**RADA POSKYTOVATELŮ**

 **21. června 2022 od 15.00 hodin MZ/webex**

**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
PhDr. Robert Huneš
RNDr. Jaroslav Loucký, Ph.D.
Bc. Kamil Doležel
Mgr. Michal Hojný
Doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.
MUDr. Zorjan Jojko
MUDr. Dalibor Štambera
MUDr. Renata Knorová
PhDr. Mgr. Jan Bodnár, LL.M.
Mgr. Tomáš Troch
MUDr. Pavla Svrčinová, Ph.D
Ing. Jan Michálek
Ing. Helena Rögnerová
Josef Pavlovic, Bc.
Dominika Brožíková

**Přítomni webex:**Mgr. Monika Marková
MUDr. Eduard Sohlich, MBA (zástup: Ing. Michal Čarvaš )
MUDr. Václav Volejník, CSc.
Bc. Ludmila Kučerová
Ing. Daniel Horák
Mgr. Marek Hampel
MUDr. Eduard Bláha
MUDr. Ilona Hülleová

**Omluven:**

MUDr. Marek Slabý, MBA
Ing. Vladimír Drvota
Ing. Václav Moravec
MUDr. Jiří Pekárek
prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D

**Program na jednání Rady poskytovatelů**

1. Stanovisko MZCR k žádosti Privalabu o možnosti provádění odběrů na covid 19 v režimu běžných odběrových místností – RNDr. Jaroslav Loucký, Ph.D.
2. Předsedající pro dohodovací řízení pro rok 2024 – informace podává MUDr. Renata Knorová, MBA
3. Perspektivy Dohodovacího řízení o úhradách zdravotní péče - **MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.**
4. Smysluplnost substituce zdravotnických zařízení primární péče přímo řízenými zdravotnickými zařízeními **- MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.**
5. Stanovisko MZCR k žádosti Privalabu o možnosti provádění odběrů na covid 19 v režimu běžných odběrových místností – RNDr. Jaroslav Loucký, Ph.D.

**Loucký** – 19.4 byla shoda, že co se týče odběrů na C-19, tak se dostanou do běžného režimu ordinací. Realizace ale naráží na hygienu, nechtějí učinit ten praktický krok.

**Dvořák** - když plátci řeknou, že to budou hradit tehdy a jen tehdy, tak je to vyřešeno.
**Loucký** – jde o technikálie ze strany hygieny, oni nechtějí udělat to rozhodnutí. Nechtějí říct - ano můžete dělat odběry pro covid v běžném provozu ordinace.
**Svrčinová** – zodpovědným je krajský úřad k příslušnému kraji, ten jediný to může povolit a také zrušit –KHS vědí, že od 1.5. to mohou dělat pouze poskytovatelé zdravotních služeb. Jediné, co v tom činí KHS, je posouzení provozního řádu a podmínek.
**Dvořák** – to je zásadní, co by tedy měly být další kroky? Komunikace ministerstva a segmentu poskytovatelů s krajskými úřady?
**Loucký** – pro upřesnění, nejde o odběry mimo zdrav. zařízení – my je ale chceme vrátit do těch zdrav. zařízení.
**Dvořák** – nene, tady jde o to, s kým jednat. Definitivně s těmi kraji.
**Knorová** – zdrav. pojišťovny toto zatím nepoptávají, nikdo Vás nemůže nutit provozovat odběrovou budku.
**Loucký** – přestaneme poskytovat v externí budce, ale ve standardní odběrové místnosti, problém je v tom, že hygiena musí vydat povolení, ne?
**Svrčinová –** od hygieny nic nepotřebujete, můžete to začít dělat hned, na to máte povolení od krajského úřadu.
**Bodnár**- já to musím potvrdit. Pokud neplatí mimořádná opatření, tak není důvod, aby odběry takto nemohly být realizovány.

