

**Zápis z jednání Rady poskytovatelů
dne 20.6.2023 od 16:00h**

Přítomni na MZ:

ministr zdravotnictví – prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA, EBIR
MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.
MUDr. Petr Šonka
Ing. JUDr. Miloslav Ludvík, MBA
MUDr. Zorjan Jojko
MUDr. Václav Volejník, CSc.
Bc. Ludmila Kučerová
Mgr. Marek Hampel
Ing. Daniel Horák
PharmDr. Zdeněk Blahuta, MHA
MUDr. Jiří Pekárek
MUDr. Ilona Hülleová
Ing. Václav Moravec
Bc. Kamil Doležel
PhDr. Robert Huneš
MUDr. Dalibor Štambera
Doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.
prof. MUDr. Pavel Jansa, Ph.D.
PhDr. Mgr. Jan Bodnár, LL.M.
MUDr. Renata Knorová
Mgr. Barbora Poláková
Ing. Jan Michálek
Mgr. Kateřina Grygarová
Mgr. Matyáš Fošum
Mgr. Tomáš Troch
Mgr. Blanka Kavková
MUDr. Jan Wolf, MBA
Václav Pláteník
Mgr. Jakub Dvořáček
Dominika Brožíková

Přítomni webex:

MUDr. Eduard Sohlich, MBA
Ing. Vladimír Drvota
Mgr. Michal Hojný
Mgr. Monika Marková
RNDr. Jaroslav Loucký, Ph.D., LL.M.
MUDr. Eduard Bláha

Omluven:

MUDr. Marek Slabý, MBA

PROGRAM

- 1. Výsledky Dohodovacího řízení o úhradách péče pro rok 2024 – MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.**
- 2. Současný stav a perspektivy primární péče – postup připomínkového řízení - MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D, Ing. Mgr. Venuše Škampová**
- 3. Zrušení administrativy pro nemocnice směrem k MZ – Ing. Jan Michálek**
- 4. Podpora funkčních kurzů – MUDr. Irena Maříková, MBA, Mgr. Barbora Poláková**
- 5. Bezpečnostně technické kontroly - vyjádření – Ing. Helena Rögnerová**
- 6. Informace o JPL a žádost o zřízení pracovní skupiny – MUDr. Dalibor Štambera**
- 7. Dotační tituly na rok 2023- Mgr. Bc. Kateřina Grygarová**

Různé:

- **Metodický pokyn k přítomnosti zákonných zástupců a osob blízkých u dětí při poskytování zdravotních služeb**
– MUDr. Václav Volejník, CSc.

1. Výsledky Dohodovacího řízení o úhradách péče pro rok 2024 – MUDr.

Vladimír Dvořák, Ph.D.

Dvořák – Ocenil bych seznam od MZ dohodnutých a nedohodnutých poskytovatelů.

Troch – Shrnutí: V dohodovacím řízení na rok 2024 byly v jeho závěrečné fázi dosaženy celkem 4 dohody mezi plátcí a poskytovateli na růstu úhrad ve výši 5 %, a to v následujících segmentech:

- Skupina poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče
- Skupina poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb
- Skupina poskytovatelů lékařenské a klinickofarmaceutické péče
- Skupina poskytovatelů zdravotnické dopravní služby

Zároveň v závěrečné fázi dohodovacího řízení byly vytvořeny kompromisní společné návrhy mezi zástupci VZP a poskytovateli na růstu úhrad ve výši 8 %. Segmenty s dohodou (viz výše) rovněž souhlasí s navýšením úhrad o 8 %. Z důvodu nesouhlasu zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven se však nejedná o dohody, ale o nedohody, a to v následujících segmentech:

- Skupina poskytovatelů mimolůžkových laboratorních a radiodiagnostických služeb
- Skupina poskytovatelů akutní lůžkové péče, dalších zdravotních služeb poskytovaných v nemocnicích a lékařské pohotovostní služby
- Skupina poskytovatelů následné lůžkové péče
- Skupina poskytovatelů fyzioterapie - nelékařských profesí
- Skupina poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a zdravotní péče v ozdravovnách
- Skupina poskytovatelů ambulantních stomatologických služeb
- Skupina poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a přepravy pacientů neodkladné péče

V následujících třech segmentech nepadla dohoda ani nebyl vytvořen společný návrh na úhradu:

- Skupina poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (zejména klinických psychologů a klinických logopedů) a ortoptistů
- Skupina praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost
- Skupina poskytovatelů domácích zdravotních služeb

Více informací o dohodách, společných návrzích a zápisech z jednání lze nalézt na internetových stránkách dohodovacího řízení: <https://www.dr2024.cz/>

Troch – Poděkování za průběh dohodovacího řízení. Další postup bude dle zákona, zhodnotíme dohody. Ti, co se nedohodli, budou mít pravděpodobně nižší úhrady.

