***Z Á Z N A M***

*z pracovního jednání poradního sboru ministra zdravotnictví České republiky*

***RADA POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE***

*dne 3. dubna 2018, v 13.30 hodin*

***Přítomni:***

* **za poskytovatele zdravotní péče**:

MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.

MUDr. Eduard Bláha

Mgr. Marek Hampel

Mgr. Michal Hojný

PhDr., Robert Huneš

MUDr. Ilona HülleováMUDr. Zorjan Jojko

Bc. Ludmila Kondelíková

RNDr. Jaroslav Loucký

MUDr. Eduard Sohlich, MBA

doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.

MUDr. Petr Šonka

Mgr. Marek Uhlíř

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

MUDr. Václav Volejník, CSc.

Prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA

Ing. Vladimír Drvota
JUDr. Miloslav Ludvík – zastupující omluvenou Ing. Jaroslavu Kunovou
Ing. Václav Moravec
Ing. Jan Mlčák, MBA
Ing. Daniel Horák
MUDr. Martin Hollý, 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. Jaroslava Kunová

MUDr. Marek Slabý, MBA

***Program jednání:***

1. zahájení jednání
2. předání jmenovacích dekretů novým členům Rady poskytovatelů
3. volba místopředsedy Rady poskytovatelů
4. dohodovací řízení o úhradách péče pro rok 2019
5. dohodovací řízení o rámcových smlouvách
6. síť zdravotnických zařízení, dostupnost péče
7. možnosti zlepšení spolupráce ambulantní a lůžkové sféry
8. problematika GDPR
9. doporučený postup interního předoperačního vyšetření před efektivními operačními výkony
10. nedostatek zdravotnických pracovníků
11. diskuse
12. závěr jednání

**Bod číslo 1 a 2 – zahájení jednání a předání jmenovacích dekretů novým členům RP**

Vojtěch – zahájil jednání, uvítal další nově jmenované členy Rady poskytovatelů a ústně jim předal jmenovací dekrety, které byly připraveny na stole.

**Bod 3 - volba místopředsedy Rady poskytovatelů**

Vojtěch – dle statutu a jednacího řádu má mít Rada poskytovatelů kromě svého předsedy, také místopředsedu. Je to funkce dle předpisů. Mohlo by se stát, že předseda, pan doktor Dvořák, nebude přítomen. Proto bych byl rád, abychom zvolili místopředsedu. Dal prostor členům RP, aby vyjádřili své návrhy na zvolení místopředsedy RP.

Hülleová – navrhla pana doktora Šonku

Vojtěch – dotazoval se, zda má ještě někdo nějaký jiný návrh

Dvořák – tázal se pana doktora Šonky, zda souhlasí s nominací

Šonka – odpověděl - ano - souhlasím s funkcí místopředsedy Rady poskytovatelů

Vojtěch – tázal se, kdo souhlasí, aby byl pan doktor Šonka místopředseda RP

Všichni přítomní souhlasili.

**Bod 4 - dohodovací řízení o úhradách péče pro rok 2019**

Vojtěch - v únoru bylo zahájeno dohodovací řízení o úhradách péče pro rok 2019 a stále aktuálně probíhá. Chceme, aby dohodovací řízení nebylo ovlivněno MZ, a chceme dát prostor, aby dohody byly uzavřeny pokud možno v co nejvyšší míře.

Dvořák – upozornil, že RP je členitá skupina a dal každému 1,5 minuty k vyjádření.

Dotázal se PM, zda má MZ představu, o kolik % pojišťovny zvýší úhradu zdravotní péče.

Vojtěch – dle aktuálních predikcí, které se samozřejmě s časem budou upřesňovat, víme, že na příští rok počítáme s nárůstem výběru pojistného o 14 miliard korun

Dvořák – položil dotaz - Procento navýšení úhrady nám z toho vychází, nebo ne? Popravdě to není jednoduchý výpočet. Nám to vychází na 4%.

Je tu nějaký segment, kterému když bude nabídnuto maximální 4 % nárůst, je ochoten se na té částce dohodnout?

Hlasování:

Kdo souhlasí s 4 %?
Většina (17)

Jojko – na půdě zdravotních pojišťoven zaslechl, že by se nabídky mohly pohybovat kolem 6 %. To znamená, proč dneska zvedat ruku pro 4 %, když samotné pojišťovny nabízejí vyšší číslo? Myslím si, že část lidí se tady dívá na televizi a proto nezvedne ruku.

Dvořák – souhlasíte i s tím, že pokud půjdou čísla výběru pojistného do záporu, tak bude
i pokles úhrad.

Loucký – pojišťovny nejsou akceptovány. Pokud mluvíme o nárůstu – v roce 2016 jsme poskytli zdravotní péči za 1,4 miliardy korun zdarma a v minulém roce to bylo 1,2 miliardy korun, které nebyly zaplaceny. V tomto ohledu je těžké zvedat ruku pro 4 %. Byli bychom rádi, aby se vyjasnila situace ohledně úhrady.

