***Z Á Z N A M***

*z pracovního jednání poradního sboru ministra zdravotnictví České republiky*

***Vědecká rada***

*dne 21. března 2019, od 14:00 hodin*

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***Přítomni:***

* **za poskytovatele zdravotní péče**:

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc. MBA

prof. MUDr. Marek Babjuk, CSc.

[doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.](https://is.cuni.cz/webapps/id/1427549634827454/)

prof. MUDr. Pavel Dungl, DrSc.

prof. MUDr. Pavel Rozsíval, CSc, FEBO

prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.

prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA

prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc.

prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.

prof. PharmDr. Martin Doležal, Ph.D.

MUDr. Zdeněk Mrozek, Ph.D.

doc. MUDr. Petr Němec, CSc

prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.

prof. MUDr. Petr Suchomel, PhD.

[prof. MUDr. Josef Vymazal, DrSc.](http://www.rozhlas.cz/_zprava/1050736)

prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.

prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.

prof. MUDr. Roman Chlíbek, PhD.

prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

prof. MUDr. Aleš Ryška, PhD.

* **za Ministerstvo zdravotnictví**:

Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA

prof. MUDr. Roman Prymula CSc., Ph.D.

MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH

Ing. Helena Rögnerová

doc. RNDr. Ladislav Dušek Ph.D.

Mgr. Zbyněk Podhrázký

* **Host**

Mgr. Jarmila Vedralová

***Omluveni:***

prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.

doc. [MUDr. Marián Hajdúch, Ph.D.](http://lem.ocol.cz/cs/info/mudr-marian-hajduch-phd)

 [doc. MUDr. Peter Koliba, CSc.](http://www.senat.cz/senatori/index.php?par_3=291)

[prof. MUDr. Jaroslav Malý, CSc.](http://www.jaroslavmaly.cz/)

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

doc. MUDr. Jana Prausová, PhD., MBA

prof. MUDr. Vladislav Třeška, DrSc.

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.

doc. PaedDr. Mauritzová Ilona, Ph.D.

***Program:***

1. Nedostatekfyziků v radiologii, radioterapii a nukleární medicíně – prof. Válek, prof. Dušek
2. Daň z alkoholu a tabáku - nám. Šteflová, Mgr. Vedralová
3. Standardy a management léčby zhoubných nádorů prostaty – prof. Babjuk
4. Iktus – prof. Dušek
5. Usnesení o protonové léčbě – prof. Vymazal
6. Financování vědy, hodnotící proces – prof. Vymazal
7. Rezidenční místa – Mgr. Podhrázký
8. Různé

**Bod 2 – Vedralová, Šteflová – alkohol, tabák**

**Šteflová, Vedralová - prezentace**

Paní náměstkyně Šteflová uvedla procentuální přehled spotřeby alkoholu na osobu; spotřebu alkoholu u dívek a chlapců nad 15 let; úmrtí pro příčiny způsobené alkoholem; alkohol jako příčina rozpadu manželství; náklady konzumace alkoholu;

Uvedla nejefektivnější doporučení WHO vedoucí k redukci rizika ze spotřeby alkoholických nápojů a tabákových výrobků:

* **Dostupnost alkoholu** – regulovat obchodní nebo veřejnou dostupnost se ukázalo jako velmi účinné pro snižování škodlivého užívání a pití mezi nezletilými.
* **Marketing alkoholických nápojů** – pro ochranu osob, zejména dětí a mladých lidí, ochránit je od vyspělých reklamních a propagačních technik
* **Cenová politika společnosti** – většina spotřebitelů, zejména těžkých pijáků a mladých lidí, jsou citlivé na změny v cenách alkoholických výrobků

**Vedralová** – pokračovala v prezentaci, kde uvedla spotřební daň na alkohol ve světě; výnosy daní; uvedla doporučení WHO, OECD:

* **Posílení omezení dostupnosti alkoholu a tabáku; Zákaz nebo omezení expozice reklamy na alkoholické nápoje u více typů médií.**

**Vojtěch** – v tomto směru chceme podporu VR a váš názor. Musíme být lídry regulace negativního dopadu alkoholu na společnost.