PM – Velmi bych ocenil, kdyby se již teď začalo diskutovat o následujících dohodovacích řízeních. Nebavit se konkrétně o procentech, ale o konkrétních námětech, co zlepšit v péči. Možnost dohodnout se o strategii na další dva roky.

Dvořák – Deklaruji, že my s tou debatou začínáme již o prázdninách.

Bodnár – Podporujeme zamyšlení se nad návrhy na následující roky.

PM – Je nějaká strategie, chtěl bych zdůraznit, že předložím v příštím roce zákon o zdravotním pojištění a o zdravotních pojišťovnách. Primární péče je pro nás prioritou. Velmi bych ocenil zamyslet se nad změnou a využít možnosti zkultivovat model DŘ i v dlouhodobějším horizontu. Tímto bych tento bod ukončil.

Šmucler – My, jako stomatologové, máme schůzi k dohodovacímu řízení pravidelně už pátým rokem. Mělo by se pracovat na přílohách zákona 48/97 sb.

Knorová – Je tedy nutné změnit jednací řád.

Dvořák – Změnit jednací řád DŘ není tak jednoduché, ale velmi by to pomohlo.

Troch – Jednací řád je plně ve vašich rukou, pokud ho chcete změnit, teď je příležitost dát podněty při otvírání zákona 48.

Dvořáček - Jaký z toho plyne závěr?

Dvořák – Každý by si v rámci svého segmentu měl ujasnit, k čemu má mandát. Během července a půlky srpna je třeba si online sdělit a odhlasovat, k čemu máte mandát a jaké změny byste podpořili.

2. Současný stav a perspektivy primární péče – postup připomínkového řízení - MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D, Ing. Mgr. Venuše Škamповá (Kavková)

Dvořák – V celé primární péči jsme byli v konsensu zvyšovat kompetence. Věkový průměr lékařů primární péče je vysoký ve všech jejích segmentech. Je třeba přestat akcentovat pouze dostupnost lékařské péče. Vhodnější je řešit kvalitu péče. V primární péči je na čase mluvit s plátcem o tom, jak si oni představují optimální stav, co postrádají a ty segmenty primární péče řeknou, jestli to mohou nabídnout a jaké si představují ohodnocení. Nemělo by to být jednostranné. Tato debata se aktuálně rozbíhá, ale je samozřejmé, že než se všechny zásadní změny promítnou, bude to trvat. Apeluji na to, aby se brala primární péče jako celek.

Hampel – Na minulé radě bylo otevřeno téma, zda lékárenská péče je součástí a bylo řečeno, že lékárny nejsou v primární péči. Já jsem pro, aby byly. Bylo by vhodné to prodiskutovat. Role lékárníka se časem mění a potenciál je tam velký.

PM – Co je primární péče, je jasně definováno, o tom nemá smysl debatovat. V žádném případě necítím politické ambice v tomto směru. Co se týče primární péče, jde o dostupnost, ale především o kvalitu. Jsem připraven diskutovat o časové dostupnosti, termínech a kvalitě. Chci posunout debatu směrem k objednacím dobám a přednostních termínech u akutních případech.

Dvořák – Celkově je u nás velmi dobrá dostupnost i čekací lhůty na termíny (objednací doby). Pro informaci proběhlo sezení k reformě primární péče, prosím o shrnutí pana doktora

Šonku.

Šonka – Prošla se agenda k doplnění jednotlivých bodů, zadaly se úkoly a další termín jednání by měl být v září/srpnu.

Dvořák – Zástupci primární péče se budou scházet mimo RP, když k něčemu dospějí, budeme informováni na dalších jednáních.