Volejník – musíme bojovat o priority, které by se měly projednávat na dohodovacím řízení
a s tím také na dohodovací řízení přijít

Huneš – je zde hrubá nedohoda, nejsme schopni se domluvit, zda 4 nebo 5 %

Vojtěch – zdravotní pojistné plány jsou konzervativnější a situace je pozitivnější a můžeme ji čekat i v příštím roce. Ale ekonomika je křehká věc a může se stát cokoliv. Počítejme zatím s 14 miliardami. Nárůst je vyšší, než se očekávalo. Úhel pohledu je také, zda se má vše spotřebovat, nebo ušetřit a udělat rezervu na jiné ekonomické časy. My nechceme vše plně spotřebovat a budeme rádi za rezervy, které se vytvoří.

Šmucler – 4% navýšení, ale aby se to zařadilo do stránky nákladové, poptávkové.

My jsme přišli s návrhem, že z 300 hrazených položek to snížíme třeba na 40.

Dvořák – vidí MZ nějakou šanci jednat o posílení role pacienta? (seznam zdravotních výkonů, hrazená péče, apod.) Rada poskytovatelů důrazně doporučuje MZ, aby hledalo cestu
k posílení role pacienta v systému včetně spoluúčasti srovnatelné s průměrem EU

Hlasování
proti - 3
zdržel se - 3
ostatní ANO - 16

Vojtěch – snažíme se komunikovat o naší pozici, chtěl bych skutečně počkat na výsledky dohodovacího řízení (v červnu)

Dvořák – pokud se budete snažit vnímat nějaké výkony, které nebudou hrazeny z prostředků, je nutné mít na paměti - ušetříte systému, ale sobě nevyděláte. Prostředky v daném segmentu nezůstanou.

Hampel – náš segment systému již ušetřil několik miliard, dokumentují to grafy analytické komise. Od roku 2012 do roku 2017 se náklady na centrové léky zdvojnásobily. Za segment lékárenské péče budeme navrhovat pro první kolo větší nárůst než 4 %. A v této souvislosti je potřeba zjednodušit pro budoucnost signální kód z výdeje na recept na signální kód na položku. Kód na položku je dlouhodobě neměnný údaj a snáze se predikuje v dohodovacím řízení. Preferujeme signální kód, protože to je příjem poskytovatelů lékárenské péče, a není to příjem ani distributorů, ani příjemců.

Vojtěch – úspory SÚKLu půjdou na úkor lékáren, systém odměňování lékáren není nový. Centrové léky už nerostou tak hodně, jako v minulých letech. Diskutujeme a musíme hledat nové nápady.

Rögnerová – poprvé byla letos křivka zaoblená, protože nám tam některé ceny léků udělaly skok dolu a zmírnilo se to. Teď jsme se do toho lépe vešli, díky rozčleněním skupin. Druhá vlivová vlna byla cena, kdy pojišťovna tvrdila, že se dostáváme dokonce do nižší úrovně. Růst tam bude, ale uvidíme, jaký bude na příští rok. Cesta sledování bude, jaké léky jsou připraveny na SÚKLu a co to v příštím roce udělá.

Ludvík – zmínil centrické léky a paragraf 16

Sohlich – zítra máme první oficiální jednání s pojišťovnami.

My jsme návrh předložili, ale zdravotní pojišťovny vyčkávají a neodpovídají nám. My na tom pracujeme a nemáme žádnou odpověď a dohodovací řízení končí 16. června.

Druhá poznámka – platí slib, že MZ nebude zasahovat do platů ve zdravotnických zařízeních. A zvyšování platů situaci opravdu nevyřeší. Je to další směr útoku na zvyšování odměn zaměstnanců, aniž by byly garantovány úhrady.

Dvořák – dovoluje si pouze souhlasit s panem Sohlichem

Vojtěch – slibuji, že budu dělat vše proto, aby k tomu nedošlo. Musíme se vrátit k tomu, že si platíme zdravotní péči a poskytovatel si musí určit sám, komu bude přidávat.

Tímto bych chtěl RP požádat o stanovisko – můžeme hlasováním, zda jste proto, aby v příštím roce došlo k plošnému navýšení o 10% v lůžkové péči.

Kondelíková – za domácí péči – měli jsme minulé roky snahu se dohodnout, pojišťovny nám nedaly žádné vyjádření a zpětná vazba chybí. Máme zmapováno, že střední a vyšší agentury dělají péči 2-3 měsíce zdarma. V domácí péči je sester nedostatek, my postrádáme hlavní sestru.

Dvořák – doplnil, že hlavní sestra není zatím členem Rady poskytovatelů

Bláha – svaz lázní – reaguje na mzdy – lázně působí regionálně, daleko od velkých měst. Ten, kdo tam zásadně ovlivňuje mzdy a dělá to ne z prostředků pojištění, ale z daní, jsou kraje. Většina nemocnic tam má akciové společenství, takže se nemluví o platech, ale o mzdách. Kraje – jsou tam bonusy za přestupy zaměstnanců – přesun uvnitř krajů a kazí to trh práce. Pokud budeme hlasovat o deklaraci, tak jsem pro. Dohodovací řízení je na začátku
a uvidíme, s čím přijdou pojišťovny.

