
Vzácná onemocnění a hlavní události ve zdravotnictví

Listopad 2017

Vážení přátelé,

přinášíme Vám listopadové číslo Čavonovin, ve kterém chceme upozornit na hlavní události v oblasti vzácných nemocí a zdravotnictví, které se objevily v médiích.

V listopadu se konalo setkání Pacientské rady a Ministerstva zdravotnictví ČR, na kterém byly projednávány jednotlivé formy spolupráce včetně procesu sestavení Pacientské rady a jejího fungování. ČAVO využilo prvního zasedání Pacientské rady k podnětu - vyjádření nesouhlasu s návrhem novely vyhlášky 376/2011. Nově zvolená Pacientská rada plně podpořila písemný podnět podaný ČAVO.

Novela o specifických zdravotních službách přinesla změnu v lékařských posudcích o zdravotní způsobilosti dítěte, které budou nově platit dva roky, nikoli jen rok.

Česká lékárnická komora navrhuje systém, ve kterém by lékař i pacient dopředu znali výši doplatku léku na předpis. V současnosti je praxe taková, že tento doplatek se může různit. Například v nemocničním zařízení, popřípadě v některých lékárnách, mohou mít výrobci léků s tímto zařízením určitou dohodu a slevu. To by se ale mělo podle České lékárnické komory změnit. Všude by měly být doplatky stejné.

Srdečně zdraví

Anna Arellanesová, předsedkyně ČAVO

Vzácná onemocnění

Zástupci pacientů na setkání s Ministerstvem zdravotnictví ČR jednali o formách spolupráce

Dne 8. listopadu se konalo setkání Pacientské rady a Ministerstva zdravotnictví, které se věnovalo jednotlivým formám spolupráce, včetně procesu sestavení Pacientské rady a jejího fungování. Dalším tématem, které se pacientů přímo týkalo, byly eRecepty a lékové záznamy. O nich hovořil ředitel odboru IT SÚKLu Petr Koucký. Ministerstvo zástupce pacientů též informovalo o postupující práci na připravované legislativě, Norských fondech a databázi patientských organizací.



[DALŠÍ INFORMACE A PREZENTACE NA STRÁNKÁCH MZČR](#)



Otazníky nad vysoce inovativními léčivými přípravky

Ministerstvo připravilo novelu vyhlášky, v níž zpřísňuje podmínky pro VILP, které získávají dočasnou úhradu ze zdravotního pojištění. Návrh novely dané vyhlášky však vyvolal obavy jak z řad patientských organizací, zejména těch, které sdružují pacienty se vzácnými onemocněními, tak u farmaceutických firem.

[CELÝ ČLÁNEK](#)

Zdravotnictví

Posudky o zdravotní způsobilosti dítěte budou platit dva roky

Lékařské posudky o zdravotní způsobilosti dítěte budou platit dva roky, nikoli jen rok. Změnu přinesla novela o specifických zdravotních službách, která také zjednodušuje postupy při vydávání lékařských posudků.



[CELÝ ČLÁNEK](#)



Česká lékárnická komora chce změnit systém doplatků na léky

Česká lékárnická komora plánuje revoluci v přiřazení léků na předpis. Lékárníci chtějí, aby pacienti za konkrétní preparát platili v každé lékárně stejně.

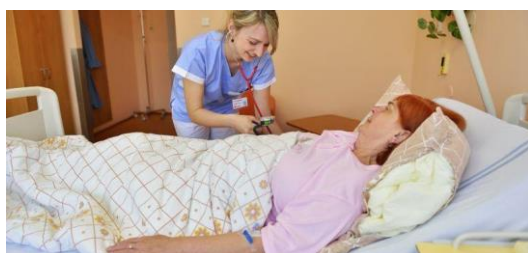
[CELÝ ČLÁNEK](#)

Ministr Ludvík: Do systému pro eRecept se zapojila již většina lékařů

Na tiskové konferenci 8. listopadu ministr zdravotnictví Miloš Ludvík uvedl k aktuálnímu stavu příprav zavedení elektronické preskripce, která bude od 1. ledna 2018 povinná, že s přibližujícím se datem povinnosti zavedení eReceptu se zapojení lékařů do systému strmě navyšuje a dnes je jich už většina.



[CELÝ ČLÁNEK](#)



Kdy budou mít centra dost peněz na léčení?

Výdaje na centrové léky v ČR raketově rostou: ze 7,86 miliardy korun v roce 2012 na letošních 15,43 miliardy a úhradová vyhláška počítá s růstem o další 1,5 miliardy korun pro příští rok. Růst nákladů brzdí biosimilars a nově také pojistka v zákoně, aby léky s přínosem men-

ším, než se očekávalo, nebyly z pojištění dál hrazeny.

[CELÝ ČLÁNEK](#)

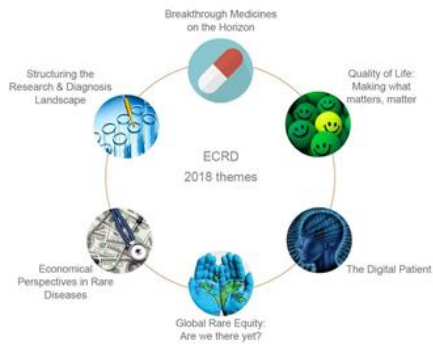
Dočká se zdravotnictví pod novým ministrem potřebných změn?

V čele ministerstva zdravotnictví se od 5. 12. 1989, kdy nastoupil prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc., až po právě končícího JUDr. Ing. Miloslava Ludvíka, MBA, vystříдалo 21 ministrů. S každým byla spojena velká očekávání, která se ale nenaplnila. Po prvních zlomových letech, kdy vznikl pojišťovenský systém a zprivatizovaly se ambulance, se stále čeká na reformu, především financování.

[CELÝ ČLÁNEK](#)



Ze světa



Ve Vídni se bude konat Evropská konference o vzácných onemocněních a léčivých přípravcích pro vzácná onemocnění

Organizace EURORDIS na svých internetových stránkách zveřejnila informace o chystané konferenci, která se bude konat ve dnech od 10 do 12. května ve Vídni. Konference účastníkům nabídne informace o pokroku v oblasti vzácných

onemocnění, výzvách a trendech z pohledu pacientů, i odborné veřejnosti.

[CELÝ ČLÁNEK](#)

Celé články

Zmizí inovativní léky z českého zdravotnictví?

Ministerstvo připravilo novelu vyhlášky, v níž zásadně zpřísňuje podmínky pro VILP, které získávají dočasnou úhradu ze zdravotního pojištění.

Většina aktérů na zdravotnickém trhu by přivítala, kdyby pravidla pro získání statusu vysoce inovativních léčivých přípravků (VILP) doznala změn a stala se jednoznačnějšími. Poslední počín ministerstva zdravotnictví – tedy návrh novely dané vyhlášky – však vyvolal u mnoha z nich řádné zděšení.

„Navrhovanou novelizací vyhlášky č. 376/2011 Sb. by mělo dojít k několika různým změnám, z nichž nejvýznamnější je úprava v oblasti pravidel pro přiznání statusu VILP. Hlavním záměrem změn je zpřesnit některá do jisté míry neurčitá kritéria pro přiznání statusu VILP,“ vysvětluje mluvčí MZ Štěpánka Čechová.

Zástupci farmaceutických firem si současný stav, kdy dostupnost inovativních léků v systému komplikují nejasné normy, uvědomují. „Rádi bychom ale vyjádřili své obavy z navrhovaných úprav, které mohou ve výsledku zvýšit napětí a ještě zhoršit stávající situaci. Z navrhované novely není zcela jasné, jakého cíle má být dosaženo. Sníží však dostupnost léčivých přípravků,“ uvádějí představitelé Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) v připomínkách k navrhované novele.

Obavy z předkládaných paragrafů vyjadřují i zástupci pacientů. Zejména patientské organizace, jež sdružují nemocné se vzácnými chorobami, se obávají, že pro ně nebude k dispozici žádná účinná léčba. Odborníci také většinou kritizují nepřipravenost návrhu. „Novela prováděcí vyhlášky přináší zásadní změnu v oblasti posuzování vstupu vysoce inovativních léků, jimž je pak stanovena úhrada z veřejného zdravotního pojištění. Je zřejmé, že pokud návrh bude přijat, zásadně se tak zpřísní kritéria pro stanovení úhrady v takovém rozsahu, že celá řada inovací se k českým pacientům nedostane. Je tedy překvapivé, že tak zásadní změnu ministerstvo navrhuje bez širší odborné diskuse a naprosto bez koncepčních hlubších úvah o tom, jaké by vlastně mělo být postavení inovací v systému,“ zdůrazňuje advokát Filip Vrabel ze společnosti Ambruz & Dark Deloitte Legal.

