

**Zápis z 24. schůze Podvýboru
pro ekonomiku ve zdravotnictví, zdravotní pojištění a lékovou politiku
ze dne 7. září 2017**

Přítomni poslanci: *Ing. Ludvík Hovorka – předseda Podvýboru
Jana Hnyková – poslankyně Výboru pro zdravotnictví
MUDr. Pavel Volčík – poslanec Výboru pro zdravotnictví*

Omluveni poslanci: *MUDr. David Kasal – místopředseda Podvýboru
Mgr. Igor Jakubčík – člen Podvýboru
MUDr. Miloslav Janulík – člen Podvýboru
Mgr. Petr Kořenek – člen Podvýboru
Mgr. Soňa Marková – člen Podvýboru
PharmDr. Jiří Skalický, Ph.D. – člen Podvýboru
MUDr. Jiří Štětina – člen Podvýboru*

Návrh programu schůze Podvýboru:

- 1) **Úhradová vyhláška na rok 2018**
Ing. Helena Rögnerová, Mgr. Pavlína Žilová – zástupci Ministerstva zdravotnictví
- 2) **Postup sjednocení individuálních základních sazeb podle principu srovnatelná úhrada za stejnou zdravotní péči**
Ing. Helena Rögnerová, Mgr. Pavlína Žilová – zástupci Ministerstva zdravotnictví
- 3) **Různé**

Schůzi Podvýboru zahájil v 13:15 pan předseda Podvýboru Ing. Ludvík Hovorka. Přivítal přítomné poslance a hosty, omluvil nepřítomné zástupce MZD, kteří dorazí později a navrhl proto změnu pořadu: nejdříve projednat bod Různé

Předal slovo **Ing. Ondřeji Zárubovi, Econom Consense**, který přednesl prezentaci o léčivech: poděkoval za pozvání a předložil přítomným přehlednou tabulku celosvětového vývoje prodeje léčiv, která byla zpracována na základě výročních zpráv velkých farmaceutických společností (součást zápisu). Nárůst cen tržeb, zejména u onkologických léků, je desetinásobný. **Posl. Hovorka** poděkoval a zajímaly by ho také údaje za Českou republiku. **Ing. Záruba** – toto se dá dohledat na základě dat WHO. Z hlediska výkaznictví – generování tržeb ve střední Evropě, nelze však dohledat výdaje za

jednotlivá léčiva dle oborů za konkrétní firmu. Lze hledat dle logiky výskytu onemocnění, odvodit podíl na tržbách firem v regionu. Pokud nedají firmy k dispozici. **Dr. Dostál** – dotaz zda lze udělat přehled z výkazu zdravotních pojišťoven, co uhradily. Nebo ze SÚKLu. Ing. Záruba – ano pokusí se. Poté **posl. Hovorka** přivítal ředitelku odboru dozoru nad zdravotní péčí **Ing. Helenu Rögnerovou** a předal jí slovo.

1) Úhradová vyhláška na rok 2018

Ing. Helena Rögnerová, Ministerstvo zdravotnictví

Dobrý den, děkuji za pozvání. Zároveň bych chtěla omluvit jak pana náměstka, tak i své kolegy, kteří přímo píšou tu úhradovou vyhlášku, protože oni jsou teď pod velkým tlakem a opravdu nemají žádný čas. Také se omlouvám za pozdní příchod, protože my jsme dnes měli první zásadní schůzku s panem ministrem na téma úhradové vyhlášky. A ten čas, který si pro nás vyhradil byl od 10:30 do 12:45, takže jsme byli v tomto časovém presu. Zároveň ta úhradová vyhláška má nějakou premisi, o kterých teď budu hovořit. Ale s tím, že jsme měli s panem ministrem první schůzku, a máme tam nějaké úkoly na dopočítávání tak zdaleka není ta úhradová vyhláška v podobě, kterou bych vám tady mohla závazně odrecitovat. Samozřejmě jsme vázáni tím termínem, aby vyšla do konce října. Takže už vedeme debatu o odpočítávání, takže celý ten říjen padne a spojí se vnější a vnitřní připomínkové řízení, tak celý ten říjen je nutný čas, abychom vůbec vypořádali to připomínkové řízení, poslali to legislativní rady vlády, a abychom to dali do tisku a četli korekce, takže určitě se s tou vyhláškou v září seznámíte. Ale konkrétní datum, kdy přijde do toho připomínkovém řízení, které bude potom pětidenní, tak to vám ještě říct neumím. Bude to v druhé polovině září.

