

---

# Vzácná onemocnění a hlavní události ve zdravotnictví

---

Říjen 2017

---

Vážení přátelé,

přinášíme Vám další číslo Čavonovin, ve kterém bychom rádi upozornili na hlavní události v oblasti vzácných nemocí a zdravotnictví, které se v říjnu objevily v médiích.

Ministerstvo zdravotnictví ustavilo Pacientskou radu, která poprvé zasedla 18. října. Na setkání Pacientské rady jsme též vystoupili. Dovolujeme si upozornit na rozhovor s Lenkou Teskou Arnoštovou, která se poslední dva roky intenzivně věnuje patientským organizacím a jejich zapojení do tvorby systému péče.

Ministerstvo zdravotnictví v současné době jedná o zpřístupnění léku na spinální svalovou atrofii pro lidi s touto vzácnou a závažnou chorobou.

V rozhovoru pro Zdravotnický deník náměstek ministra zdravotnictví Tom Philipp mimo jiné poprvé veřejně hovoří o přípravě vyhlášky, která má změnit definici vysoce inovativních léčivých přípravků.

Srdečně zdraví

Anna Arellanesová, předsedkyně ČAVO

## Vzácná onemocnění

### Lenka Teska Arnoštová: Pacienti by měli být zapojeni do tvorby, zavádění i hodnocení zdravotních politik

Na ministerstvu zdravotnictví 18. října poprvé zasedla pacientská rada. O její vznik se zasloužila politická náměstkyně Lenka Teska Arnoštová (ČSSD), která se poslední dva roky intenzivně věnuje pacientským organizacím a jejich zapojení do tvorby systému péče. Zakotvení těchto organizací v zákoně a posilování jejich postavení by se přitom chtěla věnovat i do budoucna, pokud se jí povede získat v nadcházejících volbách post v Poslanecké sněmovně.



[CELÝ ČLÁNEK](#)



### Polovina nových onkologických léků schválených EMA neprodlužuje život ani nezlepšuje jeho kvalitu, říká studie

Některé inovativní onkologické léky nemusí fungovat tak, jak se původně myslelo. Alespoň to nyní ukázala studie publikovaná minulý týden v British Medical Journal, podle které 57 procent z 48 léků nemělo žádný nebo klinicky zanedbatelný přínos. I když jde o výzkum zaměřený na přípravky schválené Evropskou lékovou agenturou (EMA), které nutně nemusí být schváleny v Česku (do úhrad v Česku se obvykle dostávají o hodně později), není zřejmě u nás situace diametrálně odlišná.

[CELÝ ČLÁNEK](#)

### Pacienti se spinální svalovou atrofií by mohli mít v ČR lék

Pacienti se spinální svalovou atrofií by v budoucnu mohli mít v ČR lék, který by stabilizoval nebo i zlepšil jejich potíže. Ministerstvo zdravotnictví nyní jedná o jeho zpřístupnění pro lidi s touto vzácnou a závažnou chorobou.



[CELÝ ČLÁNEK](#)

## Zdravotnictví



**Úhrady byly v ambulantním sektoru nadhodnoceny, říká autor úhradové vyhlášky a náměstek MZ Tom Philipp**

Náměstek ministerstva zdravotnictví pro zdravotní pojištění Tom Philipp psal úhradovou vyhlášku již počtvrté. Se svým týmem musel skloubit politické zadání s odpovědností za finanční stabilitu veřejného zdravotního pojištění. Letos jsou úhrady šité na míru tak, aby do menších zdravotnických zařízení přiteklo více peněz a mohly snáze pokrýt

nárůst mezd slíbený vládou. V rozhovoru pro Zdravotnický deník Tom Philipp mimo jiné poprvé veřejně hovoří o přípravě vyhlášky, která změní definici vysoce inovativních léčivých přípravků tak, aby nebyla vágní jako dosud.

[CELÝ ČLÁNEK](#)

### Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění

Dne 1. ledna 2018 nabude účinnosti novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, která mimo jiné váže možnost stanovení podmínek úhrady léčivému přípravku z důvodu zajištění jeho účelného a hospodárného používání (tj. v zásadě z ekonomických důvodů) pouze na situace, kdy jsou pro takové omezení zároveň dány odborné důvody.



[CELÝ ČLÁNEK](#)



**Pro placení drahé péče mají být pravidla, ne výjimky, shodují se odborníci**

Pro placení drahé specializované péče zdravotními pojišťovnami mají být podle odborníků jasná pravidla. Nyní se platba péče o pacienty, kteří nesplní potřebná kritéria, často individuálně posuzuje na výjimku, kterou umožňuje zákon o veřejném zdravotním pojištění.

[CELÝ ČLÁNEK](#)

## Ze světa

### První setkání Evropské platformy pro vzácná onemocnění

Dne 17. října se v Bruselu uskutečnilo první setkání Evropské platformy pro vzácná onemocnění (Parliamentary Advocates for Rare Diseases), kterého se zúčastnili zástupci organizace Eurordis, zástupci patientských organizací, odborné veřejnosti i někteří evropští poslanci, mimo jiné europoslankyně Françoise Grossetête a další.



[CELÝ ČLÁNEK](#)

## Celé články

### Lenka Teska Arnoštová: Pacienti by měli být zapojeni do tvorby, zavádění i hodnocení zdravotních politik

Na ministerstvu zdravotnictví 18. října poprvé zasedla patientská rada. O její vznik se zasloužila politická náměstkyně Lenka Teska Arnoštová (ČSSD), která se poslední dva roky intenzivně věnuje patientským organizacím a jejich zapojení do tvorby systému péče. Zakotvení těchto organizací v zákoně a posilování jejich postavení by se přitom chtěla věnovat i do budoucna, pokud se jí povede získat v nadcházejících volbách post v Poslanecké sněmovně (pozn.: po volbách 2017 je Lenka Teska Arnoštová na třetím místě za ČSSD v Praze).

**Pacientské organizace nemají zákonné zakotvení. Pokud se stanete poslankyní, budete o něj usilovat, případně v jaké podobě a kdy?**

Rozhodně ano. Domnívám se, že patientské organizace jsou ze své podstaty natolik specifické, že by měly být ukotveny v zákoně. Nejde přitom jen o jejich definici, tedy stanovení, co je patientská organizace, kdo pacienty zastupuje. Důležitá je též navazující právní úprava, která má zajistit podmínky potřebné k tomu, aby organizace skutečně mohly efektivně fungovat a pomáhat pacientům. V neposlední řadě, zákonné zakotvení napomůže též jejich zapojení v rámci mezirezortního připomínkového řízení, o které budu též usilovat. V Poslanecké sněmovně bych chtěla podporovat stabilitu těchto spolků, které sdružují pacienty s chronickými onemocněními nebo lidi se zdravotním postižením a zákonné zakotvení patientských organizací by v tomto směru tomuto záměru pomohlo.

**Počkáte nejdříve, jak se zaběhne patientská rada na ministerstvu, a budete postupovat na základě zkušeností s touto radou?**

Pacientská rada je vyústěním našeho dvouletého setkávání s patientskými organizacemi na ministerstvu zdravotnictví. Zkušenosti, které jsme z těchto setkání a pracovních skupin získali, jsme vtělili právě i do patientské rady. Do praxe jsou například uváděna kritéria pro určení patientských organizací, které jsme poprvé využili právě pro účely výběru členů do patientské rady a nyní vidíme, jak fungují v praxi. Tato kritéria by do budoucna měla být součástí legislativní definice. Takto bych chtěla postupovat i v ostatních oblastech spolupráce s patientskými organizacemi a jejich podpory. Využívat zkušenosti z již zahájené činnosti.

**Chcete, aby patientské organizace byly součástí vnějšího připomínkového řízení. Jaké další pravomoci by podle vás měly do budoucna získat?**

Pacientské organizace prostřednictvím patientské rady jsou nyní součástí vnitřního připomínkového řízení. Skutečnost, že se mohou vyjadřovat k dokumentům ve stádiu, než odejdou z ministerstva, je zásadní. Do budoucna si myslím, že je zásadní si uvědomit, že pacient jako stakeholder by měl být konzultován ve všech fázích, a to jak přípravy, tak implementace i vyhodnocování zdravotních politik, a to i mimo legislativní proces. Nově vzniklé oddělení podpory práv pacientů bude zajišťovat servis pro patientské organizace, aby jejich zapojení do těchto procesů bylo nejen možné, ale konstruktivní a přínosné.

