**VNITŘNÍ PŘIPOMÍNKOVÉ ŘÍZENÍ**

**Návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Připomínkové místo** | **Číslo připomínky** | **Bez připomínek/Připomínky + odůvodnění** | | **Vypořádání** | |
| AČMN | Zásadní 1 | **AČMN nesouhlasí s navýšením úhrad meziročně pouze o 5% v akutní péči a s omezením úhrad následné péče u některých ošetřovacích dnů i proti návrhům zdravotních pojišťoven v dohodovacím řízení. S ohledem na růst nákladů, minulých i očekávaných, a to nejen personálních, tlaku odborů a kontrolních orgánů na dodržování zákoníku práce a limitů přesčasové práce.**  **Požadujeme vyšší růst a to o 12% meziročně, tedy o 17% vůči roku 2018, jak v akutní tak v následné péči. Rovněž žádáme o srovnání úhrad mezi fakultními a regionálními nemocnicemi za stejnou práci.**  **Dále žádáme o trvalý růst prostředků pro zdravotnictví, aby došlo ke zvýšení podílu na HDP ze stávajících 7% na minimálně 9%, což je průměr OECD.** | |  | |
| AČMN | Zásadní 2 | **Příloha č.1,A odst. 3.6. – vzorec CELK PU drg,2020** – je uvedena min. požadovaná produkce na 98%, ačkoli shoda mezi poskytovateli i plátci v rámci jednání Dohadovacího řízení byla na 97%.  **Trváme na snížení hodnoty ve vzorci z 0,98 na 0,97.** | |  | |
| AČMN | Zásadní 3 | **CENTROVÁ LÉČIVA HRAZENÁ MAXIMÁLNÍ ÚHRADOU**  **Příloha č. 1, část A), odst. 2.2.2:**  Navrhujeme změnu indexu navýšení úhrady:   * dermatologie – index 1,043 navýšit na 1,12 (zdůvodnění – k původním indikacím těžká psoriáza se přidávaly indikace hidradenitis suppurativa a atopická dermatitida, pro které je index navýšení nedostatečný), * hematoonkologie – index 1,127 navýšit na 1,32 (zdůvodnění – nárůst pacientů s onemocněním krvetvorby, nákladná léčiva s celoživotním užíváním), * oftalmologie – index 1,299 navýšit na 1,32 (zdůvodnění – nárůst pacientů, demografický vliv stárnutí populace),   onkologie – index 1,266 navýšit na 1,30 (zdůvodnění – nárůst pacientů, dále existence vysoce nákladných léčiv např. Bavencio, Opdivo, Lartruvo, atd.). | |  | |
| AČMN | Zásadní 4 | **Příloha č.1,A odst. 3.6. – vzorec PU drg,2018,10** – je uvedena proměnná ZSmin. Nesouhlasíme s hodnotou 28200Kč pro ostatní poskytovatele a požadujeme její navýšení na minimálně 30.000 Kč. **Neexistuje právní důvod, aby zejména svazové ZP hradily nemocnicím za stejné výkony o 5.000-8.000 Kč nižší úhrady než hradí VZP.**  Institut ZSmin měl tyto nesrovnalosti postupně napravovat, aby to skokově neohrozilo stabilitu ZP. Nyní to ale již rozpočtově ohrožuje stabilitu zejména regionálních nemocnic. **Jestliže vadí zákonodárci rozdílné podmínky v ambulantních úhradách pro nemocnice a ambulantní specialisty, jak to, že zákonodárci nevadí rozdílné platby za stejné výkony od různých ZP a PZS.**  **Zdůvodnění:** IZS<30.000Kč má necelých 5% produkce (CM), ale ty tvoří jen 3,5% úhrady! Průměrná výše ZS v republice je přes 37.000Kč. **PZS s vyššími IZS rostou nominálně stále více a nůžky se otvírají. Požadujeme sjednání dlouhodobě slibované nápravy.** ZSmin,10 pro specializovaná centra je opět výrazně vyšší než u ostatních nemocnic (37.000 resp. 28200 Kč) Z centrové péče nejsou zohledněna iktová centra v oblastních/okresních nemocnicích. Historicky nikdy žádné navýšení úhrady z titulu vzniku těchto center neproběhlo. Vzhledem k tomu, že MZ ČR stále tvrdí, že se sbližují ZS, tak tento krok tomu neodpovídá. | |  | |
