***Z Á Z N A M***

*z pracovního jednání poradního sboru ministra zdravotnictví České republiky*

***Vědecká rada***

*dne 3. září 2019, od 10:30 hodin*

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

***Přítomni:***

* **za poskytovatele zdravotní péče**:

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc. MBA

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

prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.

prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

prof. PharmDr. Martin Doležal, Ph.D.

MUDr. Zdeněk Mrozek, Ph.D.

doc. MUDr. Petr Němec, CSc

prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.

[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. 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.

prof. MUDr. Vladislav Třeška, DrSc.

doc. PaedDr. Mauritzová Ilona, Ph.D.

prof. MUDr. Marek Babjuk, CSc.

prof. MUDr. Pavel Dungl, DrSc.

* **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.

* **hosté**

Mgr. Ing. Kateřina Miholová

***Omluveni:***

prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

doc. MUDr. Jana Prausová, PhD., MBA

prof. MUDr. Pavel Rozsíval, CSc, FEBO

prof. MUDr. Aleš Ryška, PhD.

prof. MUDr. Petr Suchomel, PhD.

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.

prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc.

prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.

doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.

***Program:***

1. Implementace metodiky 17+ a následné rozdělování institucionální podpory –
prof. Špičák, Mgr. Ing. Kateřina Miholová
2. KDP jako varianta, řeší některé problémy tzv. paragrafu 16 – prof. Válek
3. Informace VR o atestacích – prof. Válek
4. Problematika doporučení odborných společností – prof. Válek
5. DRG – prof. Dušek
6. Různé, diskuse:
* Problematika výhradní dedikace – diskuse k memorandu – prof. Ryska

**Bod 1 - Implementace metodiky 17+ a následné rozdělování institucionální podpory –
prof. Špičák, Mgr. Ing. Kateřina Miholová**

**Špičák** - metodika je prostředek a pokud se nenaplní cíl prostředku oddělení plev od zrn, tak metodika ztrácí význam.

**Miholová** – děkuji za pozvání. Jsem z úřadu vlády, kde mám na starosti hodnocení výzkumných organizací – tu část, která se provádí na národní úrovni, což jak víte, v rámci metodiky 17 + jsou první dva moduly. Modul, který se zabývá hodnocením vybraných výsledků a modul, který se soustředí na bibliometrické hodnocení vědeckých výstupů. Tyto moduly probíhají napříč celým systémem, s tím, že ale jejich vyhodnocení probíhá ve spolupráci s poskytovatelem, který má v gesci provedení zbývajících tří modulů, kde se než na výsledky výzkumu soustředí na charakteristiku těch výzkumných organizací, na jejich mobilitu, perspektivní rozvoj, společenskou relevanci. Cílem by mělo být dlouhodobější pevnější prohlášení o kvalitě výzkumných organizací na škále A – D, které by mělo být podkladem pro dlouhodobější financování, zejména formou institucionálního financování. S tím, že my metodiku zavádíme postupně, nyní jsme po dvou realizovaných letech, v dané chvíli se budou se zveřejňovat výsledky druhého roku, zejména oborové hodnocení, které je z úrovně rady vlády. Po prvním roce došlo k prvnímu indikativnímu rozdělení. Nespokojujeme se s výrobou jen tabulek, ale máme poměrně rozsáhlou škálu odborníků a ty nám uvádí informace do kontextu. V letošním roce jsme rozšířili údaje, hlavně tedy v té bibliometrické části, kde se pokoušíme analyzovat. Je potřeba si uvědomit, že zatím pracujeme s údaji dvou let. Kumulovaná analýza do značné míry potvrdila trend, který byl ukázán už v tom prvním hodnocení, ač už z hlediska oboru, nebo výkonu jednotlivých výzkumných organizací. Jsme schopni vydedukovat, jak jsou na tom jednotlivé obory ford – což jsou základní obory, které definuje OECD, a jak si stojí jednotlivé organizace. Věc byla zveřejněna, výstupy z modulu jedna, který se soustředil v prvním roce na společenské relevance, ne na vědu. Opravdu se zabýval hodnocením přínosu, nikoliv pouze ekonomického. Modul byl doplněn druhým kritériem hodnocení přínosu poznání. Máme po 2 letech zhodnoceno řádově 7 tisíc výsledků z celého systému, což jsou ty, které instituce označily za ty nejlepší. Po prvním roce máme shrnující tabulku. Ne ona tabulka byla sama podkladem pro škálování, tím skutečným podkladem byly 3 typy výstupů. Proč některé z institucí, které mají ve své gesci lékařské fakulty, byly označeny jemnou škálou B plus, B minus. Je třeba se podívat podrobně do zpráv. V oblasti MZ máme hotovou po prvním roce indikativní škálu. Rozdíl metodiky i oproti předchozímu financování je, že neposkytuje automatický pokyn poskytovateli, jakým způsobem by měl přerozdělit prostředky.

