

RADA POSKYTOVATELŮ

14. května 2024 od 15.00 hodin MZd/webex

Přítomni na MZd:

ministr zdravotnictví – prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA, EBIR
MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.
MUDr. Petr Šonka
MUDr. Zorjan Jojko
MUDr. Ilona Hülleová
Ing. JUDr. Miloslav Ludvík, MBA
Doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.
MUDr. Václav Volejník, CSc.
MUDr. Eduard Bláha
PhDr. Robert Huneš
MUDr. Marek Slabý, MBA
RNDr. Jaroslav Loucký, Ph.D., LL.M.
prof. MUDr. Pavel Jansa, Ph.D.
MUDr. Dalibor Štambera
MUDr. Renata Knorová
PhDr. Mgr. Jan Bodnár, LL.M.
Ing. Michal Čarvaš
Mgr. Jakub Dvořáček
Bc. Josef Pavlovic
Václav Pláteník
Ing. Helena Rögnerová
Mgr. Tomáš Troch
Ing. Jan Michálek
JUDr. Radek Policar – zástup
Ing., Mgr. Venuše Škampová
Mgr. Barbora Poláková
Mgr. Zdeněk Třískala
Dominika Brožíková

Přítomni webex:

MUDr. Eduard Sohlich, MBA
Mgr. Marek Hampel
Bc. Ludmila Kučerová
PharmDr. Zdeněk Blahuta, MHA
Mgr. Michal Hojný
Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA
Mgr. Monika Marková

Omluven:

Ing. Václav Moravec

MUDr. Jiří Pekárek
Bc. Kamil Doležel

Program:

- 1. Zdraví 2030+ očima regionálních nemocnic – Ing. Michal Čarvaš, MBA**
- 2. Priority Ministerstva zdravotnictví pro dohodovací řízení 2025 – MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.**
- 3. Kompetenční spory o vystavení či spíš nevystavení návrhu na lázeňskou péči mezi PLD a AS – MUDr. Eduard Bláha**
- 4. Krytí úhrad při léčbě dekubitů ve skupině následné a dlouhodobé péče – MUDr. Václav Volejník, CSc.**
- 5. Reálná data o aprobačních praxích. Je zájem je prodloužit? Pokud ano, je to prosté, nemusíme degradovat stomatologa na živnost volnou – Doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.**

Různé:

1. Zdraví 2030+ očima regionálních nemocnic – Ing. Michal Čarvaš, MBA

Čarvaš – Odprezentoval prezentaci na téma Koncepce zdravotnictví 2030+ očima regionálních nemocnic (*příloha 1*)

Dvořák – Shrnul, že bylo zmíněno více bodů (například elektronizace zdravotnictví, motivace pacientů k péči o vlastní zdraví), na kterých panuje shoda. Další témata jsou hodna diskuse, která již řadu let probíhá. Uvedl, že by jednotlivým odbornostem měla být dána možnost rozhodnutí o dalším vývoji oboru, ideálně v souladu se světovými trendy. Uvedl také konkrétní případ ze svého oboru a vyjádřil souhlas České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP s centralizací péče, rozumnou redukcí lůžkových zařízení i ambulanci, transformací některých nemocnic na následná lůžka a jednodenní chirurgii. Sdělil, že je aktuálně jasný trend ve slučování praxí v ambulantní sféře včetně primární péče.

PM – Doplnil, že je zde spousta zajímavých myšlenek a spousta věcí nad kterými je třeba se zamyslet. Za vznikem velkého množství urgentních příjmů stojí především politická rozhodnutí a tlak ze strany Asociace nemocnic a krajů. Bude zveřejněna analýza počtu pacientů, kteří se na urgentních příjmech léčí. Dále se pan ministr vyjádřil k centralizaci péče s tím, že není možné, aby centralizace péče vedla k likvidaci nemocnic, a proto byly zrušeny historické podmínky. Sdělil, že realizace centralizace v oblasti vzdělávání je klíčová. V ČR je nejvíce decentralizovaný způsob vzdělávání. Uvedl, že například ve vzdělávacích programech proběhne rozvolnění a požádal, aby téma vzdělávání a akreditace bylo zařazeno jako bod na další jednání Rady poskytovatelů.