3.Zrušení administrativy pro nemocnice směrem k MZ – Ing. Jan Michálek

PM – Vyzval členy poskytovatelů, aby sami stanovili, jaké administrativní úkony zrušit – MZ se pokusí vyhovět tam, kde to půjde.

Michálek – (připravil si k tomuto tématu prezentaci)

V první řadě musíme oddělit administrativní zátěž vyplývající ze zákona, vyhlášek, nařízení vlády atd. a pak povinnosti nad rámec zákona, které si vygeneruje úřad (MZd), protože má pocit, že je to důležité. Dostali jsme za úkol zmapovat, co po nemocnicích, respektive po poskytovatelích, chceme a nyní odevzdané materiály studujeme. Z analýzy vyplynulo, že většina těch požadavků odpovídá schématu „poskytovatelé něco chtějí/potřebují – MZ říká vyplňte nějaký „formulář“ – se to týká například dotací, akreditací, center vysoce specializované péče, přístrojové komise atd. Specifické je to pak pro příspěvky, rozpočet nebo účetní uzávěrky, zkratka veřejnosprávní kontrola, to je ta administrativa, které se nezbavíme.

Kdybych měl to zadání pana ministra nějak shrnout. Nepožadovat věci duplicitně.

Nepožadovat informace, se kterými se dále nepracuje. Každý má tedy za úkol zamyslet se nad „historickými“ sběry dat a vyhodnotit, zda jsou stále potřeba a jestli je někdo používá.

Ludvík – Největším nepřítelem a byrokratickým producentem je GDPR. Já mám vlastně dvě poznámky: 1. V době, kdy se používají datové schránky, proč se požadují ověřené podpisy a druhá poznámka se týká výpisů z rejstříku trestů, které se přikládají takřka úplně ke všemu – ke grantům, žádostem o dotace, ke všem těmto záležitostem.

PM – Děkuju, takže máme tu dva podněty. Jednak ověřený podpis a druhý, jestli musí být u žádostí výpis z rejstříku trestů – kdo to vymyslel a kde je ze zákona ta povinnost, minimalizujme to jen na prostor, kde to vyžaduje zákon.

Ludvík – Ještě bych poprosil o jednu podporu, a to je zákon č. 106, protože to je další obrovský objem administrace.

PM – Se zákonem č. 106 bohužel nic nezmůžeme.

Dvořák – Administrativy přibývá a rozhodně jí ještě nikdy nebylo. Celkovým objemem administrativy nejsou ambulantní zařízení srovnatelná např. s lůžkovými zařízeními, ale běžný poskytovatel ambulantní péče nemá na administrativu personál a zabere mu to spoustu času, po který by měl léčit. Dost často jsou po nás požadovány údaje, které už jsme dodali, které se nemění a jsou také veřejně dostupné. Jsou vyžadována data, která se sbírají a která se, pokud vím, ve světě skoro nikde nesbírají a pak se z nich dokonce vyvozují nějaké konsekvence.

PM – Proto to chceme vyčistit a chci, abychom se pobavili o tom, co považujeme za nadbytečné a zredukovali to.

Šonka –K tomu seznamu pana ředitele Michálka, jestli by se tam dalo připsat – nechtít

doklady veřejně dostupné a chybí nám nějaká elektronizace akreditačního řízení.

PM – Já v každém případě chci, aby se akreditační komise elektronizovala. Změnu akreditačního systému chystáme, ale je třeba něco udělat i s formálními náležitostmi – formuláře, žádosti atd.

Šonka – Ještě jedna podstatná připomínka, která se k nám dostává z různých zdrojů – řešíme patientský souhrn, strukturovanou patientskou dokumentaci. Přišly informace o tom, jak by se měl tvořit patientský souhrn od pana vrchního ředitele Blahy a na to chci říct, že není v kapacitách primární péče přepsat data ve strukturované podobě z toho, co máme v dokumentaci.

PM – Ano, ale primární péče nedělá závěrečnou zprávu ani patientský souhrn. Technicky se bavíme v rámci evropských peněz o projektu digitalizace zdravotnictví a ta má svoje standardy. V brzké době budeme vypisovat projekt, kdy nemocnice a zdravotnická zařízení budou moc žádat o peníze z grantu na software a všechny nemocnice budou muset standardizovat a digitalizovat.

