

Oddíl I. Zasedání.

Oddíl II. Per rollam.

Příloha č. I / 1, bod 2.

Společenský večer Luhačovice 2015

Sál RONDO, MěDK Luhačovice

20:00 welcome drink u vstupu

20:15 slavnostní zahájení večera

20:30 otevření rautu

1. Varianta – Orchestr Václava Marka s hostem a moderátorem Ondřejem Rumle

Po celý večer, tj. od 20:30 – 24:00 hraje Orchestr Václava Marka.

odkaz na internetové stránky: <http://marekorchester.cz/>

odkaz na video: <http://www.youtube.com/watch?v=PcRfaJasDD8>,

<http://www.youtube.com/watch?v=G9OWEFS6M>

Tento orchestr hraje převážně taneční hudbu, čili samé evergreeny. Pro představu, něco jako Orchestr Karla Vlacha, či Václava Hybše. Celý večer má ve vlastní režii, uvádí si své skladby jak k tanci, tak poslechu.

Hlavním hostem orchestru bude **Ondřej Ruml**, který vystoupí jak s orchestrem, tak předvede i svou show s hrací krabičkou - one man show.

<http://www.ondrejruml.com/index.php?p=mp3>

Cena celkem za celý společenský večer: 135 000 Kč

2. Varianta

20:30 – 21:30 vystoupení **Olgvy Lounové s kapelou** - včetně moderování Olgou Lounovou

odkaz na video: <https://www.youtube.com/watch?v=juxKdjqFy48>

21:30 – 24:00 k poslechu a tanci bude hrát **ABBA REVIVAL** ve variantě LIVE BAND

odkaz na video: <http://www.revival-abba.cz/?page=foto-audio-video>

krátké 15 min přestávky mezi 30 min představením budou vyplněné reprodukovanou hudbou k tanci a poslechu

Cena celkem za celý společenský večer: 110 000 Kč

3. Varianta – bez moderování večera

20:30 – 21:00 vystoupení **Jakuba Smolíka** – half playback

odkaz na video: <http://www.jakubsmolik.cz/video/>

21:00 – 24:00 k tanci a poslechu bude hrát skupina **ABBA WORLD REVIVAL**

odkaz na video : <http://www.abbaworldrevival.com/audiovideo.php>

Cena celkem za celý společenský večer : 85 000,- Kč

Příloha č. I / 2, bod 4.

Odstranění preskripčních omezení u PAD pro odbornost 001.Dopis SVL.

Účastník navrhuje, aby Přípravkům byly odstraněny preskripční podmínky úhrady a mohly tak být předepisovány i praktickými lékaři.

Léčba diabetu druhého typu patří mezi onemocnění, které patří k dispenzarizaci a léčbě u praktického lékaře. Odborná společnost Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP (SVL ČLS JEP) (www.svl.cz), která sdružuje praktické lékaře, se léčbou diabetu II. typu podrobně zabývá a pravidelně vydává odborná doporučení, ve kterých jsou zveřejňovány aktuální algoritmy léčby diabetu a které jsou cíleny právě na praktické lékaře. Např. v r. 2013 byly vydány či aktualizovány doporučené postupy pro léčbu diabetu a dále pro léčbu diabetu u

