

---

# Vzácná onemocnění a hlavní události ve zdravotnictví

---

leden 2017

---

Vážení přátelé,

dovolujeme si přinést další číslo Čavonovin, ve kterém chceme upozornit na hlavní události v oblasti vzácných nemocí a zdravotnictví, které se v lednu objevily v médiích.

Organizace EURORDIS zveřejnila video k příležitosti Dne vzácných onemocnění, který se koná 28. února. Video je možné shlédnout s českým dabingem na našich facebookových stránkách.

Předkládáme rozhovor s ministrem zdravotnictví Miloslavem Ludvíkem o zvyšování platů ve zdravotnictví, zvýšení plateb za státní pojištěnce či poměrech ve zdravotnictví.

Jaký bude rok 2017 v českém zdravotnictví? Ministerstvo na svých webových stránkách zveřejnilo materiál shrnující nastávající změny v resortu zdravotnictví a záměry vedení úřadu pro letošní rok.

Konec kouření v restauracích se blíží. Protikuřácký zákon prošel senátním výborem pro zdravotnictví beze změn.

Srdečně zdraví

Anna Arellanesová, předsedkyně ČAVO

## Vzácná onemocnění



**Mnohočetný myelom je vyléčitelný, na potřebnou terapii ale chybí peníze**

Lékaři díky moderní léčbě dokážou toto onemocnění krve efektivně léčit. Potřebují k tomu více nových účinných léků. Jejich vstupu na trh brání špatně nastavený systém úhrad.

[CELÝ ČLÁNEK](#)

### **ČAVO: Pomáháme pacientům se vzácnými onemocněními**

Vzácná onemocnění bývají zpravidla multisystémová s významným dopadem na kvalitu života a sociální začlenění pacientů. Postihují méně než pět pacientů z 10 000 osob. Přestože jsou vzácná onemocnění individuálně raritní, existují jich tisíce. Často se objevují po narození (mohou se týkat až 5 % novorozenců), ale také v dospělosti. Problematiku přibližuje René Břečtan, místopředseda České asociace pro vzácná onemocnění (ČAVO).

[CELÝ ČLÁNEK](#)

## Zdravotnictví



Rozhovor s ministrem zdravotnictví Miloslavem Ludvíkem

Dovolujeme si přinést rozhovor s ministrem zdravotnictví Miloslavem Ludvíkem z pořadu České rozhlasu Interview Plus, ve kterém promluvil o zvyšování platů ve zdravotnictví, zvýšení plateb za státní pojišťence či poměrech v českém zdravotnictví.

[CELÝ ČLÁNEK](#)

### AIFP: Budoucnost úhrad je v platbách jen za léky, které u pacientů reálně zaberou

Farmaceutické firmy se chystají na to, že i v České republice dojde ke změně způsobu úhrad nákladných léčiv. Výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Jakub Dvořáček poukazuje na to, že pouhé slevy již nebudou postačovat – hrazeny by měly být jen léky, které skutečně prokážou efekt.

[CELÝ ČLÁNEK](#)



### Rok 2017 ve zdravotnictví

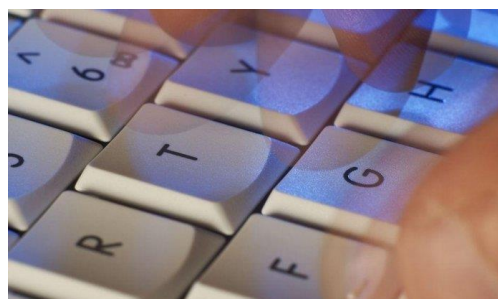
Ministerstvo zdravotnictví na svých webových stránkách zveřejnilo materiál s názvem uvedeným v titulku tohoto článku, shrnující nastávající změny v resortu zdravotnictví a záměry vedení úřadu pro letošní rok.

[CELÝ ČLÁNEK](#)

## Protikuřácký zákon prošel senátním výborem pro zdravotnictví beze změn

Senátní výbor pro zdravotnictví a sociální politiku od-souhlasil protikuřácký zákon ve znění, jakým prošel Sněmovnou. Pro hlasovalo sedm z devíti přítomných členů výboru. Horní komora se bude zabývat zákonem příští týden.

[CELÝ ČLÁNEK](#)



## Recepty jen elektronicky, revoluce v IKEM začala

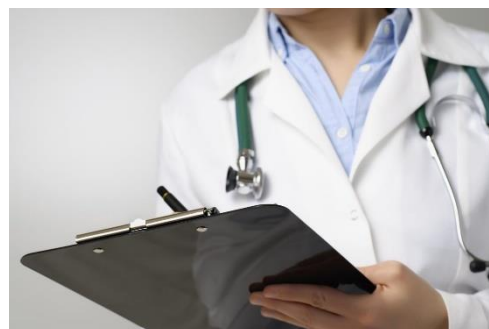
Pražské nemocnice se připravují na e-recepty, které budou od příštího roku povinné. IKEM jim od 1. ledna dává přednost, v Ústřední vojenské nemocnici je testují a připravují se na ně i Na Františku.

[CELÝ ČLÁNEK](#)

## Řešení nedostatku lékařů? Zrušme část malých nemocnic

Na jednu stranu se v Česku poslední dobou stále intenzivněji hovoří o tom, že nám schází lékaři, na stranu druhou jich v mezinárodním srovnání rozhodně nedostatek nemáme. Kde je problém? To je otázka, kterou si položili účastníci předvánočního diskusního setkání sdružení Občan, tentokrát na téma Kde se ztrácejí doktoři.

[CELÝ ČLÁNEK](#)



## Levnější léky pro děti a seniory

Čeští senioři by měli od příštího roku ušetřit na výdajích za léky. Vláda souhlasila se zvýšením limitů, po jejichž překročení se budou peníze lidem vracet. Opatření se má týkat také dětí. Kabinet zároveň podpořil zvýšení plateb za státní pojištění.

[CELÝ ČLÁNEK](#)

## Ze světa

### **EURODIS zveřejnil video připravené k desátému výročí Dne vzácných onemocnění**

EURODIS na svých internetových stránkách zveřejnil video k desátému výročí Dne vzácných onemocnění, které se bude konat 28. února. Video bylo přeloženo do třiceti jazyků.

Celé video s českým dabingem je možné shlédnout na [facebookových stránkách ČAVO](#).

[CELÝ ČLÁNEK](#)



## Celé články

### Mnohočetný myelom je vyléčitelný, na potřebnou terapii ale chybí peníze

Lékaři totiž díky moderní léčbě dokážou toto onemocnění krve efektivně léčit. Potřebují k tomu více nových účinných léků. Jejich vstupu na trh brání špatně nastavený systém úhrad.

„Za zásadní pokroky v léčbě mnohočetného myelomu vdčíme moderní terapii. To dokazují nejenom data z klinických studií, ale i z vlastního registru pacientů s tímto onemocněním, který v hematologii vedeme 10 let. Ten je jedním z největších a nejkvalitnějších registrů svého druhu v Evropské Unii. Dnes v něm evidujeme data již pěti tisíc nemocných s mnohočetným myelomem. Z nich vyplývá, že se od dob zavedení moderní léčby do praxe prodloužila průměrná délka života pacientů o 2,5 roku, tj. více než dvojnásobně,“ vysvětluje prof. MUDr. Vladimír Maisnar, Ph.D., MBA, ze IV. interní hematologické kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové a dodává: „Pokud by byly běžně dostupné léky používané v klinických studiích, došlo by k dalšímu prodloužení života o 1–2 roky. Před érou nových léků přežívalo déle než 10 let 5 % nemocných. Dnes je to díky inovativní léčbě 20 %. U nemocných podstupujících intenzivnější léčbu včetně transplantace tkáně 30 %. Ještě podstatnější je ale skutečnost, že se setkáváme s desítkami případů, kdy nemocného uzdraví inovativní léčba úplně.“

Počet pacientů, kteří dlouhodobě přežijí nebo se vyléčí, by ale mohl být mnohem vyšší. „K tomu potřebujeme získat úhradu na větší počet inovativních léků,“ říká prof. MUDr. Roman Hájek, CSc., přednosta Kliniky hematologie Fakultní nemocnice Ostrava. „Pro zásadní prodloužení života je důležité najít kombinaci léků, na kterou je nemocný citlivý. Jestliže místo stávajících pěti účinných léků jich budeme mít k dispozici deset, stoupá šance na nalezení účinné kombinace pro pacienta z 30–60 % podle pokročilosti nemoci až na 100 %. To dává naději pacientům, kteří na současně dostupné a používané léky nereagují. Například v období 2007–2015 se přidáním především dvou léků do praxe zlepšil medián přežití z 16 na 55 měsíců,“ říká prof. Hájek.

K vyléčení pomáhá i včasné odhalení nemoci. Mnohočetný myelom se projevuje plíživě a příznaky jsou zpočátku nejasné. Často proto odborníci chorobu u pacienta odhalí až v pokročilém stadiu. „Jakmile lékař stanoví diagnózu, měl by nemocnému v případě potřeby hned na začátku nasadit intenzivní léčbu včetně transplantace kmenových buněk,“ říká prof. Maisnar. Lékaři tuto terapii doporučují pacientům do 70 let. Lidé si ji mohou představit jako několik účinných, na různé úrovni působících léků. Poté následuje přechodná udržovací léčba. „Jde sice o režim zpočátku nákladný, ale díky němu je možné udržet pacienta ve stavu, kdy nemoc pak řadu let žádnou další léčbu nevyžaduje. Dosáhneme tak lepších výsledků, než když chorobu léčíme postupným podáváním různých léčebných přípravků s pouhými úpravami jejich dávek,“ dodává prof. Maisnar. Tento způsob dobře funguje ve Spojených státech, kde přežije díky většímu počtu dostupných léků 10 let asi 50 % nemocných. Se vstupem dalších nových léků do praxe by se mohlo v České republice do roku 2020 dožít 10 let až 40 % pacientů. „Pokud se v budoucnu zvýší investice do inovativních léků hned v počátku péče o pacienta, zvýší se i počet vyléčených. Zásadní je ale také nutnost sestavení dobré léčebné strategie. Stále však narážíme na regulační omezení, nezáměrné pojišťoven a také na konzervatismus lékařů,“ dodává prof. Hájek.

Rozpor mezi tím, co nové léčebné možnosti nabízí, a tím, co je český zdravotní systém schopen zaplatit, je nyní zjevný napříč medicínskými obory. Problém je obzvláště patrný v hematologii. „Bez adekvátní léčby pacient trpí nepředstavitelnými bolestmi, protože choroba postupně rozkládá jeho kosti. Moderní léčba však dokáže výrazně utlumit příznaky, zastavit postup nemoci, a pacient tak může žít plnohodnotný život,“ říká prof. Maisnar.

## O mnohočetném myelomu

Mnohočetný myelom je druhé nejčastější nádorové onemocnění krve, vznikající proměnou a hromaděním plazmatických buněk v kostní dřeni. Choroba nejvíce postihuje lidi ve věku 75–79 let. Do věku 40 let se vyskytuje vzácně. Příčiny onemocnění nejsou přesně známy. Rizikovými faktory mohou být obezita, zvýšený kontakt s organickými rozpouštědly, pesticidy nebo dioxiny. Nemoc se projevuje pestrými příznaky, především bolestí páteře. Na vznik nemoci mají vliv také poruchy imunity a vystavení se záření. Celosvětově trpí mnohočetným myelomem 230 tisíc osob. V České republice lékaři nemoc objeví zhruba u 450 nemocných ročně.

Zdroj: [www.zdn.cz](http://www.zdn.cz)

---

## ČAVO: Pomáháme pacientům se vzácnými onemocněními

Vzácná onemocnění bývají zpravidla multisystémová s významným dopadem na kvalitu života a sociální začlenění pacientů. Postihují méně než pět pacientů z 10 000 osob. Přestože jsou vzácná onemocnění individuálně raritní, existují jich tisíce. Často se objevují po narození (mohou se týkat až 5 % novorozenců), ale také v dospělosti. Problematiku přibližuje René Břečtan, místopředseda České asociace pro vzácná onemocnění (ČAVO).

\* Jaký byl hlavní důvod založení asociace?

česká asociace pro vzácná onemocnění vznikla v roce 2012 z potřeby několika patientských organizací, aby oblast vzácných onemocnění mohla být reprezentativně a v celé šíři zastupována, především při jednáních se státní správou, ale také v jednáních v rámci eu. existuje několik tisíc vzácných onemocnění a v ČR několik desítek patientských organizací zastupujících některé z těchto diagnóz. Každé onemocnění s sebou nese specifické potřeby, které prosazuje konkrétní patientská organizace. pro prosazení společných cílů a jednotný hlas nemocných se vzácným onemocněním však založení asociace bylo nezbytné.

\* Které subjekty sdružujete?

v současné době tedy působíme již 4 roky a čavO má 29 členů z řad patientských organizací. Dále zastupujeme pacienty dalších 25 diagnóz, kteří zatím patientskou organizaci nemají. čavO však zastřešuje vzácná onemocnění jako celek a tím pomáhá i těm, kteří nijak sdruženi nejsou.

