***Z Á Z N A M***

*z pracovního jednání poradního sboru ministra zdravotnictví České republiky*

***RADA POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE***

*dne 1. října 2019, v 15.00 hodin*

***Přítomni:***

* **za poskytovatele zdravotní péče**:

MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.

MUDr. Eduard Bláha

Mgr. Marek Hampel

MUDr. Ilona Hülleová

Bc. Ludmila Kondelíková

RNDr. Jaroslav Loucký, Ph.D.

doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.

MUDr. Petr Šonka  
Ing. Jaroslava Kunová   
Ing. Michal Jurča

MUDr. Václav Volejník, CSc.

Mgr. Michal Hojný

Mgr. Monika Marková

MUDr. Zorjan Jojko

Ing. Václav Moravec

PhDr., Robert Huneš

prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA, EBIR

Ing. Václav Moravec

Ing. Vladimír Drvota – zástupce – MUDr. Miroslav Mach

MUDr. Eduard Sohlich, MBA

MUDr. Martin Hollý, MBA

MUDr. Marek Slabý, MBA

Ing. Jan Mlčák, MBA

* **za Ministerstvo zdravotnictví**:

Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA

prof. MUDr. Roman Prymula CSc., Ph.D.

Mgr. Tomáš Troch

* **Omluveni*:***

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA

**Program jednání:**

1. Problematika úhrad 2020 – MUDr. Sohlich
2. Návrh novely zákona č. 48/1997 Sb. – MUDr. Sohlich
3. Novela vyhlášky č. 211/2018 Sb. – MUDr. Sohlich
4. Přístrojová komise a kumulace úvazků, tvorba sítě – prof. Válek
5. Zpráva Pracovní skupiny pro lékařské ozáření MZ – prof. Válek
6. Různé, diskuse

* Vypořádání připomínek k Úhradové vyhlášce pro rok 2020 – RNDr. Loucký

**Úvod**

**Vojtěch** – přivítal členy Rady poskytovatelů a zahájil jednání

**Bod 1 – Problematika úhrad 2020**

**Sohlich** – položím k Úhradové vyhlášce dvě otázky:

1. Bude navýšení platu – resp. mezd, které my musíme (i ta zařízení, která nespadají do tabulek) z důvodů objektivních výsledků kopírovat? Máme trauma z roku 2018, kdy po dohodě byly navýšeny platové tabulky o 5 %. V podstatě 3 měsíce před koncem roku, protože už je říjen, zdravotnická zařízení lůžkového typu, která mají milionové obraty, vůbec neví, jaké budou mít náklady v příštím roce. Pokud bude nějaké politické rozhodnutí, chtěli bychom o něm vědět a nechceme žádné paušální navýšení platů.
2. Druhá otázka směřuje ke struktuře Úhradové vyhlášky, jako takové. Nyní budu hovořit pouze o lůžkové, nebo nemocniční péči. Současný návrh - zda jste si vědomi, že propočet navýšení, je velice individuální napříč lůžkovými zařízeními. Protože my jsme si nechali udělat matematickou analýzu, kde je koeficient navýšení, který záleží na každém lůžkovém zařízení a setina procenta navýšení, nebo snížení tohoto koeficientu udělá změnu úhrady toho konkrétního zařízení o +- 2%. Bude v tom neskonalý zmatek. Zjistili jsme, že by se měly zvyšovat paušální platy o 1500Kč, stejně, jako to bylo ve státní správě. Pro nás to znamená vydat odvody zaměstnavatele, což celkem udělá 2 010 Kč. Když to propočteme na celkový výdaj, v průměru nám to dělá 4% výdajů navíc. Ta Úhradová vyhláška nám to nezajistí. Kde je inflace, kterou kalkulujeme 2%, kde je dluh z roku 2018, kde je slibovaný rozvoj, o kterém jsme mluvili, a měl být kolem 2%? Toto jsou zásadní ekonomické věci, které bychom měli vědět do roku 2020. Žádný segment není politicky ovlivňován tak, aby mu bylo nařizováno navyšování platů nebo mezd. Pouze nemocniční sektor.

**Vojtěch** – hlavní problém je ten, že je to v gesci MPSV dle nařízení vlády. Je tam navrhovaný nárůst 1500 Kč v tabulkách, které jsou zásadními. Je to ale věc, která jde do připomínek a pokud vím, MPSV to ještě neposlalo. Původně měl být nárůst o 3%, nyní je o 4%. Je to minimální nárůst ve smyslu srovnávání mezi rokem 2018-2019.

