umožnit občanům vybírat si zdravé varianty, např. pomocí označování potravin nebo omezení reklamy na potraviny zaměřené na děti.
- Většina členských států také přijímá opatření určená ke snížení **znečištění ovzduší**, neboť počet obětí znečištěného ovzduší v EU stále dosahuje 400 000 osob ročně.¹⁴

Přístup ke zdravotní péči

31 Všeobecný přístup ke zdravotní péči je definován jako **dostupnost zdravotnických služeb ve správný čas, na správném místě a za správnou cenu**. Jde o jeden z nejdůležitějších předpokladů rovnosti v oblasti zdraví.

32 Právo na přístup ke kvalitní zdravotní péči je zakotveno v Listině základních práv Evropské unie (článek 35) a v důsledku toho je jednou z vedoucích zásad systémů zdravotní péče v EU. Kromě toho je jedním z cílů udržitelného rozvoje OSN (cíl č. 3).

¹⁴ Viz [zvláštní zpráva EÚD č. 23/2018](#): Znečištění ovzduší: naše zdraví stále není dostatečně chráněno.

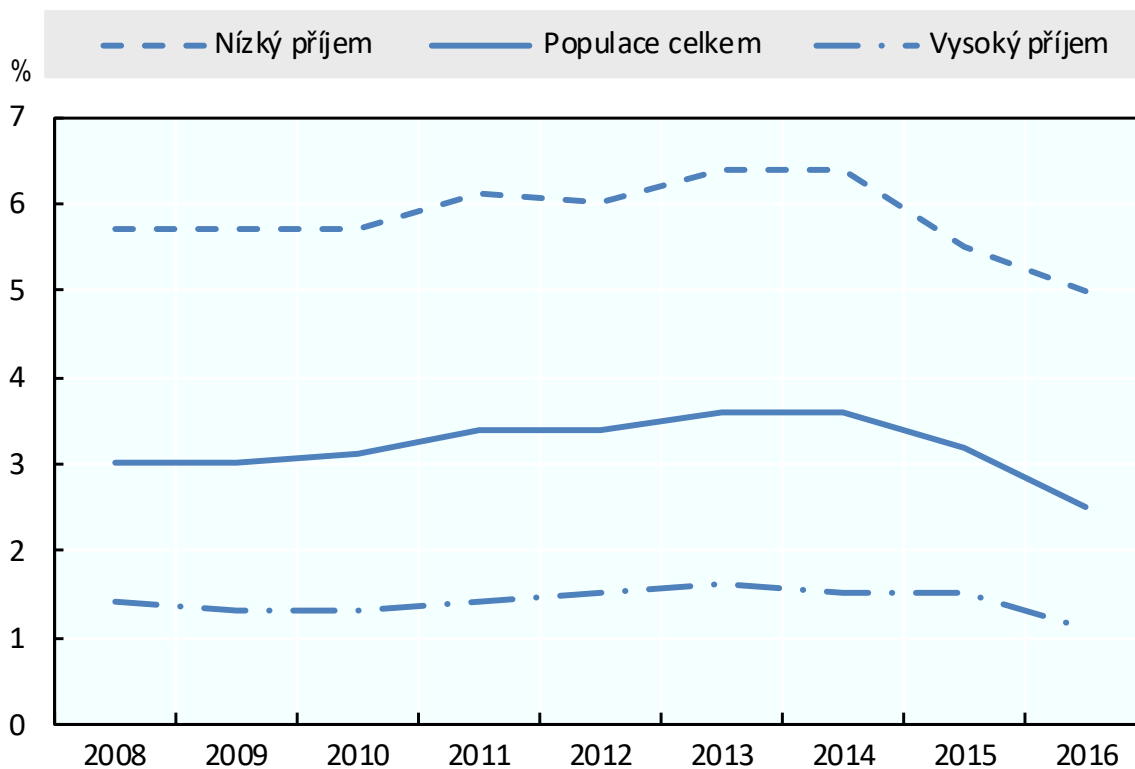
33 Dostupnost zdravotní péče se obecně posuzuje pomocí ukazatele „počet osob hlásících neuspokojenou potřebu zdravotní péče“. Potřeba zdravotní péče není uspokojena, pokud požadované služby nejsou k dispozici včas, na správném místě nebo (v případě systémů zdravotní péče, které jsou alespoň částečně financovány soukromě) za dostupnou cenu.

34 Celkově je přístup ke zdravotní péči v EU zajištěn. Ve většině členských států převládá většina občanů (více než 90 %) nemá žádnou neuspokojenou potřebu zdravotní péče, kterou by nahlásila, a podíl osob hlásících tuto neuspokojenou potřebu se během posledního desetiletí dále snížil (viz [obrázek 5 a 6](#)).

35 Přístup ke zdravotní péči však není rovnoměrně rozprostřen a **nerovnosti přetrvávají** jak mezi různými zeměmi, tak i mezi regiony a mezi různými příjmovými skupinami v rámci zemí:

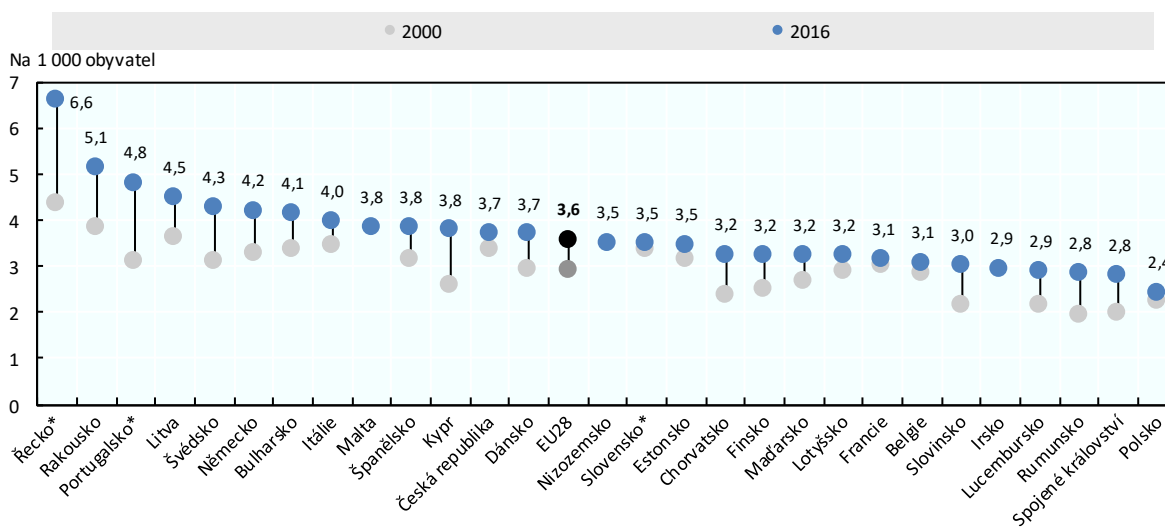
- neuspokojená potřeba zdravotní péče je stále problémem v Estonsku a Řecku, kde ji v roce 2016 hlásilo více než 10 % občanů;
- pravděpodobnost neuspokojené potřeby zdravotní péče je pětikrát vyšší u domácností s nízkým příjmem;
- pro venkovské a odlehlé oblasti je často typický nedostatek praktických lékařů a čekací doba na chirurgický zákrok, který není naléhavý, se v mnoha členských státech v posledních letech zvýšila.

Obrázek 5 – Neuspokojená potřeba zdravotní péče podle socioekonomického postavení, všechny členské státy EU (2008–2016)



Zdroj: Databáze Eurostatu.

Obrázek 6 – Praktikující lékaři na 1 000 občanů



* Údaje se týkají všech lékařů, kteří mají povolení k výkonu činnosti, což vede k velkému nadhodnocení počtu praktikujících lékařů (např. v Portugalsku ve výši okolo 30 %).

** Údaje zahrnují nejen lékaře poskytující přímou péči pacientům, ale také lékaře, kteří pracují ve zdravotnictví jako manažeři, pedagogové, výzkumní pracovníci atd. (tím se přidá 5–10 % lékařů).

Zdroj: Stručný pohled na zdraví obyvatel Evropy v roce 2018 (OECD, Evropská komise).

36 Na úrovni EU jsou údaje o dostupnosti zdravotnických služeb pravidelně sledovány. Kromě jiného Komise v roce 2016 zřídila odbornou skupinu pro dostupnost.

37 Za zlepšení přístupu ke zdravotní péči nicméně **odpovídají** především **členské státy**. Ty přijaly několik opatření pro zlepšení přístupu ke zdravotní péči, mezi něž patří například¹⁵:

- posílení primární zdravotní péče, včetně lepší koordinace primární a specializované zdravotní péče,
- zvýšení pokrytí zdravotnických služeb a tím snížení doplatků,
- vyšší mzdy pro zaměstnance ve zdravotnictví,
- finanční příspěvky pro lékaře v oblastech bez dostatečného pokrytí, konkrétně ve vzdálených a venkovských oblastech.

38 Byla také přijata konkrétní opatření s cílem zajistit přístup ke zdravotní péči v jiném členském státě EU (viz [rámeček 2](#)).

Rámeček 2

Přeshraniční zdravotní péče v EU

Přeshraniční zdravotní péče – jaké přínosy má pro občany EU?

Směrnice EU o přeshraniční zdravotní péči přijatá v roce 2011 stanoví právní rámec pro občany EU požadující zdravotní péči v jiném členském státě EU, než je stát, ve kterém pobývají.

Poskytuje občanům EU, kteří chtějí vyhledat zdravotní péči v zahraničí, přístup k bezpečné a kvalitní zdravotní péči v jiném členském státě EU, zatímco jim je nahrazena stejná částka, kterou by získali, pokud by byli ošetřeni ve své zemi pobytu.

Kromě toho byla po celé EU vytvořena národní kontaktní místa, aby poskytovala informace o zdravotní péči dostupné v jednotlivých členských státech EU a o podmínkách náhrady daných služeb.

¹⁵ Tematický informativní přehled evropského semestru: Systémy zdravotní péče.

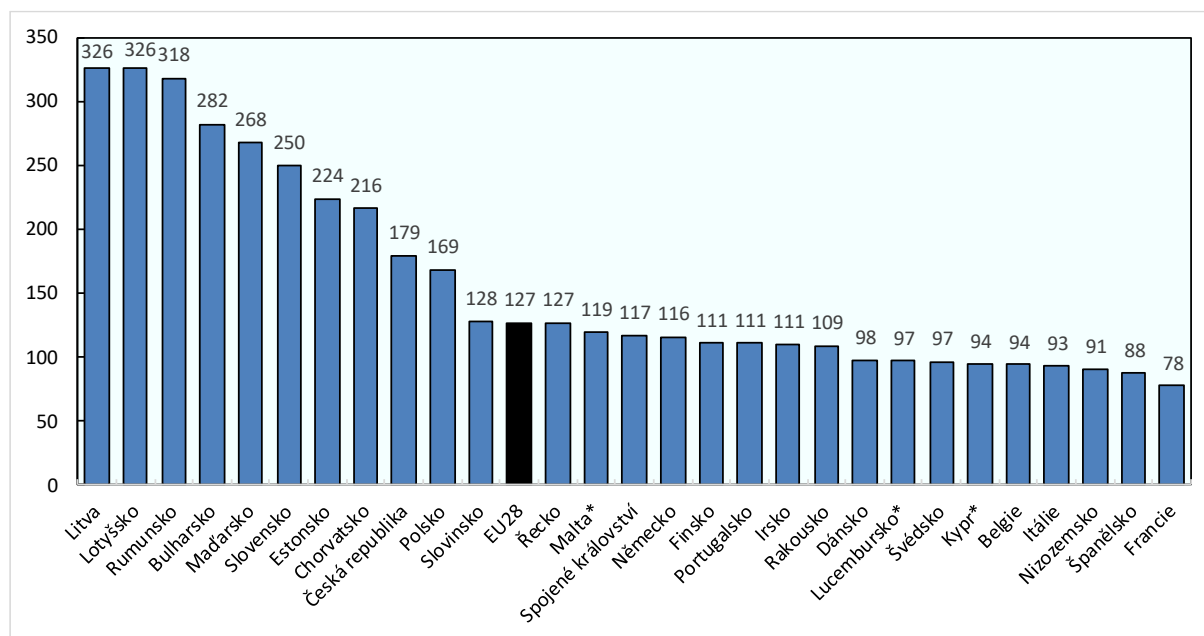
Ačkoli mobilitu pacientů nadále silně ovlivňuje kulturní a geografická blízkost, spolupráce v přeshraniční zdravotní péči představuje důležitý krok při rozšiřování evropské spolupráce v oblasti zdraví.

Kvalita zdravotnických služeb

39 Kvalitní systémy zdravotní péče dosahují svého základního cíle, kterým je účinné zachování nebo zlepšení zdraví občanů. Účinnost systémů zdravotní péče je často posuzována na základě míry léčitelné úmrtnosti (úmrť, kterým bylo možné zabránit prostřednictvím včasného a kvalitního zdravotnického zásahu). Jinými možnými ukazateli jsou střední délka života nebo „měkkí ukazatele“, jako jsou zkušenosti pacientů nebo kvalita života po zotavení se z nemoci či zranění.

40 Koncepce míry léčitelné úmrtnosti je úzce spojena s koncepcí úmrtnosti, které lze předejít (úmrť, kterým by bylo možné zabránit prostřednictvím veřejného zdraví a prevence). Úmrtnost, které lze předejít, tvoří spolu s léčitelnou úmrtností míru odvrátitelné úmrtnosti. V roce 2015 zemřelo předčasně 1,2 milionu osob (mladších 75 let) kvůli chybějícím účinným politikám v oblasti veřejného zdraví, preventivním opatřením a zdravotní péči. Více než 570 000 těchto úmrtí se považovalo za léčitelnou úmrtnost (míra léčitelné úmrtnosti v jednotlivých zemích viz [obrázek 7](#)).

Obrázek 7 – Míra léčitelné úmrtnosti (2015)



* Průměr za tři roky (2013–2015)

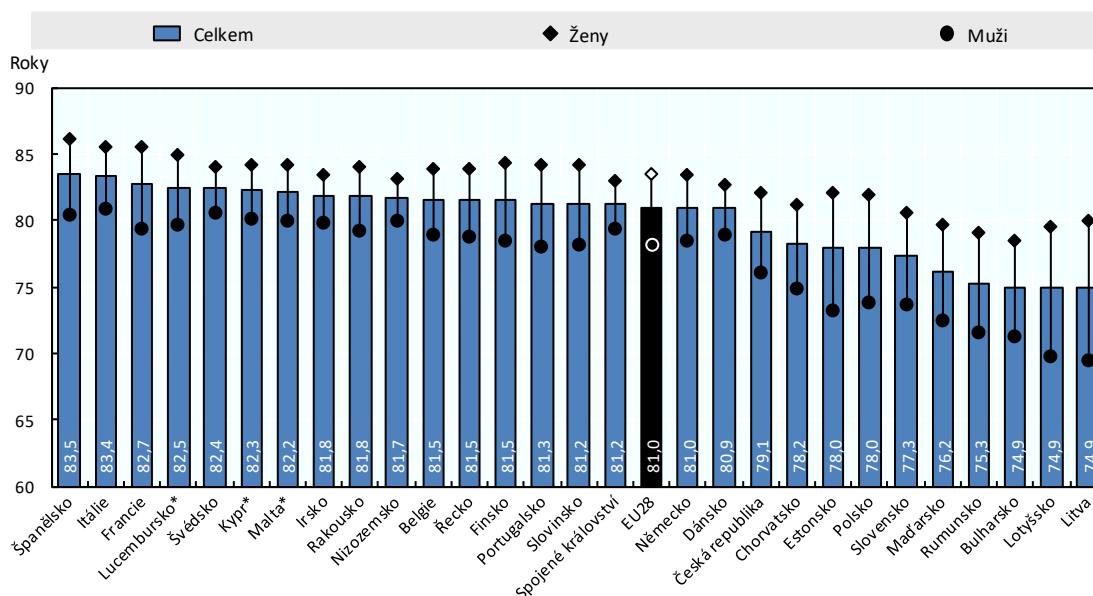
Zdroj: Statistika OECD v oblasti zdraví 2018.

41 Během posledního desetiletí se **kvalita akutní péče** v situacích ohrožujících život v celé EU značně zlepšila. Mezi lety 2005 a 2015 poklesl počet lidí umírajících po přijetí do nemocnice o 30 % v případě osob trpících akutním infarktem myokardu a o 20 % v případě cévní mozkové příhody. Mezi jednotlivými zeměmi a mezi různými nemocnicemi v téže zemi však přetrvávají nerovnosti.

42 Značného pokroku bylo v celé EU dosaženo také v souvislosti s **mírou přežití u rakoviny**, zejména prostřednictvím provádění programů screeningu v kombinaci s účinnější a včasnou péčí.

43 Průměrná střední délka života v EU je v současnosti 81 let (viz **obrázek 8**). Ačkoli tato střední délka života stále roste, její zvyšování se zejména v západní Evropě v posledních letech zpomalilo. Hlavními příčinami úmrtí v celé EU jsou nadále nemoci oběhové soustavy a rakovina, které mají společně na svědomí více než 60 % všech úmrtí.

Obrázek 8 – Střední délka života při narození rozdělená podle pohlaví (2016)



* Průměr za tři roky (2014–2016)

Zdroj: Stručný pohled na zdraví obyvatel Evropy v roce 2018 (OECD, Evropská komise).

44 Střední délka života se také značně liší, a to nejen podle pohlaví, ale také podle socioekonomického postavení. Střední délka života osob s nízkým vzděláním je o osm let nižší u mužů a o čtyři roky nižší u žen než střední délka života osob s vyšším vzděláním.

45 Kvalita péče a účinnost systémů zdravotní péče **výrazně souvisí s dalšími oblastmi veřejného zdraví**, zejména s přístupem ke zdravotnickým službám a prevencí. Opatření ke zlepšení kvality péče tedy vyžadují celostní přístup.

46 Mezi opatření přijatá na úrovni členských států za účelem zvýšení kvality péče patří využití nových technologií, organizační změny v poskytování zdravotnických služeb a obecně zaměření na integrovanější a individuálnější péči.

47 Hodnocení výsledků těchto opatření však zůstává složité. Ačkoli bylo vyvinuto úsilí shromáždit údaje o účinnosti systémů zdravotní péče, informace o větším počtu kvalitativních ukazatelů, jako jsou zkušenosti pacientů nebo kvalita života, jsou nadále omezené.

48 Evropská komise podpořila vytvoření základních evropských zdravotních ukazatelů, což je soubor ukazatelů sloužící ke sledování zdravotní situace občanů EU a výkonnosti systémů zdravotní péče v EU. Ve spolupráci s OECD rovněž zahájila vydávání řady publikací „Stručný pohled na zdraví“.

49 Kromě toho Komise zřídila odbornou skupinu pro hodnocení výsledků systémů zdravotní péče, která má zemím EU sloužit jako fórum pro výměnu zkušeností v této oblasti a má pomoci vnitrostátním tvůrcům politik prostřednictvím vytvoření nástrojů a metodik pro hodnocení výsledků systémů zdravotní péče v úzké spolupráci s mezinárodními organizacemi, jako jsou WHO a OECD.

Nové technologie a elektronické zdravotnictví

50 Elektronické zdravotnictví neboli digitální zdravotnictví je možné definovat jako **veškeré nástroje a služby, které využívají informační a komunikační technologie** ke zlepšení prevence, diagnostiky, léčby, sledování nebo péče o zdraví.

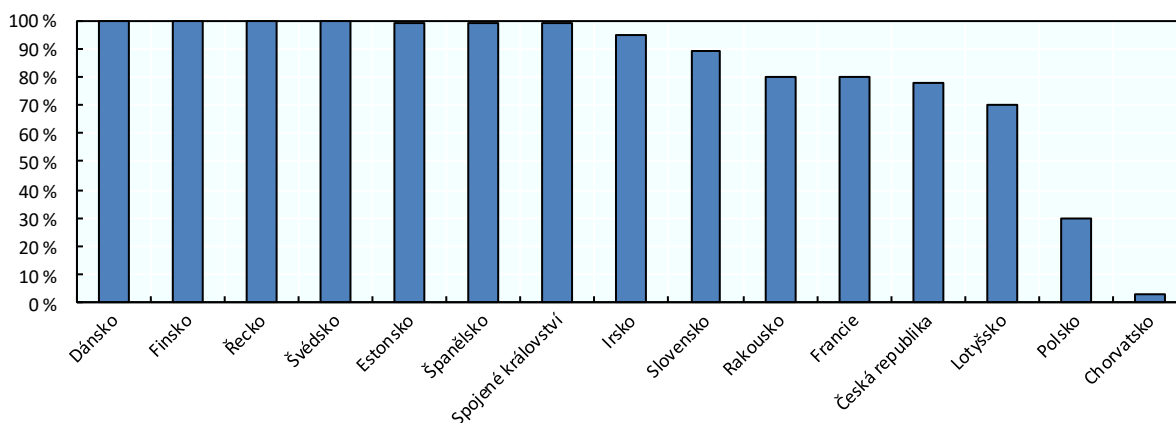
51 Nové technologie nabízejí obrovské možné přínosy z hlediska účinnosti a kvality prevence a služeb zdravotní péče. Jejich hlavní využití v oblasti zdraví je v současnosti následující:

- elektronické zdravotní záznamy: digitalizované zdravotní záznamy vytvářené a pokud možno sdílené různými poskytovateli zdravotnických služeb,
- elektronické předepisování léků: vytváření, přenos a archivace lékařských předpisů prostřednictvím počítačů,
- zdravotnické informace on-line,
- získání přístupu ke zdravotnickým službám (např. objednávání k lékaři) prostřednictvím internetu.

52 Ačkoli se využívání nových technologií v oblasti veřejného zdraví v celé EU zvyšuje, stále existují rozdíly z hlediska věku a socioekonomických skupin.

53 Elektronické zdravotní záznamy jsou podporovány v mnoha členských státech a jejich využívání v celé EU vzrůstá. Průzkum provedený v 15 členských státech ukazuje, že v roce 2016 využívalo elektronické zdravotní záznamy v těchto zemích v průměru 80 % praktických lékařů (viz **obrázek 9**). Ve většině těchto zemí mají pacienti přístup ke své vlastní zdravotnické dokumentaci a v některých zemích mohou také doplňovat nebo měnit informace, které jejich dokumentace obsahuje.

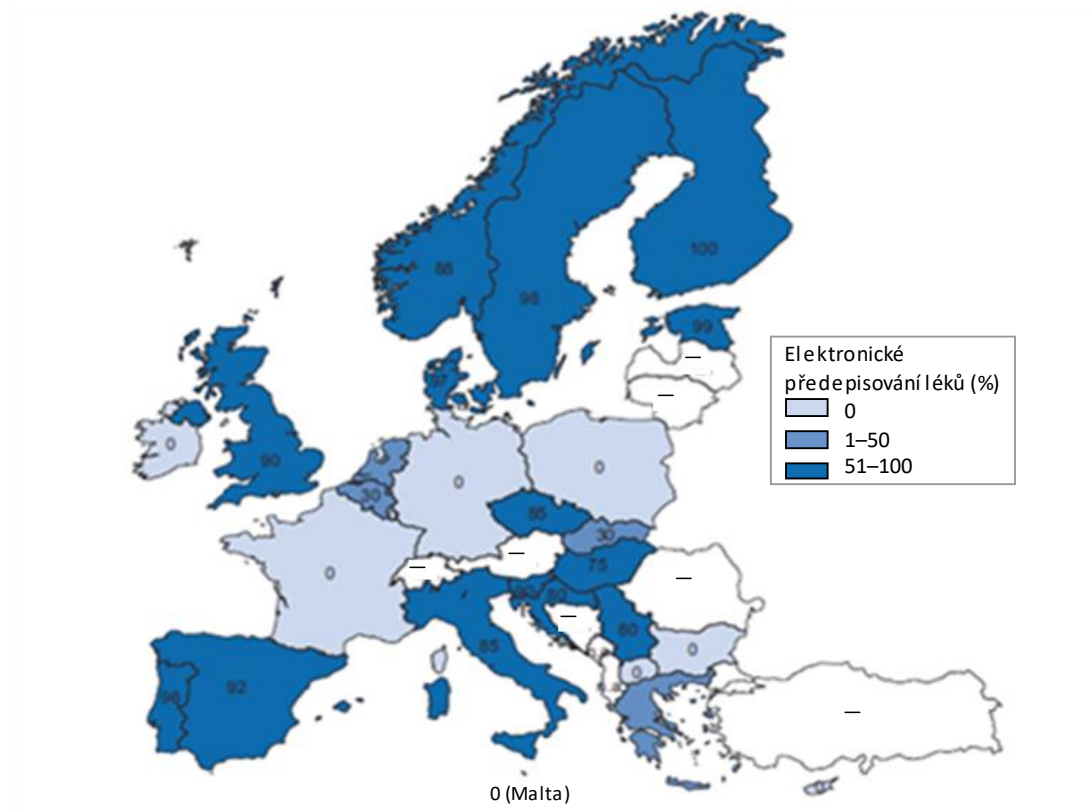
Obrázek 9 – Procento praktických lékařů využívajících elektronické zdravotní záznamy (2016)



Zdroj: Průzkum OECD týkající se vytváření a využívání elektronických systémů zdravotních záznamů.

54 Situace ohledně elektronických lékařských předpisů je rozmanitější – v některých zemích, jako je Finsko, Švédsko, Dánsko, Portugalsko a Španělsko dosahuje jejich míra téměř 100 %, zatímco v jiných zemích, jako je Francie nebo Německo, nebyly elektronické lékařské předpisy zavedeny (viz **obrázek 10**). Tento systém by však měl nabýt na významu, neboť se očekává, že na konci roku 2021 si 22 členských států EU bude vyměňovat patientské souhrny a/nebo elektronické lékařské předpisy.

Obrázek 10 – Procento elektronických lékařských předpisů v komunitních lékárnách (2018)



Zdroj: Svaz lékárníků Evropské unie (PGEU).

55 S přijetím **strategie pro jednotný digitální trh v roce 2015** Evropská komise zvýšila využívání digitálních technologií ve všech oblastech, včetně odvětví zdravotnictví, které patřilo mezi její priority.

Obrázek 11 – Digitální zdraví

Digitální zdraví a péče



TRANSFORMACE ZDRAVÍ A PÉČE NA JEDNOTNÉM DIGITÁLNÍM TRHU – využití potenciálu údajů k posílení aktivní účasti občanů a vybudování zdravější společnosti

Evropské problémy v oblasti zdraví

- ❑ Stárnutí obyvatelstva a chronické nemoci vyvíjejí tlak na rozpočty v oblasti zdraví
- ❑ Nerovná kvalita zdravotnických služeb a nerovný přístup k nim
- ❑ Nedostatek zdravotnických pracovníků

Potenciál digitálních aplikací a údajů pro zlepšení zdraví

- ❑ Efektivní a integrované systémy zdravotní péče
- ❑ Individuálně přizpůsobený zdravotnický výzkum, diagnostika a léčba
- ❑ Prevence a zdravotnické služby zaměřené na občana

Co očekávají občané EU...

90 % s přístupem k jejich vlastním zdravotním údajům (vyžadujícím interoperabilní a kvalitní zdravotní údaje)

80 % se sdílením svých zdravotních údajů (pokud je zajištěno utajení a bezpečnost)

80 % poskytnout zpětnou vazbu ohledně kvality léčby

Podpořte Evropskou komisi:

1 Bezpečný přístup ke zdravotním údajům a jejich výměna

Cíl: Občané mají bezpečný přístup ke svým zdravotním údajům a poskytovatelé zdravotní péče (lékaři, lékařky...) si je mohou vyměňovat napříč EU.

Opatření:

- Infrastruktura digitálních zdravotnických služeb zajistí počítačnické přeshraniční služby (zdravotnickou dokumentaci pacientů a elektronické lékařské předpisy) a dojde k posílení spolupráce mezi zúčastněnými zeměmi.
- Návrhy rozšířit rozsah přeshraničních služeb elektronického zdravotnictví na další případy, např. plně elektronické zdravotní záznamy.
- Doporučený formát výměny pro interoperabilitu stávajících elektronických zdravotních záznamů v Evropě.

2 Zdravotní údaje seskupené za účelem výzkumu a individuálně přizpůsobeného lékařství

Cíl: Sdílené zdravotnické zdroje (údaje, infrastruktura, odborné znalosti...) umožňují cílený a rychlejší výzkum, diagnostiku a léčbu.

Opatření:

- Mechanismy dobrovolné spolupráce pro zdravotnický výzkum a klinickou praxi (počínaje cílem „jeden milion genomů do roku 2022“).
- Specifikace pro bezpečný přístup ke zdravotním údajům a jejich výměnu.
- Pilotní akce týkající se vzácných onemocnění, infekčních nemocí a údajů o dopadu.

3 Digitální nástroje a údaje pro posílení aktivní účasti občanů a zdravotní péče zaměřené na lidi

Cíl: Občané mohou sledovat své zdraví, přizpůsobit svůj životní styl a komunikovat se svými lékaři a pečovateli (obdrží a poskytnou zpětnou vazbu).

Opatření:

- Usnadnit dodání inovativních digitálních řešení pro zdraví, také prostřednictvím malých a středních podniků, se společnými zásadami a osvědčením.
- Podpořit přijetí poptávky po inovativních digitálních řešeních pro zdraví, zejména ze strany orgánů v oblasti zdravotní péče a poskytovatelů zdravotní péče, s výměnou postupů a odborné pomoci.
- Umožní mobilizovat veřejné finanční prostředky určené pro inovativní digitální řešení pro zdraví, včetně finančních prostředků EU.

Zdroj: Evropská komise.

56 V dubnu 2018 Komise zveřejnila sdělení o usnadnění digitální transformace v oblasti zdravotnictví a péče, které určuje tři různé oblasti, na něž je třeba zaměřit pozornost (viz **obrázek 11**):

- **Bezpečný přístup k údajům a jejich sdílení.** Aby se usnadnil větší přístup k přeshraniční zdravotní péči, buduje Komise infrastrukturu digitálních zdravotnických služeb, která umožní výměnu elektronických lékařských předpisů a patientských souhrnů mezi poskytovateli zdravotní péče. První přeshraniční výměny začaly v roce 2019. Z dlouhodobějšího hlediska Komise usiluje o evropský formát pro výměnu elektronických zdravotních záznamů, který bude přístupný všem občanům EU.
- **Propojení a sdílení zdravotních údajů** pro účely výzkumu, rychlejší diagnostiky a lepšího zdraví. Plánuje se decentralizovaná evropská digitální zdravotnická infrastruktura s cílem usnadnit individuálně přizpůsobenou diagnostiku a léčbu, pomoci zdravotnickým službám, aby byly lépe připraveny reagovat na přeshraniční zdravotní hrozby, a zlepšit vývoj léčivých přípravků a dozor nad nimi.

- **Posílení aktivní účasti občanů** a individuální péče prostřednictvím digitálních služeb. Digitální služby mohou zlepšit prevenci chronických onemocnění a péči o ně a umožnit pacientům poskytovat zpětnou vazbu poskytovatelům zdravotní péče.