Teď nějaká ta východiska. My jsme se nakonec i s pojišťovkami, což je poměrně vzácná shoda, jsme se shodli, je to odsouhlaseno i panem ministrem. My jsme vycházeli z červencové predikce, ještě jsme si brali i data z pojišťoven za první pololetí letošního roku, co jsme byli schopni získat. Tak máme poměrně solidní odhad na výběr pojistného, který by se měl v příštím roce zvýšit o 15 miliard, měl by ten růst být asi 5,3%. Těch 15 miliard se bude skládat z 3,5 miliard za navýšení za státní pojištěnce, což bylo už dohodnuto a asi 11, 5 miliard navýšení za zaměstnance OSVČ, OPZP atd. Ale my zatím budeme stavět tu úhradovou vyhlášku na vyrovnanou bilanci roku 2018 a tím pádem pracujeme s tím možným navýšením 15 miliard.

Teď tedy ten první rozpad a segmenty. Akutní lůžková péče včetně nemocničních ambulancí, kde tedy později řeknu ty priority, musíme počítat s růsty na platy, ale i mzdy, v těch kteří nespádají pod zákon o platu. Počítáme asi s 7,2 miliard, což je zatím bez center.

Na následnou péči opět zatím zohlednění nárůstu platů asi 1,3 miliardy. Příspěvek na směnnost sester, kde je tedy to rozhodnutí pana ministra, budou potřebovat částku asi 1,7 miliard.

Centrové léky tam je to na dlouhou debatu. Máme dnes už mnohem lepší data, pan docent Dušek pracuje s lepšími daty a dělá tam velmi sofistikované predikce z dat svých, z dat pojišťoven, ze SÚKLu. Tam počítáme s nárůstem 1 miliardy. Pak o tom budu ještě hovořit, bude to v podrobnější struktuře než tomu bylo loni.

Změna doplatku na léky, to rozhodnutí které prošlo i Poslaneckou sněmovnou, respektive tedy Parlamentem si vyžádá asi 0,5 miliardy. Na ostatní segmenty počítáme s prakticky přirozeným růstem, protože dopočítáváme do těch 15 miliard. Takže v ambulantních segmentech asi 2 miliardy a v ostatních segmentech jako je záchrana, doprava, léky na recept, zdravotnické prostředky je 1,3

miliardy. Tak tohle je zatím hrubá struktura té bilance do které bychom se měli vejít. Samozřejmě to nevyklučuje posuny v řádu milionů, protože podle toho jak bude mít ta vyhláška konečné znění, tak podle toho se to také rozpadne. Připomněla bych také, že v letošním roce nedošlo k žádným dohodám. Trošku to bylo způsobeno velkým očekáváním naplnění politických příslibů. Pojišťovny v tom dohodovacím řízení měly jen malou vstřícnost k nějakým navýšováním a tím pádem samozřejmě nebyla ochota se dohodnout, ale dohodli se gynekologové o navýšení o 2% oproti roku 2016. Úhradová vyhláška bude mít základnu až na nějaké vyjímky rok 2016, protože ten rok je pro nás rok uzavřeným. Nad rámec maximálně gynekologie zvlášť účtované léčebné prostředky použité v rámci antidě imunizace RH3 negativních žen v rámci hrazeného očkovaní proti infekcím HTP u třinácti čtrnáctiletých dívek. Takže takhle nějak zní dohoda gynekologů, kterou bychom tedy převzali.

U stomatologie, která se diskutovala i tady v Parlamentu, nový výkon ošetření zubního kazu u dětí do patnácti let, u těhotných a kojících žen stálý zub, kdy máme změnu u evropské legislativy a zákon používání amalgánu u vybrané skupiny od 1. 7. 2018 zakazuje, tak tam by byla úhrada nově asi 490 korun. Podle dohody zatím mezi pojišťovnami a stomatologi, ale ten zákon se ještě měnil tak tady budeme muset ještě na to reagovat. A poslední dohoda byla parciální dohoda zástupců zobrazovacích metod, kteří si taky domluvili růst 2% oproti roku 2016.

Dále počítáme s bonifikací za elektronické recepty, asi za každou poskytovatelem předepsanou položku na receptu náleží poskytovateli úhrada ve výši 1, 70 haléřů tak to je taky určitá úvaha.