Britská studie v centru zájmu

Připomeňme, že status VILP slouží zejména k tomu, že zcela nové a podle obecného předpokladu také velmi pokrokové přípravky, často v diagnózách, kde dosud účinná terapie neexistovala, získají dočasnou úhradu od zdravotních pojišťoven dříve, než se podaří shromáždit data k tomu, aby mohly prokázat nesporný klinický přínos a svou nákladovou efektivitu. Jenže právě tyto parametry, resp. jejich nepřesvědčivost, jsou v některých případech trnem v oku plátcům, regulátorům, zástupcům státu a někdy i lékařům.

„Myslím si, že institut VILP by měl být v České republice zrušen. Pokud je léčivý přípravek účinný, měl by mít stanovenou trvalou úhradu. Dočasná úhrada mi smysl nedává,“ řekla redakci AM Review doc. MUDr. Jana Prausová, Ph. D., MBA, přednostka Onkologické kliniky 2. LF UK a FN v Motole, Praha, svůj osobní názor na institut VILP.

Jak upřesňuje mluvčí Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) Lucie Přinesdomová, v režimu dočasné úhrady je nyní hrazeno devět léčivých přípravků v celkové hodnotě úhrad zhruba 400 milionů korun

za rok. „Z toho je sedm léčivých přípravků určeno k léčbě nádorových onemocnění, v celkové hodnotě úhrad zhruba 340 milionů za rok. Jedná se o vynaložené náklady plátců zdravotní péče,“ doplňuje.

Celkově ale zdravotní pojišťovny za léky moderní terapie letos vydají částku přesahující 15,5 miliardy korun. Zejména v onkologii se přitom do úhrad, a to není řeč jen o České republice, dostávají léky, jejichž přínos je často velmi sporný, jak prokazuje britská studie, na niž se odvolává i MZ (viz Nepresvedčivé drahé léky).

„Podle nám dostupných informací řada zejména onkologických léků na trhu nemá prokazatelný dopad na přežití pacientů nebo na zlepšení kvality jejich života ve srovnání se stávající léčbou,“ říká mluvčí ministerstva. Vysoce inovativní léčivé přípravky mají podle jejích slov oproti ostatním léčivým přípravkům při vstupu do systému úhrad výhodu, že nemusejí dokládat dostatek dat o výsledcích léčby v klinické praxi (např. účinnost, bezpečnost) nebo dat o nákladové efektivitě. V režimu dočasné úhrady se VILP v podstatě až po dobu tří let testuje v podmínkách české klinické praxe po stránce medicínské a ekonomické. „VILP by měl být skutečně výjimečný inovativní léčivý přípravek, který nemá na trhu obdoby. Pokud má léčivý přípravek na trhu podobně účinnou alternativu, není to VILP,“ zdůrazňuje Čechová.

Nová pravidla – husté síto

Nově bude muset lék, který chce získat status VILP, prokázat (pokud ministerský návrh nedozná změn): a) že jako jediný oproti jiné méně účinné léčbě snižuje podíl počtu pacientů ukončujících léčbu z důvodu nežádoucích účinků nejméně o 40 procent, nebo b) že jako jediný oproti jiné méně účinné léčbě prodlužuje celkovou dobu přežití o více než dva roky, nebo c) že jako jediný oproti jiné méně účinné léčbě prodlužuje předpokládanou dobu přežití nejméně o 50 procent (minimálně však šest měsíců) v případě předpokladu přežití kratšího než dva roky, nebo d) že jím léčené vysoce závažné onemocnění dosud nebylo ovlivnitelné jiným přípravkem.

Přestože zástupci farmaceutických firem i další odborníci odhadují, že sítím poté propadne až 90 procent inovativních léků a že se minimálně ještě více zbrzdí vstup novinek na český trh, resort uklidňuje, že pro pacienty se vzácnými onemocněními by neměla být omezena dostupnost hrazené zdravotní péče. „Úpravou pravidel pro přiznání statusu VILP má být docíleno toho, že testování v podmínkách tuzemské klinické praxe bude omezeno jen na případy, kdy je použití daného přípravku unikátní v tom, že daný přípravek nemá alternativu v jiném přípravku anebo oproti jiným možnostem léčby představuje zásadní zlepšení,“ zní stanovisko MZ.

Dodává, že léky, jimž nebude přiznán status VILP, budou moci získat úhradu standardním postupem jako běžné neinovativní léčivé přípravky. Úhrady těchto přípravků se pak přiblíží úhradám jejich alternativ, kdy však oproti těmto alternativám budou moci získat tzv. bonifikaci úhrady. Pacienti mají zase díky navrhovaným opatřením získat vyšší jistotu o účinnosti a bezpečnosti léčiva.

Zároveň se mají šetřit výdaje veřejného zdravotního pojištění. Podle autorů novely náklady na vysoce inovativní léčivé přípravky neustále rostou: v roce 2015 byly téměř dvojnásobně vyšší než v roce 2009. „Z dostupných údajů shromážděných pojišťovnami, coby subjekty s podrobným a aktuálním přehledem o výdajích na hrazené služby, vyplývá, že výdaje z prostředků veřejného zdravotního pojištění na vysoce inovativní léčivé přípravky se v uplynulých letech zvýšily v řádech několika miliard korun a i nadále nezadržitelně rostou. Důvodem nárůstu nákladů je zejména příchod nových vysoce inovativních léčivých přípravků na trh, ale také rozšiřování indikací, ve kterých je možné použít ty vysoce inovativní léčivé přípravky, které už na trhu jsou,“ vysvětluje se v důvodové zprávě k nové legislativě. Ministerská zpráva RIA přínos novelizace rovněž spočítala. Upozorňuje, že pozitivní dopad na rozpo-

čet veřejného zdravotního pojištění lze obtížně vyčíslit, protože zdravotní pojišťovny s farmaceutickými dodavateli sjednávají individuální cenové nebo risk-sharingové dohody. Úsporu vztahenou k nákladům za první tři kvartály roku 2016 (pokud by bylo aplikováno nové hodnocení) odhadla v maximalistické variantě až na 1,75 miliardy korun. Nicméně autoři doplňují, že skutečný přínos bude zřejmě nižší. Blesk z čistého nebe?

Status VILP však nyní představuje jediný speciální zákonný režim, jímž může do veřejného zdravotního pojištění vstoupit originální inovativní lék, u něž není dostatek údajů o nákladové efektivitě anebo u něhož je jasné, že poměr přínosů a nákladů by byl nejprve nepříznivý, ale jen dokud na něj nedopadne eroze cen v důsledku konkurence.

Jak se obávají kritici, novela vyhlášky natolik zpřísňuje podmínky pro VILP, že celá řada léčiv, které status VILP obdržely dosud, by ho již v budoucnu neměla šanci získat, a využít tak režim dočasné úhrady. Standardní trvalou úhradu však kvůli podmínce prokázat nákladovou efektivitu dostanou jen stěží. „Za stávajících podmínek řízení stanovení cen a úhrad téměř není možné prokázat nákladovou efektivitu u léků proti vzácným a jiným závažným nemocím. Tyto léky jsou mnohdy život zachraňující anebo umožňují žít kvalitní a plnohodnotný život člověku, jenž bez léčby bude invalidizován,“ popisují představitelé AIFP.

Nastavení přísných pravidel by tedy mohlo jak farmaceutický průmysl, tak i poskytovatele a pacienti přimět k vyššímu tlaku na získání mimořádné úhrady na paragraf 16 zákona 48. Tato nestandardní cesta bude totiž jedinou možností, jak celou řadu účinných léčiv poskytnout pacientům, kteří by z farmakoterapie profitovali. To však vyvolá ještě větší rozpor mezi dodavateli léčiv a zdravotními pojišťovnami, jimž se využívání paragrafu 16 vůbec nelíbí.

Navrhované změny nejsou podle kritiků dostatečně zdůvodněné a jejich dopady nejsou transparentně analyzovány a probrány s odbornou veřejností. Vyzývají proto MZ, potažmo SÚKL, aby zahájily širší odbornou diskusi o přínosu inovací, jejich postavení v klinické praxi a o tom, jak nastavit nová pravidla pro jejich vstup do českého systému veřejného zdravotního pojištění.

„Domníváme se, že příprava takovéto změny by měla být diskutována již od počátku za účasti zástupců všech dotčených subjektů. Asociace inovativního farmaceutického průmyslu je připravena diskutovat formáty řešení, které se osvědčily v jiných evropských státech (Rakousko, Velká Británie),“ píše AIFP ve svých připomínkách. Navrhuje vznik pracovní skupiny složené ze zástupců ministerstva, Státního ústavu pro kontrolu léčiv, plátců, odborníků a zástupců patientských organizací a průmyslu. Výsledkem práce této skupiny by měla být definice cílového stavu akceptovatelného jak pro plátce, tak pro uživatele systému (odborníci ve zdravotnictví, pacienti).