Dvořák – deklarace - Rada poskytovatelů nesouhlasí s plošným navyšováním platů zdravotnických pracovníků v lůžkových zařízeních

Rögnerová – aby se vytvořil dohodovací prostor, musíme toto odsouhlasení brát vážně. Věřím, že pojišťovny s návrhem přijdou. Půjdou cestou odečtu centrových léků a nějakých věcí typu amalgámové výplně, apod. Uvědom me si, že pokud nějaký segment bude požadovat více, jiný musí dostat méně. Poznámka na paní Kondelíkovou – v oblastech, kde je indikovaná péče, když potřebujeme něco dostat do vyhlášky, potřebujeme dostat nějakou klasifikaci některých diagnóz, těžkých pacientů, abychom je z toho mohli vyčlenit. My to nemůžeme pustit plošně, protože to by se nám úplně rozjelo na všechny strany. Stejným způsobem jsme žádali unii fyzioterapeutů, aby nám vyčlenili diagnózy, nebo komplikovaného pacienta, kterého bychom mohli vyčlenit ze systému regulace. Nato se zkuste zaměřit.

Dvořák – hlasování o deklaraci, kterou jsem již jednou říkal:

Rada poskytovatelů nesouhlasí s plošným navyšováním platů zdravotnických pracovníků v lůžkových zařízeních

většina ANO - 16

proti NE - 2

zdržel – 4

**Bod 5 - dohodovací řízení o rámcových smlouvách**

Vojtěch – proběhlo první jednání s tím, že nechceme dělat zásadní změny ve smlouvě. Dnes odejde pozvánka na další jednání. Má k tomu někdo nějaký podnět?

Rögnerová – dohodovací řízení o smlouvách je v jednání. Je třeba si vyjasnit aktualizovaný jednací řád, a které segmenty budou jednat o smlouvách. Jsme ve fázi výměny dopisu a měli byste dostat pozvánku, kde bude jasné, jaké segmenty to jsou a návrh na další jednání. Prosím, dejte návrhy.

Šmehlík – budeme jednat dle jednacího řádu

Hampel – pokud vím, tak jednací řád byl zatím pouze v návrhu a schválen nebyl

Policar – MZ garantuje, že bude trpělivé, pokud jde o lhůtu 6 měsíců. MZ může, ale nemusí vystoupit pod touto vyhláškou po dobu 6 měsíců. Prostor na jednání budete mít – sděluje členům.

Hampel – jednací řád se musí nejprve schválit a pak pojede lhůta 6 měsíců – chápu to tak dobře?

Policar – ano

**Bod číslo 6 - síť zdravotnických zařízení, dostupnost péče**

Vojtěch – budeme klást důraz na to, aby zdravotní pojišťovny dodržovaly svojí povinnost ze zákona – zajistit místní a časovou zdravotní dostupnost. Jsou naplánované kontroly. Za nás je to jedna z oblastí, která v minulosti nebyla tolik akceptována a chceme se na ni zaměřit. Snažíme se motivovat některé oblasti primární péče, stomatologie, praktické lékaře, apod.

Máme pro praktické lékaře připravený dotační program, aby otevírali ordinace i v odlehlých městech. U stomatologů to již běží.

Dvořák – dostupnost zdravotní péče v ČR je skvělá, oproti jiným zemím

Hojný – upozornil na opakované snahy rozšířit sortiment léčivých přípravků pro zásilkový výdej léčiv o přípravky na recept. S ohledem na hustotu sítě lékáren v ČR (vyšší než činí průměr v EU) je taková změny zbytná.

Hampel – za segment jednoznačně deklaruji, že toto není cesta, kterou by se měla ubírat lékárenská péče

Dvořák – s dostupností problém není. Jinde na světě pacient nejde ihned na řadu, má dlouhou objednací dobu. U nás jsou čekací doby minimálně srovnatelné se střední Evropou

Šonka – ve městě Tachov už rok neexistuje ambulance diabetologa. Pojišťovna není schopna zajistit lékaře. Lékaři ve městě vypisují inzulín, i když k tomu nemají žádné kompetence.

Rögnerová – v kontrolách se budeme zaměřovat na problematické oblasti.

Nechceme ale rozšiřovat stávající síť. Chceme, aby to bylo rovnoměrné a abychom vyřešili oblasti, kde praktik skončil. Kde jsou problémy a není zajištěna dostupnost. Chceme vidět, kde pojišťovny neuzavírají nové smlouvy, kde je to zbytečné a kde je hodně lékařů. Cílem není zmnožit sítě, ale zreálnění a doplnění oblastí.

Šmucler – 78% obyvatel české republiky má 5 minut k zubaři, 99% obyvatel ČR do 15 minut, 30 minut to má 0,01 % obyvatel

Náš problém ale je, že 20% pacientů nemá zubní péči, protože zubař je už nepřijme.

Hampel - lékárenská síť je také nerovnoměrná, navazuje na pana Šonku. Měly by se rovnoměrně otevírat i lékárny.

Dvořák - je obtížné tomu zamezit. Pokud splní kritéria, je obtížné mu nedovolit otevřít si lékárnu.

Vojtěch – chceme se inspirovat v Rakousku – omezení lékárny na 500 metrů a v tomto rozhraní se nesmí další lékárny otevřít

Sohlich - zajišťování sítě – poskytovatele by neměla zajímat péče, ale podmínky, jak se bude definovat poskytovaná péče, kvalita. Apelujeme na vzdělávání pracovníků.