starších pacientů,. Např. v Doporučeních pro diagnostiku a léčbu diabetu (Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře, DIABETES MELLITUS, Novelizace 2013. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10) se uvádí postup pro léčbu diabetu s tím, že teprve v případě zahájení léčby inzulinem je na místě uvažovat o tom, že by léčbu zahájil specialista, a to pouze v případě praktických lékařů bez zkušeností s inzulinoterapií. V případě perorálních antidiabetik je však zahájení léčby zcela v rukou praktického lékaře: Léčebný algoritmus pro praktického lékaře je dle uvedených doporučení cílen na dosažení doporučené cílové hladiny HbA_{1c}, přitom praktický lékař může využít širokou paletu antidiabetických léků, včetně DPP-4 inhibitorů:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP namítá, že léčba perorálními antidiabetiky ze skupiny DPP-4 inhibitorů **nepředstavuje z pohledu odborného vedení o nic náročnější situaci, než např. léčba deriváty sulfonylurey, které jsou hrazeny bez preskripčního omezení a mohou je tak předepisovat praktičtí lékaři již nyní – jedná se přitom o léky, které jsou považovány za méně bezpečné z důvodu vyššího rizika hypoglykemií (Kvapil 2013).** Hypoglykemie je přitom významný nežádoucí účinek antidiabetické léčby, jejímž nejméně závažným důsledkem může být úmrtí. Uvádí se, že opakované hypoglykemické příhody snižují schopnost rozpoznat hypoglykemie, a proto zvyšují riziko recidivy, mohou vést k poškození centrálního nervového systému, spoluúčastnit se na rozvoji demence, kognitivních poruch, a to zejména ve vyšším věku. Opakované hypoglykemické příhody mohou přivést pacienty ke zvýšenému příjmu potravy a následně k výraznému přírůstku hmotnosti. Nebo naopak, strach z hypoglykemie může být příčinou non-compliance pacientů – aplikují si méně inzulinu, vynechávají dávky antidiabetik. Příímým důsledkem je pak nedostatečná kompenzace pacientů (Kvapil 2013). Naopak léčba DPP-4 inhibitory má výskyt hypoglykemií výrazně nižší než deriváty sulfonylurey (linagliptin vs. glimepirid; Gallwitz et al. 2012), při porovnání s placebem je jejich četnost dokonce shodná (linagliptin vs. placebo; Taskinen et al. 2010). Léčba linagliptinem není tedy z hlediska bezpečnosti nijak nevhodná pro léčbu diabetu praktickým lékařem.

Požadavek na odstranění preskripčního omezení a možnost preskripce praktickými lékaři navrhuje i odborná společnost Česká internistická společnost, a to ve svém dopise ze dne 8.10.2014, který je součástí spisu. Uvádí se v něm: Za Českou internistickou společnost navrhuji, aby bylo u základní úhrady rozšířeno preskripční omezení L/ DIA, END, INT o možnost předepsat praktickým lékařem, pokud má nasmlouvan s příslušnou zdravotní pojišťovnou kód 01201 "Péče o stabilizovaného nekomplikovaného diabetika 2.typu všeobecným praktickým lékařem". Jsme toho názoru, že ať již mechanismus nasmlouvání tohoto kódu vychází z náplně oboru u čerstvě atestovaných lékařů či z absolvování školení, fakt, že lékař má nasmlouvan tento zdravotní výkon je dostačující pro to, aby mohl předepisovat léčiva ovlivňující inkretinový systém. Současný stav, kdy cca 20% diabetiků je již v péči praktických lékařů a díky stávajícímu omezení preskripce, jsou tito pacienti léčeni sulfonylureou s riziky hypoglykemie, ačkoliv je na trhu jiná indikovaná bezpečnější terapie, je podle našeho názoru nadále neudržitelný. **I tento přípis je pak možné považovat za důkaz o dostatečné erudovanosti praktických lékařů pro zahájení a vedení léčby DPP-4 inhibitory.**

Požadované zrušení preskripčního omezení přitom není nutné podložit analýzou nákladové efektivity. Pro uvolnění preskripce na jinou odbornost, potažmo na praktické lékaře, je nezbytné předložit důkazy o dostatečné odborné způsobilosti dané skupiny lékařů pro diagnostikování onemocnění a zahájení a vedení léčby. Tento požadavek zmiňuje i ministerstvo zdravotnictví ve svém rozhodnutí FAR: L151/2011, o odvolání v řízení SUKLS197534/2009, ze dne 20.12.2011.

Ministerstvo zdravotnictví dále dodává, že analýza nákladové efektivity pro změnu podmínek úhrady není podstatná, neboť stejné skupině indikovaných pacientů je léčba hrazena již nyní: S tímto se ztotožňuje i Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. **SVL ČLS JEP se rovněž domnívá, že analýza nákladové efektivity antidiabetik posuzované referenční skupiny se má pro cílovou skupinu pacientů, která je vymezena indikačními**

podmínkami úhrady a pro kterou je léčba aktuálně hrazena, za prokázanou. Změnou preskripčních podmínek se mění pouze odbornost lékaře, která léčbu předepisuje a kontroluje, pokud tedy změna odbornosti sama o sobě nepředstavuje změnu nákladů, pak je možné považovat nákladovou efektivitu za zachovalou.