Volejník – K té administrativě – já jsem ekolog. Každého čtvrt roku píšeme hospodářské výsledky a posíláme hlášení. Posíláme to digitálně, posíláme to i papírově. Já se ptám, proč je povinnost stále v době digitální zasílat papírové štosy každý čtvrtrok, kdyby alespoň jen zkráceně jednou za rok.

Michálek – Od příštího roku už papírovou formu zrušíme.

PM – A co archivace?

Michálek – Archivace je samozřejmě povinná, ale bude digitální.

PM – Chceme, aby maximum toho, co vás napadne, na jakékoliv radě poskytovatelů zaznělo.

4.Podpora funkčních kurzů – MUDr. Irena Maříková, MBA, Mgr. Barbora Poláková

Maříková – IPVZ v současnosti eviduje 40 návrhů a námětů na kurzy, od 18 ti odborných společností/ oborů. Tyto funkční kurzy mají ze zákona stanovenou délku 1-6 měsíců, následně se skládá závěrečná zkouška před komisí a jsou garantované. Na základě úspěšného složení zkoušky získá absolvent licenci funkčního kurzu. V tuto chvíli, jsou náměty na kurzy zejména z oborů zaniklých např. dětská traumatologie.

PM – Funkční kurz nemůže být náhradou atestace ani atestační přípravy, může být prohloubením nebo rozšířením znalostí.

Šmucler – Souhlasím, jen je třeba to vysvětlit veřejnosti a nastavit hranice.

PM – Funkční kurzy jsou definovány zákonem č. 95/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti vykonávání zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta §21i, §21j, §21k, §21l.

Problém je, že se organizuje spousta kurzů různými subjekty a nazývají je funkčními kurzy.

PM doporučil, aby vzdělávací programy navržených kurzů byly k posouzení předloženy příslušným akreditačním komisím.

5. Bezpečnostně technické kontroly – vyjádření – Ing. Helena Rögnerová

Wolf – shrnutí: Zákonná úprava

Nařízení (EU) 2017/745, o zdravotnických prostředcích (dále jen „MDR“).

Zákon č. 375/2022 Sb., citace níže obsahují pouze vybrané části zákonné úpravy:

§ 45, odst. 1:

Bezpečnostně technickou kontrolou se rozumí realizace pravidelných úkonů směřujících k zachování bezpečnosti a plné funkčnosti prostředku.

§ 45, odst. 2:

Za elektrické zařízení se pro účely tohoto zákona považuje zařízení, u něhož může dojít k ohrožení života, zdraví nebo majetku elektrickým proudem. Elektrická kontrola prostředku se provádí způsobem stanoveným výrobcem; pokud není postup výrobcem stanoven, použije se postup popsáný v technické normě upravující zdravotnické elektrické přístroje.

(ČSN EN 62353, ČSN EN 61010-2-101 ed. 2. - *Zdravotnické elektrické přístroje – Opakované zkoušky a zkoušky po opravách zdravotnických elektrických přístrojů.*)

§ 45, odst. 3:

BTK se provádí v rozsahu a četnosti stanovené výrobcem.

****více viz. příloha na konci zápisu**

6. Informace o JPL a žádost o zřízení pracovní skupiny – MUDr. Dalibor Štambera

Štambera – Materiál byl rozeslán, je to na MZd.

Cílem je sjednotit tuto agendu. Návrh zřídit neoficiální pracovní skupinu se zástupci svazu, VZP a dalšími partnery, kde se to konkrétně projedná, ideálně v červenci.

Bodnár – Nabídl VZP jako organizátora série jednání k tomuto tématu a dále to bude řešit ve spolupráci s příslušnými OS, Radu poskytovatelů bude průběžně informovat o postupu.

7. Dotační tituly na rok 2023- Mgr. Bc. Kateřina Grygarová

Prezentace:

Paní ředitelka Grygarová na úvod shrnula zdroje a rámce, ze kterých vychází možnost čerpání Evropských strukturálních a investičních fondů. Upozornila, že dotační možnosti jsou široké a oblastí které lze podpořit, je mnoho, přičemž doporučila schéma, které lze najít na stránkách MZČR, kde jsou přehledně dotační programy rozepsány.

Role ministerstva zdravotnictví je jednak jako odborný garant (např. u Regionálního operačního programu 2021-2027 a operačního programu Zaměstnanost plus), dále vystupuje jako poskytovatel dotace pro příspěvkové organizace, jako realizátor systémových projektů resortu a MZ je také řídicím orgánem pro komponenty 6.1. a 6.2. Národního plánu obnovy.