| AČMN | Zásadní 5 | **Příloha č.1,A odst. 3.6. – vzorec KN10** – vzorec je zcela odlišný od návrhů jednotlivých stran v Dohadovacím řízení. Díky tvaru křivky ARCTG je rozpětí pouze 1,5% mezi je hodnotou u poskytovatele s velmi nízkou IZS (28000Kč) a poskytovatelem s extrémně vysokou IZS(60000Kč) pouze 1,5%. Navíc **navýšení úhrady roste zejména pro poskytovatele s vysokými IZS, tedy pro velké a zejména fakultní nemocnice, zatímco ostatní poskytovatelé, zejména regionální nemocnice jsou tímto vzorce hrubě poškozování. Navíc pro poskytovatele s velmi nízkou IZS (<31000Kč) není ani dosaženo proklamovaného a slibovaného 10% růstu vůči referenčnímu roku 2018**.  **Návrh:** Pokud by dopad měl být pro všechny poskytovatele podobný, pak by parametry ve vzorci MZ s plánovaným 10% růstem musely být 0,13 místo 0,15 v čitateli a 1/32 místo 1/15 ve jmenovateli za závorkou ARCTG.  Pro námi požadovaný růst úhrad by hodnoty musely být stanoveny v čitateli na 0,24 a ve jmenovateli zlomek v podobě 1/19 a 25.000Kč.  **Zdůvodnění:** Nesouhlasíme s navrženým vzorcem, protože pokud odečteme hodnoty funkce ARCTG v ÚV pro rok 2020 a ARCTG ÚV v 2019 pro jednotlivé poskytovatele a jejich IZS, pak je zřejmé, že „bohatí jsou bohatší a chudí budou chudší“! Poskytovatelé s nízkými IZS dostávají nominálně nižší nárůsty, rozdíly se tedy zvyšují, ačkoli to nemá nikde zákonnou oporu. Neustále dochází k preferenci specializovaných pracovišť v úhradách. Místo sjednocení či sblížení úhrad za základní péči, naopak dochází k tomu, že se toto rozmezí více rozevírá.  Lze to vnímat i tak, že většina regionálních nemocnic je sdružena do AČMN, která jako jediná byla pro nedohodu v rámci DŘ a tudíž je tímto za své názory a postoje finančně trestána. Pokud stát nebude pokračovat ve sbližování sazeb a úhrad, tak bude AČMN nucena tuto ÚV i tento princip napadnout u soudu. | |  | |
| AČMN | Zásadní 6 | **Příloha č.1,A odst. 4.4.** – vzorec pro úhradu vyčleněné péče z paušální úhrady (příloha č.13) – uvedená proměnná ZSmin13. Nesouhlasíme s hodnotou 28200Kč a požadujeme její navýšení na min.30.000 Kč.  **Zdůvodnění:** Neexistuje právní důvod, aby zejména svazové ZP hradily nemocnicím za stejné výkony o 5000-8000 Kč nižší úhrady než hradí VZP. U vzorce KN13 uplatňujeme stejný požadavek jako výše v připomínkách u KN10. | |  | |
| AČMN | Zásadní 7 | **Příloha č.1, A odst. 7.7. a příloha č.8** – úhrada dialyzační péče a kritéria kvality. Nesouhlasíme se změnou oproti uzavřenému memorandu. Vyhodnocení kritérií ze strany jednotlivých ZP jen za jejich pojištence bude statisticky chybné a problematické. Ztrácí se garance odborné společnosti, která to zaštiťovala. Nerozumíme této změně.  **Zdůvodnění:** Nemocnice v roce 2019 vynaložily finanční náklady na zajištění reportování dat do Registru dialyzovaných pacientů provozovaných Českou nefrologickou společností (úpravy v IT technologiích, smluvní platby za reportování do RDP). Tím, že dojde k reportování a vyhodnocování dat ze strany zdravotních pojišťoven, může dojít k dalším finančním nákladům na zajištění kompatibility dat mezi PZS a zdr. pojišťovnami.  Vyhodnocení kritérií ze strany jednotlivých ZP jen za jejich pojištence bude statisticky chybné a problematické. Budou chyby malých čísel. Pokud se má v hodnocení pokračovat, pak ať to dělá ÚZIS za všechny ZP dohromady. | |  | |