Co nového přinesla studie publikovaná v *bmj*? Zjistila, že většina nových onkologických léků schválených emA v období 2009–2013 přichází na trh s nedostatečnými důkazy o tom, jak zlepšují délku a kvalitu života nemocných. Při vstupu na trh (a tedy do klinické praxe) prokazují onkologické léky v randomizovaných studiích jen v menšině případů benefity v souvislosti s celkovým přežitím nebo kvalitou života. A pokud je pozitivní vliv na přežití ve srovnání s dosavadní dostupnou léčbou prokázán, není vždy klinicky významný. Co je k problematice již známo? klinické studie designované pro získání registrace léčivého přípravku často hodnotí surogátní kritéria, která ne vždy spolehlivě predikují klinicky významné parametry, jako je např. přežití pacienta nebo kvalita jeho života. Poslední přehledy z USA ukazují, že jen malá část onkologických léků schválených FDA zlepšuje přežití nebo kvalitu života. Nepřesvědčivé drahé léky V září 2017 byla v časopise *British Medical Journal* publikována studie, která systematicky zhodnotila onkologické léčivé přípravky schválené Evropskou lékovou agenturou (EMA) v letech 2009–2013. Ukázala, že většina z nich vstoupila na trh bez důkazů o benefitu na přežití pacientů nebo zlepšení kvality jejich života. Výsledky v číslech: Od roku 2009 do roku 2013

EMA schválila 48 onkologických léků pro 68 indikací. Osm indikací (12 %) bylo schváleno na základě studií pouze s jedním ramenem. V době schválení bylo signifikantní prodloužení přežití potvrzeno u 24 z 68 indikací (35 %). Časová křivka benefitu pro celkové přežití se pohybovala od 1,0 do 5,8 měsíce (medián 2,7 měsíce).

10 % V době registrace bylo potvrzeno zlepšení kvality života u sedmi z 68 indikací (10 %). Ze 44 indikací, u nichž nebyly v době registrace důkazy o prodloužení přežití, bylo v následujícím období postmarketingového sledování potvrzeno prodloužení přežití u tří (7 %) a přínos pro kvalitu života byl doložen u pěti (11 %). Z 68 onkologických indikací schválených EMA (medián sledování 5,4 roku) bylo jen u 35 (51 %) prokázáno signifikantní prodloužení života nebo zlepšení kvality života. U 23 indikací spojených s prodloužením přežití (dle skóre ESMO-MCBS) byla klinická významnost shledána u méně než poloviny (11/23, 48 %). Zdroj: Davis C., Naci H., Gurpinar E.: Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009–13. *BMJ* 2017; 359: j4530; DOI: 10.1136/bmj.j4530. (Marcela Alföldi Šperkerová A Kristýna Čillíková)

Zdroj: AM Review

Posudky o zdravotní způsobilosti dítěte budou platit dva roky

Lékařské posudky o zdravotní způsobilosti dítěte budou platit dva roky, nikoli jen rok. Změnu přinesla novela o specifických zdravotních službách, která také zjednodušuje postupy při vydávání lékařských posudků.

Zdravotnickým zařízením ukládá ohlásit přímo policii ty pacienty, kteří by se vyhýbali ochrannému léčení. Tuto změnu označil ministr zdravotnictví Miloslav Ludvík (ČSSD) za nejdůležitější novinku, kterou novela zavádí. Dosud zařízení měla povinnost informovat soudy, které až následně rozhodovaly o dalším postupu, což podle ministra nebylo efektivní.

Novela rovněž umožní ve zvlášť odůvodněných případech provést kastraci u pacienta, „který ještě násilně sexuálně motivovaný trestný čin nespáchal“. Hranice věku pacienta, u něhož bude možné za zákonem stanovených podmínek provést kastraci, norma snížila z 25 na 21 let.

Prodloužení platnosti posudku o zdravotní způsobilosti dítěte má ulehčit papírování lékařům i rodičům. Posudek by se měl nově vydávat v návaznosti na zdravotní prohlídky dítěte. Posudek je třeba například pro školy v přírodě, letní tábory nebo lyžařské výcviky.

V oblasti posudkového lékařství vládní předloha zavádí možnost vzdání se práva na přezkoumání posudku. Poskytne také možnost využívat pracovní-lékařské služby prostřednictvím jiného smluvního poskytovatele. Praktičtí lékaři, kteří posuzují zdravotní způsobilost zaměstnanců, by nově nemuseli povinně vykonávat dohled a poskytovat poradenství.

Zdroj: zdn.cz

Česká lékárnická komora chce změnit systém doplatků na léky

Terezie KAŠPAROVSKÁ, moderátorka

Česká lékárnická komora plánuje revoluci v přiřazení léků na předpis. Lékárníci chtějí, abychom za konkrétní preparát platili v každé lékárně stejně.

Tomáš HAUPTVOGEL, moderátor

No a kolegyně Filipa Šebová nám teď vysvětlí, jak by měla novinka fungovat.

Filipa ŠEBOVÁ, redaktorka

Systém, který navrhuje Česká lékárnická komora, je v podstatě jednoduchý. Znamenal by, že by lékař i pacient dopředu znali výši doplatku léku na předpis. V současnosti je totiž praxe taková, že tento doplatek se může různit. Například v nemocničním zařízení, popřípadě v některých lékárnách, můžou mít výrobci léků s tímto zařízením určitou dohodu a slevu. To by se ale mělo podle České lékárnické komory změnit. A všude by měly být doplatky stejné.

Lubomír CHUDOBA, prezident České lékárnické komory

Tento systém by znamenal, že samozřejmě stát musí být daleko intenzivnější ve vyjednávání cen léků. Spolu se zdravotními pojišťovkami. A tento systém taky znamená, že může mít spravedlivý dopad do doplatku na léky. Ty doplatky se určitě zvyšovat nebudou.

Filipa ŠEBOVÁ, redaktorka

Další změna, kterou chce Česká lékárnická komora představit, bude mít dopad na všechny pacienty, kteří platí za léky více. V současnosti existuje totiž limit 5 000 korun. Jenže to jsou dvě kategorie léků. Jedny, které se započítávají a druhé, které se nezapočítávají do onoho limitu. Česká lékárnická komora chce, aby se nově započítávaly léky úplně všechny.

Lubomír CHUDOBA, prezident České lékárnické komory

My máme v České republice zaveden takzvaný systém započítatelných a nezapočítatelných doplatků, které známe, což znamená, že pacient například za rok zaplatí 15 000 korun na spoluúčasti u léků na předpis. Ale na konci roku zjistí, že třeba jenom 3 000 se mu počítaly do toho ochranného limitu. Což není spravedlivé.

Filipa ŠEBOVÁ, redaktorka

Tuto změnu by nejspíš všichni rádi uvítali. Jenže si budeme muset počkat. A to jak na nového ministra zdravotnictví, tak i na novou Poslaneckou sněmovnu. Pokud obě dvě instituce budou s návrhem Lékařnické komory souhlasit, nová legislativa by mohla trvat zhruba rok.

Zdroj: Prima

Ministr Ludvík: Do systému pro eRecept se zapojila již většina lékařů

„Mohu zde konstatovat, že s přibližujícím se datem povinnosti zavedení eReceptu se zapojení lékařů do systému strmě navyšuje a dnes je jich už většina,“ řekl na dnešní tiskové konferenci k aktuálnímu stavu příprav zavedení elektronické preskripce, která bude od 1. 1. 2018 povinná, ministr zdravotnictví ČR Miloslav Ludvík.

Podrobná data o připravenosti systému pak prezentoval ředitel Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) Zdeněk Blahuta. „Elektronická preskripce reálně technicky funguje na bázi dobrovolnosti již od roku 2011, systém již byl průběžně odzkoušen a do současné chvíle jím prošlo více než 8,3 milionu eReceptů. O přístup do systému prozatím požádaly přibližně dvě třetiny lékařů a většina lékárníků. V tuto chvíli je v systému zapojeno 19 790 lékařů a 4 459 zdravotnických zařízení, 2 287 lékáren a 6 529 lékárníků,“ uvedl ředitel SÚKL. Související prováděcí vyhlášku, která byla odeslána do Legislativní rady vlády, představil náměstek ministra pro legislativu Radek Polícar: „Povinnost elektronické preskripce od 1. ledna příštího roku není jediná, která na lékaře v blízké době dopadne, další bude elektronická evidence tržeb povinná k 1. 3. 2018 a celoevropská pravidla pro ověřování padělků mezi léky účinná od 9. 2. 2019. Všechny tyto povinnosti vyžadují, aby všichni lékaři již dnes počítali a připojení k internetu.“ V rámci své prezentace vyhlášky představil Radek Polícar i situace, kdy bude nadále přípustný recept v listinné podobě. Jsou to případy, kdy jde o: recepty na léčivé přípravky obsahující omamné látky nebo psychotropní látky žádanky recepty na léčivé přípravky vystavené „smluvním lékařem“ poskytujícím zdravotní služby sobě, manželovi, rodičům, prarodičům, dětem, vnukům a sourozencům žádanka a recept na humánní léčivé přípravky, které předepisuje veterinární lékař při poskytování veterinární péče recept na léčivý přípravek předepsaný v rámci klinického hodnocení recept, který je určen pro uplatnění v jiném členském státě Evropské unie činnosti v rámci zdravotnické záchranné služby poskytování odborné první pomoci poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta situaci, kdy z prokazatelných objektivních technických důvodů není možné vystavit lékařský předpis v elektronické podobě (výpadek elektrické energie, výpadek internetového připojení, výpadek informačního systému předepisujícího lékaře, výpadek služeb webového rozhraní centrálního úložiště). „Jsme přesvědčeni, že systém je dostatečně připraven a že bude funkční. V 21. století je naprosto normální, že se elektronizuje řada systémů, a zdravotnictví je prostě jedním z nich. Při porovnání se zkušenostmi z mnoha jiných zemí jde podle nás o krok správným směrem,“ shrnul v závěru tiskové konference náměstek ministra pro zdravotní péči Roman Prymula. (PV)

Zdroj: parlamentnilisty.cz

Kdy budou mít centra dost peněz na léčení?