V daném případě lze uvažovat navíc o zvýšení nákladové efektivity, jelikož **při preskripci i kontrole léčby praktickým lékařem jsou na návštěvu lékaře vynakládány nižší prostředky zdravotního pojištění, než je tomu v případě jakéhokoliv specialisty a je frekvenčně omezena maximálně 4x ročně, ostatní kontroly jsou v rámci kapitační platby.** Naproti tomu při léčbě specialistou každá návštěva představuje výkon, který je hrazen zvlášť, a to ve výši, která odpovídá bodovému ohodnocení daného výkonu (dle jeho charakteru a specializace, která výkon provádí) a výši sazby cca 1,0 Kč za bod, navíc tyto úkony jdou nákladově na vrub všeobecného praktického lékaře v rámci indukované péče u registrovaného pojištěnce.

SVL ČLS JEP tak uzavírá, že v daném případě nelze očekávat zásadní změnu v počtu léčených pacientů (zejména ve smyslu nárůstu), jelikož všichni lékaři oprávnění předepisovat a kontrolovat léčbu budou u stejných pacientů postupovat shodným způsobem jako doposud, tj. předepisovat přípravek pouze těm pacientům, u kterých to vyžaduje jejich zdravotní stav.

Z výše uvedených skutečností vyplývá, že pro odstranění preskripčního omezení existuje dostatek odborných podkladů a že nákladová efektivita léčby DPP-4 inhibitory zůstane i po této změně zachována. Je proto na místě, aby Ústav k této změně přistoupil a SVL ČLS JEP tímto takovou změnu Ústavu navrhuje.

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

MUDr. Igor Karen

Příloha I / 3, bod 9.

Gestační diabetes. problémy z praxe.

1) Perinatologická sekce ČGPS akceptovala nová kritéria s podmínkou, že musí být doplněna doporučeným postupem péče o pacientky s GDM - tj. jejich sledování v prenatální poradně a vedení porodu. Nová kritéria spolu s doporučeným postupem předloží zástupci Perinatologické sekce ČGPS (asi doc. Pařízek, doc. Procházka) velkému výboru ČGPS, jehož zasedání je 12.12.2014. Přijetí kritérií Perinatologickou sekcí **neznamená** automatické přijetí výborem ČGPS, kde je také nejvíce odpůrců nových kritérií.

2) Nový doporučený postup gynekologické péče o pacientky s GDM nyní dokončuje pracovní skupina v porodnici U Apolináře, následně bude předložen zástupcům ambulantních gynekologů, nemocničních gynekologů atd. - tak, aby bylo dosaženo pokud možno všeobecného konsenzu ještě před zasedáním velkého výboru ČGPS (což zvýší šance na jeho přijetí). Dále budou požadovat, aby dokument schválil a "požehnal" také výbor ČDS - bude se tedy jednat o společnou dohodu, podobně jako v r. 2008.

3) Pro laboratoře byla schválena úhrada stanovení glykémie v 60. min. oGTT u těhotných + vstoupil v platnost nový doporučený postup ČSKB (7.7.2014), kde jsou již uvedena nová kritéria GDM - v dokumentu je však několik faktických chyb - prosíme o připomenutí, zda by dokument opravili podle návrhu, který již biochemikům předal prof. Škrha.

4) Regionální rozdíly ve schvalování diagnostických testovacích proužků do glukometru pro GDM - např. v Praze bez problémů, zatímco např. v Brně a okolí nedostanou vůbec nic. Potřebovali bychom vyvolat jednání se zástupci zdravotních pojišťoven stran úhrady proužků pro pacientky s GDM. Přikládáme návrh žádosti.

5) Sekce diabetes a těhotenství pracuje. Máme nedořešené formality (dokumenty k založení sekce atd.). Aktuálně přihlášeno cca 20 členů (včetně 1 gynekologa), vedoucím sekce je MUDr. Andělová. Přikládáme návrh zakládající listiny sekce.