A teď tedy ty priority. První prioritou jsou platy a mzdy, navýšení úhrad na kompenzaci zvýšených osobních nákladů. Druhou prioritou je maximální kontinuita úhradové vyhlášky, chceme, aby ty změny byly spíše technického parametrického vylepšovacího charakteru než abychom od základu změnili tu filozofii. Třetí prioritou je postupné odstraňování historických nespravedlností a i v zájmu narovnaní těch sazeb. A čtvrtou prioritou je snížení segmentace, rozpadu na mnoho skupin, které mají speciální úhrady na což si stěžovali nemocnice a byl to jejich požadavek.

Takže u akutní lůžkové péče počítáme zatím podle našich modelací, že by ten růst byl 11,5% až 14,5% úhrad oproti roku 2016 a sice v závislosti na individuální základní sazbě. Tady zavádíme novou funkci artus tangenc, což je tedy taková plochá funkce, která bude vlastně nějakým způsobem modifikovat oba dva ty okraje toho spektra a bude znamenat, že pro zařízení s velmi nízkou individuální sazbou bude to procento vyšší a naopak pro zařízení s tou nejvyšší individuální sazbou se to procento bude mírně snižovat. Proto jsem zatím říkala, že to je úvaha, neříkám že se to nemůže změnit, ale takhle jsme to předkládali panu ministrovi a je to úvaha, jak bychom co nejlépe zajistili ty prostředky na platy a zároveň opakovaně nezvýhodňovali ty, kteří mají tu vysokou sazbu a to procento je dáno na vysokou sazbu a nenechávali na tom konci, kde je obtížně s tím nějak naložit. Ta zařízení, která mají tu sazbu nejnižší. To je takové nové opatření, které bychom tam rádi zavedli. To co, navrhujeme odpovídá 5 -8% nárůstu oproti roku 2017, který tedy by měl na 10% růst tarifu stačit.

Průměrný růst tedy 12,4% oproti roku 2016, což znamená 6% oproti roku 2017, je tedy rozpočtově neutrální v porovnání s paušálem 12,4%. Nízká individuální základní sazba koreluje s vyšší podílem osobních nákladů, to jsou nemocnice nižšího typu. Takže tam je i odůvodněná potřeba vyššího navýšení a zároveň to znamená jakési zajišťování sblížení těch sazeb zespoda.

Teď princip zvýšení úhrad na zvýšení přípatku sester o 2000 korun. My jsme tady mnohokrát bavili na tohle téma, že ta úhradová vyhláška není žádný ideální nástroj na navýšování platů. Dokonce i teď se

bude podepisovat memorandum mezi panem ministrem a kraji. Tak i v tom memorandu se vypilovávají různá slovíčka, že těžko můžeme v tom memorandu třeba říct, že úhradová vyhláška zajistí prostě navýšení platů. Úhradová vyhláška prostě nasměruje takové množství prostředků do těch zařízení, které by měli stačit pro všechna zařízení na navýšení těch platů, stále musíme mít na mysli, že zákon hovoří o úhradě zdravotních služeb a že obvykle tam nemáme přímou linku aby ty peníze měli vlaječky a bylo řečeno že tohleto je na platy, u těch sester je to ještě složitější. I když to má být dva tisíce příplatek na každou sestru ve směně. To se dá udělat, když je to ze státního rozpočtu, protože se vezme seznam sester, zjistí se které jsou ve službách a takto se pronásobí s dvou tisícovým příplatkem. Tak my jsme měli asi 6 variant, projednávali jsme to se zástupci velké asociace, tzn. Asociace velkých fakultních nemocnic, specializovaných nemocnic, ale i se zástupci tzn. Malé asociace těch menších nemocnic, od krajů níže. A nakonec z těch šesti variant, byla vybrána varianta, která rozlišuje ošetřovací dny podle typu, kdy bude přímo příplatek za ten ošetřovací den a nejvyšší příplatek bude za ty nejtěžší ošetřovací dny na jednotkách intenzivní péče, protože tam to koreluje a předpokládá se, že tam je větší počet sester ve směně a takto máme oceněny tyto ošetřovací dny. Samozřejmě máme data z pojišťoven a modelujeme to a podle toho rozlišení by to mělo dostačovat pro všechna zařízení v naší republice. Asi nakonec bude ta částka o něco vyšší než jsme měli tím jednoduchým propočtem, protože právě proto, že se to nedá jednoznačně určit, aby tam ty peníze připlynuly a zároveň jsme nedali někomu o něco víc a někomu nedali méně. Tak tam bude ta potřeba o 100 nebo 200 milionů vyšší. To prostě zatím nemůžeme vyloučit. Tak to je k těm sestřím. Různé ošetřovací dny mají různou váhu, intenzivní vyšší nestandardní například.

