**Námitky AČMN k návrhu úhradové vyhlášky pro rok 2017**

Členské nemocnice AČMN nezpochybňují snahu MZ přidat požadované peníze na zvýšení platů a mezd personálu nemocnic. Problém je ale v tom, že rozdělení navýšení úhrady je procentuálně paušální a plošné a nejen, že i nadále zakotvuje nerovnosti v úhradách za stejnou péči, ale tyto rozdíly ještě prohlubuje.

AČMN upozorňuje na 3 základní a zásadní oblasti námitek. Ty se týkají akutní hospitalizační péče, ambulantní péče a následné péče.

1. **V oblasti hospitalizační péče požadujeme sblížení sazeb a definovaní pojmu uhrazená péče ve vzorci CM2015,01,10.**Definice „uhrazené péče“ pomocí vzorce vyjasní případné spory mezi poskytovateli a ZP. Navržená minimální IZS 22500Kč pro ostatní nemocnice je neadekvátně nízká ve srovnání s navrženou minimální IZS pro 6 vybraných fakultních nemocnic mající status 6 center. Ta je 33500Kč. Není relevantní důvod, aby za stejnou péči (artroskopie, kýla, žlučník, interní onemocnění, gynekologické a další diagnózy …) byly vybrané „centrové“ fakultní nemocnice hrazeny o 50% více než zbylých 150 nemocnic v republice. Vyhláška neřeší dostatečně nerovnosti v úhradě pro nemocnice za stejný výkon. Dle našeho názoru by míru ocenění složitosti zdravotních hospitalizačních výkonů má řešit číselník relativních vah DRG a není nutné další deformování spravedlivé úhrady tím, že každá nemocnice má jinou základní sazbu, kterým se tento výkon přepočte. Doufali jsme, že úhradová vyhláška na rok 2017 tuto situaci zlepší, ale opak je pravdou. Dochází k fixaci nerovností, pseudokoeficientů specializace a konzervaci nespravedlivé úhrady. Navrhujeme stanovení nejen minimální IZS ale i maximální IZS. Pokud tyto sazby sblížíme, pak nebude problém s ufinancováním systému. Tato úhradová vyhláška dělí nemocnice do 3 skupin.
2. Velké „bohaté“ nemocnice s vysokými úhradami (IZS>33tis.Kč, převážně FN a část velkých krajských nemocnic, podíl osobních nákladů okolo 40%) – růst o 9% oproti 2015 jim garantuje nutné 3-5% na růst mezd o 10% a dalších 4-6% na rozvoj nemocnice a financování provozu a investic.
3. Středně velké regionální nemocnice se středně vysokými úhradami (IZS okolo 27-30tis.Kč, podíl osobních nákladů okolo 50-55%) – růst úhrady o 9% díky historicky slušnému základu bude stačit na růst mezd, pokud budou splněny všechny segmenty pro všechny ZP, na provoz nezbyde v podstatě nic.
4. Malé regionální nemocnice a nemocnice následné a dlouhodobé péče (průměrné a podprůměrné IZS od 17-26tis.Kč, podíl osobních nákladů přes 55-60% pro nemocnice akutní péče a 65-70% pro nemocnice následné péče) – navýšení úhrad nepokryje ani slíbené 10% navýšení tarifních mezd. Cca 5-15% bude muset nemocnice „dofinancovat“ na úkor provozu či investic nebo z kapes zřizovatele.

**Způsobů sblížení sazeb je několik. V našich námitkách navrhujeme stanovení ZS 2017 min, případně i ZS 2017 max ; navýšení IZS min ve stávajícím vzorci a sblížení obou sazeb nebo zavední klouzavé degrese pro nárůst úhrad.**

1. **V ambulantní péči nesouhlasíme s rozdělení ambulantní složky na 2 části** - je zbytečně složité - navrhujeme ponechat navýšení 9% a překročenou produkci započíst oproti případně nenaplněné hospitalizační složce úhrady. Segmentace úhrad do 6 částí pro 7 ZP znamená v praxi 42 kontraktů s limitací úhrady a regulací v případě nenaplnění a neúhrady v případě překročení. Je to neuřiditelné a negarantuje to fakt, že vyplacené finanční prostředky na mzdy nemocnice obdrží při vyúčtování záloh roku 2017 a že je nebude muset vracet! **Dále požadujeme, aby navržená bonifikace za nepřetržitý provoz byla vyjmuta z regulace maximální ambulantní úhrady.**
2. V následné a dlouhodobé péči je problém s nedostatečným růstem úhrady největší. Je to dáno vyšším podílem osobních nákladů. **Požadujeme vyšší růst PS OD a to ve výši 9% vůči roku 2016.**

Naše námitky jsme rozdělili do těchto skupin:

1. Zásadní, klíčové a nepodstupitelné
2. Definice „Uhrazený“ CM pro účely stanovení referenčního CM
3. Zrušení indexu změny produkce, zavedení min. ZS pro rok 2017
4. Stanovení minimální ZS, definice „specializovaných“ nemocnic
5. Zrušení segmentace u ambulantní složky úhrady
6. Navýšení hodnoty bodu za nepřetržitou péči dát mimo regulaci na max. úhr.
7. Navýšení PS OD u následné péče z 6,5 % na 9 %