## **Čím se zabývala patientská rada na svém včerejším zasedání a s jakým výsledkem?**

Jednalo se o první zasedání patientské rady, průlomovou věc z pohledu zapojení pacientů jako aktéra zdravotnické politiky. Pan ministr předal zbývajícím členům jmenovací dekrety a popřál celé Radě, aby jejich činnost měla reálný dopad na životy pacientů v celé České republice. Což je i mým přáním. Jsem také velmi ráda, že již na prvním zasedání Patientská rada využila svého práva se zapojit do vnitřního připomínkového řízení a přijala usnesení, jehož obsahem jsou připomínky k novele vyhlášky, kterou se provádí některá ustanovení k zákonu o všeobecném zdravotním pojištění. Prodiskutovali také své priority z hlediska potřeb pacientů. Plán činnosti schválí a předsednictvo zvolí na příštím zasedání.

## **V nadcházejících letech by mělo být možné, aby patientské organizace čerpaly z Norských fondů. Budete se ale snažit zajistit systémové financování? Jak by podle vás mělo vypadat?**

Jsem velmi ráda, že se mi podařilo vyjednat, že jednou z prioritních oblastí Norských fondů pro následující období je i zapojení občanské společnosti ve zdravotnictví. Během období čerpání financí z těchto zdrojů je samozřejmě třeba diskutovat o modelech udržitelného financování, aby patientské organizace mohly fungovat i po jeho skončení. My jsme se zatím dívali například na systém financování, který funguje v Německu. (red)

*Zdroj: [www.zdravotnickydenik.cz](http://www.zdravotnickydenik.cz)*



## Polovina nových onkologických léků schválených EMA neprodlužuje život ani nezlepšuje jeho kvalitu, říká studie

Některé inovativní onkologické léky nemusí fungovat tak, jak se původně myslelo. Alespoň to nyní ukázala studie publikovaná minulý týden v *British Medical Journal*, podle které 57 procent z 48 léků nemělo žádný nebo klinicky zanedbatelný přínos. I když jde o výzkum zaměřený na přípravky schválené Evropskou lékovou agenturou (EMA), které nutně nemusí být schváleny v Česku (do úhrad v Česku se obvykle dostávají o hodně později, více např. zde), není zřejmě u nás situace diametrálně odlišná. Jak už jsme totiž informovali, léky v režimu vysoce inovativních léčivých přípravků (VILP) nemusí dodávat data o nákladové efektivitě a už nyní se začíná stávat, že po dvou až třech letech v režimu VILP ze systému vypadávají. Podle mnoha odborníků přitom bez změny systému budou tyto situace stále častější.

Řada onkologických léků na trhu nemá prokazatelný dopad na přežití pacientů nebo zlepšení kvality života. Ze všech 48 onkologických léků určených pro 68 indikací, které Evropská léková agentura schválila mezi lety 2009 a 2013, jich podle studií v době schválení 35 procent (čili 24 léků v konkrétní indikaci) skutečně život prodlužovalo a deset procent (sedm přípravků) zlepšovalo kvalitu života. Studie, která se na problém zaměřila, tak zjistila, že v době, kdy se terapie objevily na trhu, neměly jasný důkaz o tom, že by prodlužovaly přežití, v celých dvou třetinách případů.

„Chtěli jsme se podívat na to, když už se léky dostanou na trh, zda skutečně generují důkazy o tom, jestli prodlužují nebo zkvalitňují život,“ vysvětluje podle *The Guardian* docent zdravotní politiky na London School of Economics a spoluautor studie Huseyin Naci.

Tým odborníků proto provedl kontrolu po třech až osmi letech, načež zjistil, že 49 procent přípravků neprokázalo žádný přínos v délce ani kvalitě života ve srovnání se stávající léčbou nebo placebem. To znamená, že z 39 léků v daných indikacích, které původně neměly prokazatelný vliv na délku či kvalitu života, se nakonec tři ukázaly jako život prodlužující a pět zkvalitňovalo život.

„Není to to samé, jako kdybychom řekli, že lék nepomůže nikomu. Jenže výzkum prezentovaný v době schválení léku a ten shromážděný za dalších tři až osm dalších let neukazuje, že by ve smyslu prodloužení života nebo zlepšení jeho kvality léky fungovaly oproti stávající terapii lépe,“ komentuje výsledky na svém webu britská Národní zdravotní služba (NHS). Ta ovšem také poukazuje, že studie má několik slabín – autoři například neověřovali, s jakou léčbou konkrétně byl daný přípravek srovnáván, a nezahrnovali menší studie.

### Nepřímá měřítka nemusí znamenat zlepšení pro pacienty

A jak se to tedy má s efektivitou nových přípravků? U léků, které byly v době schvalování podloženy daty, se prodloužení života pohybovalo mezi jedním a necelými šesti měsíci, průměrné prodloužení činilo 2,7 měsíce. Bohužel jen dva léky prodlužující život také zlepšovaly jeho kvalitu.

„Je překvapivé, že jen málo studií má delší přežití nebo kvalitu života jako primární cíl,“ konstatuje Naci. Místo toho se mnohé studie soustředily na nepřímá měřítka, jako jsou výsledky zobrazovacích metod nebo laboratorní testy ukazující, jestli se nádor zmenšuje nebo jak rychle se onemocnění šíří. Ty pak byly pokládány za důkaz přínosů léku. „Tato měřítka mohou být užitečná, neznamenají ovšem nezbytně delší nebo lepší život pro pacienty,“ uvádí NHS.

Výzkumníci proto v návaznosti na zjištění požadují po Evropské lékové agentuře, aby zpřísnila požadavky pro vstup na trh u nových onkologických léků, které bývají finančně velmi náročné. „Standardy

EMA selhávají v motivování k takovému vývoji léků, který nejlépe vyhovuje potřebám pacientů, kliniků i zdravotnického systému,“ domnívají se autoři studie, podle nichž je na místě standardy přehodnotit. „Naneštěstí je tu očekávání, že jakmile jsou léky na trhu, budou společnosti investovat do dlouhodobějších studií, aby dokázaly přínosy v celkovém přežití. Jenže to se vždycky neděje,“ říká Huseyin Naci. Na druhou stranu ovšem zdůrazňuje, že by se pacienti měli znepokojovat. „Je důležité, aby se nikdo neděsil,“ dodává.

Carl Heneghan, profesor v oblasti medicíny založené na důkazech na Oxfordu, pokládá nedostatečné zlepšení léčebných výsledků za zklamání a taktéž byl by pro přísnější přístup při hodnocení onkologických léků. „Na prvním místě je těžko pochopitelné, proč je polovina léků schválena, když nepřinášejí klinicky smysluplný přínos,“ domnívá se.

Podle deníku The Independent mluvčí EMA uvedl, že agentura zatím neměla dostatek času náležitě analyzovat zjištění studie, a proto zatím věc nebude komentovat. NHS ovšem uvádí, že to, že EMA lék schválí, ještě neznamená, že bude schválen v jednotlivých státech a stane se lékem první volby v lékařských doporučeních.

Co si tedy ze studie bere Národní zdravotní služba? „Většina z nás se domnívá, že když je lék schválen regulátorem k užití, znamená to, že by měl fungovat. Tento výzkum ukazuje, že to tak vždy být nemusí. Absence důkazů tom, co pacienti a jejich rodiny zajímá nejvíce, tedy o délce a kvalitě života, u celkem poloviny přípravků během pětiletého období je znepokojivá. Nemůžeme očekávat, že pacienti budou dělat informovaná rozhodnutí ohledně léčby bez kvalitních informací o těchto výstupech,“ píše NHS.

## V Česku vypadlo z úhrad v poslední době devět VILP

Ani v Česku není situace ideální, o čemž svědčí například nedávné vyřazení léku pertuzumab u pacientek s metastatickým karcinomem prsu z úhrad – a podobných případů bylo, alespoň podle Aleny Mikové z VZP, v poslední době devět. „Hrnou se na nás nové molekuly a jakkoliv máme skvěle zmapovanou oblast centrové péče, tak v případě VILP, kdy není třeba při vstupu dokládat data o nákladové efektivitě, jde o nekoordinovaný a neřízený vstup přípravků do systému, který je v podstatě nárokový. Po třech letech pak může dojít k situaci, kdy lék vypadne,“ uvedl na kulatém stole Platformy NNO k potřebám pacientek s metastatickou rakovinou prsu konaném v červnu na ministerstvu zdravotnictví šéf SÚKL Zdeněk Blahuta. „Systém veřejného zdravotního pojištění je relativně křehký. Jde tu přitom o relativně vysoké sumy, a to mnohdy za léčivé přípravky se sporným benefitem pro terapeutickou praxi,“ řekl také včera na konferenci Zdravotnictví 2018 Blahuta.