Bodnár – Diskuse nad funkčností navrhovaného zakotvení LPS na urgentních příjmech, nesouhlas se stávajícím návrhem spočívajícího ve zřízení „prostor“ k zajištění LPS. Problematika bude dále prodiskutována.

Dvořák – Přečetl členům Rady poskytovatelů návrh o usnesení Rady poskytovatelů (*příloha 2*), který vytvořil místopředseda Šonka.

Na základě usnesení proběhla rozsáhlá diskuse a vzhledem k deklarovanému nesouhlasu pana ředitele Ludvíka a zástupců AČMN nebyl návrh nakonec hlasován, protože Rada poskytovatelů v podobných situacích nevydává stanoviska, na kterých není konsensuální shoda.

2. Priority Ministerstva zdravotnictví pro dohodovací řízení 2025 – MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.

Dvořák – Shrnuje, že priority si určuje Ministerstvo zdravotnictví samo, je to politická záležitost a nelze než to akceptovat. Aktuálně má Ministerstvo zdravotnictví uloženo vládou zachovat vyrovnanou finanční bilanci zdravotních pojišťoven a s tím je nutné počítat pro Dohodovací řízení.

PM – Upozornil, že více peněz do systému nepůjde, je valorizace úhrad za státní pojištěnce a pojištění. Příjmy jsou jasně definované. Výdaje jsou víceméně také definované, protože je rozhodnuto, že hospodaření nesmí jít do mínusu. O tom, kolik peněz se má rozdělit rozhodne Ministerstvo financí. Priority Ministerstva zdravotnictví jsou dlouhodobě známe a nemění se a jsou dané i v programovém prohlášení vlády. Doplnil, že predikce Ministerstva financí musí být dramaticky přesnější než v uplynulých letech.

Loucký – Požadoval bližší vysvětlení deregulace úhrad ambulantní radiodiagnostiky a nukleární medicíny v lůžkových zařízeních.

Troch – Jedná se o jednu z priorit MZ – v současnosti jsou nemocniční pracoviště diskriminována, jelikož mají stanoven pevný limit úhrady a zvýšením produkce se jim nenavýší úhrada. Mimo-nemocniční pracoviště mají úhrady flexibilnější a mohou tak lépe optimalizovat produkci. Cílem je tuto nerovnost odstranit.

Loucký – Dotazoval se, jakým mechanismem a proč by měla být realizována podpora dopravy u domácí péče.

Troch – U domácí péče má MZ informace o regionálních rozdílech v dostupnosti, které jsou částečně způsobeny nutností delší dopravy v regionech, která není pro poskytovatele motivační. MZ dává dohodovacímu řízení tuto problematiku ke zvážení a případné nápravě.

Loucký – Dodal vysvětlení: největší část chyb v laboratorní medicíně vzniká v preanalytické fázi, tedy např. i v okamžiku transportu vzorku do laboratoře.

Tento proces je velmi detailně kontrolován ČIA v rámci akreditace dle normy ISO ČSN 15189 (jedná se o proces, který laboratoře hradí ČIA) a přitom doprava vzorků do laboratoří je zcela mimo úhradu. Neexistuje žádný mechanismus úhrady a v kalkulačních listech laboratorních vyšetření není doprava vzorku zahrnuta, přestože se jedná o naprosto kritický moment z hlediska získání správného výsledku.

Z výše uvedeného plyne logický požadavek laboratoří na řešení této situace.

3. Kompetenční spory o vystavení či spíš nevystavení návrhu na lázeňskou péči mezi PLD a AS – MUDr. Eduard Bláha

Bláha – Poděkoval ministerstvu za moderaci jednání, které proběhlo a na kterém došlo ke shodě o vypracování takzvaného návodu, se kterým všichni zainteresovaní budou pracovat a budou edukovat terén. Snaha o odlehčení zátěže zbytečnou administrativou.

Jojko – Výstup z jednání je sepsán, Radě poskytovatelů shrnul průběh z jednání.

Knorová – Na jednání byla domluvena změna metodiky. Zápis obdrželi všichni zúčastnění.

Dvořák – Zápis by bylo vhodné rozeslat všem členům Rady poskytovatelů, kterých se to týká.