Výdaje na centrové léky v ČR raketově rostou: ze 7,86 miliardy korun v roce 2012 na letošních 15,43 miliardy a úhradová vyhláška počítá s růstem o další 1,5 miliardy korun pro příští rok. Růst nákladů brzdí biosimilars a nově také pojišťka v zákoně, aby léky s přínosem menším, než se očekávalo, nebyly z pojištění dál hrazeny. Oproti vyspělé Evropě se léky dostávají k českým pacientům pomaleji, někdy trvá až 1 000 dní od jejich příchodu do ČR po stanovení úhrady. Pacienti sepisují petice, aby se léků domohli. Regionální dostupnost centrové péče je nevyvážená, financování neodpovídá realitě, řada nákladů není zohledněna. Centra dostanou balík peněz, místo aby peníze „šly za pacientem“, centra musejí o pacientech „navíc“ vyjednávat. Zeptali jsme se lékařů: Měla by se ve vašem oboru síť změnit, měla by centra zveřejňovat počty výkonů a úspěšnost léčby, mělo by se upravit financování?

* Prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., ředitel Revmatologického ústavu 1. LF UK Biologické léky v revmatologii jsou podávány v centrech biologické léčby a všichni pacienti jsou vedeni v národním registru ATTRA, takže o distribuci, účinnosti a bezpečnosti těchto léků existují velmi dobré informace, které jsou na přání odesílány plátcům, tzn. zdravotním pojišťovnám. Myslíme si, že jejich využití by mohlo být lepší. Propojení s registry pojištěnců by mohlo být lépe využíváno. Centra vznikala od roku 2001, kdy jich bylo šest, až po současných 33, a to zpravidla na návrh odborné společnosti. Vedení odborné společnosti má nastavena kritéria, podle kterých žádosti vyřizuje a která lze stručně shrnout do tří bodů: 1. odborná úroveň vedoucího centra a dalších lékařů (atestace, akademický titul, klinická zkušenost v revmatologii, aktivní a pasivní účast na kontinuálním vzdělávání), 2. vybavenost centra (infuzní zařízení, počet, vybavení na zvládnutí závažných reakcí, specializovaná sestra, počítačové vybavení, schopnost IT komunikace), 3. regionální potřeba.

Doporučení společnosti je chápáno jako poradní; především v poslední době dochází k tomu, že není respektováno a smlouvy se zdravotní pojišťovnou dostávají centra, která nebyla doporučena, a naopak. To vede k velké heterogenitě rozložení center, takže některé oblasti jsou velmi poddimenzované (v celých jižních Čechách je jedno centrum, problémem je sever Čech, kraj Vysočina) a naopak v některých lokalitách je řádově více center a další jsou tam paradoxně povolována (Ostrava, Brno).

Velmi bychom uvítali pro obor revmatologie změnu přístupu k centrům. Centra biologické léčby v revmatologii nejsou předmětem zákonů, ale situaci by značně zlepšilo, kdyby bylo alespoň jasně dané postavení center, například podzákonnou normou, jako je vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR. Zde by mohla být vyjmenována centra a určeny jejich povinnosti, ale i podmínky a délka jejich akreditace. Zároveň by bylo vhodné se zamyslet nad způsobem financování biologické léčby, které je v poslední době diskutováno. Současné financování těchto specializovaných výkonů vůbec neodpovídá skutečnosti a řada nákladů, lékáren, administrativních úkonů, výběrových řízení atd. není zohledněna. * Prof. MUDr. Richard Češka, CSc., předseda České internistické společnosti ČLS JEP, 3. interní klinika 1. LF UK a VFN Jak je patrné už z názvu, centrová péče je superspecializovaná péče, která vyžaduje potřebné zabezpečení personální i technické, návaznost na další oddělení a asi především zkušenost s léčbou, která opravdu má daleko k rutině. Je proto téměř nemožné předpokládat, že by byla centra rozložena zcela spravedlivě po celém území, aby se každý nemocný dostal stejně snadno do nejbližšího centra. Bohužel, tak rovný přístup není a nebude. Nechci, aby to vyznělo cynicky, ale někdo žije

ve zdravém prostředí s výhledem na hory a možností turistiky či lyžování za humny (do centra pak obvykle dál), někdo dýchá smog v Ostravě či Ústí nad Labem a postává v dopravních zácpách, ale centrum má v místě bydliště. Ano, někdy bych si dovedl představit jistou redukci center v Brně či v Praze, ale... Ona jsou právě tato velká města nejlépe dostupná i pro pacienty z regionů. A nezapomínejme, že v pražské metropolitní oblasti žijí dva miliony lidí. Takže rozumně, s citem, bez pragocentrismu či brnocentrismu, ale racionálně. Transparentnost je naprosto nezbytná. Ale pozor na interpretaci dat. Do center se obvykle dostávají nemocní nejkomplicovanější, s nejhorší prognózou, a to je třeba vždy zvažovat při uvádění úspěšnosti léčby, a nakonec i počtů výkonů. Financování „centrové“ péče musí být opět transparentní a zásadně oddělené od „běžné“ péče. Peníze určené pro centrum a danou chorobu musejí být využity tak, jak byly přiděleny, a jejich přerozdělování např. v rámci nemocnice by nemělo být až na výjimky možné.

* Doc. MUDr. Jana Prausová, Ph. D., MBA, přednostka Onkologické kliniky 2. LF UK a FN Motol, předsedkyně České onkologické společnosti ČLS JEP Síť komplexních onkologických center nadále zůstává páteří péče o onkologické pacienty v ČR, ale zjišťujeme, že je nutné napojení na menší onkologická pracoviště v regionech, protože někteří nemocní zůstávají v těchto regionech a nedostávají se do center k adekvátní centrové léčbě, eventuálně imunoterapii. Tuto situaci chceme zlepšit, proto chceme navázat mnohem užší kontakt s regionálními pracovišti a chceme, aby pacienti procházeli multidisciplinárními týmy v jednotlivých komplexních onkologických centrech, kde bude stanoven jejich diagnosticko-terapeutický plán. Ten bude signován speciálním kódem multidisciplinárního týmu, který bude zároveň spouštěcím mechanismem pro zdravotní pojišťovny, které budou mít jistotu, že pacient je adekvátně léčen, jak to odpovídá jeho nálezů.

Samozřejmě je to proces, který není úplně jednoduchý; ideální by bylo elektronické propojení mezi komplexními onkologickými centry a regiony, ovšem i tato regionální pracoviště, tak jako centra komplexní, by měla být auditována a mělo by být zhodnoceno, zda regionální centrum svým vybavením a personálním zajištěním opravdu odpovídá tomu, aby bylo schopno adekvátní spolupráce – to znamená například plná pracovní doba celý týden apod.

Na základě toho, kdy budou zajištěna kvalitní regionální pracoviště, je možné zvažovat i delegování centrové péče do těchto regionů, i vzhledem k tomu, že předpokládáme, že cena některých centrových léků díky biosimilars poklesne a bude možné je rozšířit i pro další pracoviště. Komplexní onkologická centra jsou naplněna pacienty a delegování centrové péče na regionální pracoviště by učinilo každodenní praxi pro všechny snazší a dostupnější, pacienti by se k adekvátní léčbě opravdu snáze dostali. Odpadlo by i dojíždění apod.