„V takovémto systému bude čím dál více přípravků, a po třech letech budou vypadávat,“ dodala Alena Miková, která takový stav považuje za eticky velmi problematický. Vesměs všechny strany zainteresované v procesu, a to včetně (přinejmenším části) výrobců proto považují systém VILP za přežitý a uvítali by jeho úpravu.

Na druhou stranu ovšem mnozí odborníci zdůrazňují důležitost toho, aby některé přípravky, zejména ty na vzácná onemocnění, byly na úvod nějak zvýhodněny – jinak se totiž k pacientům nemusí dostat. Podle Winette van der Graaf, profesorky personalizované onkologie na Institutu pro výzkum rakoviny, tak rozhodování na základě malých studií přihlížejících k jiným benefitům, než je celkové přežití, umožňuje, aby se nové léky dostaly k pacientům rychle. „Na poli výzkumu vzácných typů rakoviny, kterými se zabývám, je množství důkazů, po nichž se tu volá, velmi těžké získat. To znamená, že by se pacienti jen těžko k léčbě dostali,“ zdůrazňuje profesorka s tím, že studie zaměřující se přímo na



délku přežití by trvaly dlouho a byly by drahé. „Ideálně by studie měly zkoušet měřit také ukazatele toho, že léčba selhává, tak, aby zdravotnické autority mohly dělat vyvážená rozhodnutí,“ dodává.

To uznává také NHS. „Může být těžké provádět ten nejlepší medicínský výzkum, který zahrne dostatek lidí a bude je po dlouhou dobu sledovat tak, že získá potřebná data. To platí zvláště u vzácných typů rakoviny. Proto lidé přijali náhradní měřítka výstupů, takže je výzkum realizovatelnější a nové léky na dosud neléčitelné typy rakoviny se dostanou k lidem rychleji v případech, kde je čas, nebo jeho nedostatek, zásadní. Jenže jestliže jsou náhradní měřítka akceptována v době schvalování, je podstatné, aby se informace o přežití a kvalitě života sbíraly a byly publikovány během nadcházejících let,“ zdůrazňuje Národní zdravotní služba.

*Zdroj: [www.zdravotnickydenik.cz](http://www.zdravotnickydenik.cz)*

## Pacienti se spinální svalovou atrofií by mohli mít v ČR lék

Pacienti se spinální svalovou atrofií by v budoucnu mohli mít v ČR lék, který by stabilizoval nebo i zlepšil jejich potíže.

Ministerstvo zdravotnictví nyní jedná o jeho zpřístupnění pro lidi s touto vzácnou a závažnou chorobou. Dohoda mezi pražskou nemocnicí Motol a Vojenskou zdravotní pojišťovnou zatím umožní zaplatit pro jednu pacientku jednu dávku léčiva, která stojí 2,5 milionu korun. Novinářům to dnes řekli zástupci ministerstva zdravotnictví, nemocnice a pojišťovny.

Spinální svalová atrofie je vrozené onemocnění, při kterém postupně ubývá svalstvo, a tím se zhoršuje schopnost pohybu. Postižené bývají hlavně nohy, nemocní ale také hůře polykají a později mají potíže i s dýcháním. Postup nemoci je individuální, pacienti se ale většinou nedožívají vysokého věku. Dosud bylo onemocnění neléčitelné.

Nový lék, který získal evropskou registraci letos v květnu, by měl zastavit úbytek svalů. Nemoc způsobuje to, že se v těle kvůli chybějícímu genu netvoří určitý druh bílkoviny. Léčivo přiměje jiný gen k tomu, aby se bílkovina tvořila částečně z oblasti jiného genu, vysvětlila neuroložka Jana Haberlová. Podle ní tak může dojít ke stabilizaci stavu pacienta nebo i jeho mírnému zlepšení.

Léčba onemocnění zabírá asi u poloviny pacientů a je značně finančně náročná, řekl náměstek pro léčebně preventivní péči v nemocnici Motol Martin Holcát. Cena jedné dávky unikátního léku činí 2,5 milionu korun, přičemž pacient by měl dostat tři během prvního měsíce a potom další tři během roku.

Holčička, které nyní nemocnice s Vojenskou zdravotní pojišťovnou zaplatí jednu dávku, trpí vážnou formou choroby a začala se léčit už v rámci klinické studie v zahraničí. Dohoda o úhradě léčiva pro ni platí do 31. prosince letošního roku, pojišťovna i nemocnice předpokládají, že pak by mohla být léčba už levnější.

Nemocnice Motol se stará o zhruba 40 pacientů se spinální svalovou atrofií a není reálné, aby zařízení platilo léčbu všech, uvedl Holcát. „Když to propočítáte, tak my se můžeme v Motole dostat jen u těchto pacientů na celkovou částku, kterou dáme pacientům hospitalizovaným, což se pohybuje kolem 500 milionů ročně,“ řekl.

Zástupci nemocnice i pojišťovny se shodli, že je nutné sledovat vývoj dalších léčiv. V současné době připravují údajně dvě další farmaceutické firmy léčivo s jednodušší léčbou, která by mohla být i méně nákladná. Současný lék se podává napíchnutím do míchy, nové preparáty by měly mít podobu tablet či sirupů.

Podle Holcáta je také nutné s ministerstvem a zdravotními pojišťovnami jednat o tom, kterým pacientům by se měla léčba platit. Náměstkyně ministerstva zdravotnictví Lenka Teska Arnoštová o tom příští týden bude jednat se zástupci pacientských organizací a výrobcí léků. „Je moje priorita, aby se tento přípravek dostal co nejrychleji mezi pacienty,“ řekla.

*Zdroj: ČTK*

## Úhrady byly v ambulantním sektoru nadhodnoceny, říká autor úhradové vyhlášky a náměstek MZ Tom Philipp

Náměstek ministerstva zdravotnictví pro zdravotní pojištění Tom Philipp psal úhradovou vyhlášku již počtvrté. Se svým týmem musel skloubit politické zadání s odpovědností za finanční stabilitu veřejného zdravotního pojištění. Letos jsou úhrady šité na míru tak, aby do menších zdravotnických zařízení přiteklo více peněz a mohly snáze pokrýt nárůst mezd slíbený vládou. V rozhovoru pro Zdravotnický deník Tom Philipp mimo jiné poprvé veřejně hovoří o přípravě vyhlášky, která změní definici výsoce inovativních léčivých přípravků tak, aby nebyla vágní jako dosud. Náměstek přiznává, že vyhláška preferuje nemocnice, ale to proto, že ambulantní sektor byl v minulosti nadhodnocen. Nejprve je prý třeba pozice vyrovnat, až potom je možné peníze navíc přidávat všem. Pokud jde o nové DRG, je Tom Philipp optimista a doufá, že jednou umožní skutečně nakupovat zdravotní péči. „Věřím tomu, a proto jsem tady,“ říká. A jaké má politické ambice?

### **Ve zdravotním výboru poslanecké sněmovny jste prohlásil, že očekáváte vášnivě diskuse o úhradové vyhlášce. Bylo to nakonec tak strašné?**

Píši již čtvrtou úhradovou vyhlášku a řekl bych, že letos jsou diskuse kolem ní poměrně kultivované. U stolu nepadají žádné výhrůžky, jednáme v poměrně racionální rovině, kdy se snaží jedna i druhá strana vysvětlit svou pozici. Někdy se dá ustoupit, někdy nedá. Musím se snažit úhradovou vyhlášku napsat tak, abych nezničil pojišťovny, protože rolí státu je také dbát na to, aby byly schopné plnit svou roli. Nemohu tudíž dát všechno všem. Snažím se, abychom nějakým způsobem vyšli vstříc politickému zadání, oprávněným požadavkům některých oborů i některých skupin ve zdravotnictví. Řekl bych, že to terén celkem chápe, debata je opravdu letos racionální.

Možná je to dáno tím, že do systému přitéká relativně dost peněz. Ještě na začátku roku se mluvilo o tom, že bude příští rok v deficitu a teď již tento názor slábne. Vy, jako náměstek, který je zodpovědný za vyhlášku, jste si jist, že se příští rok nedostane systém do deficitu?

### **Myslíte do deficitu v jakém smyslu?**

Příjmy zdravotních pojišťoven budou nižší, než jejich výdaje, vím, že se to mění v průběhu roku, ale pak se asi udělá nějaký závěrečný účet...