Vojtěch - zahájili jsme řízení s děkany lékařských fakult, jejich platy jsou špatné a za pár let tam nebude nikdo, kdo by učil. ÚZIS zpracoval predikci k věkovému složení lékařské populace a odchozích lékařů do penze. Společně s ministerstvem školství jsme zahájili přípravu akčního plánu na 10 let, aby se zvýšil počet studentů o 15%. Ze strany fakult je to deklarováno s vděkem. Dle statistik, které máme, je to strategická a nezbytná věc toto udělat.

Zima – vyjadřuje se k bodu 11, protože musí odejít z jednání kvůli pracovním povinnostem. Čísla se schvalují v červnu, max. v září – plus 7 let. Jeden rok do přijetí a pak 7 let studium. Problém to bude i univerzit – rozdíl platů učitelů je 22 %. Budeme přidávat na univerzity pouze 5 – 6 % - to je velký rozdíl. Představy komory, že v jednom dni bude 5 státnicových zkoušek – nikdo nevykoná, musíme najít reálný balanc, všeobecné znalosti, které budou deklarovány. A pak jít studovat dále jen ten obor, který si zvolí.

Dvořák – souhlasí

Prymula - problém je v tom, jakou máme kapacitu lékařských fakult. Primárně máme studenty zahraniční. Musíme si říci proč? Dostáváme velmi málo peněz na vzdělávání na lékařských fakultách. Druhý důvod - potřebujeme se srovnávat se světem. Reálný problém jsou zde překvapivě Slováci. Slováci chodí na české fakulty, protože máme identické podmínky, které platí v EU. Chodí do českých programů, které platí stát. Nyní Slováci zvýšili platy, takže v ČR vystudují a pak se vrací zpět na Slovensko - česká politika dotuje Slováky.

Dvořák – souhlasí a uvádí příklad Brněnské fakulty, kde je velká část studentů ze Slovenska.

Zima – třetina studentů je v ČR, třetina je na Slovensku, třetina je v cizině

Bláha - regulátor sítě, Karlovarský kraj – malé okresní nemocnice, přežívají jen tak tak – pokud některé zavřeme, bude jen jedna nemocnice a zaměstnanců bude dost

Dvořák - chybí politická vůle. Platy lékařů tam jsou někdy paradoxně vyšší, než ve velkých nemocnicích. Provozovat některé malé nemocnice nedává medicínský ani ekonomický smysl.

Hülleová – nejhorší dostupnost je u lékařů pro děti a dorost – roky v podstatě síť neroste, spíše se redukuje. Vytváří se bílá místa, kde praktický lékař není – Broumovsko, Jihlavsko. Zákon o vzdělávání nám sloučil dva obory, a ukazuje se, že lékaře ztrácíme. Dětská oddělení nám nechtějí brát studenty s oborem pediatrie, protože jsou plná. I fakultní nemocnice neberou. Student se nedostane vůbec do praxe a musí volit jiný obor.

Dvořák - MZ by se tímto mělo zabývat. Pokud se studenti nemohou vzdělávat v oboru, který chtějí studovat a kde je nedostatek lékařů, je to velký problém.

Vojtěch - zaměříme se na obor praktický lékař pro děti a dorost. Každý týden je v novinách článek. Čteme, že končí praktický lékař, není za něj náhrada a těžko se shání. Situace je vážná, budeme ji řešit.

Volejník – napsal písemnou připomínku – viz materiály

My vyškolíme absolventa - to je první krok a co bude potom? Zákon by měl mít dáno jak učit, ale i jak postupovat.

Prymula – souhlasí, že stav pediatrických lékařů je to katastrofický a věnovat se mu budeme. Musíme zmapovat terén a zjistit, že pracoviště opravdu nepřijímají z důvodu omezené kapacity. Systém by měl mít funkci, aby se lidi dostali do kmene.

**Bod 7 - možnosti zlepšení spolupráce ambulantní a lůžkové sféry**

Vojtěch – je to téma, které vyšlo z e-mailové diskuze – řekl bych až vyhrocené.

Je pravda, že téma otevřeli zástupci gynekologie, otázky služeb ambulantních specialistů. Nemáme žádné řešení, spíše je to věc k diskuzi.

Dvořák – my jsme hlavně nikdy žádné stanovisko k ambulantním specialistům nevydávali. Gynekologů a porodníků je v ČR více, než je Evropský průměr. Mladý lékař po absolvování atestace může část získaných zkušeností uplatnit pouze v lůžkových zařízeních. Může tam docházet, vést porody a operovat. Konsenzus je ten, že po jednání s plátci by mladý lékař po atestaci měl nějaké dny sloužit v lůžkovém zařízení. Tam, kde je lékařů méně, je to běžné. Akceptujeme to, že jiné obory si myslí, že v nemocnici se dělá něco jiného, než v ambulancích.

Jojko – viz materiály

Ambulance fungují stejně jako ambulance v nemocnici. Ambulantní specialista nemá čas, na druhou stranu, ano, jsou i obory, ve kterých to může být výhodné, může to být finanční motivace. Dát podmínku, že musí jít do privátu – je plošně nepoužitelné.

Dvořák - nikdy to nebylo řečeno – je to doporučení pouze pro gynekologii a porodnictví. Nebude se to týkat žádného oboru, který si o to sám neřekne.