4. Krytí úhrad při léčbě dekubitů ve skupině následné a dlouhodobé péče – MUDr. Václav Volejník, CSc.

Volejník – Požádal o svolení k znovuzahájení jednání v rámci krytí úhrad při léčbě dekubitů ve skupině následné a dlouhodobé péče.

Dvořák – Rada poskytovatelů si je vědoma vážnosti problému a podporuje jeho řešení mimo RP, vzhledem k specifičnosti problému.

5. Reálná data o aprobačních praxích. Je zájem je prodloužit? Pokud ano, je to prosté, nemusíme degradovat stomatologa na živnost volnou – doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.

Šmucler – Informoval Radu poskytovatelů o problémech v rámci senátního návrhu na změnu zákona č. 95/2004 Sb. Jedná se o uznávání diplomů, aprobace

a nákupy stomatologické služby pro některé pacienty. Navrhl zrušení smluv se zdravotními pojišťovnami a vytvořit nové rámcové smlouvy s povinností přijmout rámcově 1500 pacientů. Jako další důležitý bod zmínil, že ministerstvo zdravotnictví má nevyužitou kapacitu praxí schválených zařízení pro aprobační praxi.

PM – Uvedl, že zákon č. 95/2004 Sb. byl v Poslanecké sněmovně jako senátní návrh, v senátu se bude teprve schvalovat. Zmínil, že senátorům doporučil změny konzultovat se senátním Výborem pro zdravotnictví. Informoval členy Rady poskytovatelů, že zdvihl téma plomb a amalgámu na jednání ministrů a požádal o vypracování podkladů ohledně proplácení a výše propláceného v ostatních zemích, poté bude Radu poskytovatelů informovat.

Dvořák – Sdělil, že systém tvrdí, že úhrady stomatologické péče z veřejné péče v České republice jsou, oproti ostatním zemím, velmi vysoké.

Různé:

- **Sohlich – Dodatečné vyjádření k bodu 1.:**

Uvedl několik technickoorganizačních poznámek k fungování Rady poskytovatelů, například formát jednání, vyjádřil nespokojenost v rámci výstupů z jednání s tím, že jsou nulové. Vyjádřil nespokojenost nad vysokým počtem zástupců různých segmentů a nízkým počtů zástupců nemocnic. Některé projednávané body označil za nedůležité. Vyjádřil nesouhlas s tím, aby se k fungování LPS vyjadřovali praktičtí lékaři. Také k bodu 1 uvedl, že pan inženýr Čarvaš přednesl koncepci elegantně, nekonfliktně a vstřícně. Nicméně vyjádřil nespokojenost vůči předsedovi Dvořákovi, u kterého se domnívá, že není nestranný, jednoznačně vystupuje v rámci ambulantního segmentu a označil to za střet zájmů. K tomuto názoru dospěl i díky návrhu usnesení místopředsedy Šonky, který označil za militantní. Navrhl, aby byl změněn formát Rady poskytovatelů a v rámci předsedy, aby došlo ke změně, nebo docházelo k určité rotaci zástupců jednotlivých segmentů anebo, aby jednání řídilo pouze MZd.

PM – V reakci na průběh jednání navrhl a požaduje, aby příští jednání Rady poskytovatelů proběhlo pouze fyzickou formou s tím, že prvních 15 minut jednání Rady poskytovatelů proběhne bez přítomnosti zástupců MZd.

- **Loucký – Sjednocení úhrad.**

Sdělil, že testování POCT je u různých druhů poskytovatelů hrazeno rozdílně a je nutné s tím něco udělat. Jde o systém, který je využitelný v laboratořích i u koncových lékařů. Dále uvedl, že stejný problém se týká i mezioborových výkonů.

Bodnár – Vysvětlil, že rozdílné úhrady se odvíjí od rozdílných cen práce.

Knorová – Úhrady se stanovují v dohodovacím řízení nebo vyhláškou Ministerstva zdravotnictví. I mnohá jiná péče je hrazena a záleží na segmentu, ve kterém je poskytována. Je to dané prostě základními mechanismy.

PM – Je to srovnatelné s RTG, které je hrazeno také rozdílně i přesto že je to stejné vyšetření, stejného orgánu.

