***Z Á Z N A M***

*z pracovního jednání poradního sboru ministra zdravotnictví České republiky*

***RADA POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE***

*dne 19. června 2018, v 16.00 hodin*

***Přítomni:***

* **za poskytovatele zdravotní péče**:

MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.

MUDr. Eduard Bláha

Mgr. Marek Hampel

PhDr., Robert Huneš

MUDr. Ilona Hülleová (zástupce MUDr. Milan Kudyn)MUDr. Zorjan Jojko

Bc. Ludmila Kondelíková

RNDr. Jaroslav Loucký

MUDr. Eduard Sohlich, MBA

doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.

MUDr. Petr Šonka

prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA, EBIR  
Ing. Jaroslava Kunová  
Ing. Daniel Horák   
MUDr. Martin Hollý, MBA

MUDr. Marek Slabý, MBA

* **za Ministerstvo zdravotnictví**:

Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, *ministr zdravotnictví*

prof. MUDr. Roman Prymula CSc., Ph.D., *náměstek pro zdravotní péči*

Ing. Helena Rögnerová*, ředitelka Odboru dohledu nad zdravotním pojištěním*

MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH, *náměstkyně ministra zdravotnictví*JUDr. Radek Policar,*náměstek pro legislativu a právo*

Ing. David Šmehlík, *poradce ministra zdravotnictví*

***Omluveni:***

Ing. Vladimír Drvota

MUDr. Václav Volejník, CSc.

Mgr. Michal Hojný

Mgr. Marek Uhlíř

Ing. Václav Moravec

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA

Ing. Jan Mlčák, MBA

***Program jednání:***

1. zahájení jednání
2. úhrada zdravotní péče v roce 2019 – Dohodovací řízení
3. odměňování lékařských a nelékařských pracovníků
4. poskytovatelé zdravotních služeb – podmínky výkonu
5. různé, diskuse
6. závěr jednání

**BOD 1 a 2 – zahájení, úhrada zdravotní péče v roce 2019 – Dohodovací řízení**

Vojtěch – úvodem poděkoval všem, kteří se zúčastnili dohodovacího řízení.

Svačina – znovuobnovení RP bylo velmi dobrý krok a i díky tomu, dopadlo Dohodovací řízení pozitivně.

Jojko - kdy bude úhradová vyhláška a do jaké míry bude synchronizována se seznamem výkonů?

Vojtěch – práci na úhradové vyhlášce jsem již zadal, materiál kolegové mají a chtěl bych, aby úhradová vyhláška byla vydána co nejdříve. Odhad je v průběhu července.

Šteflová - také poděkovala všem za účast na Dohodovacím řízení.

Všechny dohody shromáždíme, doplníme ještě centrové léky a bude i zkrácené připomínkové řízení. Ale nebude potřeba tomu dávat dlouhý čas. Nedojde k synchronizaci s vydáním vyhlášky seznamu zdravotních výkonu, která se vydává koncem roku. Nyní bude zřízena poslední pracovní skupina k pracovním výkonům. Pojišťovny budou vědět, že budou nové zdravotní výkony. Bude snaha, aby to pojišťovny zohlednili ve zdravotních pojistných plánech.

Dvořák – také poděkoval všem za účast na Dohodovacím řízení, poděkoval MZ a panu ministrovi.

**BOD 3 – odměňování lékařských a nelékařských pracovníků**

Šteflová - připravili jsme prezentaci, která shrnuje všechny dohody. Prezentace bude přílohou zápisu.

Příloha č. 1 - Odměňování je na posledním slidu.

Vojtěch – k odměňování ještě jedna důležitá věc, která je zmiňována ze strany odborů. My jsme dojednali příplatky za směnnost (poskytovatelé a pojišťovny). Důležité nyní bude, aby nemocnice tyto peníze vyplatili personálu.

Svačina - jedná se o plošné nesystémové navýšení

Bláha – týká se to nemocnic nebo poskytovatelů lůžkové péče u směnných sester? Protože to jsou 2 různé věci.

Vojtěch - akutní lůžková péče i následná péče

Bláha – lázeňská péče je někdy zařazena jako lůžková, někdy je jinde. My jsme dokonce přistoupili i na to, že v dětských lázních nebude žádné navýšení. I když tam sestry slouží na směny. A už vidím, že tyto sestry se budou bouřit.