V akutní péči to bude podmíněno standardně produkcí tzn. že když některá nemocnice významnou část kapacit zavřela tak i toto bude redukováno, protože to jinak než navázat na podobný objem péče neumíme.

Jaká bude požadovaná produkce, a jak bude hrazená nadprodukce. Abychom si vytvořili nějaký koridor v kterém mohou poskytovatelé počítat s těmito navýšenými prostředky. Tak nakonec je to dohodnuto z dnešního jednání s panem ministrem, by ten spodní koridor, tzn. Minimálně požadovaná produkce, právě z toho důvodu nedostatku sester byla ještě o procento snižena, takže to bude 95% oproti roku 2016. A naopak nadprodukce bude od 104% roku 2016. Takže tam bude poměrně velký, devíti procentní koridor. A nově jsme navrhli spojitou funkci s postupně klesající sazbou, takže tam nebudou žádné zlomy a z této spojitě funkce vyplývá, že do 110% produkce by byla ta nadprodukce uhrazena z 85%. Mezi 110 – 120% z 60% a mezi 120 – 130% asi z 50%. Takže by tam postupní kontinuální pokles úhrady s vysokou nadprodukcí, aby tam byly pokryty vždy ty fixní náklady, ale zároveň aby to nemotivovalo k vytváření nadprodukce z důvodu získávání prostředků. Zároveň je to zajištěno funkcí alfa tangenc a taky růstem unikátních pojištěnců. Všechna ta omezení jsou takového typu, aby nemocnice, která má přirozeně více pacientů, nemůže sama ovlivnit zejména u 7 pojišťoven růst té produkce. U malých pojišťoven je to hra malých čísel, tak dva pojištěnci z jedné malé pojišťovny verus čtyři pojištěnci jsou okamžitě 100% nárůsty, tak aby toto všechno bylo vzato v potaz.

Z povinných balíčků se stanou balíčky nepovinné, protože poskytovatelé si stěžovali na obrovskou segmentaci, zároveň nám ty balíčky zkreslují vykazování DRG pro ten projekt DRG restart. Zároveň jsme se s pojišťovnami dohodli, to co mělo stát zavedením těch balíčků, dva nebo tři roky zpátky, tak to už se stalo, že tady byly rozdílné nákupy toho speciálního materiálu, typu kardiostimulátoru, totálních endoprotéz, teď už ty ceny byly sraženy na nějakou srovnatelnou úroveň. Takže už ty

balíčky nemají plnit tuto funkci srovnávací mezi zařízeními a trochu komplikovaly život poskytovatelům, protože je to další vyčleněná úhrada se zohledňuje zvlášť.

Balíčky budou nepovinné, nebudou tedy v úhradovce, ale bude tam explicitně napsáno, že se pojišťovny můžou s poskytovatelem dohodnout, pokud ten způsob oběma stranám vyhovuje. Protože některé pojišťovny po kontrolách z NKÚ se chtějí striktně držet úhradové vyhlášky, že někdy neumožňují logickou domluvu. Takže tohle by mělo být, pokud budou mít strany zájem zohledněno.

Úhrada a keys mix budou převedeny do toho případového paušálu a ty balíčky budou navýšeny. A právě to průměrné procento, aby i v balíčcích se objevil nárůst platů. Takže navýšení bude o to 12,4% oproti roku 2016, bude to znamenat podstatné snížení segmentace.

Teď minimální sazby, zase tam zvyšuje zespoda tu minimální sazbu, kde dáváme pro poskytovatele s centry té nejvyšší kategorie kardiovaskulární, onkologická centra, dáváme tu minimální sazbu 35 500, vloni jsme tam měli 33 500 a pro ostatní dáváme minimální sazbu 26 000, vloni tam bylo 24 000. Myslím si, že to přispěje ke sblížování a odstraňování historických nerovností.