1. Doporučující, vysvětlující a zpřesňujícící
2. Zrušení limitace kompenzace regulačních poplatků
3. Zařazení hospicové péče mezi ostatní následnou péči, stanovení PS OD
4. Navýšení počtu UOP u zvláštní amb. péče pro použití HB red.
5. Změna textu u PS OD propustek, zpřesnění
6. Změna referenčního období u regulací na léčiva
7. Úhrada transplantací mimo ambulantní složku úhrady
8. Zpřesnění definice úhrady u centrových léčiv na HIV
9. Doplnění přesné definice ambulantní péče
10. Doplnění povinnosti sdělit referenční hodnoty
11. Navýšení hodnoty bodu u následné intenzivní péče na 1,05 Kč
12. Zpřesnění definice koeficientu počtu pojištěnců v okrese
13. Změna způsobu navýšení úhrady v závislosti na IZS
14. Změna definice úhrady centrových léčiv nad stanovený limit

**Konkrétní připomínky 1**

**Rádi bychom požádali o doplnění definice proměnné v příloze č. 1 vyhlášky, odst. 3.5 na straně 11 dole, aby byla jasná a srozumitelná.**

 **Původní text:**

$CM\_{2015,014,10, uhr}$je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných, zdravotní pojišťovnou uznaných a uhrazených, které byly ukončeny v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených indexy 2017 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

**Změnit text na:**

$CM\_{2015,014,10, uhr}$je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných, zdravotní pojišťovnou uznaných a **uhrazených**, které byly ukončeny v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených indexy 2017 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce. CM2015,014,10,uhr je definován jako menší z hodnot:

* + CM2015,14,10 (tedy CM roku 2015, případy uvedené v příloze č. 10 vyhlášky pro rok 2017, přepočtené grouperem v. 14)
	+ 0,96 \* Kpp13 \* CM2013,014,10 (tedy CM roku 2013, případy uvedené v příloze č. 10 vyhlášky pro rok 2017, přepočtené grouperem v. 14, Kpp13 je uveden ve vyhlášce 324/2014 Sb.),

pokud případná produkce nad tento limit nebyla finančně kompenzována v úhradě za referenční období.

**Odůvodnění:**

Pojem „**uhrazený CM“** je třeba definovat, nachází se ve vyhlášce poprvé, proto je potřeba ho definovat, aby nedocházelo k nejednoznačnému výkladu vyhlášky. Z pohledu poskytovatele je každý CM vyprodukovaný nad rámec minimální výkonnosti dle úhradové vyhlášky „neuhrazený“, protože kdyby nebyl odpracovaný a vykázaný, tak by se úhrada nezměnila. Pohled plátců, ZP je opačný. Podle jejich názoru je „uhrazená“ jakákoli, tedy veškerá péče vykázaná, protože celková úhrada je „paušál“ za vše. Navrhujeme tuto definici „uhrazené péče“ doplnit do vyhlášky. V případě neuhrazené nadprodukce by mělo dojít ke snížení referenčních hodnot, ty by měly být ve výši uhrazených. Pokud tomu tak není, tak je poskytovatel penalizován 2x – jednou, když je produkce neuhrazena, a podruhé v roce, kdy tato reference není naplněna v aktuálním roce a je mu krácena úhrada!

Pokud význam slova „uhrazených“ nedefinujete, bude to znamenat různé výklady a velké spory mezi ZP a poskytovateli.

**tato připomínka je ZÁSADNÍ**

**Konkrétní připomínky 2**

**Navrhujeme zrušení výpočtu úhrady nadprodukce u případového paušálu prostřednictvím IZP a nahrazení výpočtem prostřednictvím minimální ZS.**

 **Původní text:**

3.5 Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a stanoví se ve výši CELK PUdrg,2017 podle výrazu:

$CELK PU\_{drg, 2017}=min\left\{1;\frac{CM\_{red, 2017,014,10}}{0,97\*CM\_{ 2015,014,10,uhr}}\right\}\*IPU\*I\_{ZP}-EM\_{2017,10}$,

……..

 (iii) IZP je index změny produkce vypočtený takto:

$$I\_{ZP}=1+I\_{ZP1}+I\_{ZP2}$$

$$I\_{ZP1}=\left\{max\left[0;0,85\*min\left(\frac{CM\_{red, 2017,014,10}}{CM\_{2015,014,10}}-1,03;0,07\right)\*I\_{GUP1}\right]\right\}$$

$$I\_{ZP2}=\left\{max\left[0;0,65\*min\left(\frac{CM\_{red, 2017,014,10}}{CM\_{2015,014,10}}-1,10;0,10\right)\*I\_{GUP2}\right]\right\}$$

atd….