57 Kromě toho Komise hraje důležitou úlohu při podpoře členských států, pokud jde o využívání moderních technologií v oblasti zdraví, a při koordinaci vnitrostátního úsilí (viz **rámeček 3**).

Rámeček 3

Iniciativy v oblasti elektronického zdravotnictví

V únoru 2019 Komise předložila soubor doporučení pro vytvoření zabezpečeného systému, který umožní občanům získat přístup k jejich složkám v rámci elektronického zdravotnictví v celé EU.

Tento nový systém by navázal na stávající iniciativy týkající se výměny zdravotních záznamů, přičemž by zahrnoval výměnu laboratorních testů, propouštěcích zpráv a zpráv z lékařského zobrazování.

Přínosy pro občany EU by byly mimo jiné tyto:

- okamžitý přístup k jejich zdravotnické dokumentaci při pobytu v cizině, a to i v nouzových situacích,
- vyšší kvalita a kontinuita péče pro občany stěhující se do zahraničí,
- nové příležitosti pro výzkum prostřednictvím sdílení zdravotních údajů (se souhlasem pacienta),
- úspory z důvodu vyšší efektivity, neboť by se zabránilo opakování laboratorních či radiologických testů.

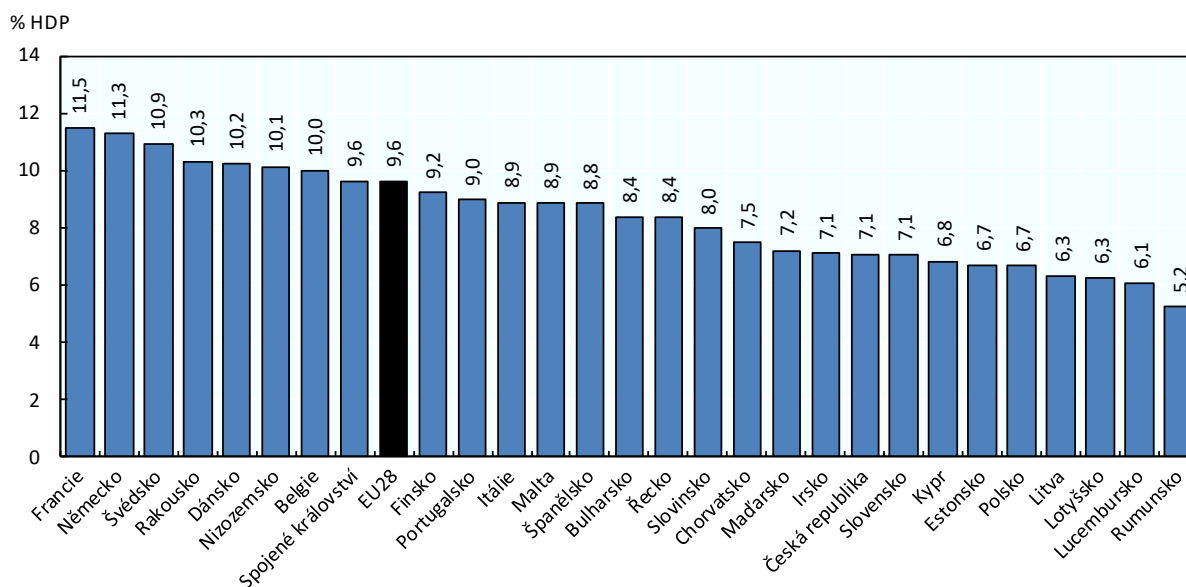
Udržitelnost veřejných financí a další finanční aspekty

58 Udržitelnost veřejných financí je jedním z hlavních problémů v oblasti veřejného zdraví, kterým členské státy čelí. Zdraví je s náklady okolo 1,5 bilionu EUR (2016) jednou z největších a nejrychleji rostoucích položek veřejných výdajů v EU¹⁶.

¹⁶ Informativní přehled evropského semestru: Systémy zdravotní péče.

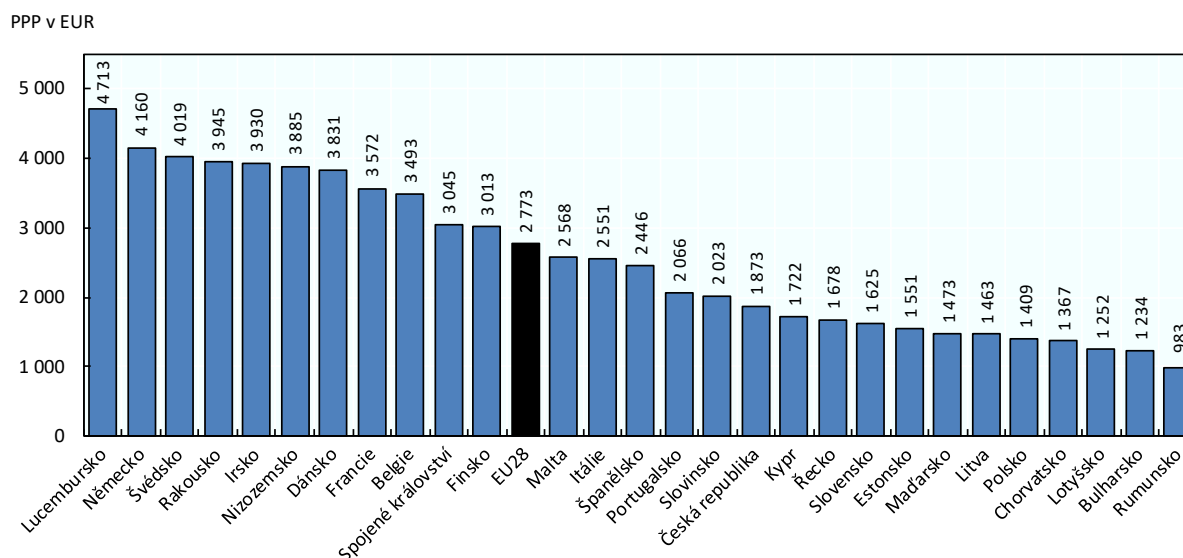
59 V roce 2017 tvořily výdaje na zdraví 9,6 % HDP EU v porovnání s 8,8 % v roce 2008 a výdaje na zdraví na obyvatele v roce 2017 činily 2 773 EUR (viz **obrázek 12 a 13**).

Obrázek 12 – Výdaje na zdraví jako podíl HDP (2017)



Zdroj: Statistika OECD v oblasti zdraví 2018.

Obrázek 13 – Výdaje na zdraví na obyvatele (2017)



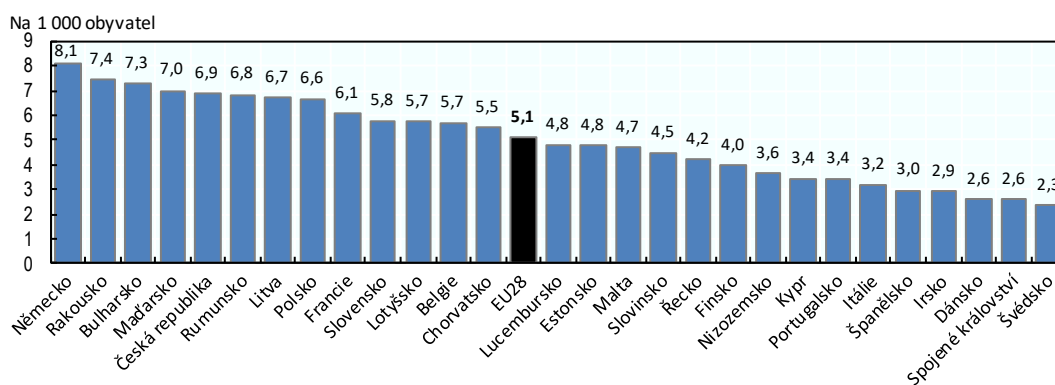
Zdroj: Statistika OECD v oblasti zdraví.

60 Odhaduje se, že výdaje na zdraví dále porostou, převážně z důvodu **demografických změn** v kombinaci s **vyššími náklady** na nové technologie v oblasti lékařství a péče.

61 Současně se výdaje na zdraví kvůli omezeným finančním zdrojům stále více kontrolují. Vzhledem k tomu, že ve dvou třetinách členských států je **více než 70 % výdajů na zdraví financováno z veřejných zdrojů**, je udržitelnost systému zdravotní péče úzce spojena s hospodářskou situací daného členského státu a EU jako celku.

62 Finančně udržitelné systémy zdravotní péče vyžadují také určení možných úspor. V současnosti se odhaduje, že až **jedna pětina výdajů na zdraví je zbytečná** a mohla by být tedy lépe využita jinde¹⁷. Dvě z oblastí, které jsou často spojovány s možnými úsporami, jsou nemocnice (především počet lůžek (viz **obrázek 14**) nebo zbytečné pobyty v nemocnici) a léčivé přípravky (např. suboptimální výběr, nákup a stanovování cen).

Obrázek 14 – Nemocniční lůžka na 1 000 obyvatel (2016)



Zdroj: Statistika OECD v oblasti zdraví.

63 S finanční udržitelností systémů zdravotní péče je úzce spojena otázka jejich odolnosti, která je definována jako jejich schopnost vhodně reagovat na změny. Konkrétně budou demografické změny v moderní společnosti vyžadovat nejen nárůst nabízených zdravotnických služeb, ale také transformaci, neboť akutní zdravotní péče v nemocnici ustupuje dlouhodobější péči v komunitě více zaměřené na lidi.

64 Evropská komise nepřetržitě zdůrazňuje, že je **zapotřebí reforma systémů veřejné zdravotní péče**, aby se zajistila udržitelnost a současně zachoval všeobecný přístup ke kvalitní péči. Podporuje v této činnosti členské státy tím, že poskytuje analýzy, pokyny

¹⁷ OECD, *Tackling Wasteful Spending on Health* (Řešení nevhodného vynakládání prostředků ve zdravotnictví), leden 2017.

a nástroje pro sledování nebo hodnocení a doporučuje reformy v kontextu evropského semestru.

65 Kromě toho Komise ustavila skupinu nezávislých odborníků, aby poskytovala poradenství ohledně investic do zdraví, a zavedla několik iniciativ pro zvýšení účinnosti a odolnosti vnitrostátních systémů zdravotní péče a tím i zvýšení jejich udržitelnosti. Jednou z těchto iniciativ je hodnocení zdravotnických technologií, což je vědecký přístup k hodnocení účinnosti zdravotnických technologií. Členské státy prostřednictvím sítě¹⁸ spolupracují na snížení zdvojení činností na vnitrostátní úrovni.

66 Konkrétněji Komise také podporuje snahy členských států koordinovat jejich iniciativy v oblasti výzkumu a elektronického zdravotnictví za účelem zvýšení účinnosti a úspory nákladů. Tato podpora je poskytována formou finančních prostředků EU zejména v rámci programu Horizont 2020 a navazujících výzkumných programů.

67 V celé EU se členské státy **nepřetržitě snaží reformovat** své systémy zdravotní péče, aby byly nejen účinnější, ale také finančně udržitelné a odolné.

68 Přestože již bylo v některých oblastech dosaženo pokroku, jako jsou úspory v souvislosti s nemocnicemi, veřejné zdraví se na tento proces zaměří v následujících letech.

¹⁸ Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

ČÁST II – Přehled práce, kterou provedly NKI

Úvod

69 Tato část auditního kompendia shrnuje výsledky vybraných auditů, jež provedly NKI 23 zúčastněných členských států¹⁹ a Evropský účetní dvůr.

Metodika auditů

70 V zájmu zajištění kvality auditní činnosti a zpráv provádějí NKI své audity v souladu s mezinárodními standardy nejvyšších kontrolních institucí a příslušnými prováděcími standardy vypracovanými na vnitrostátní úrovni.

71 Metodika auditů a jejich postupy byly zvoleny a uplatněny tak, aby se zajistilo, že auditní úkoly budou provedeny co nejúčinněji.

72 Důkazní informace byly shromážděny prostřednictvím analýzy údajů z dokumentů a (statistické) analýzy údajů, jakož i prostřednictvím rozhovorů s vnitrostátními a regionálními orgány nebo příjemci. Ty byly případně doplněny průzkumy za účelem získání názorů větší a/nebo širší skupiny respondentů. Další použité metody zahrnovaly přímé testování, případové studie a referenční srovnávání.

Kontrolované období

73 Účinky strukturálních opatření a dopady programů se v rané fázi často obtížně kontrolují. Audity, kterých se týká toto kompendium, se zaměřily na víceleté programy provedené mezi lety 2011 a 2019.

74 *Tabulka 1* představuje přehled hlavních oblastí zájmu auditů NKI.

¹⁹ Belgie, Bulharsko, Česká republika, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Maďarsko, Irsko, Itálie, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Německo, Malta, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Rumunsko, Řecko, Slovensko, Slovinsko, Španělsko.

Tabulka 1 – Přehled auditů NKI EU zohledněných v tomto auditním kompendiu

| NKI | Název auditu | Hlavní oblast zájmu | | | | |
|-----------------|---|---------------------|----------------------------------|-------------------------------|---|---|
| | | Prevence a ochrana | Přístup ke zdravotnickým službám | Kvalita zdravotnických služeb | Nové technologie a elektronické zdravotnictví | Udržitelnost veřejných financí a další finanční aspekty |
| Belgie | Vlámská preventivní politika v oblasti zdraví – posouzení výkonnosti politiky | ✓ | | | | |
| Bulharsko | Elektronické zdravotnictví | | | | ✓ | |
| Česká republika | Peněžní prostředky vynakládané vybranými nemocnicemi na úhradu nákladů | | | | | ✓ |
| Dánsko | Rozdíly v kvalitě péče napříč dánskými nemocnicemi | | | ✓ | | |
| Estonsko | Aktivity státu při provádění systému elektronického zdravotnictví | | | | ✓ | |
| Finsko | Odhady tendence výdajů na sociální zabezpečení | | | | | ✓ |
| Francie | Prevence infekcí souvisejících se zdravotní péčí | ✓ | | | | |
| Irsko | Řízení elektivní ambulantní chirurgie | | | ✓ | | |
| Itálie | Provádění mimořádného programu pro renovaci budov a technologickou modernizaci nemovitého majetku veřejných zdravotních institucí | | | | | ✓ |
| Litva | Dostupnost služeb zdravotní péče a orientování pacientů | | ✓ | | | |
| Lotyšsko | Je projekt „Elektronické zdravotnictví v Lotyšsku“ krokem správným směrem? | | | | ✓ | |
| Lucembursko | Financování nemocničních investic | | | | | ✓ |
| Maďarsko | Souhrnná analýza auditů nemocnic | | | | | ✓ |
| Malta | Funkce praktického lékaře – jádro primární zdravotní péče | | ✓ | | | |
| Německo | Zdravotnický výzkum nezbytný ke studiu hodnoty ortodontické péče | | ✓ | | | |
| Polsko | Prevence a léčba diabetu II. typu | ✓ | | | | |

| NKI | Název auditu | Hlavní oblast zájmu | | | | |
|----------------------|--|---------------------|----------------------------------|-------------------------------|---|---|
| | | Prevence a ochrana | Přístup ke zdravotnickým službám | Kvalita zdravotnických služeb | Nové technologie a elektronické zdravotnictví | Udržitelnost veřejných financí a další finanční aspekty |
| Portugalsko | Přístup občanů ke zdravotní péči v rámci systému Národní zdravotní služby Portugalska | | ✓ | | | |
| Rakousko | Zajištění kvality v případě nezávislých zdravotnických odborníků | | | ✓ | | |
| Rumunsko | Audit výkonnosti týkající se rozvoje zdravotnické infrastruktury na vnitrostátní, regionální a místní úrovni za účelem zvýšení přístupu ke zdravotnickým službám | | ✓ | | | |
| Řecko | Audit státních nedoplatků týkajících se nemocnic a Národní instituce pro zdravotní péči | | | | | ✓ |
| Slovensko | Veřejné finance a majetek zdravotnických zařízení | | | | | ✓ |
| Slovinsko | Řešení dětské obezity | ✓ | | | | |
| Španělsko | Řízení a kontrola farmaceutických příspěvků ze strany všeobecné vzájemné pojišťovny španělských státních zaměstnanců (MUFACE) | | | | | ✓ |
| Evropský účetní dvůr | Opatření EU v oblasti přeshraniční zdravotní péče: velké ambice, ale je třeba zlepšit řízení | | ✓ | | | |

Prevence a ochrana

Cíle auditu

75 Čtyři z auditů, které jsou zahrnuty do tohoto kompendia, se soustředily především na prevenci nemocí a ochranu zdraví. Tyto audity pokrývají širokou škálu témat, jež sahají od všeobecné politiky prevence nemocí v Belgii po konkrétní otázky, jako je prevence diabetu (Polsko), dětské obezity (Slovinsko) a infekcí souvisejících se zdravotní péčí (Francie).

76 Obecným cílem těchto auditů bylo posoudit, zda byly různé politiky a následná opatření správně navrženy a zda byly účinné. Některé audity věnovaly zvláštní pozornost skupinám obyvatel, kterým hrozí deprivace.

Hlavní auditní připomínky

77 Všechny audity zaznamenaly nedostatky z hlediska prevence nebo ochrany zdraví. Například belgický audit došel k závěru, že skutečné provádění zdravotní politiky se značně lišilo v závislosti na dotčených cílech v oblasti zdraví. Prováděcí organizace se obvykle příliš nezaměřovaly na výsledky a podávání zpráv často postrádalo důležité informace, které by umožnily posoudit dopad financovaných opatření. Mnoho kampaní a opatření nebylo dostatečně přizpůsobeno znevýhodněným skupinám obyvatel.

78 Zpráva polské NKI uvádí, že navzdory vysokému a stále rostoucímu počtu osob v Polsku trpících diabetem nebyla dosud vypracována žádná vnitrostátní strategie za účelem prevence nebo léčby této nemoci.

79 Slovinský audit došel k závěru, že dotčená ministerstva a institut skutečně přispívaly k řešení obezity u dětí. Jedním z nedostatků, které audit zaznamenal, bylo však to, že financovaná opatření a aktivity se ne vždy dostaly ke všem dětem, a nezajistily tedy rovné zacházení. Celkově byl tedy systematický přístup podporující zdravý životní styl obecně vyhodnocen jako účinnější než provádění konkrétních projektů.

80 Francouzská NKI vyhodnotila provádění politiky za účelem prevence infekcí souvisejících se zdravotní péčí ve Francii jako stále nedostatečné. Rozšíření infekcí se od roku 2006 dále nesnížilo a externí oznamování těchto infekcí není komplexní. Nedávný vývoj, jako je vytvoření středisek pro kontrolu infekcí souvisejících se zdravotní péčí, je nicméně považován za krok správným směrem. Nyní je třeba přijmout nové iniciativy s cílem rozšířit tuto politiku do všech segmentů aktivit v oblasti zdravotní péče a plně zohlednit hrozbu odolnosti vůči antibiotikům.

Přístup ke zdravotnickým službám

Cíle auditu

81 Šest auditů z tohoto kompendia posuzovalo přístup ke zdravotnickým službám. Tři z nich (Litva, Portugalsko a Rumunsko) zkoumaly přístup ke zdravotnickým službám obecně, jeden (Německo) se zaměřil na ortodontickou péči a jeden (Malta) zkoumal úlohu praktických lékařů při zajišťování přístupu ke zdravotnickým službám. Evropský účetní dvůr se zabýval tím, zda opatření EU v oblasti přeshraniční zdravotní péče přinášejí výhody pacientům.

82 Kromě toho, že se polská NKI zaměřila na prevenci diabetu II. typu, posoudila také, zda mají pacienti s diabetem přístup ke službám odborných lékařů a nejnovějším léčivým přípravkům.

83 Hlavním cílem provedených auditů bylo posoudit, zda je zajištěn přístup ke zdravotnickým službám a konzultacím odborných lékařů a zda byla opatření provedená za účelem zlepšení přístupu ke zdravotnickým službám účinná.

84 Cílem dvou konkrétnějších auditů bylo získat přehled nákladů a postupů v oblasti ortodontické péče (Německo) a zjistit, v jaké míře usnadňují praktičtí lékaři přístup ke zdravotnickým službám (Malta).

Hlavní auditní připomínky

85 Celkově došly audity k závěru, že zdravotnické služby nejsou vždy dostupné ve správný čas a na správném místě nebo za dostupnou cenu.

86 Litevský audit zaznamenal nedostatky související s řízením a zkracováním pořadníků na zdravotnické služby a s plánováním poptávky po odbornících v oblasti zdravotní péče.

87 Totéž konstatoval také audit portugalské NKI, který došel k závěru, že v období tří let od roku 2014 do roku 2016 ve skutečnosti došlo k prodloužení čekací doby na konzultace odborných lékařů a ke zvýšení počtu pacientů na pořadnících na chirurgické zákroky.

88 Rumunská NKI došla k závěru, že investice do infrastruktury ve zdravotnictví dosáhly svého cíle zvýšit přístup ke zdravotnickým službám jen částečně. Hlavní nedostatky popsané

ve zprávě se týkaly stanovování priorit v oblasti financí, koordinace, následné kontroly investic a zadávacích řízení.

89 Auditní zpráva německé NKI zjistila, že přínosy ortodontické péče nebyly vědecky prokázány a že pacienti museli často sami platit za další ortodontické služby a péči.

90 Maltská auditní zpráva byla pozitivnější, neboť vyhodnotila funkci praktického lékaře jako fungující v souladu se strategickými opatřeními definovanými ve strategii vnitrostátních systémů zdravotní péče. Konstatovala však, že další rozšíření funkce praktického lékaře tak, aby byla více zaměřena na pacienty, by vyžadovalo změnu v rozdělení finančních prostředků.

91 Evropský účetní dvůr zjistil, že Komise správně podpořila členské státy ve zlepšování informací o právech pacientů na přeshraniční zdravotní péči, ačkoli přetrvávají určité nedostatky.

92 Polská NKI došla k závěru, že přístup k odborné léčbě diabetu (II. typu) nebyl k dispozici ve správný čas a na správném místě. Čekací doba na konzultace odborných lékařů se prodlužovala a byly zjištěny velké regionální rozdíly v přístupu ke zdravotnickým službám.

Kvalita zdravotnických služeb

Cíle auditu

93 Tři z auditů zahrnutých do tohoto kompendia (provedené NKI Rakouska, Dánska a Irska) se zabývají kvalitou zdravotnických služeb.

94 Dva z nich se zaměřily na konkrétní kvalitativní aspekty v nemocnicích: dánská NKI posuzovala kvalitu péče v dánských nemocnicích a analyzovala veškeré kvalitativní rozdíly mezi nemocnicemi. Irská NKI zkoumala, jak je řízena elektivní ambulantní chirurgie. Analyzovala důvody rozdílů mezi nemocnicemi s cílem určit možné způsoby, jak zvýšit míru ambulantní chirurgie, a veškeré překážky v tomto směru. Analyzovala také sdílení informací a to, v jaké míře usnadňuje podporu myšlenek správné praxe.

95 NKI Rakouska posuzovala organizaci, vybrané subjekty a transparentnost zajištění kvality ze strany federální vlády v případě nezávislých zdravotnických odborníků.

96 Francouzská NKI kromě toho ve svém auditu nazvaném „Prevence infekcí souvisejících se zdravotní péčí“ analyzovala rozsah a náklady spojené s infekcemi souvisejícími se zdravotní péčí a úlohu, kterou hrají hygienické předpisy a správné předepisování antibiotik.

Hlavní auditní připomínky

97 Audity došly k závěru, že kvalita zdravotnických služeb se liší, a v určitých oblastech ukázaly prostor pro zlepšení.

98 Zpráva o kvalitě péče v dánských nemocnicích zaznamenala nedostatky v léčbě pacientů a nedostatečný soulad v kvalitě péče. Rozdíly v péči měly dopad na riziko opětovného nástupu do nemocnice a smrti pacientů. Důvody mnoha rozdílů je nicméně možné připsat faktorům, které nemocnice nemohou ovlivnit.

99 Irská zpráva o elektivní ambulantní chirurgii došla k podobným závěrům: navzdory obecnému úsilí zvýšit podíl ambulantní chirurgie oproti lůžkové péči se objevily významné rozdíly mezi nemocnicemi. Důvodem mohla být neexistence písemných protokolů a kontrolních seznamů, které by sloužily k výběru pacientů pro ambulantní chirurgii, a nedostatečné sledování nebo přezkum počtu pacientů vhodných pro ambulantní chirurgii ze strany vrcholného vedení.

100 Rakouská zpráva o zajištění kvality v případě nezávislých zdravotnických odborníků zaznamenala nedostatky týkající se platnosti pokynů v oblasti kvality, výstupních kvalitativních opatření, normalizované diagnostiky a dokumentace výkonnosti. Kromě toho navrhla posoudit možnosti zvýšení počtu kontrol platnosti sebehodnocení lékařů prostřednictvím inspekcí v ordinacích.

101 Francouzská NKI zjistila, že šíření infekcí souvisejících s lůžkovou péčí přestalo klesat v roce 2006. Nezbytné je tomto směru řádné prosazování hygienických předpisů a správné předepisování antibiotik. Kromě toho aktivnější řízení rizik infekce rovněž vyžaduje, aby byly při regulaci poskytování zdravotní péče lépe zohledněny kvalitativní ukazatele.

Nové technologie a elektronické zdravotnictví

Cíle auditu

102 Tři zprávy v tomto kompendiu (Bulharsko, Estonsko a Lotyšsko) se soustředí na elektronické zdravotnictví a využívání nových technologií v oblasti zdraví. Tyto tři zprávy zkoumají, zda byly splněny podmínky pro zavedení a další rozvoj elektronického zdravotnictví a zda bylo elektronické zdravotnictví zavedeno účinně. Lotyšská NKI kromě toho posuzovala, zda elektronické zdravotnictví dosáhlo svého cíle podporovat účinnější zdravotní péči.

Hlavní auditní připomínky

103 Všechny tři zprávy konstatovaly, že ačkoli bylo elektronické zdravotnictví považováno za prioritu v oblasti vnitrostátního zdraví, jeho provedení nesplnilo očekávání a dosáhlo svých cílů pouze částečně.

104 K tomuto výsledku došlo z několika různých důvodů. Bulharská zpráva zaznamenala, že chyběly nezbytné podmínky pro účinné zavedení elektronického zdravotnictví, konkrétně regulační rámec, komplexní vymezení odpovědnosti a účinný systém koordinace a harmonizace mezi různými subjekty. Zavádění elektronického zdravotnictví v Bulharsku tedy čelilo zpožděním a přijatá opatření byla účinná jen částečně.

105 Audit estonské NKI rovněž došel k závěru, že elektronické zdravotnictví nedosáhlo svých cílů, přičemž jediným technickým řešením, které bylo v době auditu aktivně využíváno, byly digitální lékařské předpisy. Míra využívání elektronických zdravotních záznamů a obrazových odkazů byla nízká a nebyla zavedena digitální registrace (elektronický rezervační systém pro objednávání k lékaři). Další nedostatky audit zaznamenal v oblasti strategického plánování a řízení elektronického zdravotnictví a v tom, že zavádění bylo nejen zpožděné, ale také značně nákladnější, než se původně plánovalo.

106 Zpráva lotyšské NKI obsahuje podobné hodnocení, neboť také zaznamenala nedostatky při zavádění elektronického zdravotnictví, které se týkaly zejména nedostatečného zapojení klíčových zúčastněných stran a problémů v oblasti projektového řízení a dozoru. V důsledku toho lotyšský audit také vyhodnotil cíl elektronického zdravotnictví jako pouze částečně splněný.

Udržitelnost veřejných financí a další finanční aspekty

Cíle auditu

107 Osm z auditů obsažených v tomto kompendiu analyzovalo udržitelnost nebo jiné fiskální aspekty veřejného zdraví. Čtyři z těchto auditů (Česká republika, Řecko, Maďarsko a Slovensko) se zabývaly otázkami souladu s předpisy, zatímco další čtyři (Finsko, Itálie, Lucembursko a Španělsko) se věnovaly obecnějším aspektům udržitelnosti veřejných financí a finančního řízení.

108 Oblasti, které pokryly čtyři posledně jmenované audity, sahají od odhadů tendencí výdajů na sociální zabezpečení (Finsko) po veřejné investice do zdravotnictví (Itálie a Lucembursko) a řádné finanční řízení plateb za léčivé přípravky (Španělsko).

Hlavní auditní připomínky

109 Nejčastějšími problémy zjištěnými v auditech týkajících se souladu s předpisy byly nedostatky v zadávacích řízeních a ve vnitřních kontrolách, finančním řízení a řízení nesplacených závazků.

110 Finský audit odhadů tendencí výdajů na sociální zabezpečení určil rámec pro rozvoj použitého modelu a zlepšení dokumentace týkající se metodiky a zjistil, že výsledky odhadů nebyly pravidelně zveřejňovány.

111 Audit lucemburské NKI odhalil nedostatky týkající se schvalování, koordinace a následné kontroly rozsáhlejších investic a podávání zpráv o nich.

112 Podobné problémy zaznamenala italská NKI, která došla k závěru, že zavedené podávání zpráv nebylo dostatečné pro sledování provádění projektů. Kromě toho podle jejího hodnocení nebylo účinně využíváno partnerství veřejného a soukromého sektoru.

113 Španělská zpráva došla k závěru, že vyplácení farmaceutických příspěvků lékárnám a nemocnicím probíhalo jen částečně v souladu s příslušnými právními předpisy a zásadami řádného finančního řízení.

Následná kontrola auditů

114 Všechny NKI ze zásady a v souladu s osvědčenou praxí sledují plnění svých doporučení. Každá NKI tak činí ve shodě se svými vnitřními pravidly. Následná kontrola může spočívat ve sledování provádění jednotlivých doporučení nebo může být součástí jiného auditního úkolu.

115 Obvykle se prováděla jeden až tři roky po konečném termínu pro provedení doporučení, v souladu s vnitřními pravidly dané NKI. Některé NKI kontrolují plnění doporučení bez stanovení konkrétního časového plánu.

ČÁST III – Stručný přehled zpráv NKI

Prevence a ochrana



BELGIE

Rekenhof – Cour des comptes – Rechnungshof

Vlámská preventivní politika v oblasti zdraví – posouzení
výkonnosti politiky

Přehled

116 Audit belgické NKI posoudil výkonnost vlámské preventivní politiky v oblasti zdraví v období od roku 2014 do začátku roku 2015.

117 Využití prevence za účelem přispění ke zdravotním přínosům a ke zvýšení kvality života obyvatel je jedním z cílů uvedených v politickém memorandu vlámského ministra pro veřejné zdraví. Vlámská preventivní politika v oblasti zdraví byla zformulována pomocí několika cílů v oblasti zdraví a provedena několika organizacemi, které byly v jejím rámci dotovány.

Jak se audit prováděl

118 Posouzení bylo založeno na těchto otázkách:

- Je provádění preventivní politiky v oblasti zdraví správně koncipováno a uspořádáno?
- Je provádění zamýšlené preventivní politiky kvalitní?
- Do jaké míry věnuje provádění zvláštní pozornost znevýhodněným skupinám obyvatelstva?

119 Hlavními subjekty, u kterých byl proveden audit, byly vlámské ministerstvo pro sociální zabezpečení, veřejné zdraví a rodinu a vlámská Agentura pro péči a zdraví. Posouzení bylo založeno zejména na analýze dokumentů a rozhovorech.