Ludvík – lékař v ambulantní nemocnici se stará o pacienta 24 hodin denně, to ambulantní specialista nedělá. Musím pana doktora Jojku podpořit – dlouhá léta se mluví o tom, že mělo by se to legislativně podpořit. Ať si jde ambulantní specialista do terénu, ale ať je bez nároku na pojištění. Kdo che mít nárůst na zdravotním pojištění, tak se bude muset do systému zapojit. Pokud k dohodě nedojde, tak nemocnice budou z kapacitních důvodů odmítat. Musíme se domluvit, jinak nastane to, že ambulantní lékař v 16.00 hodin zavře a nebude už nikdo, kdo by pacienta ošetřil. Musíme se domluvit na něčem, aby se to pokrylo, jinak se dostáváme do velkého průšvihu.

Dvořák - vítáte tedy iniciativu gynekologické a porodnické společnosti.

Šonka - program lékařství – žádný segment nedělá to, co by měl dělat. Několik nemocnic zrušit, protože nemocnice zároveň provozují ambulance – je vázán specialista, který je cvičen na práci u lůžka a do nemocnice je povolán jako ambulantní lékař.

Pojďme zjistit reálnou potřebu a pak také to, zda je potřeba nás zaměstnat v nemocnicích.

Jojko - vím, mnoho lékařů z nemocnice Motol (35%) - chodí ordinovat do jiných ambulancí. Z údajů analytické komise vyplývá, že úředně je spočítáno na rodné číslo – náklady jsou dvojnásobné na ambulantní péči, ale náklady na léky jsou poloviční. Pokud bude podmínkou to, aby si člověk otevřel ambulanci a měl smlouvu – musíte mít minimálně 2x týdně do 18.00 hodin ordinaci – rozsah 30 hodin na týden ordinační doby, rozšiřovat není možné.

Sohlich - Nikdy nikde jsme neřekli, že by ambulantní specialisté měli sloužit v nemocnici. Ani jsme to oficiálně nikdy nepožadovali. Zrušení ambulancí tomu neubere, ani nepřidá. K nám do nemocnic chodí i pacienti, kteří vyžadují pouze ambulantní péči. A oni ji nemají kde dostat.

Dvořák - pacienti by byli ošetřeni, jen ne hned, ale třeba za týden. Máme čekací doby kratší, než jinde ve světě. Ambulantní sféra doporučuje přesunutí co možno největšího objemu ambulantní péče a jednodenní chirurgie do ambulancí, pokud v nemocnicích skutečně chybějí lékaři.

Ludvík – zde je jednoduchá odpověď a stačí jedna věta do zákona – ambulantní specialista má plnou zodpovědnost za pacienta 24 hodin 7 dní v týdnu. Ordinační doba 30 hodin týdně je málo – i lékárníci mají delší pracovní dobu – nikdo u nich nepočítá, že musejí administraci dělat po zavření. Mezi nemocnicemi a ambulantními specialisty bude problém vždy. Jen je rozdíl, že ambulantní specialisté jsou spokojeni a nemocnice ne.

Dvořák - nemyslím si, že ambulantní specialisté jsou spokojeni. Každá skupina má své specifické problémy. Pro lékaře je 30 ordinačních hodin obvykle dostatečné, v nemocnici také lékař neordinuje či neoperuje 8 hodin nepřetržitě. Velkou část práce tvoří administrativa a další činnosti.

Jojko - ve své praxi nevidím žádné negativní vztahy mezi ambulantními specialisti
a nemocnicemi. Bývaly doby - rok 93/96 – kdy opravdu existovala hranice nemocnice – ambulance. Dnes funguje všechno - fungují semináře, spolupráce je stanovena dobře.

Huneš - kdybych byl ministrem zdravotnictví, nevím, zda bych chtěl mít poradní orgán, kde se členové kasají, kdo číhá výš. Poskytovatelé řekli, že je nadbytek nemocnic, je to klíčový poznatek a toho by měl pan ministr využít. Pokud je nemocnic nadbytek, tak tam je cesta něco vyřešit. V čase vrtulníků, sanitek a ekonomické prosperity je čas s tím něco dělat. Hledáme cesty, jak navýšit počet lékařů – co snížit kompetence lékařů a zvýšit kompetence sester. Když to jde v jiných zemích, proč to nejde u nás?

Sohlich – nesouhlasí. Neřekli jsme, že je tu nadbytek nemocnic.

Drvota -– přepracovat model, aby fungoval lépe směrem na západ. Nejdříve bychom si měli udělat jasno, jak to v ČR chceme mít. Jinak se budeme bavit stále dokola o tom stejném.

Dvořák – Každý stát si to řeší po svém.

Volejník - není to všude stejné (rehabilitace)

Měli jsme tu bod číslo 6 – neměl jsem pocit, že bychom měli nějaký problém – a teď se tu bavíme dost dlouho. Poskytovatelé nejsou toto schopni vyřešit. Je to pouze o nastavení systému.

Dvořák - Pokud se nebude do systému vstupovat dotacemi, atd., budeme muset domluvit
s plátci a MZ nějakou formu podpory. Ale podporovat nemocnice, kde jsou 4 blízko sebe v okruhu 50 km, tak to dělat nebudeme. To není úplně nutné.

Jojko - jsem pro, aby se udělala nějaká analýza potřebnosti sítě, jinak nejsme schopni se pohnout dále. Nějaké analýzy už tady ale jsou, jsme schopni je najít. Ve velkých městech je doktorů více – není to vždy pravda.