**Troch** – růst poskytovatelů lůžkové a ambulantní péče je kolem 7 – 7,5%, záleží na tom, jaký je to poskytovatel. Zda má urgentní provozy, nepřetržitý provoz a podobně. Pokud se díváme na růst nákladů mzdových, je něco kolem 4%. Co se týká koeficientů a parametrů úhrad, je pravda, že úhradové mechanismy (nastavení růstu na sazbě poskytovatelů jsou citlivé a jsou kalibrovány tak, aby i pro poskytovatele s tou nejnižší sazbou garantovaly úhrady kolem 12% a u poskytovatele s vyššími úhradami se to postupně snižuje až na něco kolem 10%. Senzitivita na úhrady je, ale je to počítáno tak, aby to všem poskytovatelům vycházelo v podobné výši navýšení jako v lůžkové péči.

**Vojtěch** – pokud nám doložíte konkrétní příklad, není problém to propočítat. Kolegové jsou schopni přepočítat kteroukoliv nemocnici.

**Sohlich** – nevyčítám tuto záležitost, ani disproporci mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Nicméně, naše majoritní čísla říkají, že nemocnice regionálního typu, budou mít navýšené úhrady v tom majoritním objemu mezi 3,5 – 5 %. S tím bychom se mohli smířit, ale jestliže nám dodatečně někdo navýší náklady 4%. Když vezmeme 1500 Kč plus sociální a zdravotní odvody zaměstnavatele, tak na rozvoj nezbyde ani koruna. Toto mi zpochybňujeme. A já se ptám, uděláte to, jako politická reprezentace? Nebo to mohu obrátit a apelovat – nedělejte to, nechte nás žít v prostředí, ve kterém jsme a my si poradíme.

**Dvořák** – ten, kdo vede zdravotnické zařízení, ví, kdo je pro pracoviště klíčový a komu musí přidat. Pokud musíte dát všem stejně, je to demotivující a proto schopní lékaři odcházejí. Brečíme tu na špatném místě, ministr není ten, kdo to chce. On ale může tlumočit dál, že zástupci poskytovatelů se shodnou na tom, že pokud chceme, aby neodcházeli doktoři, nemůžeme plošně přidávat a musíme si udržet a namotivovat schopné. Odbory dělají vše opačně a vyhánějí schopné lékaře pryč.

**Vojtěch** – s pojišťovnami jsme se domluvili a dají navíc nad rámec Úhradové vyhlášky dalších 6 miliard. Je to vše v pojistných plánech, které jsou schvalovány vládou a sněmovnou. Všichni se na to mohou podívat.

**Hampel** – v našem segmentu, i když jsme předložili studii, vyplynulo, že mechanismus úhrady za léčiva neexistuje a peníze na úkon ověření pravosti léku není. Ač to bylo schváleno v poslanecké sněmovně, netýká se jen segmentu lékáren ale i nemocnic, protože tam se také ověřují léčiva na oddělení. Je potřeba najít mechanismus, jak zajistit financování kontroly léků. Náklady byly vypočítány kolem 700 milionů ročně a pojišťovny toto odmítly platit s poukazem, že tam není seznam výkonů a chybí mechanismus předpisových léčiv. Měla by se vytvořit novela například shodou zákona, nebo cenovým předpisem, kdy by byly náklady zohledněné.

**Vojtěch** – lékárny rostou nejvíce. Jsou velmi výrazné a mohu vám to ukázat na grafech. Lékárny rostou a nemají právo si stěžovat. Nevím, proč by měl stát hradit evropskou regulaci. Pokud máme např. nové hygienické předpisy, tak stát také nepřispívá poskytovatelům z veřejného zdravotního pojištění. Přichází regulace a musíme se s ní vyrovnat všichni. Pokud vše budeme hradit z veřejného zdravotního pojištění, budeme roztáčet špatnou spirálu.

**Dvořák** – toto téma tu už bylo. Je dobře zopakovat, co už jsme tu řekli - plošné zvyšování platu je ke škodě celému systému. Pokud ale mají jednotlivé segmenty nějaké specifické problémy, není to vhodné řešit zde, je tu mnoho segmentů. Musíme zde řešit to, co je obecné pro všechny segmenty a co můžeme jako Rada poskytovatelů ovlivnit.