**Šmucler** – navrhuji, aby tabáková daň a daň z alkoholu byla příjmem pojišťoven.

**Rozsíval** – v jiných státech je stanovena vyšší věková hranice pro prodej.

**Vedralová** – nyní intenzivně komunikujeme směrem k veřejnosti informace o negativních dopadech užívání alkoholu. Musíme zvýšit informovanost, posílit zodpovědnost jednotlivce. Zvýšení věkové hranice pro podávání a prodej alkoholických nápojů, byť je na místě, nevidím v tento okamžik v ČR jako průchozí.

**Miovský** – co doporučuje WHO a OECD je velký posun. Dříve to podávali politicky, dnes se zaměřují opravdu na výzkum a společnost. V minulých letech jsme rok dělali kampaň na rakovinu a lidé vůbec netušili, že alkohol je rakovinotvorný. Chtěl bych požádat MZ, abychom měli větší podporu pro práci s veřejností.

**Vojtěch** – připravujeme kampaň ve spolupráci s Českou televizí. Budeme se zabývat tématem alkoholu, poukazovat na fatální alkoholový syndrom. Máme představu o vytvoření tří spotů na různá témata spojena s alkoholem, která budou vysílána v hlavních vysílacích časech na ČT. Kampaň by se měla rozeběhnout v tomto roce.

**Vedralová** – připravuje se i kampaň na řízení pod vlivem návykových látek, včetně alkoholu.

**Suchomel** – pokud 60 % lidí, kteří přijdou na úrazovou ambulanci po 22.00 hodině je pod vlivem alkoholu, tak tito lidé by si ošetření měli zaplatit.

**Špičák** – souhlasím s tím, ale myslím si, že schváleno to nebude. Musíme vydat prohlášení, že je naprosto nevhodné, aby se lékaři vyjadřovali k pozitivním účinkům alkoholu na zdraví. Eticky je to velmi špatné.

**Raboch** – chtěl bych upozornit na grafy, které jsme viděli v prezentaci. U dětí za posledních

5 - 6 let došlo k poklesu konzumace alkoholu. Z jakého důvodu se to stalo, a měli bychom to podpořit?

**Vojtěch** – děti se více zajímají o nové technologie, počítače a telefony. Myslím si, že to je jeden z hlavních důvodů.

**Vedralová** – souhlasím s panem ministrem. U dětí se mění životní styl, tráví více času samotné, vznikají závislosti na nové technologie, počítače, mobily. Pokles je u všech zemí, ne jen v ČR. Pozor, ČR stále zůstává na předních příčkách, i když je pokles. V ČR ovšem narůstá i nárazové pití.

**Válek** – reálným problémem urgentních příjmů jsou opilí pacienti, kteří ohrožují personál.

V Rakousku je na urgentních příjmech policie. Příkladem je AKH ve Vídni, kde byl na návštěvě Zdravotní výbor PS ČR. Podobný režim by bylo vhodné zavést i v ČR.

**Ryška** – příjmy ze spotřební daně na alkohol jsou dramaticky nižší, než jaké jsou vyvolané následky způsobené alkoholem.

**Šmucler** – část z veřejných fondů by měla jít na mediální kampaň a část do nemocnice.

**Šteflová: stanovisko**

**Stanovisko Vědecké rady k nadměrnému užívání alkoholu a tabákových výrobků a jeho k prokazatelně škodlivým dopadům na zdraví populace České republiky.**

Vědecká rada podporuje ministra zdravotnictví v jednáních vedených ke zvýšení spotřební daně z alkoholu a tabákových výrobků a doporučuje zahájit jednání s relevantními rezorty k omezení dostupnosti a reklamy na tabákové výrobky a alkoholické nápoje. Vědecká rada prohlašuje za neetické, aby jménem lékařů byl doporučován alkohol jako neškodný a dokonce zdraví prospěšný.

Příjmy z alkoholových nápojů a tabákových výrobků je nutné cílit na posilování programů zaměřených na snižování škod působenými těmito komoditami. Příjmy ze spotřební daně na alkohol jsou významně nižší, než výdaje vynakládané na zdravotní péči v jejich souvislosti.