1. Předsedající pro dohodovací řízení pro rok 2024 – předkládá MUDr. Renata Knorová, MBA

**Knorová** – dalším předsedajícím DŘ pro rok 2024 je Skupina poskytovatelů Laboratorních služeb, konkrétně garant je pan Mgr. Hepnar.

1. Perspektivy Dohodovacího řízení o úhradách zdravotní péče - **MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.**

**Dvořák** – tento bod je k zamyšlení, ne k vyřešení dnes. Vycházím z toho, že dle vyhlášení současného ministra, by se mělo dohodovací řízení nějak zpřehlednit. Mně se ta myšlenka nezdá jako zavrženíhodná. Otázka je, jestli by to dohodovací řízení nemohlo být o tom, že se sdělí nějaký objem finančních prostředků, každý segment má nějaké procento z toho objemu, ministerstvo řekne naše priorita je to a o to se navýší procento toho daného segmentu, do kterého spadá ta problematika. Tím pádem by dohodovací řízení nebylo o tom, kolik se rozdělí peněz, ale bylo by o tom, jakou formou bude probíhat ta úhrada. Odpadlo by chození za lidmi, kteří nemají nic společného se zdravotnictvím. Řešil by se způsob rozdělování prostředků, a ne výše prostředků. Myslím, že když bude dán objem financí a bude se proporcionálně rozdělovat, tak odpadnou spory.
Mohlo by se to zkusit na 2 nebo na 3 roky – a bude se jednat o kultivaci úhrad, bonifikace, kontrola kvality.
**Bodnár** – my nejsme proti, ale myslím že je to uvedeno v zákoně, a proto to nepůjde bez úpravy zákona, udělal bych pracovní skupinu.
**Ludvík** – tam vypukne už ten první problém, stanovit kolik bude ten objem peněz pro příští rok. Oni se zásadně podcení a budou vždycky proti, že ten balík je nižší pro pojišťovny, a naopak poskytovatelé budou vycházet z těch optimistických dat. To je první problém a pak z toho stejně eliminujeme ty politické vzorníky, které právě můžou říct, že systém má rezervy a jde se do rezerv. To je výsostně politická záležitost. Už jenom v těchto dvou parametrech to bude skřípat.
**Dvořák** – no ten problém už je teď, už teď se při dohodování říká my nebo vy máte víc peněz. Ten problém tudíž nebude ani větší, ani menší. Když se tedy zjistí, že jsou k mání prostředky navíc, tak ať se rovnoměrně rozdělí. Pokud se nejedná o politickou prioritu, do toho nemáme co mluvit. Jde mně o to, aby to dohodování bylo více o principu rozdělování těch zdrojů, než o výši.
**Rögnerová** – úvahy na toto téma již začaly, naráží to ale na automatickou valorizaci. Musí projít změna zákona, sice bude na jiném principu, než jsme chtěli, ale dobře, budeme mít nějaké číslo. Když se k těmto údajům dobereme, zacílíme na to, co vy říkáte. Pak si můžeme říct, že to je maximálně na nějaké procento, s našimi prioritami.
**Dvořák** – zcela souhlasím, ale to není nic proti tomu, abychom jednali o formě úhrady a rozdělení, místo výše prostředků.
**Rögnerová** – možná by šlo bez změny zákona, že by to procento bylo dodáno – řečeno.
**Dvořák** – To by mělo být na dohodě těch plátců a poskytovatelů a jde mi spíše o princip, aby odpadly možné hádky segmentů, kolik procent půjde do daného segmentu
**Bodnár –** nelze to bez změny zákona, lze to pouze na rok.
**Jojko** – faktem je, že to není zavržení hodné , pouze za podmínek, že některé ty parametry budou variabilní, druhá věc je, bude-li potřeba nového zákona, pak si myslím, že za úvahu stojí i to, aby součástí té dohody bylo i co za to. Protože dneska se bavíme o tom, že pojištěnci mají dnes právo pomalu, na co si vzpomenou. Přitom se díky inflaci nedá udělat v příštím roce totéž za stejné peníze.
**Štambera** – princip byl o tom, dosáhnout co nejjasnějších pravidel, jak se bude navyšovat. Mělo by to mít co nejjasnější pravidla. Pokud ta pravidla budou nějak stanovena, pak není důvodem se každý rok scházet a řešit, zda máme moc nebo málo.
**Dvořák** – Já chci jen dodat, když se bavíte s kolegy z jiných segmentů, tak taky všichni říkají, že mají málo. Například ve stomatologii byl podíl z celku opravdu snížen oproti ostatním oborům.
