
Vzácná onemocnění a hlavní události ve zdravotnictví

Únor 2018

Vážení přátelé,

přinášíme Vám únorové číslo Čavonovin, ve kterém chceme upozornit na hlavní události v oblasti vzácných nemocí a zdravotnictví, které se za uplynulý měsíc objevily v médiích. Hlavní událostí února však byl Den vzácných onemocnění.

Ráda bych Vám všem moc poděkovala za fotografie, které jste nám zasílali, sdíleli na Vašich stránkách i vlastních profilech. Jsme velice rádi, že kampaň „VZÁCNÍ. UKAŽ, ŽE JSI S NÁMI!“ byla skutečně vidět a děkujeme i za Vaše akce a aktivity na podporu tohoto dne. Vzniklo velké množství článků a mediálních výstupů, a tak přinášíme pouze vybrané.

U příležitosti Dne vzácných onemocnění se na Ministerstvu zdravotnictví konala společná tisková konference s ČAVO. Na ní zástupci ministerstva potvrdili již dříve avizovaný záměr podpořit pacienty se vzácnými onemocněními a iniciovat vznik specializovaných center, které jsou pro efektivní léčbu vzácných nemocí potřeba. Den vzácných onemocnění též dostal záštitu ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha. Jsme rádi, že další prioritou, ve které Ministerstvo zdravotnictví přislíbilo pomoc, je systémové nastavené možnosti rychlého přístupu k lékům pro pacienty se vzácným onemocněním.

Organizace EURORDIS připravila ke Dni vzácných onemocnění též propagační akci, kterou jsme využili a adaptovali do českého jazyka.

Srdečně zdraví

Anna Arellanesová, předsedkyně ČAVO

Vzácná onemocnění

Vzácné nemoci trápí tisíce Čechů. Ani správná diagnóza často neznamená pomoc

Některou ze vzácných nemocí trpí v Česku asi 20 tisíc lidí, polovinu z nich tvoří děti. Řada pacientů se jen těžko dozvídá diagnózu. Stejnou chorobou jako oni může na celém světě trpět třeba jen několik lidí. Moderní medicína dokáže léčit jen zlomek nemocných. Problematiku připomíná celosvětový Den vzácných onemocnění.



[UDÁLOSTI ČT](#)

[CELÝ ČLÁNEK](#)



Nezbytná centra pro vzácná onemocnění by měla vzniknout ještě letos

Komplexní a vysoce specializovanou péči, kterou pacienti se vzácným onemocněním potřebují, je možné efektivně poskytovat jen ve specializovaných centrech. O vznik takovýchto zařízení v České republice usilují odborníci a angažovaní pacienti již od roku 2010. Podle příslibu Ministerstva zdravotnictví ČR by tato centra měla být vyhlášena již v tomto roce.

[CELÝ ČLÁNEK](#)

Vzácné choroby léčí v Česku osm nemocnic

Vzácné choroby léčí v Česku osm nemocnic v Praze a v Brně, jsou zapojené do Evropské referenční sítě (ERS). Pokrývají 18 z 24 skupin nemocí, letos přibudou další. Na tiskové konferenci ke Dni vzácných onemocnění na ministerstvu zdravotnictví to řekl vedoucí Národního koordinačního centra pro vzácná onemocnění Milan Macek.



[CELÝ ČLÁNEK](#)

Zdravotnictví



Ministerstvo zdravotnictví zahájilo dohodovací řízení mezi pojišťovnami a poskytovateli

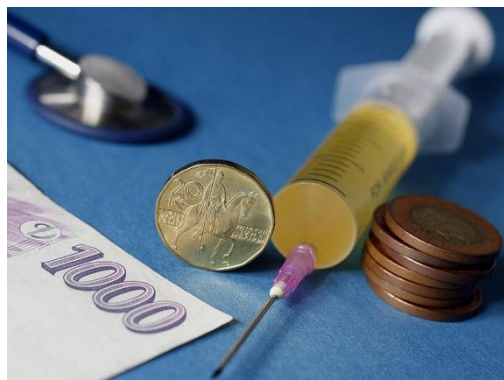
Na konci ledna bylo zahájeno dohodovací řízení mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2019.

[CELÝ ČLÁNEK](#)

České zdravotnictví z pohledu bývalých ministrů

U příležitosti rodící se vlády oslovila redakce ZAM některé z bývalých ministrů a ministryň, kteří své reformní kroky prosazovali v minulých desetiletích. Ptali jsme se, které ve své době vyvolávaly nejbouřlivější diskuse. Také jsme je požádali, aby shrnuli nejdůležitější úkoly, které čekají na nového ministra.

[CELÝ ČLÁNEK](#)



Co přinese obnovená Rada poskytovatelů?

Obnovená Rada poskytovatelů bude vedena zástupcem ambulantní sféry. V předchozích letech byl preferován hlas nemocnic. Ministr Mgr. et Mgr Adam Vojtěch při zahájení dohodovacího řízení o úhradách na rok 2019 řekl, že v úhradové vyhlášce chce vyvážit všechny segmenty, nebude nikoho zvýhodňovat. Zeptali jsme se předsedy Rady poskytovatelů, předsedy Sdružení soukromých gynekologů ČR a předsedy České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP MUDr. Vladimíra Dvořáka, Ph. D.

[CELÝ ČLÁNEK](#)

Legislativní plán ministerstva zdravotnictví: Zdravotnické prostředky, eRecepty i očkování

Ministerstvo zdravotnictví chce do letošního dubna připravit novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění týkající se zdravotních prostředků. Předloží také změny zákonů o léčivech a návykových látkách týkajících se elektronických receptů na léky. Ke konci roku chystá svou verzi zákona o odškodnění újmy způsobené očkováním.

[CELÝ ČLÁNEK](#)



Ze světa



Organizace EURORDIS zveřejnila nové video o vzácných onemocněních

Organizace EURORDIS příležitosti Dne vzácných onemocnění, který připadá na 28. února, zveřejnila nové video, v němž vystupují pacienti, výzkumníci a lékaři zabývající se vzácnými nemocemi.

[VIDEO NA YOUTUBE](#)

[CELÝ ČLÁNEK](#)

Celé články

Vzácné nemoci trápí tisíce Čechů. Ani správná diagnóza často neznamená pomoc

Některou ze vzácných nemocí trpí v Česku asi 20 tisíc lidí, polovinu z nich tvoří děti. Řada pacientů se jen těžko dozvídá diagnózu. Stejnou chorobou jako oni může na celém světě trpět třeba jen několik lidí. Moderní medicína dokáže léčit jen zlomek nemocných. Problematiku ve středu připomene celosvětový Den vzácných onemocnění.

Že je něco v nepořádku, poznali lékaři až po narození dnes sedmiletého Maxima. Měl nezvyklý tvar prstů i hlavy. Vzápětí se přidaly další potíže. „Měl nefunkční tlusté střevo, muselo mu být operativně odebráno,“ vylíčila jeho matka Petra Čejkovská.

Diagnózu se rodiče dozvěděli teprve před rokem a půl. Jejich lékař našel informace o vzácném Mabryho syndromu. Na celém světě jím trpí jen asi patnáct lidí. Zdravotní pojišťovna však odmítla zaplatit speciální genetický test. Nakonec se rodina dostala k německému lékaři, který ho provedl v rámci studie zdarma.

Podobně jsou na tom v republice desítky rodin. Vzácných nemocí je popsáno přes osm tisíc. Některé mají různorodé příznaky a je proto těžké je odhalit. „Někdy lidé čekají na správnou diagnózu až deset let, někdy se jí bohužel nedočkají vůbec,“ uvedla předsedkyně České asociace pro vzácná onemocnění Anna Arellanesová.