Doporučení vědecké rady je, aby bylo zahájeno jednání se zdravotními pojišťovnami o úhradách výkonů za zdravotní péči pacientů, kteří jsou léčeni v prokazatelné souvislosti

s vlivem alkoholu.

**Bod 1 – Nedostatek fyziků v radiologii, radioterapii a nukleární medicíně**

**Válek** – v roce 2004 jsme měli v ČR v nemocnicích dostatek fyziků, kteří ale nebyli zdravotničtí pracovníci. Dnes musí být fyzik zdravotník a akreditaci MŠMT a MZ pro obor Radiologická fyzika má pouze Fakulta jaderné fyziky v Praze. Zde je ale v ročníku okolo 10 studentů. Legislativa definuje technika (bakalář) a fyzika (magistr), ale v podstatě všichni technici pokračují v magisterském studiu. Fyzici nastupují přednostně do nemocnic, kde je radioterapie a zde je jich přítomnost opravdu odborně nutná. Zákon se posunul dále a vznikly nadstavbové atestace pro radioterapii, radiodiagnostiku a nukleární medicínu. Na radioterapii potřebuji fyzika s atestací v radioterapii a tento fyzik se zásadním způsobem podílí na práci radioterapeutického oddělení. V nukleární medicíně je role fyzika s atestací z nukleární medicíny podstatně menší a není nezbytně nutná. Jelikož jedna z jeho hlavních činností je kalibrace přístroje na začátku směny, znamená to, že každá „nukleárka“ musí mít jednoho fyzika, který kalibruje před zahájením provozu přístroje. A na radiodiagnostice musí být fyzik s atestací z radiodiagnostiky. Zde je ale jeho přítomnost zcela zbytečná a v podstatě by všechny činnosti mohl provádět jakýkoliv fyzik či radiologický asistent - bakalář. Na radiologii (totéž platí pro kardiologii a další obory, kde jsou přístroje s rentgenkou jako je skiagrafie, skiaskopie, angiografie, CT a další, se potřebný úvazek fyzika počítá podle počtu rentgenek (doporučení odborné společnosti). Tedy nemocnice musí zjistit, kolik má „rentgenek“, dle vzorce zveřejněného na stránkách odborné společnosti fyziků vypočítat potřebný úvazek a přijmout fyzika na tento úvazek. Přitom fyzik na pracovišti fakticky vůbec není prostě proto, že na něm nevykovává prakticky žádné činnosti. Při kontrolách SUJB a auditech se pak pouze zjišťuje, zda má nemocnice smlouvu s fyzikem na příslušný úvazek. Proběhly klinické externí audity, které zjistily, že existují dokonce i radioterapeutická pracoviště, kde žádný fyzik není, a přesto se tam ozařuje. Pak existuje řada pracovišť, kde fyzik nasmlouvaný je, ale přítomen je na druhé straně republiky.

**Dušek – prezentace** - **Povolání radiologický fyzik v České republice**

V prezentaci uvedl:

* **Povolání radiologický fyzik** podle **§ 25 zákona č. 96/2009 Sb.** o nelékařských zdravotnických povoláních
* **Věkový profil pracovníků: radiologický fyzik – celkový přehled**
* **Pracovní zařazení aktivních radiologických fyziků v krajích**
* **Poskytovatelé zdravotních služeb vybraných oborů
a zaměstnávání radiologických fyziků**
* **Vývoj kapacit (úvazků) pracovníků s povoláním radiologický fyzik**

**Válek** – pokud tam fyzik není, je porušován zákon a vyhláška. U nukleární medicíny mi lékaři tvrdí, že na pracovišti ráno fyzik musí být, aby udělal kalibraci a kontrolu přístroje, jinak pracoviště nemůže fungovat. Ale technicky to tak evidentně není a někdo to dělá za něj. Jsem přesvědčený, že část té práce nemusí dělat fyzik. Měli bychom se podívat na vyhlášku a říci, zda se dá udělat, že by biomedicínský inženýr nebo radiologičtí asistenti, kteří mají bakalářská vzdělání, část těchto činností mohli dělat. Těchto lidí máme nadprodukci a nemáme pro ně tolik práce. Jsou to vysokoškoláci a v nemocnicích také pracují. Dále musíme mít větší tlak na NCONZO, aby vypisoval kurz pro absolventy přírodovědeckých fakult. Kurz se vypisuje velmi málo a je velmi těžký na matematiku a fyziku. Měla by proběhnout diskuze o akreditaci dalších pracovišť. Je zde velká suma absolventů nelékařských oborů, kteří mají výbornou matematiku a fyziku, ale není tu žádný způsob, jak z nich udělat zdravotníky. Měli bychom začít přemýšlet o tom, zda existuje nějaký kurz na „doškolováku“, kde by se člověk stal zdravotníkem pro jasně definované profese. Udělat z fyzika zdravotníka, ale zároveň, aby od fyzika nikdo neočekával, že se bude chovat jako zdravotník.