Snažíme se, aby odhady příjmů zdravotního pojištění byly racionální a uměřené, tedy abychom nepredikovali příjmy vyšší, než pravděpodobně budou. Na to se snažíme nastavit výdajové parametry. Pojišťovny pak mají ještě nějakou volnost v tom, že mohou dopad úhradové vyhlášky určitým způsobem, po dohodě s poskytovateli, upravit ve smlouvách, které s nimi uzavírají. Což zhusta dělají. Úhradová vyhláška není nějaké dogma. Je to spíš taková síť, pokud se oni nedomluví. Pojišťovny se snaží s poskytovateli dohodnout tak, aby výsledek v terénu lépe pasoval. My se snažíme, aby meziroční saldo bylo nulové, nebo spíše přebytkové. Chceme vytvořit finanční rezervu na příští roky. Letošní rok je poměrně těžký na dodržení této premisy, ale opravdu chceme maximálně nulové saldo.

## Úhrady na míru pomohou menším nemocnicím

**Peněz navíc nateklo hodně. Manévrovací prostor při tvorbě vyhlášky vám ale zúžil závazek vlády zvyšovat platy.**

Vyhláška řeší několik problémů. Jedna věcná záležitost je, že se snaží personálně stabilizovat lůžková zdravotnická zařízení. To je samozřejmě politické rozhodnutí. Já ho vnímám jako velmi správné, protože si nedovedu představit, jak by nemocnice vypadaly, kdybychom to bývali nedělali již několik minulých let. Priorita je tedy stabilizace personálu, je řešena dvěma způsoby. Jednak 10procentním navýšením u zdravotníků v platových tabulkách. A za druhé zvyšujeme příplatek za směnný provoz pro sestry u lůžka. To jsou dva, poměrně mohutné finanční proudy, které podporují zdravotnictví. Neméně důležitá je pak otázka biologické léčby, která je život zachraňující, nebo alespoň život a zdraví výrazně ovlivňující. Do tohoto segmentu také každý rok teče velké množství peněz. Dokonce je to segment, který roste ze všech segmentů nejvíce. Nebylo by správné tuto léčbu nějakým způsobem zcela brzdit, protože jí dostávají onkologicky nemocní, nebo pacienti mající chronické, ale poškozující nemoci, kdy každý rok odkladu může mít fatální následky. Tady není možné uhnout a zase tam přidáme přes miliardu korun tak, jako každý rok. Další věci jsou některé zákonné úpravy, jako byla novelizace osmačtyřicítky, tzn. snížení limitu na doplatky na léky u důchodců a dětí, které do úhrad dopadne odhadem asi půl miliardou (Zákon 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění – poznámka redakce).

### **Skutečně bude půlmiliarda stačit?**

Asi bude, přesnější odhady nemáme. Je to opatření, plynoucí ze zákona, který musím respektovat. Bohužel současně nastala situace, že se vyčerpal efekt revizí na receptové léky, které se prováděly v posledních letech a ceny trochu stoupají, i když ne nějak dramaticky, ale pár set milionů korun to je. Takto se to nasčítá položkami, které nejsou zcela ovlivnitelné, protože vyplývají z legislativy. Dohromady jsme opravdu tak šul nul.

### **Platí tedy globální čísla, že je navíc k dispozici oproti minulému roku zhruba 16,5 miliardy a z toho 11 jde na platy a mzdy, zbytek tvoří částka, s níž trošku můžete něco dělat?**

Tak asi zhruba.

### **Největším otazníkem jsou mzdy v menších nemocnicích. V úhradové vyhlášce nemají takřka žádnou mašličku, navíc k procentům zvýšení je třeba připočítat odvody na zdravotní a sociální pojištění. Když by se Vás zeptali zdravotníci z těch nemocnic, co byste jim řekl – proč si myslíte, že se slibované peníze na mzdy skutečně dostanou až na jejich výplatní pásky?**

V minulých letech jsme k tomu přistupovali paušálně. Když jsme zvedali o 5 procent tarifní platy, přidávali jsme v úhradách všem nemocnicím tři procenta, když jsme zvedali o 10 procent, tak jsme přidali 6 procent, v následné péči minulý rok 6,5 procenta. Přistupovali jsme k tomu trochu šablonovitě. Z výpočtů a po dohodě s tripartitou jsme určili, jak by měl nárůst vypadat. Samozřejmě si uvědomuji, že je veliký rozdíl mezi zdravotnickým zařízením, které na platy vydává 40 procent a tím, které vydává 70 procent ze svého rozpočtu. Pro letošní rok jsme se proto snažili úhrady více ušít na míru konkrétním poskytovatelům. Po dohodě se svazy malých a velkých nemocnic jsme zvolili variantu, využívající koeficient arcus tangens. Z pozorování plyne, že v nemocnicích, kde jsou nízké individuální sazby relativních vah, bývá většinou velký procentuální náklad na platy. Tam, kde bývají větší relativní váhy, bývá menší procentuální náklad na platy. Proto do menších zdravotnických zařízení přidáváme víc a do velkých zdravotnických zařízení méně, myšleno velkých ve smyslu úhrady za jednotku. Pohybuje se to od 11,5 do 14,5 procenta, mělo by to opravdu lépe pokrýt náklady na zvýšení platů a mezd. Věřím, že jsme vše spočítali dobře.

## **Nemocnice ale nemají žádnou povinnost, skutečně mzdy zvednout.**

Je to stejné, jako minulé roky. Tam, kde se řídí platovými tabulkami, to řeší nařízení vlády o tabulkách. U obchodních společností, eseroček a akciověk, je to samozřejmě na zřizovateli, nebo majiteli. Vzhledem k napětí na trhu práce jsou motivováni skutečně peníze na mzdy navýšit. Deset procent je již docela dost a může zaměstnance vést k tomu, aby migrovali za vyšším platem. Jiný nástroj nemáme, ekonomika musí sama zafungovat, pokud se zvednou mzdy a platy v jedněch zařízeních, tak to nejspíš cenově táhne nahoru celý segment. Plus ještě ministerstvo podepsalo s kraji memorandum stejně jako minulý rok, kde se zavazují, že pokud ty peníze dostanou, zase je použijí na tento účel.

## **Definice VILPů už nebude vágní**

Pokud jde o centrové léky, nikdo asi nepochybuje o jejich důležitosti. Někdy jsou pochybnosti o tom, zda víme přesně, kam peníze vkládáme, zda víme, co tam je důležité, nových úžasných terapií je spousta...

Tady je velká úloha SÚKLu (Státní ústav pro kontrolu léčiv – poznámka redakce), který má za úkol zhodnotit, zda je daný lék opravdu efektivní, jestli má přijít na český trh, nebo ne. Pravomoc SÚKLu je dána zákonem.

## **Plní si SÚKL tuto roli dobře?**

Já se domnívám, že spíše ano.

## **Spíše ano?**

Vždycky se dá něco vylepšit. I zákon, podle kterého pracují, není dokonalý. Je překvapivě dobrý na to, že byl tenkrát připraven narychlo, ministerstvo ho tehdy zpracovalo dobře, dá se podle něj dá hezky pracovat. Jsou tam nějaké drobné věci, které by už stálo za to zase vylepšit, ale není to nic dramatického. Čili, v rámci možností zákona, kapacity apod., bych řekl, že SÚKL pracuje dobře.

## **A chybí vám nějaký opěrný bod při posuzování nových léků?**

Jedna věc, která není tak úplně dobrá a kterou jsme se rozhodli změnit, udělat nově, je vstup VILPů na trh (VILP – vysoce inovativní léčivé přípravky, pozn. redakce). Je to docela velká bolest. Dnes již jsou VILPy v podstatě segmentem biologické léčby, který se pohybuje v řádu miliard. A to je něco, s čím se absolutně nepočítalo. VILPy se měly týkat výjimečných, mimořádných případů, kdy na trh vstupují nové účinné přípravky tak, aby se dostaly k pacientovi brzy.

## **Je ten prudký nárůst důsledkem marketinku firem?**

Firmy si našly cestu, jak se do systému prolomit. My se teď snažíme vymyslet způsob, jak dosáhnout původního cíle. To znamená ne zrušit VILPy, to by bylo špatně, ale cestu vytýčit tak, aby tady byla opravdu pro výjimečné případy, kdy jde o život zachraňující lék, který nemá alternativu, nemá jinou možnost. Pro tyto případy vytvoříme jakýsi bypass, zrychlenou cestu na trh.

## **Tuto změnu už jste vložili do úhradové vyhlášky?**

To je jiná vyhláška, brzy o ní uslyšíte. Je za tím dlouhodobá práce. Je to pár řádek, ale mohou výrazným způsobem pročistit terén.

## **Můžete prozradit alespoň základní myšlenku?**

Základní myšlenka je, že je třeba lépe definovat, co to je VILP. Protože ta definice tak, jak byla teď, byla poměrně vágní a její vágnost je zneužívána.