Integrovaný regionální operační program 2021–2027 patří k největším projektům. Pro resort zdravotnictví je z tohoto programu určeno necelých 10 mld. Kč. Priority resortu zdravotnictví

v tomto resortu jsou primární péče, integrovaná péče ve smyslu integrace zdravotních a sociálních služeb a podpora ochrany veřejného zdraví. Kromě zdravotnictví je zde možné také čerpat podporu pro IT například v oblasti kyberbezpečnosti. Na přelomu roku 2022 a 2023 byly vypsané 3 výzvy. Jedná se o podporu rozvoje a dostupnosti zdravotní péče s alokací cca 1,9 mld. Kč, dále Podpora rozvoje a dostupnosti paliativní péče s alokací cca 280 mil. Kč a výzva na Podporu rozvoje a dostupnosti akutní a specializované lůžkové psychiatrické péče s alokací 700 mil. Kč. V listopadu letošního roku je plánovaná ještě výzva na podporu vzniku základní sítě infekčních klinik a oddělení s alokací cca 1,8 mld. Kč. V roce 2024 se plánují výzvy na podporu rozvoje a dostupnosti komunitní psychiatrické péče s alokací 141 mil. Kč, dále výzva na podporu Vzniku a modernizace urgentních příjmů ČR s alokací 3,7 mld Kč, Podpora ochrany veřejného zdraví s alokací 500 mil. Kč a Podpora integrované onkologické péče s alokací cca 467 mil Kč.

Druhým největším programem je Národní plán obnovy, kde na rozdíl od projektů financovaných z Evropských peněz je proplacení financí podmíněno naplněním cílů a milníků. Ministerstvo zdravotnictví je vlastníkem 2 komponent a to komponenty 6.1 Zvýšení odolnosti systému zdravotní péče a 6.2 Národní plán na posílení onkologické prevence a péče. V tomto roce byly vyhlášeny 2 výzvy. Výzva 6, která byla vyhlášena v lednu letošního roku na podporu sítě pracovišť komplexní rehabilitace s celkovou alokací 1,1 mld. Kč. A následně byla vypsaná v květnu výzva 8 – Rozvoj vysoce specializované hematoonkologické a onkologické péče s celkovou alokací 3,57 mld. Kč. Na přelomu června a července by měla být vypsaná 7. výzva na podporu akutní rehabilitace v návaznosti na centrovou péči. Dále by měla být vypsaná výzva na podporu a zvyšování kvality preventivních screeningových programů II se zaměřením na kolorektální karcinom a karcinom plic s alokací 230 mil. Kč, posílení a rozvoj kapacit simulačních center s alokací 158 mil. Kč a podpora a rozvoj poskytovatelů geriatrické péče včetně geriatrické péče ambulantní s alokací 3,29 mld. Kč. Částky jsou uváděny bez DPH s tím, že DPH jde k tíži příjemce.

Operační program Zaměstnanost plus 2021-2027 je řízen MPSV je zde pro zdravotnictví alokováno asi 2,7 mld. Kč z celkových cca 49 mld. Kč. Jedná se o neinvestiční finanční prostředky, které lze využít na systémové projekty. Hlavní témata tohoto programu jsou reforma péče o duševní zdraví, personální stabilizace a vzdělávání, zvyšování kvality a dostupnosti péče o zvláště ohrožené pacienty a prevence.

Různé:

Metodický pokyn k přítomnosti zákonných zástupců a osob blízkých u dětí při poskytování zdravotních služeb

– MUDr. Václav Volejník, CSc.

Volejník – Požadavek na vznik pracovního setkání, který by poskytovatelům vysvětlil, jakým způsobem se tato metodika má v praxi naplňovat.

Dvořáček – Souhlas s uspořádáním pracovního setkání, bude v gesci pana náměstka Pavlovice.