Znát diagnózu je klíčové

Znát diagnózu je přitom důležité u všech vzácných nemocí. Lékaři pak předem vědí, jaké další obtíže mohou v budoucnu přijít. „Díky tomu, že diagnózu známe, můžeme předcházet komplikacím a případně dokonce zajistit kauzální terapii,“ vysvětlil lékař Tomáš Honzík.

Péče o pacienty s velmi vzácnými nemocemi může výrazně zatížit rodinný rozpočet. Pacienti často nemají nárok na všechny potřebný zdravotnický materiál a pomůcky. Třeba Maxim potřebuje kyslík, odsávačku a hadičky na podávání výživy.

Teď se rodičům rozbilo auto, kterým vozí Maxima do nemocnice na kontroly. „Nesedí na vozíku, poněvadž je ležící, tak nemá nárok na příspěvek na auto, zlobí se ředitelka Konta Bariéry Božena Jirků. [Konto Bariéry](#) proto vypsalo na auto sbírku, zatím se i díky sportovkyni Gabriele Koukalové a jejím fanouškům podařilo vybrat přes 300 tisíc korun, 280 tisíc ještě zbývá.

Zdroj: Česká televize

Nezbytná centra pro vzácná onemocnění by měla vzniknout ještě letos

Komplexní a vysoce specializovanou péči, kterou pacienti se vzácným onemocněním potřebují, je možné efektivně poskytovat jen ve specializovaných centrech. O vznik takovýchto zařízení v České republice usilují odborníci a angažovaní pacienti již od roku 2010. Podle příslibu Ministerstva zdravotnictví ČR by tato centra měla být vyhlášena již v tomto roce.

„Za vzácné onemocnění je považováno takové, které se vyskytuje u méně než pěti lidí z deseti tisíc. Jde maximálně o pár stovek pacientů v České republice. Jenže to neznamená marginální problém. Vzácných onemocnění je popsáno více než šest tisíc, takže se jedná celkem o zhruba šest procent populace,“ říká Anna Arellanesová, předsedkyně České asociace pro vzácná onemocnění (ČAVO), s tím, že se většinou jedná o málo známé a málo probádané nemoci. „Právě komplexní péče ve specializovaných centrech je pro nás velmi důležitá. Lékaři v běžných ambulancích nemohou mít s našimi nemocemi dostatek zkušeností, a to má samozřejmě velký vliv na kvalitu péče i včasné stanovení diagnózy. Proto už od samého počátku spolupracujeme s odborníky a snažíme se zavedení těchto center prosazovat. Nyní se snad blížíme ke zdárnému konci,“ dodává. Ministerstvo zdravotnictví totiž přislíbilo, že ještě letos centra vzniknou.

Vzácných diagnóz je popsáno mezi šesti a osmi tisíci a každý rok nové diagnózy přibývají. Účinná kauzální léčba je však dostupná jen pro několik desítek z nich. Velkým problémem je stanovení správné diagnózy, a to hlavně proto, že lékaři se s těmito nemocemi setkávají jen málokdy a stanovení diagnózy může trvat roky. Tím se ovšem snižuje šance na efektivní využití dostupných způsobů léčby.

Připomenout tuto problematiku je hlavním úkolem Dne vzácných onemocnění, který letos připadne na 28. únor. První Den vzácných onemocnění se konal přesně před deseti lety, v roce 2008. Od té doby se uskutečnilo více než tisíc akcí v osmdesáti zemích celého světa. Letošní Den vzácných onemocnění poukazuje na potřebu výzkumu v oblasti vzácných onemocnění.

Pro některá onemocnění je naše republika malá

Mnohé kliniky, které se o pacienty se vzácným onemocněním starají, se v loňském roce zapojily do mezinárodních sítí (ERN – Evropských referenčních sítí). Byl to velký úspěch, protože kvalifikační kritéria byla vysoká. Tyto sítě mají pomáhat především ve složitých případech: lékaři ze specializovaných center po celé Evropě se díky nim mohou spojit a spolupracovat při stanovení diagnózy nebo postupu léčby.

„Vidíme to jako zásadní možnost zlepšení péče především v případech, které jsou tak vzácné, že ani na specializovaných pracovištích v ČR nemají dostatek zkušeností s jejich léčbou,“ říká René Břečťan, místopředseda ČAVO. Lékaři mohou například zadávat jednotlivé případy do systému a svolat mezinárodní tým ke konzultaci. Existence těchto sítí by měla také ulehčit vysílání pacientů za hranice v těch případech, kdy není možné poskytnout odpovídající péči v České republice. Zvláště v oblasti vzácných onemocnění je někdy právě tento krok naprosto nezbytný.

Mezinárodní sítě center sice usnadní vyhledání odborné péče v zahraničí, avšak neodstraní jeden velký administrativní problém, který se týká obzvláště vzácných onemocnění: zdravotní pojišťovny hradí péči v zahraničí pouze do výše, která je obvyklá v ČR. Neumějí si však dobře poradit s případy, které se v ČR neléčí, a tedy nemají žádnou obvyklou cenu. „Byli bychom velice rádi, kdyby se na tento problém podívalo Ministerstvo zdravotnictví ČR a další zodpovědní lidé a nějak pravidla upravili, aby chom se nedostávali do absurdních slepých uliček,“ vysvětluje René Břečťan.

Omezený přístup k nové léčbě

Dalším problémem, se kterým se pacienti se vzácným onemocněním potýkají, je včasný přístup k nové léčbě. „Dnes máme u nás k dispozici několik desítek léků na vzácná onemocnění. Nemocí jsou ovšem tisíce. Potřebujeme, aby se rozvíjel výzkum a přinášel nové léky. To se dnes děje a obvykle každý rok přichází nějaký nový přípravek. Není to moc, ale je to vždy nová naděje. Potíž je v tom, že náš systém s těmito přípravky neumí pracovat, a tak trvá třeba několik let, než se dostanou do praxe. Přitom nám, pacientům, běží čas rychleji než úředníkům, kteří rozhodují. Než se systém rozhoupe, může být pro některé z nás už pozdě. Je těžké vědět, že ve Francii nebo v Německu je nový přípravek k dispozici v řádu měsíců po schválení a u nás čekáme třeba tři roky. Přitom k takovému léku není žádná alternativa,“ vysvětluje René Břečťan. Zástupci ČAVO proto vítají, že Ministerstvo zdravotnictví chápe i tento problém, a doufají, že se brzy dočkají přínosného řešení.

ČAVO provozuje v rámci řady svých aktivit i konzultační mail help@vzacna-onemocneni.cz. Sem se mohou obracet ve složitých případech lékaři i samotní pacienti. Smyslem této služby, kterou odborně zaštiťuje Národní koordinační centrum pro vzácná onemocnění ve FN Motol, je podle Anny Arellanové nasměrovat pacienty na odpovídající specialisty, kteří jim budou schopni pomoci. ČAVO sdružuje organizace pacientů se vzácnými onemocněními i jednotlivé pacienty. Na mezinárodní úrovni je přidruženým členem EURORDIS, evropské asociace sdružující 695 organizací pacientů z 63 zemí a pokrývající přibližně 4 000 onemocnění. Je tak hlasem 30 milionů pacientů, kteří po celé Evropě se vzácnými onemocněními žijí. (Kol)

Zdroj: Medical Tribune

Vzácné choroby léčí v Česku osm nemocnic

Vzácné choroby léčí v Česku osm nemocnic v Praze a v Brně, jsou zapojené do Evropské referenční sítě (ERS). Pokrývají 18 z 24 skupin nemocí, letos přibudou další. Na tiskové konferenci k dnešnímu Dni vzácných onemocnění na ministerstvu zdravotnictví to řekl vedoucí Národního koordinačního centra pro vzácná onemocnění Milan Macek. Existuje až 8000 vzácných chorob, jednotlivou chorobou trpí desítky, maximálně stovky lidí na světě. Většina o své nemoci neví.

