***Z Á Z N A M***

*z pracovního jednání poradního sboru ministra zdravotnictví České republiky*

***Vědecká rada***

*dne 5. února 2018, v 9.30 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.

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

prof. MUDr. Roman Chlíbek, 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. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

doc. MUDr. Jana Prausová, PhD.

prof. MUDr. Pavel Rozsíval, CSc, FEBO

prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.

prof. MUDr. Aleš Ryška, PhD.

prof. MUDr. Petr Suchomel, PhD.

prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.

prof. MUDr. Vladislav Třeška, DrSc.

prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA

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

prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc.

prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.

prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.

* **za Ministerstvo zdravotnictví**:

Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch*, ministr zdravotnictví*

prof. MUDr. Roman Prymula CSc., Ph.D., *náměstek pro zdravotní péči*

MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH *náměstkyně ministra zdravotnictví*

***Omluveni:***

* prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.
* prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.
* prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

***Program jednání:***

1. zahájení jednání
2. předání jmenovacích dekretů
3. efektivita vybraných screeningových programů
4. vzdělávání ve zdravotnictví
5. koncepce vědy a výzkumu
6. diskuse
7. závěr jednání

***Bod 1. A 2. – zahájení jednání a předání jmenovacích dekretů***

Vojtěch – v úvodním slovu představil svou filosofii a prohlásil: „Přál bych si, aby mi Vědecká rada byla poradní oporou v odborně náročných tématech, jakými jsou např. věda a výzkum či otázky vzdělávání. Je mou snahou, aby členská základna Vědecké rady byla svým složením opravdu reprezentativní a obsáhla všechny základní odbornosti.“

Představil předsedu Vědecké rady, kterým byl jmenován předseda České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně Štěpán Svačina. Dále představil členy Vědecké rady z Ministerstva zdravotnictví – náměstka R. Prymulu a náměstkyni A. Šteflovou.

Všem poděkoval za osobní účast na Ministerstvu zdravotnictví a ústně předal jmenovací dekrety.

***Bod 3. - efektivita vybraných screeningových programů***

R. Prymula – na základě několikaletých studií byla zpochybňována efektivita screeningových programů. Byla prezentována pro lajky jako vyšetření neefektivní, až pro pacienta zatěžující. Zmínil holandskou studii, zátěž pro dámskou populaci při záchytu nemoci je stresující.

*Prezentace:* - *všem přítomným byly poskytnuty prezentační materiály*

* přehled vyšetření

Mamografické vyšetření jednou za dva roky.

Od 55 let věku – test na okultní krvácení jednou za dva roky NEBO primární screeningová kolonoskopie jednou za 10 let.

Cytologické vyšetření stěru z děložního hrdla jednou ročně

* karcinom prsu – (graf)

 incidence prudce narůstá (nárůst až 20%), mortalita klesá.

Díky screeningovým metodám jsme schopni zachytit většinu onemocnění ve stádiu 1 a 2 (graf)

Konstatoval, že diagnostická mamografie klesá a je nahrazována screeningovou mamografií. Do screeningové mamografie vstupují mladší ženy, protože mají zájem o své zdraví.

* Časový vývoj základních charakteristik programu – kvantitativní vývoj šel prudce nahoru a my se musíme snažit dál hledat cesty, jak vyšetření více podpořit.
* Silné a slabé stránky současného screeningového programu karcinomu prsu:

Silné – v recentním období se zřetelně zvyšuje včasnost **záchytu karcinomu** prsu
a snižuje se úmrtnost na toto onemocnění. **Program** populačně velmi významně přispěl k prodloužení dosahovaného přežití pacientek.

**Nastavený systém akreditace a reakreditace** screeningových center na základě kontroly kvality využívající mj. systém datového auditu.

Slabé - V současnosti nedochází k dalšímu růstu pokrytí screeningem karcinomu prsu, které se tak nepřibližuje evropsky doporučené hodnotě alespoň 70%. S vysokou pravděpodobností ze screeningu odcházejí dříve vyšetřené ženy a ztrácejí tak pokrytí.

* Doporučení:
Posílení role poskytovatelů screeningu v náběru žen do screeningu (opětované pravidelné zvaní).

Otázka změny systému adresného zvaní. Inovace obsahu jednotlivých variant adresných dopisů. Je nezbytné vybudovat skutečně exaktní systém hodnocení kvality. Je nezbytné posílit roli MZ ČR a tím posílit činnost Komise MZ ČR v hodnocení kvality screeningového programu.