**Svačina** – vyřeší to pouze změna vyhlášky.

**Němec** – každé pracoviště má radiofyzika podepsaného na úvazky, půl úvazky. Platí mu peníze, které si fyzik řekne. Prakticky tam není a jen jednou za měsíc podepíše výkaz, že je vše v pořádku.

**Vyzula** – souhlasím s úpravou vyhlášky.

**Válek** – pokud bude protitlak, tak pouze od společnosti fyziků. Všichni ostatní s tím budou souhlasit.

**Svačina** – proč ČVUT bere jen 8 studentů?

**Válek** – nejsou zájemci, je to velmi těžké studium, především na fyziku.

**Prymula** – dovedu si představit, že snadno upravíme vyhlášku. Na radiodiagnostice nebude muset být přítomen fyzik. Fyzik na pacienta nesahá, proto nemusí být zdravotníkem a v ten moment je problém.

**Válek** – fyzici si prosadili, že studium je zdravotnický obor. Hlavním důvodem byly pouze tabulky.

**Bod 3 – Standardy a management léčby zhoubných nádorů prostaty**

**Babjuk – prezentace**

Profesor Babjuk uvedl vývoj počtu pacientů; klinické dopady vysoké incidence; rizikové skupiny; strategie léčby karcinomu prostaty; metodiku a zdroje dat; doporučené postupy; organizační péči. Závěrem sdělil, že karcinom prostaty je časté onemocnění, které detekujeme v širokém rozsahu stádií i rizik. Prevalence stoupá a bude stoupat. Pozitivní je, že léčebné výsledky v ČR jsou velmi dobré a daří se mapovat dostupnost i výsledky řady typů léčby. Je potřeba dokončit tvorbu doporučených postupů; integrovat doporučení do praxe; jednotně vykazovat všechny typy péče; adaptovat struktury péče.

**Vyzula** - tvrdí se, že každý muž po 40 letech, by měl znát své PSA. Muži chodí na vyšetření a dochází ke zvýšenému záchytu hodnot PSA a to je nápor na urology. Ti nemají možnost tento nápor zvládnout. Mělo by se udělat rozhodnutí na úrovni zdravotnictví, zda budeme směřovat na screening karcinomu prostaty nebo ne, a jakým způsobem upravíme včasný záchyt. Druhou věc, kterou bych chtěl zmínit, je hysterie kolem protonové léčby. Tlak je agresivní a neustále se zvyšující, i když existují přesně dané indikace. Problém je až takový, že i pojišťovny mají problémy se stížnostmi. Přimlouval bych se, aby se zaurgovala specializovaná onkologická skupina pro radioterapii, která zahrnuje všechny možné odbornosti a měla by být součástí jednání na MZ, aby z jednání vyšlo jasné stanovisko, kdy protony dávat a kdy ne. Není týdne, abych neměl dotaz na protonovou léčbu jakéhokoliv typu.

**Vojtěch** - měli bychom mít papírově jasně dané, jak postupovat. Upínáme se ke klinickému doporučenému postupu, který vyřeší debaty jak pro MZ, tak pro pojišťovny.

**Svačina** – podpoříme jako česká lékařská společnost, ale nelíbí se mi a přijde mi nespravedlivé, že budeme podporovat pouze jeden obor. Napíšeme průvodní dopis, že je to třeba analyzovat a směřovat ke zlepšení. Je otázkou, koho si ústavní soud vezme jako znalce pro tuto kauzu.

**Vymazal** – je pravdou, že muži, kteří se dožijí 90 let, mají určitou formu karcinomu prostaty

na 100 % ?