S pokrytím 18 skupin diagnóz je Česko v péči o pacienty se vzácnými nemocemi první mezi novými členy EU a osmé v Unii celkově. „Pro vstup do Evropské referenční sítě musely nemocnice splnit přísná kritéria. Podrobovaly se vnitřnímu i externímu auditu a prošly složitým administrativním postupem,“ vysvětlil Macek. Do podzimního kola se už podle něj chystají další české kliniky. „Nejspíš se dostaneme na 20 skupin diagnóz, možná pokryjeme všechny,“ dodal.

Do konce roku chce ministerstvo stanovit síť center, které se budou zaměřovat vždy na část těchto diagnóz. Specializované centrum je v praxi tým lékařů a dalších zdravotníků na některé z nemocničních klinik, který má s léčbou nemoci zkušenosti a umí ji včas rozpoznat. „Předpokládáme, že se jádrem centrové péče stanou nemocnice zapojené do ERS,“ řekl náměstek ministra zdravotnictví Roman Prymula.

Seznam je zveřejněný na webu ministerstva zdravotnictví. Patnácti skupinám nemocí se věnuje Fakultní nemocnice v Motole, zapojené jsou také pražské nemocnice Královské Vinohrady, Bulovka, Thomayerova a Všeobecná fakultní nemocnice, v Brně tamní fakultní nemocnice, Masarykův onkologický ústav a Nemocnice svaté Anny.

Ministerstvo se zaměří se i na ekonomickou náročnou jednotlivých diagnóz. Léčba jediného pacienta může stát až desítky milionů korun ročně. V současné době je často placená podle takzvaného paragrafu 16, tedy na výjimku v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, která přiznává pacientovi nárok na léčbu, pokud je jediná možná.

Ministerstvo proto řeší, jak léčbu z veřejného zdravotního pojištění platit, variantou je podle ministra Adama Vojtěcha (za ANO) společný fond všech pojišťoven. Financování léčby chce upravit v novele zákona o léčivech, která má revidovat systém cen a úhrad léků. Předložit ji chce ministerstvo v příštím roce.

Jedinou možností pro některé diagnózy je léčba v zahraničí. Pojišťovny ji mají hradit do výše ceny stejné léčby v Česku, ta ale někdy pro porovnání chybí. „Musíme se na to zaměřit. Česká pojišťovna by léčbu, pokud je v Evropské unii, měla uhradit. Zdá se, že to úplně nefunguje,“ dodal Prymula.

V ČR je podle různých odhadů 20.000 až 800.000 pacientů s vzácnými nemocemi. Nejčastěji jde o vrozené vývojové vady, dědičné poruchy metabolismu a vzácné nádory. Většina má genetický původ. Rozvíjejí se už před narozením, tři čtvrtiny případů se projeví v dětství. Zhruba 30 procent pacientů umírá před pátým rokem života.

K jejich vyhledávání zavedlo Česko v roce 2009 novorozenecký screening. Z kapky krve se odhalí 15 ze 45 rozpoznatelných nemocí. Screening i léčbu hradí zdravotní pojišťovny. „Každý tisící novorozeneček má jedno z těchto 15 onemocnění. Když je hned odhaleno, můžeme nasadit časnou léčbu, která může zastavit rozvinutí příznaků a je i pro zdravotnictví levnější,“ dodal Macek. Připravují se pilotní studie pro další diagnózy, které by se daly screeningem odhalit.

Naděje na úplné vyléčení je malá, na 98 procent vzácných onemocnění není účinný lék. Stovky léků se vyvíjejí, pacienti si ale stěžují, že trvá i několik let, než jsou dostupné v Česku. (ČTK)

Zdroj: ozdravotnictvi.cz

Ministerstvo zdravotnictví zahájilo dohodovací řízení mezi pojišťovny a poskytovateli

Na konci ledna bylo zahájeno dohodovací řízení mezi zdravotními pojišťovny a poskytovateli zdravotní péče o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2019.

„Byl bych velice rád, kdyby tento rok znamenal zásadní změnu v procesu dohodování a odklon od praxe předchozích let. Není důvod, aby zdravotnictví bylo zvláštním odvětvím ekonomiky, kde se poskytovatelé zdravotních služeb a ti, co zdravotní péči nakupují, nedokáží domluvit na cenách nakupovaných zdravotních služeb a jejich roli musí přebírat Ministerstvo zdravotnictví. Institut dohodovacího řízení by měla být platforma, kde rovnocenní partneři spolu jednájí se zájmem se dohodnout.“

Dohodovací řízení by nemělo mít pouze formální charakter a být pouhým naplněním litery zákona. Naopak, dohody by mělo být dosaženo v drtivé většině segmentů. Jsem přesvědčen o tom, že stanovení úhrad má být ponecháno plně na účastnících dohodovacího řízení a Ministerstvo zdravotnictví by mělo určovat úhrady jen v případě, že skutečně nebylo možné dojít k dohodě,“ uvedl na zahajovacím jednání ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Ekonomika by měla i v následujícím roce produkovat dostatečný nárůst finančních zdrojů na navýšení úhrad zejména na základě zlepšování kvality zdravotní péče a její dostupnosti. V roce 2019 se očekává meziroční zvýšení příjmů systému o cca 14 miliard Kč. Tento údaj vychází z aktuální predikce stavu ekonomiky ČR v roce 2019, která počítá s nárůstem objemu mezd o 5 % a dále bere v úvahu zvýšení platby za státní pojištění z 969 Kč na 1 018 Kč.

Toto navýšení by mělo být využito především k financování předpokládaného nárůstu objemu zdravotních výkonů z důvodů dlouhodobě stárnoucí populace v ČR, k pokrytí financování nových léčebných metod, minimálnímu navýšení úhrad pokrývajícimu ve většině segmentů předpokládanou míru inflace a zejména ke zvyšování efektivity a kvality zdravotní péče.

„Myslím si, že úhrady zdravotní péče by měly více reflektovat efektivitu, kvalitu a dostupnost poskytované péče. Jde např. o stanovení indikátorů kvality poskytované péče, poměr pojištěnců účastnících se preventivních prohlídek, zavedení objednávkového systému pro pojištěnce, snížení čekacích lhůt, zavedení delší ordinační doby, edukace, klinické či laboratorní vyšetření,“ řekl ministr Vojtěch a dodal: „Každoroční navyšování prostředků směřujících k poskytovatelům zdravotních služeb musí být spojeno také se zvyšováním standardu poskytovaných zdravotních služeb, zvyšování kvality a bezpečnosti poskytovaných zdravotních služeb a zlepšování místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.“

Dohodovací řízení je upraveno v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, jeho obsahem je jednání mezi zdravotními pojišťovny a poskytovateli zdravotních služeb v rámci jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotních služeb.

- Smyslem dohodovacího řízení je nalezení dohody mezi jednotlivými segmenty poskytovatelů zdravotních služeb a zástupci zdravotních pojišťoven na stanovení hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních, která budou uplatňována v příštím roce.
- Jde o samoregulační mechanismus, kdy zákon předpokládá, že se poskytovatelé a zdravotní pojišťovny dohodnou na podmínkách hrazení a poskytování zdravotní péče pro následující rok. Ministerstvo zdravotnictví proces dohodovacího řízení a návrhy účastníků přímo neřídí.