Vojtěch – je to součást dohody

Bláha – Karlovarský kraj – objevují se náborové příspěvky pro zdravotnický personál, pro lékaře 400 tisíc, pro sestry 150 tisíc. A nejsou to náborové příspěvky, aby se lidé přestěhovali do regionu. Oni slouží dokonce k tomu, aby přetáhli zaměstnance z jiného zdravotnického zařízení. Ukazuje se, že nemocniční péče není hrazena jen ze zdravotního pojištění, ale   
i z našich daní.

Vojtěch – statistický úřad publikoval data za rok 2016, kolik peněz šlo do zdravotnictví - celkově 361 miliard. Z toho 273 miliard bylo veřejné zdravotní pojištění, 51 miliard soukromé výdaje, léky na předpis, doplňky stravy, stomatologie, a další dotace. My nemáme vliv na kraje, co dělají.

Dvořák – pokud jde dotace jen na jeden subjekt, tak poškozuje ostatní. Bylo by dobré se zaměřit na to, kam směřují veřejné peníze. Vede to pouze k přetahování pracovníků ze zařízení do zařízení.

Bláha – ukazuje to pouze na nesystematičnost. Péče není řízena

Šmehlík – zdravotní pojišťovny budou mít jednání se zástupci krajů pro zmapování, aby se systém rehabilitoval. Dotaz sítě – pojišťovny jsou vyzývány, aby síť kultivovaly a aktivním způsobem k tomu přistoupily. Dohodovací řízení otevírá cestu, protože se ukázalo, že pojišťovny jsou schopny se domluvit s poskytovateli.

Vojtěch – navázal na pana Šmehlíka – pojišťovna za to má odpovědnost. Tvorba sítě je jeden z příkladů, kde se musí zapojit kraje a pojišťovny. Osobně objíždím nemocnice a každá nemocnice ukazuje na jiné problém (z hlediska personálu, vybavení) a my to musíme řešit regionálně, ne plošně. Musíme se posouvat tak, aby se problémy řešily individuálně.

Nechci zasahovat do síťotvorby. Je to odpovědnost pojišťoven, a pokud se kraje a pojišťovny domluví a spojí dvě zařízení dohromady, nebudeme proti.

Šmucler – pochválil dohodovací řízení

Slabý – okomentoval příspěvky za směnnost. Ostatní poskytovatelé, kteří mají sestry, záchranáře ve směnném provozu, tak budou mít veliký problém. Sestry se budou bouřit   
a ptát se, proč příplatek může dostat sestra u lůžka v soc. zařízení a proč my, co také máme směnný provoz, jsme o 5000 Kč níže.

Vojtěch - kraje a města jsou jediní, kdo peníze má. My do krajů jezdíme a vidíme, jak na tom jsou. Stát má dluh a samosprávy jsou v přebytku.

Sohlich – příplatky si lidé zaslouží, protože dělají 24 hodin denně. My finanční prostředky dostaneme a našim lidem je dáme. V úhradách by měly být i odvody zaměstnavatele. Navýšení by mělo být tarifní.

Dvořák – ano, lidé pracují 24 hodin denně, ale na pracovištích je to různé. Někde mají jeden, čí žádný porod za noc a většinu služby prospí. Na jiném pracovišti se nezastaví celou noc.   
I proto jsou plošná přidání nesystémová a špatná.

Huneš – platí nebo neplatí toto zařízení u sester v pobytových zařízeních sociálních služeb? Pokud ne, bude to další problém. Narážím např. na seniorské domovy, kde je péče vyžadována 24 hodin denně. Sestry v domácí péči si budou také stěžovat. Bez nich se praktičtí lékaři v terénu také neobejdou.

Dvořák – navýšení jedné skupině poskytovatelů, vyvolá oprávněnou kritiku ostatních skupin.

Kondelíková - sestry dostanou navýšení a my nebudeme už moci konkurovat zařízení. Kvalita jde dolů a my už nejsem schopni nabídnout sestrám to co v nemocnici. Řešíme to s MZ   
a s pojišťovnami, ale situace je velice špatná.

Dvořák – vznikne jen redistribuce v daném regionu a poškodí to ostatní segmenty

Jojko – sester je obecně málo, nejsou prakticky nikde a my budeme mít problém s konkurencí. Pokud je filozofie taková, že má být zachováno lůžkové zařízení, tak to jiným způsobem nejde. Jen apeluji na to, zda musí být zachována všechna lůžková zařízení?