\* Jaké akce jste organizovali v letošním roce?

mezi nejvýznamnější a viditelné aktivity patří Den vzácných onemocnění, který v roce 2016 připadl na

29. únor. v rámci tohoto dne jsme organizovali informační kampaň s využitím dostupných komunikačních kanálů, jako jsou tisk, televize, obrazovky v nemocnicích, internet atd. Dále jsme v rámci akce uspořádali odborný seminář v poslanecké sněmovně a organizovali řadu přednášek. v rámci projektu nazvaného včasná diagnostika se snažíme přiblížit oblast vzácných onemocnění praktickým lékařům, především pak pediatrům. zde se účastníme i regionálních konferencí. významnou pomocí je i tzv. helplinka, kterou provozujeme ve spolupráci s národním koordinačním centrem pro vzácná onemocnění (nKcvO) při 2. lF UK v praze-motole. projekt včasná diagnostika je kontinuální soubor aktivit, které přispívají k urychlení a včasnému rozpoznání příznaků některého ze vzácných onemocnění. významnou součástí je projekt vzdělávání mediků, kdy na praktická cvičení studentů docházejí vždy konkrétní pacienti za vybraná onemocnění. studenti tak mají možnost vidět konkrétní onemocnění v praxi a navíc získají veškeré informace o rozpoznání a projevech daného vzácného onemocnění. tyto aktivity realizované ve spolupráci s 2. lF UK při FN v motole budeme v roce 2017 rozšiřovat na další fakulty v ČR. mezi významné mezinárodní projekty patří spolupráce s norským centrem pro vzácná onemocnění Frambu, nejstarší evropskou takto zaměřenou organizací. v rámci grantu norských fondů a spolupráci subIG při FN Motol vyjíždějí členové – reprezentanti patientských organizací na několika-denní vzdělávací pobyty do této norské organizace. Již v roce 2015 jsme zahájili projekt [www.vzacni.cz](http://www.vzacni.cz). Jedná se o velice náročný, ale důležitý počin. v rámci tohoto projektu prezentujeme vždy konkrétní příběh nemocného se vzácným onemocněním a k dané diagnóze uvádíme veškeré další odborné informace o projevech, výskytu nemoci, ale též odkazy na patientské organizace nebo odborná centra. za tento projekt jsme v roce 2016 dostali hlavní cenu vládního výboru pro zdravotně postižené občany (vzvpO) v kategorii publikace.

\* Co plánujete do dalšího období?

v současné době připravujeme aktivity pro Den vzácných onemocnění, který se uskuteční 28. února 2017. Již tradičně budeme mít k dispozici televizní spot a řadu podpůrných materiálů i pro naše členské organizace. v rámci tohoto dne, spíše celého týdne, připravujeme též odborné semináře a konference. budeme dále rozvíjet projekt včasné diagnostiky a vzdělávání, kde se do spolupráce s našimi pacienty zapojí několik dalších lékařských fakult v české republice. Oblast vzácných onemocnění byla v minulosti přehlížena, nebyla jim věnována patřičná pozornost. přitom v současné době již rozeznáváme více než 6000 těchto diagnóz. přestože některé z nich jsou opravdu velmi raritní, řada z nich je velice známá i veřejnosti. bohužel, pro vzácná onemocnění není ve většině případů k dispozici účinná léčba, a tak pacienti čelí progredujícím následkům onemocnění po celý život. našim momentálním cílem je zařadit oblast vzácných onemocnění mezi prioritní oblasti léčby v ČR. usilujeme o systematický vznik tzv. odborných center léčby. věříme, že se nám to podaří. byli bychom rádi, kdyby se u nás problematice vzácných onemocnění věnovala větší pozornost a péče. na nedávné konferenci pro vzácná onemocnění jsme slyšeli velmi zajímavý citát v angličtině – „rare but exemplary“. Dal by se vysvětlit tak, že vyspělost a vysoká úroveň zdravotnictví daného státu se pozná podle toho, jak se věnuje okrajovým skupinám.

O autorovi | Josef Zábranský, Ing. René Břečťan, místopředseda ČAVO

*Zdroj: Zdravotnické noviny*



## Rozhovor s ministrem zdravotnictví Miloslavem Ludvíkem

Jan BUMBA, moderátor

-----

Zdravotní sestry dostanou od poloviny roku o 2 tisíce korun více. Měl by se rozšířit počet studentů lékařství fakult a hlavně by měli všichni pacienti dostat stejně kvalitní péči, přičemž by ale za tuto péči neměli více doplácet v podobě zvýšené spoluúčasti. To vše patří mezi plány ministra zdravotnictví Miloslava Ludvíka z ČSSD, který do vlády nastoupil na rok. Po volbách do Poslanecké sněmovny se totiž chce vrátit do vedení pražské nemocnice Motol. Co vše hodlá stihnout v ministerské funkci? Dobrý poslech přeje Jan Bumba. A naším hostem ve sněmovním studiu je ministr zdravotnictví Miloslav Ludvík z ČSSD. Dobrý den, pane ministře.

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Dobrý den.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Mohou si být zdravotní sestry jisté, že dostanou 2 tisíce korun navíc, nebo se o tom povedou ještě nějaká jednání?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Zdravotní sestry, které pracují ve směnném provozu u lůžek, to znamená ty, které dělají v nemocnicích ve směnách, tak ty si tím už můžou být naprosto jisté.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Mohou ale opravdu počítat s celou částkou? Jistě víte, že narážím na to, že od letošního ledna měly vzrůst platy zdravotníků o 10 %, o tom loni rozhodla vláda, ale teď zdravotnické odbory říkají, že většinu pracovníků v nemocnicích, které jsou akciovými společnostmi, se ty platy o 10 % nezvýšily, že to bylo méně, takže otázka je, jestli to u těch sester nedopadne podobně?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

U těch to nemůže dopadnout podobně, protože státním příspěvkovým organizacím, čili přímo řízeným nemocnicím to pošleme formou příspěvku, a pro kraje, čili pro ty ostatní, který mají akciovky anebo společnosti s ručením omezeným, tak bude vytvořen dotační program. Pokud se do něj přihlásí, tak to bude přísně zúčtovatelná částka, to znamená, že oni budou muset přesně zúčtovat, že každé z těch sester na toho půl roku, než my to, ten prostor potom pro rok 18 chceme vytvořit v úhradové vyhlášky, tak na toho druhého, na tu druhou polovinu roku 2017 to bude přesně určená částka pro každou směnnou sestru u lůžka 2 tisíce korun k tomu, co bere dneska.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Když se ještě ...

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Hrubého, pardon, hrubého.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Ano, ano. A když se ještě zeptám na to plánované 10% zvýšení mezd pro zdravotníky od počátku letošního roku, vy jste řekl, že podle úhradové vyhlášky dostaly nemocnice dost peněz, ale že ministerstvo nemá nástroj, jak kontrolovat, zda byly opravdu použity na platy. Teď ten systém tedy měníte, abyste měli větší kontrolu?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

To je jiný systém. Jakoby dneska nemocnice nebo teda lůžková zařízení, kde bylo to 10% navýšení realizováno, tak ty žijí z takzvaných zálohových faktur, které dostávají od, od, nebo zálohových plateb, které dostávají od zdravotní pojišťovny. A s těma penězma můžou libovolně nakládat, ty můžou dát do léků, ty můžou dát do investic, ty si je můžou vyplatit, ty s nima můžou udělat cokoliv, kdežto tohle bude přímo účelová dotace.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Pokud ty peníze nepoužily nemocnice na zvýšení platů, tak máte na ministerstvu informace o tom, na co je použily?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

No v této chvíli je trochu brzo. Já se musím přiznat, že ani úplně nerozumím tomu, že říkají, že jednotliví manažeři zdravotnických zařízení, že jim ty peníze, že jim přišlo málo, jo, protože oni ani nemůžou tušit, jak se bude ta letošní úhradová vyhláška vyvíjet. Oni prostě si poprvé budou moct namodelovat, jak vypa..., jak budou vypadat jejich příjmy někdy tak kolem, koncem dubna, čili až budou mít data za první kvartál. Do té doby vůbec nemůžou tušit, jak se to bude vyvíjet a žijou z těch záloh, protože vždycky dostávají dvanáctinu loňského roku zvýšenou o nějaký koeficient a právě že to zvýšení toho koeficientu by jim na ty platy mělo stačit, takže jako tohle je taková debata, kterou bych si klidně s nějakým ředitelem nemocnice odžil.

Jan BUMBA, moderátor

-----

K tomuto zvýšení platů sester, kterým jsem začínali, může dojít díky tomu, že se zvýší platby za státní pojišťovnu? Takhle se to dá říci?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Dá se říct, že částečně. My jsme se domluvili při jednáních, že část toho navýšení za státní pojištění, která bude realizována v roce 2018, už dostaneme v roce 2017. To bylo asi 600 milionů a 400 milionů my najdeme nebo už jsme našli v rezervách na ministerstvu zdravotnictví.

Jan BUMBA, moderátor

-----

A je korektní, pane ministře, informace, která se objevila třeba v ČTK, že ministr financí, nevím, jestli je správná formulace, se zavázal nebo slíbil, že v následujících třech letech se zvýší platby za státní pojištění vždy o 3,5 miliardy?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Ano, ta informace je správná. Je to ta pravidelná valorizace, o které se mluví, a bude to za prvé formou nařízení vlády a za druhé zákonem.

Jan BUMBA, moderátor

-----

No a co když už Andrej Babiš nebude ministrem financí, ve vládě bude někdo úplně jiný teoreticky po volbách, tak stále to bude platit?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Ano, protože to bude zákonem.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Pro Andreje Babiše už tedy zdravotnictví není černou dírou, ve které se ztrácejí peníze?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

No, já jsem vždycky říkal, že definice černé díry z hlediska astrofyziky je ta, že to maximálně hmotně nebo nekonečně hmotný objekt, který k sobě všechno přitáhne a nic ven nepustí, ale české zdravotnictví samozřejmě přitahuje spoustu financí, ale taky z něj vypadávají skvělé výsledky, které jsou evropsky srovnatelné, takže to opravdu není černá díra.

Jan BUMBA, moderátor

-----

A když se zeptám na to, v jaké atmosféře nebo v jakém duchu vlastně jste jednali, neříkal ministr Babiš, že byste nejprve ve zdravotnictví měli zacelit díry, ať už černé nebo jakékoliv jiné barvy, kterými unikají ze zdravotnictví peníze?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Ale my jsme na to, na to jednání šli s tím, že my samozřejmě chceme mobilizovat rezervy, které v resortu jsou. To, o tom jsme se jednoznačně bavili a to je náš úkol a ten my plníme a mimo jiné taky je to vidět na tom, že na to zvýšení platů sester nebo na ten, na to zvýšení příplatků za směnnost, to je

přesně ten správný název, takže na to zvýšení příplatků za směnnost potřebujeme miliardu, z toho 600 milionů dostaneme jedním způsobem a 400 milionů najdeme my. To je taková jako, řekněme, férové jednání. Win-win negotiation, jak říkají Angličani.

Jan BUMBA, moderátor

-----

A když mluvíte o rezervách, kterých si sám jste vědom nebo sami jste vědomi, tak kde jsou především? Kde by se dalo nějakým způsobem ušetřit nebo být efektivnější?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Tam je spousta věcí. My, my víme, že lze mobilizovat některé peníze, které jsou prostě různě zaparkovány a leží tam neproduktivně. Některé dokonce po mnoho let a podle mne je naprostý nesmysl, aby tam ležely, místo aby byly mobilizovány do základních fondů zdravotního pojištění, odkud se platí přímá péče, takže jako pro nás je nejdůležitější samozřejmě v tom krátkodobém hledisku mobilizovat rezervy, které tam existují, a v dlouhodobém hledisku, na kterém budeme také pracovat, tak samozřejmě snížit některou náročnost, protože například takzvaná centrická péče, ta dneska, když se na ten graf podíváte, ten vypadá jak letící raketa, to je prostě strmě rostoucí křivka, s kterou budeme muset určitě něco udělat, protože jestliže vám něco za 10 let stoupne z 6 asi na 15 nebo 16 miliard, tak je někde něco špatně.

Jan BUMBA, moderátor

-----

A to přesně je co, jestli byste mohl popsat konkrétněji, pane ministře.

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

To jsou nejnákladnější léky, které se dávají ve specializovaných centrech, což jsou špičkové nemocnice, kde se léčí takové ty nejtěžší, nejzávažnější diagnózy, onkologická nebo mě napadá roztroušená skleróza nebo vrozené metabolické vady, takové ty opravdu extrémní těžké případy.

Jan BUMBA, moderátor

-----

No a pokud říkáte, že ty náklady rostou neúměrně, tak je to čím? Že jsou prostě čím dál tím dražší léky a pokud byste to omezili, tak neomezí to dostupnost péče?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Ne, neomezí, tam se musí najít velmi rozumný, rozumný kompromis, tam je prostě problém, že dneska nefarmaceutické firmy jsou schopny ne chrlit nové indikace, teda nové léky, ale právě hledat indikace pro, pro existující léky a tam se musí velmi bedlivě vážit, jestli ten přínos toho léku je skutečně takový, jak je marketingově prezentován. To je velmi obtížná, obtížná disciplína. Existuje na to mezinárodní srovnávací měření a jako musí se prostě najít opravdu to, že ten lék má ten přínos, který má, a nejenom ten, který deklaruje firma prostě proto, že si rozšířila registraci.

Jan BUMBA, moderátor

-----  
 Valorizace plateb za státní pojištěnce, o které jsme hovořili před malou chvílí, tedy ty 3,5 miliardy ročně navíc, vynutí si to zvýšení plateb za pojištění?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/  
 -----

Ne, ne, ne, ne, ne, to ne. Tohle jde z kapitoly jakoby výdaje státu, to nejsou výdaje nebo příjmy, jsou to příjmy zdravotního pojištění, ale nejde to z toho, co platí zaměstnanci nebo zaměstnavatelé, je to z toho, co zaplatíme státu na různých typech daní, odvodů a z toho se to bude potom platit.

Jan BUMBA, moderátor  
 -----

Hostem dnešního Interview je ministr zdravotnictví Miloslav Ludvík z ČSSD. Řekl jste při nástupu do funkce, že musíte zamezit tomu, aby plíživě vzrůstala ekonomická spoluúčast pacientů. Jde, pane ministře, hlavně o to, aby nevzrůstala plíživě, anebo aby nevzrůstala vůbec?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/  
 -----

No aby vůbec nevzrůstala plíživě, takže asi tak.

Jan BUMBA, moderátor  
 -----

Tak zkusme to trochu rozklíčovat. Co špatného z vašeho pohledu je na nějaké přiměřené spoluúčasti pacientů?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/  
 -----

No protože na ní dneska není moc velký prostor. Když si vezmete, tak máme 10,5 milionu obyvatel, z toho jsou 4 miliony zaměstnanců, půl milionu jsou živnostníci nebo podnikatelé a 6 milionů je lidí, kteří, kteří jsou takzvaní státní pojištěnci, se jim říká, což znamená ženy na mateřské dovolené, důchodci, studenti, děti a tak dále, a tak dále, těch je 6 milionů. Když teda odmyslím toho půl milionu podnikatelů, tak z těch 4 milionů zaměstnanců bere 2 miliony, je medián platu, to znamená ta střední hodnota je 23 tisíc korun hrubého cca, to znamená, že je to asi 20 tisíc čistého, takže polovina zaměstnanců, to znamená 2 miliony lidí, mají méně než 20 tisíc čistého měsíčně a z těch 6 milionu státních pojištěnců, když si vezmu důchodce, ženy na mateřské, děti, tak asi 5 milionů lidí je na tom podobně. Důchody přes 20 tisíc opravdu moc nejsou. To znamená, že tady máte nějakých 7 milionů lidí, kteří mají čistý měsíční příjem nižší než 20 tisíc měsíčně. A já se ptám, kde je ten prostor na tu spoluúčast?