- Ministerstvo zdravotnictví se v ideálním případě až po skončení dohovacího řízení přímo zapojuje v tzv. nadstavbové fázi, kdy posoudí, zda dosažené dohody o úhradách v jednotlivých segmentech mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami jsou v souladu s veřejným zájmem a právními předpisy. V kladném případě vydává MZ ČR v souladu s obsahem výše uvedených dosažených dohod úhradovou vyhlášku.
- Nastíněný proces dohovacího řízení s dosažením dohody o úhradách dotčených subjektů v posledních letech nebyval naplněn. V případě nedohody mezi dotčenými subjekty (ZP a poskytovateli) následně podle zákona vydává samo Ministerstvo zdravotnictví tzv. Úhradovou vyhlášku, kde úhradové parametry pro příští rok stanoví samo.

Zdroj: zdn.cz

České zdravotnictví z pohledu bývalých ministrů

U příležitosti rodící se vlády oslovila redakce ZAM některé z bývalých ministrů a ministryň, kteří své reformní kroky prosazovali v minulých desetiletích. Ptali jsme se, které ve své době vyvolávaly nejbouřlivější diskuse. Také jsme je požádali, aby shrnuli nejdůležitější úkoly, které čekají na nového ministra.

doc. MUDr. Leoš Heger, CSc. ve funkci 2010–2013

Kontroverzi vyvolaly legislativní změny, do nichž zasáhl Ústavní soud ČR (ÚS).

Nejprve to bylo zvýšení hospitalizační taxy ze 60 na 100 Kč. Navýšení bylo podmíněno Ministerstvem práce a sociálních věcí, které přislíbilo upravit institut mimořádné hmotné nouze tak, aby se vyloučilo riziko nedostupnosti péče ve výjimečných případech. Úprava se však neuskutečnila a ÚS dal zrušením vyššího poplatku najevo, že zákonodárce nemůže omezit přístup k nezbytné péči z finančních důvodů na straně pacienta. Návrat k původním 60 Kč byl sice možný, ale další vlády poplatky na hotelové služby v nemocnicích již neobnovily.

Velmi rozporuplně se také přijímalo zavedení platby za nadstandard. V tomto případě byla obecná pravidla ošetřena zákonem natolik důkladně, aby pacienti, kteří o nadstandardní služby nebudou mít zájem, a nebo si je nebudou moci z finančních důvodů dovolit, nebyli kráceni na svých právech a dostalo se i jim za všech okolností racionální zdravotní péče. Zde ÚS žádná „lidsko-právní“ problémy neshledal. Zrušení nadstandardů odůvodnil pouze tím, že jejich konkrétní výčet musí být uveden v zákoně, nikoliv jen ve vyhlášce.

Nového ministra čekají kroky vedoucí k dalšímu zvyšování efektivity zdravotnictví, a to jak na straně pojišťoven, tak u poskytovatelů i pacientů. Hlavním úkolem Ministerstva zdravotnictví by ale mělo být přesnější určení nároku pacienta na rozsah péče, hrazené z veřejného zdravotního pojištění (v.z.p.). Současné ekonomické úspěchy paradoxně ukázaly, že poskytovatelé, ani plátcí již nejsou sami schopni systém finančně ani personálně stabilizovat a poskytovat pacientovi vše, co zákon umožňuje. Jasně to v posledním roce ilustrovaly excesy ve využívání §16 zákona o v.z.p. č. 48/1997 Sb.

Pokud hodnotím současný stav, tak v legislativě se dosud podařilo upřesnit povinnosti zdravotníků, poskytovatelů i plátců, stále však zde chybí jasná role politiků. Nelze-li pustit do zdravotnictví více peněz, abychom se vyrovnali zemím s vyšším podílem HDP ve zdravotnictví, musejí politici odpovědně, byť nepopulárně nárok pojištěnce zpřesnit a zajistit dostatečné úhrady na důležité věci a méně podstatné zredukovat.

Bez toho klid ve zdravotnictví nikdy nenastane.

MUDr. David Rath

ve funkci 2005–2006 Dostal jsem se na ministerstvo v okamžiku prohlubující se finanční krize VZP. Pojišťovna, vinou zhruba 14 miliard dluhů, platila nemocnicím a lékařům s velkým časovým skluzem, a tak se mnohá zdravotnická zařízení dostávala do druhotné platební neschopnosti.

Našemu týmu se podařilo uvalit na VZP nucenou správu, vyměnit její vedení a finančně stabilizovat celý systém, a to tak velkoryse, že můj nástupce ministr Julínek prosadil, aby se námi nastartovaný každoroční růst plateb za státní pojištěnce zastavil. Náš necelý rok na ministerstvu je jediným rokem, kdy došlo k poklesu nákladů na léky.

Současně jsme skokově (asi o 40 procent) navýšili cenu práce lékařů a sester v Seznamu výkonů, navýšili platby soukromým lékařům, a to i praktikům a specialistům, ale i nemocnicím, kde jsme proto mohli zvýšit platy. Rozjeli jsme celou řadu významných investičních akcí, například modernizaci budovy dětských oborů v motolské nemocnici, Mezinárodního centra klinického výzkumu ICRC u sv. Anny v Brně či nákup několika lineárních zářičů pro onkologická centra a otevřeli jsme cestu k soukromé investici do protonového centra v Praze. Naši následovníci řadu z těchto akcí modifikovali a musím říci, že k horšímu. Nakonec stály více, než se plánovalo a odchýlily se od původního záměru. Příkladem za všechny je ICRC v Brně. Začali jsme připravovat generální rekonstrukci a modernizaci Thomayerovy nemocnice, Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, s čímž se doposud v plánovaném rozsahu ani nezačalo. Na tyto akce jsem získal příslib financí ze státního rozpočtu od premiéra Paroubka a ministra financí Sobotky.

Za nejdůležitější úkol současnosti považuji sehnat lékaře a sestry, a ty, kteří pracují, pak udržet na svých místech. Nyní se zdravotnictví potýká s prohlubující se personální krizí, čímž se zdravotní péče stává nedostupnou.

doc. MUDr. Milada Emmerová

ve funkci 2004–2005 Byla jsem v daném volebním období od roku 2002 již třetí v pořadí. A to po ministryni Součkové a kolegovi Kubinyim. Naši triádu, po krátkém působení Zdeňka Škromacha, půl roku před parlamentními volbami v roce 2006 dovršil David Rath, který tak nastoupil na vytoužený trůn. Působila jsem tedy v období, kdy byli „u vesla“ tři premiéři, Vladimír Špidla, Stanislav Gross a nakonec Jiří Paroubek. Ten mě také odvolal, aby tak vyhověl tužbám mého nástupce.

Ministerský post jsem přijala proto, aby naše zdravotnictví mělo konečně strategii, koncepci a organizační pořádek. Změna daňového systému od roku 1993 si vyžádala i relativně pokrokový systém financování zdravotnictví. Zákonem byly tehdy ustavovány zdravotní pojišťovny, jichž v počátečním období bylo 27! Nenásledovaly však změny jiné, především nová „koncepte“ poskytování zdravotní péče v nových podmínkách, což postupně vedlo ke změnám v dostupnosti a kvalitě poskytované péče.

Na základě mého politického zadání byla tehdy v relativně krátké době vytvořena, a to z pracovníků Institutu pro zdravotnickou politiku a ekonomiku pod vedením MUDr. Petra Hávy. Vláda Jiřího Paroubka ji přijala v červenci 2005, avšak k její implementaci do praxe vůbec nedošlo. Je tedy již hodně dlouho „zaparkována“ ve Strakově akademii a zasloužila by si oprášit a aktualizovat.