Podklady veřejné na [www.vyzkum.cz](http://www.vyzkum.cz)

**Prymula** – systém jak je nastaven nyní, tak také vychází z nějakých metrických parametrů, které můžeme porovnávat. Na základě dvou expertních posudků, aby byla organizace někam zařazena, to přináší určitý problém, protože organizace, kterým dáte, jak byly klasifikovány a z čeho to vychází, tak jsou smířeny s tím, kolik dostanou financí. Organizace potom protestuje a nesouhlasí s tím. S tím budeme bojovat.

**Hajdúch** – myslím, že modul jedna a dva, jsou relativně jasné a hodnotí se na centrální úrovni. K modulu dva bych měl připomínku, protože tam je to dost nejasné. Různé instituce tam posílají velmi variabilní podklady - od letáčků pro pacienty, až po mezinárodní patenty. Myslím si, že by nebylo špatné, kdyby bylo nějaké doporučení, nebo nějaký dobrý příklad praxe, který by těm institucím napověděl, co je správný výsledek, se kterým je možné ve zdravotnictví pracovat. Klíčové jsou moduly tři, čtyři a pět. V modulu tři se určuje relevance, v modulu čtyři a pět se hodnotí výzkum a vize, jakým způsobem se uplatňuje do budoucna. Vidím riziko, pokud dojde k ne-synchronizaci s min. školství a zdravotnictví, dojde k přelévání výsledků. Chci, aby došlo ke srovnání parametrů v obou resortech. Nebylo by správné, kdyby hodnocení na straně MZ bylo jiné, než na školství. Rezorty musí najít domluvu na stejnou stranu.

**Miholová** – páteřní metodika schválená vládou – úkolem rady je dbát na soulad mezi způsobem hodnocení jednotlivých poskytovateli. Neznamená to, že by rada schvalovala metodiky, ale faktem je MŠ si vymohlo, že jeho metodika se dostala až na vládu a byla schválena vládou. (moduly 3-5). Ano, jsme si toho vědomi.

**Prymula** – problém je, že my jsme ve dvojitém prostředí – univerzita, fakultní nemocnice. Zde vznikají společné projekty a bylo by nešťastné, aby byl jeden tým kvalifikován dvakrát.

**Ryska** – Pokud jsou dva hodnotitelé, kteří se výrazně od sebe liší, řešíme to standardně a požádáme dalšího hodnotitele. Hodnocení je prostředkem, nikoliv cílem. Málo si uvědomujeme, jak jednotlivé výzkumné organizace s finančními prostředky institucionálního příspěvku nakládají. Občas je využívají k jakési interní účelové podpoře, nikoliv na dlouhodobý rozvoj výzkumné organizace.

**Prymula** – mám obavu, že si nerozumíme. Je jedno, že tam bude jeden polární hodnotitel a druhý polární hodnotitel, když to budou hodnotit, jako fakultní nemocnici. Nám jde o to, že když stejného člověka bude hodnotit fakulta, aby ho nepostavila někam, a pak v tom systému se to nabalí a dojde k tomu, že většina projektů bude vykazována pod fakultou a ne pod nemocnicí, protože v tuto chvíli je to tam výhodnější. A naopak. S tím se zde potkáváme už léta.