J. Žaloudík – screeningové programy v ČR fungují dobře. Musíme stanovit, která vyšetření jsou efektivní a která neefektivní. Nedovede si představit zrušení mamo screeningu, protože toto vyšetření má největší záchyt. Konstatoval, že by se Ministerstvo zdravotnictví mělo alespoň jednou za rok účastnit auditů.

V. Válek – souhlasil s tím, že MZ jasně definuje - co je to komise pro mamární screening MZ, kdo jmenuje její členy a kdo jsou její členové. Toto tu nikdy nebylo a my bychom to měli udělat! Vidí problém v tom, že mizí diagnostická mamografie (dle grafu) a většina screeningových centrem je soukromých. Položil otázku, jak se budeme chovat k výchově nových mamografických lékařů. (mnoho lékařů odchází do důchodu). Dle nastavené legislativy lékař s atestací z radiologie nemůže dělat screening. Doposud neexistuje žádná atestace, která by opravňovala dělat screening. Podal návrh vytvořit kurzy na screening, které by byly hrazeny MZ a byly by zařazeny do vzdělávání. Navrhoval více ekonomicky podpořit nové pacientky, které budou vtaženy do screeningu, než ty, které chodí pravidelně.
Existuje skupina pacientek, u kterých se karcinom prsu vyskytuje častěji z důvodu rodinné anamnézy - měli bychom se podívat nato, zda by měla být magnetická rezonance vtažena do děje.

Screeningový program je u nás velký úspěch medicíny a práce lékařů (profesor Remeš, profesor Vyhnánek, a další).

Konstatoval, že bychom měli jasně definovat komisi, která by měla být součástí systému vzdělávání v ČR.

J. Prausová - povinností každého pacienta by mělo být to, aby prošel multidisciplinárním týmem centra, kde mu bude jasně stanoven diagnosticko-terapeutický postup. Tím dojde k propojení screeningových a komplexních center.

M. Hajdúch - měli bychom se zaměřit na vysoce rizikové skupiny žen, které mají předpoklady na karcinom díky rodinné anamnéze. Mělo by se zavést centrum ne pro nemocné pacienty, ale pro rizikové pacienty.

R. Prymula – v úvodu reagoval především na mamografické vyšetření, jak je v zadání.

Na závěr diskuse k danému tématu uvedl, že v tuto chvíli chceme mít hlavně mamografický screening. Uvedl, že na příští Vědecké radě můžeme diskutovat o dalších programech.

V. Válek – je třeba zahájit co nejdříve debatu o tom, jaké postavení je u včasné plicní choroby a jestli vůbec máme nějakou ambici vytvořit v tomto směru screening (pseudoscreening). Poučit bychom se mohli z mamárních screeningů.

J. Prausová – vyjadřoval se ke genetice - bude společné jednání onkologické společnosti
a společnosti Genetics v únoru – bude se řešit nová kapitola. Výsledkem jednání by mělo být racionální řešení vyšetření, aby nebylo zbytečně dlouhé.

P. Koliba – velké role v deficitním screeningu hrají pacientské informace. Uvedl z praktických zkušeností, že v ČR chybí informační materiály o vyšetření. Konstatoval, že několik pacientek odmítá vyšetření, právě kvůli nedostatečné informovanosti. Prosí paní náměstkyni Šteflovou, aby v tomto měla prostor a zapojila se do přípravy těchto materiálů.

J. Žaloudík – konstatoval nespokojenost s komisí – (zavedena, zrušena, odvolána)

V. Válek - dávají se dohromady data z klinických auditů, které obdrží pan náměstek Prymula. To poté můžeme probrat na příští Vědecké radě.

R. Prymula – slíbil, že toto téma zařadíme na příští Vědeckou radu

A.Šteflová – souhlasila s tím, že lidé jsou málo informovaní a nedokáží porozumět tomu, co se jim sděluje a je to pro ně náročné. Je ráda, že se zahájila diskuze o ustanovení informačního portálu. Je to portál, který by měl být garantován MZ ve spolupráci s odbornými společnostmi a institucemi.