**Šmucler** – pan ministr by měl dostat od nás mandát, podporu. My tu také neřešíme výši důchodu atd. Nepřejeme si, aby se zvyšovali platy. Pokud se budou další peníze rozdělovat, musíme kopírovat úhradovou vyhlášku dohodovacího řízení.

**Jojko** – můžeme vyjádřit podporu v obhajobě dohod. Ty jsou napadány a pan ministr je drží a ubránil je.

**Vojtěch** – musíme se postavit do čela a stát si za tím. Buď zde chceme zdravotnictví pod tlakem, nebo se sejdeme u stolu a budeme tu řešit věcné věci.

**Dvořák** - od všech zástupců poskytovatelů máte velkou podporu i od zástupců, kteří se účastní dohodovacího řízení. My říkáme, že snaha krizového štábu je kontraproduktivní a škodí zdravotnictví. Pokud se má systém zdravotnictví kultivovat a vyvíjet, tak není možné plošně navyšovat platy, ale je nutné mít prostředky na investice. Odboráři mají výhodu, že mají lidi, kteří nepracují a věnují se pouze setkávání s novináři. My ale rozhodujeme o tom, jaké bude zdravotnictví a jak bude vypadat, ne odbory.

**Jojko** – navrhuji přijmout usnesení v těchto bodech:

1. Ctěme výsledky z Dohodovacího řízení
2. Důrazně a opakovaně – nebude paušální plošné navyšování mezd bez diferenciace podle výkonnosti.
3. Pokud se objeví finanční prostředky navíc, měly by být rozdělovány mezi segmenty proporcionálně tak, jak to odpovídá Dohodovacímu řízení.
4. Personální krizi ve zdravotnictví nelze vyřešit bez strukturalizace sítě zdravotnických zařízení.

**Vojtěch** – děkuji za usnesení, je někdo proti? – Nikdo.

**Mach** – restrukturalizaci zdravotnických zařízení podporuji, ale mělo by to být také na základě ekonomických kritérií. Jsme svědci toho, že kraje podporují nemocnice, které by měly být už dávno zavřené. (např. Rokycany).

**Prymula** – seznam co vznikl, není primárně vygenerován MZ, ale pojišťovnami. U zhruba dvaceti nemocnic bude ostrá diskuse s krajem, zda kraj chce preferovat toto zařízení, nebo nějaké jiné, protože pojišťovna se nato dívá čistě ekonomicky, kam ty platy pacientů jdou a jaký to má význam.

**Dvořák** – I když to ekonomicky někdy nedává smysl, v některých lokalitách by vzhledem k dostupnosti péče mělo být zařízení zachováno. V našem oboru je to například Jeseník – v zimě by se lidé do nemocnice nedostali.

**Sohlich** – souhlasím se vším, co bylo řečeno. Pochopil jsem dobře, že součástí, nebo obsahem našeho usnesení je i to – podpora toho, že nebudou navyšovány osobní náklady nemocnicím, aniž by byla změněna úhradová vyhláška?

**Dvořák** – pokud se zvednou v některé skupině zdravotnických zařízení plošně platy, doplatí na to nejen ta skupina a i ostatní. My to odmítáme. Pokud ke zvýšení dojde, mělo by dojít k navýšení plateb všem segmentům dle dosažených dohod.

**Šmucler** – my zastupujeme 100% zdravotnictví. Držme se toho.

**Kondelíková** – chceme, aby to bylo vydáno ve vyhlášce, protože nevěříme, že peníze budou rozděleny dobře. Chceme, aby peníze byly transparentně rozděleny formou vyhlášky. Segment péče je na tom špatně, podklady jsme vám daly, nemůžete to zpochybnit. Až budeme moci vybírat peníze jako zubaři, budu ta poslední, kdo se tady bude ozývat.

**Dvořák** – toto nevyřešíme. U odborů je pochopitelné, co říkají, protože nemají zodpovědnost za zdravotnictví a není to z jejich peněz.

**Bod 2 – Návrh novely zákona č. 48/1997 Sb.**

Sohlich - dotaz – je návrh v zaslané podobě mrtvý? Bylo jednání ohledně této novely, návrh vzbudil rozpaky. Připomínky byly prostřednictvím asociace zaslány - nejen naše, ale jiných poskytovatelů zdravotní péče. Jsme proti návrhu. V jakém je to stavu a jaký bude vývoj dál.