Jan BUMBA, moderátor  
 -----

Zároveň ale ti státní pojištěnci, to nutně neznamená, že to jsou chudí lidé, nebo ano?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/  
 -----

Já jsem říkal z 6 milionů asi 5 milionů, to, to tak zhruba vychází z těch statistik, protože říkám, důchodců je 2,5 milionu a tam ten plat nebo ten důchod nad 20 tisíc, to abyste opravdu pohledal. A když si potom vezmete strukturu dětí nebo žen na mateřské dovolené, tak tam teda opravdu jako bohatší nepřevažují.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Ne, já tady v zásadě dělám spíše ďáblova advokáta. Já nenabádám k nějakému necitlivému řešení, jen se snažím dobrat tomu, jestli třeba opravdu ty poplatky, které byly, regulační poplatky, nevedly k tomu, že lidé nechodili s banalitami k lékaři.

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

No, mluvmě o té stokoruně v nemocnici. Já nevím, jakým způsobem ovlivníte, že jdete nebo nejdete do nemocnice, jakým způsobem ovlivníte, že jste hospitalizován 3, 4, 5 nebo 6 dní. To prostě, jako to tak nebylo. Ten stokorunový poplatek v nemocnici, ten opravdu nebyl regulační.

Jan BUMBA, moderátor

-----

V zásadě tedy spoluúčast jako taková, váš protiargument je, že lidé na ní nemají, nemají kde brát.

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Já dneska říkám, že ta spoluúčast je opravdu skoro na hraně. My dokonce jí chceme snižovat právě u důchodců a dětí a říkám, každému říkám, až tady bude čtyřnásobná průměrná mzda, to znamená 100 tisíc měsíčně, pojďme se o tom klidně bavit.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Zároveň nebylo by od vás politiků zodpovědné říci lidem, že zdravotnictví není zadarmo? Protože když neexistuje ani ta symbolická spoluúčast, tak nenabádá to jaksi symbolicky k tomu jaksi povědomí, že to je všechno zadarmo?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Ale ona dneska spoluúčast existuje. Jako spoluúčast na lécích, která opravdu není malá, takže jaksi já si myslím, že lidé si uvědomují, že zdravotnictví není zadarmo. A samozřejmě máte pravdu, existují kverulanti, pacienti, kteří ten systém opravdu zneužívají, ale i podle té zkušenosti, kterou po 27 letech ve zdravotnictví mám, jich není rozhodně většina.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Co lidé, kteří vědomě nějakým způsobem poškozují své zdraví třeba kouřením nebo obezitou, měli by platit více za zdravotní pojištění nebo nějakým jiným způsobem u nich byste uvažoval o zvýšení spoluúčasti?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/  
-----

No, tak ono by bylo krásné, kdybychom mohli říci, že za zdravotní stav někoho může jenom obezita nebo kouření. Bohužel medicína takhle nefunguje. Na druhou stranu já se určitě nebráním tomu, aby se zvyšovaly spotřební daně. To si myslím, čili daleko víc zdaňovat nákup, nákup cigaret, nákup alkoholu, s tím já problém nemám. U toho, u toho jaksi nezdravého jídla je to spíš podle mě daleko víc otázka osvěty a případně nějakých hygienických norem, aby špatné jídlo se už k nám moc nedostávalo. I když nejsem, nejsem optimista v tomto směru.

Jan BUMBA, moderátor  
-----

Když mluvíme o možné spoluúčasti, tak jak to bude se zubaři? Nevím, jestli jste viděl titulní stránku dnešní Mladé fronty DNES, ta píše o tom, že tedy, budu citovat, "Brusel zakázal amalgámové plomby pro děti a těhotné ženy", v tom článku se píše o tom, že z nařízení Evropské unie by se snad v nějaké době, asi ne moc daleké, vůbec měly používat ty levnější amalgámové plomby. Připravuje se nějak ministerstvo zdravotnictví na to, že by muselo hradit ty, ty dražší?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/  
-----

No tak pokud tato směrnice opravdu k nám doputuje, já jsem to viděl taky jenom v novinách, takže pokud k nám doputuje, tak na to samozřejmě bude muset systém zdravotního pojištění zareagovat, to je pravda.

Jan BUMBA, moderátor  
-----

Byla by to, vyžadovalo by to nějakou opravdu velkou reakci? Bylo by to o hodně dražší?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/  
-----

Teď na tohle neumím odpovědět. Já, já jsem neviděl zatím ani žádné modelace, takže opravdu na tohle nejsem schopen odpovědět.

Jan BUMBA, moderátor  
-----

A spoluúčast jako taková právě v případě zubařské péče, tam byste byl ochoten o něčem uvažovat nebo také by vám to přišlo asociální?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/  
-----

No, tak ona dneska spoluúčast je a je hezky vidět jako, jak to nefunguje, jo, protože jako ta teorie říkala, a byli jsme o tom všichni masivně přesvědčováni, že když bude spoluúčast, lidé se budou daleko víc starat o své zuby a budeme všichni šťastní. A když se dneska podíváte na kvalitu chrupu, kdo, jako stačí jenom když se rozhlédnete na ulici, kolik lidí je, kteří chodí bez, bez některých zubů, jako kteří mají vysloveně ten děravý úsměv, jo, nebo v jaké kvalitě ten chrup je, tak si teda nemyslím, že by to moc fungovalo.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Pane ministře, jste skutečně přesvědčen, že dnes se dostává stejné péče všem? Opravdu dostává stejnou péči docent i zedník, abych použil vaše slova?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Právě že ano. Ve chvíli, kdy se dostanete do nějakého vážného problému, já teď nebudu tvrdit, že to, že to jako, já teď budu mluvit o těch vážných průšvihích typu rakovina, těžký úraz, vopravdu těžká vrozená vada nebo něco takového, tak tam právě ano, tam si, jsem ochoten za to ručit. Neexistuje, že byste si zaplatil pořadník na transplantaci, neexistuje, že byste se jaksí v onkocentru dostal k biologické léčbě, když jí nepotřebujete, a nedostal, když jí potřebujete. Tohle si myslím, že platí a že tohle je v českém zdravotnictví to fajn, to je to, co, na co jsem hrdý.

Jan BUMBA, moderátor

-----

A neexistují tedy v českých nemocnicích nebo obecně zdravotnictví žádní prominentní pacienti s nějakým lepším přístupem, s výhodami?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Aha, vy narážíte na kulichy. No, to je terminus technicus, kdo je čí známý, že jo, tak jako tak ten se používá v pražském zdravotnictví, co já vím, od 50. let a v brněnském se používá termín Richardi. Nikdo ani neví, proč kuliši a nikdo neví, proč Richardi, nicméně to je o tom, kdo je čí známý a na koho se přijde usmát jeho známý doktor. To je sice možný, ale ve chvíli, kdy se dostanete do průšvihu, to znamená, že opravdu potřebujete špičkovou péči, tak ji prostě dostanete. To je ta výhoda, že vůbec nikoho nezajímá, jaké máte tituly před jménem nebo za jménem, tam je zajímavá, jak vás z toho vysekat. A v tomhle tom teda české zdravotnictví funguje.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Ještě jednou se postavím do té role ďáblová advokáta a zeptám se na možnou spoluúčasť nebo spíš na možný další příjem pro české zdravotnictví. Jak se díváte na to, že by bylo možné si legálně připlatit za nějakou lepší péči? A teď ale nemyslím v podobě předběhnout v pořadníku na transplantaci, ale třeba nějaké rychlejší přijetí v případě banálnějších nemocí.

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

No, to je přesně ono a teď vydefinujte banální nemoc. Přijdete s apendixem a vyvine se z toho ileus okamžitě, jo, už to není banální. Jakoby existují, existují u nás, pokud vím, privátní nemocnice, které, které vás prostě za peníze odléčí a jaksí neberou zdroje ze zdravotního pojištění a když se potom podíváte ale na tu strukturu těch výkonů, tak ona se moc neliší a jako nemyslím si, že by to byl takový problém, notabene ne v České republice. Ono se to moc neví, ale čekací doby na různé druhy výkonů nebo vůbec na přijetí do nemocnice v Česku jsou jedny z těch výrazně kratších než ty, které jsou třeba i v západní Evropě.



Jan BUMBA, moderátor

-----

Hostem dnešního Interview je ministr zdravotnictví Miloslav Ludvík z ČSSD. Řekl byste, že za této vlády bude přijat zákon o neziskových nemocnicích? Váš předchůdce Svatopluk Němeček s ním neuspěl, byl kritizován, že ten návrh vytváří korupční potenciál, jaký vy k němu vlastně máte postoj? Tedy ne k ministrovi Němečkovi, ale k neziskovým nemocnicím, k tomu zákonu.

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

No, ono já si myslím, že jaksi do budoucna je opravdu nutné, aby v každém kraji byla jedna velká neprivatizovatelná nemocnice. To si opravdu myslím a to je, to je klíčové, takže jaksi z tohoto pohledu by to jednou mělo být, my jsme v této chvíli se rozhodli a ještě se to musíme, si to prodiskutovat na vládě, že bychom zkusili jako na začátek alespoň do tohoto režimu dostat, dostat ty fakultní nemocnice, to znamená vytvořit to, o čem se tady už několik mluví, a to jsou univerzitní nemocnice. Ono by to zároveň pomohlo řešit i ten nedostatek lékařů, který nás v nejbližší době čeká kvůli stárnutí té lékařské populace, takže my v této chvíli na ministerstvu chceme jít tímto směrem. Uvidíme, jestli nám to kolegové z vlády odsouhlasí.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Zatím nemáte tedy nějaké informace o tom, jak se k tomu staví třeba hnutí ANO, protože Andrej Babiš říkal, že doufá, že už se tento návrh neobjeví na vládě nebo něco v tom duchu.

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Mluvil o komickém návrhu, já jsem to zaznamenal, ano, ale nicméně při jednání s ním jsme se dohodli, že univerzitní nemocnice nejsou tak úplně neprůchodné.

Jan BUMBA, moderátor

-----

A podle čeho by se tedy rozhodovalo, které nemocnice by byly přeměněny do toho zvláštního režimu na ty neziskové? Ony by pak měly automatický nárok na smlouvy s pojišťovny ...

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Ne, ne, ne, ne, ne, ne.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Nebo ne? To se změnilo.

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

To právě navrhujeme. My tam navrhujeme dvě nebo chceme navrhnout dvě poměrně významné změny, a to je to, že by jim byly odpouštěny daně, já tvrdím, že to není nutné, a druhá věc, že budou automaticky dostávat smlouvy se zdravotní pojišťovnou, a to se trochu přičítá mému naturelu, protože

já vždycky tvrdím, že když je někdo dobrý, tak v té soutěži musí obstát, takže ať klidně projdou výběrovým řízením.

Jan BUMBA, moderátor

-----

V soutěži, jakou soutěž teď máte na mysli?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Výběrová řízení na péči, která se normálně standardně dělají.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Zmínil jste hrozící nedostatek lékařů, jak vážný to je problém v České republice?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Za takové dva, tři roky to problém být může, protože my máme poměrně silný, silný populační ročník v té kategorii 55+. Tam je skutečně velmi, velmi silný populační ročník, který bude odcházet do důchodu. Samozřejmě u lékařů neplatí, že automaticky dnem důchodu odejdou do důchodu. Ono to spíš je naopak. Lékaři mají tu tendenci být, být v té práci déle, než je důchodový věk, nicméně samozřejmě už třeba nechtějí sloužit, což je pochopitelné, takže nějaký problém to vytvoří a my na něj musíme reagovat. Ono se na něj mělo reagovat cca před 20 lety. Tím, že se na něj nereagovalo, tak na něj budeme muset reagovat dneska co nejrychleji my.

Jan BUMBA, moderátor

-----

No, ale říkáte dva, tři roky, za dva, tři roky to může být vážný problém, no za tu dobu se medicína vystudovat nedá, takže jakým způsobem na to reagovat?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

No, za dva, tři roky to začne být problém. To nebude to, že by ze dne na den najednou začalo chybět, říkám, hodně nebo spousta doktorů, to, to nehrozí, ale nicméně začne určitý propad, který bude nějakou dobu trvat, na ten se musíme připravit, to znamená, my musíme nějakým způsobem třeba upravit vyhlášku o personálním vybavení a tak dále, a tak dále, ale zároveň musíme zařídit, aby ten propad nešel pořád dolů a dolů, aby se někde zastavil a pak aby se začal vyrovnávat, což by mělo být těmi novými absolventy.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Upravit vyhlášku o personálním vybavení, znamená to, že prostě snížíte ty kvóty, které jsou povinné pro zajištění péče?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

No, dám příklad z mé praxe. V Motole v noci slouží dneska 92 lékařů. Podle mého odhadu by jich stačilo 65. To znamená, že jaksí někde je ta vyhláška opravdu, omlouvám se za výraz, ale abundantní, opravdu nadbytečná a dá se, dá se dneska zařídit tím, že prostě slouží, slouží určitý počty nižší doktorů a samozřejmě větší počet lékařů může být na takzvaných příslužbách, což znamená, že mají dojezd do nemocnice dejme tomu do 30 minut, což se dneska běžně dá zařídit, a že tedy jsou k dispozici na telefonu, ale neslouží v nemocnicích, čímž se taky odbourá to nadměrné množství přesčasů, které dneska v těch nemocnicích, hlavně v těch menších, existuje.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Co takové akce, která třeba pořádají německé nemocnice v Česku, tedy náborů lékařů nebo obecně zdravotníků v zahraničí? Bude Česká republika pořádat něco takového?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

No, Česká republika má jednu výhodu v tom, že naše lékařské vzdělávání, naše medicíny jsou vysoce kvalitní, takže jestliže si vezmete, tak ročně vychází, tuším, 1 060 absolventů, z nichž 820 jsou Češi. Ten zbytek jsou cizinci a z těch cizinců nejmíň polovina jsou Slováci, kteří většinou, většinou, neříkám všichni, ale většinou právě v Česku zůstávají, takže máme z tohoto pohledu svým způsobem určitou výhodu.