***Bod 4. – vzdělávání***

R. Prymula – položil otázku, jak by mělo vzdělávání probíhat?

*Prezentace:* - *všem přítomným byly poskytnuty prezentační materiály*

* Novela zákona č. 95/2004 sb., účinnost novely je ke dni 1. července 2017
* Nově jsou přímo v zákoně konkrétně v §5a vymezeny základní kmeny
* Délka vzdělávání v základním kmeni je 30 měsíců
* Naše filosofie je taková, že bychom chtěli, aby se člověk stal univerzálním lékařem
a proto 6 měsíců v modelu 2+2+2 není na škodu. (chirurgie, interna, intenzivní medicína)
* Uvedl stanovené kmeny a upozornil, že nejkomplikovanější je inertní (anesteziologický, dermatovenerologický, gynekologicko-porodnický, hygienicko-epidemiologický, chirurgický, interní, kardiochirurgický, maxilofaciálněchirurgický, neurochirurgický)
* Požadavky – atestační i akreditační komise. Je v nich paritní zastoupení 3 subjektů (fakulty, které jmenuje MZ, dále komora a odborné společnosti)
* Aprobační zkoušky – do ČR přichází velký počet Ukrajinců (kolem 1000 ročně)
a v tuto chvíli je aprobační systém zkoušek nastaven na velmi nízkou propustnost. V tuto chvíli jsou čtyři zkoušky v jednom dni a během nich se dá se poznat, že člověk medicínu nestudoval – tomu musíme zabránit. Z Ukrajiny nechceme přibírat farmaceuty a stomatology, ale naopak sestry a lékaře ano. MZ stanoví, jaká bude zkouška, a po zkoušce by měly být garantovány alespoň minimální kompetence, aby mohli pracovat. S tím nesouhlasí komora, která je pro nulové kompetence.

Funkční kurzy nechceme dělat v masivní podobě, měly by se uplatnit hlavně tam, kde jsou nástavbové programy, ten by měl být 6 měsíční.

* Otázka pana náměstka do diskuse byla: „Myslíte si, že je model správně nastavený?

Š. Svačina – osobně si myslí, že nechat zkoušky na fakultách je naprosto správně

J. Vymazal – novela zákona je výsledkem několikaletého úsilí, není ideální, ale je to výsledek nejlepšího možného kompromisu. Dejme šanci tomuto zákonu, než ho začneme kritizovat.

M. Babjuk - Výuka na pracovišti – je věc školitele a školenců. Toto mladí lékaři často kritizují. Měli bychom se domluvit, jak systém nastavit, aby byl podobný, jednoduchý a zvládnutelný z pohledu školenců a školitelů.

J. Malý – Atestace by neměla být překážkou.

S. Býma - Vyhlášky by měly být co nejdříve hotové, dělá to problémy studentům. Je to chaotické.

R. Prymula – nejuniverzálnější varianta – po kmeni aby byla zkouška, a pak zkouška po nástavbě. Nechceme systém protahovat, protože potřebujeme praktiky co nejdříve v praxi.

A.Šedo – co chtěl říci, tak již zaznělo. Pouze dodal, že výuka probíhá převážně na fakultě

 a není dostatečná praxe.

V. Třeška – souhlasil s modelem 2+2+2 – jednou je člověk lékař a měl by mít základní znalosti.

P. Widimský – souhlasil s podporou vzdělávání na fakultách. Konstatoval, že mladí lékaři si nejvíce stěžují, že se vzdělávací programy neustále mění. Doporučoval by, aby se vzdělávací programy po jejich vyhlášení ve Věstníku během roku 2018 „zmrazily“ minimálně na dobu 5 let (resp. Na dobu trvání daného programu). Časté změny vzdělávacích programů přispívají ke kritice mladých lékařů.

A.Vojtěch – kvůli dalším pracovním povinnostem se omluvil z jednání.

V. Válek – pochválil MZ, že se k tomuto tématu postavilo čelem a začalo to řešit. MZ zodpovídá za vzdělávání a musí ho nařídit. IPVZ má své katedry, které mají své zaměstnance, a nebylo by špatné, aby jeden z  členů atestační komise, byl vždy vedoucím katedry povinně – aby dělal sjednocení na fakultách. (určil laťku).

Priorita všech (poslanců, MZ, atd.) by měla být – tvrdý tlak, aby alespoň kmeny byly hrazeny ze státního rozpočtu a aby absolventi byli placeni a nemuseli být nabíráni na chybějící místo. Problém je v tom, že oni nastoupí do provozu, chtějí být vzděláváni, ale provoz po nich chce, aby pracovali. V Německu absolventi dostávají umístěnku.

A.Ryška - nesouhlasí s panem Válkem ohledně role IPVZ. Vzdělávání cestou lékařských fakult se podařilo zavést a funguje velmi dobře, přesun zpět na IPVZ by byl krokem zpět.

P. Rozsíval – chce, aby byl kmen hrazen. Výrazně by to usnadnilo nástup lékařů, nemuseli by si vybírat místo, kde je volno a byl by to významný stabilizační prvek.