Prymula – některé věci musíme nejdříve dojednat. Nechci, aby se toto prezentovalo v medicích. Tím se nehneme dál. Druhá věc – přelom je LPS – systém, který v tuto chvíli nefunguje – důvodu je několik: nechtějí sloužit, vybavenost pracovišť. Nám se jeví tak, že musíme tento systém rychle zreformovat – spolupráce rychlé záchranné služby a urgentního přijmu. Myslíme si, že stačí jeden urgentní příjem na okres, abychom nemocnici nevytížili. Jinak je musíme posílit na základě dobrovolnosti. S nemocnicí budou ve spolupráci například i praktičtí lékaři. Takový model se chystáme udělat.

Vojtěch – pracujeme na tom a chceme v tomto roce přijít s návrhem řešení

Jojko – dotaz na pana ministra – v jakém časovém horizontu to bude, pane ministře?

Prymula – řešíme to s celou řadou segmentu a ambulantními specialisty. Jsme ve fázi, kdy se udělala se SWOT analýza celého segmentu – je asi 10 oblastí a v každé oblasti cca 3 problémy. Zvolíme alternativní řešení, až je zvolíme, podáme informace – časový horizont je celkem rychlý - do konce května chceme mít alternativy – do konce června návrhy řešení, které budeme řešit se segmenty.

Vojtěch – předpokládám, že RP bude svolána někdy před létem a myslím si, že tam budeme moci už nějaké návrhy představit

Dvořák – nezříkáme se odpovědnosti stejně jako praktici

**Bod 8 - GDPR**

Dvořák – GDPR trápí všechny, jen každého jinou měrou, materiál

ÚZIS a další subjekty vypracovali podklad pro pana ministra a měla by to být informace pro lůžková a nemocniční zařízení. Běžné věci co se teď dělají, se dělat nebudou.

Policar – chválí spolupráci MZ s ÚZISem

Jsou 2 příručky, jedna obecná zdravotnická, druhá jednodušší. Obě jsou dostupné online na webu MZ v části legislativa v záložce GDPR. Účastnili jsme se konferencí, IPVZ tomu dělá pravidelné školení. GDPR je právní předpis, to je hotová, věc. Poradenské subjekty moc straší, berou to přísněji, než je na místě. Bavím se s úřady, které budou dělat kontroly. Do teď máme zákon z roku 2000 a v něčem nastalo zpřísnění, ale spousta věcí zůstává stejná. Pokud vidíte problémy, dejte nám vědět – děláme s úřadem pro ochranu údajů. Když to tak povíme, bude to dělat i kontrola.

Dvořák - už teď je to všechno velmi obtížné. Chod každé ordinace se dělá jinak a už teď mnozí porušují dočasnou legislativu velmi výrazně a vím, že se s tím nic nenadělá. Máte už někde hranici, kde je nutné jmenovat pověřence a kde je to pouze možnost?

Policar– tlak projevujeme už několik měsíců – jsme aktivní v diskuzi. Pokud jste malá ambulance, nemusíte mít pověřence. Pokud jste nemocnice, musíte mít pověřence. Aby úřad mohl dávat pokuty, musí toto tvrzení říci pouze on – do teď to ještě neřekl.

Šmucler – ambulance se netýká pověřenců. Můžeme to udělat i my - zvolíme 9 zubařů hranici, vydáme to jako dekret. Máme řešení – 4 tabulky, podle toho si nastaví chod ambulance a většinou si to nastaví ku prospěchu pacienta. Nabízíme to společně s praktickými lékaři. Kdo by chtěl, my aktivně rádi pomůžeme.

Dvořák - my bychom se hlásili, ale není to tak jednoduché.

Moravec – online věci jsem četl, jsou zpracované velmi dobře v obecném hledisku. Chybí mi, že předáváme zdravotnické informace v rámci předpisů, které musí být za podmínek nařízení – chybí tam jedna věc- v souvislosti s rámcovou smlouvou. Pojišťovna, která zpracovává data, nám přes portál posílá citlivá data a měla by elektronicky zajistit bezpečnost. Tato data by měla být krytá – neumím si představit, jak budu předávat citlivá data o pacientech do systému, který není kryptovaný. Je to vážný problém, poněvadž nařízený certifikát dle EU rozhodně nestačí. Do rámcové smlouvy zpracovat, jak s daty zacházet dle této vyhlášky. Od pojišťoven bych to měl vyžadovat.

Policar - předáváte to na jejich serveru – je to jejich zodpovědnost.

Používáte portál pojišťovny, je to její nástroj, tudíž je to jejich problém.

Válek – jaké výjimky budeme chtít? Protože je na nás, jaké výjimky do toho dáme.

Co je to legitimní způsob, jak posílat data dál? Co je správná praxe?

Šonka – kdo je zpracovatel? Jak je to u softwarové firmy? Ony se za zpracovatele nepovažují, ale na data vidí. Jak bude probíhat výměna informací mezi sektorem a nemocnicemi? Téma na příště? Výměna informací mezi krajskými nemocnicemi, ambulantními specialisty
a praktickými lékaři.