**Šmucler** – stomatologie by na tom jenom vydělala, kdyby ty poměry zůstaly standardní, bylo by dobré zachování těch parametrů, stejně tak by bylo dobré mít třeba pětiletý výhled – jedno malé ale – sebereme si možnost, ve kterých segmentech dělat nepopulární opatření, a druhá věc, jestli by nebylo důležité se podívat i na vyúčtování. Jedna věc, co mě ale trápí na dohodovacím zařízení je, že pojišťovny utahují ty parametry a snaží se to vidět konzervativně. Jako proč ne, ale kdyby se udělalo na konci roku nějaké vyúčtování tak by se přebytek měl rozdělit rovnoměrně. Měl by být postup pro přebytek.
**Dvořák** – to mně mluvíte z duše. Ad jedna je co s přebytkem, co rozdělíme a co necháme v rezervách a ad dva, co když se systém dostane do mínusu, jsme připraveni vracet?
**Šmucler** – první věc je, že my tady celé roky to máme tak, že ten rozpočet pojišťovny je restriktivní a vytváří se rezervy. Rozpočet do budoucna jsou přece další rozdělované peníze čili můžeme být restriktivní do budoucna. Ne, že budeme vracet peníze, ale když si řekneme že růst bude do budoucna 3%, ale díky tomuto bude jen 2%. Ne že budeme vybírat peníze od doktorů.
**Dvořák** – Tomu rozumím, ale on ten výsledek může být ještě horší, než říkáš, to znamená, že bude nulový růst, nebo že bude ve červených číslech. Tady je prostě systém veřejného zdravotního pojištění. Takže když řekne vláda, že nic nedá, akceptujeme to, že nominálně půjdeme dolů. Já jen upozorňuji na to, že jsou ty rezervy nutné a teď se rozpouští. Nerad bych zodpovídal za to, že nominálně půjdu o 5% dolů, protože jsme dohodli, že když to roste, tak to roste a když to klesá, tak to klesá. Ten polštář je nutný. Prostě, skončilo to nad odhadem plátců, pojďme se dohodnout co zůstane v rezervách a co se rozdělí a pokud se to rozdělí, tak rovnoměrně.
**Šmucler** – Vždycky musí být plánované zůstatky, tudíž by tam byla brzda – kdyby zůstatek klesal, tak by se zůstatek nerozděloval.
**Rögnerová** - Pojišťovny nebyly restriktivní, naopak. Rozdávalo se vše, co se vybralo, rezervy se tvořily jenom proto, že ekonomice se dařilo lépe, než se čekalo. Odbory nás vždy tlačily rozdělit vše.
**Dvořák** – Já jen upozorňuji, že za dobu, co se s Vámi jedná, byly ty rezervy potřeba minimálně třikrát.
**Hampel** – segment lékárenské péče je opravdu jeden z těch segmentů, který díky revizím cen a úhrad přispěl k dynamickému nárůstu centrové péče, ačkoliv náš segment je částečně financován díky jiným mechanismům. Přebytek peněz se našel díky revizím cen, které tady jsou od roku 2009. I v zahraničí to tak funguje. Chtěl bych zdůraznit, že ve všech zemích, kde je lékárenská péče placená z veřejného zdravotního pojištění dochází ke každoročnímu vyjednávání mezi plátci, to znamená zdravotními pojišťovnami a poskytovateli lékárenské péče, např Německo a Holandsko – tam je to z toho důvodu, že opravdu ta dynamika někdy potřebuje kratší intervaly. Rozhodně jsme pro tvoření rezerv. Za nás se tedy diskusi nebráníme, ale nebude to otázka jednoho roku. Bylo by potřeba otevřít reformu financování lékárenské péče.
**Čarvaš (Sohlich)** – nebráníme se tomu, znamenalo by to ale změnu zákona, sazebník lékařských úkonů je zastaralý. Vnímám dohodovací řízení jako jednání mezi poskytovateli a plátci o tom že jsou náklady a je potřeba mít i odpovídající výnosy. Řešit to napříč segmenty.
**Dvořák** – každý segment si najde argument. Pojďme cestou toho, že se budeme bavit o indikátorech kvality a o tom, co který segment potřebuje. Pokud politici zasáhnou do toho, co chtějí podpořit, tak další segmenty budou určitě reagovat.
**Čarvaš** – V tom jsme v souladu. Myšlenka byla, že dohodovací řízení by měla být zpětná vazba mezi tím jaké jsou náklady a jaké jsou důsledky nějakých rozhodnutí.
**Dvořák** – To máte pravdu.