| AČMN | Zásadní 8 | **ÚHRADA VYBRANÝCH RTG VÝKONŮ VYČLENĚNÝCH Z MAXIMÁLNÍ ÚHRADY**  **Příloha č. 1, část A), bod 7.12:**  Z „ambulantní maximální úhrady“ (z bodu 7.14) jsou vyjmuty vybrané RTG výkony 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131.  **Návrh:** Navrhujeme tyto výkony ponechat v úhradě podle bodu 7.14. Stanovená výše hodnoty za bod může zůstat, ale nevyčleňovat jako nový segment úhrady!  **Zdůvodnění:** Vyřazením vybraných RTG výkonů z bodu 7.14 dochází k hypersegmentaci ambulantní složky úhrady. Problematické budou i referenční odečty, kdy v referenčním období neměl PZS výkonovou úhradu, ale došlo ke krácení úhrady, resp. referenční úhrada byla vlivem regulačních mechanismů nižší než výkonová úhrada. | |  | |
| AČMN | Zásadní 9 | **Příloha č.1, A odst. 7.14** – úhrada za ambulantní část péče – vzorce jsou složité, nesrozumitelné pro běžného poskytovatele. Růst úhrady je podmíněn růstem produkce. Nejsou plně zahrnuty rostoucí náklady na zajištění péče do úhrady za ni, zejména růst osobních nákladů.  **Zdůvodnění:** Navrhované řešení se zásadně liší od verze, na které byla většinová shoda v DŘ. Ruší se bonifikace 0,05 Kč/bod a nahrazuje se bonifikací novou (1,03 u AMB\_kompl a 1,05 u AMB\_ost). **Preferujeme kontinuitu vzorců z minulých ÚV i letošního DŘ. Na podobě vzorců byla shoda.** Ta nebyla jen na výši růstu úhrad. ACMN požaduje, stejně jako u hospitalizací, růst 15% proti roku 2018. | |  | |
| AČMN | Zásadní 10 | **Příloha č.1, A odst. 9** – měsíční předběžná úhrada – výpočet ve výši 1/12 předpokládané úhrady považujeme za problematický v situaci, kdy některé ZP nemají v průběhu aktuálního období ještě uzavřeno vyúčtování referenčního roku.  **Návrh:** Navrhujeme doplnění ustanovení o „nebo ve výši 110% PMU referenčního období“. | |  | |
| AČMN | Zásadní 11 | **Příloha č.1, B – odst.1c a d** – s odlišným růstem podle kategorie pacienta může souhlasit, ale **zásadně nesouhlasíme s návrhem „kvalitativních kritérií“ v bodu 1d, zejména s faktem, že musí být splněna všechna.**  **Zdůvodnění:** V rámci komise při MZ, kdy tato kritéria za naší účasti vznikala, byl požadavek ZP, aby byla navržena tak, aby jej automaticky nesplnili všichni poskytovatelé. Proto požadavek v bodu 1d, že úhrada za ně bude, jen při splnění všech najednou, je pouze vábnička či PR, ale reálně je demotivační a nesplnitelná. Dohoda z komise byla, že každé kritérium dostane svou váhu (např. 0,002) a navýšení úhrady bude za tolik, kolik jich poskytovatel splní. Proto navrhujeme úpravu v bodu 1d tak, že úhrada se navýší o součet vah u všech splněných kritérií. Za tímto účelem bude zřejmě nutné rozdělit kritéria podle jednotlivých typů OD a stanovit jim samostatnou váhu.  Druhým problémem, který byl řešen, ale není řešen v návrhu ÚV, je, jak a kdo to bude posuzovat. Reálně se nelze odvolávat na EP2, protože zejména u menších nemocnic funguje například specialistka na hojení ran pro více oddělení a nemusí být nutně uvedena jen na odd.násl.péče.  Když poskytuje jeden PZS (1 IČO) služby na více pracovištích, jak bude postupováno? Vyhodnotí se každé pracoviště (IČP) samostatně nebo se to bude sčítat? Podobně i v případě, kdy jeden poskytovatel má dva či více typů OD, bude se to sčítat, rozdělovat personál?  Doposud stačilo mít nasmlouvaného logopeda, či psychologa ve zdravotnictví (tzv. klinický psycholog), a pouze v případě potřeby je zavolat a uhradit jim nutné konzultace. Mají je nyní PZS shánět a nasmlouvávat jako vlastní zaměstnance na min. úvazky 0,5 ,resp. 1,0 pro 140 lůžek? Kromě toho, že tito zaměstnanci na pracovním trhu vůbec nejsou, je další věc, že i kdyby byli, z navýšení o 5% z letošního navýšení, je ani nezaplatíme.  