Úhrada vyjmutá z paušálu, tady bude zase růst pro ty části, které budou vyjmuty stejně jako z případovým paušálem, každou tu část nemocniční péče plánujeme, že budeme navýšovat o stejné procento, tak aby tam byly zachyceny nárůsty těch platů.

Nemocniční ambulance budou růst opět o 12,4% oproti roku 2016. Paušál 112,4% roku 2016 při splnění 100% uhrazené produkce. Rozdělení ambulancí na komplement a ostatní, to jak jsme to měli v minulý úhradové vyhlášce, bude pouze pokud to bude pro nemocnici výhodné. Nebude to zase pevně z úhradové vyhlášky. Opět tím požadavkem je zmenšení segmentace, a i možnost přelévání těch prostředků, které jsou pro toho nemocničního poskytovatele dány na jeho ambulance, aby mohl pracovat z celou tou částkou pro všechny své ambulance. Možnost přelévání produkce z akutní péče do těch ambulancí bude tak jako to bylo v minulosti, v jediné části v které to možné nebude je komplement, protože to část, která je generovatelná, protože tam nechceme, aby se vytvářeli umělé body. Takže takhle to bude nastaveno v ambulancích. V ambulancích bude možnost nadprodukce, od 104% do 114% a bylo by to hrazeno ze 75%. Bude to podmíněno unikáty a neplatí to pro komplement.

Následná péče, růst úhrady za ošetrovací den bude ve výši 6,5% oproti roku 2017, a je to zcela z důvodu podílu růstu osobních nákladů. Znovu tam budou zvýšeny minimální sazby za ošetrovací den, opět to znamená sblížování zespoda. Budou zavedeny nově i maximální sazby za ošetrovací den, kdy by došlo i k mírnému sblížování ze shora. Je to novinka. Musí projít připomínkovým řízením.

Máme tady ještě speciální segment té následné péče, to jsou ty nipy, diopy. Následná péče je teď nově podle sazebníku výkonů, tak k tomu pracovala speciální skupina a navrhovala pod 1 koruna. Dnes jsme dostali od pana ministra úkol, abychom toto přepočítali a abychom vytvořili takovou úhradu, protože v tomto segmentu jsme předpokládali, že se pojišťovny i poskytovatelé dohodnou. Nipy, diopy byly v sazebníku výkonů už loni, a byly s odloženou účinností na rok 2018, ale bohužel k těm dohodám s pojišťovnami nedošlo, takže to rozhodnutí je opět na Ministerstvu zdravotnictví a my teď se budeme snažit podívat se na to, aby ten dopad na ten segment byl neutrální a aby ta nová forma úhrady byla prakticky ve stejné výši jako ta původní forma úhrady. Zároveň i tam bychom počítali s 12% navýšením, aby i pro tento segment se zohlednily nárůsty platů.

Zvláštní ambulantní péče to je ta část, kde byla péče v sociálních službách, kde tedy na základě rozhodnutí ústavního soudu, jsou vyjmuti poskytovatelé sociálních služeb, oni nepatří do úhradové vyhlášky. Byl tady pokus je do ní zařadit. I zde bude v té zvláštní ambulantní péči, podle které se potom řídí dohody i s poskytovateli sociálních služeb, tak i tady bude růst na platy 6% oproti roku 2017. Koeficient navýšení bude někde mezi 21,9 až 31,2. A to se bude ještě dopočítávat, hodnota bodu bude zřejmě navýšena, z 1,02 na 1,05.

Příplatek na směnovost, ten budeme řešit asi navýšením bonifikačních výkonů za práci zdravotní sestry v době od 22 hodin do 6 hodin ráno a v době pracovního volna. Z 16 asi zřejmě na 21 bodů, to všechno je ještě v procesu počítání.

Malý počet pojištěnců bude zřejmě zvýšen z 10 na 30 a bude hrazen výkonově bez limitace.

Centrové léky, prošly za minulý rok velkou pozorností. Máme k dispozici analýzy incidence, prevalence, trendy, data z pojišťoven, data ze SUKLu. Počítáme s 1 miliardou nárůstu. Segmentace bude ještě podrobnější, bude asi 14 skupin, které mají odlišné růsty, podle toho co se v tom, kterém segmentu děje.

Poskytovatelé zdravotnické záchranné služby dostanou navýšení potřebné na zvýšení platů, což by mělo být asi dva haléře. Stejný nárůst jako v roce 2017.