Jan BUMBA, moderátor

-----

A pochopil jsem to správně tak, že byste byl pro to, aby na lékařské fakulty byli přijímáni všichni studenti, kteří úspěšně složí přijímačky?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Tam jde o to, jak se stanoví, co je to úspěšně složit přijímačky. O tom se chci bavit přes příští týden s děkany lékařských fakult, s kterými mám schůzku, ale v podstatě naše představa je, že by počet přijatých stoupl alespoň o 15 %. Tyhle ty, tahle čísla ukazují do těch našich kalkulací, které máme udělány, do těch grafů, že to by mohlo významným způsobem napravit ten shod, který se vytvoří stárnutím lékařské populace.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Říkal jste, že lékařské fakulty v České republice produkují velmi dobré lékaře nebo dobré absolventy, ale skutečně neměl by se nějakým způsobem proměnit obsah vzdělávání, máte nějakou ambici v tomto ohledu?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

No, já nejsem lékař, já jsem svým způsobem laik, ale z mého pohledu, co mně se strašně líbí, je to, co je běžné v amerických nemocnicích, že ti studenti dejme tomu poslední třetinu studia v podstatě tráví jenom v nemocnici. Jako když se podíváte na ty americké seriály, tak oni intenzivně slouží na

těch urgentních příjmech, kde si tu medicínu opravdu osahají a naučí se, a to já, jako problém v Čechách je trošku ten, že ty studenti vycházejí extrémně dobře teoreticky vybavení, ale pak musejí jít do té praxe a ta trošičku podle mě chybí, takže o tom bych strašně rád mluvil, že se by se to curriculum studia malinko změnilo v tom, že by daleko větší díl své, své, v závěru studia trávili na urgentních příjmech jednotlivých nemocnic, kde se tu medicínu opravdu dobře naučí.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Platí, pane ministře, že chcete, až skončí teď ta vaše ministerská mise, se vrátit do čela nemocnice v Motole?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

No, tak určitě bych rád pokračoval v práci, která se tam, doufám, úspěšně rozvíjí.

Jan BUMBA, moderátor

-----

No, já spíš jsem to myslel tak, jestli teď nezvažujete, že byste zůstal ve vysoké politice.

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Ne, o tom se teď těžko, těžko spekuluje, protože opravdu netuším, co bude za, za měsíc, natožpak abych tušil, co bude za 10 měsíců.

Jan BUMBA, moderátor

-----

Objevila se taková spekulace tedy, že byste mohl organizovat volební kampaň ČSSD v Praze, má to nějaký reálný základ?

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Organizovat volební kampaň? Myslíte jako volební lídr nebo jak to myslíte?

Jan BUMBA, moderátor

-----

No, to se ptám já vás.

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/

-----

Já jako, určitě ne jako volební manažer, to v žádném případě. Ten, pokud vím, bude dneska zrovna volen na předsednictvu strany. A jinak v tuto chvíli my máme poměrně komplikovaný nový systém primárek, takže nejdřív ho asi musí vydefinovat místní organizace, pak obvodní organizace a teprv krajská, kterou ještě schvalují všichni členové krajské organizace, takže, upřímně řečeno, kdo bude na kandidátkách, to bude známo tak v květnu nebo pravděpodobně ještě víc v červnu.

Jan BUMBA, moderátor

-----  
Ministr zdravotnictví Miloslav Ludvík z ČSSD. Já vám děkuji za rozhovor, na shledanou.

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/  
-----

Také, také děkuji, na shledanou.

*Zdroj: ČRo Plus*

---

## AIFP: Budoucnost úhrad je v platbách jen za léky, které u pacientů reálně zaberou

Farmaceutické firmy se chystají na to, že i v České republice dojde ke změně způsobu úhrad nákladných léčiv. Výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Jakub Dvořáček poukazuje na to, že pouhé slevy již nebudou postačovat – hrazeny by měly být jen léky, které skutečně prokážou efekt. Na včerejší konferenci k tomu, co nás letos na poli

Farmaceutické firmy se chystají na to, že i v České republice dojde ke změně způsobu úhrad nákladných léčiv. Výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Jakub Dvořáček poukazuje na to, že pouhé slevy již nebudou postačovat – hrazeny by měly být jen léky, které skutečně prokážou efekt. Na včerejší konferenci k tomu, co nás letos na poli inovativního farmaceutického průmyslu čeká, AIFP představila také několik novinek. Jendou z nich bude nová služba, která lékařům umožní zjistit, zda pacient s konkrétní chorobou má možnost zúčastnit se nějaké klinické studie. Druhá by mohla potěšit výzkumná centra: do konce března je možné přihlásit se do nové IMI2 výzvy zahrnující osm témat, která v rámci Evropy rozdělí v přepočtu 9,4 miliardy korun.

Farmaceutický průmysl loni ani letos nelení – o místo na českém trhu usiluje celá řada velmi nákladných léčiv, které s sebou nesou rostoucí tlak na náš systém (psali jsme také zde či zde). „Toho, co vstupovalo v roce 2016 a co se chystá v roce 2017, je opravdu hodně. Velmi často cílí na velmi úzkou skupinu pacientů – jsou to léky, které fungují na základě intervence s určitým genem či biomarkerem. Celkově se ale musí změnit přístup, abychom tento typ léčby zvládli, tedy i to, jakým způsobem k tomu přistupují originální farmaceutické společnosti. Budeme totiž muset připravit schémata, která pomohou s financováním a zátěží systému. Víze pro celou Evropu, kterou přejímáme od naší evropské asociace EFPIA, jsou outcome based schémata, která jsou založená na výkonu daného přípravku. Směřování bude, aby český zdravotnický systém platil a priori jen to, co zabralo a co pacientovi funguje. V nadcházejících letech tak očekáváme velké zaměření na to, jak udělat správná schémata, jak účinnost přípravku dobře měřit i na to, zda pacientodpovídají tak, jak je indikováno v klinických hodnoceních,“ přibližuje Jakub Dvořáček. „Cesta, která se používala v minulosti, takové to dejte nám slevu a tím je to uzavřený příběh, na tom postavíme smlouvu, to je něco, co do budoucna nebude fungovat. Bude to mnohem sofistikovanější a více o spolupráci s odborníky, kteří budou muset mnohem více referovat výsledky léčby, aby se daly naplňovat smlouvy zaměřené na reagující pacienty,“ nastiňuje.

V současnosti je přítom cena za den centrové léčby stejná nebo nižší oproti minulosti, nárůst objemu

financí je ale dán tím, že se k péči dostává mnohem víc lidí. Podle Dvořáčka tak v posledních třech letech nastal zásadní zlom v dostupnosti.

„Otázkou je, nakolik je možné rozšiřovat kapacity, protože ještě pořád v mnoha oblastech nejsou za léčeni všichni pacienti, kterýmby terapie mohla pomoci. To bychom se měli my ve spolupráci s nemocnicemi a pojišťovnami pokoušet vymyslet a zefektivnit tak, aby dostupnost pro české pacienty byla ještě lepší,“ říká Dvořáček. Zároveň si ovšem uvědomuje problematiku toho, že např. v onkologii pacienti přežívají díky lékům déle a stávají se z nich chroničtí pacienti, takže je léčba dlouhodobá - a investice systému roste. Jde pochopitelně o problém, se kterým se nepotýká jen Česká republika. Šlo také o téma konference OECD v Paříži, která tak řešila, jak vlastně zabezpečit udržitelnost systémů. Zatímco v Evropě už ale debaty na toto téma odstartovaly dříve, my jsme ještě na začátku. Příležitosti pro výzkumníky i patientské organizace

Nákladnost léčby a její financování je sice problém, firmy ale v novém výzkumu neusínají na vavřínech – a platí to i o Evropské komisi, respektive společném projektu Innovative Medicines Initiative (IMI) 2, tedy iniciativy, která se zaměřuje na podporu výzkumu globálních zdravotních rizik. Na projektu se finančně půl na půl podílí evropské fondy a farmafirmy, přičemž v druhé fázi, která potrvá do roku 2024, má jít na společné projekty evropských akademických společností a soukromého sektoru v přepočtu 80 miliard korun.

Doposud se přitom do výzvy IMI zapojilo šest českých akademických pracovišť. Patří k nim Revmatologický ústav, který zkoumá nové přípravky na revmatoidní artritidu, dále výzkum profesorky Evy Havrdové z MS centra Neurologické kliniky 1. LF a VFN v oblasti roztroušené sklerózy či aktivita Mendelovy univerzity v Brně, jež se zapojila do výzkumu diagnostických testů eboly. Českého zástupce má také loni vzniklé konsorcium pro výzkum léků v oblasti svalové dystrofie a osteoporózy, stejně tak jako konsorcium zaměřené na výzkum léků na černý kašel a další choroby, do něhož se zapojil profesor Peter Šebo z Mikrobiologického ústavu AV ČR. Úplně čerstvě se připojila také Masarykova univerzita v Brně, a to v oblasti hematologie.

„Akademická pracoviště, která se dnes účastní, kromě toho, že dělají na zajímavých věcech a mají financování ze společného fondu průmyslu a Evropské komise, nebudou mít do budoucna problém s transferem technologií. Spousta vědy a nesmírně zajímavého výzkumu se v České republice dělá pouze v teoretické rovině – máme velmi malou výkonnost při přenosu poznatků do výrobní praxe, takže jen málo z toho, na čem naši akademici pracují, se pak přenesou přímo k pacientovi. To je také cílem celého programu, kterýmá do budoucna pomoci Evropě se v akademické oblasti provázat mnohem víc s průmyslem, aby se investice více transferovaly a benefit pacienta byl co nejrychlejší,“ říká Jakub Dvořáček.

Novinkou je, že IMI 2 nyní přichází s novou výzvou. V jejím rámci bude realizováno osm témat a mezi akademické výzkumné organizace, malé i střední podniky a tentokrát také patientské organizace bude v jejím rámci rozděleno v přepočtu 9,4 miliardy korun. Zájemci se mohou hlásit do konce března. Čemu se budou jednotlivá témata věnovat?

Vývoj nových pravidel v oblasti hypoglykémie u diabetu (až 13,46 milionu euro)

„Big data“ v diagnostice a léčbě rakoviny prostaty – zaměření na to, jak využít stávajících informací a

databází, aby se při následujícím vývoji a léčbě pacientů s daty pracovalo a péče díky tomu byla efektivnější a kvalitnější (až šest milionů eur)

Zlepšování péče o pacienty trpící akutní nebo chronickou bolestí (až 11,23 milionu euro)

Klinické hodnocení v oblasti léčby dětí (až 67 milionů eur)

Nové nástroje pro hodnocení při výrobě biofarmaceutik, zejména buněčných kultur (až 4,7 milionu euro)

Nové poznatky a nástroje objasňující fungování transportních bílkovin SLC, což by mělo napomoci vývoji nových cílených léčiv v širokém spektru oborů, jako je onkologie, imunologie, neurovědy, metabolické a kardiovaskulární choroby (až 12 milionů euro)

Větší propojení pacientů a vývoje léčiva (až 4,5 milionu eur)

Personalizovaný přístup k poruchám autistického spektra – vývoj nových léků (až 55 milionů eur).

Více o výzvě najdete zde.

## Klinických hodnocení v ČR zřejmě bude ubývat

Horší zprávou už jsou ale vyhlídky na to, jaký objem klinických hodnocení se u nás bude dělat do budoucna. „Sledujeme určité problémy v tom, kolik klinických hodnocení do Česka směřuje. V minulosti to mělo pozvolný stoupající trend. Teď to ale vypadá, že by nejen Česká republika, ale celý region mohl mít poměrně velké problémy, aby obstál v konkurenci evropských států, jako je Německo či Francie. Ty totiž vytvářejí systémy pobídek, aby farmaceutický průmysl dělal klinická hodnocení u nich. Pokoušíme se proto vymýšlet schémata, která by Českou republiku zvýraznily,“ uvádí Dvořáček.

Problém by se přitom mohl ještě zhoršit. Na konci měsíce totiž bude sněmovna po návratu ze Senátu projednávat lékovou novelu, která vedle diskutovaných reexportů transponuje evropskou legislativu právě v oblasti klinických hodnocení. Cestu sněmovnou ovšem zkomplikovaly pozměňovací návrhy, zejména ten podaný skupinou poslanců v čele s Jiřím Běhounkem (ČSSD), a nyní je možné, že kvůli tomu úprava spadne pod stůl (podrobně zde). To by nás však v rámci Evropy dost znevýhodnilo. Novela totiž přichází s novým fungováním etických komisí, které jsou pro schvalování klinických hodnocení klíčové, a také s novou celoevropskou databází. Bylo by to tedy naše další minus vedle toho, že v Česku velmi dlouho trvá podepisování smluv s nemocnicemi či laboratořemi (psali jsme také zde). Navíc nemáme příliš dobře ošetřené, jak pro studie rychle sehnat vhodné pacienty – s čímž by nyní chtěla pomoci AIFP.

„Máme v přípravě projekt na klinická hodnocení, kde bychom chtěli nabídnout českým pacientům a lékařům informace o tom, jaká hodnocení jsou otevřená. Existuje databáze na SÚKL, existuje databáze evropská i americká. Vyznat se v systémech je ale poměrně složité a některé jsou pouze v angličtině. Chtěli bychom proto nabídnout systém s informacemi. Lékař by do něj zadal terapeutickou oblast a kritéria, načež by měl ve čtyřech pracovních dnech dostat informaci o tom, že tato klinická hodnocení jsou otevřená, v Čechách běží a jsou v těchto centrech. Lékař se pak může ptát centra, zda se jeho pacient do klinického hodnocení hodí nebo ne. Nyní je to v pilotní verzi a projekt představíme v následujících měsících. Doufám, že se nám podaří český systém zkonkurenceschopnit – státy okolo nás dělají maximum, aby to u nich fungovalo,“ konstatuje Dvořáček.