Pokud by tedy toto nevyhodnocovali ZP například svými revizními pracovníky přímo na místě, bylo by dobré uvést, že například „poskytovatel zpracuje o plnění daných kritérií písemnou zprávu a spolu s čestným prohlášením ji zašle ZP a to nejpozději do 31.12.2020.“  **Návrh:** Jak jsme výše uvedli, je tolik neznámých a nevyřešených bodů, že nejjednodušší cesta by byla tyto kvalitativní kritéria nyní zrušit, dopracovat způsob jejich hodnocení a místo toho navrhujeme navýšit indexy nárůstu u jednotlivých kategorií, například takto:  PS OD,2020 = KN \* PS OD,2019  kde KN se stanoví pro každou kategorii pacienta podle seznamu výkonů zvlášť, a to následovně:  i. Pro kategorii pacienta 1 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,04,  ii. Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,04,  iii. Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08,  iv. Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08,  v. Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08.  **Z pohledu našich analýz skutečných reálných nákladů na poskytování následné péče navrhujeme navýšení paušální sazby za OD za jednotlivé kategorie o 1000 Kč.** | |  | |
| AČMN | Metodická 1 | **§20, odst.4** – co je kód 09564 za 1000Kč – v sazebníku UZIS szv.mzcr.cz není uveden. Má-li to být za přijmutí pacienta od ZZS, je třeba uvést, jak a kdy půjde vykázat, v ambulanci i v hospitalizaci? Není jednoznačně stanoveno, jak se tento signální kód bude uplatňovat. Logické by bylo, aby byl vykázán v ambulanci, urgentu i příjmové ambulanci na lůžkách, tedy všude, kam může ZZS pacienta přivézt. ZP si mohou kontrolovat vykazováním tím, že si napárují datum a kód přepravy a RČ vykázané ZZS s RČ, kódem 09564 a datem u nemocnice.  **BONIFIKACE ZA POJIŠTĚNCE PŘIVEZENÉ ZDRAVOTNICKOU ZÁCHRANNOU SLUŽBOU**  **§ 20, odst. 4:**  První větu navrhujeme změnit takto – Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon 09564 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 1 000 Kč u zdravotních služeb poskytnutých v ambulanci.  Doplnit novou větu – Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný hospitalizační doklad s kódem doporučení 4 (lékař RZP) se stanoví úhrada ve výši 1 000 Kč.  **Zdůvodnění:** U ambulantních pacientů doporučujeme úhradu na základě vykázaného signálního výkonu. U hospitalizovaných pacientů doporučujeme úhradu na základě identifikace hospitalizačního dokladu s kódem doporučení 4=lékař RZP. U hospitalizovaných pacientů je kód doporučení 4 vykazuje a zavedení signálního výkonu by představovalo duplicitní vykazování a nadbytečnou administrativní zátěž PZS. | |  | |
| AČMN | Metodická 2 | **SANKCE ZA NEVYKAZOVÁNÍ MARKERŮ CZ-DRG**  **Příloha č. 1, část A), odst. 1.1.:**  Proto navrhujeme, aby v poslední větě byl termín „v případě nevykazování CZ-DRG markerů“ nahrazen „v případě opakovaného nevykazování CZ-DRG markerů“. Většině nemocnic vykazování CZ-DRG markerů nic nepřinese, jen je to další administrativní práce pro lékaře či kodéry. Nově definovaná úhrada se týká jen dvou typů center - pneumoonkochirurgická a onkogynekologická. Neměla by být sankce jen u těch, kdo za to něco mají? Nešlo by spíše pozitivně motivovat PZS bonifikací 0,5% pro ty, kteří naopak splní vykazování markerů a sankce vypustit?  **Zdůvodnění:** Sankci by měl předcházet edukativní proces ze strany zdravotních pojišťoven a sankci je vhodné uplatňovat při opakovaném porušení povinnosti.  Nevykazování markerů může snížit úhradu (např. snížení vykazovaného CM a s tím souvisejícího krácení úhrady) – tudíž by se jednalo u dvojí regulaci. | |  | |