**Vojtěch** – novela je na stole už delší dobu, je otevřena. Zákon č. 48 je nejdůležitější zákonem pro zdravotnictví a my jsme k tomu přistoupili tak, že chceme navrhnout mechanismus, jak nejvíce podpořit dohody. Současný systém není zcela optimální. Souhlasím, že to byl pracovní návrh a byl zaslán narychlo. Ale debata k němu mi přišla zcela nemístná. Bylo to vnitřní připomínkové řízení, což je první fáze. Posíláme to vám, ČLK – protože je to pracovní verze. Ale co se stane – pan prezident Kubek zneužije své pozice prezidenta ČLK a odešle hanopis, vše zhatí, vše otočí a dělá z toho politiku. Nejspíš komoru už nebudeme dávat do připomínkového řízení. Byl to jasně připomínkový interní návrh a je to neakceptovatelné. Je to zneužití pozice. Jsou to jen politické manévry a divím se, že se nikdo ze zástupců lékařů neozval.

**Dvořák** – jsme na pana prezidenta Kubka a ČLK zvyklý. Tak se chová standardně. Není ale pravda, že se nikdo neozval. Ozvali se například praktičtí lékaři. Bavit bychom se měli hlavně o tom, zda by se měla změnit metoda stanovení úhrady péče a podívat se, jak je to ve světě. Zasahování státu do úhrad je špatně.

**Jojko** – jsme tu většinou všichni, kteří byli na jednání 23. 9. a jednání skončilo závěrem, nějakým příslibem dalšího postupu. Chci se zeptat, zda závěry z toho jednání jsou platné a mohu se na ně spolehnout?

**Vojtěch** – ano, jednáme korektně. Z toho vycházíme a jdeme dál. My se chováme slušně.

**Moravec** – myslím si, že reakce byla už tehdy, když v návrhu bylo, že jednání se může účastnit kde kdo. I včetně komory.

**Vojtěch** – za nás je to uzavřené. Bylo vypořádání a jedeme dál. Některé věci se dohodly. Otázka plných mocí, atd. S tím budeme pracovat.

**Loucký** – naráží to na deklaraci, že zdravotní péče by měla být dostupná v režimu plně hrazeném. Tato nerovnováha je způsobilá omezit přístup pojištěnců ke kvalitní hrazené péči, tj. je způsobilá zasáhnout do práva pojištěnců na hrazenou péči dle čl. 31 Listiny základních práv a svobod. Chceme se otevřít více samoplátcům, na druhé straně se tu něco deklaruje a je dost možné, že zdravotní pojišťovny by toho mohly zneužívat.

**Dvořák** – MZ může také

**Vojtěch** – tuto debatu nechci otevírat dnes. V budoucnu se k tomu můžeme vrátit. Pokud vím, v návrhu byla role ministerstva v posouzení. Pokud bude dohoda a bude respektována, tak nebude vydávána v úhradové vyhlášce, ale bude vydána ve formě věstníku. Tím pádem bude dohoda vzata a nebude moci do ní nikdo zasahovat, pokud nebude nějak protizákonná.

**Dvořák** – platí to, co se domluvilo na jednání 23.9.

**Šmucler** – nespěchat nikam rychle, vše s rozvahou, po novém roce bude opět dohodovací řízení. Musíme vytvořit tým profesionálů a expertů, ne politický. Musíme najít zlepšení systému. K zákonu – hledejme minimum kompromisů. Je to vývoj přes 20 let, pojďme ho zase posunout dál.

**Dvořák** – dáme jako hlavní téma. Každý si materiál v klidu přečte a vyjádří se. Najdeme společně pár věcí, na kterých můžeme jako Rada poskytovatelů pracovat. Pokud začneme na něčem pracovat, posuneme to společně dál.

**Loucký** – velký souhlas. Vzhledem k zásadnosti změn pro celý systém fungování zdravotnictví byl pro všechny zarážející termín na vyjádření a to pouze 5 dní. Navíc jeho načasování na konec prázdnin a dobu dovolených byl velmi nešťastné.