Hlavní připomínky

120 Bylo shledáno, že v praxi se podmínky provádění značně liší podle cíle v oblasti zdraví a uspořádání práce v terénu by mohlo být lepší.

- Některé cíle v oblasti zdraví zahrnovaly mnoho prováděcích organizací, avšak vymezení úkolů nebylo vždy jasné, přičemž vyžadovalo rozsáhlou konzultaci a dohodu.
- V případě jiných cílů v oblasti zdraví nebyly v terénu přítomny téměř žádné organizace, tudíž byla podpora nedostatečná.
- Přidělování finančních prostředků na jednotlivé cíle v oblasti zdraví a jednotlivým prováděcím organizacím nebylo dostatečně odůvodněné a vycházelo z přidělů v minulosti.

121 Výběr prováděcích organizací prostřednictvím výzvy k podávání návrhů vedl k nedostatku výměny znalostí a vyvolal napětí mezi zapojenými organizacemi.

122 Prováděcí organizace se příliš nezaměřovaly na výsledky v oblasti vypracování metodiky. Zprávy, které podávaly, obsahovaly málo informací za účelem posouzení dopadu jejich práce.

123 Rovněž nebyla věnována dostatečná pozornost znevýhodněným skupinám obyvatel.

Doporučení

124 Podmínky provádění

- Měla by se zefektivnit prováděcí struktura pro prevenci sebevražd, úkoly spojené s prevencí konzumace tabáku, alkoholu a drog by měly vycházet z jasných dohod a mělo by se provést více práce v terénu ohledně prevence diabetu.
- Nástroje pro zvyšování informovanosti o programech screeningu rakoviny by měly být lépe koordinovány a zaměřeny na skupiny, které nejsou dostatečně oslovovány.

- Prevence nehod by měla být více zaměřena na podněcování víceoborových konzultací prostřednictvím vypracování jasné pracovní metody, rozdělení úkolů a dohod o spolupráci mezi různými subjekty.
- V souvislosti s fyzickou činností je třeba vypracovat dlouhodobou vizi. Je třeba zajistit, aby provádění metodik týkajících se cíle zdravé výživy a cvičení bylo podpořeno v praxi.
- Rozdělování finančních prostředků mezi různé cíle v oblasti zdraví nebo témata prevence by mělo být jasně odůvodněno.

125 Provádění preventivní politiky v oblasti zdraví

- Vláda musí nadále posuzovat klady a zápory postupu výzvy k podávání návrhů.
- Výstup partnerských organizací týkající se vypracování metodiky si zasluhuje lepší plánování a sledování a měl by být propojen s rozpočtem.
- Vlámské ministerstvo pro veřejné zdraví by mělo usilovat o větší zapojení do preventivní činnosti na místní úrovni a na úrovni provincií.
- Uzavírání dohod o řízení by se mělo co nejvíce sladit s akčními plány pro cíle v oblasti zdraví.
- Vlámská Agentura pro péči a zdraví by měla zajistit, aby se skutečné plánování mohlo uvést do souladu s iniciativami navrženými v ročním plánu.
- Měla by se lépe rozvinout úloha center pro poradenství žákům při dosahování cílů Vlámska v oblasti zdraví.

126 Logos (místní zdravotnické sítě)

- Je třeba upřesnit a optimalizovat vztah mezi vlámskou Agenturou pro péči a zdraví, vlámským Institutem pro podporu zdraví a prevenci nemocí a sítěmi Logos.
- Měla by se přezkoumat a zlepšit úloha sítí Logos při vypracovávání metodiky.
- Měla by se zlepšit soudržnost a kvalita informací v registračním systému.

127 Projekty

- Vlámská vláda by měla prokázat přidanou hodnotu subvencí poskytovaných (partnerským) organizacím na preventivní projekty.
- Projekty, které fungují několik let, by se měly posoudit s ohledem na jejich začlenění do běžného provozu prováděcí organizace.

128 Znevýhodněné skupiny

- Vlámská vláda by měla více investovat do vypracování metod a materiálů, které by účinně motivovaly chudé osoby k udržení zdravého chování, včetně budování znalostí v tomto ohledu v rámci prováděcích organizací.

Zveřejnění a následná kontrola

129 Zpráva byla zveřejněna v elektronické podobě na internetových stránkách belgického účetního dvora dne 23. února 2016 a předložena komisi pro sociální zabezpečení, veřejné zdraví a rodinu vlámského parlamentu dne 8. března 2016. Následná kontrola jednotlivých doporučení se obvykle stanoví ve výročních politických listech ministerstva.

Očekávaný dopad

130 Během provádění auditu byly provedeny změny v platných právních předpisech a bylo přijato několik iniciativ, jež napravily některá z úzkých míst (např. pokyny pro vypracování a posouzení metod prevence).

V září 2017 byl přijat nový celkový cíl v oblasti zdraví týkající se zdravého stravování, sedavého způsobu života, fyzické aktivity, tabáku, alkoholu a drog.



Francie Cour des comptes

Prevence infekcí souvisejících se zdravotní péčí:
další kroky

Přehled

131 Audit francouzské NKI posoudil prevenci infekcí souvisejících se zdravotní péčí v období let 2010 až 2018.

132 Má se za to, že určitá infekce souvisí se zdravotní péčí, pokud se objeví během léčby pacienta prováděné zdravotnickým pracovníkem, během ambulantní péče, v sociálním zdravotnickém zařízení nebo zdravotnickém zařízení (v posledním jmenovaném případě je klasifikována jako nosokomiální infekce). Nemusí se nutně shodovat se samotnou léčbou: může se objevit 48 hodin až jeden rok po ní.

133 Během posledních 30 let Francie prováděla strukturovanou veřejnou politiku, která má zabránit infekcím souvisejícím se zdravotní péčí, zejména v nemocnicích, a odškodnit pacienty. Při prosazování této politiky hrála rozhodující úlohu sdružení pacientů na základě mediálního pokrytí seskupených případů infekcí v některých zdravotnických zařízeních.

134 Provedená opatření snížila a poté stabilizovala výskyt infikovaných pacientů v nemocnicích na úrovni přibližně 5 % pacientů (tj. okolo 470 000 infikovaných pacientů za rok). Přestože infekce související se zdravotní péčí nejčastěji vedou k přechodným obtížím, mohou mít daleko závažnější následky. Počet infikovaných pacientů v ambulantní péči nicméně není znám a stanovení jejich výše je v sociálním zdravotnictví stále v rané fázi.

Jak se audit prováděl

135 Posouzení bylo založeno na těchto otázkách:

- o Hlavní auditní otázka: Jaké jsou přínosy politiky v oblasti prevence infekcí souvisejících se zdravotní péčí?

- S těmito dílčími otázkami:
 - Jaké jsou rozsah a náklady nemocí souvisejících se zdravotní péčí?
 - Jakých výsledků dosáhly politiky, které provedlo ministerstvo pro solidaritu a zdraví a jeho různé orgány?
 - Jak můžeme zohlednit otázky týkající se pacientovy cesty mimo nemocnice a odolnosti vůči antibiotikům?
 - Na jakých úrovních řízení rizik by měla být řízena restrukturalizace veřejných opatření?
 - Jak lze různé subjekty učinit odpovědnými?

136 Hlavní kontrolované subjekty zahrnovaly francouzské ministerstvo pro solidaritu a zdraví, různé orgány prosazující jeho politiky na vnitrostátní i regionální úrovni a veřejné nemocnice.

137 Posouzení vycházelo z rozhovorů a dotazníků zaslanych všem příslušným orgánům.

Hlavní připomínky

138 *Cour des comptes* předložil tyto připomínky:

- Během posledních třiceti let orgány veřejné správy, zdravotnická zařízení a zdravotničtí pracovníci prováděli veřejnou politiku v oblasti prevence nosokomiálních infekcí. Její výsledky jsou stále nedostatečné. Rozšíření infekcí souvisejících s lůžkovou péčí přestalo klesat v roce 2006 a externí oznamování nosokomiálních infekcí není komplexní. Nyní je třeba přijmout další opatření s cílem rozšířit tuto politiku do všech segmentů činností v oblasti zdravotní péče a plně zohlednit hrozbu odolnosti vůči antibiotikům.
- Nedávné vytvoření středisek pro kontrolu infekcí souvisejících se zdravotní péčí ve všech regionech by mělo umožnit vypracování opatření spolu s odborníky v oblasti ambulantní péče a sociální zdravotní péče a lepší koordinaci s regionálními zdravotnickými orgány. V rámci této nové struktury musí ministerstvo pro solidaritu a zdraví zaujmout prostřednictvím Agentury pro veřejné zdraví své oprávněné místo při řízení a koordinaci veřejných opatření.

- o Za účelem vypořádání se s těmito novými problémy je také zásadní zlepšit postavení všech zúčastněných stran při řádném prosazování hygienických předpisů a správném předepisování antibiotik. Aktivnější řízení rizik infekce rovněž požaduje, aby byly při regulaci poskytování zdravotní péče lépe zohledněny kvalitativní ukazatele a revidovány systémy odškodnění za účelem posílení odpovědnosti.

Doporučení

139 *Cour des comptes* vydal tato doporučení:

- o provést vnitrostátní průzkum rozšíření infekcí souvisejících se zdravotní péčí v ambulantní péči, případně pomocí přizpůsobené metodiky, s cílem zaměřit se na riziková odvětví a opatření, která mají být vypracována;
- o výslovně pověřit Agenturu pro veřejné zdraví (*Santé Publique France*), veřejnou instituci pod dohledem ministerstva pro solidaritu a zdraví, koordinací úkolů a prostředků na opatření středisek pro kontrolu infekcí souvisejících se zdravotní péčí;
- o provést škálu opatření zaměřených na snížení spotřeby antibiotik a upravit odměňování určené soukromým praktickým lékařům na základě cílů v oblasti veřejného zdraví, aby se zajistila jejich efektivita;
- o regionální zdravotnické orgány by měly stanovit priority ohledně inspekce a kontroly zdravotnických zařízení a vyvodit veškeré provozní závěry, včetně pozastavení činnosti;
- o přezkoumat kritéria pro stanovení velikosti a složení provozních hygienických týmů ve zdravotnických zařízeních podle činnosti těchto zařízení a mezinárodních doporučení. Ve veřejných nemocnicích by tyto týmy měly být sdruženy v rámci územních nemocničních seskupení (*groupements hospitaliers de territoire*);
- o zrušit pozastavení povinnosti pro zdravotnické pracovníky týkající se očkování proti chřipce (opakované doporučení).

Zveřejnění a následná kontrola

140 První předseda *Cour des comptes* předložil výroční veřejnou zprávu pro rok 2019 prezidentovi Francouzské republiky dne 4. února 2019. Poté byla dne 6. února 2019 představena sdělovacím prostředkům a zveřejněna v elektronické podobě na internetových

stránkách *Cour des comptes*. Byla také předložena Národnímu shromáždění dne 6. dubna 2019 a poté Senátu dne 7. dubna 2019.

141 *Cour des comptes* věnuje zvláštní pozornost následné kontrole svých doporučení. Tři roky po zveřejnění této zprávy zkoumá, v jakém rozsahu byla provedena jeho doporučení, a skutečné dopady těch doporučení, jež byla provedena. Monitorovací zpráva může být obsažena ve výroční veřejné zprávě.

Očekávaný dopad

142 Politiky, které mají zabránit infekcím souvisejícím se zdravotní péčí, jsou nezbytné. S ohledem na počet postižených pacientů musí být provedena účinná opatření, aby se zajistilo, že léčba bude probíhat v co nejbezpečnějším prostředí.



Polsko

Najwyższa Izba Kontroli (NIK)

Prevence a léčba diabetu II. typu

Přehled

143 Audit polské NKI posuzoval prevenci a léčbu diabetu II. typu v období let 2013–2017 u ambulantní zdravotní péče a v letech 2015–2017 u lůžkové zdravotní péče.

144 Odhady ukazují, že v Polsku může trpět diabetem (I. a II. typu) jeden člověk z jedenácti a že počet pacientů s touto nemocí vzrůstá každoročně o 2,5 %. Pokud se diabetes neléčí, vede k různým negativním důsledkům, jako jsou mozková příhoda, vysoký krevní tlak a amputace končetin (což je komplikace jevu známého jako syndrom „diabetické nohy“), a tudíž ke zvýšení počtu osob, které již nejsou schopny pracovat a pobírají tedy sociální dávky.

Jak se audit prováděl

145 Posouzení vycházelo z této hlavní auditní otázky:

- Zajišťuje systém zdravotní péče, aby byli lidé trpící nebo ohrožení diabetem II. typu včas zjištěni a aby byly provedeny účinné metody léčby této nemoci?

146 Konkrétní otázky:

- Zformulovalo ministerstvo zdravotnictví vnitrostátní politiku v oblasti zdravotní péče s cílem zabránit diabetu a zlepšit zdraví osob trpících touto nemocí?
- Zajistil Národní fond zdraví dostupnost služeb týkajících se diabetu a zdroje pro léčbu diabetu a souvisejících komplikací?
- Přijali poskytovatelé zdravotní péče opatření v oblasti prevence, včasného odhalení a léčby diabetu II. typu?

- Zajistili pacientům s diabetem II. typu přístup ke službám odborných lékařů?
- Zavedli metody léčby pro diabetes II. typu za využití nejnovějších léčivých přípravků?

147 Hlavním kontrolovaným subjektem bylo ministerstvo zdravotnictví, ústředí Národního fondu zdraví a poskytovatelé zdravotní péče. Použitá metodika zahrnovala přezkum dokumentů, průzkumy, upřesnění ze strany zaměstnanců kontrolovaných subjektů a dalších organizací.

Hlavní připomínky

148 Diabetes se uznává jako „civilizační nemoc“ a boj proti této nemoci je jednou z priorit ministra zdravotnictví, který je pověřen formulací vnitrostátní zdravotní politiky. Nebyla však zformulována žádná vnitrostátní strategie pro prevenci diabetu nebo pro léčbu osob trpících touto nemocí a péči o ně.

149 Ministr zdravotnictví dostatečně nezjistil zdravotní potřeby ani neurčil počet odborných lékařů v oblasti diabetu, kteří jsou zapotřebí k péči o pacienty trpící touto nemocí. Nepodařilo se mu ani dostatečně zvýšit povědomí veřejnosti o diabetu.

150 Celkově polští pacienti nemají přístup k inovativním léčbám diabetu II. typu, neboť žádný z léčivých přípravků s pozitivním doporučením Agentury pro hodnocení zdravotnických technologií a sazeb (tj. inkretiny a glifloziny) nebyl zařazen na seznam hrazených léčivých přípravků.

151 Ačkoli Národní fond zdraví přijal opatření ke zlepšení léčby pacientů s diabetem II. typu, počet pacientů na poradnících specializovaných klinik pro diabetiky a na poradnících pro hospitalizaci roste a čekací doba na služby se prodlužuje. Současně klesá počet poskytovatelů služeb, kteří uzavřeli smlouvu s Národním fondem zdraví.

152 Chybějící vhodné záznamy ve zdravotnické dokumentaci rovněž naznačují, že se lékaři v mnoha případech neřídili zásadami stanovenými v doporučeních Polského diabetologického sdružení (PTD) ohledně léčby osob ohrožených diabetem a pacientů s diabetem II. typu, nebo že jejich vedení záznamů nebylo spolehlivé. V některých případech se pacienti neřídili doporučeními lékaře. Proto byly výsledky léčby nedostatečné a náklady na léčbu komplikací spojených s diabetem II. typu byly vysoké.

Doporučení

153 Nejvyšší kontrolní úřad (NIK) předložil tato doporučení.

- Ministr zdravotnictví by měl připravit komplexní celostátní program činností zaměřených na prevenci, včasnou diagnózu a léčbu diabetu.
- Ministr zdravotnictví by měl přijmout opatření s cílem odhadnout počet osob, které dosud nebyly diagnostikovány a nejsou si tedy vědomy, že trpí diabetem, a vypracovat metody, jak jim doručit příslušné informace o příznacích a dopadech nemoci, a podpořit je, aby podstoupily náležitou diagnostiku a léčbu.
- Ministr zdravotnictví by měl zesílit úsilí za účelem vypracování modelu pro plánování zdravotnického personálu.
- Předseda Národního fondu zdraví by měl přijmout opatření s cílem zajistit celostátní přístup ke službám poskytovaným v rámci komplexní ambulantní specializované péče pro diabetické pacienty a komplexní léčby chronických zranění.
- Poskytovatelé zdravotní péče by měli:
 - posílat pacienty s diabetem na diagnostické testy a konzultace u odborných lékařů tak často, jak to doporučuje Polské diabetologické sdružení,
 - posílat pacienty na screening diabetu podle doporučení Polského diabetologického sdružení,
 - dodržovat doporučení Polského diabetologického sdružení týkající se prevence diabetu II. typu,
 - udržovat zdravotnickou dokumentaci jednotlivců tak, aby zajistila úplné a spolehlivé informace o diagnóze daného pacienta a postupu léčby.

154 Orgány veřejné správy by rovněž měly přijmout společné, koordinované opatření spolu s organizacemi zdravotní péče a organizacemi pacientů s cílem podpořit zdravý životní styl, včetně cvičení a stravy, a pomoci tak snížit výskyt diabetu II. typu v Polsku.

Zveřejnění a následná kontrola

155 Zpráva byla zveřejněna na internetových stránkách polské NKI dne 26. března 2018 a zaslána nejvyššímu a ústřednímu vnitrostátnímu orgánu. Vyvolala velký zájem sdělovacích prostředků a byla rozsáhle komentována odborníky v oblasti zdravotní péče.

156 V reakci na tuto zprávu informovalo polské ministerstvo zdravotnictví NKI o opatřeních přijatých za účelem realizace doporučení z auditu, včetně analýzy potřeb a vypracování plánu pro nový zdravotní program a opatření ke zlepšení účinnosti zdravotnické osvěty a prevence nemocí.

Očekávaný dopad

157 Posílení systému zdravotní péče zajištěním účinnějšího monitorování prevence diabetu a péče v této oblasti, zvýšením účinnosti osvěty ohledně diabetu a koordinací opatření ke snížení výskytu nových případů diabetu.



Slovinsko Računsko Sodišče Republike Slovenije

Řešení dětské obezity

Přehled

158 Audit slovinské NKI posuzoval, zda byly mechanismy pro řešení obezity u dětí účinné a efektivní. Audit se týkal období let 2015–2016.

159 Účetní dvůr Slovinské republiky se rozhodl provést audit týkající se řešení dětské obezity kvůli znepokojivým statistikám ohledně dětí s nadváhou a obezitou.

160 V roce 1989 mělo 12,5 % dětí navštěvujících základní školu ve Slovinské republice nadváhu a 2,35 % bylo obézních. Ačkoli podíl dětí navštěvujících základní školu, které měly nadváhu nebo byly obézní, od roku 2010 klesá, v roce 2016 byl tento podíl stále o 43,2 %, resp. 193,6 % vyšší než v roce 1989.

161 Problémy s váhou a obezita jsou do velké míry závislé na socioekonomickém postavení rodiny a na úsilí každého jednotlivce. Stát může pouze provádět politiky na podporu zdravého životního stylu.

Jak se audit prováděl

162 Posouzení vycházelo z hlavní auditní otázky „Zabývá se Slovinská republika náležitě dětskou obezitou?“ a z těchto dílčích otázek:

- Jsou cíle a opatření v oblasti řešení obezity u dětí vhodně naplánovány?
- Jsou akce ministerstva zdravotnictví, ministerstva školství, vědy a sportu a Národního institutu pro veřejné zdraví při provádění činností za účelem řešení obezity u dětí účinné?

- o Bylo dosaženo cílů v oblasti řešení obezity u dětí a klesá podíl dětí s nadváhou a obezitou?

163 Hlavními kontrolovanými subjekty byly ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo školství, vědy a sportu a Národní institut pro veřejné zdraví. Metodika auditu zahrnovala přezkum dokumentů, internetových stránek, zpráv sdělovacích prostředků a dalších veřejných zdrojů informací, rozhovory s kontrolovanými subjekty a dalšími zúčastněnými stranami a analýzu údajů.

Hlavní připomínky

164 NKI došla k závěru, že stát (ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo školství, vědy a sportu a Národní institut pro veřejné zdraví) podporují mezi dětmi zdravý životní styl na systémové úrovni (pomocí regulace zdravé stravy a fyzických aktivit) a kromě toho prostřednictvím vybraných projektů.

165 I když jsou dopady činností státu v oblasti řešení obezity u dětí viditelné až v průběhu času a nejsou přímo měřitelné, podle hodnocení účetního dvora stát do určité míry přispěl k řešení obezity u dětí, jak lze nepřímo vidět ve změně vývoje podílu dětí s nadváhou a obezitou. Stát by však mohl zlepšit svou činnost při řešení obezity u dětí pomocí opatření a aktivit, které by oslovily všechny děti, což by zvýšilo účinnost jejich provádění.

166 NKI konkrétně konstatovala, že:

- o školy se účastní různých dalších projektů a programů na podporu zdravého životního stylu. Provádění projektů je však méně účinné než systémový přístup. Projekty jsou časově omezené, nezajišťují vždy rovné zacházení s dětmi a způsobují další administrativní zátěž a náklady,
- o systém organizace zdravých školních jídel byl náležitě ustaven a zajišťuje rovné zacházení se všemi dětmi,
- o tělesná výchova na základních školách nedosahuje 180 minut za týden, které doporučuje Světová zdravotnická organizace.

Doporučení

167 Ministerstvu zdravotnictví bylo doporučeno, aby:

- zvážilo, jak by mohlo zlepšit soulad mezi organizovanými školními jídly a pokyny v oblasti výživy,
- změnilo právní předpisy týkající se vydávání lékařských osvědčení odůvodňujících neúčast na hodinách tělesné výchovy nebo zvláštní stravu,
- přezkoumalo potřeby a definovalo postupy pro včasné akce za účelem řešení obezity u dětí a možné léčby spojených nemocí.

168 Ministerstvu školství, vědy a sportu bylo doporučeno, aby:

- přezkoumalo požadavky na subjekty organizující školní jídla, včetně způsobů, jak zjednodušit a harmonizovat postupy zadávání veřejných zakázek týkajících se nákupů potravin na školní jídla; zvážilo, zda by se měla v tomto směru pořádat pravidelná školení a kdo by je měl pořádat,
- provedlo analýzu účinnosti a efektivity jednotlivých sportovních programů,
- vypracovalo analýzu nákladů a přínosů pro projekty související se zvyšováním informovanosti a zdravým stravováním a přezkoumalo možnost začlenit obsah projektů a programů do pravidelných školicích a vzdělávacích programů,
- zvážilo kurzy odborné přípravy ohledně důležitosti zdravého životního stylu určené zaměstnancům škol, dětem a jejich rodičům,
- zvážilo odbornou přípravu učitelů v oblasti podpory zdraví,
- vypracovalo podrobnou analýzu zaměstnanců a zdrojů nezbytných k zavedení pěti hodin tělesné výchovy týdně pro všechny děti.

Zveřejnění a následná kontrola

169 Zpráva byla předložena kontrolovaným subjektům a zveřejněna na internetových stránkách účetního dvora Slovinské republiky dne 10. října 2018.

Očekávaný dopad

170 Hlavním výsledkem provedeného auditu bylo to, že informoval veřejnost o současné situaci a problémech vyplývajících z nadváhy a obezity u dětí.

171 Jedním z možných dopadů by bylo, že by audit kromě jiného způsobil změny a zlepšení právních předpisů, zejména v souvislosti s doporučeným rozsahem tělesné výchovy ve školách.

Přístup ke zdravotnickým službám



Německo

Bundesrechnungshof

Zdravotnický výzkum nezbytný ke studiu hodnoty ortodontické péče

Přehled

172 Audit německé NKI posuzoval hodnotu ortodontické péče. Týkal se období let 2014–2016.

173 Zákonné zdravotní pojišťovny hradí ortodontickou péči (např. rovnátka) pouze tehdy, pokud nesprávně umístěné zuby nebo čelisti významně narušují žvýkání, kousání, mluvení či dýchání nebo pokud hrozí riziko, že by tyto činnosti mohly významně narušit. Náklady na léčené patologické případy se v nedávných letech přibližně zdvojnásobily. Podle odhadů se ortodontická péče týká více než poloviny všech dětí a mladistvých v Německu. V této situaci přezkoumal Bundesrechnungshof, který je pověřen kontrolou systému zákonných zdravotních pojišťoven v Německu, jak zdravotní pojišťovny řešily ortodontické služby pro své příjemce.

Jak se audit prováděl

174 Cílem auditu bylo získat přehled nákladů a postupů, které jsou součástí schvalování, provádění a fakturace ortodontické péče ze strany zákonných zdravotních pojišťoven.

175 Kromě toho *Bundesrechnungshof* zkoumal, zda a do jaké míry zajistilo Spolkové ministerstvo zdravotnictví účinnost těchto služeb.

176 Hlavními kontrolovanými subjekty byly Spolkové ministerstvo zdravotnictví, vybrané zdravotní pojišťovny a zastřešující organizace zákonných zdravotních pojišťoven.

177 Audit vycházel především z přezkumu dokumentů, které poskytlo Spolkové ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny, orgány pro konzultaci pacientů a

samosprávné subjekty smluvních zubních lékařů (ortodontické postupy, smlouvy, studie o ortodoncii atd.), a z rozhovorů se zástupci těchto orgánů.

Hlavní připomínky

Hodnota ortodontické péče není podložena vědeckým výzkumem

178 *Bundesrechnungshof* došel k závěru, že Spolkové ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny neměly komplexní přehled konkrétních ortodontických služeb poskytovaných pacientům. Chyběly celostátní údaje, např. o typu, době trvání a úspěchu péče, ošetřených věkových skupinách, základních diagnózách, počtu dokončených případů a případů, kdy byla péče přerušena. Kromě toho nebylo zavedeno posouzení přidané hodnoty ortodontické péče na základě těchto údajů. V důsledku toho nejsou k dispozici informace o cílech zdravotních pojišťoven při vynakládání více než 1 miliardy EUR ročně na ortodontickou péči nebo o případném úspěchu této péče.

Příjemci za ortodontickou péči často platí navíc

179 Kromě toho *Bundesrechnungshof* zjistil, že zubní lékaři často nabízeli další služby, které příjemci museli hradit ze svých vlastních zdrojů. Tyto služby placené příjemci zahrnovaly zejména další metody péče, diagnostiku a ortodontické pomůcky (např. rovnátka).

180 Podle studie jedné zdravotní pojišťovny se tři čtvrtiny osob, které byly předmětem průzkumu, dohodly s ošetřujícím ortodontistou na soukromých službách, jež platily samy. Téměř polovina osob, které byly předmětem průzkumu, zaplatila více než 1 000 EUR. Ve většině případů zdravotní pojišťovny nevěděly, jakou ortodontickou péči a služby, které si platili sami, jejich příjemci obdrželi. Zdravotní pojišťovny se o obdržené péči a službách dozvěděly pouze ve výjimečných případech, například když si příjemce stěžoval na svého zubního lékaře. Ani v tomto případě nebylo jasné, jakého úspěchu bylo dosaženo.

Doporučení

181 *Bundesrechnungshof* doporučil průzkum a shromažďování údajů o situaci v oblasti ortodontické péče, potřebách a cílech této péče a ukazatelích a kontrolách kvality, včetně služeb, které platí samotní příjemci. Spolkové ministerstvo zdravotnictví by mělo zahájit

hodnocení a případně usilovat o vytvoření nezbytných zákonných podmínek. Je třeba určit typ ortodontických služeb poskytovaných podle zákonného zdravotního pojištění, aby se projevil výsledek tohoto výzkumu v oblasti zdravotní péče. Pokud jsou služby placené samotnými příjemci vhodnější než současné služby poskytované zdravotními pojišťovnami, měly by příslušné orgány zvážit, zda je nezahrnout do péče poskytované zdravotními pojišťovnami.

Zveřejnění a následná kontrola

182 *Bundesrechnungshof* předložil svou zprávu Výboru pro veřejné účty v rámci Rozpočtového výboru spolkového sněmu (*Bundestag*) jako součást své výroční zprávy o spolkovém finančním řízení spolkové vlády.

183 Auditní zpráva byla zveřejněna na internetových stránkách orgánu *Bundesrechnungshof* v dubnu 2018. Její zveřejnění doprovázela tisková zpráva (viz www.bundesrechnungshof.de/en/themen/health-health-insurers/health-health-insurers, třetí položka na seznamu).

184 *Bundesrechnungshof* má v úmyslu sledovat, zda Spolkové ministerstvo zdravotnictví přijímá účinná opatření s cílem pomoci zajistit nákladovou efektivnost příspěvků zdravotního pojištění na ortodontickou péči.

Očekávaný dopad

185 V reakci na doporučení orgánu *Bundesrechnungshof* zadalo Spolkové ministerstvo zdravotnictví vypracování vědecké zprávy s cílem prozkoumat, předložit a posoudit současný stav lékařských poznatků o dlouhodobých účincích ortodontické péče na orální zdraví.

186 Spolu s ústředními sdruženími zdravotních pojišťoven a smluvních zubních lékařů má ministerstvo v úmyslu posoudit doporučení k akci vypracovaná odborníky a projednat další kroky, které je třeba přijmout za účelem zlepšení výzkumu v oblasti zdravotní péče a posouzení hodnoty ortodontie.



Litva Valstybės Kontrolė

Dostupnost zdravotnických služeb a zaměření na pacienta

Přehled

187 Audit litevské NKI posuzoval dostupnost zdravotnických služeb a zaměření na pacienta. Týkal se období let 2014–2016. Byly rovněž přezkoumány údaje z let 2017 a 2018, pokud to bylo důležité pro změny, k nimž došlo.

Jak se audit prováděl

188 Posouzení se soustředilo na tyto otázky:

- o organizace čekací doby na zdravotnické služby,
- o vhodnost plánování požadovaného počtu odborníků v oblasti zdravotní péče,
- o účinnost využívání nákladného vybavení, které vlastní zdravotnická zařízení,
- o rozvoj podmínek nezbytných k zajištění dostupnosti nejnovějších zdravotnických technologií a přezkum technologií, které se již používají,
- o určení, posouzení a řízení očekávání pacientů.

189 Hlavními kontrolovanými subjekty byly ministerstvo zdravotnictví, Státní agentura pro akreditaci zdravotní péče a Národní zdravotní pojišťovna.

190 Kromě toho byly shromážděny údaje a informace od státních a soukromých zdravotnických zařízení, obcí, profesních organizací odborníků v oblasti zdravotní péče, organizací pacientů a vědeckých institucí.

191 Metodika auditu zahrnovala přezkum dokumentů, referenční srovnávání, průzkumy mezi zdravotnickými zařízeními a obcemi, průzkumy mezi obyvatelstvem, rozhovory, analýzu údajů a testování.