**Změnit text na:**

3.5 Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a stanoví se ve výši CELK PUdrg,2017 jako vyšší z hodnot:

$CELK PU\_{drg, 2017}=min\left\{1;\frac{CM\_{red, 2017,014,10}}{0,97\*CM\_{ 2015,014,10,uhr}}\right\}\*IPU-EM\_{2017,10}$,

$CELK PU\_{drg, 2017}=1,09\*ZS\_{min,10}\*CM\_{red, 2017,014,10} -EM\_{2017,10}$,

dále zrušit celou část týkající se výpočtu IZP a IGUP, zrušit část týkající se přesunu „nevyčerpané“ úhrady z hospitalizací do ambulantní složky úhrady

**Odůvodnění:**

Výpočet prostřednictvím IZP a IGUP je složitý a neřeší např. nárůsty nákladných pacientů na UPV, kdy nedochází k výraznému nárůstu GUP, ale dochází k zásadnímu nárůstu CM. Stejně tak neřeší např. opakované chemoterapie, kdy dochází k nárůstu počtu případů, ale opět nedochází k nárůstu GUP.

Neřeší ani případy malých ZP, kdy produkce může růst v rádu desítek procent, stejně tak klesat. V případě poklesu produkce je snížení úhrady realizováno vždy, ale zohlednění navýšení produkce je vždy na rozhodnutí dané ZP.

Změna umožní úhradu celé produkce alespoň stanovenou minimální základní sazbou platnou pro aktuální rok, bez složitých výpočtu IZP a bez využití přesunu „nevyčerpané“ hospitalizační péče do ambulantní složky úhrady. Hodnota ZS min by měla být jednotná a ve výši alespoň 27 000Kč. Stejně ta může být stanovena i ZSmax a to například ve výši 40 000Kč.

**tato připomínka je ZÁSADNÍ**

**Konkrétní připomínky 3**

**Navrhujeme stanovit minimální základní sazbu pro nemocnice, které nemají centra specializované péče, ve výši 25 000 Kč. Dále navrhujeme u specializovaných nemocnic upravit podmínku, kdy pro stanovenou ZS 33 500 Kč je dostatečné mít alespoň 5 z 6 uvedených center vysoce specializované péče.**

 **Původní text:**

$ZS\_{min,10}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 33 500 Kč pro poskytovatele, který má současně statut centra vysoce specializované onkogynekologické péče, centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centra vysoce specializované kardiovaskulární péče, centra vysoce specializované traumatologické péče, centra vysoce specializované onkologické péče a centra vysoce specializované hematoonkologické péče pro dospělé a děti s transplantační jednotkou podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví ve výši 22 500 Kč.

**Změnit text na:**

$ZS\_{min,10}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 33 500 Kč pro poskytovatele, který má současně statut centra vysoce specializované péče alespoň v 5 z níže uvedených center: centrum onkogynekologické péče, centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centrum vysoce specializované kardiovaskulární péče, centrum vysoce specializované traumatologické péče, centrum vysoce specializované onkologické péče a centrum vysoce specializované hematoonkologické péče pro dospělé a děti s transplantační jednotkou podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví ve výši 25 000 Kč.

**Odůvodnění:**

Stanovení minimální základní sazby – hodnota pro nemocnice, které nemají centra specializované péče (22 500 Kč) je stanovena velice nízko. Vzhledem ke stanovené sazbě pro specializované nemocnice (33 500 Kč) dochází k dalšímu nárůstu rozdílu mezi základními sazbami jednotlivých nemocnic, stanovená ZS nebude mít žádný reálný dopad na sbližování sazeb. Naopak díky 109% navýšení úhrad se propastné rozdíly v IZS ještě zvětší.

ZS u specializovaných nemocnic – daná definice je příliš specifická a týká se pouze několika vybraných nemocnic. I specializované nemocnice, které nemají statut centra pouze v jedné oblasti, by byly posuzovány jako malé „okresní“ nemocnice se čtyřmi základními obory.

Další variantou může být vypuštění centra vysoce specializované hematoonkologické péče pro dospělé a děti s transplantační jednotkou – toto centrum je vysoce specializované a již onkologická péče je zajištěna samostatným centrem.

**tato připomínka je ZÁSADNÍ**

**Konkrétní připomínky 4**

**Ponechání ambulantní složky úhrady jako jeden celek, nikoli dělení úhrady na složku komplement a složku ostatní ambulantní odbornosti.**

 **Původní text:**

$Úhr\\_amb\_{max, kompl}=Úhr\\_amb\_{2015, kompl}\*1,09$,

$Úhr\\_amb\_{max,ost}=Úhr\\_amb\_{2015,ost}\*1,09+ Hnp\_{2017}$,

**Změnit text na:**

$Úhr\\_amb\_{max}=Úhr\\_amb\_{2015}\*1,09+ Hnp\_{2017}$,

**Odůvodnění:**

Nárůst objemu služeb u komplementu nemůže být kompenzován poklesem objemu služeb u ostatních odborností a naopak. Problém bude především u menších nemocnic a menších zdravotních pojišťoven, kdy jakákoli další segmentace úhrady způsobí problémy se splněním výkonnosti ve všech těchto segmentech. Malá nemocnice, 5 zdravotních pojišťoven, 4 segmenty úhrady (případový paušál, úhrada vyčleněná z případového paušálu, ambulance komplement, ambulance ostatní) = 20 jednotlivých segmentů, kde musí být splněná výkonnost, aby byla úhrada ve výši 109 %. Navrhovaná segmentace úhrady způsobí, že u celé řady nemocnic nebude splněna část složek úhrady (tedy úhrada bude vždy krácena), naopak u části segmentů bude nadprodukce (ale ta nebude uhrazena). Ve výsledku nebude dosaženo 109 % úhrady (to pouze v ideálním případě), ale vždy nižší hodnoty.