## **A ta definice okruh VILP zúží?**

Definice se bude týkat těch případů, které jsou pro nemocného člověka naprosto zásadní. Ne takové to že „možná pomůže“. Musí být přesně definované o kolik pomůže a že nemá alternativu. Pokud má alternativu, pak to není VILP. Když jsem například já přišel do revmatologie, žádná biologická léčba nebyla, lidi jsme léčili metotrexátem, zlatem, delagilem apod. Pak přišla biologická, léčba, dokonce si pamatuji, že u té první se přerušily v USA klinické studie, protože americký úřad vyhodnotil, že je neetické dále v ní pokračovat, když se našel lék, který by v praxi mohl být tak revoluční. Přeskočili určitou fázi studie a rovnou lék dali pacientům, berte to v uvozovkách, říkám to velmi nahrubo. A to je ten VILP – když nastane opravdový skok, ne že tady mám dvacet molekul a teď si vymyslím dvacátou první, která je trošku modifikovaná.

## **Stačí zavést takovou změnu opravdu jenom vyhláškou?**

Ano, v zákoně je zmocnění.

Nemohli jsme dopustit další „Děkujeme, odcházíme“

## **Ambulantní lékaři tvrdí, že tak, jak jsou nastaveny úhrady, dochází k nedovolené podpoře nemocnic a chtějí si na ni stěžovat u Evropské komise. Mají šanci uspět?**

U soudu člověk nikdy neví, není asi rozumné predikovat, jak rozhodne. Budeme muset jeho rozhodnutí akceptovat. Domnívám se ale, že šance ambulantních lékařů není velká, protože vše, co děláme, děláme v souladu se zákonem. Některé změny v úhradách jsou samozřejmě dané politickým rozhodnutím. Jak si ale před tím mohly nemocnice stěžovat, že jsou hůře placeny než terén, tak teď má tento pocit terén.

## **Také si stěžují, že ministerstvo ovládají už několik let lidé z velkých nemocnic a oni jsou proto bití.**

Samozřejmě je pravda, že úhrady jsou nastavené tímto směrem. Stát je odpovědný za to, aby zdravotnictví fungovalo. Zajímalo by mě, zda si lidé, kteří takto mluví, uvědomují, jak by to tu vypadalo, kdyby se tento krok neudělal. Najednou bychom tu měli problém, jako bylo Děkujeme, odcházíme. Špitály by se zavřely, co by se s těmi pacienty stalo? Praktici nebo specialisté by je zachránili? Vláda rozhodla v situaci, která tu nastala po akci Děkujeme, odcházíme, viděli jsme, co udělal rok 2013 se špitály, jaké měly schodky v hospodaření. V tu chvíli nešlo dělat nic jiného, než nějak začít hasit.

## **Lékaři z nemocnic utíkají do soukromých ambulancí, což by naznačovalo, že tam budou mít lepší život. Nemocnice si stěžují, že musejí mnoho práce dělat právě za ambulance, které se odpoledne zavřou a více se o pacienta nestarají. Jak přimět terén, aby si pořádně dělal svou práci? A na druhou stranu, jak vyhovět doporučením třeba OECD, nebo Evropské komise, abychom kladli větší důraz na ambulantní péči, než dosud?**

Úhrady byly v ambulantním sektoru letitě nadhodnoceny. Pojišťovny je samozřejmě podporovaly, protože byl pro ně důležitý nábor pacientů. Ten se chtě nechtě děje přes lékaře. Lékař ať už verbálně nebo non verbálně, může naznačovat pacientovi, zda je, nebo není s pojišťovnou, spokojený. Na číslech je vidět, že menší pojišťovny preferovaly terén, velká pojišťovna zachraňovala nemocnice. Do



úhradových vyhlášek proto dáváme například sblížení individuálních úhrad za relativní váhy, nebo sblížení lůžko dnů v následné péči. Ukazuje se totiž, že v nemocnici leží dva pacienti se stejnou diagnózou na stejném oddělení, vedle sebe, každý od jiné pojišťovny. A každá pojišťovna platí velmi rozdílnou platbu. Je-li to mezi zařízeními, tak ještě dejme tomu, některé je lepší, jiné horší. Tam si to můžeme vysvětlit. Ale když v tom samém leží dva se stejnou diagnózou a každý na sebe dostává jiné finanční prostředky, to je prostě divné. Opravdu pojišťovna lépe vyjednává? Anebo jenom pošle smlouvu a nezbývá, než ji akceptovat, když chci dostat alespoň něco?

**Mě by to nepřipadalo divné, pokud by se služby skutečně nakupovaly. Prostě někdo nakoupil za nějakých lepších podmínek.**

To se ale neděje. Zvláštní je, co se děje tam, kde bychom očekávali nějakou objemovou úsporu. Třeba u VZP, kde je sto pacientů bych měl menší úhradu, než třeba u malé pojišťovny, kde mám pacientů pět, ale ono to je přesně obráceně. Když se podíváte na zprávy, které dáváme do parlamentu, přesně vidíte, kam pojišťovny směřují finance. Malé je směřují do terénu a velká do nemocnic, díky čemuž do jisté míry mírně dotuje i pacienty z jiných pojišťoven a dané zdravotnické zařízení nějak funguje.

**Rádi praktikům přidáme – za lepší kvalitu**

**A jak tedy přimět soukromé lékaře, aby rozšířili či zkvalitnili své služby a mohli si za ně žádat lepší peníze?**

Debatu na toto téma vedeme každý rok. Bohužel nejvášnivěji právě v době před vyhláškou, kdy je už relativně málo času s tím něco udělat. Pak to vždy opadne a vrátí se zase za rok. Snažím se debatu otevírat i během roku, ale ochota partnerů je menší. Nabízíme třeba praktickým lékařům, aby dostávali více peněz za preventivní prohlídky, tedy za něco, co pacientovi přinese nějaké zlepšení zdraví. Oni to odmítají. Chtějí navýšit platby za kapitaci. Opakovaně to tak staví. Opakovaně říkám, že bych jim rád přidal, ale za něco, co zlepšit kvalitu péče o pacienty. Za něco, co prodlouží dobu přežití v ČR, nebo prodlouží přežití ve zdraví. Říkám jim – vymýšlejte z terénu, co by zlepšilo kvalitu života, kvalitu zdraví v ČR a já to budu v úhradové vyhlášce podporovat.

**Možná by mohli rozšířit i délky služeb, rozsah návštěvní služby atd.?**

Nemocnice má otevřeno 24 hodin, pořád, kdykoliv tam přijdete, najdete pomoc. V terénu to takhle není, tam se ordinuje od sedmi do sedmi v lepším případě, ale to výjimečné, spíše od osmi do tří. A pak se ordinace prostě zavře. Moc rád bych podporoval například jednodenní chirurgii, nebo jednodenní výkony. Trabl je, že se udělá jednodenní výkon a ve čtyři se zavře. Já to z terénu znám, když se něco stane v noci, rána začne krvácet, nebo nastane jakákoliv jiná komplikace, pacient se bez zprávy najednou objeví někde v nemocniční ambulanci, protože ta je otevřená. Lékař, který tam je, nemůže vědět, co se vlastně děje. Nejsou to případy ve 100 procentech, ale nějak se řešit musí. Opakovaně mám požadavky na podpoření jednodenní chirurgie. A já říkám, že jí podpořím velmi rád, ale když se řekne A, tedy chceme jednodenní chirurgii, musí se říci i B, co bude s pacienty, kteří budou mít komplikaci. Není možné pacienta vystavit situaci, kdy přijde se svým problémem do nějakého zdravotnického zařízení bez anamnézy, bez zprávy. Zařízení, kde je odoperován, za něj musí mít 72 hodin, nebo dva týdny, podle povahy zákroku, odpovědnost. A to už se ale nikomu tak úplně nechce.

**A co když nemá smysl vůbec něco měnit? Když nemocnice fungují a terén nechce převzít za pacienta širší odpovědnost, tak prostě bude mít v úhradách smůlu?**

Jednání s nimi vždy začínáme požadavkem, aby něco nabídli. Říkám jim: Pojdte mi říci, co si jako doktoři, protože já to všechno nevymyslím, vymyslíte, že uděláme společně, aby zdraví populace bylo lepší, aby přežití bylo delší a ve zdraví. No a výsledek je...