Lázeňskou léčebně rehabilitační péči zatím máme na stejné úhradě jako v roce 2017.

V lékárenské péči bude zřejmě kompenzace toho e-receptu, to ještě není přesně dáno.

Domácí hospicová péče má dva nové výkony. Bude v seznamu zdravotních výkonů.

U praktických lékařů zatím není rozhodnuto, ale přikláníme se k tomu, aby navýšení spíše směřovalo do té výkonové složky než do té kapitační složky. Zatím to není definitivně rozhodnuto.

Ambulantní specialisté budou mít minimální růst 1,5% oproti roku 2016, zůstává psychiatrická péče hrazená výkonově bez limitu.

Laboratorní komplement, ty hodnoty bodu stále dopočítáváme. Bude tam zhruba růst 2% oproti roku 2016.

Zdravotní sestry do maximální úhrady se nezahrne zdravotní péče o pacienta v terminálním stavu podle seznamu výkonů, tzn. Bude vyjmuta. Mimo tu regulaci. Malý počet pojištěnců bude hrazen výkonově bez limitace. Dále je možné vyjmout z limitu péči poskytnutou v noci. A růst počítáme asi 2% oproti roku 2016.

Fyzioterapeuti, je v úvaze úhrada nad rámec maximální úhrady za mimořádně nákladné pojištěnce, v případě polytraumatů nebo dětské mozkové obrny. Takže by tam byl podobný vzorec jako u ambulantních specialistů. Zdravotnická dopravní služba, zatím je tam nějaké mírné navýšení hodnoty bodu z 0,81 na 0,83, respektive z 0,96 na korunu u těch kteří pracují v nepřetržitém provozu.

Jedná se o první návrh, samozřejmě se ještě povedou jednání na Ministerstvu zdravotnictví s UZISem a se zástupci pojišťoven. Odrazí se do toho i připomínkové řízení a ta konečná podoba se může v nějakém smyslu lišit. Nepočítáme ale, že by došlo k nějakému průlomovému navýšení, protože tímto, co jsem vám tady představila, jsou ty prostředky prakticky rozebrány. Děkuji za pozornost.

Inq. Ludvík Hovorka, předseda Podvýboru pro ekonomiku

Poděkoval za informace a vyslovil dotaz, jaký bude růst u centrových léků?

Inq. Helena Rögnerová, Ministerstvo zdravotnictví

Sazba 35 500 bude u poskytovatelů s nejvyššími centry jako minimální základní sazba. Ti, kteří nemají tato centra, tam jde to sbližování z nižší úrovně, pro letošní rok jsme měli 24 000, pro příští rok budeme mít 26 000.

Inq. Ludvík Hovorka, předseda Podvýboru pro ekonomiku

Když je položka na e-receptu 1,70, je nějak sumarizované, kolik bude celkový náklad, pokud se to bude hradit?

Inq. Helena Rögnerová, Ministerstvo zdravotnictví

Teď to tady připravené nemám, určitě je to možné. Zatím je to úvaha, kterou musíme dopočítat. Můžeme očekávat změnu v desítkách milionů, nebudou částky, které by změnily bilanci nějakým významným způsobem. Všechny kroky konzultujeme s legislativou, která má k úhradové vyhlášce má největší počet připomínek.

Inq. Ludvík Hovorka, předseda Podvýboru pro ekonomiku

Vznesl dotaz směrem k paní ředitelce, zda se počítá s bonifikací za kvalitu?

Inq. Helena Rögnerová, Ministerstvo zdravotnictví

Snaží se prosazovat bonifikaci za kvalitu laboratoří, při akreditacích, nad rámec někdy kritéria pojišťovnam, dávají požadavky charakteru, který souvisí se zajištěním kvality a úrovně. Zákon to příliš neumožňuje. Není nástroj umožňující kritéria k rozdělení bonusů či malusů. Mzd se nebrání debatě na toto téma. Důležitá spolupráce s ÚZIS, který sleduje kvalitu v centrech.

Inq. Ludvík Hovorka, předseda Podvýboru pro ekonomiku

Dotaz, zda je v úhradové vyhlášce navýšena platba za dialýzu a za zobrazovací metody?