Její zásady pak v roce 2006 nerespektoval ministr Tomáš Julínek.

Naše pojetí koncepce se lišila v otázce, čím je zapotřebí začít. Zda nejprve zhodnotit aktuální stav systému zdravotnictví a poté propracovat účelnou strategii. Nové či novelizované zákony pak v tomto pojetí představují taktické kroky k naplňování vytčených cílů. Anebo operovat pouze příjmovou stránkou veřejného zdravotního pojištění a na jejím základě jen málo koordinovaně realizovat zdravotní péči, zavádět konkurenci zdravotních pojišťoven, obejít se bez úhradové vyhlášky, zavést finanční limitace lékařů v jejich ordinacích, vpouštět v některých směrech do systému byznys, stanovovat tzv. regulační poplatky atd. Tato zdravotnická politika v extrémním pojetí představuje počínání často na hraně zákona.

Všechny úvahy ústí v permanentní nejistoty, a to nejen u samotných pacientů, ale i u zdravotníků. Přitom gestorem klíčové služby sociálního státu má být v demokratické společnosti jakákoliv vláda či

ministr zdravotnictví. Aktuálně považuji za nejdůležitější vytvořit koncepci, jež bude většinově přijata ve vládě i parlamentu, pak bude nastolena jistota pro všechny občany v ČR, že povinné zdravotní pojištění je zřejmě dostatečným zdrojem financování zdravotní péče dostupné pro všechny. Že jde o péči dostupnou, kvalitní, efektivní a bezpečnou. Že i zdravotníci budou přiměřeně finančně odměňováni, budou žít v jistotě a na důstojné společenské úrovni. A nebudou mít především potřebu opouštět dosavadní zdravotnické pracoviště a sehraný pracovní tým, ale ani Českou republiku, která jim poskytla velmi kvalitní vzdělání.

MUDr. Zuzana Roithová

ve funkci 1998 Řešila se výběrová řízení na poskytovatele lůžkové péče. Šlo o restrukturalizaci lůžkového fondu s cílem převést zbytné kapacity akutních lůžek na lůžka následné péče, jejíž definici jsme zavedli do systému.

Stanovili jsme také doporučené technické a personální podmínky pro jednotlivé obory. Bohužel bez větších korekcí byly později vydány jako závazné pro smluvní podmínky se zdravotními pojišťovnami. Jsou dnes často překážkou pro racionální zajišťování kvalitní péče.

Druhou významnou oblastí bylo nově zavedení systému center v ČR – traumacenter, kardiocenter, onkologických center a později také center pro léčbu cévních mozkových příhod. Dále byla vydána první koncepce ošetrovatelské péče a poprvé byly ve vládě projednány analýzy neblahého demografického vývoje a očekávaného nedostatku některých profesí do roku 2010.

Současný ministr bude muset jako každý ročně aktualizovat úhradovou vyhlášku tak, aby se nezvětšovaly systémové rozdíly úhrad za stejnou péči ve srovnatelných nemocnicích.

Bude muset podporovat dokončení projektu DRG restart, zvýšit motivaci poskytovatelů pro monitoring, benchmarking a zlepšování kvality zdravotní péče. Možná najde odborníka, který se za ministerstvo zdravotnictví ujme komplexního řešení preventivních programů v ČR. Vytvořit bude třeba též podmínky pro zdravotní připojištění na nenárokovou zdravotní péči.

prof. MUDr. Martin Bojar, CSc.

ve funkci 1990–1992 Po červnových parlamentních volbách v roce 1990 mělo MZ ČR zajistit, aby české zdravotnictví fungovalo v prostředí překotných celospolečenských a ekonomických změn, jež významně ovlivňovaly chod nemocničních i ambulantních zařízení. Zároveň se připravoval právní i věcný rámec transformačního programu českého zdravotnictví.

Cílem byla proměna státem řízeného a financovaného zdravotnictví na liberální zdravotní systém. Inspirací byly jak středoevropské pojišťovnické systémy, tak poznatky z rychle se proměňujícího zdravotnictví států EU, které vícezdrojově financují státní, veřejnoprávní a soukromý zdravotní sektor. Důraz se kladl na obnovení práv, autonomie a odpovědnosti pacientů i pracovníků ve zdravotnictví, na udržení dostupnosti a zlepšení kvality zdravotní péče. MZ ČR reagovalo na postoje, očekávání, ale i na obavy veřejnosti. Na setkáních s pracovníky ve zdravotnictví, besedách s veřejností a za přispění médií se vysvětlovaly přínosy i rizika zásadní proměny českého zdravotnictví založené na programu Reformy českého zdravotnictví, kterou připravila pracovní skupina Občanského fóra. Nezbytnou podmínkou bylo rychle připravit zákon o veřejném zdravotním pojištění, který by umožnil vznik zdravotních pojišťoven, zákon o soukromých zdravotnických zařízeních, který byl důležitý pro odstátnění zdravotnických zařízení a pro vznik soukromých a neziskových zdravotnických zařízení, zejména soukromých praxí. Jednání o rychlosti a rozsahu transformačních kroků, stejně jako diskuse o obnovení

České lékařské komory, o její roli a povinném členství, se odvíjely od změn na politické scéně po rozpadu Občanského fóra.

Byly proto často kontroverzní a emotivní.

Dnes je zapotřebí udržet dostupnost, kvalitu a ekonomickou integritu veřejného i soukromého zdravotnictví.

Objasňovat trpělivě a věrohodně jak dílčí, tak programové kroky chystané MZ ČR, vládou a státem řízenými zdravotními institucemi, jednat s veřejností a s pracovníky ve zdravotnictví a zdravotnickém školství. (MUDr. Andrea Skálová, Mgr. Pavlína Perlíková)

Zdroj: zdn.cz

Co přinese obnovená Rada poskytovatelů?

Obnovená Rada poskytovatelů bude vedena zástupcem ambulantní sféry. V předchozích letech byl preferován hlas nemocnic. Ministr Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch při zahájení dohodovacího řízení o úhradách na rok 2019 řekl, že v úhradové vyhlášce chce vyvážit všechny segmenty, nebude nikoho zvýhodňovat. Zeptali jsme se předsedy Rady poskytovatelů, předsedy Sdružení soukromých gynekologů ČR a předsedy České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP MUDr. Vladimíra Dvořáka, Ph. D.

* Co může Rada poskytovatelů udělat pro to, aby podmínky všech segmentů byly vyrovnané?

Rada poskytovatelů, která nyní byla po několika letech obnovena, by mohla přispět k tomu, že se zdravotnictví odpolitizuje, že si budeme věcně dávat argumenty a nebudeme preferovat národní specifika a politické zadání, že se budeme mimo jiné dívat na to, jak to funguje v cizině, a že třeba některé segmenty přestanou mít chuť se záměrně nedohodnout s plátcí zdravotní péče a spoléhat na to, že ministerstvo jim úhradu navýší. V posledních letech institut dohodovacího řízení téměř ztrácel smysl. Dohodovací řízení a úhrady byly totiž řadu let poznamenány tím, že ministrem byl bývalý ředitel velké přímo řízené nemocnice, a bohužel patrně neviděl medicínu nikde jinde než v přímo řízeném lůžkovém zařízení. Rok od roku jsme se tak vzdalovali od celosvětového trendu, že základem systému má být primární péče, poté mají následovat ambulantní specialisté, lůžková zařízení a potom až superspecializovaná zařízení. V úhradách to vidět nebylo, opakovaně byla dána politická úloha, aby jeden segment získával výrazně vyšší procento z nárůstu prostředků z veřejného zdravotního pojištění než ostatní. Bylo to nejen proti celosvětovým trendům, ale i proti doporučením OECD, která opakovaně konstatovala, že je u nás segment lůžkové péče hypertrofický. Segment, který reprezentují, se vždy s plátcí dohodl, nekladl nesmyslné nároky na jejich finanční prostředky a nechtěl brát na úkor jiných segmentů, ale tvrdil, že by bylo dobré sledovat celosvětové trendy, dohodnout se a nechtít maximum, posílit roli pacienta a hledat i jiné zdroje než veřejné zdravotní pojištění. Asi i díky tomuto přístupu a přesvědčení, které dlouhodobě prosazují, jsem byl vybrán jako předseda Rady poskytovatelů.