Dvořák – nedostatek sester je problém všech segmentů. Myslím si, že je minimálně v některých regionech nadbytek lůžkových i ambulantních zařízení a udržujeme zařízení, jejichž existence nedává ekonomický ani medicínsky smysl.

Vojtěch – má toto řešit ministerstvo? Toto mají řešit pojišťovny. Pro nás je samozřejmě důležité, aby péče byla zajištěna, na to musíme dohlížet.

Válek – jak víte, že máme málo sester? Jakým způsobem se to počítá? Na počet obyvatel, na počet lékařů? Já ani nevím, kolik máme sester a o kolik je jich méně, než by jich mělo být.

Vojtěch – co se týká sester, je to odhadový propočet ÚZISu a jiná data, ze kterých bychom mohli vycházet, nemáme. V přepočtu sester na obyvatelstvo na tom špatně nejsme   
a u lékařů je to ještě mnohem lepší.

Dvořák - všechna čísla, která jsou k dispozici, jsou vztažena ke stávajícímu počtu zdravotnických zařízení. Nedostatek personálu je tedy do jisté míry relativní.

Šonka – doktoři zde jsou, jen jde o to, udělat redukci sítě

Dvořák – síť je hustá a netýká se to pouze lůžkových zařízení. Pokud říkáme, že je nedostatek sester a lékařů, musíme také sledovat, kolik máme zdravotních zařízení.

Vojtěch – netýká se to jen nemocnic. Pojišťovny v minulosti selhaly v řízení sítě a staly se pasivními jak z hlediska úhrad, tak z hlediska tvorby sítě a to musíme změnit. Pojišťovny musí začít dělat to, co musí.

**BOD 4 – poskytovatelé zdravotních služeb – podmínky výkonu**

Dvořák – přednesl dva návrhy doc. Šmuclera:  
1/ Ambulantní zařízení ve vlastnictví alespoň z 51% lékaři k zajištění odbornosti. Jedná se  
 o stav obvyklý v zahraničí.

2/ Odborné zástupce často v ČR vykonávají cizinci z EU, kteří v ČR nepůsobí. Výkon funkce je naprosto formální a nelze zástupce zastihnout. Pokud by bylo možné toto omezit faktickým pobytem v ČR.

Otevřel diskusi, jak formalizovat pobyt? Přechodný pobyt, trvalý pobyt? A jak toto dozorovat?

Šmucler - odborný lékař by měl být garantem zařízení a měl by žít trvale v ČR. Máme tu případy, kdy majitel žije v cizině a zaměstnává Ukrajince bez praxe a vzdělání.

Dvořák – souhlasí a dodal, že by měl mít trvalý pobyt, ale i prokazatelně v tom zařízení pracovat. Pokud je to smluvní spoj s pojišťovnou, tak na to bič je. Pokud není, tak bychom se mohli MZ dotázat, jak by nám v tom mohlo pomoci.

Sohlich - zákazy v tomto nepomohou a ba naopak, se to ještě zhorší a je to proti nesvobodnému podnikání. Pokud v nemocnici zřizujeme novou ambulanci, krajský úřad vyžaduje doložit všechny dokumenty, včetně toho, kdo ambulanci bude odborně zastupovat. Zákon pro zdravotnictví je jednoznačný.

Válek - při výběrovém řízení by měl být zástupce odborné společnosti. A pokud si nejsme jisti, předkládáme výboru k hlasování.

Dvořák – není to problém odborné společnosti, ale pojišťovny. Uchazeč se někdy ani nedozví, jak kdo hlasoval.

Prymula – nemůžeme měnit legislativu stran vlastnické struktury, v ten moment tady budeme mít stížnosti. Existuje spousta odborných garantů, kteří jsou vzdáleni třeba i 200 km a na pracovišti nejsou přítomni. Pokud by to pojišťovny hlídaly, tohle by se nestalo. Jsou tu uzavírány smlouvy proti zdravému rozumu a vznikají zařízení v lokalitách, kde jich není potřeba.

Sohlich – byly dvě snahy o redukci sítě; administrativní – v lůžkové péči a ekonomická - úhradové vyhlášky (2013). Nyní je snaha o personální redukci. Naše asociace souhlasí  
s redukcí z důvodu personálních nedostatků. Nerozumím tomu, že existují zdravotnická zařízení, kde mají fiktivního garanta, když pojišťovny mají kontrolu nad počtem úvazků   
u lékařů.