**Špičák** – s tím souvisí samozřejmě problém s financováním.

**Válek** – každý ze subjektů chce garanci a snaží se mě uplatit, abych ten grant podal pod jejich hlavičkou, a snaží se nabízet, co z toho bude a metodika hodnocení je pak rozdílná dle toho mého úspěchu. Bavím se o realitě, nemusíte mi věřit, ale tak to je. Pokud podám grant pod jakoukoliv organizací, která dělá biomedicínský výzkum, tak to zařízení by z toho mělo mít stejný jakýsi profit a já bych měl být stejně ohodnocený.

**Šedo** – souhlasím s panem prof. Špičákem, je velký problém, že se často zaměňuje práce odborná a práce vědecká. U nás na fakultě to řešíme tak, že tyto malé práce mají svojí separátní skupinu a neřešíme toto a hodnocení jde za tím, kdo je v publikaci autorem. Pro porovnání dvou rezortů (školství a zdravotnictví), je rozklíčování velmi obtížné, ale opravdu by se nemělo stávat, že by byl jeden výstup hodnocen několikrát.

**Miholová** – nelze po metodice chtít něco, co nelze poskytnout. Nyní je to tak, že metodika ukazuje, jaký poskytovatel se podílel na výzkumu. V jaké míře a co přesně dělal. Jiný problém je v tom, jak přistupuje potom k přerozdělení podpory. Jistě jste si všimli, že MŠ k tomu přistoupilo jinak. Nakonec odměnilo ty, kteří byli identifikováni v prvním a druhém kvartilu jistou částkou, ke které dospělo stejnou trojčlenkou, jako dospívalo vždy ke všemu. Tam nastane ten problém, protože to je přesně ta chvíle, kdy se začnou výsledky dostávat na několik míst, v ten moment se jim začnou započítávat. Z pozice rady vlády informace je, že tato instituce se podílí na áčkovém výzkumu z pozice řekněme akademie věd, tato z pozice vysokých škol. Tím informace končí. Jakým způsobem s tím naloží poskytovatel, tam se potom doufá a věří v osvíceného poskytovatele, že vezme mnohem víc v potaz a odmění instituce například nějakými bonusy a nebude sahat dovnitř a nebude si z metodiky vybírat jen něco a o to se opírat do financování. Klinické studie v tomto roce už sledujeme zvlášť kategorii autorů, kde z hlediska medicíny a fyziky jsou zásadní. Pokusili jsme se identifikovat korespondenční autory, máme to z hlediska oborů, ale je to těžké.

**Špičák** – připraví formulaci.

**Bod 2 – KDP jako varianta, řeší některé problémy tzv. paragrafu 16 – prof. Válek**

**Válek –** návrh usnesení:

Vědecká rada doporučuje správní radě KDP zvážit, zda by klinické doporučené postupy v nějaké variantě mohly být použity pro posuzování vhodnosti paragrafu 16.

Mám dělat klinický doporučený postup, ale zjistili jsme, že v podstatě, když půjdu po indikaci v ČR, když vezmu dvě krajní pracoviště, tak tam není v podstatě jediná indikace, která by se dělala na jednom pracovišti.

Souhlasíte s tímto návrhem?

**Ryska** – princip by měl být zcela jasný a my ho musíme dodržovat. Tento problém by měl dostat pan prof. Dušek, k analýze, kolika lidí se to týká. Jaký je dopad v ČR. Na základě toho by se navrhlo garanční komisi, že toto téma by se mělo u KDP zpracovat.

**Vymazal** – na poslední správní radě VZP představila novou metodiku posuzování paragrafu 16, kdy to finální posouzení je vždy na revizním lékaři. Nicméně vzniknou společná stanoviska odborné společnosti a VZP, které budou určitým metodickým pokynem proto, jak by měli revizní lékaři rozhodovat. Toto bylo schváleno jako nový systematický postup.

**Svačina** – je to správné, ale na druhou stranu, ty nemoci, které nebyly zařazeny do KDP, tak aby tím nějakým způsobem nebyly hendikepovány při rozhodování.