Zpracovala Dominika Brožíková

Přílohy:

Příloha 1:



Koncepce zdravotnictví 2030+ očíma regionálních nemocnic

Ing. Michal Čarvaš, MBA - předseda AČMN

Úvod

- ▶ Náš materiál reaguje na diskuzi ve veřejném prostoru i očekávanému tlaku zdravotních pojišťoven na redukcii či alespoň restrukturalizaci nemocnic, v souvislosti s uzavíráním nových Rámcových smluv na další pětileté období (2025–2029).
- ▶ Lze předpokládat, že tlak se bude týkat zejména malých regionálních nemocnic.
- ▶ Nechceme se bránit nutným změnám, ale říkáme, že změna mají být koncepční a že nutnou podmínkou pro úspěšnou restrukturalizaci některých zařízení je změna vzdělávání lékařů a narovnání úhrad jak v akutní, tak v následné péči.
- ▶ Naší snahou bylo reagovat i na materiál Kanceláře zdravotního pojištění, který vyšel v roce 2023 pod názvem Iniciativa Zdravotnictví 2030+.
- ▶ Vnímáme, že změny s ohledem na změny v chování populace i s ohledem na jiný přístup k práci a volnému času z pohledu mladé generace lékařů jsou nutné. Snažíme se proto popsat a navrhnout některé cesty, které jsou z našeho pohledu nutné pro úspěšnou transformaci českého zdravotnictví.
- ▶ Mladá, flexibilní, dynamická a mobilizovatelná populace se povětšinou stěhuje do center a v odlehlých regionech zanechává starší zranitelnou hůře mobilní populaci konzervativní, která potřebuje zvýšený objem kvalitní, dostupné zdravotní péče, které se jí doposud dostávalo.

Východiska

- ▶ Regionální nemocnice nejsou proti reformě. Ona žádná reforma ani koncepce neexistuje. To nám vadí! Změna zaměření některých nemocnic může být smysluplná, měla by být ale jasně vize, definovaná základní síť nemocnic a změněn systém vzdělávání lékařů. Pokud přijdete jako nemocnice o akreditaci na vzdělávání lékařů kvůli zrušení jedné odbornosti i pro ostatní nosné obory, tak opravdu nemáte zájem cokoli restrukturalizovat
- ▶ Je třeba ale dodržet místní a časovou dostupnost péče. Nejen v Praze, Brně, ale i v pohraničních regionech.
- ▶ Pokud víte, že následná péče je podfinancovaná o cca 300 Kč na lůžkoden, pak nemáte úplně zájem vytvářet nová lůžka v této odbornosti.
- ▶ Naším zájmem bylo rozpoutat odbornou diskusi, poukázat na problémy, které vidíme, nastítnit návrhy a diskutovat o nich.
- ▶ V první řadě je to nerovnost úhrad nemocnicím za stejné výkony. O jejich sblížení se mnoho a dlouho hovoří, ale ke skutečné korekci nedochází, nebo jen velmi pozvolna. Zatím se to podařilo pouze u 18 % hospitalizačních případů. Ministerstvo zdravotnictví jako zřizovatel fakultních nemocnic a dohledový orgán nad ZP je při vydávání úhradové vyhlášky logicky ve střetu zájmů.
- ▶ Sblížení sazeb mezi ZP jen %, nikoli nominálně a i tak to těžce nesou zejména menší svazové ZP.

Vzdělávání lékařů

- ▶ **Základním principem by mělo být, že akreditaci ke vzdělávání v rámci kmene v daném oboru má každé pracoviště, které má nasmlouvaná lůžka v dané odbornosti. V rámci specializačního vzdělávání je pak v našem návrhu zkrácena doba na pracovištích akreditace II. typu na menší počet měsíců, kde by se měl lékař věnovat specifické problematice, která není v jeho kmenovém pracovišti dostupná nebo dostatečně častá.**
- ▶ Řadu kurzů, jako je kurz první pomoci, legislativy, škodlivého užívání návykových látek či kurz radiační ochrany, považujeme za zbytečnou. Lékař by měl tyto znalosti mít ze studia na LF nebo kontinuálního vzdělávání pod hlavičkou ČLK.
- ▶ **Dalším návrhem je sdílená akreditace dvou a více zařízení.** Navrhujeme její zapracování do zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, byla předložena na MZ, ale na její aplikaci stále čekáme.
- ▶ Pokud nezměníme systém vzdělávání ve prospěch zjednodušení a rozšíření míst pro vzdělávání, pak menší nemocnice i základní obory vymřou a výrazně se zhorší dostupnost i kvalita zdravotní péče.
- ▶ Příkladem je, že specialisté lékaři z nadstavbových interních oborů, která nahrazují všeobecnou interní medicínu, nemohou a nechtějí sloužit základní interní lůžka.