* Kým jste byl do funkce vybrán? Členy Rady poskytovatelů, nebo panem ministrem?

Předsedu i členy každého poradního orgánu ministerstva zdravotnictví jmenuje ministr, Rada poskytovatelů není výjimkou. Byl jsem jmenován ministrem a vážím si toho.

* Ministr Vojtěch dává najevo, že vidí důležitost primární péče, ti předchozí se zaměřovali hlavně na nemocnice...

Poslední ministr, který ještě trochu uznával, že medicína se dělá i v ambulantní sféře, byl dle mého názoru ministr Julínek. Od té doby jsem neviděl žádného ministra, který by vnímal ambulantní péči a její důležitost. Primární péče byla upozadována. A bohužel dohodovací řízení nemělo velkou váhu a smysl, protože plátcí zdravotní péče, zejména v posledních dvou letech, věděli, že celý nárůst vybraných prostředků jsou nuceni směřovat do jednoho předem politicky vybraného segmentu zdravotní péče. A tento segment konzumuje v ČR výrazně vyšší procento veřejných prostředků, než je běžné v zemích EU i mimo ni.

* Jaké jsou podle vás největší problémy ambulantní sféry, primární péče?

Myslím si, že to nejsou jenom problémy ambulantní sféry nebo primární péče, ale zdravotnictví obecně. Velký problém je ten, že u nás existuje švédský stůl, prakticky žádné limity čerpání zdravotní

péče. Stále se hovoří o dostupnosti zdravotní péče, ale málokde na světě si může systém dovolit, že pacient může přijít kdykoli a kamkoli a je mu poskytnuta péče. Pacienti často navštěvují specialisty bez doporučení registrujícího lékaře, který pak ani nemá žádné informace o tom, co jim bylo poskytnuto a předepsáno. To generuje jednak poměrně výraznou animozitu mezi segmenty a jednak značné plýtvání veřejnými prostředky. Dalším obecným problémem je stárnutí lékařské populace a v uvozovkách nedostatek lékařů. Ten je ale zatím relativní, protože počet lékařů na počet obyvatel v ČR není ve srovnání s ostatními zeměmi EU až tak nepříznivý. Pokud se hovoří o dostupnosti zdravotní péče, je nutno říci, že síť lůžkových i ambulantních zařízení v republice je výrazně hustší, než je průměr EU. Takže možná je to trochu také na zvyku populace, na co všechno má nárok, co všechno může konzumovat, a samozřejmě také na tom, co politici lidem říkají. Nebude-li se ale řešit problém stárnutí lékařů, všechny segmenty se s jejich reálným nedostatkem budou brzy potýkat.

* Na rozdíl od Velké Británie, kde se starají o těhotné ženy praktici, je v ČR síť specializované gynekologické péče. I v řadě dalších oborů jsme v péči na špičce Evropy. Obecně se ale málo sleduje kvalita. V dohodovacím řízení na rok 2019 je východiskem to, že více peněz bude za vyšší kvalitu. Co o tom soudíte?

Soustředit se na kvalitu je určitě správný trend. Pokud jste zmínila Velkou Británii, tak mnohé Češky, které tam pracují, jezdí za svým gynekologem do ČR, když zjistí, jak vypadá gynekologická péče tam. Těhotná ve Velké Británii, pokud má pouze národní zdravotní pojištění, gynekologa za celé těhotenství velice často vůbec nevidí. Péči poskytují buď praktičtí lékaři, nebo porodní asistentky – a rozhodně to není péče, která je očima českých žen „pacientsky přátelská“. Co se týká indikátorů kvality a sledování kvality, zrovna náš segment ambulantní gynekologie je v tom docela vpředu. Jsme s pojišťovnami domluveni, že ti, kteří poskytují v očích zdravotních pojišťoven péči o něco kvalitněji nebo dostupněji, mají bonifikace. Tento trend by měl pokračovat a stupňovat se. Na druhé straně stanovit přesně vhodné indikátory kvality je docela problém, a to nejen v naší republice. Ale určitě by tento trend bylo dobře podpořit, nejenom v naší odbornosti a nejenom v ambulantních zařízeních.

* Z pohledu pacienta je indikátorem kvality i rozšířená ordinační doba ambulance...

Jistě, ale to není přímo indikátor kvality, to je dostupnost a komfort. Na druhé straně, když mnozí zastupci ať už plátců, nebo některých zařízení, zejména lůžkových, říkají, že není úplně jednoduché jít večer za ambulantním specialistou nebo praktickým lékařem, tak by mě zajímalo, ve kterém státě na světě to jednoduché je.

* Co se týče dostupnosti, Rada poskytovatelů by se podle ministra měla vyjádřit také k zajišťování pohotovostí s tím, že by v nemocnicích na urgentních příjmech sloužili lékaři z terénu. Je to řešení, aby péče byla zajištěna i mimo ordinační dobu?

Řekl bych, že bychom neměli hledat česká specifika a měli bychom se inspirovat vzory ze zahraničí. Ve velice málo zemích je to tak, že by pohotovostní péči zajišťovali praktici ve svých ordinacích, to snad jsou raritní výjimky, a tam, kde jsou, už jsou postupně rušeny. Vychází to také z toho, že praktický lékař ve své ordinaci nemá komplement, který umožní správně diagnostikovat pacienta s problémem a zodpovědně rozhodnout, jestli by měl být hospitalizován, nebo může být odeslán domů. Když jsme jednali na Radě poskytovatelů o lékařské pohotovostní službě, tak kolega, který reprezentoval ty, kteří jezdí se záchrankami, říkal, že starý koncept, že by praktici sloužili ve svých ordinacích nebo na poliklinikách, už je přežitý a asi nemůže být vzkříšen a že s největší pravděpodobností by tento servis měly zabezpečit urgentní příjmy lůžkových zařízení. Určitě by bylo dobře, kdyby tam lékaři z první linie měli služby. Gynekologie a porodnictví je jedním z mála oborů, ne-li jediným, kde se

dohodla odborná společnost se sdružením poskytovatelů, že bychom chtěli jako ambulantní lékaři pomoci kolegům u lůžek a prosadit, aby lékař, který atestuje v oboru gynekologie a porodnictví, měl po atestaci povinnost sloužit určitý počet let – což zatím není povinnost – v lůžkovém zařízení, třeba dva dny v měsíci. Už to by výrazně pomohlo při řešení personální krize v lůžkových zařízeních, kde chybějí zejména lékaři do služeb. Na druhé straně by to pomohlo mladým erudovaným lékařům, kteří chtějí odejít do ambulantní praxe, využít své znalosti té části oboru, kterou je možno realizovat jen v zařízeních lůžkových.

* Ke službám lékařů v nemocnici se vyjádřilo Sdružení ambulantních specialistů ČR, že za každý den, kdy by lékař byl mimo svoji ordinaci a sloužil v nemocnici, trátí příjmy ve své praxi. Práce v nemocnici je určitě pro lékaře přínosem z hlediska odborného, ale co finančně?