**Vojtěch** – ano, s tím souhlasím. Řekli jsme si, zákon je otevřený, pojďme toho využít. Tlačí nás ale i jiné části, například inovativní léky, léky na vzácná onemocnění, revizní lékaři. Ta novela zákona č. 48 je nejspíš jedna z největších za posledních deset let, možná ještě více.

Otevřeme debatu po novém roce.

**Moravec** – bylo to moc bodů najednou. Člověk se pak bojí rychle hlasovat o něčem, co si nestačil promyslet a prostudovat.

**Dvořák** – shodli jsme se, že budeme pokračovat. Materiál není akceptovatelný, téma se otevře znovu po novém roce. Bude se připomínkovat zde na radě, pak to půjde dál.

**Bod 3 – Novela vyhlášky č. 211/2018 Sb.**

**Sohlich** – my jsme návrh seriózně připomínkovali, byť tedy s tou vyhláškou máme problémy jako nemocnice. To vzdělávání je složité, komplikující, je to špatně. Já se ptám, proč my si zbytečně připouštíme komplikace? Proč musí být všechna zdravotnická zařízení akreditována? Existují přeci vzdělávací plány jednotlivých odborností, mohou být akreditována vzdělávací centra, lékařské fakulty apod., které by mohly evidovat zařazení do oborů, mohly by se starat o logistiku vzdělávání, mohly by uznávat praxi. V každém oboru přesně vím, co ten lékař v tom vzdělávacím procesu musí absolvovat. To přeci ale může absolvovat v té domovské nemocnici. Lze to přesně definovat a odsouhlasit si. Víme, že zdravotnické zařízení je registrováno, že má široké spektrum výkonů, počet výkonů, licenci.

Druhá poznámka – zmatek před vydáním novely.

Od 1. 7. 2 017 se jede dle nového vzdělávacího plánu. Dva roky pracující lékaři nevědí, zda jim bude praxe uznána. My jsme do připomínek uvedli návrh přechodného ustanovení - praxe bude uznána od 1. 7. 2017.

**Prymula** – v tuto chvíli je v zákoně (vyhlášce) uznání praxe tam, kde následně bude udělena akreditace. Zpětně bude uznáno. Je ale pravdou, že existují pracoviště, která akreditaci nedostanou. Zcela vážně uvazujeme o tom, že bude nové přechodové ustanovení. Tam, kde byla akreditace platná v době vzniku zákona, bude platit. Lidé dostanou uznání dle staré akreditace – jinak by byl zmatek.

Neštěstím je to, že se přijal zákon, který má x vyhlášek, a i když se je snažíme zredukovat, tak jich minimálně 19 bude. Každý zákon by měl být schválen s těmi vyhláškami. V tomto případě z logiky věci zákon nebyl schválen nikdy. Zákon vychází ze stesku mladých lékařů, že se jim nikdo nevěnuje. Je to uděláno tak, aby byl dostatečný počet školitelů na školence. Což není. Dominantní roli v systému dnes mají akademici. Historicky bylo dohodnuto, že třetinu mají vysoké školy, třetinu odborné společnosti a třetinu komory. Celý systém je nastavený tak, aby vše probíhalo v akademickém prostředí, což je zhouba pro malá zařízení. Logicky, pokud tam nebudou mladí lékaři, zařízení se zavře.

**Mach** – situace v akreditacích je nepřehledná a je vážná. Myšlenka byla taková, aby se akreditace přiblížila i do menších okresních nemocnic. Například na interní kmen je třeba mít ARO, ale to některé nemocnice nesplňují. Takže paradoxně splňují akreditaci na specializaci, ale nikoliv na kmen. Proč nemůžeme např. k internímu kmeni nasmlouvat ARO či chirurgii externě?

**Prymula** – ano, je to tak. Vlastní specializační výcvik se nasmlouval všude, kde žádost byla a tam problémy nejsou. Nechceme bojovat a vyvolávat chaos, ale ukazuje se, že to opravdu není optimální.

**Mach** – proč nemůžeme například k internímu kmeni nasmlouvat externě v jiném zařízení?

**Vojtěch** – po debatě s mladými lékaři vyšlo, že oni chtějí, aby to vše bylo v rámci jednoho pracoviště. Aby to nebylo nasmlouváno mimo. Dejte nám seznam nemocnic, kterých se to týká.