Inq. Helena Rögnerová, Ministerstvo zdravotnictví

U dialýzy tentokrát vyčerpány všechny prostředky na sanování plateb. Nejsou žádné volné k navýšení, zatím se nepočítá. U zobrazovacích metod je parciální dohoda, kde je růst 2% oproti r. 2016, což je minimální růst. Takto to bylo dohodnuto.

Inq. Ludvík Hovorka, předseda Podvýboru pro ekonomiku

Poděkoval za prezentaci a předal slovo **posl. Hnykové**: jak to vypadá s úhradou ošetrovatelské péče v sociálních zařízeních, bylo již řešeno mnohokrát. Jak to je s navýšením o částku 2000,- Kč pro sestry, které pracují v pobytových zařízeních – bylo řečeno, že bude řešeno právě v rozpočtu na příští rok. Je nutná motivace pro sestry.

Inq. Helena Rögnerová, Ministerstvo zdravotnictví

Po rozhodnutí Ústavního soudu ústavní péče oficiálně vypadla. Poskytovatelé sociálních služeb byly vyjmuti. Mzd se toto snaží včlenit do speciální ambulantní péče, kde se vytváří analogická základna pro smluvní vztahy poskytovatele soc. služeb. Počítá se s růstem 6% oproti roku 2017. Koeficient navýšení 1,29 -1,32. Navýšení hodnoty bodu z 1,02 na 1,05, možná i víc. Příplatek na směnnost – bude řešen současně s tím, že se řeší v nemocnicích – navýšení bonifikačních výkonů za práci zdravotní sestry od 22.00 – 06.00 h a době pracovního volna ze 16 na 22 bodů. Jedná se se s Asociací poskytovatelů sociálních služeb. Je nutno přesně stanovit počet sester ve směnách a podle jednotlivých IČZ. Čeká se vypracování přesných dokladů. Původní odhady se trochu lišily.

Jana Hnyková, členka Výboru pro zdravotnictví

Jedná se pouze s Asociací poskytovatelů sociálních služeb nebo i s Gracia Futurum 2013?

Inq. Helena Rögnerová, Ministerstvo zdravotnictví

Zatím jen s těmi, který se sami ozvali, tedy Asociací poskytovatelů sociálních služeb. Nevyhýbají se žádným dalším jednáním. Půjde ještě do připomínkového řízení – budou se brát v potaz od kohokoli.

JUDr. Ondřej Dostál, Ph. D., LL. M.

Ambulantní specialisté si stěžují v Bruselu na rozdílnost úhrady v nemocničních ambulancích oproti ambulantům v terénu. Pracuje se s tím?

Inq. Helena Rögnerová, Ministerstvo zdravotnictví

Seznámila se se stížnostmi, posuzují právníci, má-li všechny náležitosti. Jsou to odlišné segmenty péče, nárůst je opravdu minimální. Výsledky za r. 2016 ukazují, že ambulance bez rozlišení rostly vcelku více, než cokoli jiného. Úhradová vyhláška musí beze zbytku reagovat i na to, co se děje v personálním obsazení. Také dochází k velkým přesunům ošetření ze specializovaných ambulancí do nemocnic – krátká ordinační doba. Navyšuje se hlavně v lůžkové péči. Nemocnice by měla být motivována ukončovat léčbu a pozvat si pacienta na kontroly spíše do ambulantní sféry. Pro MZD je nemožné „odříznout“ ambulance od nemocnic.

JUDr. Ondřej Dostál, Ph. D., LL. M.

Nemocniční úhrada podle něj není případový paušál, ale spíše rozpočtové financování. Jsou rozdílné základní sazby. DRG restart se opozdil se svým začátkem fungování.

Inq. Helena Rögnerová, Ministerstvo zdravotnictví

DRG restart se má rozběhnout letos na podzim, blíží se do finální fáze. Projde ještě politickou debatou. Již teď hmatatelné výstupy. Nebude sazba napříč celou republikou – budou typy nemocnic. Toto je problematika doc. Duška. Do letošní úhradové vyhlášky se rozhodně nepromítne. Důležité, aby všechna zařízení měla na platy zaměstnanců. Pro ředitele, kteří nemají finanční rezervu je vše velice složité. Pracuje se pouze s omezenými prostředky. Tvoří se modely.

Dr. Stanislav Fiala, Asociace českých a moravských nemocnic

Souhlasí s paní ředitelkou. V DRG restart nevidí řešení.