Vzdělávání lékařů

- ▶ Zákon o vzdělávání lékařů je další legislativní normou, která v současné době nereflexuje potřeby systému, zvýhodňuje velké nemocnice a zneatraktivňuje malé a střední nemocnice. Žádoucí stav, kdy se po ukončení postgraduálního vzdělávání přesouvají lékaři ze zvýhodňovaných velkých nemocnic do těch menších, ale nenastává.
- ▶ Základním předpokladem pro rozvoj a stabilizaci počtu lékařů regionálních nemocnic je zásadní změna vzdělávání a revize podmínek pro udělování akreditací. Zvláště výrazně to spatřujeme u interních oborů. V porovnání s EU má ČR významně vyšší počet atestačních oborů, které pak absolventům významně zhoršují splnění požadavku na provedení počtu požadovaných výkonů, které musí absolvovat a odvádí mladé lékaře ze základních oborů a ze základní medicíny provozované v okresních nemocnicích k oborům „méně náročnějším“, resp. „specializovanějším“. Proto interní oddělení její prázdnou a postupně zanikají, ačkoli interní medicína je základním kamenem celé medicíny.
- ▶ Za tímto účelem zpracovali zástupci AČMN návrh na úpravu vzdělávacích programů, jak základního kmene, tak i specializační přípravy vedoucí k atestaci. Za tímto účelem předkládáme návrhy úprav vzdělávacích programů pro 10 lékařských oborů i s konkrétním návrhem nové zjednodušené podoby, která nebude diskriminační, rozšíří kapacity a zjednoduší vzdělávání lékařů.
- ▶ Navrhujeme zjednodušit systém vzdělávání pro cizince, zejména pro ty mimo EU.

centralizace

- ▶ Vadí nám nesystémová a vynucovaná centralizace koeficientem specializace bez objektivních dat, bez ohledu na to, kolik výkonů dělá ten či onen zkušený lékař a nikoli celé zařízení.
- ▶ Nemocnice jako celek a organizace sama o sobě operovat speciální výkony neumí, ale posuzováno je to podle ní, podle celku a nikoli podle zkušenosti konkrétních lékařů a zdravotníků, kteří výkony provádí.
- ▶ V případě centralizace péče chybí jakákoli pravidla nebo zasvěcená diskuse nad analytickým materiálem. Vychází se ze všeobecných a všeobjímajících pravidel, že kvalita výkonů roste a počet komplikací se zmenšuje s počtem výkonů. To může sice obecně platit, ale jak víme, zda to platí i u nás, v Čechách?
- ▶ Bude lepší výsledek u 15 lékařů operatérů v centru v případě provedení 450 specifických operací než výsledek u 5 lékařů operatérů v regionální nemocnici v případě provedení 200 operací? *Nevíme.* Přesto ministerstvo snížilo úhrady nemocnicím u některých výkonech, které chce centralizovat (a jejich výčet bude narůstat), a spoléhá na to, že je ředitel zakázou lékařům provádět, ačkoli je dosud prováděli, mají vynikající výsledky, mají je nasmlouvány se zdravotními pojišťovnami, a to jenom proto, že se stanou ekonomicky nerentabilní.
- ▶ Budou pak oddělení v regionálních nemocnicích pouze s jednodušší operativou atraktivní pro mladé lékaře a personálně udržitelné? *Určitě ne!* Zamýšlí se někdo nad tím? *Stěž!*
- ▶ Nepovede to k postupnému uzavírání těchto oddělení? *V delším horizontu pravděpodobně ano.*
- ▶ Mají centra dostatečné kapacity pojmout veškerou péči takových odborností? *Nemají.*
- ▶ Vnímáme toto jako zase nedomyšlené řešení aneb „centralizace po Česku“.