**Co provést nějaký průzkum mezi občany, co jim chybí v primární péči. Není to sice medicínské, ale přeci také důležité hledisko?**

Když se mě někdo zeptá, co si myslím o tom, že u nás v průměru občan navštíví lékaře jedenáctkrát do roka a jak je to špatně, odpovídám protiotázkou: Proč je to špatně? Protože v Německu je těch návštěv šest a u nás je jedenáct? A víte vy vůbec, jestli v Německu započítávají další služby jako návštěvu psychologa, farmaceuta a já nevím, koho dalšího? Nebo tu prostě jen máte nějaké číslo a vůbec nevíte, co za ním je? Pro mě je důležitý výsledek. Máme srovnatelnou péči se zeměmi, které dávají v procentu HDP na zdravotnictví víc, a to hlavně v cash platbách. Když my dáváme cca 1000 euro, oni dávají cca 3000 euro. Pokud máme tady srovnatelnou kvalitu, tak já nebudu řešit, proč pacient chodí k lékaři jedenáctkrát. Třeba bych to měl řešit. Ale je to špatně? Ukažte mi jeden jediný argument, který říká, že to snižuje kvalitu péče, zkracuje život, znevýhodňuje pacienta. Já nic takového nevidím. Mnozí vaří z vody, vidí dvě čísla, ani nevědí, co za nimi je.

**Vysoký počet návštěv měl dosvědčovat, že je nadužíván zdravotnický systém a to že stojí peníze. Je ale pravda, že dnes jsou paušály. Byla to ale mantra, která se kdysi dobře prodávala.**

Přesně. Ona se lehce prodává lidem, kteří tomu nerozumí a porovnají si jen dvě čísla. Hele Německo, no ti jsou skvělí – šestkrát, Čechy hrůza jedenáctkrát. Při způsobu úhrad, který je v podstatě paušálový.

**Na navýšení lékárníkům není prostor**

**Lékárníci říkají: My jsme ti jediní, kteří jsou několik let poškozování, máme stále méně. Mají pravdu v tom, že nerostl finanční objem léků vydaných na recept a tím pádem jim klesly příjmy. Požadují plnou kompenzaci za zrušené poplatky. Nakolik může jejich situaci změnit růst segmentu léků, ke kterému dochází po několika letech stagnace?**

Zatím to není definitivní. Segment ale mírně roste, na léky a zdravotnické prostředky počítáme v příštím roce navýšení 830 miliónů korun, z toho asi 400 miliónů nebo půl miliardy půjde na vrub receptových léků, tzn. že zisk z přírážky stoupne, je to asi 20procentní průměrná marže na lék, což bude částka někde kolem 100 miliónů korun, které přijdou navíc do segmentu lékárníků. Uznávám, že to není mnoho, ale něco to je. Nelze říci, že objem peněz pro lékárníky klesá, jako v minulých letech. Letos už stoupl a teď roste dál.

**Co bylo důvodem letošního růstu?**

Již zmíněné vyčerpání efektu revizí.

**Není tedy důvod dělat pro lékárníky jiné změny?**

Nemáme tam už větší prostor. Kroky, které já nemohu ovlivnit, tzn. slib navýšení platů, dva tisíce za sestru, centrové léky, limit na doplatky... tím vším je vyčerpáno natolik, že se mi tam už další investování nevejde.

## DRG Restart? Jsem optimista

**Pojďme od současných úhrad, k přípravě na budoucnost. Stihne docent Dušek, ředitel ÚZIS, v oblasti DRG to, co si předsevzal a v těch termínech, které si předsevzal?**

Jsem optimista. Vzhledem k tomu, že zatím jede podle schváleného harmonogramu. DRG Restart běží díky grantu EU a to je náročnější, než kdybyste dostal peníze od státu, dvakrát tak kontrolované. Píšete každý půl rok monitorovací zprávu, sleduje se, zda plníte milníky, nebo to, co jste si předsevzal. Plus vás sleduje i porada vedení ministerstva, které podává pan docent Dušek informaci každý čtvrtrok. Pokud se něco nepokazí, měl by projekt klapnout.

**Zdravotnická veřejnost je netrpělivá, vy jste už u našeho kulatého stolu ovšem upozornil, že implementace nového DRG musí jít postupně. Kde se projekt nachází?**

Máme první sběr dat, první sadu nových relativních vah.

**Dokážete poznat, že je ta sada dobrá? Že se povedla?**

Úplně ne. Vše se nyní kontroluje, porovnává a vychytávají se chyby.

**Co je tedy měřítkem, že projekt postupuje správně?**

Když vezmeme finance, které máme dnes k dispozici a začneme je rozdělovat spravedlivěji, měly by stačit dál. Možná je to jen nastavené tak, že jeden špitál dostává nepřiměřeně moc a druhý nepřiměřeně málo. Tím pádem ten, co dostává moc, si žije hezky a může i trochu hýřit. Zatímco ten, co dostává málo, musí příliš šetřit. Nyní tedy budeme mít nějakou sadu relativních vah a začneme ji aplikovat na jednotlivé nemocnice. Na oněch 40 nemocnic, od nichž jsou sbírána data. Je v nich třeba 25 gynekologických a porodnických oddělení. Z jednoho mi vyjde, že náklady na relativní váhu jsou třeba 25 tisíc, z druhého 35 tisíc, z dalšího 55 tisíc korun. Není to, co dostávají od pojišťovny, ale jsou to skutečné náklady, tedy kolik na to oddělení přijde tzv. z budovy, která přerozděluje peníze, které přijdou z pojišťovny. Pak se začneme ptát, jak je možné, že tady to stojí tolik a tady tolik, je to tím, že tady mají onko-chirurgické zásahy a tady mají třeba jen levnější výkony? Tento benchmarking nám začne říkat, na co se máme zaměřit. Je možné, že se ukáže, že všechna gynekologicko-porodnická oddělení v celé republice mají průměrně náklady 25 až 27 tisíc korun a my jenom řekneme – tak to je dobře nastavené. Může se ale ukázat, že jsou tam rozdíly, které nemají žádné odůvodnění, že tam nemají těžší případy a jenom jsou rozmařili.

**Velice důležité ale je, z jakých se vychází dat...**

Jsou to ekonomická nákladová data z nemocnic.

**Tak to by měla být dobrá?**

Nejsou to jen tak nějaká data, která nemocnice pošle dobrovolně a dle svého uvážení. Ona je pod smlouvou, jsou u toho naši lidé z ÚZIS. Nastavují systém, data by měla být maximálně pravdivá. Jsem optimista. Selským rozumem si dokážu představit, že dříve, nebo později benchmarkingem najdeme nějaké rozdíly a začneme je analyzovat. Možná jsou odůvodněné, možná ne. Implementace nového DRG vychází z premisy, že asi neodůvodněné jsou. Já jsem je zažil v Thomayerově nemocnici, když jsem tam přišel dělat náměstka. Byly tam neodůvodněné rozdíly v úhradách nočních služeb. Nebylo ale dost dobře možné seknout konkrétní oddělení, protože by mi lékaři mohli odejít, nebo přestat sloužit. Co jsem tedy udělal? Zabrzdil jsem je a ostatní jsem postupně dotahoval na jejich úroveň. Trvalo mi to dva, tři roky a srovnalo se to. Člověk nesmí být zbrklý. Něco podobného budeme aplikovat i

u úhradové vyhlášky. My jim nebereme, prostě je stopneme a dotahujeme k tomu ostatní a pak už budou moct jet všichni společně. Tím mluvím i o strategii do budoucna. Až budu mít pocit, že je to vyrovnané, že terén i nemocnice dostávají správně, tak pak peníze, které se vyberou nově, dostanou všichni.

Hlavně, aby se to stihlo, než přijde hospodářská krize, aby bylo z čeho vyrovnávat. Slyšel jsem také námitku, že kvůli tomu, že se tvoří nové DRG, bylo to staré zcela zastaveno, už se nekultivuje, nedělá se vlastně nic. Než se začne používat nové DRG ještě chvíli potrvá a systém tak bude stagnovat několik let. Nemůže zastavení kultivace stávajícího DRG poškozovat některé obory?

V tuto chvíli dostává zdravotnické zařízení za určitý objem práce (vyjádřeno v relativních váhách) určitý finanční obnos – paušál. Nezáleží na tom v jakém oboru relativní váhy vykáže. Nemocnice se zase tak rychle nerestrukturalizují. Myslím si tedy, že vámi zmíněná obava je neopodstatněná, protože máme úhradový paušál v tom množství peněz, které nemocnice dostanou za produkční paušál. Do úhradové vyhlášky jsme zavedli možnost náhrady vykázané produkce na lůžkách produkcí v ambulancích. Tedy snažíme se podpořit restrukturalizaci nemocnic směrem k ambulanci péči.

### **Jak postupně najede nové DRG, tak pak už se nebude hradit paušálem?**

Až se podaří zvést nové DRG, pak bychom teoreticky měli péči začít více nakupovat. Pojišťovna řekne hele, vy tu děláte dobře gynekologii, tak pojdte se dohodnout, že nám slevíte pět procent a my si u vás objednáme více porodů, nebo něčeho jiného. Až se ceny srovnají, bude mnohem větší prostor pro vyjednávání pojišťoven s těmi zařízeními. Někdo zjistí, že je třeba schopen to dělat ne za 27 tisíc relativní váhou, ale třeba v tom oboru za 26 tisíc, protože byl zvyklý se uskomnit, má lepší dodavatel-sko-odběratelské vztahy apod. Pak má pojišťovně co nabídnout.