| AČMN | Metodická 3 | Odst. 3.6 Definice **CM2018,017,10**– na konec definice doplnit **„po provedené redukci CM“**  **Zdůvodnění:** Důvodem je skutečnost, že v některých případech dochází k objektivnímu růstu CMI, kdy je pak CM redukován, tedy neuhrazen. Pak by ale neměla tato neredukovaná část vstupovat od ref. hodnoty, jinak je nemocnice „trestána 2×“. Např. se jedná o velmi nákladné pacienty s UPV (zejména u malých ZP a malých nemocnic), kdy 1 pacient s CM>30 zvýší výrazně CM. Tento CM není uhrazen (nebo jen částečně), neměl by tedy vstoupit do reference.  Totéž platí pro definici **CM1,2020,017,10** | |  | |
| AČMN | Metodická 4 | **Příloha č.1,A odst. 3.6. (iii) – Izp – index změny produkce** – kvitujeme zrušení dvojí regulace na CMred a s navrhovanou verzí vzorce souhlasíme. | |  | |
| AČMN | Metodická 5 | **Odst. 3.6** Případový paušál ve vzorci pro výpočet celkové úhrady CELK\_PUdrg,2020 použít místo CM2018,017,10 hodnotu spočtenou jako MIN(CM2018,017,10 ; CM2016 \* Izp2018) , kde Izp\_2018 je  Index zohlednění vypočtený v rámci vyúčtování r. 2018  **Zdůvodnění:** Pokud nemocnice poskytla v r. 2018  vysoký CM, nedošlo k jeho plnému zohlednění, ale zohlednění bylo provedeno de facto jen do výše CM2016 \* Izp2018.  Pokud by v roce 2020  nemocnice již  tak vysokého CM (resp. 98% CM) nedosáhla, bude jí úhrada krácena, přestože v referenčním roce nebyla uhrazena. Tato situace nastává relativně často v případě „menších“ ZP, kde výskyt několika nákladných pacientů tyto výkyvy způsobuje. | |  | |
| AČMN | Metodická 6 | **Odst. 7.11**  Cena bodu pro 305, 306, 308 a 309 se snižuje z 1,10 na 1,09? Je to záměr nebo je to překlep? | |  | |
| AČMN | Metodická 7 | **Příloha č.1, A odst. 7.13. a, b,** **c** – domníváme se, že zejména u bodu b) je pojem urgentní příjem příliš obecný a není zcela zřejmé, co je tím myšleno a jak poskytovatel splní tuto podmínku. Musí ho mít poskytovatel v oprávnění? Nebo musí splnit určitá kritéria? Není jednodušší do další přílohy vypsat, kdo spadá do jaké kategorie?  **Zdůvodnění:** I pro jednoznačnost z hlediska hodnocení jednotlivých ZP by bylo prospěšné, aby byl dán seznam poskytovatelů, kteří spadají pod body a, b, c nebo aby pojem „urgentní příjem“ byl vysvětlen, například tak, že daný poskytovatel provozuje příjmovou 24-hodinovou ambulanci pro všechny 4 základní obory, provozuje LPS a v rámci pohotovosti zajišťuje i laboratorní a rentgenologická vyšetření. Pokud by „urgentní příjem“ byl chápán dle vyhlášky o urgentním příjmu, pak tuto bonifikaci dostane jen minimum poskytovatelů a nikoli v DŘ proklamovaný počet a seznam. | |  | |
| AČMN | Metodická 8 | **Odst. 7.13**  **Návrh:** Vzoreček upravit na K×3 000 000×PUP. Kde PUP je počet urgentních příjmů, které poskytovatel provozuje. Jedná se o PZS, který má/bude mít pod jedním IČZ více nemocnic či urgentních příjmů.  **Zdůvodnění:**. Např. NPK (Nemocnice Plzeňského kraje) budou mít po fúzi od 1.1.2020 jedno IČZ, ale budou mít urgentní příjmy v nemocnicích v Klatovech i v Domažlicích.  Jak bude postupováno u poskytovatelů jako třeba Oblastní nemocnice Náchod, která pod jedním IČ provozuje dvě „okresní“ nemocnice v různých lokalitách (Náchod, Rychnov n.Kn.) - dosáhne v úhradě na jeden nebo dva urgenty? | |  | |
| AČMN | Metodická 9 | **Odst. 7.14 Vzoreček IZGAUP**  Vzoreček IZGAUP má ve vzorečku ve jmenovateli hodnotu 0,5, která říká, že nárůst GAUP musí být nejméně polovina nárůstu hodnoty péče, jinak není nárůst uhrazen.  **Návrh:** Navrhujeme snížit tento koeficient na 0,3, často existují objektivní důvody nárůstu počtu bodů na 1 GAUP. | |  | |