**Šonka** – školitel může školit jen dva lidi. V nemocnicích už mají dost svých lidí a praktika už tam nechtějí, protože by ho neměl kdo školit. Přestože budeme produkovat absolventy lékařských fakult, nebudou nám procházet vzděláváním.

**Sohlich** – budeme se tomu aktivně věnovat a problémy vydefinujeme přesně.

**Válek** – ocenil bych, aby MZ pro tuto debatu udělalo nějakou analýzu, jak je to v ostatních zemích. Zda je systém centralizovaný nebo ne.

Pokud na místě není zařízení, nelze se to naučit. Například magnetická resonance. Dříve měl být kmen hrazen ze státního rozpočtu. Vy se nebavíte o vzdělávání, vy se bavíte o tom, že vám chybí lidi. Buď chci vzdělávat a člověk je tam navíc. Musím mu dát dostatek prostoru a vzdělávat ho. Nebo nechcete vzdělávat. Pokud nebude kmen hrazen z rozpočtu, nemohu ho vzít nad rámec, nebude to fungovat.

**Prymula** – motivace jsou jasné na obou stranách. Není to tak, že kdo požádá o paušál, dostane ho. To ne. Změna není třeba například v neurologii, kde 57 pracovišť z 60 splnilo. Naopak v interně je jich 80 a 40 nesplněno, tam je systémová chyba a to řešit chceme. Chceme řešit majoritu, ale ne, aby to dostal každý systém.

**Dvořák** – dávejte konkrétní připomínky a písemnou formou. Tím vás podpoříme a rada s tím může něco udělat. Liší se to v oborech.

**Sohlich** – podporu od RP musíme mít

**Dvořák** – podporu máte, ale jsou části, kde to fungovat bude a kde ne. Celé to předělat bohužel nejde.

**Válek** – je lež, že je nedostatek lidí.

**Prymula** – jsou tu extrémní názory, aby šel člověk na praxi a dělal si pseudo kmen. Dokonce tu byl názor, aby šel na praxi do LDN. Řada zařízení se k tomu staví tak, že získává levnou pracovní sílu. Kmen pro ně zajímavý není. Je pro ně zajímavé pouze to, že už budou na oddělení a budou tam pracovat.

**Dvořák** – dobře že se to otevřelo, nejsme ve sporu, musíme na tom pracovat a musí to být průchodnější.

**Bod 4 - Přístrojová komise a kumulace úvazků, tvorba sítě**

**Válek** – chtěl jsem poprosit ohledně přístrojové komise, zda by bylo možné, aby pan prof. Dušek dal analýzu, zda lidé u těchto zařízení už někde pracují, či nikoliv.

Je to reakce na poslední přístrojovou komisi, kdy je jedno pracoviště, které garantuje profesor Bulík, který garantuje najednou 7 pracovišť a ještě dělá primáře. Obdivuji pracovité lidi. Ale pokud je přístroj na pracoviště schválen přístrojovou komisí, v tomto případě to nebylo schváleno přístrojovou komisí, což je dobře. Ale je špatně, že na toto musí upozorňovat radiologická společnost. My to jen náhodně zjistíme. Myslíme si, že pokud někdo žádá o novou instalaci přístrojové techniky, aby současně doložil, zda současně někde jinde pracuje.

**Dvořák** – o tom mají informace jen plátci zdravotní péče. Plátci mají informace o zařazení každého smluvního partnera, kdo jim tam pracuje.

**Válek** – upozorňuji na problém, možná ho zbytečně vidím jako velký.

**Prymula** – přístrojová komise je parametr, který je dobře sledován, byť my nemáme vždy dostatečné podklady a musíme poděkovat odborným společnostem, které se snažily tuto problematiku zvednout. Pojišťovna data k dispozici má a pojišťovna kontroluje, aby souhrn úvazků nebyl přes 1,2. Pokud oni se atomizují do nula-jedniček, tak je to hypoteticky možné, ale my tam požadujeme určitý souhrnný úvazek. A když se podíváte, proč to subjekty nedostávají a je jich celá řada, tak je to zpravidla z toho hlediska, že není doloženo adekvátní personální zastoupení. Nyní nově v 372 je zpřísnění, že člověk může garantovat pouze jedno zařízení, ne dvě. A to může znamenat značnou věc v této oblasti a bylo to na návrh komor. Když se nato podíváme obecně, tak samozřejmě pokud tam bude garant a vetší pracoviště mají mít 3,5 úvazku, tak je musí doložit pojišťovně. Zde určitá zpětná vazba je.