**Babjuk** – nevím, zda v 100%, ale ve vysokém procentu určitě.

**Válek** – jako celek Vědecké rady bychom měli být bez emocí. Myslím si, že protonová léčba v nemocnici nebude takový problém, jako když je v soukromé nemocnici. Co mi hodně vadí, že není jednotný přístup všech pojišťoven ke všem srovnatelným případům. Jako VR bychom měli podpořit MZ, aby mělo větší kompetence v tlaku na pojišťovny v prosazování jednotných postupů. To že pojišťovna jednou schválí a jednou ne, má za vinu MZ. Pojišťovny musí ve všech případech postupovat stejně. VR musí hledat důvody rozdílů a zamezit jim.

**Suchomel** – existují už tvrdá data o karcinomu prostaty a výsledku protonové léčby?

**Vyzula** – studie probíhá v USA, první výsledky by měly být letos v prosinci 2019. Studie probíhá o protonové léčbě proti fotonové léčbě. Konečné výsledky budou až koncem příštího roku 2020.

**Dušek** – zpracovali jsme meta - analýzu. Jakmile bude hotová a zkontrolovaná, vyšleme ji ven a dáme ji na vědomí Vědecké radě. Výsledkem bude, že jde o léčbu experimentální.

**Prymula** – je tu dlouho válečná diskuze na téma příznivců a odpůrců této léčby. Každá metoda je na začátku experimentální. Ti indikující musí být nezávislí na protonovém centru. Měli by tam být dva podpisy lidí. Reklama je nežádoucí a musí tu být přesná pravidla, co můžeme a nemůžeme dělat.

**BOD 5 – Usnesení o protonové léčbě**

**Vymazal – prezentace**

Uvedl základní rozdíl mezi protonem (P) a fotonem (F); základní pojmy F a P;

* Fotonová radioterapie je ozkoušenou, rutinní metodou se stoletou tradicí. Moderní metody výrazně snižují ozáření okolních tkání
* Protony mohou být vhodnější u větších nádorů v blízkosti radiosensitivních struktur a u některých pediatrických nádorů
* Nicméně nejistota „plánu“ oproti „realitě“ je obdobná u fotonů i protonů (pohyb pacienta, dýchání ….)
* Dosud chybí solidní srovnávací studie s ohledem na dlouhodobé efekty (a “side effecty“) léčby
* Rozhodování o typu léčby musí být dle přísně odborných kritérií v KOC
* Narůstající počet center částicové léčby ve světě

V prezentaci uvedl data a grafy:

* Prezentace předložených dat na VR MZ byla schválena Pracovní skupinou pro smluvní politiku VZP ČR a Správní radou VZP ČR dne 28. 1. 2019
* Materiál vychází z dat pojištěnců VZP s vykázaným výkonem 43652, 43653 v období 3q/2016 - 3q/2018
* 43653 - PROTONOVÉ OZÁŘENÍ V KRANIOSPINÁLNÍ OSE
* 43652 - PROTONOVÉ OZÁŘENÍ MIMO KRANIOSPINÁLNÍ OSU

Závěrem:

* Indikace protonové léčby je v ČR nehomogenní, a to nejen z hlediska počtu indikovaných pacientů, ale rovněž indikovaných diagnostických skupin
* Počet indikací koreluje do určité míry s počtem vedlejších úvazků PTC a KOC
* Indikace z pražských KOC představují 65 % všech indikací
* Indikace z FN Motol pak 25 % všech indikací
* Indikace z FN Bulovka 18 %. VFN 13 %, TN 9%
* Nicméně u nejvíce indikujících KOC je rovněž největší indikační rozsah
* Cíl – poskytnutí léčby u indikovaných pacientů homogenně, transparentně napříč ČR
* Vyhodnocení komplikací obou modalit léčby

**Vyzula** – shrnul a udělal by někdo východisko o tom, jaké jsou jasné klinické indikace? Chtěl bych požádat, zda by příslušný náměstek MZ mohl pozvat skupinu SOSIR (Specializované skupiny pro inovativní radioterapii), což jsou nejlepší odborníci přes radioterapii a požádat je, aby pravidelně jednou za rok aktualizovaly indikační seznam diagnóz k protonové léčbě. Jsou tam nejlepší zástupci protonové a fotonové léčby a stačí dát jen punc MZ. Byla by to i ochrana pro MZ. V Německu už to mají několik let.