Možností je také uplatnit u odborností komplementu sestupnou hodnotu bodu, aby došlo k regulaci úhrady, ale aby tato regulace neměla zásadní dopad na celkovou výši úhrady.

**tato připomínka je ZÁSADNÍ**

**Konkrétní připomínky 5**

**Navrhujeme vyjmout navýšení úhrady ambulantní péče u poskytovatelů poskytujících nepřetržitou péči z regulací na max. úhradu v ambulancích, zpřesnit definici nepřetržité péče u laboratoře a radiodiagnostického oddělení.**

 **Původní text:**

* 1. V případě, že poskytovatel poskytuje nepřetržitou péči alespoň 16 hodin 7 dní v týdnu v laboratoři a na radiodiagnostickém oddělení, náleží mu navýšení úhrady ve výši 0,05 Kč za každý vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný bod za hrazené služby poskytnuté podle bodů 6.1. až 6.9. Navýšení úhrady uvedená ve větě první podléhají regulacím podle bodů 6.10. a 6.11., s výjimkou výkonů podle bodu 6.12., kde navýšení za tyto výkony nepodléhá regulacím podle bodů 6.10. a 6.11.

**Změnit text na:**

* 1. V případě, že poskytovatel poskytuje nepřetržitou péči alespoň 16 hodin 7 dní v týdnu minimálně na jednom pracovišti v laboratoři a minimálně na jednom pracovišti na radiodiagnostickém oddělení, náleží mu navýšení úhrady ve výši 0,05 Kč za každý vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný bod za hrazené služby poskytnuté podle bodů 6.1. až 6.9. Navýšení úhrady uvedená ve větě první ~~podléhají~~ nepodléhají regulacím podle bodů 6.10. a 6.11.

**Odůvodnění:**

Nemocnice poskytující nepřetržitou akutní péči (v režimu 24/365) mají výrazně vyšší osobní náklady oproti zejména soukromým poskytovatelům, kteří zajišťují péči jen ve všední dny, 8 hodin denně (v režimu 8/5). Úhrada dle sazeb bodu je ale pro všechny stejná. Proto je v odstavci 6.15. správně nastavena bonifikace zvýšených nákladů u poskytovatelů v nepřetržitém provozu. Její výše není ideální, ale je to cesta správným směrem. Chybou ale je, že tato bonifikace v praxi v podstatě nebude uhrazena, neboť ambulantní úhrada bude zastropována dle regulací podle bodů 6.10. a 6.11.

Proto navrhujeme, aby tato bonifikace byl a uhrazena zvlášť, nad rámec běžné ambulantní úhrady, u které budou podmínky pro všechny stejné jako doposud. Domníváme se, že tato podmínka ze strany poskytovatelů je oprávněná. Plátci by měli platit i za to, že někdo pohotovosti drží a je připraven poskytnout jejich pojištěncům péči, nikoli jen za tu péči, pokud nastane.

Zároveň zpřesnění definice laboratoře a radiodiagnostického oddělení zamezí případným sporům o výklad ustanovení.

**tato připomínka je ZÁSADNÍ**

**Konkrétní připomínky 6**

**Navrhujeme zvýšit stanovený nárůst u PS OD u následné péče z 6,5 % na 9 %..**

 **Původní text:**

$PS\_{OD,2017}=max\left\{1,065\*PS\_{OD,2016};X\right\}$,

**Změnit text na:**

$PS\_{OD,2017}=max\left\{1,09\*PS\_{OD,2016};X\right\}$,

**Odůvodnění:**

Nárůst 6,5% proti roku 2016 není dostatečný, u následné péče je podíl mzdových nákladů výrazně vyšší než u akutní péče.

Dále minimální sazby nejsou stanoveny jako 106,5% sazeb VZP, ale jsou stanoveny nižší. Nedochází tedy ke sbližování sazeb jednotlivých zdravotních pojišťoven.

**tato připomínka je ZÁSADNÍ**

**Konkrétní připomínky 7**

**Změna maximálního limitu pro kompenzaci regulačních poplatků – kompenzaci ponechat bez limitu, případně ponechat limit dle roku 2016.**

 **Původní text:**

§ 16

1. Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 30 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši třicetinásobku počtu výkonů č. 09543 podle seznamu výkonů, ve znění účinném v roce 2014, vykázaných zdravotní pojišťovně v roce 2014.
2. U poskytovatele, který v roce 2014 neexistoval, vznikl v průběhu roku 2014 nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna počty výkonů č. 09543 srovnatelných poskytovatelů v roce 2014. Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.
3. Ustanovení podle odstavců 1 a 2 se nevztahují na poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče při poskytování příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče.