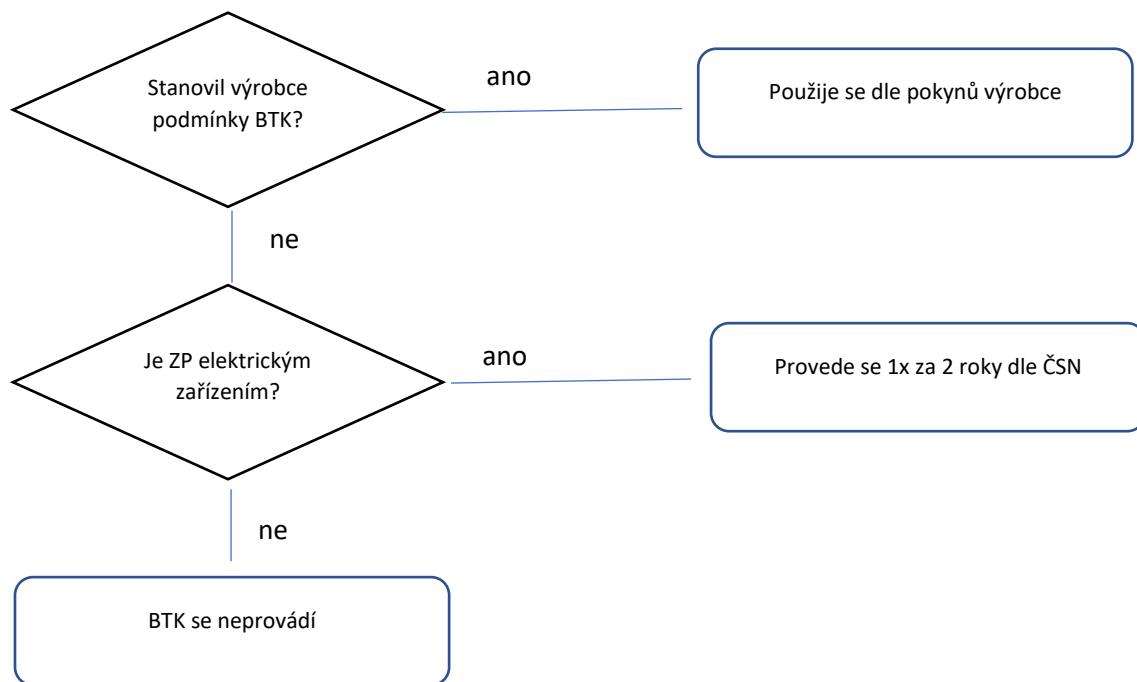
Loucký - Je na MZCR nějaká zodpovědná osoba nebo odbor, který se zabývá problematikou IVD-R, resp. jejím uvedením do praxe?

PM – Není.

Zpracovala: Dominika Brožíková

**Příloha k bodu 5:

Grafické znázornění rozhodovacího algoritmu



Otázky a odpovědi

1. je nutné kontrolovat bezpečnost přístrojů, u nichž pacientská jednotka je napájena baterií s nízkými proudy (např. Holter EKG).

Odpověď: Pouze pokud tak stanoví výrobce nebo v případě, kdy proud baterie může vést k ohrožení života, zdraví nebo majetku.

2. je nezbytné kontrolovat funkčnost i u přístrojů, u nichž běžný uživatel lehce pozná, zda fungují dobře nebo ne (např. rtuťový tonometr)

Odpověď: Pouze pokud tak stanoví výrobce nebo pokud by šlo o elektrické zařízení.

3. by nebylo možné, aby frekvenci kontrol neurčoval svévolně výrobce, ale aby bylo stanoveno, že nemá být častěji než 1x za dva roky (u některých přístrojů to stačí, jiní výrobci téhož chtějí kontrolovat ročně)

Odpověď: Jedním ze základních pilířů, na kterých stojí nová evropská právní úprava (MDR), je přesun odpovědnosti za funkčnost a bezpečnost zdravotnických prostředků po celou dobu jeho použitelnosti na výrobce těchto prostředků. Výrobce má tak právo zvolit si způsob jejich zajištění a není možné do těchto práv zasahovat na úrovni jednotlivých členských států. Na druhou stranu poskytovatelé zdravotních služeb (dále jen „PZS“) si mohou zvolit, jaký ZP pořídí. Důrazně doporučujeme zohlednit při pořízení zdravotnických prostředků nejen náklady na jejich pořízení, ale náklady celého životního cyklu („total cost of ownership“; TCO).

4. by nemohli mít výrobci povinnost ručit za bezpečnost a funkčnost po dobu minimálně záruky na nový přístroj a nebylo by tedy nutné BTK provádět hned rok po koupi.