**Svačina** – souhlasím. Mají ti zástupci společné semináře?

**Vyzula** – společnost pro radioterapii vytváří workshopy. Je to tak půl roku co skupina vznikla a zatím pracují v ilegalitě.

**Ryska** – KDP už je garanční komisí schválené. KDP nemá dovětek frekvence aktualizací. O toto by mělo být postaráno v rámci KDP a tím se to bude aktualizovat.

**Dušek** – je potřeba rozlišit masivní zabijáky typu prostata od vzácných akutních nádorů, jen proto, že nejsou dobře diagnostikované. Třeba dětské nádory jsou na protonovou léčbu vhodné. To je pro SOSIR. A KDP určit jen pro prostatu. Tím jsou ustanovené skupiny. V čele KDP pro protonovou indikaci v čele s docentem Doleželem a v čele KDP na proton je předseda České urologické společnosti profesor Babjuk.

**Mrozek** – často jsme oslovováni jen z důvodu reklamy. O klamavých reklamách tu chybí ošetření.

**Šmucler** – stomatologové mají stejný problém. My za tyto neetické klamavé reklamy vylučujeme lékaře z komory.

**BOD 7 - Rezidenční místa**

**Podhrázký – prezentace**

* V úvodu prezentace sdělil **prameny právní úpravy a zákony**
* **Stávající úprava rezidenčních míst** – sdělil informace o: žádost o poskytnutí dotace; dotace na základní kmen; dotace na celé specializační vzdělávání; postup hodnocení žádosti; kdo je rezident; výběr rezidenta
* **Podpořené obory** – uvedl výši dotací ve kmeni od roku 2012 - 2019
* **Navrhované úpravy od roku 2020 –** financování vzdělávání v základních kmenech lékařů; financování celého specializačního vzdělávání – mimo obory primární péče; financování celého specializačního vzdělávání – obory primární péče; financování vzdělávání v základních kmenech na pracovištích jiných oborů, než do kterého je rezident zařazen

**Býma** – sejdeme se s panem ředitelem Podhrázkým, i za přítomnosti pana náměstka.

**Ryška** – v první fázi bychom si měli definovat, zda chceme řešit nedostatek mladých lékařů, nebo regionální nedostupnost v některých oborech. Myslím si, že obojí zároveň řešit nelze. Pokud chceme řešit nedostatek mladých lékařů, tak je musíme nalákat, to znamená nabídnout jim peníze. On se bude školit, kde chce, a ty peníze si tam přinese a stane se pro to pracoviště atraktivním. Část peněz by měla jít za školitele, protože je to práce navíc. S tímto nemůžeme řešit nedostatek v regionu. Dostáváme se do sociálního inženýrství a nikdy to nedokážeme zajistit. V tu chvíli začneme vymýšlet stabilizační dohody, závazky atd. Proč bychom měli chtít po mladých lékařích, aby platili nějaké penále, když budou chtít odejít. Chceme snad totéž po absolventech práv, IT, atd.?

**Šedo** – nechceme to od lékařů, kteří absolvovali fakultu. Tady jde o specializační vzdělávání.

**Podhrázký** – říkáme, že je to dobrovolně a za určitou výraznou částku nad. Model, že peníze půjdou za školencem, se opravdu neosvědčil v tom, že pak je přetlak před fakultními nemocnicemi. A pokud si myslíte, že to tak není, podíváme se na počet podaných žádostí a počet odmítnutí.

**Mrozek** – jsme proti. Cena za vzdělávání se zvyšuje, a pokud nebude cenový výměr na stáže, nevidíme důvod, proč by se měl lékař státu zadlužovat. Obáváme se, že tento systém lékaře pošle jinam, kde to není tak nákladné, bez závazků (Německo) a pak tam i zůstávají.

**Na příští jednání se přesouvá:**

Bod 3 – Iktus – prof. Dušek

BOD 6 - Financování vědy – prof. Vymazal

**Další jednání Vědecké rady se bude konat 15. 5. 2019 od 10.00 hodin**