Co se týče zmíněné lékové novely, ve finále výkonný ředitel AIFP nepovažuje za až tak velký problém pozměňovací návrh Rostislava Vyzuly (Ano), který snižuje maximální ceny neoriginálních léků (více např. zde) – byť před ním farmafirmy varovaly. „Bolí nás to taky - tím, že v Česku klastrujeme léky do

balíků, se to projeví i u originálních přípravků. Dokážeme s tím ale žít. Je to oblast, kde se každý může rozhodnout, zda za těchto podmínek bude léky obchodovat či nikoliv. Nemyslím si přitom, že by to mělo způsobit výrazný problém v dostupnosti. Je nám jasné, že se do oblasti cenotvorby budeme muset podívat všichni. Peněz je tu omezené množství a jetřeba s nimi dobře hospodařit,“ zdůrazňuje Dvořáček.

Do transparentnosti se čeští doktoři nehrnou, v systému je jich necelá půlka

Podle AIFP ovšem před sebou nyní máme ještě jednu legislativní úpravu, taktéž zákona o léčivech. Evropská direktiva nám totiž ukládá opatření v oblasti padělků. Léčivé přípravky by tak už od února 2019 měly být ověřovány novým způsobem. Do té doby proto musíme mít funkční systém, který umožní načíst každé jednotlivé balení předpisového přípravku při výdeji v lékárně i nemocnici.

„Musím se přiznat, že mám trochu strach, protože čas letí, a když se to včas nepovede, budou to pro nás velké komplikace. Jde o něco, čemu se nevyhneme. Nám nikdo termín neposune, je to fixně dáno, nebo jsme všichni v průšvih,“ míní Jakub Dvořáček, který zároveň dodává, že padělky v českých lékárnách nejsou problém a efekt je tedy svým způsobem limitní. Jak pro výrobce, tak lékárny a výrobce lékárenských softwarů však bude opatření znamenat náklady. Každý lék totiž bude mít speciální kód, díky němuž bude možné sledovat jeho historii. Lékárny si pak na tyto kódy budou muset pořídit čtečku v hodnotě cca pěti tisíc korun.

AIFP si dává pro letošek ještě jeden úkol – totiž zapracovat na aktivitě Transparentní spolupráce. Jde opět o krok vzniklý v návaznosti na Evropu, kde se zveřejňují odměny se spolupracujícími lékaři – pochopitelně pokud souhlasí. Bohužel jde ovšem podle Dvořáčka zatím jen o cca 3000 odborníků ze zhruba sedmi až osmi tisíc.

„Čeho se bojím a na čem musíme intenzivně pracovat, je vysvětlit lékařům, že to pomáhá jim – že spolupráce na vývoji nových léků a další aktivity jsou něčím, na co by měli být pyšní, a že díky tomu číslo lékařů v databázi poroste. S Transparency International pracujeme na vyhodnocení systému - udělali nám audit, jak s ním nakládat dál. Vidím to totiž jako mnohem lepší schéma, než je „policejní“ systém na Slovensku. Tam to dospělo tak daleko, že je to spojeno s daněmi a ministerstvo financí do toho průběžně vstupuje. Nemyslím, že je to úplně dobře – spolupráce je dobrovolná a lékaři, kteří s farmaprůmyslem spolupracují, by za to spíše měli být hodnoceni pozitivně, dělají přece na něčem, co pacientům do budoucna pomůže. Předpokládám ale, že pokud se nám nebude dařit čísla zvedat, dospějeme k systému, jako je na Slovensku,“ shrnuje Jakub Dvořáček s tím, že dobrovolnou bázi mají i v Nizozemí, kde je dnes v systému většina lékařů.

AIFP se na začátku roku rozrostla o dva stálé a jednoho přidruženého člena. Jsou jimi společnosti LEO Pharma (zaměřuje se na léky pro pacienty s dermatologickými nemocemi a trombózou) a Santen (působí zejména v oftalmologii; společnost byla rok členem přidruženým a nyní přijala plné členství). Nově přidruženou firmou je Indivior, který se zaměřuje na inovativní léčbu v oblasti závislostí a jejich komorbidit. AIFP tak má nyní 34 plných členů a jednoho přidruženého. Její členské společnosti tvoří 80 procent trhu ve finančním objemu a 40 procent v počtu balení.

Michaela Koubová

Zdroj: [www.zdravozniockydenik.cz](http://www.zdravozniockydenik.cz)



## Rok 2017 ve zdravotnictví

Ministerstvo zdravotnictví na svých webových stránkách zveřejnilo materiál s názvem uvedeným v titulku tohoto článku, shrnující nastávající změny v resortu zdravotnictví a záměry vedení úřadu pro letošní rok.

### Nejdůležitější změny od 1. 1. 2017

- \* 10% navýšení tarifních platů a analogické navýšení mezd zdravotníků pro 2017 – koaliční shoda i na vládní úrovni; dohoda s kraji o 10% zvýšení platů i v krajských nemocnicích.
- \* Navýšení platby za státní pojištěnce z 870 Kč za osobu a měsíc na 920 Kč za osobu a měsíc od 1. 1. 2017, což v příštím roce přinese systému veřejného zdravotního pojištění cca 3,5 mld. Kč.
- \* Úhradová vyhláška pro rok 2017 (již schválená) – celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2017 se odhadují na 274,2 miliard korun, oproti roku 2016 budou vyšší o 13 miliard. Díky úhradové vyhlášce budou mít nemocnice dost peněz na zvýšení platů zdravotníků.

### Opatření připravovaná v průběhu roku 2017

- \* Zvýšení příplatku pro sestry ve směnném provozu (metodika je aktuálně v řešení) – změnu předpokládáme k 1. červenci 2017.
- \* Úhradová vyhláška pro rok 2018 (bude připravována a schvalována na podzim 2017) by měla zajistit finanční prostředky na další navýšení tarifních platů zdravotníků o 10 %.
- \* Pokračování v podpoře patientských organizací, které si vzala na starost náměstkyně Lenka Teska Arnoštová. Pa -cienti již na ministerstvu mají své přímé zástupce a pravidelně mohou přímo mluvit s vedením resortu na setkáních v prostorách MZ ČR.
- \* V následujících čtyřech letech budou vybrané nemocnice moci využít 8,4 mld. Kč, které vláda vyčlenila na rekonstrukci a modernizaci svých areálů, kde pacienti naleznou přívětivější prostředí.

### Zákony v legislativním procesu

\* Novela zákona o léčivech č. 378/2007 Sb. (návrh zákona projednal senát a vrátil jej s pozměňovacími návrhy do poslanecké sněmovny, ta by měla o návrhu hlasovat v lednu 2017; různé části zákona nabývají účinnosti v rozdílné časy, opatření proti reexportům nabudou účinnosti již pravděpodobně 1. března 2017, změny v oblasti klinických hodnocení léčiv až v návaznosti na související předpisy Evropské unie, tedy nejspíše až v roce 2018).

Jejím primárním cílem je zamezení reexportům léčiv a snížení cen centrových léků (tj. léků pro pacienty trpící rakovinou, roztroušenou sklerózou a dalšími závažnými chorobami), čímž se zlepší dostupnost léků pro české pacienty.

\* Tzv. protikuřácký zákon (zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek – návrh zákona schválila poslanecká sněmovna, v lednu 2017 jej projedná senát, účinnosti by měl nabýt dne 31. května 2017 na Světový den bez tabáku).

Zákon má za cíl ochránit zdraví nekuřáků před účinky tabákového kouře, ale i omezit dostupnost alkoholických nápojů pro děti a mládež; věnuje se také např. organizaci protidrogové politiky. \* Novela zákona č. 95/2004 Sb. o vzdělávání lékařů (o návrhu zákona bude po vrácení senátem v

lednu 2017 znovu hlasovat poslanecká sněmovna, pokud jej opět schválí, lze očekávat účinnost od 1. června 2017).

Cílem je stabilizovat, zkvalitnit a zjednodušit systém specializačního vzdělávání lékařů, novela upravuje obory, délku i podmínky specializačního vzdělávání. \* Novela tzv. zákona o vzdělávání sestřiček č. 96/2004 Sb. (návrh zákona projednává poslanecká sněmovna, v lednu 2017 by mělo být tzv. druhé čtení, účinnost je navržena od počátku příštího školního, resp. akademického roku, tedy od 1. září 2017).

Záměrem je zjednodušení a racionalizace systému vzdělávání sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků. \* Zákon o neziskových nemocnicích (návrh zákona byl předložen k projednání vládě, avšak t. č. je ještě předmětem koaličních jednání, pokud by na návrhu Dokončení na straně 2 Rok 2017 ve zdravotnictví

Dokončení ze strany 1 byla shoda, nabyl by účinnosti 1. ledna 2018).

Hlavním smyslem tohoto zákona bude vytvořením nové právní formy podpořit existenci páteřní sítě nemocnic, tedy lůžkových zdravotnických zařízení, primárně na neziskové bázi, která pacientům zaručí kvalitu a dostupnost veškeré potřebné zdravotní péče. Návrh obsahuje i speciální úpravu univerzitních nemocnic, na které by se transformovaly současné fakultní nemocnice.

\* Novela zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění č. 592/1992 Sb. (návrh zákona byl projednán v druhém čtení v poslanecké sněmovně, čeká jej tak ještě třetí čtení v prvních měsících roku 2017, většina navrhovaných změn by měla nabýt účinnosti 1. ledna 2018). Zavede spravedlivý model přerozdělení pojistného a ulehčí tak pojišťovně financování zdravotních služeb pro nadstandardně nákladné pacienty se závažnými diagnózami.

\* Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb. (návrh je po meziresortním připomínkovém řízení a měl by být v řádu několika málo týdnů odeslán vládě k projednání).

Návrh zahrnuje snížení ochranného limitu na doplatky za léky pro seniory a děti do 18 let. Pacienti tak ušetří na doplatcích.

\* Zákonná úprava dlouhodobé a paliativní péče (přípravy započnou jednáními hned na počátku ledna 2017).

Cílem je jasné zakotvení hospicové péče, podmínek jejího poskytování a souvisejících práv pacientů v našem právním řádu. \* Zavedení pravidelné valorizace plateb za státní pojištěnce v zákoně o pojistném na veřejné zdravotní pojištění

(projednávání návrhu bylo ve vládě přerušeno za účelem vyřešení rozporu s ministerstvem financí, které valorizaci zcela odmítá, přepokládá se projednání na začátku ledna 2017).

Cílem návrhu je zajistit předvídatelnost vývoje příjmů systému veřejného zdravotního pojištění od roku 2018 a posílit solidaritu v systému veřejného zdravotního pojištění.

*Zdroj: Zdravotnické noviny*

## Protikuřácký zákon prošel senátním výborem pro zdravotnictví beze změn

Senátní výbor pro zdravotnictví a sociální politiku odsouhlasil protikuřácký zákon ve znění, jakým pro-

šel Sněmovnou. Pro hlasovalo sedm z devíti přítomných členů výboru. Horní komora se bude zabývat zákonem příští týden.

Jediný pozměňovací návrh podala senátorka Daniela Filipiová (ODS), která chtěla odložit jeho platnost až na leden 2018. Ten ovšem nebyl přijat.

Senátorka je přesvědčená, že nejvhodnějším řešením by byly kuřárny, tedy stavebně oddělené místnosti v restauraci, kam by nechodila obsluha. Odmítá tvrzení ministra zdravotnictví Miloslava Ludvíka (ČSSD), že má norma chránit mladistvé.

Není podle ní normální, aby se zakázalo kouření v restauracích a zároveň lidé dál mohli holdovat nikotinu v autě, kde jsou děti. Skupiny lidí před barem nebo restaurací podle jejích slov také nedávají dětem a mladistvým dobrý vzor.

### **Jak poznat opilého hosta?**

Spor také vyvolala otázka, zda hostinský může nalít člověku, který vypadá zjevně opilý. Podle Filipiové totiž výčepní není prorok či stalker, aby věděl, zda je člověk opilý, případně zda chce pod vlivem alkoholu ještě řídit vůz.

„Sankce mají být pro fyzické osoby takové, že ten člověk skončí. Další tlak na to, aby podnikatelé byli zlikvidováni. Je to neuvěřitelné, absurdní a pokrytecké,“ řekla Filipiová.

Její argument záhy vyvrátil senátor Jan Žaloudík (ČSSD). Podle něj v každé české komedii je postava zjevně opilého člověka, který národ baví. Proto by prý hostinský neměl mít problém poznat zjevně nalitého člověka, když je to součástí naší kultury.

Protikuřácký zákon již schválila Sněmovna, ve stejném znění prošel i výborem pro veřejnou správu. Horní parlamentní komora se jím definitivně bude zabývat příští středu, tedy 18. ledna. Předloha počítá s tím, že zákaz kouření v restauracích platil od letošního 31. května.

Zdroj: [www.novinky.cz](http://www.novinky.cz)

---

## Recepty jen elektronicky, revoluce v IKEM začala

Pražské nemocnice se připravují na e-recepty, které budou od příštího roku povinné. IKEM jim od 1. ledna dává přednost, v Ústřední vojenské nemocnici je testují a připravují se na ně i Na Františku.

PRAHA Místo pěti receptů popsaných mnohdy nečitelným písmem vašeho lékaře už jen jeden list papíru s vytištěnými názvy všech léků a jeden unikátní kód. S praxí e-receptů, která bude od příštího roku povinná, pacienty nově seznamuje Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM). Zatím opatrně.