Š. Svačina – konstatoval, že ekonomickou otázku budeme na radě probírat

V. Válek - pokud IPVZ má dostatek zaměstnanců, které hradí a neví co s nimi, tak je může posílat na jednotlivé fakulty do komisí (platit je bude IPVZ). Nesmysl, aby se atestace vracely na IPVZ – výhoda IPVZ byla pouze ubytování, přednášky, večírky)

M. Zavoral – nový zákon dává školitelům mnohem více pravomocí, ale chybí zodpovědnost- to je ten problém. Za pár let budou chybět školitelé. Musíme brát zřetel na reálnou propustnost – více skloubit pre a post graduální výuku a zamyslet se nad tím, zda je ten školitel schopen splnit vše, co mu nařídíme.

P. Dungl – stát by měl definovat svůj zájem, že tyto lékaře chce vzdělávat a zaměstnávat. Těžká a náročná administrace. Dotaz – jak má být 5 měsíční pobyt placen? Uvedl, že studenti si musí platit 500 Kč, aby mohli na klinice pracovat, aby dostali aprobaci.

Vlastní postgraduální zaměstnávání – atestace, přednášky - Kdo nám zaručí, že v těchto fakultách je 8 týdenní výuka – praxe… kdo nám zaručí, že jsou opravdu vzdělanými odborníky a jsou schopni ošetřit pacienta?

Š. Svačina – reagoval na dotaz pana Dungla a konstatoval, že každá fakulta studuje přiložené materiály podrobně

M. Babjuk - nemohu mít hodně zaměstnanců, abych všechny uspokojil v rámci lékařských výkonů. Všichni chtějí operovat, nově začínající lékaři i staří. Je to složitá otázka vybalancování těchto faktorů. Otázka kompetence – domnívá se, že nějaké kompetence by začínající lékaři mít měli. Oni se školí praxí – pracovat pod dohledem.

J. Žaloudík – domluvit se na postavení IPVZ, vložit do systému – velká vzdělaná kapacita

R. Prymula - student by měl mít svůj budget a tím by si vše hradil. IPVZ – velké problémy by nevznikaly, kdyby byly respektovány původní dohody – ty dohody jsou:

aprobační zkoušky, nástavby. Ustálit systém, protože i odborníci už se v tom začínají ztrácet.

***Bod 5. – koncepce vědy a výzkumu***

R. Prymula

*Prezentace:*

* Agentura IGA – působnost 25 let (ukončena 2016)
* AZV – agentura je naším hlavním zdrojem účelové podpory
* Dokumenty k dispozici – „Koncepce zdravotnického výzkumu do roku 2022“

a „Program na podporu zdravotnického aplikovaného výzkumu a vývoje na léta 2015-2022“

* Institucionální podpora - MZ v současné době realizuje institucionální podporu zdravotnického výzkumu a vývoje u 24 výzkumných organizací. Další organizace chtějí vstupovat do podpory, ale nesplňují podmínky (nedosahují minimum 1000 bodů)
* Chceme podporovat výzkum, který bude mít předpoklad nějakých výsledků

Témata k diskusi jsou:

* Efektivita výzkumu (výzkum pro výzkum, publikace x patenty)
* Institucionální vs. Účelová podpora
* Centra excelence (počet x provozní financování)
* Model AZV (samostatná agentura)