**Válek** – omlouvám se, používám termín klinický doporučený postup, ale myslím metodiologický postup.

**Dušek** – pokud najdeme partnera v pojišťovnách, má to smysl. Sešel jsem se prof. Starým a Štěrbou a řekl jsem ji, že jsou oba členové významných institucí, tak ať napíší KDP v angličtině.

**Vojtěch** – nyní chystáme největší novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění, pravděpodobně za posledních dvacet let. Bude tu i otázka mimo jiné, úhrada léků, paragraf 16, apod. Cílem bude zapojit odborné společnosti, definovat společný postup zdravotních pojišťoven. Zapadá to do koncepce, chceme zapojit odborné společnosti do rozhodování. My toto podpoříme.

**Vyzula** – cesta KDP bude dlouhodobý proces – lékaři toto potřebují ve všech oborech. Je důležité dostat do zákona jednoduchou formulaci pro off label indikace. Aby to ale nebylo průhledné a zneužitelné. Paragraf 16 toto všechno nevyřeší. Musíme jasně stanovit, co je off label indikace.

**Svačina** – off label se má hlásit na SÚKL.

**Vyzula** – to se ale nedělá

**Babjuk** – mám pocit, že mluvíme o jiných věcech. Protože i indikace off label má dostatečnou evidenci, že je to účinná léčba. Je třeba jen jasně definovat, kdy je tedy ta oblast evidence a kde už ta hranice není.

**Dušek** – to víme na základě systematiky, která má svá jasná pravidla.

**Žaloudík** – věřím, že jsme si všichni vědomi rozhodnutí revizního lékaře.

**Prymula** – jsme v pásmu, kde bychom nemohli vakcínu ve věku 3 – 4 let použít.

Nyní používáme vakcínu off label, protože ta končí třetím rokem věku.

**Vojtěch** – nová novela zákona o veřejném pojištění toto bude řešit. Novela poprvé dává jasné procesní postupy, včetně možnosti odvolání proti rozhodnutí revizního lékaře, kdy to odvolání bude řešit širší komise, zástupci odborníků a pak je samozřejmě možné využít všechny tyto doporučené postupy atd. Měníme přelomové, poprvé zavedeme proces, který nebude závislý na rozhodnutí jednoho revizního lékaře, a skutečně bude možnost apelace, dovolání, možnost rozhodnutí širšího spektra lidí a odborníků. To si myslím, že je by skutečně mělo vést ke kultivaci celkově toho prostředí.

**Válek** – usnesení – dát ke zvážení, zda se dá využít KDP nějakým způsobem.

**Svačina** – souhlasí VR s tímto usnesením? Nikdo není proti. VR doporučuje.

**Bod 3 – Informace VR o atestacích – prof. Válek**

**Válek -** nefunguje kontrolní činnost. Ani MZ, ani akreditačních komisí a členů. Pokud instituce vzdělává lékaře,nemělo by to pro ni být zátěží, ale přínosem. Nastává pak situace, že musíte přijmout absolventa pouze tehdy, když máte volné tabulkové místo, kde vám v provozu chybí doktor. Systém by měl být státem více podporován. Na druhé straně mi přišlo absurdní, když po roce pobytu na akreditovaném pracovišti mi 90% těch co odpovídali, nebylo schopno říci, kdo je jejich školitel. Úplně si nemyslím, že je standardizováno to, že lékař nastoupí a má při nástupu v ruce vzdělávací program, seznámí se se svým školitelem. V řadě pracovišť a oborů to funguje, ale ta systematičnost nebyla prioritou vzdělávání lékařů. Není mi jasné, jaké jsou definitivní kompetence a jak do toho vstupovat. Kdo by měl systematicky kontrolovat, zda ten proces funguje? Kdo to systematicky kontroluje? Kdo kontroluje, zda školitelé opravdu vykonávají svoji činnost a jsou zato ohodnoceni.