Regionální pracoviště by nám pomohla i s dispenzarizací pacientů. To vše předpokládá především komunikaci, úzkou spolupráci, napojení regionů na komplexní onkologická centra, odpovědnost komplexního onkologického centra za svá regionální pracoviště a navázání velmi úzké spolupráce. Tento předpoklad je už diskutován mezi odborníky a věřím, že ve většině případů je a bude kladně přijat, protože by to mělo zlepšit komplexnost péče o onkologicky nemocné a zvýšit dostupnost i té nejkvalitnější péče až do toho posledního malého regionu v ČR.

Předpokládáme vytvoření určitých vysoce specializovaných center, kde by byla koncentrována péče o vzácná onkologická onemocnění, jak je jejich statut stanoven. Jsme si vědomi toho, že tato onemocnění, pokud jsou řešena na jednotlivých pracovištích, kde se objeví za rok jeden, dva, maximálně pět pacientů, nemohou získat tu praxi a zkušenost, která je k tomu potřeba. Proto se domníváme, že koncentrace speciálních diagnóz je namístě, a také už to u některých diagnóz probíhá, jako jsou třeba

gastrointestinální stromální tumory nebo neuroendokrinní nádory apod. Tato onemocnění jsou dána mezinárodními kritérii, na jejich základě by tato vysoce specifická léčba a vysoce specifická péče o tyto nemocné měla být koncentrována ještě úžeji než komplexní onkologická centra.

Co se týká úhrad, zcela jistě by úhrada vysoce specializované léčby měla být výkonová a měla by jít za pacientem, jeho rodným číslem. Pravdou je, že vznikl institut vysoce inovativních léčivých přípravků, který nic nevyřešil, stanovil dočasnou úhradu, kdy pak musí znovu držitel oprávnění žádat o trvalou úhradu. Mnohdy je to spojeno s velkými problémy, tento institut nepovažuji za životaschopný a do budoucna si myslím, že by měl z českého zdravotnictví zmizet. Nic neřeší, stejně jako paragraf 16, který je určen pro specifické situace, kdy lék není hrazen a my žádáme o zvláštní úhradu. Věřím, že do budoucna se kompetentní orgány nad tím zamyslí a budou to řešit smysluplnějším způsobem. Velice rádi bychom zlepšili spolupráci se Státním ústavem pro kontrolu léčiv a plátcí péče tak, aby se urychlil proces schvalování úhrady registrovaných léků. Doba od příchodu léku do ČR a stanovení úhrady se mnohdy natáhne až na 1 000 dní, to považujeme za neúnosné. Kvůli tomu pacient zůstává bez smysluplné léčby, která by mu mohla prodloužit život a zlepšit jeho kvalitu.

* Prof. MUDr. Vladimír Tesař, DrSc., MBA, FERA, FASN, Klinika nefrologie 1. LF UK a VFN Centrová péče je pro nákladnou léčbu jedinou racionální možností. Pracovat mimo centra může být pro některé specialisty demotivující, soustředění péče do center je ale jednoznačně dobré pro pacienty. Je určitě lépe být léčen na pracovišti, které má s léčbou danými léky a komplikacemi léčby dostatečnou zkušenost. Pro relativně častá onemocnění může počet center překračovat počet krajů, pro velmi vzácná onemocnění (např. vrozené poruchy metabolismu) může zcela stačit jedno celostátní centrum, které je schopno zajistit i kompletní diagnostiku. Kontrola kvality léčby je jistě daleko lépe možná v centrech než na mnoha pracovištích léčících jen jednotlivé pacienty. Eventuální registry pacientů s nemocemi léčenými nákladnou léčbou by měly zahrnovat i pacienty, kteří by byli k dané léčbě indikováni (např. podle evropských doporučení), ale z různých důvodů ji nedostali.

Pacienti by měli mít možnost přesunout se z jednoho centra do jiného, což je dnes sice teoreticky možné, ale obvykle jen bez přesunu finančních prostředků s pacientem. Dotace na centrum by měla zohledňovat počet pacientů v centru, znamenalo by to, že centra, o která je zájem, mohou expandovat na úkor center, o která pacienti zájem nemají. Současný přístup je velmi konzervativní a směřuje k udržování jednou nastavených, byť i zcela nesprávných proporcí. Podpořena (i personálně) by měla být zejména dobrá pracoviště, o která je zájem a která mohou současně zařazovat pacienty i do klinických studií s novými léky, což znamená z hlediska zdravotního pojištění úsporu.

Informovanost pacientů by se určitě měla zvýšit, informovat o počtech pacientů (výkonů) v centrech je minimum, určitě by bylo dobré zveřejňovat i úspěšnost léčby, která by ale nutně měla být vztažena k závažnosti onemocnění a komorbiditám, aby nedocházelo k tomu, že špatné centrum selektující ty nejméně nemocné bez komorbidit bude hodnoceno jako nejlepší.

* Prof. MUDr. Milan Macek ml., DrSc., MHA, přednosta Ústavu biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FN Motol, Národní koordinační centrum pro vzácná onemocnění Z pozice vedoucího Národního koordinačního centra pro vzácná onemocnění ve Fakultní nemocnici Motol mohu pouze uvést, že centralizace péče v této oblasti je žádoucí a přínosná z odborného i ekonomického hlediska. V EU v tomto roce byly vytvořeny evropské referenční sítě pro vzácná onemocnění (ERN), které mají za cíl standardizovat přeshraniční péči v této oblasti na úrovni EU. Odrazem mimořádné kvality péče o tato onemocnění u nás (tj. de facto v našich fakultních nemocnicích) je skutečnost, že naše účast v ERN byla oceněna jako nejlepší z EU 13 (tj. nových členských zemí EU).

Pacienti s těmito onemocněními jsou připraveni cestovat za péčí a za „expertizou“ doslova přes celou republiku, eventuálně i v rámci přeshraniční péče do příslušné ERN. Nicméně dlouholetou a vynikající práci našich týmů, kterou uznaly mezinárodní audity EU při přípravě ERN, je teď nutné institucionalizovat (tj. uznat de iure) a formálně ustavit centra superspecializované péče dle § 112 zákona č. 373/2011 Sb. V tomto případě je však celý proces komplikovaný, administrativně náročný a bohužel nepružný. Navíc Ministerstvo zdravotnictví ČR nemá dostatečnou personální kapacitu příslušné výzvy zpracovat, což znemožňuje „nasměrovat“ nákladnou diagnostiku a léčbu (obvykle léčivými přípravky pro vzácná onemocnění alias „orphan“) do těchto center.

Konečně z hlediska vzácných onemocnění u nás existuje dvojkolejnost, kdy paralelně mohou vzniknout na jedné straně centra se zvláštní smlouvou dle vyhlášky č. 63/2007 Sb. pro centralizované úhrady nákladné péče ze strany zdravotních pojišťoven, na druhé straně centra „ministerská“, která jsou ustavena dle výše uvedeného zákona, ale nemají automaticky zajištěny „centrové úhrady“ dle zmíněné vyhlášky. Je to tedy klasická „Hlava 22“ Josepha Hellera a jedna z absurdit našeho zdravotního systému. Sjednocení legislativy a harmonizace postupu při zřizování center mezi zdravotními pojišťovnami a Ministerstvem zdravotnictví ČR je tedy více než žádoucí. * Prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, Ph. D., členka výboru České neurologické společnosti ČLS JEP Centrová péče pro roztroušenou sklerózu je v ČR dostupná, počet center je odpovídající (patnáct, z toho čtyři v Praze, dvě v Brně). Centra pro RS se však od počátku své existence (1996) potýkají s finančními a personálními problémy, přestože centralizace specializované péče byla správným krokem vpřed. V současné době, kdy pečují o téměř 10 000 pacientů na centrové léčbě a dalších několik tisíc, kteří indikační kritéria v ČR pro centrovou léčbu nesplňují, ale potřebují sledování a jinou, většinou imunosupresivní či symptomatickou léčbu, centra praskají ve švech, mají delší objednací lhůty, než je z medicínského hlediska přijatelné, nemají dostatek času na pacienta a nemají další personál (psychology, fyzioterapeuty, sociální pracovníky, dostatek sester), aby péče mohla být komplexní.

Tato péče by měla být dostatečně finančně podpořena, aby centra nebyla přítěží neurologických oddělení a klinik, jako je tomu doposud, protože pacient většinou nečerpá pouhou „centrovou“ léčbu, ale i ostatní medicínskou péči (akutní léčbu a symptomatickou léčbu, poradenství). Indikační kritéria pro centrovou léčbu jsou v současné době v ČR plátcí natolik sešněrována, že neponechávají žádný prostor pro individualizaci léčby a neodpovídají standardům „evidence-based medicine“.

* Prof. MUDr. Petr Cetkovský, Ph. D., MBA, ředitel Ústavu hematologie a krevní transfuze Úprava sítě v současnosti je možná, brzy bude nutná. Tzv. centrová péče, pamatují-li se dobře, byla ustavena především proto, aby se mohlo (kromě jiného) zprostředkovat a kontrolovat podávání finančně náročných léčebných prostředků – nejen komplikovaných léčebných cyklů, ale i polykání tablet: jedna ráno a jedna večer, to například v terapii chronické myeloidní leukémie (CML). V některých zemích léčbu pro CML podává obvodní hematolog a řídí ji dle doporučení expertů ze specializované laboratoře.