§ 17

1. Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09552 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 13 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09552 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši dvanáctinásobku počtu receptů v roce 2014, na jejichž základě byl vydán léčivý přípravek částečně nebo plně hrazený z veřejného zdravotního pojištění.
2. U poskytovatele, který v roce 2014 neexistoval, vznikl v průběhu roku 2014 nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna počty receptů srovnatelných poskytovatelů v roce 2014.

**Změnit text na:**

§ 16

1. Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 30 Kč. ~~Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši třicetinásobku počtu výkonů č. 09543 podle seznamu výkonů, ve znění účinném v roce 2014, vykázaných zdravotní pojišťovně v roce 2014.~~ Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.
2. U poskytovatele, který v roce 2014 neexistoval, vznikl v průběhu roku 2014 nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna počty výkonů č. 09543 srovnatelných poskytovatelů v roce 2014. Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.
3. Ustanovení podle odstavců 1 a 2 se nevztahují na poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče při poskytování příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče.

§ 17

1. Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09552 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 13 Kč. ~~Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09552 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši dvanáctinásobku počtu receptů v roce 2014, na jejichž základě byl vydán léčivý přípravek částečně nebo plně hrazený z veřejného zdravotního pojištění.~~ Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.
2. U poskytovatele, který v roce 2014 neexistoval, vznikl v průběhu roku 2014 nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna počty receptů srovnatelných poskytovatelů v roce 2014.

**Odůvodnění:**

Navrhujeme zrušit omezení úhrady za regulační poplatky – vztažení vůči roku 2014 nedává smysl. V §16 a §17 navrhujeme vypustit druhé věty v prvních odstavcích a doplnit, že úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby, tak jak je uvedeno v §16 odst. 2 u nových poskytovatelů.

Omezení nemá logiku, za 3 roky došlo k výrazným změnám v rozsahu i skladbě péče, přesun z lůžek do ambulancí, tedy nárůst klinických vyšetření, které nejsou honorovány regulačním poplatkem ani jeho kompenzací. Není možné vycházet stále z roku 2014. V případě nutnosti regulace maximální kompenzace úhrady by další variantou bylo alespoň použít pozdější období, které lépe odpovídá současné struktuře poskytované péče (tedy rok 2016, případně rok 2015).

Navýšení kompenzace u výkonu 09552 z 12 na 13 Kč v případě limitace z roku 2014 zcela ztrácí smysl (limitace je počítána z kompenzace 12 Kč).

**tato připomínka je DOPORUČUJÍCÍ**

**Konkrétní připomínky 8**

**Navrhujeme zahrnout hospicovou péči mezi ostatní složky následné péče**

 **Původní text:**

1. **Zvláštní lůžková péče**

Pro zvláštní lůžkovou péči poskytovanou ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu podle § 22a zákona hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč.

**Změnit text na:**

text odst. 3 zrušit, doplnit do tabulky PS OD kód 00030:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 00030 | 1 473,94 | 1 558,09 | 1 642,25 | 1 726,40 | 1 810,55 |

**Odůvodnění:**

Je zbytečné vyčleňovat úhradu hospicové péče mimo ostatní následnou péči, vhodnější je stanovit minimální hodnotu PS OD jako u ostatních segmentů.

**tato připomínka je DOPORUČUJÍCÍ**

**Konkrétní připomínky 9**

**Navrhujeme zvýšit minimální počet UOP u zvláštní ambulantní péče, kdy bude použita HB red.**

 **Původní text:**

* 1. Výpočet celkové výše úhrady podle písm. b) se nepoužije v případě, že poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 10 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo v referenčním období neexistoval nebo neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou.

**Změnit text na:**

* 1. Výpočet celkové výše úhrady podle písm. b) se nepoužije v případě, že poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 20 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo v referenčním období neexistoval nebo neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou.

**Odůvodnění:**

Stanovený počet pojištěnců je nízký a při tomto počtu dochází ke značným výkyvům v průměrném objemu bodů.

**tato připomínka je DOPORUČUJÍCÍ**

**Konkrétní připomínky 10**

**Navrhujeme formální úpravu věty pod tabulkou pro následnou péči v příloze č.1 vyhlášky v bodě B - Hrazené služby podle § 4 odst. 2 v odstavci 1b:**

 **Původní text:**

Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace, při které byl vykázán OD 00098 a 00099 v hodnoceném období se stanoví ve výši .

**Změnit text na:**

Výše paušální sazby za jeden vykázaný den hospitalizace OD 00098 a 00099 se v hodnoceném období stanoví ve výši .

**Nebo:**

Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace, při kterém byl vykázán OD 00098 a 00099 se v hodnoceném období stanoví ve výši 

**Odůvodnění:**

Původní poněkud složitá věta obsahuje nebezpečí překrouceného právního výkladu, kdy při hospitalizaci, ve které bude obsažena propustka, se mění způsob úhrady dle uvedeného vzorce. Protože jsme již zažili různé výklady některých ZP, tak toto zpřesnění nedopustí případné spory.

**tato připomínka je DOPORUČUJÍCÍ**

**Konkrétní připomínky 11**

**Navrhujeme změnit stanovení referenčního období pro regulaci za předepsané léčivé přípravky a ZP z roku 2014 na rok 2015, zároveň zvýšit hodnotu z 98 % na 100 % referenčního období.**

 **Původní text:**

2.2 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, s výjimkou ATC skupiny H01AC01 léčba růstovým hormonem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 6.1 až 6.3 a 6.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce vyšší než 98 % průměrné úhrady v roce 2014 za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 6.1 až 6.3 a 6.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce, ….