Primární péče

- ▶ Fungující dostupná síť primární péče s posílením kompetencí lékařů je nutnou podmínkou a základem efektivního českého zdravotnictví.
- ▶ V rámci primární péče vnímáme jako vážný problém stárnutí lékařů, zejména všeobecných praktických lékařů (VPL) a praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD). Na druhou stranu máme poměrně hustou síť ambulantních specialistů. Udržení takto husté sítě by znamenalo navýšit počet studujících lékařů na LF a navýšení počtu míst na jejich přípravu na atestaci.
- ▶ Podporujeme sdružené praxe více lékařů a vznik tzv. center primární péče. Jedná se o shluky ordinací více odborností a lékáren v menších městech a městysech, poskytující základní péči dostupnou co nejbližší občanům. Mohou společně řešit zastupitelnost i nabídnout dostupnou péči 7-19 hod, nikoli 8-13 hod, jak je dnes mnohdy zvykem s tím, že o dovolené zastupuje nemocnice.
- ▶ PL poskytují péči 30 hod týdně, lékař v nemocnici 48 hod týdně, nemocnice 168 hod. Tedy 18% ku 82%. Navrhujeme zapojení PL do služeb na UP k zajištění pohotovostní služby o jejich pacienty.
- ▶ Další příležitostí je elektronizace zdravotnictví. Potenciál vidíme v lepší komunikaci a propojení dat mezi ordinací praktického lékaře, specialistou a odbornými ambulancemi nemocnic a odděleními lůžkové péče. Rovněž poskytování služeb on-line jako je monitoring pacienta a jeho sledování a reportování výsledků PL.

Akutní lůžková péče

- ▶ Regionální nemocnice poskytují minimálně 50 % veškeré hospitalizační péče v ČR. S rostoucím spektrem výkonů v tzv. centrech stoupá význam regionálních nemocnic v rychlé diferenciální diagnostice, směřování pacientů do center a následně v doléčování těchto pacientů, aby se zajistila tzv. průchodnost vysoce nákladných centrových pracovišť.
- ▶ Centrová péče obecně přispěla především k záchraně lidských životů, nikoli však vždy k jejich kvalitě, kterou musí následně zajišťovat regionální nemocnice. Zvláště zřetelné je to v oblasti neurologických onemocnění.
- ▶ Proto mimo jiné trváme na zachování dostupné a kvalitní zdravotní péče pro obyvatele ve všech regionech České republiky s důrazem na pohraničí, tedy na zachování a rozvoji i menších nemocnic s fungující ambulantní sítí, pohotovostí a komplementem, včetně zobrazovacích metod, laboratoří atd.
- ▶ Podporujeme rozvoj systému CZ-DRG s jednotnými úhradami za stejné diagnózy a případy pro všechny nemocnice.
- ▶ Podporujeme spolupráci primární péče a nemocniční péče, nejen na zajištění pohotovostních služeb 24/7/365 ale i formou klinických dŕnů, lepší provázanosti a spolupráci v péči o pacienta.

Následná, dlouhodobá a zdr.-soc.péče

- ▶ Podporujeme rozvoj a posílení kapacit v následné a dlouhodobé péči. Je nezbytné zajistit pokračování péče v ose primární – akutní – superspecializovaná – návazná – následná péče, neboť počet zachráněných životů stoupá, ale chybí zajištění pokračující péče, která by měla pacienty přivádět zpět do domácího prostředí. Potřeba postarat se o starší pacienty na pomezí zdravotně-sociální péče bude narůstat spolu se stárnutím populace a s prodlužováním průměrné délky života.
- ▶ Doporučujeme usnadnit vzdělávání lékařů pro geriatrii a rozšířit možnosti vzdělávat lékaře v zařízeních nejen akutní, ale i následné lůžkové péče.
- ▶ Následná péče je nyní značně podfinancována a z analýz, které jsme provedli, vychází náklady na 1 OD následné péče o 332 Kč vyšší, než jsou výnosy od ZP za tuto péči. Navíc podíl fixních nákladů v těchto zařízeních je výrazně vyšší než u akutní péče a často přesahuje 80 %.
- ▶ Transformace některých lůžek akutní péče na následnou, která je do budoucna potřebná, je podmíněna změnou systému vzdělávání a navýšením úhrad za následnou péči na její reálné náklady.