Od 1. ledna elektronické recepty preferuje a v kampani chce naučit i své pacienty, aby využívali modernější způsob výdeje léků. Lidé však stále budou mít na výběr a ti, co si s počítači nerozumějí, se nemusí bát. Dostanou klasický recept. Ti, co si zvolí modernější metodu, svého lékaře požádají o unikátní kód z Centrálního úložiště, se kterým si pak léky vyzvednou, i když recept dávno ztratili. Kód jim

pošle mailem. V budoucnu přijdou ještě SMS zprávy a aplikace v chytrých telefonech. „E-recepty jsou přehlednější a bezpečnější. Vidíme, jestli si pacient léky vyzvedl a jestli dodržuje předepsanou léčbu. Vidíme, jakou krabičku přesně dostal. Zároveň si ale lék nebude moci vyzvednout několikrát v různých lékárnách, což zabraňuje zneužití receptu,“ vysvětluje mluvčí IKEM Veronika Velcová. Institut v kampani zdůrazňuje především výhody, které volba e-receptu namísto klasického přinese samotným pacientům. „Lidé se díky němu mohou podívat, jestli na léky nemají nějaký doplatek, a na přehledné A4 uvidí všechny své léky včetně dávkování,“ podotýká Velcová. Pilotně elektronické recepty od loňského roku fungují také v Ústřední vojenské nemocnici (ÚVN). „Zavedli jsme je na kardiologickém oddělení a oční klinice. V průběhu roku dojde k jejich rozšiřování na další odborná pracoviště. Podle našich lékárníků je jejich zkušenost s e-recepty pozitivní. Není třeba se jich obávat,“ říká mluvčí ÚVN Jitka Zinke. V Thomayerově nemocnici e-recepty zatím akceptují jen tamní lékárny, kde však v loňském roce tvořily pouhé procento všech receptů. Výdej u lékařů je podle mluvčího nemocnice Ondřeje Macury dalším krokem.

## Konec falešných receptů?

Na nový typ komunikace s klienty se těší i na Dvořákově nábřeží. „E-recepty plánujeme, ale zatím jsme ve stadiu projektu. Naše IT oddělení to řeší a určitě se touto cestou chceme vydat. Jen za dnešek jsem například řešil dva falešné recepty. Falšování je přitom jednou z věcí, které by díky e-receptům mohly odpadnout,“ uvedl mluvčí Nemocnice Na Františku Vladimír Juřina. E-recepty mají podle IKEM šetřit čas pacientům i lékárníkům. S tím však nesouhlasí Oliver Schürger z lékárny v Opletalově ulici, který říká, že pracovníkům za přepážkou je úplně jedno, jestli jdou pro lék do skladu s kódem nebo receptem v ruce. „Je to zjednodušení hlavně pro pacienty,“ míní Schürger. Systém zastřešuje Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). Jeho mluvčí Lucie Přinesdomová říká, že se do ePreskripce v České republice připojilo 5 319 lékařů a 5 289 lékárníků, 1 788 lékáren a 715 zdravotnických zařízení. Pražská čísla ústav nemá k dispozici. Vypočítává však novinky, které by k papíru a mailům měly přibýt. „V budoucnu se počítá s posíláním kódů i v SMS zprávách a s aplikací v mobilním telefonu. Lidé si kromě čárových kódů budou moci zobrazit i QR kód,“ nastínila Přinesdomová. E-recepty začaly v Česku fungovat v roce 2011, potýkaly se však s problémy, kvůli kterým je veřejnost i politici kritizovali. Centrální úložiště, které schraňuje informace z elektronických receptů, stálo 165 milionů a dlouhé roky nebylo potřeba, protože zákon o povinném vydávání začne platit až v roce 2018. Po schválení léčebného konopí se sice spustil už roku 2015, ale pak zkolaboval, díky čemuž SÚKL zjistil, že to vlastně zvládne i bez něj.

*Zdroj: Mladá fronta DNES*

## Řešení nedostatku lékařů? Zrušme část malých nemocnic

Na jednu stranu se v Česku poslední dobou stále intenzivněji hovoří o tom, že nám schází lékaři, na stranu druhou jich v mezinárodním srovnání rozhodně nedostatek nemáme. Kde je problém? To je otázka, kterou si položili účastníci předvánočního diskusního setkání sdružení Občan, tentokrát na téma Kde se ztrácejí doktoři.

Na jednu stranu se v Česku poslední dobou stále intenzivněji hovoří o tom, že nám schází lékaři, na stranu druhou jich v mezinárodním srovnání rozhodně nedostatek nemáme. Kde je problém? To je

otázka, kterou si položili účastníci předvánočního diskusního setkání sdružení Občan, tentokrát na téma Kde se ztrácejí doktoři. Většina diskutujících se přitom shodla na tom, že háček je jednak v regionálním rozmístění lékařů a v tom, že mnozí dávají přednost ambulancím, jednak ale také v přílišné hustotě sítě lůžkových zdravotnických zařízení, která je reliktem dob minulých.

„Úbytek lékařů a sestřiček v některých zařízeních a v některých odbornostech nabírá na takovém tempu, že ohrožení dostupnosti péče přechází ze strašáka do reality. Pokud s tím něco rychle neuděláme, ztratí naše zdravotnictví naději na lepší příští a rekonvalescence bude dlouhá. Nemocnici postavíte za rok, přístroje koupíte, jen co zúřadujete výběrové řízení, ale kvalitní profesionálové a týmy se připravují po desetiletí,“ píše v úvodníku elektronického měsíčníku Občan v síti šéf sdružení Občan Pavel Vepřek.

Ředitel Masarykovy nemocnice Rakovník Tomáš Jedlička přitom nevidí jako hlavní problém tak často omílané odchody lékařů do ciziny. „Určitý počet odchází, určitý počet přichází. Myslím si, že je to i na konec dobře, nechť má člověk možnost odejít načerpat zkušenost. Bylo by ale dobré, aby se poté dobrovolně vrátil a tady zkušenosti prodal,“ myslí si Jedlička.

Potíž navíc není ani v počtu lékařů jako takovém. Podle OECD bylo v EU v roce 2014 průměrně 3,5 lékaře na tisíc lidí, zatímco v Česku to bylo 3,7, a i počet lůžek v nemocnicích je vyšší, než je v Evropě běžné. Ambulantních specialistů je dokonce o třetinu více, než je průměr EU. Podle analýzy Pavla Vepřeka, který v minulosti pracoval ve VZP, přitom celá pětina ambulantních specialistů není v našem systému užitečná - často dochází ke zbytečným vyšetřením a pacienti chodí pravidelně na vyšetření, bez nichž by se rozhodně obešli (podrobněji zde). Když k tomu uvážíme, že průměrně jde v EU na zdravotnictví 9,9 procenta HDP, zatímco u nás je to 7,5 procenta, je jasné, že někde musíme mít problém.

Počty lékařů na tisíc obyvatel. Zdroj: OECD

Počet nemocničních lůžek na tisíc obyvatel. Zdroj: OECD

Počet návštěv u lékaře na obyvatele za rok. Zdroj: OECD

Podíl HDP jdoucí na zdravotnictví. Zdroj: OECD

„Především jde o personální situaci v nemocnicích. V ostatních sektorech situace není tak špatná a možná je i nadstandardní,“ konstatuje šéf lékařských odborů Martin Engel. Jak ovšem poukazuje Tomáš Jedlička, počet lékařů se od roku 2010 zvyšuje i v nemocnicích – s výjimkou dlouhodobé péče. „Nejedná se tedy o absolutní nedostatek lékařů,“ zdůrazňuje Jedlička. Více jsme psali zde či zde, o obratu trendu rostoucího počtu lékařů, který nás ale v nadcházejících letech čeká, si můžete přečíst zde.

## Ambulance táhnou

V čem je tedy háček? Faktem číslo jedna jsou odchody do ambulancí – práce tam není podmíněna službami a může být v závislosti na oboru velmi slušně placená. Podle Tomáše Jedličky zvládne ambulantní gynekolog šest preventivních prohlídek za hodinu (i když by jedno takové vyšetření mělo trvat 30 minut), za což vyinkasuje 4968 bodů v rámci jednoho lékaře a jedné sestry. Oproti tomu radikální hysterektomie u onkogynekologické diagnózy, která trvá dvě hodiny plus hodinu příprava, je ohodnocena 11326 body. Za hodinu práce tedy tři lékaři, dvě sestry a jeden sanitář dostanou 3775 bodů. Jedlička sice uznává, že nemocnice bývají hrazeny i paušálem, nepoměr je ale dle něj zjevný. Zatímco tak průměrná mzda lékaře v okresní nemocnici byla v prvním čtvrtletí loňského roku 73 436 korun s tím,

že pracoval s přesčasy na 1,8 úvazku (tj. 43 595 korun na jeden úvazek), výnos gynekologické ambulance s jedním lékařem, dvěma sestrami a ordinační dobou 35 hodin týdně se podle Jedličky pohybuje kolem 370 tisíc měsíčně jen od pojišťoven. Podobně například urologická ambulance s 1,5 úvazkem lékaře a dvěma sestrami, která navíc ve čtvrtek a v pátek končí ve 13 hodin, dostane od pojišťoven v přepočtu na lékaře od pojišťoven 423 tisíc měsíčně.

„Je třeba korektně říct, že lékař má náklady spojené s provozem praxe – sestry, pojištění, nájmy, přístroje, musí zpracovávat účetnictví, komunikovat s krajským úřadem, Czech POINTem, zřídit si datovou schránku. Je tu také samozřejmě riziko - OSVČ je jeden člověk a když si zlomí nohu, končí příjem – to je také třeba regulérně říct. Ale zatím nevím o nikom, kdo by praxi zavřel a zaklepal na dveře mé kanceláře v nemocnici a řekl: pane řediteli, už v té ambulanci být nechci. A gradient rozdílu je příliš velký,“ komentuje Tomáš Jedlička.

### **Další problém: regiony, zbytná péče, moc práce, přesčasy...**

Faktem číslo dvě je nerovnoměrné regionální rozložení a větší atraktivita fakultních nemocnic. Dnes jsou sestry ve velkých nemocnicích odměňovány o pět až šest tisíc měsíčně lépe, o lékařích ani nemluvě. Navíc je zatím vzdělávání nastaveno tak, že se velká část praxe nemůže odehrávat v malé nemocnici a velká zařízení pak pochopitelně přinejmenším část mladých lékařů přesvědčí, aby zůstala.

„Problém je jednoznačně i v distribuci úvazků mezi regiony – atraktivita pediatra v oblasti Broumovského výběžku je výrazně vyšší než atraktivita pediatra v Praze,“ poukazuje Jedlička.

Aby toho nebylo málo, lékaři se nezdírkou hlavně kvůli úhradám zatěžují péčí, která není nutná. U části pacientů totiž není zcela jednoznačný nález a není tedy jasné, zda ho léčit či neléčit. „Výběr i u renomovaných odborníků se rovná téměř náhodnému výběru - nejde to určit. Pak se ve chvíli váhání přikloníme k tomu, že uděláme marginální posun ve svůj prospěch. To má brutální ekonomické implikace ve zdravotnictví v celém civilizovaném světě. Z toho vyplývá násobný rozdíl, jak se kde léčí. Máte země, kde se implantuje kolem 600 pacemakerů na milion obyvatel, a máte země, kde je to 1100. Řeklo by se, že více implantují tam, kde dávají více peněz na zdravotnictví, ale opak je pravdou. A platí to i v Čechách. Proč pražský pacient stojí o 50 procent více než karlovarský? V Praze jsou mraky ambulancí specialistů, kteří jsou v dochozí vzdálenosti nebo dvě stanice tramvají, takže proč bychom se netěšili,“ popisuje prezident CzechMed Miroslav Palát.

V neposlední řadě pak situaci ovlivňuje počet nelékařského personálu. „Poměr lékařů a sester je pod průměrem EU. Bohatší země mají sester daleko více, takže méně doktorů musí dělat sesterskou práci. Díky tomu mohou dělat vysoce odbornou práci a nezdržují se papírem,“ poukazuje Miroslav Palát. „Z osobních informací mohu odhadnout, že v západní Evropě je dva až třikrát více středního personálu než v České republice. Když se zeptáte, kolik má internista pacientů v Belgii, řekne, že kolem 15 až 20 denně. Jaký pak může být kontakt, kultura ošetření i kvalita péče, když má na pacienta 20 až 30 minut času? My tady neustále kritizujeme naše lékaře, částečně oprávněně, že se ještě neumí úplně ideálně chovat vůči pacientům, ale jestliže jsou tu internisté, kteří dělají padesát, šedesát pacientů denně, tak na žádnou kulturu není čas,“ přitakává Jedlička, který zároveň přiznává, že české nemocnice mívají mezery i v organizaci práce.

K tomu všemu je potřeba přidat ještě služby na pohotovosti a další přesčasy, bez nichž by dnes

hlavně malé nemocnice nemohly fungovat – což je vede k porušování zákoníku práce. „To je strašná situace, která dokáže zbořit firemní kulturu v nemocnici poměrně dost výrazným způsobem. Nejhorší na tom je, že jsme si na to zvykli,“ míní ředitel rakovnické nemocnice.

Mladí lékaři nejsou na věčné služby zvědaví

Výsledkem výše uvedeného, tedy finančně i zátěžově podstatně menší atraktivita práce zejména v menších nemocnicích, vede k rostoucímu tlaku a frustraci u zbylého personálu. „Co lékařům a zdravotnickým pracovníkům dle mého názoru hodně vadí, je to, že nevidí světlo na konci tunelu, nevidí naději na změnu, která by je dovedla k dlouhodobé atraktivitě oboru,“ myslí si Tomáš Jedlička. „Kdybych se chtěl zamyslet nad tím, co je synonymem pro současné zdravotnictví, tak mě napadne nekončící problém – neustále se tam mluví o finančních problémech, krizi, odchodech lékařů, nedostatku sester, a to by se dalo nabalovat. Pro úplnost musím říci, že stále poskytujeme zdravotnictví na evropské úrovni, přitom za české peníze – ale na čí úkor?“ ptá se Jedlička.

Podle Jedličky i Engela se zároveň mění přístup mladých lékařů, kterým už ani tolik nezáleží na výši odměny, jako hlavně na tom, že budou mít normální pracovní dobu a také svobodu ve způsobu poskytování zdravotní péče (psali jsme i zde). „Nechtějí být na oddělení, kde se bez rozhodnutí pana primáře nebo profesora nikdo nesmí ani pohnout, chtějí dělat medicínu moderním způsobem,“ míní Tomáš Jedlička.