Hlavní připomínky

Neúčinnost opatření navržených za účelem zkrácení čekací doby na služby

192 Ministerstvu zdravotnictví chyběly objektivní informace o čekacích dobách a o tendencích a základních faktorech, které bránily plánování účinných opatření za účelem jejich zkrácení. Ministerstvu se rovněž nepodařilo analyzovat dopad zavedených opatření na výkyvy v čekacích dobách. Opatření za účelem zkrácení čekací doby nepřinesla očekávané výsledky z důvodu neúspěšného řešení hlavních otázek souvisejících s toky pacientů, fungování systému elektronického zdravotnictví, nerovnováhy ve struktuře odborníků v oblasti zdravotní péče atd. Otázka dostupnosti služeb byla řešena tak, že 17 % pacientů využívalo placené služby (přičemž polovina z nich tak činila z důvodu příliš dlouhých front) a 19 % využilo samoléčbu.

Nutnost zlepšit plánování poptávky po odbornících v oblasti zdravotní péče

193 Při sestavování žádosti o přípravu odborníků v oblasti zdravotní péče určené vědeckým a vzdělávacím institucím se ministerstvu nepodařilo vyhodnotit změny ve struktuře služeb, poptávku po těchto službách v regionech, pracovní zátěž odborníků, odchody lékařů z této profese a očekávanou emigraci. Ministerstvo se pouze pokusilo nahradit lékaře odcházející do důchodu, nezohlednilo však poptávku po zdravotních sestřích. Počet lékařů překročil průměr EU, přesto však chyběli odborníci v konkrétních oblastech, jako je kardiologie, oftalmologie a neurologie, a zdravotní sestry, což mělo dopad na dostupnost služeb.

Neefektivní využívání nákladných prostředků ve zdravotnických zařízeních a chybějící pobídky pro posouzení nových technologií

194 Intenzita využívání více než poloviny (59 %) nákladných zdravotnických prostředků (s cenou převyšující 29 000 EUR) byla nízká a 7 % z nich se nevyužívalo vůbec. Během kontrolovaného období zahájilo ministerstvo postupy pro nákup nových prostředků, nepodařilo se mu však zahájit redistribuci nákladných prostředků, a otázka neefektivního využívání dostupných prostředků tedy zůstala nevyřešena.

195 Začátek posuzování nových technologií byl pomalý (během čtyřletého období předložila zdravotnická zařízení a soukromí poskytovatelé pouze 11 technologií k posouzení) z důvodu chybějících finančních prostředků pro využití nových a schválených zdravotnických technologií. Když se objevily nové technologie, často se ty z nich, které byly dostupné, nedočkaly posouzení. Z toho důvodu se nepodařilo zajistit léčbu pomocí nejnovějších technologií pro všechny pacienty.

Pacienti nebyli zapojeni do vývoje zdravotní péče za účelem splnění jejich očekávání

196 Ministerstvu ani zdravotnickým zařízením se nepodařilo využít průzkumů mezi pacienty, které sloužily ke zjištění jejich očekávání. Ačkoli polovina kontrolovaných obcí shromažďovala údaje o zdravotnických zařízeních, nevyužila je při rozhodování o organizaci služeb. Zastoupení pacientů bylo roztržštěné – zástupci pacientů byli zapojeni jen do 40 % pracovních skupin, které považovali za důležité. Informování pacientů o jejich právech a povinnostech bylo neúplné, což přispělo k tomu, že přibližně 20 % pacientů zmeškalo svůj termín, a tím se dále prodloužila čekací doba.

Doporučení

197 Aby se zvýšila dostupnost zdravotnických služeb, zkrátila čekací doba a účinněji využily dostupné zdroje, NKI doporučila:

- o pravidelně sledovat a analyzovat využívání a dostupnost služeb a toku pacientů a dopad opatření za účelem zkrácení čekací doby a vycházet při provádění opatření z výsledků tohoto sledování a analýzy,
- o vytvořit systém pro plánování poptávky po všech odbornících v oblasti zdravotní péče na základě analýzy údajů,
- o rozšířit každoroční hodnocení zdravotnických zařízení o ukazatele využití nákladných zdravotnických prostředků,
- o upřesnit postup pro financování nových posouzených technologií a přezkoumat a opětovně posoudit již používané zdravotnické technologie.

198 Aby se zlepšila orientace pacientů v systému zdravotní péče, NKI doporučila:

- o rozšířit a/nebo přezkoumat obsah výhledových studií a průzkumů týkajících se pacientů, které provedlo ministerstvo a zdravotnická zařízení s cílem určit očekávání pacientů a které by se poté mohly využít ke zlepšení organizace zdravotní péče,
- o rozšířit obsah informací, jež mají podnítit pacienty, aby splnili své povinnosti a uplatnili svá práva, a prostředky jejich poskytování,
- o stanovit kritéria pro zahrnutí organizací pacientů do rozhodování výborů a pracovních skupin s ohledem na zlepšení zdravotní péče.

Zveřejnění a následná kontrola

199 Auditní zpráva byla předložena kontrolovaným subjektům, parlamentnímu výboru pro audit, zdravotnickým zařízením a široké veřejnosti (na mezinárodní konferenci Signals 2018, kterou NKI uspořádala v roce 2018).

200 V souladu s lhůtami pro provedení doporučení schválených ve zprávě jsou parlamentním výborům předkládány pololetní zprávy.

Očekávaný dopad

201 Očekává se, že audit povede k organizačním / procesním změnám (v oblastech sledování dostupnosti služeb, plánování poptávky po odbornících v oblasti zdravotní péče, hodnocení využívání zdravotnických prostředků, určení očekávání pacientů a začlenění organizací pacientů) a přehodnocení rozhodnutí o financování (kvůli novým technologiím).



Malta National Audit Office

Funkce praktického lékaře – jádro primární zdravotní péče

Přehled

202 Audit maltské NKI posuzoval funkci praktického lékaře a jeho úlohu v primární zdravotní péči. Týkal se období let 2014–2016.

203 Vnitrostátní dokumenty a dokumenty Evropské unie uznávají, že navzdory tomu, že během doby došlo k významnému rozšíření služeb primární zdravotní péče, není toto odvětví náležitě umístěno na předním místě zdravotnických služeb na Maltě.

204 Národní auditní úřad Malty již posoudil funkci praktického lékaře v rámci zdravotnických středisek v roce 2001 prostřednictvím auditu výkonnosti nazvaného *Primární zdravotní péče – funkce praktických lékařů v rámci zdravotnických středisek*. Audit zdůraznil, že v dané době byli uživatelé služeb praktických lékařů velmi spokojeni. Zpráva nicméně upozornila na různé aspekty poskytování těchto služeb. Upozornění se týkala zejména kontinuity péče prostřednictvím více personalizovaných služeb, nerovnoměrného rozložení praktických lékařů v rámci zdravotnických středisek, nevyužívání systému pro objednávání k lékaři a nákladové efektivity služeb.

Jak se audit prováděl

205 Cílem auditu bylo určit, v jakém rozsahu:

- o činnosti týkající se funkce praktického lékaře zajišťují dostupnost souvisejících služeb a dostatečnou kvalitu z hlediska dosahování cílů primární zdravotní péče,
- o organizace a správní struktury usnadňují poskytování služeb,
- o jsou poskytované služby nákladově efektivní.

206 Hlavními kontrolovanými subjekty byly Odbor primární zdravotní péče (Malta), Všeobecná nemocnice ostrova Gozo (Gozo) a Oddělení urgentního příjmu nemocnice Mater Dei.

207 Metodika auditu zahrnovala přezkum dokumentů, provedení polostrukturovaných rozhovorů a průzkumu a propočet nákladů k různým službám, jež poskytují praktičtí lékaři. Rozsah auditu nezahrnoval služby, které neposkytují praktičtí lékaři, ale různí zdravotničtí odborníci ve zdravotnických střediscích.

Hlavní připomínky

208 Audit jasně ukázal, že obecně byla funkce praktického lékaře v souladu s národními strategickými opatřeními, jak je definuje národní strategie Malty pro systémy zdravotní péče, a služby byly rozšiřovány a doplňovány.

209 Na druhé straně tento přezkum rovněž upozornil na určité otázky. V současném uspořádání by pravděpodobně nedošlo k dalšímu rozšíření funkce praktického lékaře tak, aby byla více zaměřena na pacienty, pokud by neproběhla změna v rozdělení finančních prostředků, jejímž cílem je realističtěji odrážet dlouhodobé sociálně-ekonomické výhody investic do primární zdravotní péče. Kromě toho se naskytla příležitost více využít vzájemný vztah a možnou součinnost na základě spolupráce soukromého a veřejného sektoru. Pomocí užší spolupráce zúčastněných stran tedy mohla veřejná funkce praktického lékaře více přispět k tomu, aby se primární zdravotní péče dostala do středobodu vnitrostátních zdravotnických služeb.

Doporučení

210 Národní auditní úřad Malty vydal tato doporučení:

- Odbor primární zdravotní péče by se měl více zaměřit na posouzení proveditelnosti rozšíření funkce praktického lékaře tím, že využije doplňkovost služeb poskytovaných lékaři ve veřejném a soukromém sektoru – mimo jiné prostřednictvím partnerství veřejného a soukromého sektoru a smluvního zadávání služeb.
- Měl by se zvážit přesun více rozpočtových prostředků v rámci zdravotnictví do primární zdravotní péče.

- Odbor primární zdravotní péče by měl modernizovat strategická opatření uvedená v národní strategii Malty pro systémy zdravotní péče na období 2014–2020 a dalších dokumentech tak, aby se z nich staly proveditelné projektové plány. To by znamenalo shromáždit požadované zdroje a vypracovat harmonogram provádění.
- Je třeba zesílit úsilí s cílem zavést oddělení pro řízení chronických nemocí napříč všemi zdravotnickými středisky. To by dále podpořilo zásady kontinuity péče a zaměření na pacienty a z dlouhodobého hlediska by to zlepšilo nákladovou efektivitu funkce praktického lékaře.
- Odbor primární zdravotní péče by měl nadále usilovat o posun rovnováhy svých služeb od okamžité péče k podpoře zdraví a prevenci nemocí. Tento odbor má příležitost navázat na současné informační kampaně tím, že podpoří praktické lékaře, aby znovu zdůraznili poselství těchto kampaní během návštěv pacientů.
- Mělo by se zvážit posílení strategické, řídicí a provozní spolupráce napříč zdravotnickými středisky na ostrovech Malta a Gozo. To by zajistilo vyšší míru harmonizace služeb a jejich uzpůsobení dle potřeb i sdílení zkušeností při rozvoji služeb.
- Je třeba zlepšit dostupnost informací o finančním řízení – oddělení financí ještě potřebuje podpořit prostřednictvím investic do vhodné infrastruktury v oblasti IKT.
- Odbor primární zdravotní péče by měl lépe využít dostupné IKT, jako je klinický systém správy pacientů, aby zajistil přesné statistiky týkající se kontaktu s pacienty. Tyto informace by posílily strategické plánování a kontrolu řízení operací Odboru primární zdravotní péče.
- Je třeba zvýšit úsilí týkající se registrace do zařízení pro elektronické lékařské předpisy na klinikách Bereg. To závisí na vhodných investicích do IKT.
- Odbor primární zdravotní péče by měl zlepšit koordinaci s Oddělením urgentního příjmu nemocnice Mater Dei s cílem minimalizovat počet pacientů, kteří zbytečně vyhledávají posledně jmenované oddělení, když mohli požadovanou péči obdržet od praktického lékaře na úrovni zdravotnického střediska.

Zveřejnění a následná kontrola

211 Zpráva byla dne 27. června 2016 předložena mluvčímu Sněmovny reprezentantů, který ji předal Sněmovně. Byla také projednána ve Výboru pro veřejné účty. Poté, co byla

předložena parlamentu, ji Národní auditní úřad Malty zveřejnil na svých internetových stránkách. Byla také vydána tisková zpráva obsahující shrnutí hlavních a nejdůležitějších zjištění a závěrů v maltštině i angličtině. NKI zaslala kopie zprávy sdělovacím prostředkům a dalším zainteresovaným stranám.

212 Národní auditní úřad Malty v roce 2018 provedl následnou kontrolu auditu výkonnosti. Tato následná kontrola s sebou nesla především provedení polostrukturovaných rozhovorů s hlavními úředníky Odboru primární zdravotní péče a přezkum související dokumentace. Následná kontrola obecně ukázala, že Odbor primární zdravotní péče aktivně zahájil provádění doporučení ze zprávy. V tomto smyslu byla dvě doporučení z původní zprávy plně provedena, zatímco v případě zbývajících osmi doporučení již byla odvedena podstatná práce.

Očekávaný dopad

213 Očekávaným dlouhodobým dopadem zprávy je to, že povede k organizačním a procesním změnám, zvýšení finančních prostředků a lidských zdrojů pro funkci praktického lékaře a posílení infrastruktury IT. Měla by také vést ke službám, které budou více zaměřeny na pacienta a budou se více soustředit na kontinuitu péče a rozšíření služeb praktického lékaře. K ostatním dlouhodobým dopadům patří snížení poptávky po sekundární péči a poptávky v rámci Oddělení urgentního příjmu nemocnice Mater Dei. Dalším dlouhodobým dopadem by mohlo být to, že primární zdravotní péče zvýší povědomí o životních volbách, čímž ovlivní výskyt chronických nemocí rozšířených mezi obyvateli Malty.



Portugalsko Tribunal de Contas

Přístup občanů ke zdravotní péči v rámci systému
Národní zdravotní služby Portugalska

Přehled

214 Audit portugalské NKI posuzoval přístup občanů ke zdravotní péči v rámci systému Národní zdravotní služby Portugalska v období let 2014–2016. Přístup občanů ke zdravotní péči v rámci systému Národní zdravotní služby, zejména ke konzultacím odborných lékařů v nemocnicích a k chirurgickým zákrokům, čelí přetrvávajícím obtížím, především z hlediska čekací doby.

Jak se audit prováděl

215 Cílem auditu bylo stanovit, zda:

- o systém Národní zdravotní služby reaguje v době přijatelné z klinického hlediska na potřeby občanů, pokud jde o přístup k počátečním konzultacím u odborných lékařů a plánovaným chirurgickým zákrokům,
- o postupy registrace a pohybu na pořadnících byly prováděny v souladu s platnými pravidly,
- o opatření, která ministerstvo provedlo v reakci na obtíže s přístupem, byla účinná.

216 Hlavními kontrolovanými subjekty byly určité odbory ministerstva zdravotnictví a vybraná nemocniční oddělení.

217 Výkonnost systému Národní zdravotní služby, pokud jde o ukazatele týkající se přístupu k počátečním konzultacím v nemocnicích a k chirurgickým zákrokům, byla posouzena na základě:

- o odborných zpráv vypracovaných ministerstvem zdravotnictví, různými jeho orgány a regulačním orgánem v oblasti zdravotnictví,

- o analýzy údajů a informací, které poskytla ústřední správa systému zdravotní péče, o registraci a pohybu pacientů na pořadnicích na konzultace a chirurgické zákroky.

218 Kvalita plánovaných ukazatelů a hlavních záznamů byla posouzena na základě:

- o rozhovorů s ústřední správou systému zdravotní péče, regionální zdravotnickou správou Lisabonu a údolí Teja a se vzorkem kontrolovaných nemocničních oddělení,
- o informací a údajů shromážděných z kontrolovaných nemocničních oddělení, včetně testů kontrolního prostředí a postupů registrace a pohybu pacientů na pořadnicích na konzultace a chirurgické zákroky prováděných v průběhu operací.

Hlavní připomínky

219 *Tribunal de Contas* došel k závěru, že přístup pacientů ke konzultacím odborných lékařů v nemocnicích a k plánovaným chirurgickým zákrokům se během tříletého období mezi lety 2014 a 2016 zhoršil, což vedlo k nárůstu:

- o průměrné čekací doby na počáteční konzultaci u odborného lékaře v nemocnici ze 115 na 121 dnů a nedodržení maximální zaručené doby odezvy z 25 % v roce 2014 na 29 % v roce 2016,
- o i) počtu pacientů na pořadnicích na chirurgické zákroky o 27 000 osob (+15 %); ii) průměrné čekací doby na chirurgický zákrok o 11 dnů (+13 %); a iii) nedodržení maximální zaručené doby odezvy z 7,4 % v roce 2014 na 10,9 % v roce 2016.

220 Došel také k závěru, že centralizované iniciativy provedené ústřední správou systému zdravotní péče v roce 2016 s cílem uznat pořadníky na počáteční konzultaci odborných lékařů v nemocnicích, které jsou součástí systému Národní zdravotní služby, a snížit počty pacientů na těchto pořadnicích zahrnovaly správnou likvidaci velmi starých žádostí, což zkrátilo udávané ukazatele výkonnosti.

221 Konkrétně v oblasti chirurgie se zjistilo, že neschopnost vydávat včas a pravidelně poukazy na chirurgické zákroky a předávací listy pacientům na pořadnicích, což by jim umožnilo podstoupit operaci na jiném nemocničním oddělení schopném reagovat, prodloužila čekací doby.

222 *Tribunal de Contas* došel k závěru, že informace o pořadnících, které zveřejnila ústřední správa systému zdravotní péče, byly nespolehlivé nejen kvůli opakovaným chybám při začleňování informací o nemocnicích do centralizovaných systémů pro řízení přístupu ke konzultacím v nemocnicích a k chirurgickým zákrokům, ale také kvůli výše uvedeným centralizovaným iniciativám.

Doporučení

223 *Tribunal de Contas* předložil s ohledem na svá zjištění během auditu několik doporučení, mimo jiné:

Pro ministerstvo zdravotnictví:

- o vytvořit mechanismus pro automatické vydávání poukazů na chirurgické zákroky v zákonných lhůtách, pokud není možné dodržet maximální zaručenou dobu odezvy v nemocnicích, které jsou součástí systému Národní zdravotní služby, aby postup internalizace chirurgické produkce v systému Národní zdravotní služby neoslaboval právo pacientů obdržet léčbu ve lhůtě, jež je považována za přijatelnou z klinického hlediska,
- o zajistit, aby orgán, který není součástí ústřední správy systému zdravotní péče, prováděl pravidelné kontroly kvality zdůrazňovaných ukazatelů přístupu k počátečním konzultacím v nemocnicích a plánovaným chirurgickým zákrokům.

Pro správní radu ústřední správy systému zdravotní péče:

- o nepřijímat správní postupy, které vedou k umělému snížení počtu pacientů na pořadnících a zkrácení čekací doby,
- o vypracovat zprávy upřesňující přijatá kritéria a metody a získané výsledky, kdykoli dojde ke změně v databázích centralizovaného informačního systému pro řízení přístupu ke konzultacím v nemocnicích a k chirurgickým zákrokům s cílem opravit chyby.

Zveřejnění a následná kontrola

224 Zpráva byla zaslána kontrolovaným orgánům a členům vlády, kteří za ně nesou odpovědnost. Spolu s jednostránkovým shrnutím byla také zveřejněna na internetových stránkách *Tribunal de Contas* a byly informovány sdělovací prostředky.

225 Po jejím zveřejnění se předseda *Tribunal de Contas* a ministr zdravotnictví zúčastnili parlamentního slyšení před Výborem pro zdraví Národního shromáždění.

226 Aby se splnily závěrečné požadavky této zprávy, orgány, kterým byla určena doporučení, informovaly do tří měsíců o opatřeních, jež přijaly. Došlo také k následné výměně informací. Opatření přijatá s ohledem na doporučení byla analyzována v září 2018, přičemž analýza došla k závěru, že 20 ze 47 doporučení (43 %) bylo provedeno a 21 dalších doporučení (45 %) bylo částečně provedeno. Součástí byly:

- o prováděcí postupy pro posouzení údajů o přístupu k počátečním konzultacím a plánovaným chirurgickým zákrokům s cílem zajistit, aby činnost týkající se opravy chyb v současných informačních systémech byla standardizována, byla zvýšena její transparentnost a byl snáze proveditelný její audit,
- o externí zadávání služeb s cílem zajistit, aby poukazy na chirurgické zákroky byly pacientům na pořadnících vydávány bez přerušení a včas.

Očekávaný dopad

227 Změny v provozních a kontrolních postupech pro řízení pořadníků na konzultace a chirurgické zákroky. Podpora odpovědnosti, pokud jde o účinné řízení pořadníků, dodržování maximální doby odezvy a transparentnost postupů.



Rumunsko Curtea de Conturi a României

Rozvoj zdravotnické infrastruktury na vnitrostátní, regionální a místní úrovni za účelem zvýšení přístupu ke zdravotnickým službám

Přehled

228 Rumunská NKI posuzovala využívání finančních prostředků přidělených na rozvoj zdravotnické infrastruktury. Audit se týkal období let 2011–2015.

Jak se audit prováděl

229 Hlavním kontrolovaným subjektem bylo ministerstvo zdravotnictví.

230 Metodika auditu zahrnovala přezkum stávajících ministerských dokumentů týkajících se kontrolovaného subjektu, přímá pozorování, dotazníky a rozhovory se zaměstnanci kontrolovaného subjektu.

Hlavní připomínky

231 Rumunská NKI předložila tyto připomínky:

- o ministerstvu zdravotnictví se nepodařilo náležitě doložit zdroje potřebné k financování investic do systému zdravotní péče,
- o ministerstvo zdravotnictví účinně nekoordinovalo provádění investic prostřednictvím funkčních oddělení, což vedlo k nesprávnému řízení jak na jeho úrovni, tak na úrovni podřízených sanitárních oddělení, přičemž během 19 let byly splněny jen dva hlavní cíle v oblasti investic,
- o instalace zakoupeného zdravotnického vybavení se zpožděním 90 až 800 dnů,

- nepodařilo se vytvořit centralizovaný registr žádostí o financování investic předkládaných ministerstvu odděleními pro veřejné zdraví, který by obsahoval důvody, proč nebyla určitá žádost o financování investic uznána,
- nedodržení zásady hospodárnosti, efektivnosti a účinnosti. Oddělení zdravotní péče nakupovala služby snímkování od externích poskytovatelů, přestože vlastnila vybavení, s nímž tyto služby mohla provádět,
- k přidělování investičních finančních prostředků dochází převážně ve druhé polovině rozpočtového roku. Někdy nebylo zadávací řízení dokončeno v daném rozpočtovém roce, což vedlo ke ztrátě finančních prostředků,
- neexistuje centralizované zadávání veřejných zakázek pro zdravotnické vybavení. Nákupy prováděla decentralizovaně jednotlivá zdravotnická oddělení, což vedlo k odlišným nákupním cenám,
- ministerstvo zdravotnictví nestanovilo soubor fyzických ukazatelů nebo ukazatelů efektivnosti, aby sledovalo dokončení investic, rozvoj zdravotnické infrastruktury, poskytování zdravotnického vybavení zdravotnickým zařízením nebo míru splnění stanovených ukazatelů. Neprováděly se pravidelné analýzy fyzických ukazatelů nebo ukazatelů účinnosti,
- nedostatečná znalost současné situace sanitárních zařízení z hlediska vysoce výkonných zdravotnických prostředků (výpočetní tomografie, magnetická rezonance, angiografie, lineární urychlovače),
- ministerstvo zdravotnictví nenaplánovalo a neprovedlo kontroly, které by ověřily využívání finančních prostředků přidělených na rozvoj zdravotnické infrastruktury.

Doporučení

232 Rumunská NKI vydala tato doporučení:

- shromáždit náležité zdroje pro financování kapitálových výdajů / kapitálových převodů, které budou zaměřeny na účinné využívání přidělených prostředků,
- zajistit trvalé sledování toho, jak sanitární oddělení využívají finanční zdroje, vytvořit postupy, které stanoví povinný rámec pro včasné podávání zpráv o nevyužitých částkách ze strany podřízených oddělení,

- zajistit dostatečné financování schválených investic a opatření s cílem poskytnout odbornou podporu podřízeným oddělením,
- trvale se zapojit do činnosti sanitárních oddělení s důrazem na včasnou a optimální realizaci a zadávání investic,
- zajistit pravidelné inspekce investiční činnosti s cílem posoudit fázi realizace,
- vytvořit skutečný registr žádostí sanitárních oddělení o financování investic, který by byl využíván jako zdroj informací při výběru oddělení, jež získají finanční prostředky, a stanovování priorit mezi investicemi na základě objektivních kritérií,
- analyzovat opatření pro centralizovaný nákup alespoň vysoce výkonného vybavení a vytvořit opatření s cílem zajistit účinné využívání veřejných finančních prostředků,
- stanovit soubor fyzikálních ukazatelů a ukazatelů efektivity s cílem sledovat rozvoj infrastruktury systému zdravotní péče,
- analyzovat možné způsoby dokončení, zavedení a provozu vysoce výkonného počítačového systému a využití získaných předběžných studií proveditelnosti a studií proveditelnosti, architektonických příruček a technických projektů, které nebyly využity,
- koordinovat a sledovat sanitární oddělení prostřednictvím postupu čerpání nevratných finančních prostředků s cílem oživit míru čerpání,
- přijmout veškerá nezbytná opatření s cílem dosáhnout předběžných podmínek a uvolnit nevratné finanční prostředky poskytované prostřednictvím regionálního operačního programu na období 2014–2020,
- přijmout veškerá nezbytná opatření s cílem získat přístup k finančním prostředkům, které EU zpřístupnila prostřednictvím regionálního operačního programu, a finančním prostředkům přiděleným prostřednictvím úvěrové smlouvy s Mezinárodní bankou pro obnovu a rozvoj a účinně je využít,
- realizovat databázi vnitrostátní zdravotnické infrastruktury.

Zveřejnění a následná kontrola

233 Zpráva byla v podobě syntézy předložena rumunskému předsednictví, vládě, Poslanecké sněmovně, Senátu, Rumunské akademii, Akademii lékařských věd, specializovaným výborům rumunského parlamentu, některým ministerstvům a národní zdravotní pojišťovně. Shrnutí zprávy bylo v červenci 2017 zveřejněno na internetových stránkách rumunského účetního dvora.

234 V říjnu 2018 byl vypracován návrh následné zprávy, který přiměl ministerstvo zdravotnictví zahájit kroky za účelem provedení opatření požadovaných účetním dvorem.

Očekávaný dopad

235 Určení nejlepších výsledků, kterých bylo dosaženo po provedení požadovaných opatření, a příčin, jež vedly k nesplnění navržených cílů.



Evropská unie Evropský účetní dvůr

Opatření EU v oblasti přeshraniční zdravotní péče: velké ambice, ale je třeba zlepšit řízení

Přehled

236 Evropský účetní dvůr (EÚD) posuzoval, zda opatření EU v přeshraniční zdravotní péči přinášejí očekávané výhody pacientům. Audit se týkal období 2008–2018.

237 Cílem směrnice EU o přeshraniční zdravotní péči, která byla přijata v roce 2011, je zajistit bezpečnou a vysoce kvalitní zdravotní péči v celé EU napříč hranicemi a poskytnout náhradu nákladů v zahraničí za stejných podmínek jako v domovské zemi. Dále se snaží usnadnit užší spolupráci ve věci elektronického zdravotnictví, přeshraniční výměny údajů o pacientech a přístupu ke zdravotní péči v případě vzácných onemocnění prostřednictvím vytvoření evropských referenčních sítí.

238 Auditoři zkoumali, zda Evropská komise sleduje provádění směrnice EU o přeshraniční zdravotní péči a poskytuje členským státům návod, jak informovat pacienty o jejich právech. Kromě toho posoudili výsledky dosažené při přeshraničních výměnách zdravotních údajů a zkontrolovali hlavní opatření EU týkající se vzácných onemocnění.

Jak se audit prováděl

239 Hlavní auditní otázka zněla: „Jsou opatření EU v oblasti přeshraniční zdravotní péče pro pacienty přínosná?“

240 EÚD dále zkoumal, zda:

- o Komise správně dohlížela na provádění směrnice EU o přeshraniční zdravotní péči v členských státech,
- o dosažené výsledky v souvislosti s přeshraniční výměnou zdravotních údajů odpovídají očekáváním,

- o opatření EU týkající se vzácných onemocnění přinesla členským státům přidanou hodnotu v jejich úsilí umožnit pacientům přístup ke zdravotní péči.

Hlavním kontrolovaným subjektem byla Evropská komise.

241 Metodika zahrnovala rozhovory se zástupci Komise a s orgány pěti členských států odpovědnými za provádění směrnice (v Dánsku, Itálii, Litvě, Nizozemsku a Švédsku). Byl proveden průzkum mezi zástupci všech členských států v expertní skupině pro poskytování přeshraniční zdravotní péče a mezi zástupci sítě pro elektronické zdravotnictví. Kromě toho byly posouzeny projekty financované EU a konzultováni odborníci.

Hlavní připomínky

242 EÚD předložil tyto připomínky:

Provádění směrnice EU o přeshraniční zdravotní péči

- o Komise dohlížela na provádění směrnice do vnitrostátního práva a její provádění členskými státy dobře.
- o Podpořila také členské státy ve zlepšování informací o právech pacientů na přeshraniční zdravotní péči, ačkoli přetrvávají určité nedostatky.

Přeshraniční výměna zdravotních údajů

- o Komise řádně neposoudila možný počet uživatelů ani nákladovou efektivnost přeshraničních výměny zdravotních údajů.
- o Odhady objemu přeshraniční výměny zdravotních údajů byly příliš optimistické. V době auditu (listopad 2018) se členské státy teprve chystaly zahájit elektronickou výměnu zdravotních údajů pacientů.

Evropské referenční sítě

- o Evropské referenční sítě pro vzácná onemocnění představují ambiciózní inovaci, kterou velmi podporují lékaři, poskytovatelé zdravotní péče a pacienti.
- o Postup vytváření evropských referenčních sítí se nicméně neobešel bez problémů a tyto sítě čelí značným obtížím z hlediska finanční udržitelnosti.

Doporučení

243 Účetní dvůr doporučuje, aby Komise:

- o poskytovala více podpory vnitrostátním kontaktním místům s cílem zvýšit informovanost pacientů o právech na přeshraniční zdravotní péči,
- o lépe se připravila na přeshraniční výměny zdravotních údajů,
- o zlepšila podporu a řízení evropských referenčních sítí s cílem usnadnit přístup pacientů se vzácnými onemocněními ke zdravotní péči.

Zveřejnění a následná kontrola

244 EÚD předkládá své zvláštní zprávy Evropskému parlamentu a Radě EU a také dalším zainteresovaným stranám, jako jsou národní parlamenty, subjekty působící v příslušném odvětví a zástupci občanské společnosti.

245 Zpráva byla dne 4. června 2019 zveřejněna na stránkách EÚD ve 23 jazycích spolu s tiskovou zprávou.

246 V rámci standardního postupu provede EÚD tři roky po zveřejnění zprávy následnou kontrolu.

Očekávaný dopad

247 EÚD očekává tento dopad:

- o jasnější informace pro pacienty v EU o jejich právu na přeshraniční zdravotní péči,
- o poskytování informací o evropských referenčních sítích pro vzácná onemocnění na internetových stránkách národních kontaktních míst,
- o posouzení praxe a nákladové efektivity přeshraničních výměn zdravotních údajů a toho, zda představují smysluplný vstup pro vnitrostátní systémy zdravotní péče,

- o opatření EU v oblasti vzácných onemocnění a přeshraniční zdravotní péče usnadní přístup pacientů se vzácným onemocněním k rychlejšímu stanovení diagnózy a vhodné léčbě,
- o posouzení výsledků strategie EU pro vzácná onemocnění,
- o aby se zajistila udržitelnost evropských referenčních sítí, veškeré budoucí finanční prostředky EU pro sítě budou řízeny v rámci jednodušší struktury, čímž se sníží administrativní zátěž.