**Změnit text na:**

2.2 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, s výjimkou ATC skupiny H01AC01 léčba růstovým hormonem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 6.1 až 6.3 a 6.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce vyšší než 100 % průměrné úhrady v roce 2015 za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 6.1 až 6.3 a 6.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce, ….

**Odůvodnění:**

Srovnání 2017 a 2014 nekoresponduje s vývojem preskripce. Reálné je srovnání 2017 a 2015, při zachování stejné průměrné úhrady. V r. 2015 a 2017 byla stejná DPH, jedná se o srovnatelná období.

**tato připomínka je DOPORUČUJÍCÍ**

**Konkrétní připomínky 12**

**Navrhujeme změnit text u § 18 úhrada transplantací a doplnit, že úhrada se nezapočítává nejen do úhrady za hospitalizace, ale také za ambulance.**

 **Původní text:**

§ 18

 Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 10 000 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle části A) bodů 2.1.1, 3.5 a 4 přílohy č. 1 k této vyhlášce.

**Změnit text na:**

§ 18

 Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 10 000 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle části A) bodů 2.1.1, 3.5, 4 a 6 přílohy č. 1 k této vyhlášce.

**Odůvodnění:**

Doplnění, že úhrada za „bonifikace“ transplantací se nebude započítávat také do bodu 6, tj. do ambulantní složky úhrady. V případě ponechání původní formulace by výklad mohl být nejednoznačný.

**tato připomínka je DOPORUČUJÍCÍ**

**Konkrétní připomínky 13**

**Navrhujeme změnit formulaci a zpřesnit způsob úhrady u léčiv na HIV/AIDS tak, aby bylo zřejmé, že se jedná o jednotkovou úhradu za léčivo, nikoli o omezení celkové úhrady za tato léčiva.**

 **Původní text:**

* + 1. Pro onemocnění HIV/AIDS, hereditární angioedém a pro profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru se uhradí podaný léčivý přípravek ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané úhrady v roce 2015.

**Změnit text na:**

* + 1. Pro onemocnění HIV/AIDS, hereditární angioedém a pro profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru se uhradí podaný léčivý přípravek ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané jednotkové úhrady v roce 2015.

**Odůvodnění:**

Pokud by zůstal termín „uznané úhrady 2015“, je riziko, že výklad může být, že bude uhrazen max. celkový hrazený objem roku 2015, nikoli vykázané objem roku 2017 oceněný jednotkovou cenou roku 2015.

**tato připomínka je DOPORUČUJÍCÍ**

**Konkrétní připomínky 14**

**Navrhujeme doplnit jednoznačný výklad, co je považováno za ambulantní péči (tedy péče vykázaná mimo dobu hospitalizace bez ohledu na žadatele a datum vyžádání péče).**

**Původní text:**

**Doplnění nového odstavce:**

6.16 Ambulantní péčí se rozumí péče, která je poskytována v období mimo hospitalizaci. Rozhodujícím kritériem je výhradně datum poskytnutí péče, nikoli identifikace žadatele a datum vyžádání péče.

**Odůvodnění:**

Různé pohledy na metodiku zařazování výkonů (materiálů) do amb. péče má vliv na objem úhrady za amb. péči. Příklad – pokud je žadatele hospitalizační odbornost a péče je reálně poskytnuta v době mimo hospitalizaci, je riziko, že tato péče nebude zařazena do amb. složky úhrady.

**tato připomínka je DOPORUČUJÍCÍ**

**Konkrétní připomínky 15**

**Navrhujeme doplnit povinnost ZP na sdělení všech referenčních hodnot potřebných pro výpočet úhrady do 30.4.2017.**

**Původní text:**

§ 2

**Doplnění nového odstavce do § 2:**

(8): Zdravotní pojišťovny sdělí poskytovateli do 30. dubna 2017 veškeré referenční hodnoty uvedené ve vyhlášce.

**Odůvodnění:**

Zdravotní pojišťovny mají k dispozici referenční hodnoty. Sdělením hodnot dojde k jistotě při výpočtu úhrad a obě strany mají dostatečný časový prostor na dořešení ref. hodnot do doby vyúčtování roku 2017.

**tato připomínka je DOPORUČUJÍCÍ**

**Konkrétní připomínky 16**

**Navrhujeme navýšit hodnotu bodu u následné intenzivní péče z 1 Kč na 1,05 Kč.**

**Původní text:**

1. **Hrazené služby podle § 4 odst. 2**
	1. Pro následnou intenzivní péči a dlouhodobou intenzivní ošetřovatelskou péči se stanoví úhrada podle seznamu výkonů s hodnotou bodu 1 Kč.

**Změnit text na:**

1. **Hrazené služby podle § 4 odst. 2**
	1. Pro následnou intenzivní péči a dlouhodobou intenzivní ošetřovatelskou péči se stanoví úhrada podle seznamu výkonů s hodnotou bodu 1,05 Kč.