## Maximálně jedna nemocnice v okrese

Takže co s tím? Naděje byly vkládány do novely zákona o postgraduálním vzdělávání, kterou nedávno odmítl Senát. Podle Martina Engela ale úprava ve stávající podobě nepomůže. „Je ve znění, že je skoro nepoživatelná,“ domnívá se Engel, podle něhož je současná situace v nemocnicích výsledkem finančního ohodnocení a právě nevhodně nastaveného systému postgraduálního vzdělávání, který by se ovšem zamýšlenou novelou nijak nezlepšil. „Nevede to k ničemu jinému, než že vychováváme doktory pro Německo, Skandinávii či Británii,“ dodává odborář.

Cestu je tedy třeba hledat jinde. „Začít by se mělo tím, že nemůžeme stále říkat občanům, že je možné za limitované finanční prostředky poskytovat péči v souladu s Ústavou a za podmínek, které určuje zákon, a tvářit se, že můžeme poskytnout nelimitovaný objem péče. To je základ,“ říká Jedlička s tím, že na to by měla navazovat opatření týkající se objemu financí ve zdravotnictví, spravedlnosti v úhradách, ohodnocení zdravotníků, nastavení vzdělávání a další. „Tato technická řešení ale lékaře do nemocnic teď hned nepřivedou. Krátkodobé řešení je koncentrovat akutní péči. Prosím, v každém okrese ať je nejvýše jedna nemocnice, která bude poskytovat akutní péči a kde bude akutní pohotovostní služba. Česky řečeno: snížíme počet nemocnic, a ty, které by podlely změně, proměňme na doléčování, následnou péči, rehabilitaci. Co by se stalo? Zvětší se týmy, sníží se přesčasy, sníží se zatížení pracovníků, dojde ke koncentraci finančních prostředků, zvýší se ohodnocení, sníží se rozdíly mezi segmenty,“ navrhuje Tomáš Jedlička.

S jeho slovy vesměs souhlasí i odborář Engel, podle něj by ovšem na prvním místě mělo být nastavení spravedlivých a transparentních plateb nemocnicím. Až pak by mělo přijít na řadu rušení, stále ale zůstává otázka, dle jakého klíče. Podle Engela totiž hrozí, že se výběr redukováných zařízení bude řídit zájmy některých lidí, ne objektivními kritérii. Jedlička se ale domnívá, že bychom řešení měli. „Když debatujete třeba s analytiky VZP, jsem přesvědčen, že mají celou řadu dat a okamžitě od stolu by

dokázali říct, jak se má síť udělat,” říká Jedlička.

Jako příklad toho, že jde dělat kvalitní péči i nízkým počtem nemocnic, uvádí Izrael. Ten má osm milionů obyvatel a 35 nemocnic s propracovanou elektronizací zdravotnictví. Na interních odděleních jsou přitom hospitalizováni jen pacienti se srdečním selháním a kardiochirurgickými výkony – vše ostatní je řešeno stacionárně nebo ambulantně. Připomeňme, že v ČR s deseti miliony lidí je přes 180 nemocnic, z toho devět fakultních. Například ve Švýcarsku, které se může pochlubit velmi bohatým zdravotnictvím, mají při osmi milionech lidí pět fakultních nemocnic. Přesto švýcarský lékař Thomas Nierle, který mimo jiné pracuje jako manažer v nemocnici v Moutieru, říká, že je to hodně. „Tolik jich nepotřebujeme,” uvedl v rozhovoru pro ZD.

Opatření, které může být některým proti srsti

Samozřejmě je otázka, jak u nás racionalizaci systémově prosazovat. Zatím jsou bohužel ti, kdo šli cestou smysluplné redukce, nezřídka bití. „Dlouho se mluvilo o tom, že vývoj v pediatrii směřuje k tomu, aby se děti léčily doma nebo ve specializovaných centrech. S tím jednoznačně souhlasím. V některých menších nemocnicích se tedy pozavírala dětská oddělení, teď ale přišly podmínky pro IROP 2016, kde bylo napsáno, že dotaci může dostat jen ten, kdo má čtyři základní oddělení. To je naprosto obsolentní kritérium. Nemocnice, která má čtyři oddělení, si sáhne na výměnu posledního ultrazvuku, rentgenu i CT, a nemocnice vedle, která nemá dětské oddělení, nic nedostane – to jsou rovné podmínky?” nechápe Jedlička.

Pochopitelně lze také čekat hlasitou vlnu těch, kteří jakmile uslyší slova „zrušit nemocnici“, vyjdou s transparenty do ulic a budou hrozit nedostupností péče. Tomu se ale dá při promyšleném postupu a vhodné komunikaci vyhnout. „Prototyp dobré likvidace nemocnice proběhl v Počátkách. Tam do dnešního dne visí na bráně nápis Nemocnice Počátky, ale lůžková část se změnila na LDN. Lékaři zaměstnaní na lůžkách si otevřeli ambulance u vstupu do nemocnice a přestěhovali se do ambulantní sféry. Lidé z okolí dostávají ambulantní péči krásně dostupnou ve své „nemocnici“, a když potřebují lůžkovou péči, stejně jedou do Pelhřimova – do své nemocnice dřív beztak nechodili a jeli 20 kilometrů za lepším. Nemocnice tam takto přirozeným způsobem zanikla a nijak se to neřešilo,” popisuje ideální situaci Pavel Vepřek.

Návod na to, jak poměrně rychle řešit personální krizi v českých nemocnicích, bychom tedy měli. Zůstává ovšem otázka, zda politická reprezentace najde dostatečně rychle odvahu popostrčit naše zdravotnictví do dalšího levelu.

Michaela Koubová

Zdroj: [www.zdravotnickyydenik.cz](http://www.zdravotnickyydenik.cz)

---

## Levnější léky pro děti a seniory

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor

-----

Čeští senioři by měli od příštího roku ušetřit na výdajích za léky. Vláda souhlasila se zvýšením limitů,



po jejichž překročení se budou peníze lidem vracet. Opatření se má týkat také dětí. Kabinet zároveň podpořil zvýšení plateb za státní pojištění.

Zuzana ČERNÁ, redaktorka  
-----

Každý pátý český důchodce žije na hranici chudoby. Výdaje za léky si proto často rozmýšlí a podle ministra zdravotnictví pak zanedbává léčbu. I proto se mají snížit ochranné limity. Po jejich překročení pojišťovny peníze lidem vrátí.

Bohuslav SOBOTKA, premiér /ČSSD/  
-----

Pokud jde o ten dopad snížení doplatku pro děti a seniory za léky, tak v bilanci všech zdravotních pojišťoven by to podle odhadu ministerstva zdravotnictví mohlo být zhruba 440 milionů ročně.

Zuzana ČERNÁ, redaktorka  
-----

S největším dopadem, zhruba 295 milionů, počítá Všeobecná zdravotní pojišťovna. Má totiž víc starších, a proto i nemocných pacientů. Výpadek pojišťovnam pomůže pokrýt stát. Počítá s tím připravovaná úhradová vyhláška na příští rok. 3,5 miliardy ročně další tři roky přiteče do nemocnic i díky valorizaci plateb za státní pojištění. I s tou dnes kabinet souhlasil. Příští rok ještě skrze nařízení vlády, pak na základě zákona.

Miloslav LUDVÍK, ministr zdravotnictví /ČSSD/  
-----

V podstatě to dovolí za prvé jaksí udržet to zvyšování platů, které v tom zdravotnictví je, ale za druhé, a to je podle mě klíčové, koncentrovat se na tu drahou medicínu, protože nám dramaticky rostou náklady na nové velmi účinné léky, například na pro onkologicky nemocné pacienty, pro roztroušenou sklerózu a pro tyto závažné onemocnění.

Leoš HEGER, poslanec /TOP 09/, bývalý ministr zdravotnictví  
-----

To každoroční doslova handrkování o to, jestli se do zdravotnictví přidá, nebo ne, je trapné, stále nám klesá podíl z HDP, který jde do zdravotnictví.

Zuzana ČERNÁ, redaktorka  
-----

Koalice se naopak neshodla na zavedení dlouhodobého ošetřovného. Lidem, kteří se starají o své nemocné a stárnoucí příbuzné, by stát podle návrhu ministerstva práce a sociálních věcí vyplácel novou dávku. Volno by si mohli vzít až na 90 dní a z nemocenského pojištění dostávat 60 procent základu svého příjmu. Zaměstnavatel by jim navíc musel držet místo.

Marian JUREČKA, ministr zemědělství, předseda strany /KDU-ČSL/  
-----

Já si myslím, že to je krok naprosto správným směrem, navíc je tam i ten, nejenom ten sociální, ale řekněme humánní aspekt toho, že o toho člověka pečuje někdo blízký, někdo, kdo je mu známý z rodiny.

Zuzana ČERNÁ, redaktorka  
-----

Problém s novou dávkou má ale hnutí ANO. Ministerstvu financí navíc vadí zásah do státního rozpočtu.

Karla ŠLECHTOVÁ, ministryně pro místní rozvoj /nestr. za ANO/  
-----

V podstatě finančně vychází zhruba na 1,8 miliard korun, což samozřejmě jsou peníze, což zaplatí daňoví poplatníci a tady já se osobně domnívám, že to není úplně tak dobře připravené.

Zuzana ČERNÁ, redaktorka  
-----

ČSSD a KDU-ČSL tvrdí, že když se budou o nemocné starat rodiny doma, stát ušetří. V léčebnách totiž vyjde péče o pacienty draž. Ministryně Marksová čeká konkrétní připomínky od hnutí ANO do pátku. Rozhodnout chce vláda příští středu. Zuzana Černá, Česká televize.

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor  
-----

No a na konkrétní připomínky se teď zeptám poslance hnutí ANO Rostislava Vyzuly, předsedy zdravotnického výboru. Dobrý večer.

Rostislav VYZULA, předseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ANO/  
-----

Dobrý večer.

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor  
-----

Pane poslanče, pane předsedo, ty roční limity, děti do 18 let, senioři z 2,5 tisíce na tisíc korun, u důchodců od 70 let dokonce 500 korun ročně, souhlasíte s tím návrhem?

Rostislav VYZULA, předseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ANO/  
-----

No, podívejte. Já si myslím, že je to krok správným směrem. Je pochopitelně dobře, že se konečně tato vláda stará o seniory a také o děti, protože právě to je taková určitá kompenzace za to, co provedly ty dřívější vlády, Nečasova a Topolánkova vláda, které zmrazily důchody, zmrazily valorizace. A důchodci to nemají, někteří teda zvláště, to nemají vůbec jednoduché a zdravotnictví je čím dál tím dražší, taky je pochopitelně čím dál tím lepší díky nebývalým investicím do výzkumu na celém světě a je to dobře. Nám se zároveň také zvyšuje střední délka života, ale bohužel zatím se nám nesnižuje nebo nezkracuje to období, kdy prožijeme ve stáří s určitou nemocí. Takže v podstatě senioři jsou výjimečně ti, kteří by nepotřebovali nějaké léky a ty léky jsou čím dál tím dražší. Takže ...

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor  
-----

Vy jste řekl, že ...

Rostislav VYZULA, předseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ANO/  
-----

... myslím si, že to je dobrým směrem.

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor  
-----

Ano, děkuju. Vy jste řekl, že za to mohou bývalé vlády, které zmrazily ty valorizace. Pojdme se zeptat člena takové vlády nebo strany, která reprezentovala takovou vládu. Bohuslav Svoboda, místopředseda výboru pro zdravotnictví. Dobrý večer.

Bohuslav SVOBODA, místopředseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ODS/  
-----

Hezký dobrý večer.

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor  
-----

Jaká je vaše reakce na to?

Bohuslav SVOBODA, místopředseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ODS/  
-----

Tak já mohu souhlasit s panem profesorem s jedinou věcí. Je to věc, která je jistě pro důchodce i pro rodiče malých dětí velmi příjemná a dobrá. Na druhou stranu je to krok, který v sobě obsahuje riziko toho, že jednou nebudeme mít peníze na léky pro lidi opravdu těžce nemocné. Není možné prostě na jednu stranu rozdávat a na druhou stranu nepřidat. Když dneska říkáme, že to znamená zhruba půl miliardy, ona to nebude pravda, protože těch léků se tím pádem spotřebuje daleko víc a bude to dvojnásobek, možná víc než dvojnásobek, tak to vždycky je a já bych byl velmi rád, kdyby se takovéto kroky, které jsou jistě dobré, ale na druhou stranu před volbami velmi populistické, kdyby se takovéto kroky dělaly s tím, že zároveň vím, jaký to bude mít dopad, kdo to zaplatí. A když to zaplatí zdravotní pojišťovny, jaký dopad to bude mít na platby zdravotní péče, speciálně právě na tu péči, o které hovořil pan profesor, na tu péči a léčbu velmi drahou, velmi náročnou.

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor  
-----

Pane Vyzulo, tento argument, že peníze, které takto po tisícikorunách se budou ubírat lidem, tak na konec budou chybět na tu zásadní, na tu opravdu jaksi velkou péči, to není argument, který byste uznával?

Rostislav VYZULA, předseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ANO/  
-----

Podívejte, já samozřejmě chápu i tady tuto věc a tady s panem docentem Svobodou souhlasím. Na jedné straně je to záležitost opravdu jak pomoci lidem, kteří tu pomoc potřebují, to jsou ti senioři a to jsou i náklady pro děti. To je jedna věc. Na druhé straně plně souhlasím s tím a jsem pro to, abychom hledali rezervy. A ty rezervy tady jsou ve veřejných peněžích pro zdravotnictví. Víme velice dobře, jak bychom se s tím mohli eventuálně vyrovnat. Mně například trápí to, proč je v jedné lékárně doplatek na léky, když už jsme u těch léků, nula korun a v na stejný lék v jiné lékárně je doplatek jeden tisíc korun. To prostě, toto není zcela normální. A chceme to řešit a zkusíme to. A není to úplně jednoduchá

záležitost, protože pochopitelně je potřeba diskutovat s lékárníky, diskutovat i s možnostmi státu a to řešení nějaké snad se v brzku najde, ale chce to určitý čas. Tady já vytýkám těm minulým režimům to, že v podstatě oni se zdravotnictví vyloženě nevěnovali, víceméně zneužívali zdravotnictví jenom pro určité své volební nebo politické priority a potom ... a tím pádem nedokázali pomoci tam, kde bylo nutno. Ale my chceme na jedné straně pomoci a na druhé straně musíme najít finanční prostředky pro to, abychom tuto tzv. ztrátu, která není třeba velká, v tomto případě půl miliardy, abychom ji kompenzovali a jsou ty možnosti i jinak. Chtěli jsme a dlouho jsme tlačili na ministerstvo zdravotnictví v tomto období na to, aby se vyřešila záležitost zdravotnických prostředků, kde v podstatě máme takový v současné době určitý chaos ve financování. Ten zákon byl slíbený už v roce 2014, potom 2015 a dodneška ho nemáme a mohli bychom na tom ušetřit pět, sedm miliard.