Další zmíněná témata

- ▶ Zákoník práce a přesčasová práce ve zdravotnictví.
- ▶ Postavení odborných společností vůči státu, ZP a ovlivňování směřování zdravotnictví, aniž by jim dal někdo zákonem kompetenci a odpovědnost za jejich závěry.
- ▶ Zapojení dalších lékařů do práce a služeb na UP, které nahradily LPS a LSPP.
- ▶ Zdravotní pojišťovny vs. systém státem řízeného zdravotnictví.
- ▶ Spoluodpovědnost pacienta za své zdraví a jeho spoluúčast na nákladech na péči.
- ▶ Elektronizace, data pacientů a jejich sdílení.
- ▶ ...

Závěr

- ▶ AČMN hájí zájmy svých členských nemocnic, ale to neznamená, že není a nebude přístupná racionální diskusi na téma kultivace sítě nemocnic, která je jistě nezbytná. Avšak nebude tak činit za nerovných podmínek, kdy jsou její nemocnice pod dlouhodobým ekonomickým i personálním (vzdělávacím) tlakem, a tedy v nerovném postavení ve srovnání s velkými centrovými nemocnicemi.
- ▶ Proces restrukturalizace by měl být racionální debatou nad zajištěním péče v regionech, a to nejen z pohledu center a tzv. „zajímavých (dobře hrazených) diagnóz“, ale i z pohledu banálních a běžných onemocnění, kterých vlivem stárnutí populace bude spíše přibývat.
- ▶ Zde zůstane role malých a středních nemocnic jednoznačně nezastupitelná **Základem zdravotnictví je regionální péče, jak u lůžkové, tak u primární péče.**
- ▶ **Odrázovým můstkem pro hledání funkčního, zdravě konkurenčního a pacientovi kvalitu přinášejícího nemocničního zdravotnictví musí být narovnání a změna financování, změna systému vzdělávání lékařů a rychlá efektivní elektronizace zdravotnictví.**
- ▶ Z tohoto důvodu vytvořili zástupci AČMN tento materiál, ve kterém se snaží popsat problémy dnešní doby a navrhnout řešení a úpravy tak, aby české zdravotnictví přežilo rok 2030 v co nejlepší kondici a mohlo fungovat ku prospěchu pacientů i samotných poskytovatelů zdravotní péče.

Příloha 2 :

Návrh o usnesení Rady poskytovatelů

Rada poskytovatelů vyslechla sdělení předsedy AČMN Michala Čarvaše Koncepce Zdravotnictví 2030+ očima regionálních nemocnic a přijala k němu toto stanovisko. Způsob poskytování zdravotní péče se v čase mění. Stále větší množství zdravotní péče se dnes odehrává ambulantně v ordinacích primární péče a ambulantních specialistů. Mnoho poskytované péče se v souladu s moderními trendy specializuje a centralizuje, rychle se rozvíjí jednodenní péče. Mobilita obyvatelstva se zvyšuje a lidé si za kvalitnější péči dojedou. Setrvalý pokles produkce v akutní lůžkové péči v posledních letech tento trend jednoznačně potvrzuje, přestože úhrady do segmentu významně rostou. Je nezpochybnitelnou kompetencí zdravotních pojišťoven, aby na tyto změny reagovaly změnou úhradových mechanismů a optimalizací sítě poskytovatelů zdravotní péče. Řešením je restrukturalizace sítě lůžkových zařízení spočívající v redukcí akutních lůžek a navýšení lůžek následné a dlouhodobé péče. Taková restrukturalizace má rovněž potenciál uvolnit personální zdroje a umožnit jejich efektivnější využití ke zvýšení produktivity zdravotního systému. Řešením naopak není umělé přebírání kompetencí ambulantního sektoru a zejména primární péče regionálními nemocnicemi a zakládání novodobých OÚNZ. Úvahy AČMN o zavedení národní zdravotní služby Rada poskytovatelů zcela odmítá. Cestou je pluralitní systém zdravotního pojištění, založený na soutěži jednotlivých zdravotních pojišťoven. Je proto nutné dokončit změnu započatou v devadesátých letech minulého století a posílit roli zdravotních pojišťoven přijetím odpovídající legislativy.