**Jojko** – nedávno jsme vyplňovali údaje pro registr pro ÚZIS – kdo má ty údaje nyní?

**Dvořák** – ano, vyplňovali a ÚZIS data má, jen se obávám, že takové množství dat ještě nemají zpracované.

**Prymula** – prof. Dušek data má, ale ukazuje se, že je tam poměrně velká chybovost v oblasti praktických a primárních lékařů.

**Sohlich** – příloha číslo 2 ke smlouvě o poskytování zdravotní péče je seznam všech zdravotnických pracovníků ve všech pracovních kategorií, včetně úvazku. To mají pojišťovny k dispozici.

**Prymula** - příloha číslo 2 ještě negarantuje, že tam ti lidé jsou.

**Dvořák** – pojišťovny se nedozví o změnách, pokud je nenahlásíme. My to nenahlásíme do té doby, dokud se nás to netýká.

**Vojtěch** – data ÚZISu nejsou špatná, na základě komunikace se to navýšilo a čerpáme z toho, pracujeme s tím. Jsou to data, která potřebujeme. Pokud máme plánovat síť, je to dobrý zdroj informací.

**Bod 5 – Zpráva Pracovní skupiny pro lékařské ozáření MZ**

**Válek** – jednání o nedostatku fyziků – pošle zápis a vložím. Bod k jednání na příště.

Zpráva pracovní skupiny pro lékařské ozáření.

**Bod 6 - Vypořádání připomínek k Úhradové vyhlášce pro rok 2020**

**Loucký** – k úhradové vyhlášce byly připomínky poskytovatelů a společností, kdo připomínky vyhodnocuje a vypořádá? Jaký to má průběh?

**Troch** – vypořádání je pro naši potřebu interní. My už to neposíláme zpět.

**Dvořák** – pokud vznikne vyhláška a liší se od dohody, je možno připomínkovat i dohody jiných segmentů. Ale není povinností ministerstva tyto připomínky akceptovat.

**Loucký** – kdo vyhodnocuje relevanci odborných medicínských aspektů?

**Troch** – odborné věci – pokud neumíme rozhodnout sami, proběhne schůzka, kde se vypořádá. Letos byla schůzka například u gynekologie. Pokud nevíme, co tím bylo myšleno, a potřebujeme názor, proběhne jednání s odborníkem.

**Jojko** – bylo by možné, abychom jako Rada poskytovatelů, měli definitní verze k dispozici?

**Vojtěch** – vyhláška je veřejná, je v eklepu. Jakýkoliv legislativní materiál (zákon, vyhláška), který jde do mezirezortního připomínkového řízení, je veřejný. Je tam i legislativní verze Úhradové vyhlášky, kde se sleduje proces.

**Loucký** - od ledna jsme se snažili připomínkovat reformu primární péče, kde naše poznámky jsme shrnuli do 4 bodů. Objevily se návrhy diagnostických nebo laboratorních výkonů, v režimu POCT, které by měly mít nasmlouvány i praktici. Bude nějaká diskuze s námi jako s komplementem, nebo je to uzavřené?

**Prymula** – aktivita, která šla paralelně. My jsme tento proces v rámci reformy ještě neřešili. Obecně se řeklo, co je zájmem reformy, ale konkrétně se nemluvilo.

**Šonka** – požádaly jsme si o výkony, o kterých si myslíme, že by praktici měli usilovat. Prošly pracovní skupinou pro seznam výkonů, kde jednání je veřejné, a návrhy byly schváleny legálním způsobem.

**Loucký** – my v laboratoři víme, že měření kontroly kvality není jednoduché. Měly by být srovnatelné požadavky na kontrolu kvality jak na pracovištích lékařů, tak v laboratořích Ukázalo se v praxi, že například kontrola glukometrů je odhalila naprostou neporovnatelnost výsledků od jednotlivých přístrojů umístěných na pracovištích ošetřujících lékařů. Tento požadavek je třeba zajistit, na co možná nejvyšší úrovni a srovnatelným způsobem.