Inq. Helena Rögnerová, Ministerstvo zdravotnictví

Odhaduje se asi o 3-4 mld. než se předpokládalo. Nadále se očekává masivní růst příjmů do zdravotního pojištění (asi výši 5,3%). Ukazuje se, že zaměstnanost je vyčerpaný ukazatel.

Zaměstnanost je tak malá, že už jsou to ti, kteří nechtějí pracovat. Pojišťovny by měly být rezervy. V době krize se vše překonalo. V posledních úhradových vyhláškách rezervy v pojišťovnách nebyly ponechávány. Je to politická otázka. Ministerstvo financí odmítlo deficit u pojistných plánů.

Inq. Ludvík Hovorka, předseda Podvýboru pro ekonomiku

Požadavky VZ u zdravotně pojistných plánů jsou takové, aby úhradová vyhláška umožnila pojišťovnám tvořit rezervy. Kdo bude financovat? Rezervy nejsou a také rezervní fondy zdravotních pojišťoven jsou plné z poloviny. Byl rozpuštěn zajišťovací fond, který byl rozpuštěn do péče. Navrhl přejít k druhému bodu:

Ad 2 Postup sjednocení individuálních základních sazeb podle principu srovnatelná úhrada za stejnou zdravotní péči

Uvedl, že tato problematika se řešila již na doby, kdy byl ministrem doc. Heger, do pěti let chtěl sjednotit základní sazby. Nepodařilo se. Je zamýšleno i v poslední úhradové vyhlášce. Zůstávají však velké rozdíly. Nějaké znaky sblížení jsou znatelné. Rozdíly mezi nemocnicemi zůstávají, bez důvodu, kvalita se neprojevuje. Za stejnou péči se nemohou platit různé prostředky. Toto by měl, dle jeho názoru, ukázat DRG restart. Nemocnicím, které dostávají výrazně více než je průměr, by se finanční prostředky měly sebrat a dát je nemocnicím, které dostávají výrazně méně než je průměr. To musí být politické rozhodnutí.

Inq. Helena Rögnerová, Ministerstvo zdravotnictví

Toto je obor ředitele ÚZIS Duška. Již částečně zodpověděla při představování úhradové vyhlášky. Snaží se o vyrovnání – mezi pojišťovnami, v ošetrovacích dnech za následnou péči nebo minimálně sazbě s centry nebo bez nich. V řadě případů jsou ale rozdíly, které opodstatněné jsou. Je těžké toto rozlišit. Bude to v budoucnu těžké politické rozhodnutí. Objevují se data nejen technického charakteru. Velké rozdíly jsou u onkologické péče. Záleží pacient od pacienta, kde by měl být léčen. Napříč jednou diagnózou se sejdou různé druhy pacientů, co se týká nákladů. Nelze jednoznačně rozlišit. Představa je taková, že nemocnice se rozdělí do několika skupin. Je otázka, jak budou definovány. Definice neexistuje. Nelze však rozdělit spravedlivě pro každou nemocnici. V minulosti se přidávalo plošně. V některých úhradových vyhláškách se přihlíželo k tomu, že některé segmenty byly podhodnoceny, vyrovnávalo se tempo růstu. Nelze vzít peníze z roku na rok. V minulosti se tak stalo v lázeňské péči a byl to velký problém.

Inq. Ludvík Hovorka, předseda Podvýboru pro ekonomiku

Poděkoval paní ředitelce za účast a požádal o zaslání podkladů k úhradové vyhlášce a podklady také na 53. schůzi Výboru pro zdravotnictví, požádal také o účast ředitele ÚZIS doc. Duška.

Inq. Helena Rögnerová, Ministerstvo zdravotnictví

Přislíbila zaslat materiály pro 53. schůzi výboru.

Dr. Stanislav Fiala, Asociace českých a moravských nemocnic

Poděkoval paní ředitelce za vysvětlení, proč nemůže, dle jeho názoru fungovat DRG a sblížení sazeb – nejdříve politické rozhodnutí jaká bude struktura nemocnic. Při snížení sazeb si fakultní nemocnice vše vynahradí prostřednictvím koeficientů.

Předseda Podvýboru pro ekonomiku Ing. Ludvík Hovorka schůzi ukončil.

Bc. Stanislav Mackovík
místopředseda Podvýboru

Ing. Ludvík Hovorka
předseda Podvýboru