M. Ryska

*Prezentace:*

* AZV – zřízena 1. dubna 2014 s cílem postupného převedení IGA MZ
* Důvody – osamostatnění rozhodování v závislosti na kvalitě projektů, zajistit přechod z oborových komisí IGA na multidisciplinární panely AZV, výhledově umožnit propojení základního a aplikovaného výzkumu v biomedicíně
* Nevídaný konsensus vědeckých a výzkumných pracovníků, jak ze zdravotnictví,
tak i výzkumných ústavů AV ČR a vysokých škol. Transformace proběhla bez dopadů na státní rozpočet.
* AZV je organizační složkou státu (OSS) v přímé působnosti MZČR. Je samostatnou účetní jednotkou a jejím základním účelem je podpora aplikovaného výzkumu ve zdravotnictví v souladu se zákonem č. 130/2002 Sb., o podpoře výzkumu, experimentálního vývoje a inovací z veřejných prostředků a o změně některých souvisejících zákonů. Struktura vychází se struktury GAČR.
VZ AZV pro potenciální potřeby MZ ČR.
* AZV v rámci své činnosti zajišťuje přípravu programů, hodnocení programů a kontrolu plnění smluv o poskytnutí podpory
* Odborné panely (místo oborových komisí IGA MZ) – 9 panelů (metabolické
a endokrinní choroby, Choroby oběhové soustavy, Nádorové choroby, Neurovědy
a duševní zdraví, Poruchy imunity a infekční choroby, Poruchy orgánové funkce
a úrazová a IM, Věkově specifické skupiny chorob, Biomedicínské technologie, Hygiena, epidemiologie, veřejné zdravotnictví a ošetřovatelství)
* Algoritmus dělení prostředků
* Kritéria efektivity a úspěšnosti
* Přínos AZV – Transparentnost – v posledních letech šlo hlavně o to, aby všechny projekty prošly komisí. Možnost doložit průběh zprávy vede na první místo.
* Veřejné soutěže – stále chybí 150 mil., aby mohla být vyhlášena soutěž na rok 2019
* Zkvalitnění a rozšíření činnosti AZV:
* Klinická léková hodnocení (KH) v rámci panelů AZV – odmítnuto
* Zkvalitnění hodnotících procesů (práce odborných panelů, práce tajemníků panelů, systémové změny IVSP)
* Příprava projektů AZV s podporou ÚZIS – tvorba doporučených klinických postupů, které by po odborné oponentuře relevantními subjekty byly certifikovány MZ ČR – budeme informováni na další schůzi, až bude vše schváleno
* Současné problémy AZV – zavedení nového ISVP, přetrvávající absence chápání účelové podpory jako instrumentu veřejných finančních prostředků, nízká alokace (nízké % profinancování projektových návrhů)
* Úkoly pro 2018
* Připravit ZD na VES 2019
* Vypracovat návrh pro MZ rezortního programu VII na léta 2020-2025
* Projednat s MZ návrh jednání s GAČR o převedení základního výzkumu v biomedicíně pod AZV
* Projednat návrh s MZ o hodnocení alokace institucionálního příspěvku

A.Šedo - Prostředky by měly být pod lepším drobnohledem. Musí se stanovit kontrolní mechanismy – na co peníze jsou přiděleny a na co se opravdu použijí.

J. Žaloudík – konstatoval, že si musíme stanovit pravidla

M. Hajdúch – základní problém je, že biomedicínský výzkum v ČR je podfinancovaný. Položil dvě otázky – kam patří zákon 130? – pod MZ nebo pod MŠ. A kdo bude rozhodovat
o podpoře? MZ nebo MŠ?

Chybí-li posudek projektu, tak soutěž končí.

M. Ryska – konstatoval, že vše se dá řešit, ale až se změnou programu.

Zákon 130 – čekalo se na novelu, pak technickou novelu, pak na nový zákon (dlouhé protahování) – v novém zákoně už bude podpora výzkumu v biomedicíně jednoznačně definována. Jako vadu uvedl – měli bychom se snažit o to, aby nám ve spolupráci s VŠMT vyšli vstříc ohledně mezinárodní spolupráce.

V. Válek - konstatoval, že dle jeho názoru AZV funguje výborně.

Jsou 3 agentury, které by se měly zabývat medicínským výzkumem – TAČR, AZV, Akademie věd. Jako ale hlavní problém vidí TAČR - Kolik projektů je zaměřeno na vývoj ve spolupráci s fakultami. TAČR nedělá to co by měl, nedělá startupy, - chybí jim jasně daná komise.

Měli bychom se shodnout na nějakém doporučení – a to, že zákon 130 by měl být jasně definován.

M. Zavoral – souhlasil s panem Válkem – 3 roky seděl v hodnotící komisi v TAČR a nebyl tam za celou dobu projekt biomedicínského výzkumu. Proč je nám tedy TAČR stále podsouván a proč bychom se mu měli přiblížit?

Š. Svačina – také souhlasil s panem Válkem, v TAČR byl oponentem na informatiku

J. Žaloudík – TAČR je v zákoně, AZV je vládním opatřením z r. 2013. Jedna novela už byly, druhá nebyla připravena. Položil otázku - Co to je dobře fungující AZV a jakého má mít ředitele. At si TAČR funguje, ale ať je AZV zákonem ustanovený podnik. Nebo nějakým způsobem musíme revidovat celou strukturu. O tom je ta Vědecká rada.

R. Prymula – na příští Vědeckou radu předložíme zcela transparentní systém realokace prostředků institucionální podpory MZ. Nesouhlasil s panem Žaloudíkem – nesouhlasil s hranicí 1000 bodů.

Š. Svačina - ukončil zasedání a uvedl, že další setkání Vědecké rady bude předběžně v druhé půlce dubna. V případě nutnosti projednání akutního tématu i dříve.

Vyzval členy Vědecké rady k zaslání podnětů pro příští jednání.

Zpracovala: Ing. Petra Fejfarová, 8. 2. 2018