Jednak by tam lékaři nebyli jako charita, ale byli by hrazeni jako jejich kolegové v daném zařízení. A myslím si, že pokud by to byly dva dny v měsíci, tak by to byla malá splátka tomu, co systém lékařům poskytl. Není ve světě běžné, že za studium na lékařské fakultě se nehradí prakticky nic. Ti, kteří se vzdělávají v oboru a jsou v nemocnici, toho dlouhou dobu mnoho neumějí a jejich kolegové u lůžka je vzdělávají. Takže si myslím, že nějaký pocit vděku k lékařům u lůžka by měl být a měli bychom spíše bariéry snižovat než zvyšovat. Chápu názor SAS, z čistě finančního hlediska má pravdu, ale já si myslím, že ani pro lékaře u lůžka, ani pro ambulantní lékaře by finanční hledisko nemělo být jediné a měla by tam být kolegialita.

* Zmiňoval jste náš švédský stůl a že ne každý lékař má všechny informace o svém pacientovi, když pacienti nekoordinovaně procházejí systémem. Tím se chci dostat k elektronizaci zdravotnictví a eReceptu, který zatím nefunguje v takové šíři, jak by měl. Co o tom soudíte?

Idea eHealth je velice nosná, určitě perspektivní, a také elektronický recept, jak jsem si ho představoval já i mnozí mí kolegové, nebyl vůbec špatná myšlenka. Pokud by to bylo tak, že poté, co napíšeme elektronický recept, by lékárník a registrující lékař mohli vidět, co předepsali kolegové, a mohli ovlivnit preskripci, bylo by to velice přínosné. Nejsem ten, kdo vidí eRecept jako základní problém, že by ničil náš obor, to rozhodně neničí. Je pravdou, že jsme museli investovat do toho, abychom ho mohli psát, a že bez pomoci IT specialistů asi žádný lékař nedokázal na eRecepty přejít, nicméně teď už to docela funguje a nepřináší to velké časové zdržení. Jenom je škoda, že nebyl využit potenciál toho, co eRecept nabízí. Ale věřím tomu, že se to zlepší. Myslím si, že oproti GDPR a EET je to marginální problém.

* V čem jsou závažnější GDPR a EET?

Velice znepríjemní život pacientům i lékařům. GDPR je pro nás jako členskou zemi EU povinné. A i když je vedeno dobrým úmyslem, aby byla chráněna osobní data, způsobí pouze to, že lékař bude mít méně času na své pacienty, velice se sníží vzájemná důvěra lékaře a pacienta, velice se zvýší nároky na lékařský software, výrazně se prodraží a ve finále bude mít lékař jenom méně času na pacienty. Více času mu zabere administrativa, bude potřebovat více servisních organizací a celé zdravotnictví to jenom zdraží bez jakéhokoli benefitu. Ale chápu, že je možná nemalá skupina obyvatel, která považuje ochranu svých dat za důležitější než péči o své zdraví. A co se týká EET, lékaři na rozdíl od jiných profesních skupin jsou prakticky až na velice malé selektované skupiny poskytovatelů hrazeni z veřejných prostředků. Naše příjmy jsou průhledné, nemáme kam „uhnout“. Co přijme lékař v hotovosti, například praktický lékař za potvrzení na žádost pacienta nebo za závodní zdravotní péči, jsou řádově procenta jeho celoročního příjmu. A představa, že by zdanění těchto příjmů, které asi dle mínění úředníků někteří nevykazují, mohlo být národohospodářsky prospěšné, je zcela iluzorní. Co je naopak

nezpochybnitelné, je to, že pokud budeme muset každou desetikorunovou platbu hlásit do systému EET, bude to stát peníze, abychom systém EET vůbec mohli uplatňovat, a zdrží nás to v řádu minut na jednoho pacienta. Obávám se toho, že budeme moci ošetřit výrazně méně pacientek za jeden den, než je tomu nyní. Sděloval jsem to současnému panu ministrovi, kterého si vážím a který je myslím po dlouhé době první člověk na tomto postu s nějakou vizí zdravotnictví, ale obávám se, že on není ten, kdo s tím nějak pohne. Takže si myslím, že EET možná rámcově je dobře u profesí, kde se většina plateb provádí v hotovosti a kde byl do nebe volající rozdíl mezi tím, jak to vypadá, a vykazovanými příjmy, ale zdravotníci jsou úplně jiná kapitola. Myslím si, že to dopadne na nesprávnou skupinu a že to ponесou velice nelibě zdravotníci i pacienti, kterým sdělíme, co to pro ně znamená, že máme další administrativu navíc bez benefitu pro ně i pro stát.

* Co se týče úhrady zdravotního pojištění, podílu soukromých plateb, nadstandardů, to by mohlo spadat do témat Rady poskytovatelů?

To by do práce Rady poskytovatelů určitě spadat mohlo a mělo. Ale naprosto záleží na politickém zadání. Pokud tady budeme mít naprosto socialistické guidelines, že všechno, co lékař umí, musí poskytnout z veřejných prostředků a že mezi péčí o jednotlivé pojištěnce nesmí být žádný rozdíl, a budeme chtít být s mírou spoluúčasti na téměř úplně nejnižším místě EU, tak to Rada poskytovatelů nezmění. Pokud se řekne, budme solidární, ale ne tak absurdně, že to zruinuje systém, tak v tom by Rada poskytovatelů mohla udělat velký kus práce. Mohli bychom diskutovat, co udělat, aby pacient byl spokojen, aby se posílila jeho role v systému a aby byla naše péče alespoň trošku srovnatelná spoluúčastí a rolí pacienta nejenom se zeměmi EU, ale s ostatním vyspělým světem. Myslím si, že by se určitě našel konsensus, jak to udělat, abychom zvýšili roli pacienta, aby vznikla možnost spoluúčasti a aby na tom dokonce benefitovali ti, kteří nechtějí mít spoluúčast a nechtějí nic hradit ze svého, aby na ně bylo více času a prostředků. To je ovšem dáno politickým zadáním a já jsem nikdy politicky aktivní nebyl. To nezáleží ani na ministrovi zdravotnictví, současný pan ministr má směřování velice proevropské a progresivní, to záleží na budoucí vládní koalici. Zatím bylo politické zadání absurdní, i minimální spoluúčast, kterou zavedl ministr Julínek, byla zrušena. A to ne z důvodů odborných ani z důvodu odporu patientské veřejnosti, ale pouze na základě politického zadání. To je určitě špatně, plátcí zdravotní péče to nesou nelibě a lékaři to vidí v důsledcích, že přibýlo kontaktů a plýtvá se prostředky. To musejí rozhodnout politici.

* Vraťme se k Radě poskytovatelů. Jaké jsou její kompetence? Můžete navrhnout změny zákonů, změny v organizaci péče, jakou platnost má to, na čem se dohodnete?

To je velice případný dotaz. My můžeme navrhnout a doporučovat úplně cokoli, ale jsme poradním orgánem. To znamená, že finální rozhodnutí dělá ministerstvo. Je to jako u všech poradních orgánů MZ. Je velmi dobře, že pan ministr obnovil práci Rady, ale politickou odpovědnost nesou politici. Někdy je to tristní, zejména u screeningových komisí, kde jsem mnohokrát v minulosti viděl, že odborníci něco doporučili schválit nebo doporučili zamítnout někoho jako poskytovatele, a pak jenom na základě politického lobbingu subjekt smlouvu obdržel, nebo naopak neobdržel. To není věcí pravolevého směřování ministerstva, to je nedostatek celkové legislativy; mám ten pocit, že současný ministr chce právě lobbying omezit maximálně možně, a jsem tomu rád. Každopádně, my můžeme navrhnout změnu čehokoli a doporučovat cokoli, ale nejsme ti, kteří dělají rozhodnutí.