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor

-----

Já dám prostor panu Svobodovi. Jsou tady ty peníze, o kterých hovoří pan Vyzula? Je to odpověď na tu vaši otázku?

Bohuslav SVOBODA, místopředseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ODS/

-----

Ne, určitě ne. Já se, bohužel, obávám, že pan profesor mluví o něčem jiném. Já hovořím o tom, že zdravotnictví není možné platit jenom z prostředků, které jsou vypláceny státem za pojištěnce a platbou pojištění, který děláme my všichni v rámci sociálního pojištění. Zdravotnictví musí mít více zdrojů financování tak, jako to je na celém světě. A ta naše tolik kritizovaná vláda se o to pokusila. Pokusila se zavést regulační poplatky, pokusila se otevřít prostor pro připojištění, pro jiné formy pojištění, pro komerční pojištění, prostě pro to, aby se do toho zdravotnictví dostalo víc peněz, aby ti, kteří na to mají, tam dávali víc. Já si nemohu pomoci. Já jako člověk, na kterého se vztahuje připravovaný zákon o tom, že mně proplatí léky, a že zaplatím jenom pár korun, prostě s tím nemohu souhlasit. A celá řada lidí v mém věku je tak pracovně aktivní, že na to vlastně by mít nárok neměli. To je prostě chyba. A pokud se nepokusíme změnit všechno to, že ten zdroj financování bude rozdílný, že já si mohu zaplatit čočku tak kvalitní, že nebudu muset nosit brýle a ne jako to je dneska, že v okamžiku, kdy si chci zaplatit něco sám, tak celá ta část, kterou by platila pojišťovna, propadne. To jsou prostě tak hrubé chyby, které ty vlády, co po nás přišly, okamžitě udělaly a odstranily všechny ty kroky a cesty, které zdravotnictví nejenom přiváděly peníze, ale do určité míry ten výdej těch peněz regulovaly, vytvářely tam něco jako tržní prostředí, které tam patří, a to tržní prostředí samo se regulovalo. Tato cesta, kdy stále přidáváme ze státních peněz, je prostě cesta do pekel, protože to zdravotnictví bude potřebovat stále více a více peněz, bude čím dál tím lepší a tím pádem čím dál tím dražší.

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor

-----

Pane Vyzulo, chtěl bych vaši odpověď ...

Bohuslav SVOBODA, místopředseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ODS/

-----

Ale ...

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor

-----

Ano, já se omlouvám. Pane Vyzulo, chtěl bych vaši odpověď na otázku ...

Bohuslav SVOBODA, místopředseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ODS/  
-----

Já rozumím.

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor  
-----

... jestli ta forma regulace není věc, která je potřebná. A potom se dostaneme k tomu, co říkal i pan Svoboda, k těm řekněme regulačním poplatkům a připojištění. Nejdřív na tu regulaci.

Rostislav VYZULA, předseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ANO/  
-----

Podívejte se, ano, pokud se týká samotné regulace, já chápu, že něco takového je určitě potřeba v té první fázi. My se musíme na ten proces financování a na to, co bylo zanedbáváno zde po 25 let, tak my se na to musíme teď dívat prostě strukturovaně. Napřed se pokusme udělat určité regulace, které by zachránily aspoň v tom nejhorším tu situaci, aspoň pro ty nejnultnější případy, a potom se dívejme třeba na tu spoluúčasť. Ale pokud se týká dobrovolné spoluúčasti, tak to nebyla, to nebyla současná opozice, která se o to zajímala. To jsme byli my, kteří jsme chtěli tuto záležitost řešit už před dvěma a půl lety.

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor  
-----

No a tak mně tedy řekněte, proč do dneška není určitá forma, a to je o čem hovořil pan docent Svoboda, proč do dneška si lidé nemohou legálně, pokud na to mají, nějakým způsobem kofinancovat svoje vlastní zdraví, pokud prostě ty peníze mají? Proč tohleto není umožněno, pane Vyzulo?

Rostislav VYZULA, předseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ANO/  
-----

Ale vždyť já jsem plně pro. Já jsem byl jeden z těch, kteří jsme to obhajovali, tady tohleto. Snažili jsme se vyjednávat, ale pochopitelně je to záležitost koalice. Snažili jsme se vyjednávat se sociální demokracií, která pro to zásadně nebyla. Tak jsou určitá pravidla, která musíme respektovat i na té politické úrovni v tom, že určitá koalice existuje. Ale určitě jsme pro to, aby něco takového existovalo, protože je to další zdroj, je to jedna z možností, jeden ze zdrojů financování zdravotnictví, které bude dražší, které už teď je drahé, ale bude i dražší.

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor  
-----

Pane Svobodo, ta otázka, pokud to mohu já říct, pokud se mýlím, tak mě, prosím, opravte, není plně řekněme technokratická, ale je systémová, je to společenská věc. Je česká společnost připravena na to, aby někdo měl na to nebo aby někdo měl lepší zdravotní péči, kterou si prostě sám zaplatí?

Bohuslav SVOBODA, místopředseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ODS/  
-----

Neříkejme lepší, říkejme, že prostě všem poskytujeme péči na současné úrovni vědy, a že pokud někdo bude chtít vyskočit z tohoto, z této úrovně, z tohoto levelu, tak bude mít možnost si to připlatit.

To není o tom, jestli by ti, kteří si nepříplácí, neměli dobrou péči. Oni samozřejmě mohou mít, mohou mít čočku, která funguje, ale budou muset nosit brýle, což se někomu nevyhovuje. Budou mít kyčel, se kterou budou dobře chodit, dobře spát nebude je to bolet, ale nebudou moct hrát fotbal nebo lyžovat. Prostě proto, že takovéto věci jsou daleko za tím standardem, který ta léčebná péče má mít, to znamená toho člověka uzdravit. Toto jsou věci, které jsou navíc.

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor  
-----

Pane Svobodo, já zopakuju svoji otázku.

Bohuslav SVOBODA, místopředseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ODS/  
-----

A měli by ti bohatí vlastně na to připlatit.

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor  
-----

Ano, ale ta moje otázka zněla, jestli je na to ta společnost připravena? Protože když se podíváte na volební výsledky, tak strana, která reprezentuje opačný názor, než vy teď říkáte, má poměrně silnou podporu nebo ji aspoň měla v minulých volbách.

Bohuslav SVOBODA, místopředseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ODS/  
-----

Měla, měla. Byla to oranžová tsunami. Za 30 korun jsme prostě změnili celý systém. A dneska všichni víme, že to byla chyba. A dneska bych řekl, že už se ten názor našich občanů mění, protože vidí, že i pro ně to je problém, protože dneska když máme relativně stabilní situaci ekonomickou, když ti občané, jejich platy, jejich příjmy rostou, tak samozřejmě mají zájem na tom, aby ten růst těch platů mohli uplatnit v tom, že budou schopni tu práci dělat dál a jsou ochotni si na to připlatit. Myslím si, že to zázemí pro tyto názory se mění nebo dokonce už změnilo, proto ty hlasy jsou stále silnější. Já chci, abych mohl se pojistit, abych si mohl, abych se mohl o to zdravotnictví starat. To se velmi změnilo. Lidé proti těm lidem před 20 lety už mají zájem o své zdraví, už se zajímají o to, sledují to na všech možných internetových materiálech a vědí, co je dobré, co je špatné, co je střední, co je lepší a pochopitelně, pokud na to mají, tak to chtějí. A když tam budou investovat, znamená to, že to zdravotnictví, ty nemocnice, ty praxe budou mít větší příjmy a budou moci tu péči, i pro ty, kteří si neplatí, prostě udržet. Když to nebude, tak to nebudeme schopni udržet a budeme muset slevovat z kvality té péče, protože provoz nedokážeme zajistit. A to skutečně je podle mého názoru cesta tam, kam bychom jít neměli. Je to cesta do pekel.

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor  
-----

Pane Vyzulo, nemáte strach z toho, že ten standard po zavedení, to, o čem se tady bavíme, už prostě nebude standardem a jaksi ta kvalita toho standardu pro ty, kteří si to nemohou zaplatit, se prostě sníží?

Rostislav VYZULA, předseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ANO/  
-----

Ne, ne. Tady jako je důležité si uvědomit jednu věc. My v současné době, každý občan České republiky má z ústavy právo na to, aby jeho péče, zdravotní péče byla bezplatná. Samozřejmě platíme si a tak dále nebo za nás platí stát. A za druhé, ze zákona nám zaručuje zákon to, že tato péče by měla být lege artis. Teď hodně se mluvilo o standardu a nadstandardu a jakým způsobem vlastně bychom odlišili. My si musíme uvědomit, že u nás máme výkony hrazené, a to většinu teda díky tomu, co jsem řekl o těch zákonech a jenom malá část je jich nehrazená. A tady je teď a to je teď ta otázka, zda ty hrazené budeme nějakým způsobem kultivovat, nebo je necháme tak, jak jsou. Ano, máte pravdu, pokud bychom je nechali tak, jak jsou, tak časem už tyto výkony nebudou standardem, ale budou hluboce pod standardem, ale v zahraničí se to dělá tak, že prostě existuje určitá skupina lidí, která je při ministerstvu zdravotnictví, která prostě každým rokem hodnotí ten jednotný koš hrazených výkonů a zároveň hodnotí i koš nehrazených výkonů, kterých bude zřejmě přibývat, protože věda neustále běží dopředu a prostě ty možnosti tady budou. Na tom je potřeba trvale pracovat. Každým rokem určit toto máme hrazené a toto máme nehrazené, abychom zachovali tu základní myšlenku našeho zdravotnictví a ta je, že chceme solidární a chceme ale zároveň moderní zdravotnictví tak, jak ho máme dnes.

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor

-----

Ano. Pánové, já vám mnohokrát děkuju, že jste byli se mnou dnes v Událostech, komentářích. Díky za vaše odpovědi. Děkuju. Na shledanou.

Rostislav VYZULA, předseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ANO/

-----

Rádo se stalo. Na shledanou.

Bohuslav SVOBODA, místopředseda výboru pro zdravotnictví, Poslanecká sněmovna /ODS/

-----

Hezký dobrý večer.

Lukáš DOLANSKÝ, moderátor

-----

No a děkuji také vám, divákům České televize. Díky, že jste byli s námi. Buďte i zítra. Dobrou noc.

Zdroj: ČT24

## Official Rare Disease Day 2017 video out now!

On Tuesday 28 February, patients around the world will mark the tenth annual Rare Disease Day.

The official Rare Disease Day video is out now in over 30 languages! Share the video on social media using #RareDiseaseDay.

The Rare Disease Day 2017 theme is research and the slogan is “With research, possibilities are limitless”. Imagine what it would be like to live without answers to the most basic questions. This is the

reality for many rare disease patients. People living with a rare disease are often unable to get the answers they need about their disease, often because of a lack of research.

To illustrate this frustration, this year's video draws a parallel with a routine that many of us go through multiple times a day – searching for an answer on the internet. The video highlights how exasperating it is when you search on the internet but receive the response 'your search had no results'.

EURORDIS thanks the patients and volunteers featured in the video for their involvement: Geoffrey, Mathieu and Stéphanie, Marie-Laurence, Michel and Gaia, and Océane.

EURORDIS thanks AFM-Téléthon for the production of the 2017 video. A key player in research and therapeutic innovation over the last 30 years, AFM-Téléthon provides EURORDIS with vital financial support.

Laurence Tiennent-Herment, President of AFM-Téléthon, commented, "We are co-founders of EURORDIS and highly engaged with the organisation. It was therefore a natural fit for us to oversee the production of the 2017 Rare Disease Day video, which focuses on research, a theme crucial to patients and their families. Rare diseases are no longer in the shadows, we have moved from a complete medical abyss to an increasing number of clinical trials. Patients and their families need the rare disease community to continue and grow its efforts, time is of the essence."

Simona Bellagambi, Member of the EURORDIS Board of Directors and representative of UNIAMO, the Italian alliance for rare diseases, commented, "Rare disease research is happening. But it's not enough. We need to shout loudly to make sure all researchers, universities, doctors and companies know that we need a huge commitment from everyone involved to do more research. Through research, we can ensure that more patients get the answers they need about their diseases".

### **Everyone can get involved!**

Download the official Rare Disease Day 2017 poster and other communication tools (logo, social media banner and profile picture, email signature and information pack).

Organisations in over 80 countries and regions are participating in Rare Disease Day 2017 by holding local events. This year also sees a new patient organisation in Botswana participating for the first time and a new Rare Disease Day partner in Iran. Post your Rare Disease Day event, tell your story or raise and join hands!

Companies, patient organisations, learned societies and hospitals can also become a friend of Rare Disease Day.

### **About Rare Disease Day 2017**

Rare Disease Day is a patient-led campaign that EURORDIS and the Council of National Alliances launched in 2008. Since then, thousands of patient organisations in over 100 countries and regions have held tens of thousands of events.



Rare Disease Day brings together millions of patients, families, carers, medical professionals, policy makers and members of the public in solidarity.

Sean Hepburn Ferrer, the eldest son of the late Audrey Hepburn who passed away from rare cancer pseudomyxoma adenocarcinoma, is Rare Disease Day 2017 Ambassador.

Over the last few decades, funds dedicated to rare disease research have increased. But it must not stop there. Rare Disease Day 2017 is the opportunity to call upon researchers, universities, students, companies, policy makers and clinicians to do more research and to make them aware of the importance of research for the rare disease community.

Eva Bearryman, Communications Manager, EURORDIS

Zdroj: [www.eurordis.org](http://www.eurordis.org)

---