Válek – vyhláška je jasně definována, kdo co může dělat. My nejdříve musíme udělat kontrolu legislativy a alespoň v části oborů zjistit kompetence a co je náplň práce.

Rögnerová – výkony zatím nejsou navrženy. Jednání budou pokračovat příští rok, budou pokračovat i přes dohodovací skupinu. Musíme začít psát i seznam zdravotních výkonů. Dokázali bychom se podívat na pojišťovnách, kde vznikly nové smlouvy. Máme 3 kontrolní skupiny a kontroly na pojišťovnách už byly, nyní to zkusíme cíleně analyzovat. Pojišťovny by to i dokázaly zkontrolovat, ale my musíme vytvořit klima ve společnosti. Pojišťovny se bojí zavřít zařízení. My se musíme podívat na personální vyhlášky a na technické vybavení a chtít opravdu kvalitu.

Vojtěch - musíme jít přes kritérium kvality. Je to lepší cesta, která se bude i lépe komunikovat na veřejnost.

Šmehlík – veřejná odbornost si také musí uvědomit, zda chce v kraji několik nemocnic se špatnými podmínkami, nebo jednu nemocnici se špičkovou kvalitou a dostatkem personálu.

Dvořák – I minimální redukce pomůže. Profitovat budou nejen zbylá zařízení v regionu, ale hlavně pacienti.

Jojko – nebyla by použitelná ustanovení o externích kontrolách v rámci zákona o zdravotních službách? Na to může mít MZ přímý vliv. Dle certifikátu by lidé mohli poznat, do jakého zařízení jít nebo nejít.

Dvořák - mohli bychom se zaměřit na pozitivní reklamu u těch, kteří projdou auditem.

Loucký - existuje mezinárodní norma ISO 15189, která udává, jak akreditovat laboratoře. Laboratoře jsou nuceny se personálně zabezpečit, kvůli kontrolám ČIA. Bohužel, zavádění těchto systému je velmi drahé. Systém akreditace je nesrovnatelný s žádným státem v Evropě.

Prymula – dokud existovala pouze sjednocená akreditační komise, cena za nemocnice byla jeden milion korun. Když vzniklo více komisí, cena dramaticky klesla a my tím přicházíme   
o spoustu peněz.

Kudyn – malá zařízení, kde je jeden lékař a sestra, mají potíže se akreditovat. Vnímáme tlak na to, o co se snažíme – vznik malých praxí, které by se spojily. Sdružené praxe pak budou schopny akreditace, certifikace apod.

Vojtěch - v Rakousku jdou stejným směrem. Vznikají centra primární péče, kde jsou 3 lékaři dohromady, asistentka a je tam garance otevření od 7hod. do 19hod. Jsou to sdružená centra, která péči poskytují komplexně.

Dvořák – k tomuto je nemůžeme tlačit. Můžeme je motivovat, říkat na seminářích a oni k tomu časem sami dojdou.

Šmucler – ve stomatologii chceme zavést pouze denní pohotovost místo noční. Měli bychom nastavit standardy u každého oboru, zda se tam v noci musí sloužit, či nemusí. V nemocnicích je mnoho lidí přes noc zbytečně.

Dvořák – kritéria pro provoz oddělení stanovovala odborná společnost. Pokud to bude proti odporu komory, tak s tím nic neuděláme. Souhlasím s tím, že spousta lidí v nemocnicích spí zbytečně. Např. den předen před operací.

Šonka – komplexní centrum je dobrá cesta do budoucna, jen tomu musíme stanovit podmínky.

Jojko – selhalo tehdejší vedení MZ, když rozdávalo certifikace. ISO je o zásuvkách, nikoliv   
o kvalitách zdravotní péče. Přesto se o tom mluví jako o jednom z hledisek kvality péče. Předtím musí přicházet motivace finanční, aby se lidem do toho chtělo.

Dvořák - ISO je evropská norma. Donutí dodržovat legislativu a každé zařízení zjistí, jak moc ji nedodržovalo.

