



Rada seniorů České republiky, z.s.s.

Politických vězňů 1419/11, 110 00 Praha 1

Tel: 222 560 136

web: www.rscr.cz

E-mail : rscr@rscr.cz

ds: c46mi28

Rada seniorů ČR děkuje za možnost vyjádřit se k návrhu vyhlášky ministerstva zdravotnictví, o stanovení některých příspěvků z fondu obecně prospěšných činností Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven pro rok 2026 a zasílá své připomínky.

ZÁSADNÍ PŘIPOMÍNKY

1. Paušál pro poskytovatele (§ 2, příloha č. 2)

Návrh znění:

V § 2 odst. 1 doplnit za větu „... podle přílohy č. 2 k této vyhlášce.“ tuto větu:

„Paušální příspěvek (1 000 000 Kč) se stanovuje podle velikostní kategorie poskytovatele:

- a) I. kategorie – do 1 000 hospitalizačních případů: celkový příspěvek dle přílohy č. 2 této vyhlášky * koeficient 0,8,
- b) II. kategorie – 1 001–5 000 případů: celkový příspěvek dle přílohy č. 2 této vyhlášky,
- c) III. kategorie – nad 5 000 případů: celkový příspěvek dle přílohy č. 2 této vyhlášky * koeficient 1,2.“

Odůvodnění:

Aktuální návrh stanovuje jednotný paušál bez ohledu na velikost a složitost zařízení. To favorizuje menší poskytovatele (z hlediska relativního příspěvku). Diferencované pásmo je férovější a reflektuje skutečné náklady na reportování v závislosti na objemu výkonů.

2. Hodnota příspěvku za případ (§ 2, příloha č. 2)

Návrh znění:

V příloze č. 2 místo „100 Kč za případ“ doplnit diferenciaci:

„a) Standardní případ: základní sazba dle přílohy č. 2 této vyhlášky,

b) Případ s relativní vahou nad 1,2: základní sazba dle přílohy č. 2 této vyhlášky * koeficient 1,2.“

Odůvodnění:

Zohledňuje technickou složitost a náročnost datového zpracování pro komplikovanější případy (vyšší DRG váha). Pomáhá to podpořit kvalitu dat a efektivitu systému CZ-DRG.

3. Limity na příspěvek pojišťovnám (§ 1, příloha č. 1)

Návrh znění:

Za přílohu č. 1 vložit poznámku:

„Minimální příspěvek z fondu FOPČ odpovídá 0,5násobku poměru počtu pojištěnců; maximální příspěvek odpovídá 1,5násobku. Překročení tohoto rozmezí se nevyplácí.“

Odůvodnění:

Zajišťuje, že i menší pojišťovny nejsou nadměrně limitovány, a větší nezažívají neúměrné zatížení. Minimalizuje možné disproporce mezi pojišťovnami.

4. Omezující rámec pro další využívání FoPČ

Návrh znění:

Do obecné části (důvodové zprávy nebo již do textu vyhlášky) doplnit:

„Další alokace prostředků z fondu FoPČ nad rámec této vyhlášky může být realizována pouze na základě novely zákona č. 551/1991 Sb. nebo 280/1992 Sb., případně v rámci meziresortního nebo veřejného připomínkového řízení.“

Odůvodnění:

Brání „ad-hoc“ přidávání dalších aktivit do FoPČ prostřednictvím vyhlášek, což by mohlo narušit systémové financování. Zabraňuje precedentu neomezeného přesouvání výdajů bez širšího konsensu.

5. Přehodnocování referenční sítě

Návrh znění:

Do § 2 nebo poznámky k příloze doplnit:

„Ministerstvo každé 2–3 roky zhodnotí a upraví seznam poskytovatelů v referenční síti z důvodu promítnutí případných významných změn struktury nemocniční sítě.“

Odůvodnění:

Úhradový mechanismus by měl být aktualizován s ohledem na fúze, rozšíření či specializaci nemocnic. Pravidelná aktualizace zabraňuje zastarání systému.

6. Dopady na menší nemocnice a regiony (doplňující text k bodu g/důvodové zprávy)

Návrh znění:

Do části „dopady na práva a povinnosti“ doplnit:

„Vyhláška může mít odlišný finanční dopad na malé vs. velké nemocnice a regionální pojišťovny s nízkým počtem pojištěnců – tento aspekt bude monitorován a hodnocen resortem zdravotnictví po 2 letech od účinnosti.“

Odůvodnění:

Transparentní přiznání potenciálních disparit a závazek sledování equity ve výsledku posiluje legitimitě navrhovaného mechanismu.