Česká diabetologická společnost ČLS JEP +Sekce diabetes a těhotenství ČDS ČLS JEP

Věc: Žádost o upřesnění nároku na testovací proužky do glukometru pro pacientky s gestačním diabetes mellitus v úhradovém katalogu

Gestační diabetes mellitus (dále GDM) je nejčastější interní komplikací v těhotenství, která je definována jako porucha metabolismu sacharidů vzniklá v těhotenství a odeznívající do konce šestinedělí. GDM vzniká u žen s vrozenou dispozicí, spouštěcím faktorem je působení těhotenských hormonů, které mají anti-inzulinový efekt. Neléčený GDM zvyšuje riziko těhotenských a perinatálních komplikací. Ženy s GDM mají vyšší riziko gestační hypertenze a preeklampsie, močových a vaginálních infekcí s následkem předčasného porodu, porodu císařským řezem, postpartálního krvácení, porodních poranění a jejich komplikovaného hojení. Nejzávažnější komplikací je úmrtí plodu. Novorozenci matek s nedostatečně léčeným GDM mají vyšší riziko makrosomie a dalších projevů diabetické fetopatie (plicní nezralost, hypoglykémie, polyglobulie, těžší formy neonatální hyperbilirubinémie atd.), dystokie ramének a dalších porodních poranění. Z dlouhodobých komplikací mají děti diabetických matek, jejichž diabetes nebyl v těhotenství optimálně korigován, vyšší riziko poruch psychomotorického vývoje a v důsledku epigenetických změn také vyšší riziko obezity, metabolického syndromu a diabetu 2. typu později během dětství, dospívání a dospělosti.

Dobrá kompenzace GDM prokazatelně snižuje riziko těchto komplikací, proto je v péči o ženy s GDM kladen důraz na včasnou léčbu a pečlivé monitorování stavu. Cílem léčby GDM je udržení normoglykémie. To se neobjede bez pravidelného selfmonitoringu glykemií na osobním glukometru. Sporadické kontroly glykémie v ordinaci diabetologa jsou pro udržení uspokojivé kompenzace zcela nedostatečné. Důvodem jsou dynamické změny, které v průběhu onemocnění nastávají – hladina těhotenských hormonů, které mají anti-inzulinový efekt, postupně narůstá v průběhu těhotenství a může vést ke zhoršování poruchy. Z počátečních výsledků oGTT, na základě kterých je stanovena diagnóza GDM, ani z jiných ukazatelů, nelze spolehlivě předem odhadnout, u kterých pacientek budou stačit režimová (dietní) opatření, a u kterých bude nutné v dalším průběhu zahájit léčbu inzulínem. Indikací k léčbě inzulínem jsou opakovaně vyšší glykemické profily. Kompenzace GDM se přitom může změnit (zhoršit) z týdne na týden. Z těchto důvodů je nezbytný pravidelný selfmonitoring všech žen s GDM, jak je uvedeno v doporučeném postupu ČDS ČLS JEP (http://www.diab.cz/dokumenty/DP_DM_tehotenstvi_CDS_2014.pdf). Z klinické praxe víme, že pacientky s GDM patří mezi vysoce motivované k léčbě, s vysokou mírou compliance, protože jsou si vědomy vlivu těhotenského diabetu na zdraví jejich dítěte. Úhrada proužků pro tuto skupinu diabetiků je proto dobrou investicí z prostředků veřejného zdravotnictví.

Indikační kritéria pro úhradu proužků ve stávajícím úhradovém katalogu pomůcek pro diabetiky vede k různým interpretacím ze strany revizních lékařů, proto jsou v úhradě proužků pro pacientky s GDM značné regionální rozdíly. Z výše uvedených důvodů žádáme o přesnější formulaci nároku na proužky do glukometru pro všechny pacientky s GDM, jak je uvedeno v přiloženém návrhu. Příloha: **SKUPINA 11 – POMŮCKY PRO DIABETIKY**

Proužky diagnostické na stanovení glukózy

A. Množství do 400 kusů proužků za rok:

1. hrazeno do 100 kusů/1 rok do celkové výše 800,- Kč

Indikační kritéria: pacienti léčení perorálními antidiabetiky

2. hrazeno do 400 kusů/1 rok do celkové výše 3 200,- Kč

Indikační kritéria: pacienti léčení inzulínem, kteří si aplikují inzulín jednou či dvakrát denně, **pacientky s gestačním diabetem na dietě.**

B. Množství od 400 kusů do 1 000 kusů proužků za rok

Indikační kritéria: pacienti léčení intenzifikovaným inzulínovým režimem (3 a více

aplikací inzulínu denně), a pacienti léčení inzulínovou pumpou **a těhotné diabetičky léčené 1 – 2 dávkami inzulínu denně.** Podléhá schválení revizním lékařem.