Dvořák – budoucnost to má, zejména i mezi ambulantními zařízeními

Hülleová – problém je, že bude váznout komunikace s předáváním zpráv mezi ambulancemi a dalšími sektory. Chodí běžně z fakultních nemocnic nálezy lékařů - pokud nám tohle bude v budoucnu váznout, budeme mít problém všichni. Dotaz na MZ - Kdy bude národní směrnice? Potřebujeme jeden zabezpečený komunikační kanál, kde by lékaři mohli komunikovat, mít přihlašovací údaje, certifikát.

Jojko – musím si ohlídat informace. Štve mě, že musím udělat 9 úloh, než to vyplním. Musím to dělat pravidelně (2roky). Určit hranici, zda musíme mít správce nebo ne. Prosím MZ, zda by mohlo udělat nějakou ochranou střechu nad tímto – GDPR vzniklo za účelem ochrany dat proti obchodování se soukromými (osobními) daty a nejvíce se bojí soukromí lékaři
a nemocnice. To nebylo účelem tohoto procesu. Můžeme zdravotnictví chránit?

Rögnerová – reaguje na doktora Šonku – budeme se zaměřovat při kontrolách na pojišťovny. Jsme v úzkém kontaktu s úřadem pro kybernetickou bezpečnost. Vyjasňujeme si pravidla, jsme na začátku.

Policar – výjimka je pro vědeckou činnost a pro statistiku. Adaptační zákon je od minulého týdne v poslanecké sněmovně. Zpracovatele a softwarové firmy – nemám to na nic vliv. Z MZ není nikdo, kdo by to řekl. Říci to může až úřad, kdo přijde na kontrolu. Sdělit, vy se nechováte dle předpisu jako zpracovatel, byť jste zpracovatel. Bojíme se úřadu pro ochranu osobních údajů – logicky bude chodit tam, kde bude vidět nějaká rizika. Pokud ano, budou ho primárně zajímat data v cloudu. Začne někde na stránkách google, facebook, apod.

Loucký - kdo je malý poskytovatel? Kdo to bude definovat?

Dvořák – stále čekáme na odpověď, kritéria nejsou definována

**BOD 9 - doporučený postup interního předoperačního vyšetření před efektivními operačními výkony**

Dvořák – tento bod je už opakovaný. Bereme ho na vědomí, bylo to jednáno a můžeme všem organizacím doporučit, aby se tímto postupem řídili.

Šonka – Proč ta věc vznikla? Byla snaha vnést pořádek do předoperačních vyšetření, co je to a co je jejich součástí. Nikdo neví, kolik se udělá předoperačních vyšetření za rok, ani pojišťovny, proto to vzniklo. Byl bych rád, aby se ta začalo používat. Přál bych si, aby MZ dalo organizacím najevo, že za tímto předpisem stojí a další cestou pojišťovny upozornit. Zatím to vypadá na dis-komunikaci mezi poskytovateli.

Hülleová – rezerva segment praktiku, chce-li ten poskytovatel lůžkové péče něco navíc, ať to řekne pojišťovnám. Ta by to pak měla kontrolovat.

Adam – omlouvá se, odchází na seminář. Informuje pana Prymulu o zaměstnávání Ukrajinců. Budeme mít jednání s panem premiérem a byl bych rád, aby rada k tomu zaujala nějaké stanovisko, jak by se mělo MZ v tomto směru zachovat. Děkuji všem za účast.

**Bod 10 – nedostatek zdravotnických pracovníků**

Dvořák - Věková struktura ambulantních lékařů začíná být kritická. Posun lékařů na západ je celosvětový trend. Nelze očekávat, že se to otočí a trend bude ze západu na východ. Za náš segment jsme vstřícní - pokud budou jazykové znalosti a doloženo jejich vzdělání. Dělat prostředí zcela nedostupné cizincům je kontraproduktivní.

Ludvík – dotaz MZ

Bude přístup do registru zdravotních pracovníků pro segmenty, kteří tam dávají data?

Policar – registr je neveřejný. Jsou výstupy statistické. Statistiky bude dělat ÚZIS, ale uvidíte pouze do svých zaměstnanců. Segmenty nevidí do ničeho.

Dvořák – z čísel nebude vyplývat, zda jedinec pracuje jen v jednom či nebo ve více zdravotnických zařízení. Tohle se nikdy nedozvíme.

Šmucler – máme nejvíce zubařů v Evropě a více už jich nechceme. Kdo přijal nejvíce Ukrajinců? ČR. Která republika chválila všechny ty aprobace? ČR. Pokud půjdeme tímto způsobem dál, budeme mít všechny zubaře Ukrajince. Komora udělala program na přípravné zkoušky – na to ale nikdo nechodí, protože řeknou, že musí vydělávat peníze a nemají čas studovat.

Prymula – dva problémy – nastavení aprobačních zkoušek - nemůže být 5 zkoušek v jednom dni. Primárním úkolem je zjistit, zda je Ukrajinec schopen léčit a že vystudoval medicínu. Stanovit, že po 6 měsících nemůže opakovat zkoušky. Projekt Ukrajina nebyl primárně zřízen proto, aby sem dostával ukrajinské lékaře. Pravdou je, že pro super specialisty je to komplikovanější. Nedaří se specifikovat způsobilost. Diplomy u nás verifikuje nějaká univerzita – ne vždy se to dodrží a pak to jde na MZ školství. Jsme v situaci, kdy je mnoho petic z regionu, kde nemají lékaře. Lékařů máme dost, jen jsou špatně rozdělení.