**Malý** – pan profesor Válek udělal závěr, já si myslím, že měl jen smůlu. Tak to většinou není.

U nás ve fakultní nemocnici cirkuluji rezidenty. Máme dvě kliniky, kde to primáři drží, kde je na cirkulaci nepouštějí, to potom nefunguje a hned to hlásíme. Dostala se ke mně informace, snad to byl podnět lékařské komory, že na pracovišti klinického typu ve fakultní nemocnici, lékař, který je rezidentem a má složený úvazek u lékařské fakulty a větší úvazek u fakultní nemocnice, musí ten malý úvazek v rámci atestace napracovávat. Což považuji za diskriminaci.

**Mrozek** – není to požadavek komory, ale jasně to vyznívá ze zákona. Zákon jasně mluví, že lékař musí být zaměstnaný v úvazku 1.0 v akreditovaném zařízení. Pokud je zaměstnán na nižší úvazek, tak se doba přípravy prodlužuje. Nezdá se mi, že je to velká chyba. Zažili jsme tu dobu, kdy ve fakultních nemocnicích byli zaměstnáváni lidé na úvazek 0,1 nebo 0,2 a takto se údajně připravovali k atestacím. Samozřejmě ví, že ti lidé tam pracovali na plný úvazek. Bylo právě zneužíváno toho, že tenkrát ti lidé neměli kde nastoupit. V zákoně je i uvedeno pro studenty PhD., mohou toto absolvovat při úvazku 0,5 a program běží a počítá se, pokud je lékař v nemocnici zaměstnán. Školitel – souhlasím s panem prof. Válkem – naprostá většina lékařů neznala svého školitele. Potýkal jsem se s tím hlavně v menších nemocnicích, kde se lékař nemá ani šanci s tím školitelem sejít, protože se střídají na službách. Skutečně úloha školitele je pouze formální. Chceme zvýšit prestiž školitele, aby byl odměňován. Školitel by se měl účastnit atestace, aby tam byla zodpovědnost za školence. Poslední poznámka, na polských diplomech jsem viděl, že mají napsáno: dospěl k atestaci pod vedením toho a toho školitele. Mají tam uvedeno jméno školitele.

**Svačina** – je to komplexní chyba

**Prymula** – je to škála různých problémů v systému. U rezidenčních míst jsme se snažili připravit inovativní systém. Bude jasně definovaná částka pro školitele, i pro školence. Rezidencí místa budeme dělit, například dle toho, zda bude pracovat v pohraničí, nebo kde není atraktivita u oboru. Chceme zjistit personální stabilizaci a program rezidenčních míst, jde to i do legislativního sytému a u doktorů bude částka významnější. Zapojíme i školitele. Je pravdou, že bychom v zákoně chtěli posílit sílu školitele, aby chodil na zkoušky. Tady narážíme na odpor, že se jim to časově nehodí. Snažili jsme se posílit lékařské fakulty. S kory řešíme, jakým způsobem bude systém nastaven a jejich rozhodnutí je klíčové. Oni rozhodnou, zda je člověk schopný jít k atestaci nebo ne.

Úvazky – je to významná problematika, která by měla být jedním z klíčových důvodů, abychom vyřešili univerzitní nemocnici, nebo zákon o nich. Chceme vytvořit virtuální strukturu, která by se tím zabývala. Kumulativní úvazek by se počítal do akreditací, kumulativní výsledek by se počítal do výzkumu, abychom se opravdu nedostali do situace, že budeme vykazovat stejné publikace dvakrát a více. U úvazků souhlasím s tím, že v historii to nebylo dobré. Posunujeme se a máme všechny programy. Jednotlivé obory musíme zharmonizovat.

**Vojtěch** – úvazky – skutečně názor právníků MZ – možné to dle současného znění zákona není. Připravujeme evaluaci s mladými lékaři. To nám chybí. Chceme mít online systém, kde přímo mladí lékaři budou vyhodnocovat zařízení. To bude motivace, aby se vzdělávali. Pokud bude mít některé pracoviště negativní hodnocení, mladí lékaři se tam nepohrnou.

**Babjuk** – v programech je definováno, co se mají učit. Ale otázka je, co se na konci skutečně naučí. Programy jsou složité, je kolem spousta administrativy, atd. Motivace pro lidi, kteří tam učí, musí být.