| AČMN | Metodická 10 | **ZMÍRNĚNÍ TVRDOSTI REGULAČNÍCH OMEZENÍ U PAUŠÁLNÍ ÚHRADY A AMBULANTNÍ SLOŽKY ÚHRADY**  **Příloha č. 1, část A), nový odst. 11**  Navrhujeme text – Regulační omezení podle bodu 3.6 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejich základě došlo k nárůstu CM nad 98% referenčního období a úhrada není zohledněna koeficientem Izp.  Regulační omezení podle bodu 7.14 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejich základě došlo k překročení maximální úhrady.  **Zdůvodnění:** Smyslem návrhu je dát právní oporu do ÚV a umožnit zdravotním pojišťovnám zohlednit nárůst produkce v rámci námitek při zdůvodnění PZS. | |  | |
| AČMN | Metodická 11 | Příloha 1, bod 3.6. EM2010,10  EM2018, dále pak bod 4.4. EM 2020,13 ,  bod 4.5. EM 2020,13,trans a bod 5.6. EM PO,CZ-DRG,2020, EM OG,CZ-DRG,2020. - nejasná definice výpočtu extramurální péče.  Není zde nikde definováno, způsob výpočtu EM. Například, že výpočet bodové produkce extramurální péče bude oceněn dle přílohy č.3 vyhlášky. V praxi se potýkáme s nejednotnou metodikou ZP, každá ZP používá jinou hodnotu bodu při výpočtech extramurální péče – někdo HB dle UV, jiný IVCB poskytovatele, jiný fixní částku (např. 1kč/bod). | |  | |
| AČMN | Metodická 12 | **DÉLKA POBYTU (PŘEKLADY) A SCHVALOVÁNÍ REVIZNÍM LÉKAŘEM NA LŮŽKÁCH OD 00017 A 00020**  **Příloha č. 1, část B, odst. 2, písm. b) + písm. c) + písm. d):**  Písm. b) – Nesouhlasíme s omezením počtu OD 00017 (NIP) u pojištěnců nad 18 let věku  na 90 ošetřovacích dnů.  Písm. c) – Nesouhlasíme s omezením počtu OD 00017 (NIP) u pojištěnců do 18 let věku na 365 ošetřovacích dnů, resp. s prodloužením počtu OD nebo s překladem k jinému PZS se souhlasem revizního lékaře.  Písm. d) – Nesouhlasíme s omezením počtu OD 00020 (DIOP) na 190 ošetřovacích dnů, resp. s prodloužením počtu OD nebo s překladem k jinému PZS se souhlasem revizního lékaře.  **Zdůvodnění:** Jedná se o nadbytečnou administrativní zátěž pro PZS. Indikace pro pobyt na lůžku NIP a DIOP jsou závazně stanovena, další administrativní zátěž ve smyslu schvalování revizním lékařem je pro poskytovatele i plátce nadbytečná. | |  | |
| AČMN | Metodická 13 | **ÚHRADA ZVLÁŠTNÍ AMBULANTNÍ PÉČE**  **Příloha č. 1, část B, odst. 3:**  Navrhujeme doplnit – Regulační omezení podle bodu 3, písm. b) se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejich základě došlo k překročení průměrných úhrad.  **Zdůvodnění:** Jedná se o možnost neuplatnění regulačních mechanismu na základě zdůvodnění nárůstu úhrady. | |  | |
| AČMN | Metodická 14 | **ÚHRADA „BALÍČKOVÝCH“ GENETICKÝCH LABORATORNÍCH VYŠETŘENÍ**  **Příloha č. 5, odst. 2, písm. f)**  Žádáme doplnit seznam „balíčkových“ genetických laboratorních vyšetření pro odb. 816.  VZP, SZP a Společnost lékařské genetiky a genomiky v rámci společných jednání dohodly v letech 2018, 2019 balíčkové výkony pro vybrané metody (diagnózy) molekulární genetiky.  Fakticky jsou dle těchto balíčkových výkonů hrazeny poskytnuté služby. Je žádoucí, aby tyto úhrady byly součástí úhradové vyhlášky. V praxi jsou úhrady řešeny formou úhradových dodatků, odkazů na webové stránky zdravotních pojišťoven, apod. Jedná se o nekonzistentní řešení, neboť úhrada z veřejných zdrojů by měla být součástí vyhlášky. | |  | |