### **K takové změně může dojít bez úpravy zákonů?**

V podstatě ano, protože úhrada je věcí dojednání mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnou.

### **Takže by mohly pojišťovny nakupovat, pokud by se v systému udělal pořádek přes DRG?**

Věřím tomu, a proto jsem tady.

### **Nemám v sobě touhu politika**

**Na ministerstvu zdravotnictví působíte jako odborný náměstek, zároveň jste jednou nohou v politice. Jak se vidíte v budoucnosti? Nakolik Vás politika skutečně láká, nebo spíše vypomáháte kolegům z KDU?**

Práce na ministerstvu mě výrazně uspokojuje, mám pocit, že se tu dají pozitivně ovlivnit docela významné věci. Pozice náměstka je natolik zajímavá, že mě nějaké další pozice netáhnou. Medicína se sice neřídí jen ekonomickými pravidly, nebo pobídkami, ale jako jakýkoliv jiný obor, je hodně právě o nich. Díky tomu mám pocit, že tu je ještě spousta práce, kterou je potřeba udělat.

**Na druhou stranu tím, že jste do ekonomiky zdravotnictví pronikl tak hluboko, musíte cítit, že někde jsou politické bariéry, které by také bylo výzvou překonat, že jsou témata, za která byste se dokázal postavit a prosazovat je.**

Ano, určitě. Z mého pohledu je ale mnohem účinnější, chodit a poslancům ze zdravotního výboru a dalším, vysvětlovat zákonitosti zdravotnictví a naše kroky a případně, když tu zkušenost nemají, tak

jim ji sdílet. Přijde mi to mnohem efektivnější, jsou to normální, fajn lidé. Jsou lepší i horší, ale fakticky, když s nimi promluvíte a vysvětlíte jim své důvody a nápady, tak oni jsou velmi otevření podpořit správné řešení. A pokud uznají, že to, co říkáte, má hlavu a patu, tak to tak udělají a člověk má uspokojení z toho, že se věci někam posunuly. Novelizovali jsme několikrát osmačtyřicítku, ne že bych byl ze všech změn nadšený, ale ze spousty z nich nadšený jsem, nebo jsem rád, že jsem u nich mohl být. Nemám v sobě touhu politika, chytit se mikrofonu, když ho vidím a hned dlouho hovořit. Asi mám tak nastavenou duši. (Tomáš Cikrt)

*Zdroj: Zdravotnický deník*

## Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění

### Revoluce v preskripci ze strany praktických lékařů, či potvrzení existujícího stavu?

Dne 1. 1. 2018 nabude účinnosti novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, která mimo jiné váže možnost stanovení podmínek úhrady léčivému přípravku z důvodu zajištění jeho účelného a hospodárného používání (tj. v zásadě z ekonomických důvodů) pouze na situace, kdy jsou pro takové omezení zároveň dány odborné důvody.

Aktuální novela je ze strany jejího předkladatele, bývalého ministra zdravotnictví Leoše Hegera, v důvodové zprávě prezentována jako změna, která by měla zabránit limitaci preskripce na specialisty pouze z finančních důvodů. Dle předkladatele jde o často využívanou praxi, přičemž takové omezení je zbytečné a vychází z panujících obav, že umožnění preskripce praktickými lékaři by vedlo k velkým nákladům (s ohledem na větší dostupnost takové léčby). Kvůli uvedené limitaci je pak pacient často zbytečně odeslán ke specialistovi, i když by mohl léčbu z odborného hlediska indikovat praktický lékař sám.

V důvodové zprávě se zdůrazňuje centrální role praktického lékaře, která je žádoucí nejen z pohledu vyššího komfortu pacientů z hlediska časové a místní dostupnosti, ale také z důvodu vyšší ekonomické efektivity péče, která je praktickému lékaři hrazena paušálně na základě kapitační platby, kdežto specialistovi podle množství provedených výkonů.

Smysl předložené novely tak má podle důvodové zprávy spočívat v jednoznačném stanovení pravidla, že pokud nejsou dány odborné důvody, proč by praktický lékař nemohl přípravek předepsat, nebude Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) moci preskripční omezení stanovit. Těmito odbornými důvody mohou být například dostatečná zkušenost a kvalifikace odborníka pro stanovení správné diagnózy a pro zahájení, vedení a hodnocení průběhu léčby. Jinými slovy, pouhý předpokládaný vyšší dopad do rozpočtu zdravotních pojišťoven by sám o sobě neměl být důvodem k rozhodnutí SÚKL o tom, že léčivý přípravek nemá být předepisován k úhradě praktickým lékařem. Omezení preskripce hrazených léčiv na určitou odbornost by mělo být jednoduše spojeno jen s odbornými důvody.

### Jaký je tedy současný stav?

Na rozdíl od důvodové zprávy se domníváme, že již v současné době SÚKL staví odůvodnění rozhodnutí o stanovení preskripčních podmínek převážně na odborných důvodech. Ve většině případů, se kterými jsme měli možnost se setkat, SÚKL uvádí, že důvodem omezení preskripce na specialistu je účinnost a bezpečnost. Ekonomické důvody SÚKL prakticky nikdy samostatně neuvádí. V souladu s tím pak při rozšíření preskripce na další odbornost nebo při uvolnění preskripce na praktické lékaře jsou hodnoceny především odborné důvody, zejména se SÚKL zabývá kvalifikací a erudicí praktických lékařů při diagnóze, zahájení a vedení léčby dotčeného onemocnění a v rámci posouzení zkoumá např. odborná doporučení. Rozhodující roli má pak často názor relevantních odborných společností sdružujících specialisty (otázku, zda je to správně z pohledu střetu zájmů, ponechme pro tento článek stranou).

V některých správních řízeních dokonce dochází k tomu, že odborná společnost sdružující praktické lékaře navrhne uvolnění preskripce na praktiky, přičemž s takovým návrhem vyjádří nesouhlas některá z odborných společností sdružujících specialisty. Na základě toho pak SÚKL preskripci neuvolní. I v tomto případě však argumentace stojí především na polemice o dostatečné/nedostatečné odborné způsobilosti praktických lékařů zahájit a vést léčbu přípravkem, o jehož úhradě je rozhodováno. Jakkoli mohou být mnohdy argumenty zjednodušené a závěr SÚKL v konečném důsledku motivován i



jinými než odbornými hledisky, obecně platí, že ekonomické důvody nejsou téměř nikdy uváděny samostatně. SÚKL tyto argumenty používá spíše sekundárně ve vazbě právě na odbornou způsobilost s tím, že při odborně neodůvodněné preskripci bude docházet k plýtvání prostředky veřejného zdravotního pojištění.

Uvedený postup ostatně dává smysl. Pokud by preskripční omezení bylo založeno pouze na ekonomických důvodech, pak by takový přístup mohl ve svém důsledku vést k omezení dostupnosti léčby pro pacienty. Takový výsledek je však z pohledu zdravotního systému nežádoucí, protože zohledňuje pouze jednu složku veřejného zájmu – úspory, zatímco zajištění dostupnosti zdravotní péče a práva pacienta – pojištěnce opomíjí.

Je zřejmé, že s uvolněním preskripce na praktické lékaře může fakticky dojít k nárůstu spotřeby. Tato skutečnost však může být projevem nikoli nadužívání péče, ale naopak může ukazovat na předchozí nedostatečnou dostupnost léčby při omezení hrazení pouze na specialisty. Nárůst finanční zátěže prostředků zdravotního pojištění je v takovém případě adekvátní, naopak fixování předchozího stavu s odkazem pouze na ekonomické důvody těžko obстоjí.

### **Jaký je skutečný dopad novely – co se změní?**

Stávající praxe SÚKL z našeho pohledu tedy v zásadě už dnes novelle odpovídá. Přínos novely tak spatřujeme především v tom, že od 1. 1. 2018 již SÚKL nebude moci ekonomické důvody použít samostatně pro stanovení podmínek úhrady vůbec, na rozdíl od současné situace, kdy to zákon umožňuje. Zásadní posun však s ohledem na výše uvedené neočekáváme a přínos novely je tak spíše v tom, že vyjasní vztah mezi ekonomickým a odborným hlediskem.

Na tomto místě dlužno podotknout, že novela se netýká pouze stanovení preskripčních podmínek úhrady (jak se může mylně zdát z důvodové zprávy), ale týká se stanovení podmínek úhrady obecně, dopadá tedy i na podmínky indikační. I pro ně bude platit zcela shodně, že by neměly být odůvodněny pouze ekonomickými důvody.