**Prymula** – řešili jsme situaci, zda bude zkouška po kmeni nebo ne. Mladí lékaři zkoušku nechtěli. Máme to postaveno technokraticky. Historicky to bylo nastaveno tak, že každý měl svého školitele a prošel s ním celý systém a školitel garantoval, že ze školence vychová např. internistu. Tento model ale v dnešní době není realizovatelný.

**Svačina** – bereme na vědomí

**Bod 4 – Problematika doporučení odborných společností – prof. Válek**

**Válek –** můj návrh je:VR by mělazvážit doporučení, aby se sjednotila metodika doporučených postupů odborných společností. Dopad doporučení, který může být ekonomický, odborný, fatální pro jiné odbornosti, vnímám jako velký problém.

**Svačina** – otázka je, zda toto v ČR chceme, aby to bylo v doporučených postupech.

**Špičák** – nekonečný příběh, který finální řešení nemá. Myslím si, že bychom se tím neměli systémově zaobírat.

**Ryska** – setkali jsme se s problémem, že u nás jsou stovky až tisíce doporučených postupů a je v tom zmatek. Nejhorší je to pak u soudů. Zažil jsem situaci, kdy pan doktor Mach měl k soudnímu jednání 12 znaleckých posudků a každý byl jiný. Odborné společnosti nejsou právními subjekty, varoval bych před dalším vytvářením doporučených postupů na úrovni odborných společností nebo dokonce na úrovni jednoho či dvou expertů. Zbytečně si komplikujeme situaci.

**Býma** – když jsme si to tiskl, bylo to dlouhé a nikdo to nečetl. Mám 5000 praktiků a neznamená to, že podle toho budou postupovat. Je to stále jen doporučení. Doporučení je jen doporučení a pojišťovny toto nechtějí platit. Soud to bere jako vodítko, ale není to zákon.

**Mrozek** – Také nesouhlasím. Závazné stanovisko může dávat jen komora a ministerstvo. Jinak je vše těžké pro lékaře a nedá se to obhajovat. Pro lékaře je to nebezpečné. Proto se obáváme klinických doporučených postupů.

**Vyzula** – legislativní dopad visí ve vzduchu a není dořešen. Pletou se nám do toho další doporučená témata.

**Babjuk** – doporučený postup říkáme všemu možnému, ale tady jde o tu metodiku, která jasně říká, jak to vzniká, oponenty, atd. V konečném výsledku to vyjadřuje koncenzus mezi skupinami v rámci zdravotnictví. Odborná společnost něco napíše, ale není to názor všech (odborných společností, komor) a nebral bych to úplně vážně. Je to otázka publikace, která vzniká a lidí, kteří se pod to podepsali.

**Válek** – děkuji, chtěl jsem vědět váš názor.

Názor je konsensuální. Máme 3 typy doporučených postupů:

1 – co vydá komora a ministerstvo zdravotnictví – to je závazné

2 – kdo vydá kdokoliv další doporučení - buďto dodržují, nebo ne, ale nezavazuje se tím

3 - Klinické doporučené postupy – nejsou právně závazné, ale jsou jasně definované, jsou nezávisle hodnocené, jsou standardizované, jsou k dispozici

**Žaloudík** – když máme 3 typy postupů, které máme dávat medikům a doktorům? Které se učí?

**Válek** – na každé LF je to trošku jiné, záleží, kdo vyučuje. Vychází to ze skript. Já se bavím o vydaných metodických pokynech, které předstírají, že když je nebudu dodržovat, tak udělám něco špatně.

**Špičák** – doporučené postupy jsou informatika, jako jakákoliv jiná. Je to pouze vodítko. Žádný není právně jednoznačně závazný.

**Svačina** – pokud píšete knihu, tak vzadu mají nakladatelství napsáno, že nepřijímají odpovědnost.

**Vojtěch** – vždy to bude klinický doporučený postup.

**Prymula** – postupy závazné nejsou, nicméně u soudu, pokud probíhá řízení, tak to není ani tak o tom, zda jsem postupoval podle postupu. Posuzuje se tam to, že pokud dle postupu nepracuji, tak kde jsem na to přišel. Vypadá to pak, že jsem si postup vymyslel. Když se pak najde doporučený postup, mám větší alibi.