**Odůvodnění:**

Vzhledem k navýšení platů zdravotnických pracovníků o 10% je nezbytné cenu navýšit alespoň o 5 %.

Cena, kalkulovaná do Seznamu výkonů od roku 2017, byla cenou s hodnotou bodu 1,- Kč již pro rok 2016. Tento segment by tedy při navrhovaném znění neměl žádný nárůst, který by zajišťoval možnost navýšení mezd zdravotnickým pracovníkům.

**tato připomínka je DOPORUČUJÍCÍ**

**Konkrétní připomínky 17**

**Rádi bychom požádali o upřesnění definice, výkladu a použití proměnné X ve vzorci uvedeném v příloze č. 1 vyhlášky, odst.3.5a na straně 13.**

 **Původní text:**

$X$ nabývá hodnoty 1,05 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle přílohy č. 14 k této vyhlášce větší než 0,01, a hodnoty 1,15 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okresu podle přílohy č. 14 k této vyhlášce menší nebo roven 0,01.

**Změnit text na:**

$X$ nabývá hodnoty 1,05 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle přílohy č. 14 k této vyhlášce větší než 0,05, a hodnoty 1,15 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okresu podle přílohy č. 14 k této vyhlášce menší nebo roven 0,05. V případě, kdy poskytovatel pod jedním IČZ poskytuje péči ve více okresech, použije se aritmetický průměr všech adekvátních hodnot.

**Odůvodnění:**

Ve vzorci je popsán význam proměnné „X“ - ale je zavádějící. Poměr nemůže být z matematické logiky číslo s %. Není zřejmé, zda je myšlen podíl ZP na trhu v příslušném okrese 1% nebo 0,01%. tak či onak je to málo. Mělo by být alespoň 5%, jinak jde stále o statisticky malé skupiny, kde je chyba malých čísel velká a má velký dopad na úhrady.

Žádáme, aby ve vyhlášce bylo vysvětleno, zda jde o poměr či o % a jaká je jeho výše, aby to ZZ i ZP chápali stejně.

Dalším problémem je aplikace u některých poskytovatelů, kteří například leží na hranici několika okresů a jejich spádová oblast je větší nebo u poskytovatelů, kteří pod jedním IČZ poskytují péči ve více okresech. Bude docházet k nejasnostem ohledně použití správné proměnné za jejich okres. Jako příklad uvedeme Nemocnici Náchod a tržní podíl ZP Škoda.

Nemocnice Náchod poskytuje lůžkovou péči ve dvou okresech (2 nemocnice – Náchod x Rychnov n.K.) a má veškerou péči pod jedním společným IČZ. Jaké X se bude brát v úvahu? Podle sídla firmy nebo podle čeho? Například u VZP či u ZP Škoda je rozdíl stěžejní.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RYCHNOV NAD KNĚŽNOU** | **57,54%** | 9,11% | 1,79% | 3,46% | **15,12%** | 12,96% | 0,02% |
| **NÁCHOD** | **67,42%** | 7,31% | 7,62% | 3,71% | **0,23%** | 13,70% | 0,01% |

„hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 13 k této vyhlášce vyčleněné z úhrady formou případového paušálu“ je stanovena minimální ZS 25 000Kč.

Vzniká tu neopodstatněná vícekolejnost. Požadujeme minimální ZS sjednotit například na výši 28 000Kč pro všechny. Pokud MZ trvá na 2 skupinách, žádáme snížení neadekvátně vysokého rozdílu, alespoň minimální ZS pro centra snížit na 30000Kč a pro ostatní zvýšit alespoň na 25000Kč.

**tato připomínka je DOPORUČUJÍCÍ**

**Obecné připomínky 18**

**Rádi bychom požádali o zvážení způsobu navýšení úhrad v korelaci na požadované navýšení mezd o 10%. Dle našich výpočtů a modelací dojde k nerovnoměrnému navýšení, které ještě více prohloubí stávající rozdíly v úhradách a tím i ve mzdových možnostech jednotlivých poskytovatelů.**

**Odůvodnění:**

Úhrada se zvyšuje na 109% roku 2015 v hospitalizacích (vyjma ISU) i v ambulancích. V následné péče je růst 106,5% roku 2016. Centra rostou nejvíce dle jednotlivých skupin onemocnění, ale ani zde to nemá přímou korelaci se mzdami, spíše s růstem nákladů, indikací a počtu ošetřených pacientů.

Reálně je ale růst za akutní péči 106% proti roku 2016, resp. Spíše 105,8 či podobně, dle finančního podílu ISU v jednotlivé nemocnici.

Podle našich modelací to u mnoha poskytovatelů nestačí na růst tarifních mezd o požadovaných a proklamovaných 10%. Nemluvě o tom, že to vůbec nestačí na růst osobních nákladů jako celku o 10%.