Loucký – certifikace a akreditace jsou dva různé procesy

Válek - proběhly externí klinické audity – radiodiagnostiky, apod. výsledky jsou k dispozici na MZ

**BOD 5 – různé**

Šonka

**1.1** **Pacientský souhrn** (nestihli jsme probrat na posledním jednání)

**1.2** **Vzdělávací vyhlášky**: základní  kmeny a vzdělávací náplně jednotlivých specializací

**1.2 – Vzdělávací vyhlášky:**

Vyhlášky o kmenech a specializačním vzdělávání nebudou hotové v červnu, tak jak měly být. V reálu to znamená, že máme připravený pro mediky vzdělávací program. Dodnes nemáme vyhlášku o tom, co je schopen dělat student medicíny, co je schopen dělat lékař po kmeni   
a co je schopen dělat lékař ve specializační přípravě. Máme neplatné akreditace.   
Na nový program akreditace nemáme a pobíráme dotace. Řeklo se, že se vše vyřeší dodatečně, ale protahuje se to o další rok. Výkon odboru pro vzdělávání je na MZ nedostatečný a proč to nelze dotáhnout do konce?

Prymula – za většinu problému mohou odborné společnosti, které se nejsou schopny domluvit. Vyhláška o kmenech nyní opouští legislativu a jde do mezirezortů. Do 30. 6. se to nestihne, ale bude to pak otázka několika týdnů po tomto termínu. Určitě to nebude koncem roku 2018. Systém je nastaven tak, že vyhláška bude obsahovat zpětnou akreditační platnost. Pokud se pracoviště zpětně na tuto vyhlášku akredituje, tak dva roky zpět mu akreditace bude uznána.

Dvořák - není to věc současného MZ, ale komisí. Pokud se akreditační komise neshodne, úředník na MZ s tím nic neudělá.

Šonka - řešíme, aby mladí lékaři neutekli do zahraniční, na druhou stranu jim nejsme schopni říci, co jim po ukončeném studiu medicíny můžeme nabídnout.

Prymula – nyní to funguje tak, že komise si zvolí korespondenčně předsedu. Akreditační rady pak nemají čas se přes prázdniny sejít. Takhle to nejde a my je budeme muset rozpustit   
a zvolit znovu.

Válek - zákon platil v březnu a jmenování do nových komisí byl v listopadu. Proč tehdejší ministr MZ nejmenoval s předstihem členy akreditační komise? Proč tam byla tak velká pauza? Fakulty navrhují členy do komise. MZ jmenuje členy do komise. Akreditační komise se kdysi dávno se scházela a hlasovala korespondenčně. MZ ale rozhodlo, že jednání musí být na půdě MZ, což je problém. Musí být jasně řečeno, že vyjdou kmeny, ale jakým způsobem budou realizovány akreditace zařízení. Bude akreditace po kmenech, nebo po oborech?

Prymula – akreditace bude po kmenech.

Šonka – akreditace v lůžkovém zařízení by se mohla zjednodušit v administraci. Je zbytečné dokládat znovu veškeré doklady, když MZ už je jednou dostalo. Ulehčilo by to práci nám   
i odborům.

Prymula – snaha o zjednodušení byla, ale pak se ukázalo, že z hlediska legislativní dokumentace to nelze. U rezidenčních míst je to podmíněno dotací, která musí být doložena.

Šonka – pokud ale na MZ podáváte žádost o akreditaci, musíte dokumenty nahrát na cd   
a nesmíte to podat datovou schránkou. Dle mého názoru, je toto špatně a chtěl bych požádat MZ, aby toto zkontrolovalo.

Prymula – situaci s datovou schránkou prověříme

**1.1** **Pacientský souhrn**

Šonka – emergentní data – na MZ na této věci pracuje několik pracovních skupin. IT co připravují, je z hlediska poskytování péče peklo. Souhrn obsahuje mnoho kolonek se zbytečnými informacemi, které jen zdržují lékaře od práce. Souhlasím, aby se data sbírala dle evropské normy, ale jen v nezbytné podobě (diagnóza, alergie, léky).

Dvořák – na příští RP by měl někdo z tvůrců prezentovat doporučení a výsledky.

Šonka – zapojíme do toho pojišťovny, protože ony všechna data mají.

Vojtěch – na příští jednání RP navrhuji bod elektronizace zdravotnictví (lékový záznam, novela o léčivech, pacientský souhrn, iHealth)

**Příští jednání Rady poskytovatelů se uskuteční v září (termín bude upřesněn)**