**Ryska** – právní analýza spočívá v tom, jakých zákonů se implementace KDP bude týkat. Tuto analýzu předložíme ministerstvu zdravotnictví k rozhodnutí o dalším postupu. Zda příslušný KDP využít ke standardizaci zdravotní péče. Je však nutné upozornit, že lékař může kdykoliv z tohoto postupu odstoupit s krátkým písemným odůvodněním.

**Rögnerová** – toto je totožná debata, která by se odehrála o standardu a nadstandardu. Není to úplně jednoduché, a tím, že napíšeme jednu větu do zákona, se to nevyřeší.

**Šedo** – je to jen doporučené

**Žaloudík** – musíme si říci, co dělat prioritně a co dělat později. První možnost, pokud jde o život. Druhá, když se metody dělají různým způsobem. Třetí, pokud je to finančně náročné.

A u finančně náročných postupů, bych zavedl KDP.

**Svačina** – KDP je opravdu pouze a jen doporučený postup.

**Bod 5 – DRG – prof. Dušek**

**Dušek** – prezentace – prosím o zaslání prezentace

**Dungl** – co je velký výkon, malý, střední. Jak je to definované, kdo to určí?

**Dušek** – toto nerozlišujeme.

**Žaloudík** – rozpadnou se nemocnice na 3 druhy: ty, které dostávaly více; ty, které dostávaly paušál; ty, které si polepšily.

**Vojtěch** – od příštího roku budeme vykazovat DRG, aby se to dostalo do běžné praxe. Na konci roku 2020 bude končit DRG a od roku 2021 bude jen CZ DRG. A úhrady budou nabíhat v řádu následujících let. Z hlediska úhrad je jasný termín. Já osobně mám vnitřní myšlenku následujících 5 let. Příští rok začneme vykazovat, pak bude jen CZ DRG. Pak je ten postupný náběh do úhrad reálný.

Hlavní sdělení je o tom, že končí akademická debata o DRG restart a nastupuje skutečná implementace do praxe. Budeme sdělení komunikovat na veřejnost. Chceme jít postupnou cestou úhrad. Máme vytipovaných pár skupin, je to pilotní, pak budeme nabalovat další.

**Bod různé**

**Problematika výhradní dedikace – diskuse k memorandu – prof. Ryska**

**Ryska - 3 body –** text v příloze

Text, který máte, nemůže obsahovat všechny aspekty, nicméně, dovolím si říci tři.

1. Viz text
2. Agentura musí dodržovat zákony. Jsme v právním státě. Systém hodnocení určuje zákon 130 a bude patně upraven s novelou, která se připravuje. Velká migrace tajemníků – byl zde návrh, abychom je zaplatili lépe. Opět je nutné zdůraznit, že musíme dodržovat mzdové tabulky.
3. Aplikovaný výzkum v biomedicíně má svá specifika. Velkým úsilím se před 5-6 lety nedostalo pod aplikovaný výzkum v průmyslu, tj. pod TAČR. Držme se toho. Tyto tendence se budou periodicky opakovat. Nesmíme to dopustit.

Je to především věcí ministerstva zdravotnictví, jako poskytovatele, my všichni bychom měli účinně pomoci. Osobně si velmi cením toho, že takto existujeme. Děkuji prof. Vyzulovi, za návrh vytvořit v AVZ panel desátý určený k akademickému hodnocení farmaceutických přípravků. Předsednictvo je připraveno k diskuzi.

**Špičák** – je třeba vyzdvihnout roli instituce. Funguje to dobře i principiálně. Když hodnotím aplikace, vyplývá z toho, že lidi mají malé aspirace. Musíme najít motivační mechanismus, aby ty aspirace byli vyšší. Jsem rád za juniorské garanty. Lépe musíme prodat mezinárodní spolupráci. Byl bych rád za vývoj a dynamiku.

**Svačina** – debata bude pokračovat v listopadu.

Další jednání Vědecké rady se bude konat v úterý 19. 11. v 12.00 hodin.