Je to podmíněno %, jaké činí tarify z celkových osobních nákladů – to se pohybuje mezi 60-80%. Dále je to ovlivněno tím, jaké jsou úhrady v referenčním období a jak vysoké jsou IZS. Ve velké míře je to podmíněno i tím, jaké je podíl osobních nákladů na celkových výnosech od ZP za jednotlivé poskytovatele. Výsledek lze zobecnit těmito čísly:

**Velké fakultní nemocnice** – na pokrytí nákladů růstu mezd by jim stačilo 1,8 -2,8 % zvýšení výnosů od ZP proti roku 2016. Dostávají ale reálně 105,8%, takže jim zbyde polovina na provoz a rozvoj nemocnice.

**Velké a středně velké krajské nemocnice** - na pokrytí nákladů růstu mezd by jim stačilo 4,5 - 5,8 % zvýšení výnosů od ZP proti roku 2016. Dostávají ale reálně 105,8%, takže jim to bude stačit a některým i zbyde něco málo na provoz a rozvoj nemocnice.

**Malé okresní nemocnice a nemocnice následné péče** - zvýšení výnosů od ZP proti roku 2016 jim pokryje 82-95% nákladů na růst mezd. Zbytek bude muset dotovat zřizovatel nebo budou muset najít v provozu na úkor všeho ostatního. Nejreálnější dopad ale bude, že si nebudou moci dovolit zvýšit mzdy o proklamovaných 10%. za poslední roky jde jakékoli navýšení u malých nemocnic na platy, nezbývá nic na provoz a rozvoj nemocnice.

**Návrh řešení:**

Navýšení úhrad by mělo být klouzavé podle IZS poskytovatele v referenčním období. U poskytovatelů s nejnižší IZS (<22500Kč) by IZS rostla nejvíce, například o 4000Kč za 1CM, u poskytovatelů se střední IZS (<22500-27500Kč) by rostla o 3000Kč za 1CM, u poskytovatelů s IZS <27500-32500Kč> by rostla o 2500Kč a u poskytovatelů s IZS nad 32500Kč by rostla o 2000Kč na 1 CM.

Klouzavé navýšení úhrad by mohlo být realizováno i v % vyjádření růstu IZS poskytovatele. Jestliže byla IZS v referenčním období u poskytovatelů s nejnižší IZS (<22500Kč), vrostla by o 13%; u poskytovatelů se střední IZS (<22500-27500Kč) by vrostla o 11%; u poskytovatelů s IZS <27500-32500Kč> by rostla o 9% a u poskytovatelů s IZS nad 32500Kč by vrostla o 7%.

Ministerstvo zná úhrady, CM i IZS, lze jednoduše namodelovat tento případ. Tím by došlo ke sblížení sazeb, úhrad i platových rozdílů. Bylo by zajištěno dostatek prostředků na růst mezd.

Co se týká následné péče, zde by bylo třeba navýšit úhrady alespoň na 109% roku 2016. podíl osobních nákladů u následné péče je mnohem vyšší než u akutní péče. Jestliže u FN je podíl osobních nákladů pod 40%, u velkých nemocnic okolo 45%, u malých okresních nemocnic okolo 55%, pak u nemocnic následné péče je mezi 60-75%.

**tato připomínka je DOPORUČUJÍCÍ**

**Konkrétní připomínky 19**

**Navrhujeme zpřesnit ustanovení 2.2.3 u úhrady za centrová léčiva, specifikovat možnost úhrady center jako jednoho budgetu a upravit úhradu u onemocnění, ve kterých nebyli léčeni v referenčním období žádní pacienti.**

**Původní text:**

1. Úhrada za léčivé přípravky poskytnuté pojištěncům na léčbu v hodnoceném období nad celkový limit úhrady stanovený podle bodů 2.2.1 a 2.2.2 se uhradí po předchozí dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem.

**Změnit text na:**

1. Úhrada za léčivé přípravky poskytnuté pojištěncům na léčbu v hodnoceném období nad celkový limit úhrady stanovený podle bodů 2.2.1 a 2.2.2 se uhradí po předchozí dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Nad rámec úhrady stanovené v bodech 2.2.1 a 2.2.2 budou uhrazena léčiva poskytnutá v diagnostických skupinách, ve kterých nebyl v referenčním období léčen žádný pacient. Nad rámec úhrady stanovené v bodech 2.2.1 a 2.2.2 budou uhrazena léčiva u diagnostických skupin, které v referenčním období neexistovaly. Pro stanovení maximálního objemu úhrady dle bodů 2.2.1 a 2.2.2 je rozhodující, zda byl splněn celkový limit pro jednotlivé diagnostické skupiny uvedené v bodech 2.2.1 a 2.2.2.

**Odůvodnění:**

Nikde není řešena problematika úhrady léčiv ve skupinách, které buď neexistovaly, nebo u dané zdravotní pojišťovny nebyl v referenčním období léčen žádný pacient. Tento problém je patrný především u menších ZP a u drahých skupin léčiv, kdy několik nových pacientů může navýšit objem centrové péče i na násobek hodnot stanovených dle úhradové vyhlášky.

Stejně tak u menších ZP je problém výrazných změn v jednotlivých DG skupinách, vhodnější by bylo považovat prostředky na centrová léčiva za jeden budget a umožnit přesuny pacientů mezi jednotlivými DG skupinami dle skutečné potřeby.

**tato připomínka je DOPORUČUJÍCÍ**