* Témata, kterými se bude Rada zabývat, navrhuje vy, nebo si je zadá ministerstvo zdravotnictví?

Radu svolává ministerstvo a obsah jednání určuje ministerstvo. Na druhé straně tam nikdo nemá zalpená ústa, když někdo z přítomných zástupců poskytovatelů má nějaký zásadní problém, který chce

prezentovat, může to sdělit. Už na prvním jednání se ozvaly četné připomínky k průběhu dohodovacího řízení, ozvaly se parciální připomínky jednotlivých poskytovatelů a bylo jim odpovězeno. K dohodovacímu řízení například zaznělo to, že zdravotní pojišťovny jakožto plátcí zdravotní péče tahají za delší konec provazu, protože mají finanční prostředky, že poskytovatelé jsou v nevýhodě a někdy je dohoda nemožná. Je nutné si uvědomit, že to není specifické pro ČR, všude tahají plátcí za delší konec provazu, mělo by být úsilím poskytovatelů i pojišťoven se nějak dohodnout. Potom padaly připomínky k dostupnosti zdravotní péče – tady je třeba připomenout, že síť zdravotnických zařízení u nás je výrazně hustší než prakticky ve všech evropských zemích a dostupnost zdravotní péče je velice dobrá. Absolutní švédský stůl nikde na světě neplatí. Jednu poznámku jsem tam měl i já, když pan ministr řekl, že výběr pojistného se navýší patrně o 14 miliard korun za rok a že se rozdělí do zdravotní péče. Zeptal jsem se ostatních poskytovatelů, zda si myslí, že vše, co se vybere, má být rozděleno. Jako lékař i daňový poplatník jsem se také zeptal, co se bude dít, až ekonomika bude klesat, jestli pak segmenty řeknou, ať jim jsou sníženy úhrady, anebo by raději, kdyby pojišťovny generovaly rezervy. Teď je obrovský tlak na to, aby vše, co pojišťovny vyberou, okamžitě rozdaly. Osobně si nemyslím, že je to rozumné.

* Takže jedním z doporučení Rady by mohlo být i nevydat všechny prostředky na úhrady péče, počítat i s tím, že bude hůř, a tvořit rezervy?

To patrně doporučeno nebude. Myslím si, že většina poskytovatelů bude prosazovat, ať se rozdělí všechno, co je, a nám dejte nejvíc. Zatím převažuje postoj, že až dojdou peníze, stát přidá.

* Bude Rada poskytovatelů dávat doporučení panu ministrovi, nebo bude výstupy poskytovat třeba i zdravotním pojišťovnám?

Pan ministr jedná zároveň s plátcí a podněty Rady poskytovatelů jim bude tlumočit. Každý ze segmentů jedná s plátcí v rámci dohodovacího řízení, takže si nemyslím, že by plátcí neměli informace od poskytovatelů. Zatím jsem o žádném plánu na společné jednání neslyšel, možná by to nebylo od věci, ale nevím, jestli by to nebylo nadbytečné.

* Rada už za ministra Julínka byla, v čem se lišila od té současné?

Pamatuji si tehdejší Radu, její nosná idea byla stejná, byla vedena stejným cílem upřednostnit kolektivní jednání před individuálním lobbingem jednotlivých poskytovatelů na ministerstvu. Ministerstvo bralo v potaz podněty Rady poskytovatelů a já věřím, že nyní to bude stejně. Věřím, že se obnoví to, co slibně započalo a co bylo z mně neznámých důvodů následujícími ministry utlumeno. (nam)

Zdroj: Medical Tribune

Legislativní plán ministerstva zdravotnictví: Zdravotnické prostředky, eRecepty i očkování

Ministerstvo zdravotnictví chce do letošního dubna připravit novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění týkající se zdravotních prostředků. Předloží také změny zákonů o léčivech a návykových látkách týkajících se elektronických receptů na léky. Ke konci roku chystá svou verzi zákona o odškodnění újmy způsobené očkováním. Vyplývá to z legislativního plánu ministerstva na letošní rok, který má ČTK k dispozici.

Zdravotnickými prostředky se rozumí široká škála výrobků od obvazů a vatových tamponů, přes kompresní punčochy, ortézy, berle, chodítka a protézy, brýle, paruky, pomůcky pro diabetiky, naslouchátka a vozíky pro handicapované. Zákon stanovoval, že bude hrazených 75 procent ceny nejméně ekonomicky náročné varianty, kterou stanoví pojišťovny průzkumem trhu.

Ústavní soud loni tuto část zákona na návrh několika senátorů zrušil a ministerstvu zařídil, aby ho přepracovalo. Na úřadě se proto schází speciální pracovní skupina. Původně ministr v demisi Adam Vojtěch (za ANO) avizoval, že zákon bude hotový v únoru, v legislativním plánu počítá s předložením do dubna. Platit musí od roku 2019, jinak budou pojišťovny muset proplácet dodavatelům plnou cenu a ztráta pro veřejné zdravotní pojištění by mohla být v řádech miliard korun.

Změny čekají také zákon o léčivech a návykových látkách kvůli elektronickým receptům. Za rok, kdy nebude pokutovat lékaře, kteří povinný e-recept nebudou používat, ministerstvo slíbilo doplnit automatickou funkci kontroly duplicit a nežádoucího vzájemného působení předepsaných léků. Lékaři by také mohli vidět seznam všech léků, které má pacient předepsané. Elektronicky by se po změně zákona měly předepisovat i návykové látky, například opiáty.

Ministerstvo chce také do konce roku připravit zákon o odškodňování újmy způsobené povinným očkováním. Sněmovna se loni stejným zákonem už zabývala, návrh opozice ale neprošel a minulý ministr zdravotnictví Miroslav Ludvík (ČSSD) přislíbil vlastní úpravu. Má uzákonit poškození povinným očkováním, která nezpůsobí chyba lékaře či vadná vakcína. Podle mluvčí resortu Gabriely Štěpánové se konkrétní parametry zákona v současné době diskutují.

Kromě toho musí ministerstvo do českých zákonů zapracovat normy Evropské unie týkající se ochrany veřejného zdraví, ochranných prvků na léky a ochraně zdraví při práci. Připravuje také zákon, který by nově definoval funkci Národního zdravotnického informačního systému včetně registru zdravotníků a hrazených služeb.

Ministr v demisi už nastínil také další legislativní změny, které plánuje. Příští rok by chtěl předložit novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění, která by vylučovala poslance ze správní rady VZP nebo upravovat problematiku takzvaných vysoce inovativních léků. (ČTK)

Zdroj: zdravotnickyydenik.cz

The 2018 Rare Disease Day video!

Show your rare. Show you care

This year's video features patients and family members, researchers and doctors who show their rare. The video shows the wide range of people involved in the rare disease cause and together, with your support they can be a strong voice for greater progress in research of rare diseases.

Read stories of the stars of the video - 5-year-old Enzo, who is living with congenital myasthenic syndrome, Yara, a rare disease researcher, Annie, who is living with leber hereditary optic neuropathy, Alexandre, who is living with Fibrodysplasia ossificans progressiva, and his father Antoine. Thank you also to Zoé, who lives with Congenital myasthenic syndrome, Sylvain a doctor who has experience with diagnosis of rare diseases and Mirina who is living with Ehler-Danlos... biographies coming soon!

Share this video on social media and with your friends and family to help show your solidarity with those living with rare disease and spread the word about Rare Disease Day, 28 February 2018!