Kvalita zdravotnických služeb



Rakousko Rechnungshof

Zajištění kvality v případě praktických lékařů

Přehled

248 Cílem auditu rakouské NKI bylo posoudit organizaci, vybrané předměty a transparentnost zajištění kvality ze strany spolkové vlády v případě praktických lékařů, kteří mají vlastní praxi. Audit se týkal období let 2013–2016.

Jak se audit prováděl

249 Posouzení se soustředilo na tyto prvky:

- o právní a technický základ pro zajištění kvality, včetně cílů a přínosů zajištění kvality,
- o organizace zajištění kvality, včetně subjektů, struktur a aktivit,
- o posouzení finančních a lidských zdrojů využívaných pro zajištění kvality,
- o posouzení vybraných priorit v oblasti zajištění kvality – postupy zajišťování kvality, systémy řízení kvality a projekty měření kvality na ambulantní úrovni,
- o podávání zpráv o zajištění kvality.

250 Hlavními kontrolovanými subjekty byly ministerstvo zdravotnictví a záležitostí žen (v době auditu ministerstvo zdravotnictví), Rakouská lékařská komora a Rakouská společnost pro zajištění a řízení kvality v lékařství (ÖQMed).

251 Metodika auditu zahrnovala posouzení rakouských a mezinárodních studií, rozhovory se zaměstnanci hlavních kontrolovaných subjektů a analýzu shromážděných důkazů, včetně toho, zda a jak byly splněny cíle.

Hlavní připomínky

252 V období od roku 2005, kdy nabyl účinnosti zákon o kvalitě zdravotní péče, do roku 2012 Spolkové ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo tři soubory pokynů v oblasti kvality pro praktické lékaře s vlastní praxí. Protože byly platné pouze po omezenou dobu a ministerstvo včas nezajistilo následná nařízení, nejméně dva z nich již v roce 2017 neplatily.

253 Reforma zdravotní péče provedená v roce 2013 zahrnovala rozhodnutí zavést měření výstupní kvality pro praktické lékaře s vlastní praxí. Od té doby však nebylo vytvořeno ani provedeno standardizované měření kvality léčby pro ambulantní oblast. Stále tedy neexistuje nezávislá spolková platforma, která by pacientům poskytovala informace o kvalitě léčby.

254 Kromě toho rakouská NKI konstatovala, že spolková vláda, provincie a instituce sociálního zabezpečení nezavedly standardizovanou dokumentaci pro diagnostiku a výkonnost na ambulantní úrovni, ačkoli tak bylo dohodnuto v rámci reformy zdravotní péče z roku 2005 a pilotní projekt potvrdil její technickou proveditelnost.

255 Ačkoli úkoly týkající se zajištění kvality byly ve veřejném zájmu, spolková vláda je zadala Rakouské lékařské komoře, jejímž hlavním účelem je zabezpečovat profesní, sociální a hospodářské zájmy praktických lékařů. V této situaci prováděla v praxi úkoly týkající se zajištění kvality za Rakouskou lékařskou komoru společnost ÖQMed. Jako dceřiná společnost Rakouské lékařské komory však tato společnost měla na komoru úzké organizační a rozpočtové vazby.

256 Podle zákona o praktických lékařích museli tito lékaři každých pět let posoudit kvalitu služeb nabízených v jejich ordinaci. Za tímto účelem vyplnili dotazník pro sebehodnocení, který jim poskytla společnost ÖQMed. Odpovědi na dotazník byly omezeny na „ano“, „ne“ nebo „není relevantní“. Jejich rozvržení a obsah vybízely ke kladným odpovědím.

257 97 % praktických lékařů, kteří vyplnili dotazník v letech 2012 až 2016, uvedlo, že plně dodrželi kritéria, jež byla předmětem průzkumu. Kontrola platnosti sebehodnocení, kterou provedla společnost ÖQMed prostřednictvím inspekci náhodně vybraného vzorku ordinací, ukázala, že okolo 18 % ordinací nedodrželo alespoň jedno kritérium. Pravděpodobnost, že bude ordinace předmětem přezkumu ze strany společnosti ÖQMed, však byla jen 7 %; ze statistického hlediska byla ordinace zařazena do vzorku pouze jednou za 70 let.

Doporučení

258 Rakouská NKI předložila tyto připomínky:

Pro Spolkové ministerstvo zdravotnictví:

- Co nejdříve vypracovat standardy kvality se závaznými kritérii a/nebo ustanoveními, a tím zajistit provedení cíle, který legislativní orgán stanovil v zákoně o kvalitě zdravotní péče.
- Vypracovat následná nařízení k neplatným spolkovým pokynům v oblasti kvality. V budoucnu by při zveřejňování standardů kvality mělo být upřesněno, zda jsou závazné nebo jen doporučené.
- Poskytnout výboru pro kontrolu výstupů návrh řešení ohledně stanovení priorit a provedení dalších celostátních programů péče, které by měly být vypracovány a provedeny rychle.
- Usilovat o provedení měření výstupní kvality na ambulantní úrovni, jak je stanoveno ve Smlouvě o organizaci a financování systému zdravotní péče podle článku 15a spolkového ústavního zákona; mělo by být založeno na koncepci dohodnuté v rámci období kontroly výstupů 2017 až 2021.
- Co nejdříve vypracovat dokumentaci pro ambulantní diagnostiku na právním základě.
- Vypracovat možné postupy pro zřízení finančně a organizačně nezávislé instituce pro zajištění kvality.
- V budoucích zprávách o kvalitě by měla být míra nedodržení souladu v případě sebehodnocení praktických lékařů s vlastní praxí a v případě kontrol platnosti ze strany instituce odpovědné za zajištění kvality popsána odděleně a srovnána. Kromě toho by měly být posouzeny odchylky a přijata opatření (např. informační a poradenské služby) s cílem zabránit nepravdivým prohlášením v sebehodnocení.

Pro Spolkové ministerstvo zdravotnictví a Rakouskou lékařskou komoru:

- Zajistit, aby možnosti odpovědí v dotazníku pro sebehodnocení byly neutrální.
- Zvážit možnost zvýšit počet kontrol platnosti. Zaručit nezbytnou kvalitu ordinací a zvážit, zda by kontrola platnosti coby poradenská služba pro praktické lékaře zřizující

novou ordinaci neměla být stanovena jako závazná. Dodatečné náklady by mohly být pokryty z poplatku vybíraného od zúčastněných stran.

Zveřejnění a následná kontrola

259 Zpráva byla v červenci 2018 zaslána rakouskému parlamentu, ministrovi zdravotnictví a rakouskému kancléři a tentýž den byla zveřejněna na internetových stránkách Rakouského účetního dvora. V listopadu 2018 byla předložena Výboru pro veřejné účty rakouského parlamentu a v lednu 2019 projednána v rakouském parlamentu. Rakouský účetní dvůr má v úmyslu prošetřit v roce 2019 stav provádění doporučení a výsledky zveřejnit na svých internetových stránkách na konci roku 2019. V závislosti na výsledcích tohoto šetření může být proveden následný audit s kontrolami na místě a zvláštní zprávou.

Očekávaný dopad

260 Očekává se, že audit přispěje k řízení kvality výstupů tím, že prošetří provedené činnosti a posoudí jejich účinnost. Z hlediska načasování by výsledky auditu mohly podnítit organizační a procesní změny a přispět k náležitému zaměření finančních prostředků a zdrojů a ke stanovení jejich priorit v dobách rozpočtových omezení.



Dánsko

Rigsrevisionen

Zpráva o rozdílech v kvalitě péče napříč dánskými nemocnicemi

Přehled

261 Audit dánské NKI byl zaměřen na posouzení možných rozdílů v kvalitě péče napříč dánskými nemocnicemi. Týkal se období let 2007–2016.

262 Dánský zákon o zdravotnictví stanoví, že všichni pacienti mají mít snadný a rovný přístup ke kvalitní péči. Ministerstvo zdravotnictví a regiony se prostřednictvím různých iniciativ zaměřily na geografické rozdíly v kvalitě péče. Od roku 2012 monitoroval dánský klinický registrační úřad údaje o kvalitě péče. Tento úřad sleduje, zda pacienti dostávají péči, která je v souladu s pokyny pro klinickou praxi. Za tím účelem shromažďuje poznatky o kvalitě péče poskytované v regionech a o veškerých rozdílech mezi regiony a nemocnicemi.

Jak se audit prováděl

263 Audit se zaměřil na kvalitu péče a na rozdíly týkající se čtyř běžných onemocnění: srdečního selhání, chronické obstruktivní plicní nemoci (CHOPN), mozkové příhody a fraktury kyčle. Tato onemocnění byla vybrána z toho důvodu, že postihují velký počet pacientů a léčí se ve většině nemocnic v zemi. Cílem auditu bylo odpovědět na následující otázky:

- o Vytvořily ministerstvo zdravotnictví a regiony rámce, které dostatečně zajišťují, aby měli všichni pacienti rovný přístup ke kvalitní péči v nemocnici, a umožňují regionům a nemocnicím určit příčiny veškerých rozdílů v kvalitě péče napříč nemocnicemi a snížit neopodstatněné rozdíly?
- o Existují neopodstatněné rozdíly v rozsahu, v jakém je péče poskytovaná v nemocnicích pacientům se srdečním selháním, chronickou obstruktivní plicní nemocí, mozkovou příhodou nebo frakturou kyčle v souladu se všemi příslušnými ukazateli postupu (kvalitativními ukazateli péče)?

264 Hlavními kontrolovanými subjekty bylo dánské ministerstvo zdravotnictví a pět dánských regionů. (Zdravotnické služby patří k hlavním úkolům dánských regionů.)

265 Audit vycházel z přezkumu dokumentů, rozhovorů a analýzy rejstříku.

Hlavní připomínky

266 Orgán *Rigsrevisionen* předložil tyto připomínky:

- Analýza, kterou provedla NKI, ukázala, že značnému počtu pacientů se srdečním selháním, mozkovou příhodou nebo frakturou kyčle nebyl poskytnut úplný program doporučené péče. Kromě toho analýza ukázala nedostatečnou soudržnost kvality péče ve všech čtyřech oblastech onemocnění. Rozdíly nebylo možné vysvětlit pomocí vědomých odborných rozhodnutí na základě okolností nebo vlastních potřeb či přání pacienta.
- Analýza ukázala, že rozdíly v péči měly dopad na následné riziko opětovného nástupu do nemocnice nebo smrti pacientů. Analýza rejstříku také ukázala, že většinu rozdílů týkajících se opětovného nástupu do nemocnice a smrti bylo možné připsat faktorům, nad nimiž nemocnice neměly kontrolu.
- Dále ukázala, že péče poskytovaná pacientům s nejhoršími vyhlídkami byla méně v souladu se všemi příslušnými ukazateli postupu (kvalitativními ukazateli péče) než péče poskytovaná pacientům s nejlepšími vyhlídkami. To platí pro všechny čtyři oblasti onemocnění.
- Analýza rejstříku tedy naznačila, že v případě pacientů s nejhoršími vyhlídkami v rámci tří ze čtyř sledovaných onemocnění mohly mít rozdíly v kvalitě péče teoreticky dopad na následné riziko jejich opětovného nástupu do nemocnice nebo smrti.
- Studie ukázala, že ministerstvo a regiony dále sledovaly regionální rozdíly v kvalitě péče poskytované v nemocnicích a jejich příčiny. Zajištění kvality však nebylo organizované a nebylo dále sledováno se zvláštním zaměřením na to, zda byla pacientům s podobnými potřebami v oblasti péče, avšak odlišnými okolnostmi poskytnuta stejně kvalitní péče. To znamená, že ministerstvo a regiony neměly údaje o rozdílech v kvalitě péče poskytované pacientům v odlišných situacích a nevěděly, jaký dopad by možný rozdíl mohl mít na riziko opětovného nástupu do nemocnice nebo smrti pacientů.

Doporučení

267 Orgán *Rigsrevisionen* doporučil, aby ministerstvo zdravotnictví a regiony pravidelně posuzovaly, zda neposkytnutí péče v souladu se všemi příslušnými ukazateli postupu mělo dopad pouze na pacienty s určitými znaky. Tyto informace by se mohly stát základem pro opatření ke zlepšení kvality péče pro tyto typy pacientů, a podpořit tudíž cíl ministerstva a regionů poskytovat důsledně kvalitní péči všem pacientům.

Zveřejnění a následná kontrola

268 Zpráva byla předložena Výboru pro veřejné účty, který poté doplnil své vlastní připomínky před tím, než požádal o reakci ministra zdravotnictví.

269 Zpráva je volně přístupná na internetu a Výbor pro veřejné účty byl k dispozici pro otázky novinářů.

270 Protože je zpráva celkem nedávná (leden 2019), očekává orgán *Rigsrevisionen* vyjádření ministra a bude zprávu nadále úzce sledovat do doby, než budou přijata uspokojivá opatření.

Očekávaný dopad

271 Na určení dopadu zprávy je ještě příliš brzy.



Irsko

Office of the Comptroller and Auditor General

Řízení elektivní ambulantní chirurgie

Přehled

272 Audit irské NKI posuzoval pokrok dosažený v oblasti poskytování zdravotní péče při přechodu z lůžkové péče na ambulantní chirurgii. Jeho cílem bylo určit veškeré faktory, které tento přechod usnadňují nebo mu brání, a posoudit, zda by bylo možné rozšířit využívání ambulantní chirurgie. Vztahoval se na činnost ambulantní chirurgie ve veřejných nemocnicích s akutní péčí v Irsku v období let 2006–2012.

Jak se audit prováděl

273 Audit se soustředil na jednu hlavní otázku: Existuje možnost snížit případy lůžkové péče zajištěním toho, že tyto případy budou léčeny ambulantně, pokud to bude z lékařského hlediska vhodné?

274 V rámci této hlavní otázky audit zvažil, zda:

- o správa zdravotních služeb (Health Service Executive, HSE) analyzovala důvody rozdílů mezi nemocnicemi s cílem určit možná zlepšení,
- o byly určeny a vyřešeny překážky bránící zlepšení míry ambulantní chirurgie,
- o nemocnice / postupy HSE usnadnily sdílení informací s cílem získat představu o správné praxi.

Hlavními kontrolovanými subjekty byly HSE a ministerstvo zdravotnictví.

Posouzení vycházelo především ze shromáždění údajů o ambulantní chirurgii, rozhovorů s hlavními zaměstnanci a průzkumu vydaného pro všechny veřejné nemocnice s akutní péčí v HSE. Bylo provedeno ve spolupráci se dvěma lékaři usazenými ve Spojeném království coby konzultanty (anesteziolog a neurochirurg).

Hlavní připomínky

275 Irská NKI předložila tyto připomínky:

- Poměr hlášených elektivních chirurgických zákroků prováděných ambulantně se mezi lety 2006 a 2012 stabilně zvyšoval. Objem elektivních chirurgických zákroků prováděných ve veřejných nemocnicích s akutní péčí se zvýšil o 26 %, zatímco míra ambulantního řešení se u těchto zákroků během téhož období zvýšila z 55 % na 69 %.
- Ve výkonnosti jednotlivých nemocnic se objevily značné rozdíly, což znamená, že v některých nemocnicích zbývá velký prostor pro zvýšení míry ambulantní péče.
- Objem „necílových“ zákroků elektivní ambulantní chirurgie provedených v nemocnicích s akutní péčí se mezi lety 2006 a 2012 zvýšil, aniž by došlo k odpovídající změně v počtu „necílových“ zákroků provedených v rámci lůžkové péče. To může znamenat, že rostoucí počet drobných chirurgických zákroků se provádí na základě přijetí do nemocnice.
- Kritéria, která uplatňují kliničtí lékaři při rozhodování, zda pacienta zařadit na seznam pro ambulantní chirurgii nebo pro lůžkovou péči, nemusí být jasná nebo soudržná, neboť chybí písemné protokoly a kontrolní seznamy. Je možné, že vedení nedokáže posoudit, proč byl pacient považován za nevhodného pro ambulantní chirurgii.
- Skutečnost, že vrcholné vedení neprovádí sledování nebo přezkum počtu pacientů považovaných za nevhodné pro ambulantní chirurgii, ztěžuje nemocnicím určení toho, kde je míra ambulantní chirurgie na jednotlivé klinické lékaře nebo specializace nízká, a zjišťování příslušných příčin.
- Předoperační posouzení se ve významném podílu nemocnic obvykle neprovádějí, přestože jsou důležitá pro určení faktorů, kvůli nimž je ambulantní chirurgie pro jednotlivé pacienty nevhodná. Méně než polovina zkoumaných nemocnic sleduje míru zrušení naplánovaných ambulantních chirurgických zákroků.
- Zdravotní sestry jsou odpovědné jen za přibližně 50 % propuštění, ačkoli využití zdravotních sester s náležitou odbornou přípravou může zmírnit zátěž, která leží na lékařích. Při propuštění pacienti ambulantní chirurgie dostávají málo písemných informací.

Doporučení

276 Irská NKI vydala tyto připomínky:

- o orgán HSE by měl sledovat úroveň ambulantní chirurgie podle nemocnice, zákroku a specializace s cílem stanovit, kde je úroveň ambulantních zákroků pro zákroky s vysokým objemem nízká, a zaměřit své úsilí na zlepšení výkonnosti v těchto případech. Nemocnice by měly pro jednotlivé klinické lékaře stanovit konkrétní cíle v oblasti míry ambulantní chirurgie. Přezkum výkonnosti klinických lékařů týkající se chirurgie by měl zahrnovat zvážení míry výkonnosti ambulantní chirurgie.
- o Aby se optimalizovala míra ambulantní chirurgie pro elektivní zákroky, měl by orgán HSE stanovit samostatné vhodné cíle pro jednotlivé chirurgické zákroky. Celkové cíle týkající se ambulantní péče stanovené pro jednotlivé zákroky by měly vycházet z výkonnosti nemocnic s nejlepšími výsledky, zatímco pro nemocnice, které již patří mezi nejvýkonnější, by mohly být stanoveny ambicióznější cíle.
- o Aby se zajistilo, že nemocnice zaměří pozornost na zvýšení míry ambulantní chirurgie u veškerých elektivních chirurgických zákroků, měl by orgán HSE zvýšit počet zákroků, pro které stanoví cíle týkající se míry ambulantní péče.
- o HSE by měl monitorovat zákroky, které jsou v současnosti klasifikovány jako ambulantní chirurgie, aby se zajistilo, že všechny nemocnice směřují chirurgické zákroky do prostředí, kde budou provedeny nejvhodnějším a nejehospodárnějším způsobem.
- o Všechny nemocnice by měly zavést místní dohodnuté protokoly a kontrolní seznamy, které jasně stanoví kritéria, jež budou kliničtí lékaři využívat při výběru pacientů vhodných pro ambulantní chirurgii. Orgán HSE by měl na tento postup dohlédnout, aby se zajistila soudržnost přístupu ve všech nemocnicích.
- o Aby se určily oblasti, kde je míra ambulantní chirurgie nízká, mělo by vedení nemocnice sledovat míru ambulantní chirurgie u jednotlivých klinických lékařů a specializací. Orgán HSE by měl požadovat od nemocnic potvrzení, že nízká míra ambulantní chirurgie se obvykle projednává s příslušnými klinickými týmy.
- o Nemocnice by měly zajistit zavedení postupů předoperačního posouzení s cílem určit předem pacienty, kteří nejsou vhodní pro ambulantní chirurgii.

- o Nemocnice by měly zajistit, aby ambulantní pacienti měli při propuštění k dispozici náležitě písemné informace. Písemné informace by měly být jasné, úplné a k dispozici v příslušných jazycích. Orgán HSE by měl být nemocnicím při poskytování těchto informací nápomocen.
- o Posuzování vhodnosti pacienta k propuštění by měly v ideálním případě provádět zdravotní sestry podle stanovených kritérií.

Zveřejnění a následná kontrola

277 Zpráva byla předložena Výboru pro veřejné účty Poslanecké sněmovny irského parlamentu. Dne 19. srpna 2014 byla zveřejněna na internetových stránkách irského úřadu pověřeného kontrolou státních financí (Office of the Comptroller and Auditor General). Její zveřejnění doprovázela tisková zpráva. Orgán HSE souhlasil s provedením doporučení z auditu. Je třeba ještě zjistit, jaký dopad to bude mít na efektivnost a náklady elektivní chirurgie nebo na kvalitu služeb poskytovaných pacientům.

Očekávaný dopad

278 Příležitost pro HSE dosáhnout provozní a nákladové efektivnosti při poskytování elektivní ambulantní chirurgie.

Nové technologie a elektronické zdravotnictví



Bulharsko

Сметна палата на Република

България

Elektronické zdravotnictví

Přehled

279 Audit bulharské NKI posuzoval, zda bylo v Bulharsku účinně rozvinuto elektronické zdravotnictví. Audit pokrýval období od 1. ledna 2012 do 30. června 2016.

280 Bulharsko začalo zavádět elektronické zdravotnictví v roce 2006 a vláda jej ve svých strategiích a plánech zmiňuje jako prioritu. V roce 2016 dosud nebyl zaveden postačující zdravotnický informační systém, který by 1) poskytoval informace požadované pro rozhodovací postupy a 2) umožnil přeshraniční výměnu zdravotních údajů.

Jak se audit prováděl

281 Hlavní auditní otázka zněla: „Bylo v Bulharsku účinně rozvinuto elektronické zdravotnictví?“

282 V rámci této hlavní otázky NKI zkoumala dvě dílčí otázky:

- Byly vytvořeny nutné předpoklady pro zavedení a rozvoj elektronického zdravotnictví?
- Bylo dosaženo cílů vybudování a rozvoje elektronického zdravotnictví?

283 Hlavními kontrolovanými subjekty byly ministerstvo zdravotnictví, Národní zdravotní pojišťovna a Národní středisko pro veřejné zdraví a analýzu.

284 Pro splnění cílů auditu se využily standardní metody pro shromažďování a analýzu údajů, jako je přezkum dokumentů, rozhovory s úředníky ministerstva zdravotnictví, Národního střediska pro veřejné zdraví a analýzu a případové studie a Národní zdravotní pojišťovny.

285 Přesnost a celistvost elektronických zdravotních záznamů se posoudila prostřednictvím nástroje zvaného „fiktivní nákup“. Bulharská NKI přijala zvláštní opatření za účelem zabezpečení soukromých údajů účastníků. Spokojenost a informovanost občanů se měřila pomocí průzkumů veřejného mínění, jež provedla specializovaná agentura.

Hlavní připomínky

286 Nebyly vytvořeny nezbytné podmínky pro účinné zavedení elektronického zdravotnictví:

- o chyběl regulační rámec pro elektronické zdravotnictví a jeho složky,
- o objevily se slabiny v operačním plánování a rozdělení strategických cílů, opatření a činností na úrovni ministerstva zdravotnictví, Národního střediska pro veřejné zdraví a analýzu a Národní zdravotní pojišťovny,
- o elektronické zdravotnictví bylo vytvářeno v kontextu velmi častých strukturálních a personálních změn na úrovni vrcholného vedení i odborných zaměstnanců, což mělo velmi negativní dopad na zpětnou sledovatelnost postupů a dosahování cílů,
- o rozdělení odpovědnosti za zavedení elektronického zdravotnictví nebylo dostatečně komplexní nebo přiměřené,
- o nebyl vytvořen účinný systém pro koordinaci a harmonizaci opatření, projektů a zadávání veřejných zakázek mezi institucemi, což vedlo k neefektivnímu vynakládání veřejných finančních prostředků a ke zpožděním při dosahování strategických priorit.

287 Během kontrolovaného období došlo ke zpoždění při zřizování elektronického zdravotnictví v Bulharsku a činnost institucí by bylo možné považovat za neúčinnou z těchto důvodů:

- o Neexistovala jasná koncepce, o kterou by se opírala konstrukce systému, nebo plán týkající se nezbytných finančních zdrojů; zdvojení funkcí a projektů jiných institucí atd.
- o K 30. červnu 2016 nebyly vytvořeny a schváleny vnitrostátní normy pro zdravotnické informace nebo zdravotnická dokumentace, která by umožnila elektronické zpracování a výměnu lékařských a zdravotnických informací.

- Nebyl ještě zaveden postačující integrovaný zdravotnický informační systém.
- Zdravotnické informační systémy a rejstříky nebyly integrované a nebyla mezi nimi provedena výměna údajů v reálném čase.
- Téměř 10 let poté, co byla nezbytnost softwaru pro sdílení elektronických doporučení, elektronických lékařských předpisů a dalších údajů v reálném čase prohlášena za strategickou prioritu, nebyl tento software vytvořen.
- K 30. červnu 2016 nebyl vytvořen úplný elektronický zdravotnický rejstřík, který by občanům a zdravotníkům poskytoval nezbytné informace pro přijetí náležitých rozhodnutí při diagnostice, léčbě a rehabilitaci.
- Na konci kontrolovaného období neexistoval funkční vnitrostátní zdravotnický portál, který by mohl být využit jako jednotný přístupový bod pro služby elektronického zdravotnictví a jenž by poskytoval důležité informace o prevenci v oblasti zdraví, zdravotnické osvětě atd.
- Výsledky provedeného vnitrostátního reprezentativního průzkumu potvrdily, že opatření za účelem provedení elektronického zdravotnictví byla neúčinná.

Doporučení

288 Bylo vypracováno dvacet doporučení pro ministerstvo zdravotnictví za účelem zlepšení:

- regulačního rámce a regulace odpovědnosti,
- celkové organizace plánování a provádění opatření,
- systému koordinace, sledování a ověřování provádění.

289 Bylo vypracováno sedm doporučení pro vedoucího Národní zdravotní pojišťovny v souvislosti s automatickou výměnou údajů v reálném čase a zlepšením informačních systémů.

Zveřejnění a následná kontrola

290 Zpráva byla předložena Rozpočtovému a finančnímu výboru a Výboru pro zdravotní péči bulharského parlamentu. Dne 28. července 2017 byla zpráva zveřejněna elektronicky na internetových stránkách NKI. Její zveřejnění doprovázela tisková zpráva.

291 Auditní zpráva byla také obecněji představena prostřednictvím různých bulharských sdělovacích prostředků: novin, bulharského státního rozhlasu, bulharské státní televize, informačních agentur a elektronických sdělovacích prostředků.

292 V souladu se standardním postupem proběhne po konečném termínu pro provedení doporučení následná kontrola zprávy.

Očekávaný dopad

293 Zavádění elektronického zdravotnictví je složitý a nákladný proces. S ohledem na to se očekává, že audit bude mít tento dopad:

- o zlepšení regulačního prostředí,
- o vytvoření jasné koncepce pro vybudování elektronického zdravotnictví se zapojením všech zúčastněných stran,
- o lepší koordinaci za účelem odstranění rizik neúčinného vynakládání veřejných finančních prostředků,
- o naléhavé kroky ze strany příslušných institucí s cílem provést hlavní veřejná opatření, jako jsou elektronické zdravotní záznamy, elektronické lékařské předpisy, elektronická doporučení, vnitrostátní zdravotnický portál a vnitrostátní zdravotnický informační systém.



Estonsko Riigikontroll

Aktivity státu při provádění systému elektronického zdravotnictví

Přehled

294 Audit estonské NKI posuzoval provádění celostátního informačního systému elektronického zdravotnictví.

295 První plány pro elektronické zdravotnictví v Estonsku byly připraveny v roce 2004. V roce 2005 vláda schválila plán pro vytvoření estonského zdravotnického informačního systému na období let 2005–2008. V listopadu 2005 byla zřízena estonská nadace pro elektronické zdravotnictví. Ačkoli měl být zdravotnický informační systém plně funkční od roku 2013, elektronický zdravotnický rejstřík (ústřední zdravotnická databáze) byl zaveden jen částečně, poskytovatelé zdravotní péče (coby hlavní uživatelé služeb elektronického zdravotnictví) nebyli se systémem spokojeni a bylo vynaloženo více peněz, než se původně plánovalo.

296 Kontrolovaným obdobím bylo období let 2005 až 2012, přičemž audit pokryl všechny činnosti provedené od zřízení estonské nadace pro elektronické zdravotnictví.

Jak se audit prováděl

297 Hlavní auditní otázky zněly:

- 1) Splňuje informační systém elektronického zdravotnictví své cíle a byl proveden podle plánu? Pokud ne, z jakého důvodu?
- 2) Umožňují podmínky současného systému elektronického zdravotnictví, aby tento systém v budoucnosti splnil své cíle?

298 Hlavními kontrolovanými subjekty byly ministerstvo sociálních věcí, estonská nadace pro elektronické zdravotnictví, estonská zdravotní pojišťovna a orgán Estonské republiky pro informační systém.

299 Metodika auditu zahrnovala analýzu dokumentů a zpráv, průzkum provedený mezi přibližně 200 lékaři, analýzu údajů, pozorování informačních systémů elektronického zdravotnictví (např. jejich funkčnosti a uživatelského rozhraní pro lékaře) ve spolupráci s poskytovateli zdravotnických služeb a rozhovory s kontrolovanými subjekty a poskytovateli zdravotní péče.

Hlavní připomínky

300 Estonská NKI zjistila, že cíle elektronického zdravotnictví nebyly splněny, neboť:

- o navzdory původním plánům nebylo možné využít údaje v systému elektronického zdravotnictví pro vnitrostátní statistiky, vedení rejstříků nebo dohled a systém nebyl aktivně využíván lékaři k léčebným účelům,
- o digitální lékařské předpisy byly jediným elektronickým řešením vytvořeným státem, které bylo aktivně využíváno,
- o využívání elektronických zdravotních záznamů a obrazových odkazů bylo nízké a digitální registrace (elektronický rezervační systém pro objednávání k lékaři) se během pěti let od doby, kdy byla dokončena, neujala,
- o elektronické zdravotnictví nemělo strategického manažera, který by sledoval zájmy státu, a to bránilo provádění,
- o vytvoření a zavedení elektronického zdravotnictví mělo značně vyšší náklady, než se plánovalo, a nevědělo se, jaká částka bude ještě zapotřebí,
- o elektronické zdravotnictví nepomohlo ušetřit finanční prostředky ze zdravotního pojištění nebo optimalizovat pracovní dobu lékařů,
- o státním institucím zatím údaje v systému elektronického zdravotnictví nepřinesly prospěch, neboť mnoho údajů chybělo nebo byly nekvalitní. Ačkoli musí poskytovatelé zdravotnických služeb vkládat zdravotnickou dokumentaci do systému elektronického zdravotnictví, neděje se tak automaticky a mnoho údajů nebylo do systému vloženo.

301 NKI zjistila, že důvodem nedostatečného rozběhnutí elektronického zdravotnictví byla bezúčelná a nahodilá činnost ministerstva sociálních věcí coby strategického manažera pověřeného jeho vytvořením a zavedením. Došla k závěru, že úspěch elektronického zdravotnictví závisí na posílení vedoucí úlohy ministerstva sociálních věcí.