Protože se objevují stále nové, obvykle o řád dražší léky, často ze skupiny imunoterapeutik, jejichž podání může být bezprostředně či následně komplikováno, je určitá racionalizace péče v hematologických centrech možná: nekomplikovanou (byť drahou) terapii tabletami svěřit nižším centrům či ambulantním specialistům a v současných centrech nechat jen postupy komplikovanější (imunochemoterapie, transplantace hematopoetické tkáně atd.). Jsou již totiž publikovány lepší výsledky z center s většími zkušenostmi na větších počtech nemocných.

Centrová péče vede ke koncentraci nemocných, zvyšuje nároky na hospitalizaci komplikovaných nemocných, a proto bude třeba navýšit počty hematologických lůžek ve stávajících centrech. Zatím se k

tomu žádný plátce nemá, ale dle analýz z minulých let jen v Praze a Středočeském kraji chybí v současnosti patnáct těchto lůžek. A budou třeba finance nejen na jejich zřízení, ale především na následné provozování. Výsledkem bude více vyléčených nemocných s dobrou kvalitou života (u některých diagnóz v současnosti je podíl dlouhodobě vyléčených i vyšší než 90 procent).

* Prof. MUDr. Pavel Kršek, Ph. D., přednosta Kliniky dětské neurologie, Centrum pro epilepsie 2. LF UK a FN Motol, Česká liga proti epilepsii Epilepsie představuje jedno z nejčastějších neurologických onemocnění vyskytujících se ve všech věkových kategoriích. Při prevalenci až jedno procento žije v ČR téměř 100 000 nemocných s aktivní epilepsií. Až dvojnásobný počet osob se s epilepsií v průběhu života léčil nebo stále léčí, ale jsou více než pět let v remisi. Podáváním antiepileptik lze plně kompenzovat až 70 procent pacientů; zbývajících 30 procent je však farmakorezistentních, tedy i přes optimální farmakologickou léčbu nejsou bez záchvatů. Tyto pacienty je nutné koncentrovat do center, která jsou schopna poskytnout vysoce specializovanou péči.

V roce 2015 byla vyhláškou MZ ČR ustavena centra vysoce specializované péče pro farmakorezistentní epilepsie (CVSP): Centrum pro epilepsie Motol, Centrum pro epilepsie Brno (obě pro dospělé i dětské pacienty) a Centrum pro epilepsie Homolka (pro dospělé pacienty). Je názorem většiny specialistů v oboru, že tento počet center je pro populaci ČR adekvátní. Centralizace péče o pacienty s komplikovanými, a neřídka i vzácnými formami epilepsie umožňuje udržení dostatečné erudice všech členů multidisciplinárního týmu zajišťujícího komplexní diagnostiku a léčbu.

Uznaná centra musejí splňovat přísně stanovené požadavky na technické vybavení zdravotnického zařízení, personální zabezpečení i na minimální počet provedených zdravotních výkonů. Sledují také a MZ ČR každoročně poskytují indikátory kvality poskytované zdravotní péče a výkonnosti (mezi které patří počet provedených neinvazivních a invazivních video-EEG monitorací, provedených epileptochirurgických výkonů a hodnocení účinnosti resekčních operací dva roky od operace). V uznaných centrech je tak zajištěn vysoký standard poskytované péče a zřizovatel (MZ ČR) má možnost porovnat jejich výsledky.

Epileptologická péče i navazující klinický a translační výzkum jsou v ČR dlouhodobě na velmi vysoké úrovni, což reflektuje jak počet a kvalita vědeckých publikací našich autorů, tak jejich zapojení do mezinárodních vědecko-výzkumných týmů či komisí Mezinárodní ligy proti epilepsii, jakož i množství prestižních odborných epileptologických akcí pořádaných v ČR.

Epileptologická péče však bohužel dosud není specificky financována. Diagnostika i léčba nemocných jsou hrazeny výhradně z rozpočtů jednotlivých klinik a oddělení; centra nemají svůj rozpočet a neexistují ani specifické, na centra vázané výkony, které by umožňovaly zohlednit například komplexní diagnostiku pacientů s farmakorezistentní epilepsií a kandidátů epileptochirurgické léčby. Česká liga proti epilepsii se intenzivně snaží tuto neuspokojivou situaci financování CVSP změnit.

Zdroj: Medical Tribune

Dočká se zdravotnictví pod novým ministrem potřebných změn?

V čele ministerstva zdravotnictví se od 5. 12. 1989, kdy nastoupil prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc., až po právě končícího JUDr. Ing. Miloslava Ludvíka, MBA, vystřídal 21 ministrů. S každým byla spojena velká očekávání, která se ale nenaplnila. Po prvních zlomových letech, kdy vznikl pojišťovenský systém a zprivatizovaly se ambulance, se stále čeká na reformu, především financování. Zdravotní pojišťovny dosud větší autonomii nezískaly, páteční síť nemocnic nevznikla. Zdravotnictví (zatím) přežilo experimenty ve vzdělávání. Absolventi lékařských fakult odcházejí za atestací do ciziny, sestry za lepším platem mimo zdravotnictví. Kvůli nedostatku personálu se omezují provozy nemocnic. Soukromé praxe jsou nespokojené, protože veškeré nárůsty příjmů resortu jdou do nemocnic a center. Otázka tohoto fóra zní: Co by mělo být prioritou nového ministra, na jaké úkoly by se měl především zaměřit?

Prof. MUDr. Štěpán Svačina, CSc., MBA, předseda České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Bylo by optimální, kdyby nový ministr byl někdo se zkušenostmi z již rekonstruovaného jiného ministerstva. MZ je ve stavu podobném jako před rokem 1989. Mnoho agend i odborů je zbytečných. Redukovat by šlo např. počty tzv. přímo řízených institucí, které zcela jistě žádné řízení nepotřebují. Klasická zbytečnost je akreditace vzdělávání. Má-li některá instituce akreditaci na léčbu pacientů, jistě umí i obor učit. Přece léčba je závažnější činnost než výuka. Ty desítky centimetrů dokumentů pro akreditaci např. okresních nemocnic k atestacím jsou zcela jistě zbytečné. Podobný proces proběhl u soudních znalců zcela bez problémů. Zbytečně vysoké jsou i počty atestačních oborů. To vše generuje zbytečné úředníky. Zásadní zásah by měl být učiněn i ve zdravotnické legislativě, která je zbytečně komplikovaná, to je však proces dlouhodobý a jeden ministr těžko může opravit to, co udělalo tolik ministrů před ním. Věci, které jsou na hranici legality, jako je úhradová vyhláška, preskripční omezení či mzdové regulace, by měly být omezeny, to by výrazně zjednodušilo činnost v resortu. Tak uvidíme, zda se podaří alespoň trochu posunout české zdravotnictví k modernějšímu a liberálnějšímu, nesvázanému zbytečnými úředníky a předpisy. Nejhorší je situace, kdy se pro administrativu zdravotníci nemohou věnovat pacientům, a to by mohl nový ministr vyřešit.

MUDr. Milan Kubek, prezident České lékařské komory

Nový ministr či ministryně, pokud budou svoji práci brát vážně, tak nebudou vědět, kam dřív skočit. Navzdory růstu ekonomiky zůstává hlavním problémem nedostatek peněz. Zdravotnictví opravdu není perpetuum mobile. Výdaje na zdravotnictví v ČR patří k nejnižším v celé Evropě. S nedostatkem financí úzce souvisí prohlubující se nedostatek zdravotníků, kteří již odmítají zdravotní péči dotovat na úkor svých platů a mezd. Sestry prchají mimo obor. Lékaři, zejména ti mladí, odcházejí za lepší perspektivou do Německa a Velké Británie. Nemocnicím chybějí stovky lékařů a tisíce zdravotních sester. Pracující lékaři stárnou - každý čtvrtý z nás je již starší šedesáti let. V nemocnicích je plošně porušován a cíleně obcházen zákoník práce. Řada z nich je již plně závislá na práci cizinců a kvůli nedostatku personálu jsou v nich zavírána klíčová oddělení. Dodržována není ani vyhláška o minimálním personálním zajištění zdravotních služeb a komora již zaznamenala i případy nelegálního zaměstnávání ci-

zinců se spornou kvalifikací. Úhrady soukromým lékařům stagnují, stále větší díl naší práce tak zůstává nezaplacený. Za stejné výkony jsou jednotlivá zdravotnická zařízení placena různě a kvůli nedostatečným úhradám od pojišťoven se mnohde zbytečně prodlužují čekací doby na plánovaná vyšetření a operace. Řada pacientů, zejména dětí, již nemůže ani sehnat praktického lékaře. Kvůli riskantnímu experimentu s povinnými elektronickými recepty navíc hrozí, že několik stovek doktorů v seniorním věku ukončí své praxe. Nedostatek lékařů zejména na venkově se tím ještě prohloubí.

Doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc., prezident České stomatologické komory

Z hlediska stomatologického je potřeba v prvních hodinách zabránit zmatkům kolem elektronického receptu. Odložit minimálně faktickou platnost, aby nebyli ve zmatcích ani lékaři, ani pacienti. eRecept učinit pro málo předepisující lékaře nepovinným, neboť tak se udrží řada ordinací v chodu a pacienti a pojišťovny nebudou muset platit více za zdravotní péči. eRecept náklady nesnížil, ale zatím jen zvýšil... Je třeba si uvědomit, že i EET není v konečném důsledku bez nákladů a ty opět musejí zaplatit pojišťovny a pacienti. Jestli vůbec bude mít EET přínos, tak pro někoho úplně jiného, než je pacient. A konečně, implementace GDPR může být ve zdravotnictví korektní a rozumná, anebo to může být miliardová bonanza pro právnícké a počítačové firmy. Opět, ty miliardy musí zaplatit pacient... To jsou otázky, kde je drahá každá hodina. Pak si musíme jasně říci, kde všude chceme mít zubní ordinace. A podle toho to buď nechat na trhu, ale vysvětlit to lidem, nebo zavést některá z opatření, která už máme vymyšlená pro udržení sítě zařízení. No, a ještě v roce 2018 se musíme popasovat se zákazem nedózovaného amalgánu tak, aby pacienti měli vůbec nějaké výplně, a pokud je budou chtít hradit pojišťovny, aby byla faktická šance najít lékaře ochotného je zhotovit. Na první rok to docela stačí. Hlavně nevymyslet nějaký nový problém přímo na ministerstvu!

PharmDr. Lubomír Chudoba, prezident České lékárnické komory

Z oblasti lékárenské péče bychom s novým ministrem zdravotnictví chtěli především vyřešit naše hlavní priority, kterými jsou změna principu odměňování lékárníků, stanovení pravidel dostupnosti lékárenské péče a stejné doplatky na léky ve všech lékárnách. Přál bych si, aby byla jmenována osobnost se znalostí a s reálnou vizí rozvoje českého zdravotnictví v ambulantní i nemocniční sféře a se schopností zajistit dostatek finančních prostředků. Za Lékárnickou komoru budeme dále usilovat o důslednější využití odbornosti lékárníků v oblasti prevence, v moderní a bezpečné farmakoterapii i v péči následné.

PhDr. Martina Šochmanová, MBA, prezidentka České asociace sester

Z pozice prezidentky České asociace sester (ČAS) bych si velice přála, aby nový pan ministr pokračoval především v řešení personální krize v našem oboru. Jinými slovy, aby docházelo k dalšímu zvyšování platů všeobecných sester a ostatních nelékařských zdravotnických profesí, ke zvyšování prestiže těchto povolání, k motivaci mladých lidí ke studiu a setrvání v oboru a ke snižování nadměrné administrativy. Rovněž doufám, že se znovu otevrou jednání o délce studia všeobecných sester, neboť máme signály přímo ze škol, že jeden rok studia se ukazuje jako nedostatečný.

ČAS dlouhodobě usiluje o zlepšení všech výše zmíněných bodů a jsme velice rádi, že jsme si za roky našeho fungování vybudovali pozici rovnocenného partnera, který nejen poukazuje na problémy, ale ve spolupráci s MZ a dalšími institucemi a odborníky se aktivně podílí i na jejich řešení.

Ing. Jaroslava Kunová, předsedkyně Asociace nemocnic ČR

Funkce ministra zdravotnictví je velice komplikovaná, pokud chce něco změnit. Finanční prostředky mají v rukou pojišťovny, u kterých by bylo nutno změnit mnoho v jejich fungování a posílení zodpovědnosti vůči pacientům, ale to je v rukou politicky obsazených dozorčích a správních rad, nebo lze provést změnu jen na základě zákona. V současné době vidíme největší problém, který je nutno řešit, a to je katastrofální nedostatek zdravotnického personálu, který může vést a již vede k zavírání oddělení nemocnic a zdravotnických zařízení a může ve svém důsledku omezit dostupnost zdravotní péče. V současné době mají zodpovědnost za dostupnost zdravotní pojišťovny, ale jejich jednání zatím neukazuje na nějakou rozumnou koncepci. Bylo by tedy třeba, aby MZ se v této záležitosti angažovalo, i když pravomoci mají zástupci ministerstva jen v určitém procentním zastoupení ve správních a dozorčích radách. Určitě by se MZ mělo nadále angažovat v systému vzdělávání, který řada zdravotníků stále kritizuje a udává jako důvod odchodu z ČR. Dále je v kompetenci ministra, aby byl úspěšně dokončen projekt DRG restart pro objasnění finančních nákladů výkonů v lůžkové péči, a měl by se pokusit o změnu postavení a navýšení povinnosti praktických lékařů a terénních ambulantních specialistů.

MUDr. Pavel Vepřek, Zdravotnictví 2.0

Ono to hodně záleží na podobě, kterou bude mít budoucí vláda. Pokud bude nový ministr sedět v menšinové vládě, může hodně dobrého odpracovat na způsobu správy přímo řízených organizací, může napsat budoucí úhradovou vyhlášku tak, aby stimulovala pojišťovny a poskytovatele k vzájemnému jednání, a asi největší prostor má v oblasti elektronického zdravotnictví. Vzhledem k apolitičnosti tématu by mohl prosadit zákon o eHealth a realizovat potřebné projekty. Kdyby se k tomu přidalo ještě zpřístupnění informací o podobě poskytované zdravotní péče veřejnosti, tak dokáže maximum možného. Pokud se dopracujeme většinové vlády tvořené koalici ANO a ODS, bylo by hříchem nezlepšit fungování celého systému veřejného zdravotního pojištění. To znamená vymezit rozsah hrazené péče zákonem a zlepšit fungování zdravotních pojišťoven, což znamená posílení kvality řízení úpravou a sjednocením jejich corporate governance, posunem Kanceláře zdravotního pojištění do role faktické servisní organizace systému, zavedením cenové konkurence ve vyšší nominální části dvousložkového pojistného a možností motivace pojištěnců k efektivnímu pohybu v systému. Samozřejmě, že největší viditelné problémy máme v chybění peněz a personálu. Ty nám ale nevyřeší dolévání státních peněz a zvyšování kapacit škol, ale vnesení logiky do fungování systému, přizpůsobení výše pojistného reálným potřebám a umožnění transparentního vstupu soukromých prostředků. Ve zdravotnictví, kde se bude dát spokojeně pracovat bez nutnosti švindlovat s výkazy práce, s obsahem předatestační přípravy, s vykazováním pojišťovněm a kdo ví s čím ještě, jistě bude chtít pracovat každý.

PhDr. Robert Huneš, ředitel Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, prezident Asociace poskytovatelů paliativní hospicové péče

Mohu odpovědět za problematiku, ve které se pohybuji, totiž za hospicovou péči. Končící vláda se pyšnila řadou úspěchů -ať již zjevných, či těch údajně málo veřejnosti vysvětlených. Ze svého oboru s ní mám jinou zkušenost. Koaliční smlouva mezi ČSSD, hnutím ANO 2011 a KDU- ČSL na volební období 2013-2017 mj. obsahovala podporu a pomoc hospicům (ad články 5.3. a 6.6.).

A skutečnost? Novela zákona o zdravotních službách a novela zákona o sociálních službách, které obsahovaly změny ve prospěch hospiců, neprošly sněmovnou. Úhradová vyhláška na r. 2018 je vůči hospicům velmi nevlídná. Lůžkové hospice budou hrazeny hůře než LDN, ačkoli poskytují prokazatelně finančně náročnější péči. A domácí hospice? Ty se ve vyhlášce objevují, ale v natolik deformované formě, že hospicová péče bude nedostupná pro velkou většinu populace. Důvodem jsou nerozumně vysoké personální a finanční požadavky - jak může být domácí péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění štedřeji než v lůžkovém zařízení, které má navíc náklady na stravu, praní, energie, údržbu budov atd.?

Co by mělo být prioritou nového ministra? Přeji mu zdravý selský rozum, stání nohama na zemi, naslouchání odborníkům z praxe a odolávání lobbistickým vlivům. A aby namísto řečí byl prvním ministrem, který hospicům skutečně pomůže.

** Prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc., dosavadní předseda Výboru pro zdravotnictví PSP ČR Těžko říci, co by mělo být prioritou nového ministra zdravotnictví, poněvadž systém zdravotní péče u nás potřebuje řadu změn, které je možné považovat za prioritní. Osobně stavím reformu zdravotnictví na čtyřech pilířích, které se dál dají rozvést. 1. pilíř - je třeba udělat pořádek na Ministerstvu zdravotnictví ČR - to, jak zvládlo/nezvládlo zavedení eReceptu, je do nebe volající ostuda. 2. pilíř -je třeba provést pořádek ve financování našeho zdravotnictví - na prvním místě jednotný zákon pro všechny zdravotní pojišťovny. 3. pilíř - je třeba udělat pořádek ve stanovení kvality zdravotní péče - tzv. systém akreditací, ve kterých je naprostý chaos. 4. pilíř - je třeba zainteresovat pacienta do systému zdravotní péče - to souvisí hlavně s logickým a přátelským systémem prevencí.

Samozřejmě, že pod každým bodem je řada nutných kroků, ale v podstatě se dají opřít o tuto čtyřnožku, jako je stabilita stolu, domu nebo pyramidy, které mají většinou čtyři opěrné základní body.

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., předseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

Hlavním cílem oboru všeobecného praktického lékařství je zajistit občanům lékařskou péči odpovídající současným poznatkům vědy, poskytovanou způsobem, který odpovídá kulturní vyspělosti naší společnosti, a to vlastními silami na úrovni primární péče nebo prostřednictvím efektivního využívání specializovaných služeb sekundární nebo terciární péče. Tomuto cíli by měly odpovídat i priority nového MZ. V současné době se jedná zejména o dořešení eReceptu, tak aby byl plně funkční, zrušení omezení v preskripci ve veřejném zájmu u 60 požadovaných léků, nasmlouvání nových výkonů, splnění slibu o dorovnání ceny práce o slíbená tři procenta, úpravu poskytování LPP v ambulantní sféře a optimalizaci lůžkového fondu.

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR

Krátkodobě: zrušení povinné e-preskripce, vynětí ambulantních specialistů z EET a revize úhradové vyhlášky pro rok 2018 ve smyslu navýšení úhrad mimonemocničních ambulancí. Dlouhodobě: omezení zbytečné administrativy, nastavení legislativních podmínek a úhrad soukromým lékařům tak, aby se nemuseli obávat, že nebudou schopni v plné kvalitě poskytovat zdravotní péči, resp. aby nedošlo k nežádoucímu omezení dostupnosti péče v ambulancích.

Mgr. Marek Hampel, předseda představenstva

Grémia majitelů lékáren Nový ministr či ministryně by se měl zaměřit na zákon o veřejném zdravotním pojištění. Je to klíčová právní norma, podle které se rozdělují peníze ve zdravotnictví. V části lékové politiky se již příslušná část zákona přežila a neodpovídá současnému vývoji. Je to vidět na § 16, podle kterého se systematicky „vyvádějí“ peníze ze solidárního systému, bez jasně stanovených pravidel a kontrolních mechanismů a jen na základě individuálního posouzení zdravotní pojišťovny. Celá část zákona o regulaci cen a úhrad léčiv by si zasloužila důkladnou a promyšlenou změnu např. v definici plně hrazeného léčiva ve skupinách v příloze č. 2 zákona, které jsou značně nesourodé. Systém tzv. započitatelného a nezapočitatelného doplatku na léčiva je nepřehledný a odpovídá nelogičnosti právě této přílohy. Doplatky na léky jsou pro pacienty nepřehledné a předem nejsou známy ani předepisujícím lékařům. Celý systém mechanismu vzniku tzv. úhradové vyhlášky je již za hranou ústavnosti či je přímo v rozporu s principy ústavnosti. A mohl bych pokračovat, jen v této normě je celá řada nedokonalostí. Podle mého je to prioritou č. 1. Dále by se z mého úhlu pohledu měl nový ministr zabývat zákonem o léčivech, a to ve vztahu k povinnému předepisování elektronických receptů, např. v oblasti definice lékového záznamu pacienta, a je tam celá řada dalších oblastí.

Bc. Dagmar Žitníková, předsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR

Zásadním problémem, který ovládá české zdravotnictví, je nedostatek zdravotnického personálu v nemocnicích. Nový ministr by měl nedostatek pracovníků řešit systémově a zaměřit se na jeho příčiny. Hlavním důvodem nedostatku všeobecných sester jsou jejich špatné pracovní a mzdové podmínky. Bývalým ministrům jsme opakovaně navrhovali, aby upravili personální vyhlášku a dali nemocnicím finance na doplnění personálu. U lékařů je situace obdobná a k jejich přetížení se ještě přidává zpackaný systém vzdělávání. Bohužel systémové kroky, a zde je nutno podotknout, ne pouze ministerské, ale vládní, k nápravě realizovány nebyly a české nemocnice jsou čím dál méně bezpečné, a to jak pro zaměstnance, tak pro pacienty. „Přechodná“ uzavírání oddělení jsou na denním pořádku. Prioritou ministra by měla být personální stabilizace zaměstnanců nemocnic při zachování stávající dostupnosti nemocniční péče. Problémů je samozřejmě ve zdravotnictví daleko více. Na řešení stále čeká změna systému úhrad za poskytovanou zdravotní péči, vyjasnění role a úhrad jednotlivých segmentů, možnost sloučení (centralizace) nákupů pro přímo řízené nemocnice, elektronizace zdravotnictví, snížení administrativy a mnohé další. Práce je pro nového ministra více než dost.

MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

Prioritou nového ministra by mělo být nastartování systémových změn, které by vedly k zachování dosavadní vysoké úrovně zdravotnictví v ČR. Je potřeba nejen zajistit potřebné finance pro zdravot-

nictví, ale také učinit některé nepopulární kroky, jako je např. optimalizace sítě nemocnic, restrukturalizace lůžkového fondu, reálná podpora primární péče (zlepšení financování, zvýšení kompetencí zavedením nových výkonů, uvolnění preskripce léků, snížení administrativní zátěže). Velký problém vidím v zajištění dostatku lékařů a zdravotních sester obecně. Nový zákon o vzdělávání lékařů se MZ příliš nepovedl a z rozhovoru s mladými lékaři nevnímám, že by jim vzdělávání usnadňoval. Nový ministr by neměl přihlížet tomu, jak se rozpadá ambulantní péče a zejména péče primární. Nedostatek praktických lékařů je velkou hrozbou do budoucnosti a bez viditelné podpory nového ministra může dojít k tomu, že občané nebudou mít dostupnou základní péči, na kterou byli dlouhá léta zvyklí a brali ji jako samozřejmost. Konkrétní kroky, které mohou alespoň zastavit hrozící odchod lékařů do důchodu, vidím v urychleném zrušení povinného elektronického receptu, vytvoření výjimek z EET pro některé skupiny lékařů, zvýšené podpoře vzdělávání mladých lékařů nejen formou vytvoření většího počtu rezidenčních míst, ale také zjednodušením celé administrativy s tím spojené. V neposlední řadě je potřeba napravit úhrady pro praktické lékaře a navýšit jejich hodnotu práce srovnatelně s lékaři v nemocnicích. To vše ale předpokládá, že ministr vytvoří alespoň náznak nějaké koncepce zdravotnictví a z ní budou vycházet jeho priority.

Zdroj: Medical Tribune

Rare Diseases 360° at ECRD 2018 Vienna

The European Conference on Rare Diseases & Orphan Products 2018 (ECRD) will take place in Vienna from 10 - 12 May.

The 2018 theme Rare Diseases 360° – collaborative strategies to leave no one behind reinforces the unique role the conference plays to bring together and facilitate effective 360° policy discussions between all members of the rare disease community. Sessions at the conference will focus on the below six sub-themes.

Get involved in ECRD 2018 Vienna!

- View the programme at a glance and register to attend the conference (before 15 March for early bird rates).
- Individuals or organisations that have conducted research on rare diseases are also invited to submit a poster abstract for ECRD 2018. Submissions should relate to one of the six sub-themes.
- Any organisations or company interested in exhibiting at ECRD 2018 can find out more here.

ECRD, the leading event for the rare disease community in Europe, offers the opportunity for networking and effective policy discussions between all rare disease stakeholders including patient advocates, policy makers, healthcare industry representatives, clinicians, regulators, payers and Member State representatives.

The conference will offer participants a 360° view on the latest rare disease advances, challenges and trends, taking into account the experiences of all participants, including patients as equal experts.

The conference will take place at a critical time, one year before the next European parliamentary elections. Sessions at ECRD 2018 will help to demonstrate and reinforce the importance of EU actions in rare diseases. EU cooperation has been vital in developing national plans for rare diseases and in launching the first European Reference Networks. Participants at ECRD 2018 will discuss how to continue and extend this momentum by taking a 360° approach when looking forward to the next 20 years.

Eva Bearryman, Communications Manager, EURORDIS

Zdroj: eurordis.org