Odpověď: Výrobci ručí za bezpečnost a funkčnost, a to nikoliv pouze po dobu záruky, ale po celou dobu použitelnosti. BTK je předepsaným úkonem údržby ZP (obdobně jako např. správné skladování). Ve smluvních vztazích s dodavatelem ZP lze zohlednit i podmínky jejich následné údržby, např. sjednat hodinové sazby běžných servisních úkonů a bezpečnostně technických kontrol nebo ceny obvyklých náhradních dílů; případně včetně inflační doložky.

5. by nebylo možné, aby u některých přístrojů mohli BTK provádět i jiní pracovníci, že od výrobce (např. u postelí funkčnost zámečnická a případnou elektrickou bezpečnost el. ovládání elektrikář).

Odpověď: Je to nejen možné, ale dokonce běžné a ministerstvo takovou praxi vítá a podporuje. Podmínkou je však dohoda s výrobcem, obvykle přes výrobcem pověřenou osobu, o poskytnutí školení pro pracovníky, kteří budou tyto služby na lokální úrovni zajišťovat. Dále je třeba zajistit u těchto osob odpovídající odbornou způsobilost dle § 45 odst. 4 zákona.

Například běžná praxe v Rakousku je, že BTK zajišťují specializované servisní firmy, jež disponují kvalifikovaným a smluvními výrobci ZP proškoleným personálem, tak systémem řízení kvality dle národní právní úpravy.

6. by nemělo být jasně kontrolovatelně definováno, co a jak má být a čím kontrolováno (kontrola EKG běžně probíhá tak, že technik přijde, připojí na elektrody jakýsi přístroj, přičemž po cca 5 minutách odchází, ale poskytovatele to stojí 3 tisíce Kč)

*Odpověď: Je třeba vzít v úvahu, že daný měřicí přístroj může mít speciální povahu, s vysokou pořizovací cenou. Cena za BTK však musí zohledňovat obecnou právní úpravu v oblasti tvorby cen kon č. 526/1990 Sb., o cenách), která za poskytnutí jakékoliv služby připouští zohlednit **přiměřený zisk**. Pokud v konkrétním případě dojde PZS k podezření, že účtovaná cena není přiměřená rozsahu poskytnuté služby, může žádat poskytovatele služby vysvětlení, případně v tomto smyslu kontaktovat příslušné kontrolní orgány podle zákona o působnosti orgánů České republiky v oblasti cen (dle § 3 tohoto zákona by jím byl v uvažovaném případě specializovaný finanční úřad) a dále oznámit takové jednání na vědomí odboru léčiv a zdravotnických prostředků ministerstva (e-mail: olzp@mzcr.cz).*

7. by nebylo vhodné, aby výrobci měli povinnost pravidelného servisu např. 5 let od prodeje přístroje. Samozřejmě by cena toho servisu byla promítnuta do ceny přístroje, ale definovaně ke dni prodeje, nebyla by svévolně každý rok měněna.

Odpověď: Toho lze dosáhnout soukromoprávní cestou. Např. určit tuto podmínku v kupní smlouvě, případně jako podmínku v zadávací dokumentaci veřejné zakázky.

8. Je možné vyžadovat po PZS doložení dodržení správné skladovací praxe zdravotnického prostředku v období předcházejícímu jeho převzetí od dodavatele?

Odpověď: Nikoliv, každý článek dodavatelského řetězce je zodpovědný za správné skladování (do něhož se započítává i přeprava) pouze v rozsahu od převzetí do předání. Je však třeba pamatovat na sjednané obchodní dodací podmínky (tzv. „INCOTERMS“), které v některých

případech mohou určit rozhodný okamžik převzetí kupujícím odlišně od okamžiku fyzického převzetí pracovníkem MTZ. Například, pokud PZS pořídí zdravotnický prostředek s dodací podmínkou „EXW“, je povinen zajistit jeho správné skladování před, během i po přepravě na vlastní odpovědnost a dozorový orgán (SÚKL) má pak plné právo žádat doložení splnění této povinnosti.

Zpracoval:

MUDr. Jan Wolf, MBA

vedoucí oddělení zdravotnických prostředků a cenové a úhradové regulace

Odbor léčiv a zdravotnických prostředků