Doporučení

302 Estonská NKI předložila několik doporučení. Hlavní doporučení jsou následující:

- Určit zájmy státu při zavádění elektronického zdravotnictví a poté stanovit úkoly pro ministerstvo sociálních věcí a estonskou nadaci pro elektronické zdravotnictví při tomto zavádění.
- Před tím, než dojde k pokusu vytvořit nové služby, nejdříve dokončit a provést projekty elektronického zdravotnictví, které již začaly (především digitální registraci a elektronické zdravotní záznamy).
- Poskytovatelé zdravotnických služeb by měli mít s okamžitou účinností povinnost začít využívat informační systém elektronického zdravotnictví a v případě nezbytnosti by měly být platby za služby vázány na jeho využívání.
- Ve spolupráci s estonskou nadací pro elektronické zdravotnictví zajistit, aby bylo elektronické zdravotnictví uživatelsky vstřícné.

Zveřejnění a následná kontrola

303 Zpráva byla předložena kontrolovaným subjektům, Výboru pro sociální věci a Výboru pro kontrolu státního rozpočtu v parlamentu.

304 Zpráva byla zveřejněna na internetových stránkách NKI. Její zveřejnění doprovázela tisková zpráva. Den před zveřejněním uspořádala NKI tiskový brífink.

305 Dne 10. února 2014 uspořádal parlamentní Výbor pro kontrolu státního rozpočtu otevřenou schůzi, na které byly přítomny hlavní zúčastněné strany systému elektronického zdravotnictví a NKI. Schůze byla přenášena živě na internetových stránkách parlamentu

a hlavními zpravodajskými portály. NKI také vypracovala článek o hlavních auditních připomínkách, který byl zveřejněn v hlavním deníku.

306 Od dubna do září 2019 byla provedena následná kontrola zprávy. Bylo zjištěno, že během posledních pěti let se dosáhlo významného pokroku při tvorbě systému elektronického zdravotnictví. Kromě digitálních lékařských předpisů bylo zavedeno digitální zobrazování a portál pro pacienty. V srpnu 2019 byla spuštěna rovněž celostátní digitální registrace pro objednávání k lékaři. Přetrvává však několik důležitých úzkých míst. Dosud nebyla například zlepšena uživatelská vstřícnost elektronických zdravotních záznamů, a proto zdravotničtí pracovníci nemají rychlý přístup ke všem informacím, které jsou nezbytné pro poskytování včasných a kvalitních služeb pacientům. Také systém elektronické sanitky vyžaduje zlepšení, aby bylo zajištěno, že informace budou účinně předávány mezi sanitkami a nemocnicemi a pacienti tak budou moci být co nejdříve ošetřeni. Kromě toho je třeba v rámci systému elektronického zdravotnictví zlepšit kapacitu týkající se statistik a analýz za účelem hodnocení kvality služeb zdravotní péče.

Očekávaný dopad

307 Očekávalo se, že audit vybídne ministerstvo sociálních věcí k plnění jeho úlohy strategického lídra pro systém elektronického zdravotnictví a vymezí zájmy státu při zavádění elektronického zdravotnictví. Bylo důležité, aby ministerstvo zajistilo integraci strategického a finančního plánování, protože audit ukázal, že v dané době neexistoval přehled nákladů na dokončení a provedení projektů elektronického zdravotnictví. Celkově se očekávalo, že auditní zpráva přispěje k rozvoji systému elektronického zdravotnictví, aby se plně dosáhlo potenciálu, který má pro poskytovatele zdravotní péče, pacienty a stát.



Lotyšsko Valsts Kontrole

Je projekt „Elektronické zdravotnictví v Lotyšsku“
krokem správným směrem?

Přehled

308 Audit lotyšské NKI posuzoval, zda byla činnost ministerstva zdravotnictví a systému Národní zdravotní služby účinná a produktivní a zaměřovala se na dosažení cílů zavedení elektronického zdravotnictví a zda byly investice do elektronického zdravotnictví v Lotyšsku využity úsporně a produktivně. Audit pokrýval období od 1. ledna 2007 do 1. dubna 2015.

309 Konečným termínem pro zavedení elektronického zdravotnictví byl konec roku 2015. Během devíti let bylo investováno 14,5 milionu EUR, pro uživatele však nebyly k dispozici žádné služby elektronického zdravotnictví. Mezitím byl od 1. ledna 2016 informační systém elektronického zdravotnictví ustaven jako povinný pro všechny poskytovatele služeb zdravotní péče (pro ambulantní a lůžkovou léčbu, elektronické rezervace, elektronická doporučení pro vyšetření nebo léčbu, elektronické lékařské předpisy a elektronická potvrzení nemocenské).

Jak se audit prováděl

310 Hlavní auditní otázka zněla: Bylo elektronické zdravotnictví zavedeno tak, aby dosáhlo svého cíle podpořit účinnější zdravotní péči?

311 V rámci této hlavní otázky NKI zkoumala, zda:

- o systém elektronického zdravotnictví bude schopen vyřešit problémy a dosáhnout cílů,
- o činnosti provedené systémem Národní zdravotní služby v rámci zavádění elektronického zdravotnictví byly vhodné pro dosažení cílů,
- o nově vytvořený informační systém elektronického zdravotnictví zajistil bezpečnost informací a ochranu osobních údajů,

- o byl stanoven účinný dohled a kontrola projektu „elektronické zdravotnictví v Lotyšsku“.

312 Hlavními kontrolovanými subjekty byly ministerstvo zdravotnictví a jemu podřízená instituce (Národní zdravotní služba), která odpovídala za zavádění elektronického zdravotnictví.

313 Metodika auditu zahrnovala analýzu vnějších právních předpisů a regulací, hodnocení politiky provedené ministerstvem zdravotnictví a posouzení souladu elektronického zdravotnictví s požadavky na bezpečnost údajů a ochranu osobních údajů (pacientů), jakož i průzkumy, přezkum dokumentů a rozhovory s úředníky z ministerstva zdravotnictví a systému Národní zdravotní služby.

Hlavní připomínky

314 Projekt provedený ministerstvem zdravotnictví je krokem správným směrem ke zlepšení účinnosti poskytování služeb zdravotní péče. Poskytne pacientům větší kontrolu nad jejich zdravím tím, že je vybídne k udržování zdravého životního stylu, a zajistí lepší odůvodnění pro rozhodování, urychlí služby ve zdravotnictví a zajistí kvalitní a dostupné informace.

315 Politika, kterou ministerstvo zdravotnictví připravilo v oblasti elektronického zdravotnictví, nicméně nebyla provedena v plánovaném rozsahu a termínu; cíl zlepšit účinnost poskytování služeb zdravotní péče byl tedy dosažen pouze částečně.

316 Podstatné nedostatky (chyby) se objevovaly již od samého počátku provádění projektu elektronického zdravotnictví, např. do projektu nebyli zapojeni odborníci z odvětví, byly zjištěny četné změny v instituci provádějící projekt a neefektivní řízení projektů a konečně chyběl náležitý dohled nad projektem.

- o Ačkoli ministerstvo zdravotnictví připravilo plánovací dokument pro zavedení elektronického zdravotnictví, během devítiletého období (od roku 2007) nebyl tento dokument aktualizován a neodrážel realitu.
- o Přestože od počátku projektu elektronického zdravotnictví (od roku 2007) uplynulo devět let a ministerstvo zdravotnictví do projektu investovalo 14,5 milionu EUR,

k 1. dubnu 2015 nebyly zdravotnický informační systém a plánované elektronické služby dostupné pro uživatele.

- o Existovalo riziko, že systém elektronického zdravotnictví nezíská mezi obyvateli a poskytovateli služeb zdravotní péče dostatečnou popularitu, protože nebyl srozumitelný a dostupný všem potenciálním uživatelům.
- o K 1. dubnu 2015 nebyl informační systém elektronického zdravotnictví připraven z hlediska bezpečnosti údajů a ochrany osobních údajů.
- o Dohled a kontrola ministerstva zdravotnictví nad zaváděním elektronického zdravotnictví nebyly dostatečně účinné.

Doporučení

317 Státní kontrolní úřad Lotyšska předložil několik doporučení. Hlavním doporučením pro ministerstvo zdravotnictví bylo, aby změnilo regulaci týkající se data zahájení povinného používání informačních systémů elektronického zdravotnictví, a to poskytnutím časového rámce pro řešení zjištěných nedostatků, a stanovilo přiměřené období (nejméně šest měsíců), které zúčastněným stranám umožní připojit se k informačnímu systému elektronického zdravotnictví dobrovolně.

318 Za účelem úspěšného zahájení fungování informačního systému elektronického zdravotnictví NKI doporučila, aby ministerstvo zdravotnictví:

- o provedlo opakovanou zkoušku všech vypracovaných řešení elektronického zdravotnictví podle požadavků technických specifikací s cílem ujistit se o fungování systému, jeho schopnosti spolupracovat s ostatními systémy a jeho sémantické slučitelnosti,
- o napravilo všechny nedostatky a chyby týkající se zabezpečení údajů a ochrany údajů fyzických subjektů,
- o vypracovalo plán pro podniky, který by zahrnoval všechny poskytovatele služeb zdravotní péče využívající informační systém elektronického zdravotnictví, s cílem zlepšit účinnost zdravotní péče,

- o poté, co bude spuštěn informační systém elektronického zdravotnictví, a až se budou poskytovatelé služeb zdravotní péče moci dobrovolně připojit k informačnímu systému elektronického zdravotnictví, provedlo cílenou informační kampaň na jeho podporu.

Zveřejnění a následná kontrola

319 Zpráva byla předložena parlamentnímu Výboru pro veřejné výdaje a kontrolu. Dne 8. září 2015 byla zpráva zveřejněna na internetových stránkách státního kontrolního úřadu Lotyšska. Její zveřejnění doprovázela tisková konference a tisková zpráva.

320 Ministerstvo zdravotnictví musí informovat státní kontrolní úřad Lotyšska o provádění doporučení podle dohodnutého harmonogramu pro podávání zpráv. Po obdržení těchto informací vyhodnotí státní kontrolní úřad Lotyšska pokrok, kterého ministerstvo zdravotnictví dosáhlo. Do roku 2019 provedlo ministerstvo zdravotnictví 70 % všech doporučení.

Očekávaný dopad

321 Protože audit proběhl v době, kdy informační systém elektronického zdravotnictví nebyl dosud povinný a byl stále ve fázi provádění, očekávalo se, že všechna auditní doporučenílepší provádění elektronického zdravotnictví a nakonec zajistí úspěšné využívání systému elektronického zdravotnictví všemi zúčastněnými stranami, aby se zlepšila účinnost poskytování služeb zdravotní péče. Od roku 2016 se informační systém elektronického zdravotnictví a elektronické služby postupně zpřístupňovaly uživatelům. Podle statistik jsou nejčastěji využívanými službami elektronického zdravotnictví elektronické potvrzení nemocenské a elektronický lékařský předpis: v roce 2018 byl vydán 1 milion elektronických potvrzení nemocenské a 11,7 milionu elektronických lékařských předpisů.

Udržitelnost veřejných financí a další finanční aspekty



Česká republika Nejvyšší kontrolní úřad

Peněžní prostředky vynakládané vybranými nemocnicemi na úhradu nákladů

Přehled

322 Audit české NKI posuzoval soulad fakultních nemocnic s právními předpisy při nákupu materiálu, zboží a služeb a dále to, zda ministerstva coby zřizovatelé nemocnic byly v souladu s právními závazky. Týkal se období let 2014–2016.

323 NKI kontrolovala nákupy léčivých přípravků a zdravotnických prostředků ve významných objemech. Kromě toho auditoři přezkoumali povinnost fakultních nemocnic vybírat dodavatele prostřednictvím zadávání veřejných zakázek a posuzovali, zda ministerstva dodržela závazky zřizovatele podle práva.

Jak se audit prováděl

324 Hlavní otázky, kterými se audit zabýval, byly:

- je nákup materiálu, zboží a služeb (zejména léčivých přípravků a zdravotnických prostředků) ze strany fakultních nemocnic v souladu s právními předpisy a je účinný a nákladově efektivní?
- Existují významné rozdíly v jednotkových nákupních cenách mezi fakultními nemocnicemi?
- Plní ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo obrany svou roli zřizovatelů fakultních nemocnic?

325 Hlavními kontrolovanými subjekty byli zřizovatelé fakultních nemocnic, tj. ministerstvo zdravotnictví (MZ) a ministerstvo obrany (MO), a Fakultní nemocnice Brno (FN Brno), Fakultní nemocnice v Motole (FN Motol) a Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (ÚVN).

326 Posouzení vycházelo z analýzy shromážděných důkazů, přezkumu dokumentů, rozhovorů a srovnání.

Hlavní připomínky

327 Česká NKI předložila tyto připomínky:

- Nákup materiálu a zboží byl účelný, avšak ne vždy nákladově efektivní nebo v souladu s legislativou. Nákup služeb byl ne vždy nákladově efektivní nebo v souladu s legislativou. Ministerstva v některých případech nedodržela své závazky zřizovatelů v souladu s právem.
- Fakultní nemocnice nakupovaly léčivé přípravky buď prostřednictvím zadávacích řízení nebo přímých nákupů od dodavatelů. V důsledku širokého portfolia používaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, snahy zajistit životně důležité funkce pacientů, existence jediného výrobce na trhu nebo neúspěšného zadávacího řízení nebylo vždy možné, aby fakultní nemocnice vybraly dodavatele podle výsledků zadávacího řízení. Podíl dodávek získaných mimo zadávací řízení byl značný, přestože všechny fakultní nemocnice (s výjimkou FN Brno) uvedly důvody nákupu léčivých přípravků a zdravotnického materiálu bez zadávacího řízení.
- Kritéria stanovená jednotlivými fakultními nemocnicemi pro hodnocení nabídek nebyla jednotná.
- Srovnání jednotkových nákupních cen napříč jednotlivými fakultními nemocnicemi z auditního vzorku, které se týkalo týčž léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, odhalilo významné rozdíly z hlediska absolutní hodnoty i procentního podílu.
- V jednotlivých fakultních nemocnicích se jednotkové nákupní ceny vybraného vzorku léčivých přípravků a zdravotnických prostředků značně lišily, často i při nákupech od téhož dodavatele. Důvodem těchto cenových rozdílů byly zejména slevy poskytnuté dodavateli, existence jediného výrobce, nedostatek dodavatelů, pořízení bez zadávacího řízení, přímá distribuce jediným dodavatelem, změny v náhradách nákladů nebo uvedení generického léčivého přípravku na trh. NKI se domnívá, že v těchto značných cenových rozdílech existuje prostor pro snížení nákladů.

- Systém bonusů v oblasti zdravotní péče neměl jasná pravidla pro nákup léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Koncepce bonusu nebyla definována zákonem, byla pouze založena na podmínkách konkrétního smluvního vztahu mezi fakultní nemocnicí a dodavatelem. Fakultní nemocnice se při vyjednávání bonusů a využívání bonusového příjmu neřídily jednotným postupem. Fakultní nemocnice obecně uzavíraly smlouvy na bonusy odděleně od hlavního dodavatelského vztahu. S odkazem na obchodní tajemství nezveřejnily bonusové smlouvy v seznamu smluv ani hodnotu smluvních bonusů.
- FN Brno porušila rozpočtovou kázeň tím, že neoprávněně využila finanční prostředky na nákup zdravotnických prostředků a služeb týkajících se odstraňování odpadů.
- ÚVN využila svá aktiva neefektivně, neboť průkazně nedoložila 15 faktur za dodané právní konzultace.

Doporučení

328 Česká NKI doporučuje, aby:

- fakultní nemocnice pořizovaly léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na základě zadávacích řízení, což je zákonná povinnost a předpoklad pro hospodárné řízení finančních prostředků a transparentní výběr dodavatelů,
- ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo obrany jasně stanovila pravidla pro přijímání a hlášení bonusů od dodavatelů zdravotní péče a nakládání s nimi,
- fakultní nemocnice v zadávacích řízeních stanovily jako kritérium nejen cenu, ale vzhledem k povaze a složitosti předmětu veřejné zakázky také bonus, pokud má být nějaký poskytnut,
- se ministerstvo zdravotnictví zabývalo rozvojovými strategiemi a připravilo svou vlastní koncepci rozvoje přímo řízených organizací,
- ministerstvo zdravotnictví a FN Brno prozkoumaly prospěšnost a přínosy nadačního fondu FN Brno a zvážily, zda by měl nadále existovat,
- se ministerstvo obrany zabývalo zjištěným rizikem spojeným s poskytováním finančních prostředků ÚVN.

Zveřejnění a následná kontrola

329 Dne 8. dubna 2019 byla zpráva předložena vládě.

330 Dne 3. září 2018 byla zpráva zveřejněna na internetových stránkách NKI. NKI zveřejnila závěry tohoto auditu ve svém věstníku č. 4/2018. Její zveřejnění doprovázela tisková zpráva.

331 Dosud nebyly přijaty žádné následné kroky.

Očekávaný dopad

332 Očekávají se změny v postupech fakultních nemocnic stejně jako zlepšení ze strany ministerstev při plnění jejich funkce, zejména pokud jde o přijetí pravidel pro bonusy, zadávání veřejných zakázek a sledování praktického a hospodářského provozu fakultních nemocnic s efektivními náklady.



Finsko

Valtiontalouden Tarkastusvirasto

Odhady tendence výdajů na sociální zabezpečení

Přehled

333 Audit finské NKI (NAOF) posuzoval spolehlivost odhadů tendence výdajů na sociální zabezpečení. Tyto odhady se používají jako základ pro politická rozhodnutí a pro odhadnutí ekonomické udržitelnosti.

334 Audit se zaměřil na využití makroekonomického modelu pro odhady výdajů na sociální zabezpečení. Tento model byl během let 2007 až 2009 znovu definován a audit se soustředil zejména na období po roce 2010. Pokrýval dlouhodobé odhady tendence výdajů na sociální zabezpečení využívané jako základ pro politická rozhodnutí v sociální a zdravotní oblasti. Některé z odhadů tendencí připravilo ministerstvo sociálních věcí a zdravotnictví pomocí modelu analýzy výdajů na sociální zabezpečení (model SOME).

Jak se audit prováděl

335 Hlavní auditní otázka zněla: Jak spolehlivé jsou odhady tendence výdajů na sociální zabezpečení využívané jako základ pro politická rozhodnutí a pro odhadnutí ekonomické udržitelnosti?

336 V rámci této hlavní otázky položil orgán NAOF tyto otázky:

- 1) Jaký typ odhadů tendencí nebo prognóz výdajů na sociální zabezpečení se shromažďuje v rámci rozhodování?
 - a) Jaké hlavní rozdíly mezi nimi existují?
 - b) Jak se využívají v procesu rozhodování?

- c) Jakou roli v těchto odhadech hraje prognóza počtu obyvatel vypracovávaná finským statistickým úřadem?
- d) Jaký typ spolupráce existuje mezi orgány shromažďujícími a využívajícími tyto odhady?
- 2) Je ministerstvo sociálních věcí a zdravotnictví schopno rozvinout tento model na základě poptávky?
 - a) Jak flexibilní je tento model, pokud jde o jeho rozvoj?
 - b) Má ministerstvo dostatečné zdroje a odborné znalosti pro rozvoj tohoto modelu?
- 3) Je tvorba politik založena na otevřených a transparentních metodách z hlediska odhadů tendencí výdajů na sociální zabezpečení?
 - a) Jak jsou dokumentovány modely a základní předpoklady?
 - b) Jsou systematicky prováděny a zveřejňovány analýzy citlivosti založené na předpokladech?

337 Hlavními kontrolovanými subjekty byla ministerstva sociálních věcí a zdravotnictví a financí.

338 Důkazy byly získány na základě posouzení transparentnosti a metodiky odhadů tendencí na ministerstvu sociálních věcí a zdravotnictví, rozhovorů s odborníky z ministerstva sociálních věcí a zdravotnictví a ministerstva financí a z jiných institucí, které připravují odhady tendencí (finský institut pro sociální pojištění (Kela) a finské středisko pro důchody (ETK)), a na základě srovnání a analýzy metod modelu SOME využívaných ministerstvem sociálních věcí a zdravotnictví s metodami využívanými k odhadům tendencí v institucích Kela a ETK.

Hlavní připomínky

339 Orgán NAOF předložil tyto připomínky:

- o Model SOME se ukázal být nejkompexnějším modelem využívaným při vypracování dlouhodobých odhadů tendencí výdajů na sociální zabezpečení. Účetní rámec byl jasně strukturovaný a stal se dobrým základem pro další vývoj.

- Popis modelu a technický manuál byly komplexní a podrobné. Popis však nebyl aktuální, ačkoli od zavedení modelu do něj bylo zapracováno několik změn.
- Byly zapotřebí pokročilejší verze modelu. Například reforma sociální a zdravotní péče (reforma SOTE) vedla ke vzniku potřeby odhadů tendencí výdajů na sociální zabezpečení v jednotlivých regionech SOTE.
- Model SOME hrál ústřední úlohu v odhadech ministerstva financí týkajících se mezery v udržitelnosti, neboť sloužil jako základ pro odhady výdajů souvisejících s věkem. Odhady tendencí výdajů souvisejících s věkem připravilo neoficiálně ministerstvo sociálních věcí a zdravotnictví společně s ministerstvem financí. Rozdělení povinností v rámci této spolupráce zůstává nejasné, ačkoli konečnou odpovědnost za odhad mezery v udržitelnosti nese ministerstvo financí. Popis metodiky uplatněné při odhadování mezery v udržitelnosti pro výdaje související s věkem byl obecné povahy a vyznačoval se nedostatkem transparentnosti.
- Scénáře nebo analýzy citlivosti vypracované pomocí modelu SOME nebyly zveřejňovány pravidelně. Systematické zveřejňování zjištění by poskytlo základ pro dialog mezi odborníky, zajistilo by větší otevřenost a transparentnost tvorby politik v sociální a zdravotní oblasti a odhadů mezery udržitelnosti vypracovávaných ministerstvem financí a usnadnilo by rozvoj tohoto modelu.
- Zdroje přidělené na model SOME nebyly nutně dostatečné pro jeho rozvoj v souladu s poptávkou a způsobem, který by umožnil systematickou analýzu zjištění.

Doporučení

340 Orgán NAOF vydal tato doporučení:

- Ministerstvo sociálních věcí a zdravotnictví by mělo zajistit aktualizaci technického manuálu k modelu SOME. Rovněž měly být pravidelně zveřejňovány zprávy o výpočtech scénáře pomocí modelu SOME, které by obsahovaly analýzy citlivosti.
- Při rozvoji modelu SOME by ministerstvo sociálních věcí a zdravotnictví mělo vzít v úvahu potřebu nových informací vyplývajících z reformy SOTE. Ministerstvo by mělo přidělit dostatečné zdroje na rozvoj a pravidelné analýzy a mělo by zajistit dostatečnou odbornou spolupráci s ostatními organizacemi, které vypracovávají odhady tendence výdajů na sociální zabezpečení a které za tímto účelem dodávají informace.

- o Spolupráce mezi ministerstvem sociálních věcí a zdravotnictví a ministerstvem financí při přípravě odhadu mezery v udržitelnosti zaměřeného na výdaje související s věkem by měla být popsána transparentně. Ministerstvo financí by mělo připravit podrobný a transparentní popis metodiky odhadu mezery v udržitelnosti a při pravidelném podávání zpráv o tomto odhadu využívat analýzu citlivosti, např. v souvislosti s tendencemi výdajů na sociální zabezpečení.
- o Analýza založená na tomto modelu by se také mohla ve větší míře využít v krátkodobém plánování politik.

Zveřejnění a následná kontrola

341 Zpráva byla předložena kontrolovaným subjektům a parlamentnímu Výboru pro audit. Dne 16. ledna 2017 byla zpráva zveřejněna na internetových stránkách orgánu NAOF. Její zveřejnění doprovázela tisková zpráva.

342 Následná kontrola byla provedena podle plánu na podzim 2018. Tvořil ji dotazník zaslaný kontrolovaným subjektům. Následná zpráva byla zveřejněna na internetových stránkách orgánu NAOF.

Očekávaný dopad

343 Očekávalo se, že ministerstvo sociálních věcí a zdravotnictví, které je odpovědné za model SOME, se bude snažit daný model rozvinout, zdokumentovat metodiku a systematicky zveřejňovat výsledky odhadů. Očekávalo se také, že ministerstvo financí zlepší transparentnost metodiky odhadů ekonomické udržitelnosti a využití modelu SOME v této souvislosti.



Řecko

Ελεγκτικό Συνέδριο

Horizontální tematický audit státních nedoplatků týkajících se nemocnic, Národní instituce pro poskytování služeb zdravotní péče (EOPYY) a regionálního ředitelství pro zdraví

Přehled

344 Řecká NKI posuzovala hromadění státních nedoplatků.

345 Audit pokrýval období od 31. prosince 2016 do 30. září 2017.

Jak se audit prováděl

346 Hlavní auditní otázky zněly:

- Byly finanční prostředky z Evropského mechanismu stability určené k úhradě nedoplatků použity k danému účelu?
- Proč se nedoplatky nadále hromadí?

347 Hlavními kontrolovanými subjekty bylo šest nemocnic, Národní instituce pro poskytování služeb zdravotní péče (EOPYY) a První ředitelství pro zdraví kraje Atika.

348 Důkazy byly získány zejména na základě rozhovorů, dopisů o ověření zjištění určených třetím stranám (dodavatelům), neoznamovaných kontrol na místě týkajících se dodávek zboží a služeb, přezkumu dokumentů a ověření legality a správnosti dokumentů a postupů.

Hlavní připomínky

Nesplacené závazky – nedoplatky

349 Audit odhalil:

- o nesrovnalosti ve stárnutí nedoplatků a neúplné podpůrné dokumenty nebo platební doklady týkající se dodávek a služeb,
- o chybějící mechanismy, které by sledovaly výplaty úroků a platby finančních sankcí, a chybějící záznamy o stavu soudních věcí,
- o skutečnost, že značný počet závazků nebyl registrován nebo byl nesprávně registrován v registru závazků nebo nebyl začleněn do informačních systémů,
- o skutečnost, že informační systémy neexportovaly konkrétní souhrnné a analytické zprávy o započtení.

Program pro vyrovnávání nedoplatků

350 Řecká NKI zjistila:

- o případy nedodržení souladu s pravidlem FIFO a nedodržení lhůt pro vypořádání závazků, nesrovnalosti mezi přezkoumanými dokumenty a nedostatky v platebním postupu. Zjištění ohledně spolehlivosti údajů a systémů hlášení se týkala zejména systémů pro záznam závazků,
- o kromě toho byly zjištěny nesrovnalosti mezi systémy hlášení.

351 Audit se dále zaměřil na určení zdrojů nových nedoplatků. Zjištění byla následující:

- o chybějící likvidita v důsledku nereálných rozpočtů, uložení stropů pro výdaje ze strany Evropského mechanismu stability, zpoždění při uplatňování mechanismů rabatů a zpětného vyžádání, zpoždění při výběru příjmů a snížení příslušných pohledávek v rámci zvláštních ujednání.
- o Kvůli složitosti (a v některých případech nejasnosti) legislativního rámce, kterým se řídí postupy zadávání zakázek, nebyla zadávací řízení vždy dokončena (v důsledku byrokracie a restriktivnosti právního rámce, jež vedly k nesčetným závazkům

a zpožděním při výplatách kvůli otázkám legality) a pro úhradu nedoplatků byl vyžadován velký objem podpůrných dokumentů.

- Posouzení výsledků programu úhrady nedoplatků odhalilo, že program nebyl dostatečně rozvinutý a že v některých případech nebylo dodrženo pravidlo sebefinancování – to jest úhrada závazků subjektů z jejich vlastních zdrojů.

Doporučení

352 Řecká NKI doporučuje:

- modernizovat informační systémy a jejich podporu pro řádné rozpočty,
- využít tyto systémy k automatické extrakci všech požadovaných zpráv,
- automaticky aktualizovat registr závazků; provést jeho konkrétní změny a zlepšení s cílem zajistit legalitu a správnost záznamů a úhrad závazků a nedoplatků,
- uplatňovat při úhradě závazků metodu „first in, first out“; a automaticky spojovat platby se staršími fakturami,
- zajistit plnou funkčnost vnitrostátního centrálního zadavatele pro oblast veřejného zdravotnictví,
- vypracovat protokoly o výrobě podle lékařských postupů, ustavit vnitřní kontroly správních postupů zadávání zakázek a platebních postupů, jednotnou kodifikaci a klasifikaci, jednotné technické specifikace, společné čárové kódy a rejstříky pro spotřební zboží, materiál a zdravotnické vybavení,
- zlepšit řízení zásob,
- urychlit hodnocení nabídek při postupu zadávání veřejných zakázek,
- posílit a přijmout společný informační systém ve všech nemocnicích,
- uplatňovat ukazatele, klíčové ukazatele výkonnosti, referenční hodnoty, nákladové účetnictví a systém akruálního účetnictví,
- na poskytovatele péče včas uplatnit mechanismus zpětného vyžádání,

- o vypracovávat realistické rozpočty,
- o vytvořit interní jednacích řád, interní kontroly pro jednotlivé postupy a manuál pro interní audit,
- o zlepšit postup analýzy rizik v nemocnicích; zlepšit přiměřenost počtu pracovníků a jejich přidělování,
- o urychlit clearingové a platební postupy a
- o vyplácet měsíčně veřejné subvence.

Zveřejnění a následná kontrola

353 Všech osm zpráv bylo předloženo parlamentu na společné schůzi stálých parlamentních výborů pro hospodářské a sociální věci konané v říjnu 2018. Zprávy byly zveřejněny na internetových stránkách řeckého účetního dvora. Výše uvedená prezentace byla přenášena televizní stanicí parlamentu.

354 Následná kontrola by měla být podle plánu provedena během jednoho roku.

Očekávaný dopad

355 Horizontální audit, který by měl určit příčiny obecných státních nedoplatků a pomoci vládě vypracovat strategie za účelem řešení tohoto problému a institucionalizace nezbytných reforem s cílem předejít vzniku nových nedoplatků.



Maďarsko

Állami Számvevőszék

Souhrnná analýza zkušeností získaných na základě auditů nemocnic

Přehled

356 Analýza státního kontrolního úřadu Maďarska shrnula zkušenosti, které tento úřad získal při provádění auditu v nemocnicích.

357 Období, kdy se prováděly analýzy, se vztahuje na roky 2008 až 2016.

Jak se audit prováděl

358 Analýza se zaměřila na:

- o provádění úkolů řídicími orgány,
- o systémy vnitřní kontroly nemocnic,
- o finanční řízení nemocnic,
- o správu majetku nemocnic,
- o zavedení integrovaného přístupu.

359 Mezi hlavními kontrolovanými subjekty bylo 21 nemocnic, ministerstvo pro kapacitu lidských zdrojů a vnitrostátní středisko pro služby zdravotní péče.

360 Metodika zahrnovala přezkum dokumentů, referenční srovnávání a analýzu (statistických) údajů.

Hlavní připomínky

361 Státní kontrolní úřad Maďarska předložil tyto připomínky:

- Základní požadavky na řízení nemocnic stanovily řídicí orgány. K nesrovnalostem došlo v souvislosti s činností řídicího orgánu na střední úrovni během zadávání veřejných zakázek a postupů schvalování. Kontrolní činnost řídicích orgánů nicméně nevedla k řádnému řízení nemocnic.
- Vedoucí nemocnic řádně nedohlíželi na vytvoření a fungování vhodného systému vnitřní kontroly.
- Nesrovnalosti, k nimž došlo v oblasti finančního řízení nemocnic (a jež se týkaly plánování, řízení prostředků a zadávání veřejných zakázek), ohrožily transparentnost a odpovědnost veřejných finančních prostředků.
- Požadavky na zákonné a transparentní řízení státních aktiv nebyly splněny ani během nákupu, instalace, registrace a odepisování aktiv, ani během inventury aktiv a pasiv.
- Integrovaný přístup v nemocnicích byl posílen; kontroly integrity nicméně nebyly zcela účinné, což vedlo k nesrovnalostem ve finančním řízení.