Bylo by však chybou domnívat se, že ekonomická kritéria nebudou do budoucna hrát žádnou (nebo jen marginální) roli. Léčivý přípravek bude muset samozřejmě i nadále splňovat podmínky nákladové efektivity a akceptovatelného dopadu do rozpočtu, což jsou kritéria, která mohou být mimo jiné významně ovlivněna i vhodnou volbou podmínek úhrady.

### **Znamená to tedy, že od 1. 1. 2018 mohou praktičtí lékaři automaticky předepisovat více léčivých přípravků než doposud?**

Nikoli. Co se týče léčivých přípravků, u kterých byla či budou stanovena preskripční omezení pro praktiky před 1. 1. 2018, situace se k uvedenému datu nijak nezmění a lékaři budou těmito omezeními vázáni až do jejich případné změny. Taková změna ale může proběhnout pouze v rámci správního řízení (o stanovení/změně výše a podmínek úhrady), kdy v rozhodnutí bude SÚKL povinen novelu zohlednit. Pokud tedy existuje nyní léčivý přípravek, jehož podmínky úhrady byly v rozhodnutí odůvodněny výlučně finančními důvody, znamená novela jistě důvod pro přehodnocení těchto podmínek. Až do účinnosti takové změny podmínek úhrady se však lékaři budou muset při preskripci pochopitelně i nadále řídit podmínkami úhrady stanovenými SÚKL. V opačném případě nebude přípravek pacientovi ze zdravotního pojištění uhrazen. Platnou podobu podmínek úhrady hrazených přípravků lze vždy zjistit na stránkách SÚKL.

V případě jakýchkoli dotazů či zájmu o další informace k výše uvedenému tématu můžete kontaktovat redakci, případně přímo autory z konzultační společnosti Pharmadvice, s.r.o. (MUDr. Libor Škárka, Ph. D., Mgr. Martin Dymáček)

*Zdroj: Medical Tribune*

## Pro placení drahé péče mají být pravidla, ne výjimky, shodují se odborníci

Pro placení drahé specializované péče zdravotními pojišťovnami mají být podle odborníků jasná pravidla. Nyní se platba péče o pacienty, kteří nesplní potřebná kritéria, často individuálně posuzuje na výjimku, kterou umožňuje zákon o veřejném zdravotním pojištění. Informace zazněly na konferenci Udržitelnost zdravotní péče.

Zákon v paragrafu 16 stanoví, že zdravotní pojišťovna ve výjimečných případech hradí zdravotní služby jinak nehrazené, pokud je to jediná možnost z hlediska zdravotního stavu pacienta. Pokud nehrozí nebezpečí z prodlení, musí souhlasit revizní lékař.

Podle předsedkyně České onkologické společnosti Jany Prausové nemá paragraf 16 ve zdravotnictví místo. „Revizní lékař nemá šanci říct, že jde o jediný způsob péče. Dáváme na něj těžké břímě opravovat docenty a profesory,“ dodala. Na konferenci také zaznělo, že některé nemocnice mají interně používání paragrafu 16 zakázané. Jediná možná léčba?

Podle Emílie Bartůškové z Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) tento paragraf říká, že jde o výjimečné situace. Přesto ale zdravotní pojišťovna, která má mezi klienty asi 60 procent obyvatel, zaplatila tuto přiznanou péči za více než miliardu korun. V posledním roce zamítla jen necelou desetinu žádostí z více než 14.000. Velký tlak na využívání paragrafu 16 cítí i předseda Svazu zdravotních pojišťoven, který sdružuje zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, Ladislav Friedrich. Podle něj je ale obtížné stanovit, co přesně znamená „mimořádný“ a „jediná možná léčba“.

Případy, kdy pojišťovny léčbu zamítnou, protože pacient nesplní všechna kritéria pro její proplácení, jsou často medializované. Jen letos jich bylo několik a týkaly se různých zdravotních pojišťoven. V některých případech se pacienti proplácení péče poté domohli, další se začínají se svými pojišťovnami soudit.

Nejčastěji pojištěnci na výjimku podle paragrafu 16 žádají o takzvanou biologickou léčbu ve specializovaných centrech. Tyto moderní léky působí jen na molekuly a pochody, které jsou typické pro buňky spojené s nádorovým nebo autoimunitním onemocněním a v buňkách normálních tkání se buď nevyskytují vůbec, nebo jen v malé míře. Léčiva zlepšují či opravují schopnost sebeobranu organismu. Používají se například pro léčbu autoimunitních chorob, jako jsou lupénka, revmatoidní artritida a roztroušená skleróza, nebo rakoviny.

„Zhruba 20 miliard dáme za léky pro téměř šest milionů pojištěnců. Deset miliard dáme za centrovou péči pro 35 000 pacientů. To je jedna třetina,“ řekl ředitel odboru úhrad VZP Jiří Mrázek. Náklady na tyto léky vyráběné z buněk živých organismů rostou v posledních letech meziročně řádově o miliardy korun. Návrh úhradové vyhlášky pro příští rok počítá s růstem o 1,5 miliardy.

Podle náměstkyně ředitele pro ekonomiku a finance Fakultní nemocnice Ostrava Petry Lampartové by letošní úhrady nemusely být meziročně o tolik vyšší, jako byly v předchozích letech kvůli snížení úhradových cen ze strany Státního ústavu pro kontrolu léčiv a využívání klinických studií, z nichž se specializované léky hradí. Ceny snižuje i zavádění nových léků se stejným složením jako centrová léčiva v případě, že jim skončí patentová ochrana. (ČTK)

*Zdroj: Lidovky*

## Launch of first network of Parliamentary Advocates for Rare Diseases

17 October 2017, Brussels – The first network of Parliamentary Advocates for Rare Diseases launches today at the European Parliament in Brussels.

EURORDIS-Rare Diseases Europe, an alliance of over 700 rare disease patient organisations, is leading the launch of the new network with the aim of bringing together members of the European and national parliaments to ensure strong international and local action, shape political input for current and future legislation and integrate rare diseases into all relevant policies at all levels.

During the launch event ‘Juggling Care and Daily Life: The Balancing Act of the Rare Diseases Community’ participants will hear about the reality of living with a rare disease.

Event speakers include MEP Françoise Grossetête, herself a Parliamentary Advocate for Rare Diseases and patron of the event, Martin Seychell, Deputy Director-General DG SANTE of the European Commission, and patient representatives Terkel Andersen, President of EURORDIS, Avril Daly, Vice-President of EURORDIS and CEO of Retina International, Lise Murphy, from the Swedish Marfan Association and Yann Le Cam, CEO of EURORDIS-Rare Diseases Europe.

### **Why a network of Parliamentary Advocates for Rare Diseases?**

Rare diseases as a public health issue, and the very notion of rarity, have long justified an approach that goes beyond national borders. Over the last 20 years, efforts to create breakthrough legislation in support of rare diseases and orphan medicines have been driven for the most part by the EU institutions.

The EU Regulation on orphan medicinal products, the Council Recommendation on action in the field of rare diseases and European Reference Networks demonstrate the added value a European approach can bring to improving the lives of the people living with a rare disease in Europe.

However, despite advances over the years, many major challenges remain today for European citizens living with a rare disease. These challenges raise important questions as to what more the European Union could do to generate further progress or to eradicate inequalities in research, access to medicines, health and social care between and within Member States.

The network of Parliamentary Advocates for Rare Diseases will help tackle these challenges by fostering cross-border EU collaboration.

To find out more about the Parliamentary Advocates for Rare Diseases contact Valentina Bottarelli, Head of European and International Advocacy at EURORDIS.

### **EURORDIS-Rare Diseases Europe**

EURORDIS-Rare Diseases Europe is a unique, non-profit alliance of over 700 rare disease patient organisations from more than 60 countries that work together to improve the lives of the 30 million people living with a rare disease in Europe. By connecting patients, families and patient groups, as well as by bringing together all stakeholders and mobilising the rare disease community, EURORDIS strengthens the patient voice and shapes research, policies and patient services. Follow @eurordis or see the EURORDIS Facebook page. For more information, visit <http://www.eurordis.org>.

### **Rare diseases**

The European Union considers a disease as rare when it affects less than 1 in 2,000 citizens. Over 6000 different rare diseases have been identified to date, affecting over 60 million people in Europe and the USA alone. Due to the low prevalence of each disease, medical expertise is rare, knowledge is scarce, care offering inadequate and research limited. Despite their great overall number, rare disease patients are the orphans of health systems, often denied diagnosis, treatment and the benefits of research.

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