DORAZIL PM – REKAPITULACE CO SE ŘEŠILO – SHRNUTÍ TŘETÍHO BODU DVOŘÁKEM
**PM** k bodu 3 - pokud projde zákon o valorizaci, pak by to šlo nastavit. Navíc jsme se domlouvali, že nějakým způsobem se novelizuje zákon o státním pojištěnci. Je potřeba si uvědomit, že v ČR žije přes milion cizinců, to znamená, že desetina obyvatel je pojištěna u soukromých pojišťoven. Což je obrovské číslo, a to se bude muset v tom systému taky nějak zohlednit. Budu rád, když se ty segmenty domluví na rozdělení peněz. Když se vybere více peněz tak se rozdělí ve stejném poměru. Bezesporu se uvnitř těch segmentů bude muset spousta věcí kultivovat. On to asi taky DRG restart – ta poslední varianta, přinese, určitě se objeví v těch segmentech, zvlášť v těch nemocničních, ty A1 a A2 úkony, které půjdou s hrazením za pacientem. Určitě jsme se bavili o jednodenní medicíně, jako o silném tématu. Budeme více pracovat, aby se více propojilo sociální a zdravotní pomezí. Dále budou určitě nějaké politicko-odborné zásahy do jednodenní ambulance a vyšetření. Z pohledu strategie by se měly podporovat metody, které vedou hned k diagnóze (mr, ct) – provádí se spousta vyšetření, která nevedou k diagnóze, pouze k čerpání peněz z pojišťoven. Takže ano, rád bych, aby se medicína posouvala ve všech směrech dál, velmi bych prosil, abyste se domluvili. Pokud se domluvíte na nějakém dlouhodobém způsobu a o tom přerozdělování peněz, tak to budu rád hájit a maximálně to podpořím.
**Dvořák** – výhoda je že to je politické téma. Ta vnitřní kultivace si myslím že probíhá a určitě se tím dají šetřit peníze. A tím bych tento bod zatím uzavřel, určitě to není věc, která se dá vyřešit hned, spíše v následujících letech.
**PM** – souhlasím a jsem pro, že by se to letos mělo začít chystat a v roce 2024 by to mohlo odstartovat. Poslední věc je ukončit debaty o sazebníku úkonů.
**Dvořák** – měl by se opustit dosavadní model ceny výkonů. Ceny přístrojů jsou t.č. již zavádějící. Perspektivní jsou agregované výkony. Každý segment to má složité a jiné.
**Jojko** – pokud se bude něco měnit – nenechávejme to čistě a jen na odborných společnostech.
**Dvořák –** Proto právě tady bylo řečeno, že je ten seznam překonaný. Máš pravdu, odborná společnost by měla být spíše garantem toho, že ten systém úhrady nepoškodí pacienta a bude reflektovat aktuální trendy v oboru.