Doporučení

362 Bylo vypracováno celkem 441 doporučení: 16 pro ministra, 21 pro řídicí orgán na střední úrovni a 404 pro vedoucí nemocnic.

363 Doporučení se týkají těchto oblastí:

- systém vnitřní kontroly.
- finanční řízení,
- správa aktiv,
- činnost řídicích orgánů.

Zveřejnění a následná kontrola

364 Analýza byla předložena na tiskové konferenci v dubnu 2019 a zveřejněna na internetových stránkách státního kontrolního úřadu Maďarska.

Očekávaný dopad

365 Očekává se dopad v důsledku zjištění rizikových oblastí. Analýza může vést k většímu institucionálnímu zohlednění dodržování právních předpisů při řízení a může ostatním institucím v daném odvětví pomoci s řádným řízením a zákonným fungováním.



Itálie

Corte dei Conti

Provádění mimořádného programu pro renovaci budov a technologickou modernizaci nemovitého majetku veřejných zdravotních institucí

Přehled

366 Audit italské NKI posuzoval mimořádný program pro renovaci budov a technologickou modernizaci veřejného nemovitého majetku veřejných zdravotních institucí.

367 Týkal se období let 2012–2016.

368 Program pro renovaci budov a technologickou modernizaci byl přijat zákonem č. 67/88 a první fáze byla uzavřena v roce 1996. Orgán *Corte dei Conti* již provedl audit a předložil zprávu v květnu 2011.

Jak se audit prováděl

369 Hlavní auditní otázka zněla:

- o Je možné vyvážit národní zájem na stabilitě účetní závěrky s prioritami a potřebami ohledně zdraví a strukturální bezpečnosti?

370 Hlavním kontrolovaným subjektem bylo ministerstvo zdravotnictví.

371 Posouzení proběhlo za využití důkazů získaných na základě žádostí o informace a dokumenty předložených ministerstvu zdravotnictví (generálnímu ředitelství pro plánování v oblasti zdravotnictví), které odpovídá za provádění programu investic do infrastruktury.

Hlavní připomínky

372 Italská NKI předložila tyto připomínky:

- o ministerstvo zdravotnictví dosud nevypracovalo **víceletý plánovací dokument**, jak je stanoveno v legislativním nařízení č. 228/2011.
- o Tzv. metodika „Mexa“ neumožnila skutečné posouzení účinnosti zásahů.
- o Výroční zpráva, kterou předložily regiony ministerstvu zdravotnictví a která se týkala pokroku prací, byla považována za nedostatečnou pro sledování provádění projektů. Dokument týkající se dosaženého pokroku prací, který jednou ročně zasílají regiony, není dostatečný, neboť náležitě neukazuje současný vývoj.
- o Partnerství veřejného a soukromého sektoru nebylo využito účinně a soukromé zdroje byly nedostatečné.

Doporučení

373 Italská NKI vydala tato doporučení:

- o ministerstvo zdravotnictví by mělo přijmout víceletý plánovací dokument, jak je stanoveno v legislativním nařízení č. 228/2011,
- o metodika „Mexa“ by měla umožnit strategickou kontrolu i audit výkonnosti. Hodnocení veřejných investic by mělo být součástí systému kontroly řízení, který by zahrnoval jak stanovení cílů, tak posouzení dosažených výsledků.

374 Kromě toho by partnerství veřejného a soukromého sektoru mělo být rozvinuto tak, aby umožnilo:

- o vzájemný vztah a spojení veřejného a soukromého sektoru,
- o větší viditelnost projektu s cílem plně zapojit soukromého partnera do rozhodovacího postupu a
- o vhodnější řízení rizik spojených s projekty.

375 Kromě toho by ministerstvo mělo upřednostnit soukromé podniky zaměřené na dlouhodobé investice a schopné financovat projekty v počáteční fázi.

376 Je zásadní reorganizovat a zlepšit shromažďování správních a účetních informací o postupech řízení, které stojí za prováděním programu.

377 Ministerstvo zdravotnictví by mělo být informováno o veškerých iniciativách místních subjektů, které se týkají zdravotnické infrastruktury financované z vnitrostátních nebo evropských zdrojů. Kromě toho by mělo vytvořit databázi za účelem shromažďování informací nezbytných ke zlepšení plánování a optimalizaci investic.

Zveřejnění a následná kontrola

Prezentace zprávy:

378 Zpráva byla předložena parlamentu, ministerstvu hospodářství a financí, ministerstvu zdravotnictví a regionům Benátsko, Emilia Romagna a Kalábrie.

379 Dne 9. dubna 2018 byla zpráva zveřejněna na internetových stránkách orgánu *Corte dei Conti*.

Očekávaný dopad

380 Italská NKI očekává tento dopad:

- Legislativní změny, které usnadní renovaci budov a technologickou modernizaci nemovitého majetku odvětví veřejného zdravotnictví.
- Lepší hodnocení kritických otázek, na něž poukázaly kontrolované subjekty, za účelem vytvoření nových řešení.
- Zaměření na bezpečnost budov, zejména ve spojení s antiseizmickými a protipožárními materiály.



Cour des comptes
Grand-Duché de Luxembourg

Lucembursko
Cour des comptes
Veřejné financování nemocničních investic

Přehled

381 Lucemburská NKI posuzovala veřejné financování nemocničních investic v období let 2011–2017.

Jak se audit prováděl

382 Cílem auditu bylo ověřit, zda byly splněny požadavky velkovévodského nařízení, kterým se stanoví podrobná pravidla pro účast státu na nemocničních investicích. Kromě toho NKI analyzovala účinnost a ucelenost mechanismů inspekce na ministerstvu zdravotnictví, které se týkaly potvrzování žádostí nemocnic o náhradu nákladů.

383 Hlavními kontrolovanými subjekty byly ministerstvo zdravotnictví a vzorek příjemců státní účasti.

384 Metodika auditu zahrnovala rozhovory s kontrolovanými orgány a analýzu poskytnutých dokumentů.

Hlavní připomínky

Státní účast na financování modernizace, renovace nebo výstavby nemocnic

385 Ministerstvo zdravotnictví neposkytlo finanční výkaz, který by srovnával náklady na projekty schválené podle zákona a skutečné náklady na investice, včetně odůvodnění veškerých překročení výdajů mimo zákonná navýšení.

Právní a regulační ustanovení

386 Ačkoli to zákon vyžaduje, u některých nemocničních projektů, např. rozšíření jedné nemocnice a práce na centrálním sterilizačním zařízení u jiné, neexistovala dohoda ohledně poskytnutí podpory. Kromě toho práce na jednom projektu proběhla bez předchozího oficiálního povolení ministerstva zdravotnictví.

387 Zákon také stanoví, že nařízení musí určit podrobný postup finanční podpory, např. pokud jde o lhůty a postupy pro přezkum složek, podpůrnou dokumentaci, která má být předložena, a požadavek týkající se studie potřeb a dopadu a jejího rozsahu. V době auditu však takové nařízení nebylo přijato.

Sledování projektů výstavby a/nebo modernizace

388 V případě čtyř projektů ze vzorku projektoví manažeři pravidelně připravovali zprávy o pokroku, ale nepředkládali je systematicky ministerstvu, jak požaduje nařízení.

389 Auditoři také zjistili různé nesrovnalosti mezi víceletým programováním fondu pro nemocniční infrastrukturu, které bylo vypracováno jako součást rozpočtu státních příjmů a výdajů, a monitorovacími tabulkami pro dotované projekty, které ministerstvo zdravotnictví vypracovalo pro jednotlivé nemocnice.

390 Pokud jde o úpravu rozpočtu na projekty nemocničních investic tak, aby zohlednily změny v indexu cen v oblasti výstavby, auditoři konstatovali, že ministerstvo zdravotnictví nemělo prostředky, aby přesně určilo rozpočet dostupný na probíhající projekt nebo zkontrolovalo výpočty nemocnic.

Žádosti o náhradu nákladů

391 Auditoři konstatovali, že 1) projekty byly schvalovány a dotovány samostatnými subjekty; 2) mezi těmito subjekty chyběl kontakt; a 3) za kontrolu žádostí o náhradu nákladů byl odpovědný jediný úředník.

392 Na základě práva je za kontrolu přidělování veřejných subvencí a žádostí o náhradu nákladů odpovědný vládní komisař pro nemocnice. Přestože jeho pravomoci byly posíleny, došli auditoři k závěru, že jeho postavení mu z důvodu nedostatečných lidských zdrojů neumožňuje, aby v plné míře plnil své úkoly.

393 Kromě toho stát v souladu s právem pokrývá 80 % nákladů na investice do movitého a nemovitého majetku v nemocnicích, které schválil ministr zdravotnictví. Auditóři nicméně konstatovali, že ministr zdravotnictví se od tohoto předpisu několikrát odchýlil.

394 Pokud jde o oblasti, které nemůže dotovat ministerstvo zdravotnictví, nařízení upřesňuje, že u částí projektu, které nelze oddělit, se náklady na nedotované části vypočítají na konci prací. V případě jednoho projektu ze vzorku se však na konci projektu přepočítaly pouze náklady na podzemní parkoviště. U jiného projektu se náklady na nedotované oblasti skutečně přepočítaly, zůstává ale nejasné, zda bylo toto oddělení náležité, neboť nebyly poskytnuty některé podrobnosti.

395 Ačkoli nařízení stanoví, že ministr zdravotnictví může přijmout jednotná pravidla způsobilosti pro všechny nemocnice, nestalo se tak.

Doporučení

Státní účast na financování modernizace, renovace a výstavby nemocnic

396 Ministerstvo zdravotnictví by mělo:

- o pravidelně informovat Poslaneckou sněmovnu o pokroku, kterého bylo dosaženo u hlavních veřejně financovaných projektů nemocničních investic,
- o řídit se podobnými postupy, jakými se řídí Poslanecká sněmovna u projektů infrastruktury prováděných státem, tj. veškeré významné programové změny musí být přezkoumány; vždy, když výdaje na projekt přesáhnou 5 % schválené částky, musí být předložen nový návrh zákona; a konečný rozpis výdajů musí být předložen pro každý jednotlivý projekt schválený zákonem o financování.

Sledování projektů výstavby a/nebo modernizace

397 Ministerstvo zdravotnictví by mělo:

- o upřesnit, které informace požaduje, a vyžadovat, aby byly zprávy zasílány pravidelně,
- o podrobně přezkoumat finanční údaje pro projekty a využít za tím účelem jediný nástroj pro sledování,

- o vytvořit svůj vlastní nástroj pro výpočet rozpočtových úprav a pravidelně informovat nemocnice o zbývajícím rozpočtu.

Žádosti o náhradu nákladů

398 Úkoly týkající se schvalování a financování projektů modernizace a/nebo výstavby by měly být svedeny dohromady do nového zvláštního oddělení, včetně odborníků ze správy veřejných budov. Ministerstvo by mělo vypracovat seznam investičních nákladů, které nejsou způsobilé pro subvence, stanovit finanční limity pro určité typy výdajů a zahrnout tento seznam do budoucích dohod o financování. Všechny části by se měly na konci projektu přepočítat a měl by být poskytnut rozpis skutečných vzniklých nákladů.

Zveřejnění a následná kontrola

399 Zjištění a doporučení byla jako součást sporného řízení zaslána dne 15. listopadu 2018 kontrolovaným subjektům. Zvláštní zpráva byla dne 29. dubna 2019 předložena Poslanecké sněmovně a následně spolu s tiskovou zprávou zveřejněna na internetových stránkách NKI.

400 Zvláštními zprávami Účetního dvora se dále zabývá Výbor pro plnění rozpočtu Poslanecké sněmovny, který vypracuje zprávu o opatřeních, jež přijaly dotčené orgány v reakci na doporučení Účetního dvora.

Očekávaný dopad

401 Očekávanými dopady jsou optimalizace procedurálního postupu pro subvencování nemocničních investic a pravidelné informování Poslanecké sněmovny o pokroku, kterého bylo dosaženo u hlavních veřejně financovaných projektů nemocničních investic.



Slovensko

Najvyšší kontrolný úrad

Slovenskej republiky

Veřejné finance a majetek zdravotnických zařízení

Přehled

402 Audit slovenské NKI posuzoval soulad veřejných financí a majetku zdravotnických zařízení s právními předpisy.

403 Týkal se období let 2011–2015. Za účelem objektivního posouzení některých kontrolovaných skutečností byly zohledněny i další roky.

Jak se audit prováděl

404 Hlavní auditní otázky zněly:

- Byl rozpočet kontrolovaného subjektu realistický?
- Bylo dodrženo pravidlo vyrovnaného rozpočtu?
- Jaké bylo finanční zdraví jednotlivých zdravotnických zařízení?
- Byly zaplacený závazky kontrolovaných subjektů?
- Investoval kontrolovaný subjekt do nákupu nového zdravotnického vybavení a byly vypracovány investiční plány?
- Bylo zadávání veřejných zakázek transparentní a nediskriminační a byla dodržena zásada hospodárnosti a efektivnosti?
- Existují v jednotlivých kontrolovaných oblastech rozdíly v typu zdravotnických zařízení (z hlediska vlastnictví)?

405 Hlavními kontrolovanými subjekty byly nemocnice a zdravotnická zařízení, včetně 22 veřejných subjektů (14 státních a 8 samosprávných subjektů), 10 subjektů transformovaných na jinou formu (akciové společnosti, společnosti s ručením omezeným, neziskové organizace) a 6 soukromých subjektů.

406 Metodika auditu zahrnovala přezkum dokumentů, rozhovory, referenční srovnávání a analýzu statistických údajů.

Hlavní připomínky

407 Mnohá zjištění se týkala všech typů zdravotnických zařízení (státních, samosprávných, transformovaných a soukromých), ale v některých oblastech se značně odlišovaly přístupy k řízení.

- Postup sestavování a schvalování rozpočtů ve státních a samosprávných zařízeních nebyl realistický, neboť v předchozích letech byl hospodářský výsledek záporný. Zřizovatelé, kteří schvalují a kontrolují rozpočty, mají také určitou míru odpovědnosti za nedostatečnou kvalitu rozpočtů. Lepší přístup k řízení rozpočtu a správě aktiv byl zjištěn u transformovaných a zejména u soukromých zařízení.
- Existovala přímá souvislost mezi úrovní řízení, kontrolou rozpočtových zdrojů a dosaženými hospodářskými výsledky. Řízení většiny transformovaných zdravotnických zařízení a soukromých nemocnic bylo ziskové (s výjimkou jedné transformované a jedné soukromé nemocnice).
- Náklady na zdravotní péči se zvýšily, nebyly však pokryty výnosy. Kontrolované subjekty uváděly značné množství neuhrazené zdravotní péče. NKI Slovenska se domnívá, že neuhrazení uznané zdravotní péče ze strany zdravotních pojišťoven je jednou z hlavních příčin zadluženosti nemocnic.
- Každoroční zvyšování závazků bylo zaznamenáno až u třetiny kontrolovaného období (2011–2015).
- Investice v oblasti zdravotnických technologií byly ve veřejných zdravotnických zařízeních nízké, což vedlo ke zvýšení nákladů na opravy a údržbu. Kromě toho chyběl investiční plán.

- V oblasti zadávání veřejných zakázek byly zjištěny nedostatky týkající se diskriminace uchazečů, informační výhody pro některé uchazeče, spojení zadávání zakázek na zdravotnické vybavení se stavebními pracemi, podezření z tajné dohody a podezření z předražení. V soukromých zařízeních byla cena získaného zdravotnického vybavení značně nižší než v zařízeních s jinou formou vlastnictví.
- Ve státních a samosprávných zdravotnických zařízeních bylo uzavřeno několik nevýhodných smluv o poskytování služeb.
- Nebylo plně dosaženo cílů elektronického zdravotnictví a skupin týkajících se diagnostiky.

Doporučení

408 Doporučení, která navrhla NKI Slovenska za účelem nápravy zjištěných nedostatků a zlepšení řízení veřejných financí a aktiv zdravotnických zařízení, se týkala zejména řízení a auditu finančních a materiálních výdajů, sjednocení podávání zpráv a vytváření záznamů s cílem optimalizovat parametry a možnosti centralizovaného nákupu zdravotnického vybavení.

Zveřejnění a následná kontrola

409 Zpráva byla zaslána prezidentovi Slovenské republiky, předsedovi Národní rady Slovenské republiky, dvěma parlamentním výborům a předsedovi vlády Slovenské republiky. Výsledky byly rovněž zaslány Antimonopolnímu úřadu Slovenské republiky, Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí, Úřadu pro veřejné zakázky, ministerstvu zdravotnictví Slovenské republiky, Generální prokuratuře Slovenské republiky a Národní kriminální agentuře. Výsledky auditu byly předloženy tisku, rozhlasu a televizi.

410 Podle zákona o NKI Slovenska měly kontrolované nemocnice / zdravotnická zařízení povinnost přijmout opatření k nápravě zjištěných nedostatků a předložit je ve stanovené lhůtě NKI. Kontrolované subjekty přijaly celkem 168 opatření, přičemž 122 připadalo na veřejná zdravotnická zařízení, 41 na transformovaná a 5 na soukromá zdravotnická zařízení.

411 V souladu s tímto zákonem předložily kontrolované subjekty NKI Slovenska písemné zprávy o současném stavu provádění opatření k nápravě zjištěných nedostatků. Podle předložených zpráv NKI sledovala provádění přijatých opatření a navrhla další postup (např. další sledování provádění opatření, audit provádění opatření v konkrétním kontrolovaném subjektu atd.).

Očekávaný dopad

412 Výsledky auditu mohou vést k:

- o organizačním nebo procesním změnám na ministerstvu zdravotnictví Slovenské republiky v oblasti řízení podřízených organizací a sestavování a schvalování rozpočtů státních zdravotnických zařízení a jejich vztahu ke zdravotním pojišťovnám,
- o přezkumu rozhodnutí investovat do nových zdravotnických prostředků,
- o postupům, které zajistí centrální nákup zdravotnického vybavení,
- o dalším systémovým změnám v provádění zdravotní politiky.



Španělsko Tribunal de Cuentas

Řízení a kontrola farmaceutických příspěvků ze strany všeobecné vzájemné pojišťovny španělských státních zaměstnanců (MUFACE)

Přehled

413 Audit španělské NKI posuzoval řízení a kontrolu farmaceutických příspěvků ze strany všeobecné vzájemné pojišťovny španělských státních zaměstnanců (MUFACE). Kontrolovaným obdobím byl účetní rok 2015.

414 Pojišťovna MUFACE má mnoho členů, kteří mají nárok na farmaceutické příspěvky, vysoký počet plateb, vysokou částku plateb a vysoký počet soukromých společností, jež se podílejí na daném postupu. Kromě toho byly zjištěny nedostatky a nadměrné platby u farmaceutických příspěvků financovaných jinými podobnými subjekty, jejichž řízení bylo analyzováno dříve.

Jak se audit prováděl

415 Hlavním cílem auditu bylo ověřit, zda byly farmaceutické příspěvky pro lékárny a nemocnice fakturovány a vypláceny v souladu s platnými právními předpisy a zásadami řádného finančního řízení.

416 Konkrétním cílem bylo analyzovat postupy uplatňované pojišťovnou MUFACE a zkontrolovat tak fakturaci a vyplácení farmaceutických příspěvků lékárnám a nemocnicím v souladu s výše uvedenými nařízeními a zásadami. A posoudit, zda byly lékařské předpisy financovány pojišťovnou MUFACE podle platných předpisů a dohody uzavřené s Generální radou regionálních lékárnických komor ve Španělsku.

417 Hlavním kontrolovaným subjektem byla pojišťovna MUFACE, samosprávný orgán spadající pod ministerstvo pro územní politiku a státní správu.

418 K posouzení byla využita kombinace přezkumu dokumentů, rozhovorů, výběru vzorků a analýzy údajů během práce v terénu. Byly analyzovány databáze a soubory týkající se plateb příjemců farmaceutických služeb a proběhly kontroly počítačové aplikace používané ke správě souborů týkajících se farmaceutických příspěvků.

Hlavní připomínky

419 Španělská NKI předložila tyto připomínky:

- Kontrolní limity pro spotřebu psychotropních látek stanovené pojišťovnou MUFACE byly běžné u všech účinných látek, bez ohledu na maximální dávky doporučené pro jednotlivé typy medikace Španělskou agenturou pro léčivé přípravky a produkty pro zdraví.
- Systém varování vytvořený s cílem omezit vydávání lékařských předpisů členům, kteří přesáhli běžné používání léčivých přípravků, měl několik nedostatků (chybějící instrukce, chybějící varování týkající se členů, kteří buď již opustili pojišťovnu MUFACE nebo neužívali léčivé přípravky či je užívali nadměrně).
- Platební postup pro decentralizované farmaceutické příspěvky neodpovídal žádnému ze tří typů upřesněných ve španělském rozpočtovém zákoně č. 47/2003 ze dne 26. listopadu 2003.
- Byly zjištěny dvojmo vyhotovené faktury dosahující výše 55 998 EUR.
- Částka, která měla být ještě diskontována k 31. prosinci 2016 kvůli překročení limitů maximálních výdajů na rok 2015 u některých léčivých přípravků, dosahovala výše 329 988 EUR.
- Ve složkách ohledně medikace k léčbě hepatitidy typu C financované pojišťovnou MUFACE byla zaplácena odpovídající cena, nemocnice však obecně neuplatnily odpočet ve výši 7,5 % podle článku 9 španělského královského legislativního nařízení 8/2010.

Doporučení

420 Španělská NKI vydala tato doporučení:

- Posílit kontroly, pravidelně srovnávat databáze pojišťovny MUFACE s databázemi španělského finančního úřadu (ověření úrovně příjmů) a vnitrostátního orgánu sociálního zabezpečení (ověření správného členství).
- Podpořit provedení systému elektronických lékařských předpisů s cílem umožnit větší kontrolu lékařů předepisujících léčivé přípravky a dalších požadavků v oblasti platnosti a výdaje u těchto přípravků.
- Přijmout vhodná opatření pro náležitou správu lékařských předpisů, jejich produkci a distribuci a kontrolu zásob.
- Přizpůsobit instrukce pro systém farmaceutických příspěvků skutečnému postupu jejich zpracování, napravit současné nedostatky v systému varování ohledně spotřeby léčivých přípravků, zlepšit a rozšířit kontroly stanovené za tímto účelem, stanovit limity spotřeby v závislosti na účinných látkách obsažených v jednotlivých přípravcích.
- Stanovit opatření s cílem získat zpět nadměrné platby poskytnuté nemocnicím na financování medikace hepatitidy typu C a přijmout vhodná opatření, aby nemocnice mohly uplatnit odpočet ve výši 7,5 % v procesu fakturace léčivých přípravků vydávaných nemocnicemi.
- Upravit postup řízení plateb pro léčivé přípravky vydávané nemocnicemi, který se provádí prostřednictvím bankovních účtů pojišťovny MUFACE.

Zveřejnění a následná kontrola

421 Předběžný návrh zprávy byl zaslán pojišťovně MUFACE k vyjádření. Konečná auditní zpráva byla dne 16. listopadu 2017 předložena parlamentnímu výboru.

422 Od 1. října 2017 je auditní zpráva k dispozici na internetových stránkách španělského účetního dvora. Tisková zpráva shrnující hlavní závěry a doporučení byla zveřejněna dne 16. října 2017. Usnesení parlamentního výboru ze dne 23. listopadu 2017 bylo dne 26. února 2018 zveřejněno v úředním věstníku.

423 Následná kontrola doporučení ze zprávy bude provedena buď prostřednictvím zvláštní následné zprávy, nebo spolu s novými auditními úkoly souvisejícími s tímto subjektem. Dosud nebyla provedena žádná následná opatření, protože od schválení zprávy uplynul pouze krátký čas.

Očekávaný dopad

424 Generální ředitel pojišťovny MUFACE informoval španělský účetní dvůr o tom, že dne 27. března 2018 bylo provedeno několik organizačních, procesních a regulačních změn:

- o úprava dohody o zdravotní péči,
- o úprava usnesení o pověření úkoly ze dne 23. května 2012,
- o úprava specifických účetních pravidel pro pojišťovnu MUFACE týkajících se výdajů, plateb, finanční kontroly a účetnictví,
- o byly posíleny kontroly a prováděny pravidelné křížové kontroly napříč databázemi členů, zejména pokud jde o příjemce a držitele,
- o v roce 2018 byla realizována zvláštní počítačová aplikace pro správu plateb za medikaci,
- o byla přijata opatření s cílem získat zpět nadměrné platby poskytnuté nemocnicím na financování medikace hepatitidy typu C,
- o provedení systému elektronických lékařských předpisů, zlepšení kontrol odhalování a prevence nadměrné spotřeby léčivých přípravků, přijetí vhodných opatření pro náležitou správu lékařských předpisů.

Seznam auditní činnosti zúčastněných NKI EU týkající se veřejného zdraví od roku 2014

425 Tento seznam podává přehled auditů NKI EU, které se (plně nebo částečně) dotkly veřejného zdraví. Pro více informací o příslušném auditu kontaktujte prosím příslušnou NKI.

Belgie

- Vlaams preventief gezondheidsbeleid – Evaluatie van het uitvoeringslandschap [Vlámská preventivní politika v oblasti zdraví – posouzení výkonnosti politiky]

Bulharsko

- Ефективност на системата на психиатричното обслужване (одитът да бъде завършен и публикуван през 2020) [Účinnost systému psychologické péče, bude dokončeno a zveřejněno v roce 2020]
- Електронно здравеопазване (2017) [Elektronické zdravotnictví, zveřejněno v roce 2017]
- Дейност на Центъра за асистирана репродукция (2017) [Práce centra pro asistovanou reprodukci, zveřejněno v roce 2017]
- Одит за съответствие при финансовото управление на Изпълнителна агенция по лекарствата за периода (2016) [Audit souladu finančního řízení výkonné agentury pro léčivé přípravky, zveřejněno v roce 2016]
- Одит за съответствие при финансовото управление на Министерството на здравеопазването (2016) [Audit souladu finančního řízení ministerstva zdravotnictví, zveřejněno v roce 2016]
- Ефективност на контрола върху дейностите по профилактика и диспансеризация на задължително здравноосигурените лица в РБ на възраст до 18 (2016) [Účinnost kontrol následných opatření v oblasti zdraví a lékařství podle zákonného zdravotního pojištění pro nezletilé osoby v Bulharsku, zveřejněno v roce 2016]

Дејност по оказване на спешна медицинска помощ (2015) [*Činnost záchranných služeb, zveřejněno v roce 2015*]

- Механизъм за договаряне на изпълнението на болнична помощ (2014) [*Mechanismus vyjednávání pro poskytování nemocniční péče, zveřejněno v roce 2014*]
- Одит на изпълнението на проекти, реализирани от Министерството на здравеопазването по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ (2014) [*Audit výkonnosti projektů ministerstva zdravotnictví v rámci operačního programu „rozvoj lidských zdrojů“, zveřejněno v roce 2014*]

Česká republika

- Č. 18/14 – Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky
- Č. 18/13 – Závěrečný účet kapitoly státního rozpočtu Ministerstvo zdravotnictví za rok 2017, účetní závěrka Ministerstva zdravotnictví za rok 2017 a údaje předkládané Ministerstvem zdravotnictví pro hodnocení plnění státního rozpočtu za rok 2017
- Č. 18/11 – Peněžní prostředky státu určené na podporu rozvoje a obnovy materiálně technické základny regionálního zdravotnictví
- Č. 17/19 – Peněžní prostředky vynakládané vybranými fakultními nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti
- Č. 17/14 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Národní ústav duševního zdraví
- Č. 17/13 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Státní zdravotní ústav
- Č. 17/03 – Zdravotnické informační systémy ve správě organizačních složek resortu zdravotnictví
- Č. 16/28 – Peněžní prostředky vynakládané vybranými nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti
- Č. 16/18 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušný hospodařit Státní ústav pro kontrolu léčiv

Dánsko

- Beretning om lægemiddelanbefalinger (2019) [Zpráva o doporučeních pro medikaci, zveřejněno v roce 2019]
- Beretning om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene (2019) [Zpráva o rozdílech v kvalitě péče v dánských nemocnicích, zveřejněno v roce 2019]
- Beretning om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter (2018) [Zpráva o přístupu pacientů trpících rakovinou ke službám v oblasti rakoviny, zveřejněno v roce 2018]
- Beretning om forløbet for flygtninge med traumer (2018) [Zpráva o postupech pro uprchlíky s traumatem, zveřejněno v roce 2018]
- Beretning om udredningsretten (2018) [Zpráva o právu pacientů dát podnět k šetření, zveřejněno v roce 2018]
- Beretning om Sundhedsplatformen (2018) [Zpráva o platformách v oblasti zdraví, zveřejněno v roce 2018]
- Beretning om salget af Statens Serum Instituts vaccineproduktion (2018) [Zpráva o prodeji výroby očkovacích látek státního ústavu Statens Serum Instituts, zveřejněno v roce 2018]
- Beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner (2017) [Zpráva o prevenci nemocničních infekcí, zveřejněno v roce 2017]
- Beretning om 3 regioners beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata (2017) [Zpráva o ochraně informačních systémů a zdravotních údajů ve třech dánských regionech, zveřejněno v roce 2017]
- Beretning om Region Hovedstadens akuttelefon 1813 (2017) [Zpráva o telefonní lince lékařské pomoci 1813, kterou zřídil region hlavního města Dánska, zveřejněno v roce 2017]
- Beretning om Beskæftigelsesministeriets data om ressourceforløb (2017) [Zpráva o údajích ministerstva práce o programech v oblasti zdrojů, zveřejněno v roce 2017]

Seznam auditní činnosti zúčastněných NKI EU týkající se veřejného zdraví od roku 2014