| AČMN | Metodická 15 | Pro stanovení výše úhrady v úhradové vyhlášce jako takové je nutné sdělit, že jak se bude odvíjet případné navýšení platových tarifů na základě „nařízení vlády“, a z toho vyplývající navýšení příplatků v souvislosti se směnným provozem nelékařů a zajištěním ústavních pohotovostních služeb lékařů.  Toto obojí musí být v souladu, reálné a realizovatelné na trhu práce. | |  | |
| AČMN (APHPP) | Hospic 1 | | Technická připomínka – **Příloha č. 1 -** **B) Hrazené služby podle § 5 odst. 2**  Navrhujeme doplnění čísla OD 00030 v textu nadpisu - **Úhrada následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, péče ošetřovacího dne**  **00005 a zvláštní lůžkové péče hospicového typu OD 00030 podle § 22a zákona** | |  |
| AČMN (APHPP) | Hospic 2 | | **Příloha č. 1 -** **B) Hrazené služby podle § 5 odst. 2**  **Zásadní připomínka:**  Text návrhu:  KN je koeficient navýšení  d) KN definované v písmenu c) se dále navýší o 0,01 pro daný typ OD, pokud poskytovatel v hodnoceném období splňuje současně všechna následující kritéria vázaná na daný typ OD:  i. Personální zabezpečení (vztaženo k úvazku na sledovaném pracovišti):   * + - 1. Sestra specialistka na hojení ran – nad 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00023, 00024 a **00030,**       2. Nutriční terapeut – nad 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027, 00028 a **00030,**       3. Ergoterapeut – nad 1 úvazek na 120 lůžek, pro OD 00024 a 00005,       4. Logoped – nad 1 úvazek na 120 lůžek pro OD 00024,       5. Psycholog ve zdravotnictví - nad 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024 a **00030.**   Stav v lůžkových hospicích - OD 00030 – lůžkové hospice - mají standardně 30 lůžek v jednom zařízení, přepočet úvazku je tedy podle uvedeného koeficientu 120 lůžek následující::   1. Sestra specialistka na hojení ran – 0,1 úvazku pro 30 lůžek 2. Nutriční specialista – 0,1 úvazku na 30 lůžek 3. Psycholog ve zdravotnictví – 0,1 úvazku na 30 lůžek.   V návrhu není uvedeno, jakým způsobem se bude požadovaná specializace ad 1) až 3) hodnotit – zda na jednotlivá samostatná zařízení dle IČ s daným typem OD v kombinaci všech uváděných OD, nebo vztaženo k jednotlivým typům OD odděleně a zda se bude uváděný požadovaný úvazek specialisty přepočítávat na skutečný počet lůžek v samostatném zařízení, jak budou posuzována zařízení, která poskytují v rámci jednoho IČ několik typů OD – např. OD 00005 a 00024.  **Požadujeme jednoznačné zpřesnění metodiky hodnocení požadovaných parametrů uvést přímo ve vyhlášce, předejde se tím dohodování s jednotlivými pojišťovnami nad výkladem tohoto zatím neupřesněného znění.** | |  |
| AČMN (APHPP) | Hospic 3 | | Příloha č. 9 - **Hodnoty navýšení úhrad podle typu ošetřovacího dne**  **OD 00024 233**  **OD 00030 233**  **Zásadní připomínka –** opět není zohledněn vyšší počet SZP u OD 00030 ve směnném a nepřetržitém provozu v porovnání s OD 00024.  Chyba se opakuje stejně jako v úhradové vyhl. č. 201/2018 Sb. Negativním důsledkem pro OD 00030 je v reálu nižší nárůst mzdových prostředků pro SZP ve směnném provozu, než garantovala citovaná vyhláška. Toto pochybení je zakonzervováno i v současném návrhu vyhlášky na r. 2020, protože % nárůst stejné částky 233 Kč se u hospicových pracovníků týká většího počtu personálu. Důsledkem je nižší nárůst mezd, než garantuje vyhláška z loňského roku a i návrh vyhlášky na rok 2020. | |  |

Za AČMN sepsal a zpracoval: ing. Michal Čarvaš, MBA

Za AČMN schválil: MUDr. Eduard Sohlich, MBA

Dne 28.8.2019