**Šonka** – smluvní lékař musí doložit, že prošel externím měřením kvality.

**Válek** – Úhradová vyhláška je o bodech a je důležité, kolik ten bod je. Domníval jsem se, že to bude dle oborů, ale není. Uvažuje pojišťovna, že bude stejná cena za bod? Boj o Úhradovou vyhlášku, když se bod liší v jednotlivých oborech. Jaká je strategie do budoucna?

**Dvořák** – je to dohoda mezi plátci a segmenty, poskytovateli. Technicky vzato, plátci nebo poskytovatelé vyjdou s nějakým návrhem a pak se dohadují právě o hodnotě bodu. Je to vyloženě dohoda poskytovatelů a plátců.

**Válek** – síla pojišťovny by měla být větší, než malá skupina poskytovatelů. MZ je ten, kdo poskytuje péči.

**Šonka** – je to historický původ, žádné výkony netrvají tak dlouho, jak se deklarují; žádný přístroj nestojí tolik, materiály také ne, ale na konci to všem paradoxně vyjde.

**Vojtěch** – víme, že je problém v seznamu výkonů. Snažíme se to vyřešit, ale není to jednoduché a nejde to vyřešit hned. Kontrola dostupnosti zdravotních služeb - rovedli jsme ji s pojišťovnami, a máme výsledky. Byla to největší kontrola v rámci zdravotního pojištění, nikdy se o to nikdo nezajímal. Výsledky budeme prosazovat a chtěl bych pak s vámi vést o tom debatu. Zjistili jsme, že v tuto chvíli nejsme schopni dát na stůl jasné informace o dostupnosti, o délkách objednacích dob, apod. Krizový štáb tvrdí, že se prodlužují čekací doby – je to jen politika a není to pravda.

Pokud nebude dohoda, budeme muset navrhnout legislativní řešení.

**Dvořák** – nepřehánějte to s požadavky na dostupnost. Názor laické společnosti je někdy absurdní. Ve světě jsou vesměs výrazně delší čekací doby než v ČR.

**Vojtěch** – dnes nikdo data o čekací době nemá, takže cokoliv se tvrdí v TV, není to dle pravdivých informací.

**Jojko** – hlášení dostupnosti – mě se vybaví hlášení nositelů výkonů. Musíme to vyplňovat a zajímalo by mě, zda s tím pojišťovny pracují. Já jsem přesvědčen, že ne. Trojcestná žádanka – mnoho let ji píšeme, vykazujeme, jako šestkový výkon. Jsou tam uvedeny termíny doporučení, návštěvy, výkonu a ty je pojišťovny tyto data mají. Proč na ně nenatlačíme? Termín se prodlužuje také vinou pacienta, zapomíná, přijde na vyšetření pozdě.

**Vojtěch** – chci o tomto vést debatu, jak zlepšovat dostupnost péče

**Sohlich** – souhlasím s panem ministrem, že objednací lhůty nejsou problém. My v regionálních nemocnicích máme jiný problém - akutní hospitalizace a akutní příjem. Hlavním problémem je u nás udržet lidi pracovat v nepřetržitém provozu.

**Šmucler** – minulý týden jsem byl na zasedání odborníků EU a bylo tam jasně vidět, že ČR je na druhém místě v čekací době objednání. V úmrtí jsme poslední. Péče je dostupná, ale není zcela kvalitní. V řadě věcí nás přeskočilo Slovensko. Řešíme data s Univerzitou Karlovou a souhlasím s tím, že data potřebujeme. Bez nich se nedostaneme dál. Důležité věci si musíme říkat a řešit hned, než je vyhlásíme.

**Dvořák** – je dobře, že se snaží pan ministr vytvořit síť a sbírat data. Než budou závěry, budeme diskutovat zde.

**Válek** – dotaz na pojišťovny byl, jaká je čekací doba pro ambulanty a pro hospitalizované.

Nemůžete porovnávat rezonanci mr mozku a mr srdce. Pokud je opravdu zájem zjistit, jaké jsou objednací doby pro magnetickou rezonanci, doporučuji spojení s prof. Vymazalem, prof. Ferdou. Dotazník upravit, upřesnit, znovu zaslat, pak budou data použitelná.

**Dvořák** – první krok je velmi dobrý, nyní je čas pro připomínky. Bude nad tím určitě debata.

**Vojtěch** – děkuji za účast.

Další jednání Rady poskytovatelů se bude konat v úterý 7. ledna 2020 od 15.00 hodin