146

- Beretning om indsatsen over for patienter med hjerneskade (2016) [Zpráva o úsilí zaměřeném na pacienty se získaným poškozením mozku, zveřejněno v roce 2016]
- Beretning om hospitalslægers bibeskæftigelse (2016) [Zpráva o duální praxi praktických lékařů v nemocnici, zveřejněno v roce 2016]
- Beretning om regionernes styring af ambulant behandling af voksne patienter med psykiske lidelser (2016) [Zpráva o řízení ambulantní léčby dospělých pacientů s duševním onemocněním ze strany dánských regionů, zveřejněno v roce 2016]
- Beretning om Patientombuddets arbejde med utilsigtede hændelser (2015) [Zpráva o činnosti veřejného ochránce práv pacientů s bezpečnostními incidenty týkajícími se pacientů, zveřejněno v roce 2015]
- Beretning om Fødevareministeriets indsats mod husdyr-MRSA (2015) [Zpráva o úsilí ministerstva pro potraviny ohledně boje proti LA-MRSA, zveřejněno v roce 2015]
- Beretning om hospitalernes brug af personaleresurser (2015) [Zpráva o využívání lidských zdrojů v dánských nemocnicích, zveřejněno v roce 2015]
- Beretning om forskningsmidler på hospitalerne (2015) [Zpráva o externích finančních prostředcích pro výzkum v dánských nemocnicích, zveřejněno v roce 2015]
- Beretning om second opinion-ordningen (2014) [Zpráva o programu v oblasti druhého názoru, zveřejněno v roce 2014]
- Beretning om problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort (2014) [Zpráva o problémech spojených s vytvořením a provedením digitálních sdílených záznamů o medikaci, zveřejněno v roce 2014]
- Beretning om indsatsen for at få sygemeldte tilbage i arbejde (2014) [Zpráva o snaze pomoci lidem v pracovní neschopnosti vrátit se do práce, zveřejněno v roce 2014]
- Beretning om kvindekrisecentre (2014) [Zpráva o útulcích pro ženy, zveřejněno v roce 2014]
- Beretning om regionernes præhospitale indsats (2014) [Zpráva o přednemocniční péči poskytované regiony, zveřejněno v roce 2014]

Estonsko

Seznam auditní činnosti zúčastněných NKI EU týkající se veřejného zdraví od roku 2014

147

- E-tervise ülevaade (2019) [*Přezkum elektronického zdravotnictví, zveřejněno v roce 2019*]
- Erakorraline meditsiin (2018) [*Záchranné lékařství, zveřejněno v roce 2018*]
- Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel (2016) [*Státní opatření v oblasti zdraví a léčby dětí, zveřejněno v roce 2016*]
- Riigi tegevus tervishoiu järelevalve korraldamisel ja kvaliteedi hindamisel (lõppes märgukirjaga) (2015) [*Činnost státu při organizaci dozoru a posuzování kvality v oblasti zdraví (zakončena výzvou), zveřejněno v roce 2015*]
- Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel (2015) [*Státní opatření při organizaci samostatné ošetrovatelské péče, zveřejněno v roce 2015*]
- Riigi tegevus e-tervise rakendamisel (2014) [*Státní opatření týkající se provádění elektronického zdravotnictví, zveřejněno v roce 2014*]

Finsko

- Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen [*Dopad řízení na fungování lékařských záchranných služeb*], audit výkonnosti 2019
- Asiakkaan lasten huomioiminen aikuisten mielenterveyspalveluissa [*Zvážení dětí klientů ve službách v oblasti duševního zdraví pro dospělé*], audit výkonnosti 2018
- Sosiaalimenojen kehitysarviot [*Odhady tendence výdajů na sociální zabezpečení*], přezkum 2017
- Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tukeminen kouluterveydenhuollossa [*Prevence problémů v oblasti duševního zdraví u dětí a podpora jejich pocitu pohody prostřednictvím školních služeb zdravotní péče*], přezkum 2017
- Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa [*Části uživatelé základních služeb zdravotní péče*], audit výkonnosti 2017
- Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa [*Rozvoj dělby práce v oblasti sociálního zabezpečení a zdravotní péče*], audit výkonnosti 2016

Seznam auditní činnosti zúčastněných NKI EU týkající se veřejného zdraví od roku 2014

148

- Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin annettavissa vanhuspalveluissa [Využití pomocných technických zařízení ve službách poskytovaných doma starším lidem], audit výkonnosti 2015
- Pienhiukkasten terveyst- ja kustannusvaikutusten huomioonottaminen strategioiden valmistelussa [Zvážení dopadů jemných částic na zdraví a náklady při přípravě strategií], audit výkonnosti 2015

Francie

- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (2019) [Zpráva o provádění právních předpisů o financování sociálního zabezpečení, zveřejněno v roce 2019]
- La politique de prévention des infections associées aux soins: une nouvelle étape à franchir (2019) [Politika v oblasti prevence infekcí souvisejících se zdravotní péčí: nový krok vpřed, zveřejněno v roce 2019]
- La politique de prévention et de prise en charge du VIH en France depuis 2010 (2019) [Politika v oblasti prevence a léčby HIV ve Francii od roku 2010, zveřejněno v roce 2019]
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VI La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires: une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins (2018) [Zpráva o provádění právních předpisů o financování sociálního zabezpečení, říjen 2018, kapitola VI Boj proti kardio-neurovaskulárním nemocem: je třeba upřednostnit prevenci a kvalitu péče, zveřejněno v roce 2018]
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VII Les soins visuels: une prise en charge à réorganiser (2018) [Zpráva o provádění právních předpisů o financování sociálního zabezpečení, říjen 2018, kapitola VII Péče poskytovaná očními lékaři: restrukturalizace je nutná, zveřejněno v roce 2018]
- Le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans le système de santé (2018) [Úloha univerzitních nemocnic (CHU) ve francouzském systému zdravotní péče, zveřejněno v roce 2018]

Seznam auditní činnosti zúčastněných NKI EU týkající se veřejného zdraví od roku 2014

149

- L'avenir de l'assurance maladie (2017) [*Budoucnost zdravotního pojištění, zveřejněno v roce 2017*]
- Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool (2016) [*Politiky v oblasti boje proti škodlivé konzumaci alkoholu, zveřejněno v roce 2016*]

Irsko

- Managing elective day surgery (*Řízení elektivní ambulantní chirurgie*) (2014)

Itálie

- L'attuazione del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico [*Provádění mimořádného programu pro renovaci budov a technologickou modernizaci nemovitého majetku veřejných zdravotních institucí*] (2018)

Litva

- Kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra (2014) [*Zdravotní péče v onkologii, zveřejněno v roce 2014*]
- Visuomenės sveikatos stiprinimo organizavimas savivaldybėse (2015) [*Organizace posílení veřejného zdraví v obcích, zveřejněno v roce 2015*]
- Ar užtikrinamas kompensuojamųjų generinių vaistų prieinamumas (2016) [*Zajištění dostupnosti kompenzačních generických léčivých přípravků, zveřejněno v roce 2016*]
- Viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms perduoto valstybės turto valdymas (2017) [*Řízení vlastnictví suverénního majetku převedeného na veřejná zdravotnická zařízení, zveřejněno v roce 2017*]
- Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas (2017) [*Vytvoření systému elektronického zdravotnictví, zveřejněno v roce 2017*]
- Savižudybių prevencija ir postvencija (2017) [*Prevence sebevražd a podpora pro pozůstalé po lidech, kteří spáchali sebevraždu, zveřejněno v roce 2017*]
- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas (2018) [*Kvalita služeb osobní zdravotní péče: bezpečnost a účinnost, zveřejněno v roce 2018*]

- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą (2018) [*Kvalita služeb osobní zdravotní péče: bezpečnost a účinnost, zveřejněno v roce 2018*]
- Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas (2019) [*Posouzení systému zdravotní péče (přezkum situace), zveřejněno v roce 2019*]

Lotyšsko

- Cilvēkresursi veselības aprūpē (2019) [*Lidské zdroje ve zdravotní péči, zveřejněno v roce 2019*]
- Vai rehabilitācija ir pilnvērtīga veselības aprūpes pakalpojumu sastāvdaļa? (2019) [*“Je rehabilitace plnohodnotnou součástí služeb zdravotní péče?”, zveřejněno v roce 2019*]
- Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama? (2017) [*“Je možné zlepšit systém ambulantní zdravotní péče v Lotyšsku?”, zveřejněno v roce 2017*]
- Vai ievēroti rezidentūras finansēšanas noteikumi? (2016) [*“Jsou dodržována pravidla pro financování stáží v nemocnicích?”, zveřejněno v roce 2016*]
- Vai projekts „E-veselība Latvijā” ir solis pareizajā virzienā? (2015) [*“Je projekt „Elektronické zdravotnictví v Lotyšsku“ krokem správným směrem?”, zveřejněno v roce 2015*]

Lucembursko

- Rapport spécial sur le financement public des investissements hospitaliers [*Zvláštní zpráva o veřejném financování nemocničních investic*] (2019)

Maďarsko

- A kórházak ellenőrzési tapasztalatait összegző elemzés (2019) [*Souhrnná analýza zkušeností získaných záauditů nemocnic, zveřejněno v roce 2019*]

Malta

- Následný audit: Následné zprávy Národního auditního úřadu, 2018 – říjen 2018
 - Funkce praktického lékaře – jádro primární zdravotní péče (strany 46–52 zprávy)

- Analýza systému Lékárna dle vašeho výběru (strany 71 až 81 zprávy)
- Audit výkonnosti: A Strategic Overview of Mount Carmel Hospital (*Strategický přehled týkající se nemocnice Mount Carmel*) – červenec 2018
- An Investigation of the Mater Dei Hospital Project (*Šetření projektu nemocnice Mater Dei*) – květen 2018
- Audit výkonnosti: Outpatient Waiting at Mater Dei Hospital (*Ambulantní čekání v nemocnici Mater Dei*) – listopad 2017
- Následný audit: Follow-up Reports by the National Audit Office, 2017 (*Následné zprávy Národního auditního úřadu, 2017*) – listopad 2017
- The Management of Elective Surgery Waiting Lists (*Řízení pořadníků na elektivní chirurgické zákroky*) (strany 69 až 77 zprávy)
- The Provision of Residential Long-Term Care for the Elderly through Contractual Arrangements with the Private Sector (*Poskytování dlouhodobé ústavní péče pro starší osoby prostřednictvím smluvních ujednání se soukromým sektorem*) (strany 78 až 87 zprávy)
- Audit výkonnosti: Service Agreements between Government and Richmond Foundation Malta (*Dohoda o poskytování služeb mezi vládou a nadací Richmond Foundation Malta*) – září 2016
- Audit výkonnosti: The General Practitioner Function – The core of primary health care (*Funkce praktického lékaře – jádro primární zdravotní péče*) – červen 2016
- Audit informačních technologií: Mater Dei Hospital (*Nemocnice Mater Dei*) – květen 2016
- Audit výkonnosti: Service Agreements between Government and INSPIRE Foundation (*Dohoda o poskytování služeb mezi vládou a nadací INSPIRE*) – únor 2016
- Audit výkonnosti: Provision of residential long-term care for the elderly through contractual arrangements with the private sector (*Poskytování dlouhodobé ústavní péče pro starší osoby prostřednictvím smluvních ujednání se soukromým sektorem*) – duben 2015

Německo

- Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (6. Mai 2019) [*Audit fakturace nemocniční léčby ze strany zákonných zdravotních pojišťoven – Zpráva pro Auditní výbor Rozpočtového výboru německého spolkového sněmu podle čl. 88 odst. 2 německého spolkového rozpočtového zákoníku (6. května 2019)*]
- Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrasturktur – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (18. Januar 2019) [*Zavedení kartičky elektronického zdravotnictví a telematické infrastruktury – Zpráva pro Rozpočtový výbor německého spolkového sněmu podle čl. 88 odst. 2 německého spolkového rozpočtového zákoníku (18. ledna 2019)*]
- Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (20. August 2018) [*Financování poskytování pohotovostních vozidel a letadel – Zpráva pro Rozpočtový výbor německého spolkového sněmu podle čl. 88 odst. 2 německého spolkového rozpočtového zákoníku (20. srpen 2018)*]
- Krankenkassen und Krankenhäuser vereinbaren unzulässige pauschale Rechnungskürzungen in Millionenhöhe und umgehen Abrechnungsprüfungen – Bemerkungen 2018 [*Zdravotní pojišťovny a nemocnice se domlouvají na nezákonných paušálních snížováních hodnot faktur ve výši milionů a v yhýbají se auditům fakturace – Přípomínky 2018*]
- Steuervorteile für Tabakindustrie abschaffen – Bemerkungen 2017 [*Zrušení daňových výhod pro tabákový průmysl – Přípomínky 2017*]
- Nutzen kieferorthopädischer Behandlung muss endlich erforscht werden – Bemerkungen 2017 [*Přínosy ortodontické péče musí být konečně prozkoumány – Přípomínky 2017*]
- Haftpflichtversicherung für kassenärztliche Behandlungsfehler gesetzlich sicherstellen – Bemerkungen 2017 [*Ustavení zákonného pojištění odpovědnosti vůči omylům lékařů u léčby hrazené pojišťovnou – Přípomínky 2017*]
- Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen

Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (20. Juni 2016) [*Poskytování zdravotnických pomůcek zákonnými zdravotními pojišťovnami – Zpráva pro Rozpočtový výbor německého spolkového sněmu podle čl. 88 odst. 2 německého spolkového rozpočtového zákoníku (20. června 2016)*]

- Erstattung von Reiseschutzimpfungen: Rechtsgrundlage noch zeitgemäß? – Bemerkungen 2015 [*Náhrada očkování na cesty: potřebuje právní rámec aktualizovat? – Připomínky 2015*]

Polsko

- System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i požądane kierunki zmian (megainformacja) [*Systém zdravotní péče v Polsku – současná situace a jak by se měla změnit (souhrnná zpráva)*] (2019)
- Dostępność refundowanych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie i bezpieczeństwo ich stosowania [*Dostupnost a bezpečnost hrazených zdravotnických prostředků vydávaných na předpis*] (2019)
- Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej [*Fungování primární nemocniční péče*] (2019)
- Bezpieczeństwo pacjentów przy stosowaniu antybiotykoterapii w szpitalach [*Zajištění bezpečnosti pacientů během léčby antibiotiky v nemocnicích*] (2019)
- Wsparcie osób z autyzmem i zespołem Aspergera w przygotowaniu do samodzielnego funkcjonowania [*Podpora osob s autismem a Aspergerovým syndromem, které se připravují na samostatný život*] (2019)
- Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej [*Poskytování paliativní a hospicové péče*] (2019)
- Pomoc państwa realizowana w formie środowiskowych domów samopomocy udzielana osobom z zaburzeniami psychicznymi [*Státem financovaná komunitní svépomocná střediska pro osoby s psychickou poruchou*] (2019)
- Wdrożenie przez podmioty lecznicze regulacji dotyczących ochrony danych osobowych [*Prosazování právních předpisů v oblasti ochrany údajů zdravotnickými zařízeními*] (2019)

Seznam auditní činnosti zúčastněných NKI EU týkající se veřejného zdraví od roku 2014

154

- Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków [*Prevence závislosti na alkoholu a drogách*] (2019)
- Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży [*Dostupnost psychiatrické léčby pro děti a mladé lidi*] (2019)
- Działania podejmowane przez wojewodę wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia [*Opatření guvernéra vojvodství proti zařízením poskytujícím 24hodinovou péči bez nezbytného schválení*] (2019)
- Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie [*Informační systém elektronického zdravotnictví Podleského vojvodství*] (2018)
- Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2 [*Prevence a léčba diabetu II. typu*] (2018)
- Tworzenie map potrzeb zdrowotnych [*Mapování zdravotních potřeb*] (2018)
- Żywienie pacjentów w szpitalach [*Výživa pacientů v nemocnicích*] (2018)
- Funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej [*Fungování nemocničních lékáren a nemocničních lékárnických oddělení*] (2018)
- Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich [*Dostupnost veřejně financované gynekologické a porodnické péče ve venkovských oblastech*] (2018)
- Zapobieganie i leczenie depresji [*Prevence a léčba deprese*] (2018)
- Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym [*Služby zdravotní péče pro školáky a mladistvé*] (2018)
- Zakażenia w podmiotach leczniczych [*Infekce ve zdravotnických zařízeních*] (2018)
- Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach [*Ochrana soukromí a důstojnosti pacientů v nemocnicích*] (2018)
- Bezpieczeństwo badań genetycznych [*Bezpečnost genetického testování*] (2018)
- Działalność organów państwa na rzecz zapewnienia dostępności produktów leczniczych [*Opatření vnitrostátních orgánů pro zajištění dostupnosti léčivých přípravků*] (2018)

Seznam auditní činnosti zúčastněných NKI EU týkající se veřejného zdraví od roku 2014

155

- Realizacja strategicznego programu badań naukowych „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” – STRATEGMED [*Provedení strategického výzkumného programu „Prevence a léčba tzv. civilizačních nemocí” – STRATEGMED*] (2018)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku [*Výkonnost Národního fondu zdraví v roce 2017*] (2018)
- Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów [*Mimosoudní vyrovnání pro pacienty*] (2018)
- Finansowanie i realizacja „Programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009–2016” w województwie kujawsko-pomorskim [*Financování a provádění investičního programu pro rozvoj a modernizaci nemocnic v Kujavsko-pomořském vojvodství v letech 2009–2016*] (2018)
- Nadzór nad obrotem i stosowaniem produktów zawierających substancje anaboliczne, hormonalne, odurzające i psychotropowe w leczeniu zwierząt, w tym towarzyszących [*Sledování uvádění produktů obsahujících anabolické, hormonální, narkotické a psychotropní látky a souvisejících produktů na trh a jejich využívání při léčbě zvířat*] (2018)
- Wykorzystywanie naturalnych surowców leczniczych w lecznictwie uzdrowiskowym [*Využití přírodních farmaceutických surovin v lázeňské léčbě*] (2018)
- Dostępność i efekty leczenia nowotworów [*Dostupnost a výsledky léčby rakoviny*] (2017)
- Przeciwdziałanie sprzedaży dopalaczy [*Opatření v oblasti boje proti prodeji tzv. „legal highs”*] (2017)
- Realizacja programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy w województwie lubelskim [*Provádění programů včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku v Lublinském vojvodství*] (2017)
- Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia [*Preventivní léčba v systému zdravotní péče*] (2017)
- Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [*Provádění vnitrostátního programu pro ochranu duševního zdraví*] (2017)

- Dostępnosć i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej [*Dostupnost a financování laboratorní diagnostiky*] (2017)
- Przygotowanie i wdrażanie pakietu onkologicznego [*Příprava a provádění onkologického balíčku*] (2017)
- Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimerera oraz wsparcie dla ich rodzin [*Péče o pacienty s Alzheimerovou nemocí a podpora jejich rodin*] (2017)
- Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży w województwie lubelskim [*Preventivní stomatologické ošetření dětí a mladistvých v Lublinském vojvodství*] (2017)
- Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej [*Dodržování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči*] (2017)
- Dostępnosć terapii przeciwbólowej [*Dostupnost ošetření ke zmírnění bolesti*] (2017)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku [*Výkonnost Národního fondu zdraví v roce 2016*] (2017)
- Realizacja zadań związanych z zapewnieniem pracownikom badań profilaktycznych [*Provádění úkolů souvisejících s poskytováním preventivních lékařských kontrol pro zaměstnance*] (2017)
- Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze [*Poskytování kardiologické péče veřejnými a soukromými zdravotnickými zařízeními*] (2016)
- Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych [*Odborná příprava a profesní rozvoj zdravotnického personálu*] (2016)
- Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej [*Vytváření a sdílení zdravotnické dokumentace*] (2016)
- Dostępnosć profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego [*Přístup k prevenci a léčbě respiračních onemocnění*] (2016)
- Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego [*Provádění programů zdravotní politiky místními vládními orgány*] (2016)

Seznam auditní činnosti zúčastněných NKI EU týkající se veřejného zdraví od roku 2014

157

- Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych [*Perinatální péče na porodních odděleních*] (2016)
- Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne [*Využívání externích služeb veřejnými nemocnicemi*] (2016)
- Przygotowanie szpitali do leczenia pacjentów z udarem mózgu [*Přípravenost nemocnic na léčbu pacientů se srdečním selháním*] (2016)
- Badania prenatalne w Polsce [*Prenatální vyšetření v Polsku*] (2016)
- System szczepień ochronnych dzieci [*Systém očkování dětí*] (2016)
- Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych [*Restrukturalizace vybraných nezávislých veřejně financovaných zdravotnických zařízení*] (2016)
- Wykonywanie przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną zadań określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne [*Plnění úlohy dané farmaceutickým zákonem ze strany vnitrostátních farmaceutických inspektorátů*] (2016)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r. [*Výkonnost Národního fondu zdraví v roce 2015*] (2016)

Portugalsko

- Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde [*Přístup občanů ke zdravotní péči v rámci systému Národní zdravotní služby Portugalska*] (2017)

Rakousko

- Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte [*Zajištění kvality v případě praktických lékařů*] – Bund 2018/37] (2018)

Rumunsko

- Dezvoltarea infrastructurii de sănătate la nivel național, regional și local în vederea creșterii accesibilității la serviciile de sănătate [Rozvoj zdravotnické infrastruktury na vnitrostátní, regionální a místní úrovni za účelem zvýšení přístupu ke zdravotnickým službám] (2017)

Řecko

- Οριζόντιος θεματικός έλεγχος στις ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις του Κράτους και ειδικότερα, μεταξύ άλλων, έξι νοσοκομείων, του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) και μίας περιφερειακής διοίκησης υγείας (1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής). [Horizontalní tematický audit státních nedoplatků týkajících se nemocnic, Národní instituce pro poskytování služeb zdravotní péče (EOPYY) a regionálního ředitelství pro zdraví] (2018)

Slovensko

- Verejné financie a majetok zdravotníckych zariadení [Veřejné finance a majetek zdravotnických zařízení] (2017)

Slovinsko

- Obvladovanje debelosti otrok [Řešení dětské obezity] (2018)

Španělsko

- 1231.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, ejercicio 2015 (28. 09. 2017) [Audit řízení a kontroly farmaceutických příspěvků ze strany všeobecné vzájemné pojišťovny španělských státních zaměstnanců (MUFACE), účetní rok 2015, zveřejněno v roce 2017]
- 1213.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico „Esperanza del Mar”, ejercicio 2015 (29. 03. 2017) [Audit řízení zdravotnického a podpůrného logistického plavidla „Esperanza del Mar”, účetní rok 2015, zveřejněno v roce 2017]
- 1205.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicio 2015 (23. 02. 2017) [Audit

řízení a kontroly farmaceutických příspěvků ze strany Institutu pro sociální pojištění ozbrojených sil, účetní rok 2015, zveřejněno v roce 2017]

- 1200.- Fiscalización de la Fundación Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III, ejercicio 2014 (26. 01. 2017) [*Audit nadace národního centra pro kardiovaskulární výzkum Carlos III, účetní rok 2014, zveřejněno v roce 2017]*
- 1199.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico „Juan de la Cosa“, ejercicio 2015 (26. 01. 2017) [*Audit řízení zdravotnického a podpůrného logistického plavidla „Juan de la Cosa“, účetní rok 2015, zveřejněno v roce 2017]*
- 1185.- Fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área farmacéutica, ejercicios 2014 y 2015 (19. 12. 2016) [*Audit hospodářské činnosti ministerstva zdravotnictví, sociálních služeb a rovnosti ve vztahu k léčivým přípravkům, účetní roky 2014 a 2015, zveřejněno v roce 2016]*
- 1167.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General Judicial (22. 07. 2016) [*Audit řízení a kontroly farmaceutických příspěvků ze strany všeobecné vzájemné pojišťovny pro justici, zveřejněno v roce 2016]*
- 1119.- Fiscalización sobre la gestión y el control efectuados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos (26. 11. 2015) [*Audit řízení a kontroly, které provádějí vzájemné pojišťovny pro pracovní úrazy a nemoci z povolání spadající do systému sociálního zabezpečení ohledně zdravotní pomoci financované z vnějších zdrojů, zveřejněno v roce 2015]*

Evropský účetní dvůr

- Zvláštní zpráva č. 7/2019: Opatření EU v oblasti přeshraniční zdravotní péče: velké ambice, ale je třeba zlepšit řízení (2019)
- Zvláštní zpráva č. 28/2016: Zvládání vážných přeshraničních zdravotních hrozeb v EU: byla přijata důležitá opatření, ale je třeba učinit více (2016)

Zkratková slova a zkratky

ANSM: Národní agentura pro bezpečnost léčivých přípravků a zdravotnických výrobků
(*Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de Santé*)

ARS: Regionální zdravotnické orgány (*agences regionales de santé*)

ATC: Anatomicko-terapeuticko-chemický klasifikační systém léčivých přípravků

BNAO: Národní auditní úřad Bulharska

CNAM: Vnitrostátní zdravotní pojišťovna (*Caisse nationale d'assurance maladie*)

CPIAS: Střediska pro kontrolu infekcí souvisejících se zdravotní péčí

DPH: Daň z přidané hodnoty

DRG: Skupiny týkající se diagnostiky

EFSI: Evropský fond pro strategické investice

EHF: Estonská nadace pro elektronické zdravotnictví

ECHI: Základní evropské zdravotní ukazatele

EK: Evropská komise

EOPYY: Řecká národní instituce pro zdravotní péči

ERN: Evropská referenční síť

ESF+: Evropský sociální fond plus

ETK: Finské středisko pro důchody

FN Brno: Fakultní nemocnice Brno

FNM: Fakultní nemocnice Motol

GŘ SANTE: Generální ředitelství pro zdraví a bezpečnost potravin

HAS: Hlavní zdravotnický úřad (*Haute Autorité de santé*)

HDP: Hrubý domácí produkt

HSE: Správa zdravotních služeb (Irsko)

HZT: Hodnocení zdravotnických technologií

CHOPN: Chronická obstruktivní plicní nemoc

IKT: Informační a komunikační technologie

ISA: Orgán pro informační systém (Estonsko)

ISSAI: Mezinárodní auditorské standardy

MO: Ministerstvo obrany

Model SOME: Model analýzy výdajů na sociální zabezpečení

MUFACE: Všeobecná vzájemná pojišťovna španělských státních zaměstnanců (*Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado General*)

MZ: Ministerstvo zdravotnictví

NAOF: Národní auditní úřad Finska

NCPHA: Národní středisko pro veřejné zdraví a analýzu (Bulharsko)

NFZ: Národní fond zdraví (Polsko)

NHIF: Národní zdravotní pojišťovna (Bulharsko)

NIK: Polská nejvyšší kontrolní instituce (*Najwyższa Izba Kontroli w Polsce*)

NKI: Nejvyšší kontrolní instituce

OECD: Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

ÖQMed: Rakouská společnost pro zajištění a řízení kvality v lékařství (*Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin*)

OSN: Organizace spojených národů

PGEU: Svaz lékárníků Evropské unie

PHCD: Odbor primární zdravotní péče (Malta)

PTD: Polské diabetologické sdružení

Reforma SOTE: Reforma sociálního systému a zdravotní péče

RKKP: Dánský klinický registrační úřad

ROsP: Odměňování za cíle v oblasti veřejného zdraví (*Rémunération sur Objectifs de Santé Publique*)

SFEU: Smlouva o fungování Evropské unie

ÚVN: Ústřední vojenská nemocnice

VRIND: Vlámské regionální ukazatele

WHO: Světová zdravotnická organizace

Slovník pojmů

Beveridgeův model: veřejný systém zdravotního pojištění financovaný z daní, který obvykle poskytuje všeobecné pokrytí a závisí na pobytu nebo státním občanství.

Elektronické předepisování léků: počítačová tvorba, přenos a archivace lékařských předpisů.

Elektronické zdravotnictví (e-health): veškeré nástroje a služby, které využívají informační a komunikační technologie ke zlepšení prevence, diagnostiky, léčby, sledování nebo péče o zdraví.

Evropské referenční sítě: virtuální sítě zahrnující poskytovatele zdravotní péče po Evropě. Jejich cílem je usnadnit debatu o složitých nebo vzácných onemocněních, která vyžadují vysoce specializovanou léčbu a koncentrované znalosti a zdroje.

Evropský fond pro strategické investice (EFSI): EFSI je iniciativou, kterou společně zahájily skupina EIB – Evropská investiční banka a Evropský investiční fond – a Evropská komise s cílem pomoci překonat současnou investiční mezeru v EU. EFSI je jedním ze tří pilířů investičního plánu pro Evropu, jehož cílem je oživit investice do strategických projektů na kontinentě a zajistit tak, aby se finanční prostředky dostaly do reálné ekonomiky.

Evropský semestr: rámec pro koordinaci hospodářských politik napříč Evropskou unií. Umožňuje zemím EU projednat jejich hospodářské a rozpočtové plány a sledovat pokrok v určité době během roku.

Evropský sociální fond plus (ESF+) / strukturální fondy: fondy EU, které tvoří Evropský fond pro regionální rozvoj (ERDF) a Evropský sociální fond (ESF). Spolu s Fondem soudržnosti hodnota jejich činností v programovém období 2007–13 dosahuje 308 miliard EUR (v cenách roku 2004) na podporu regionálního růstu a podněcování tvorby pracovních míst.

Hodnocení zdravotnických technologií (HZZT): vědecký přístup sloužící k hodnocení účinnosti zdravotnických technologií.

Horizont 2020: finanční nástroj, jímž se provádí Unie inovací, jedna ze stěžejních iniciativ strategie Evropa 2020, jejímž cílem je zajistit konkurenceschopnost Evropy v celosvětovém měřítku.

Infekce související se zdravotní péčí: infekce, která se objeví během léčby pacienta prováděné zdravotnickým pracovníkem, během ambulantní péče, v sociálním zdravotnickém zařízení nebo zdravotnickém zařízení.

Jednotný digitální trh: trh, na kterém je zajištěn volný pohyb osob, služeb a kapitálu a kde mají jednotlivci a podniky bezproblémový přístup k činnostem on-line a k jejich provádění za podmínek spravedlivé hospodářské soutěže a s vysokou úrovní ochrany spotřebitelů a osobních údajů bez ohledu na státní příslušnost nebo místo bydliště.

Léčitelná úmrtnost: úmrtí, kterým bylo možné předejít prostřednictvím účinné a včasné zdravotní péče.

Logos: místní zdravotnické sítě (Belgie)

Politika soudržnosti EU: politika, která se zaměřuje na posilování hospodářské a sociální soudržnosti v Evropské unii zmenšováním rozdílu v míře rozvoje různých regionů.

Směrnice EU o přeshraniční zdravotní péči: směrnice, jejímž cílem je zajistit bezpečnou a vysoce kvalitní zdravotní péči v celé EU napříč hranicemi a poskytnout náhradu nákladů v zahraničí za stejných podmínek jako v domovské zemi.

Smíšený model zdravotního pojištění: systém zdravotního pojištění založený na soukromém financování z dobrovolných systémů pojištění nebo doplatků.

Sociální systém zdravotního pojištění (neboli Bismarckův model): systém zdravotního pojištění, ve kterém je zdravotní péče financována prostřednictvím povinných příspěvků sociálního zabezpečení.

Udržitelný rozvoj: Podle „zprávy Brudlandtové“ Valnému shromáždění Spojených národů z roku 1987 je udržitelný rozvoj takový rozvoj, který uspokojuje potřeby současné generace, aniž by ohrožoval schopnost budoucích generací uspokojit své vlastní potřeby.

Úmrtnost, které lze předejít: úmrtí, kterým bylo možné předejít za pomoci veřejného zdraví a prevence.

Veřejné zdraví: věda, která se zabývá prevencí chorob, prodlužováním života a podporou zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti.

VRIND (Vlámské regionální ukazatele): nástroj pro sledování používaný vlámskou vládou.

Všeobecný přístup ke zdravotní péči: dostupnost zdravotnických služeb ve správný čas, na správném místě a za správnou cenu.

Základní evropské zdravotní ukazatele (ECHI): soubor ukazatelů sloužící ke sledování zdravotní situace občanů EU a výkonnosti systémů zdravotní péče.