Shodli jsme se i s odbornou stránkou veřejností, že u:

sester to bude potřeba

farmaceutu problém není

zubaři – 50/50.

Lékaři všeobecní – potřeba je zejména do regionu okrajových

Lepší je lékař, který mluví lámanou češtinou, než žádný lékař. Jsou regiony, kde lékaři nejsou vůbec. Máme pozvání k panu premiérovi, kde se bude řešit Projekt Ukrajina.

Jaký je váš názor jako poskytovatelů - potřebujeme Projekt Ukrajina? Pokud nikoliv, tak jestli se vám líbí nastavený systém aprobačních zkoušek nebo ne.

Dvořák – porodnictví – zkušenosti s Ukrajinci jsou někde dobré. Asi to bude odbornost od odbornosti. Jak bylo řečeno, musí splnit kritéria, ovládat jazyk – pak může začít pracovat.

Jojko – pokud udělá zkoušku, platí jen na ČR nebo po celé EU? Pokud na EU, kolik lidí tady zůstane? Je nějaká statistika?

Šmucler – platí pro EU, ale Němci se to snaží brzdit. Nikdo neříká, že tady Ukrajince nechceme, chceme jen, aby měli aprobační zkoušky, které jsou povinné v celé EU.

Prymula – cílem Projektu Ukrajina nebylo obcházení aprobační zkoušky

Kondelíková – asociace domácí péče – náš segment Ukrajinky chce, situace není dobrá
a pomohlo by to

Bláha – v lázeňství chybí praktičtí lékaři. Stejně to nic neřeší, pokud máme Ukrajince, nejdříve musí pracovat pod dohledem. Projekt Ukrajina - spíše bychom si měli rozmyslet, pro jaké obory ho využít.

Prymula – uvedl příklad – pokud budu praktikem a za rok jdu do důchodu, vezmu si do ordinace na rok (rok a půl) Ukrajince, zaučím ho a mám svého zástupce.

Šonka - jak to ale zajistit, aby to fungovalo? Problém je v alokaci lidí do regionu, kam Ukrajinci nechtějí jít pracovat.

Dvořák – je to o smluvním vztahu s pojišťovnou

Šonka – zdroj dostupné pracovní sily pro řetězce

Prymula – řetězce chtějí levnější pracovní sílu. Souhlasí s panem doktorem Dvořákem – regulace je na pojišťovnách. V Americe jsou všichni v jeden den zařazeni do systému. Do systému se dostanou pouze, pokud jdou na periferii, kde nikdo nechce být.

Hülleová – problém je v době umístění. Mělo by být minimálně na 5 let, na jeden rok je to
o ničem.

Dvořák – toto musí vytvořit pojišťovny a vložit do smlouvy

Válek – obecně pokud cizinec vystuduje lékařskou fakultu a udělá zkoušky, tak by měl být zaměstnán. Trh je obrovský.

Horák – levná pracovní síla – farmaceut z Ukrajiny ale levnější není. Farmaceutů je regionální nedostatek a skončí daleko v odlehlých regionech. Máme možnost přivést člověka z jiné země, ale jsou nezaplatitelní. Jejich požadavky jsou enormní a tito lidé nikdy nepůjdou do odlehlých regionů.

Dvořák – jak budeme hlasovat? Jakým směrem bychom měli hlasovat?

Prymula – nevylučuji, že v odlehlých regionech není zaměstnání. Pokud dají menší mzdu, vrátí se to časem. Pan ministr chce mi mít nějaký mandát, před jednáním
s panem premiérem, zda je toto možné, nebo ne. Zda jsou segmenty pro, aby Projekt Ukrajina pokračoval, za nějakých definovaných podmínek a jaké segmenty zařadit a jaké ne.

Dvořák – mnoho přítomných Projekt Ukrajina nezná. Mnoho z nás to nečetlo. Je těžké hlasovat. Máme být více přátelští pro lidi z východu nebo ne?

Moravec – zaměstnáváme mnoho Ukrajinců a nejsou s nimi problémy. Vše se ukáže v praxi
a funguje to. Slováci utekli do ČR.

Horák – udělejme 5 měsíců zkoušku, a pokud ji neudělá, nebude mít už šanci v ČR pracovat. Ukázalo by to pravdu a bylo by to férové.

Volejník – zkouška v jeden den celé medicíny je nesmysl

Dvořák – souhlasí. Uvedl příklad – velmi zkušená lékařka za jeden den tyto zkoušky neudělala.

Prymula - zkouška v jeden den se opravdu udělat nedá

Hlasování:

Rozložit zkoušky do 2 dnů a naznačit, o čem by to mělo být. V komisích budou jak profesoři, tak i praktičtí odborníci z praxe.

Ano – většina (18)

Hlasování:

Chceme vědět, zda u pana premiéra říci NE, nebo vidíte prostor pro pokračování za předem definovaných oblastí?

Projekt Ukrajina je definován, že lékař musí přijít na pozvání nějakého zařízení, nemůže přijít sám. Musí mít pozitivní ekonomickou stránku, aby toho nezneužíval.

ANO diskutovat – 15

proti 3

Zpracovala: Ing. Petra Fejfarová
11. dubna 2018