1. Smysluplnost substituce zdravotnických zařízení primární péče přímo řízenými zdravotnickými zařízeními **- MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.**

**Dvořák** – směřuje na nás spousta dotazů, máme v Brně přímořízenku superspecializovaný Masarykův ústav, ten buduje centrum prevence a mě zajímá smysl tohoto ústavu, jde to z veřejných prostředků. Má to velkou publicitu. Teď tam, dělají již léta čistě komerční program, tzv. prevenční – kde dělají SONO břicha, tumor markery zdravým lidem a mě připadá, že tohle nemá žádné evidence based podklady a neměl by to nabízet superspecializovaný ústav řízený ministerstvem.
**PM –** byl to jeden z našich markerů, musíme to postavit, nic s tím nenadělám. Celé to centrum má spolupracovat s Pedagogickou fakultou. Přesunou se tam stávající kolonoskopie a mamograf. Celé to centrum má spolupracovat i s fakultou a mají vytvářet preventivní programy. Národní centra nemají smysl. Půjde dopis oběma ředitelům na Žluťák a Motol, kde žádám o sestavení rady. Z toho uděláme národní onkologickou radu. Druhá věc. Bude setkání s pojišťovnami – manažerské preventivní prohlídky –rád bych toto téma velmi důkladně prodiskutoval, neměly by být v systému placené manažerské preventivní prohlídky. Dělá je snad 11 nemocnic za úplatu, různě se liší, v některých je i rtg vyšetření, což je v rozporu s atomovým zákonem, podal jsem trestní oznámení, protože je to protizákonné bez žádanky.
**Dvořák -** nejsem proti nadstandardu, ale měly by ta vyšetření mít smysl. Prosil bych, aby tu prevenci, kterou chtějí realizovat, s námi komunikovali. Aby byla nějaká spolupráce s tou primární péči.
**Ludvík -** Ocenil bych, aby primární péče zmizela z přímo řízených fakultních nemocnic. Nejsou na to lidé, specialisté a ani to nemáme dělat.
**Štambera** – ten bod je širší, podstatné je to, aby ti, kdo mají věci dělat je dělali. Je potřeba tento princip pohlídat.
**Šmucler** – Myslím, že je důležité namalovat systém a hranici kdo co má dělat. Příklad: hospital dentisty, nemáme stomatologii v nemocnicích. Chceme pomoct nemocnicím, nemá to být proti. Pojďme udělat systém, že člověk sociálně problémový, nemocný najde pomoc, když nemá svého zubaře.
**Šonka** – to vítáme a naprosto s tím souhlasím, jen bych chtěl upozornit, že na to není úplně stejný názor, viz článek od krajského zdravotního rady Plzeňského kraje, dotujeme špitály 300mil ročně, pojďme zrušit ambulance.
**PM** – je potřeba řešit i specifickou situaci v Plzeňském kraji. Každý kraj má svoje specifikum. Moc za tuto debatu děkuji, myslím, že ta debata je strašně důležitá.
**Dvořák** – My určitě všichni, co tady jsme se budeme snažit, aby se vytvořil prostor pro tu zvýšenou roli pacienta, potažmo spoluúčast, ale myslím si, že každý, kdo doporučí něco jako preventivní, tak by pro to měl mít argument.

**PM úkoly do zápisu**
**1** projednat i na Vědecké radě a PM požádal, aby dostal stanovisko k manažerským prohlídkám a aby se k tomu Vědecká rada vyjádřila
**2** Více času tomu věnovat na další Radě poskytovatelů a zkusili se na to všichni připravit
**3** možnosti součásti připojištění – nastavit principy, aby se vedl k rozvíjení zlepšování kvality péče v segmentech a nevedl k zruinování

Zpracovala: Brožíková Dominika