C. Množství od 1 000 kusů do 1 800 kusů za rok

Indikační kritéria: pacienti do 18 let a těhotné diabetičky **léčené intenzifikovaným inzulínovým režimem nebo inzulínovou pumpou.** Podléhá schválení revizním lékařem.

Příloha č. I / 4, bod 11 c.
Léčba kmenovými buňkami u diabetické nohy
Stanovisko SÚKL k použití autologních kmenových buněk

Státní ústav pro kontrolu léčiv vydává stanovisko k použití autologních kmenových buněk z kostní dřeně pro léčbu kritické končetinové ischemie

Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen SÚKL) se na základě žádosti pracovišť provádějících léčbu autologními kmenovými buňkami z kostní dřeně pro léčbu kritické končetinové ischemie za předpokladu, že uvedené buňky budou použity výhradně ve výše jmenované indikaci při intramuskulárním podání a za předpokladu, že nebudou podstatně manipulovány ve smyslu přílohy č. 1 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1394/2007 ze dne 13. listopadu 2007 o léčivých přípravcích pro moderní terapii a o změně směrnice 2001/83/ES a nařízení (ES) č. 726/2004 (tzn. vyjma řezání, rozměňování, tvarování, odstředování, namáčení v antibiotických nebo antimikrobiálních roztocích, sterilizace, ozařování, oddělení, zahušťování nebo čištění buněk, filtrování, lyofilizace, zmrazení, kryokonzervace, vitrifikace) se vyjadřuje následovně:

Vzhledem k současnému stavu vědeckého poznání a na základě předložených podkladů Ústav shledává, že tyto buňky jsou použity ve stejné základní funkci (vaskulogeneze) a s ohledem na tuto skutečnost nejsou dle rozhodnutí Ústavu dále řazeny mezi léčivé přípravky moderní terapie. Jejich použití musí být v souladu se zákonem 296/2008 Sb. o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů (zákon o lidských tkáních a buňkách). Toto stanovisko lze aplikovat pouze pro uvedenou diagnózu kritické končetinové ischemie.

Toto stanovisko se netýká kmenových buněk z jiných zdrojů, ani v jiných indikacích, ani při použití, kde jsou kmenové buňky podstatně manipulovány.

Ústav dále upozorňuje, že v případě použití uvedeného léčivého přípravku v rámci klinického hodnocení ve smyslu § 51 zákona 378/2007 Sb. o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech) ve znění pozdějších předpisů (tj. jakékoli systematické testování prováděné na subjektech hodnocení za účelem zjišťování či ověřování klinických, farmakologických nebo jiných farmakodynamických účinků, stanovení nežádoucích účinků, nebo studium absorpce, distribuce, metabolismu nebo vylučování jednoho nebo několika hodnocených léčivých přípravků s cílem ověřit bezpečnost nebo účinnost tohoto léčivého přípravku nebo léčivých přípravků) takové klinické hodnocení podléhá regulaci Ústavu dle výše uvedeného zákona. Odd. klin. hodnocení 14. 6. 2012

Příloha I / 5, bod 16.
Institút Sdílené preskribce

PL smí léčit nekomplikovaného, v nové terminologii 01201 PÉČE O STABILIZOVANÉHO KOMPENZOVANÉHO DIABETIKA 2. TYPU PRAKTICKÝM LÉKAŘEM, = Vyšetření diabetika 2. typu, který není v pravidelné péči diabetologa a je dispenzarizován u PL. Protože není myslitelné, aby byl nerovný přístup k léčbě lege artis, jinak řečeno diabetik léčený u PL musí mít stejné právo přístupu k lege artis léčbě jako kdyby byl léčen u diabetologa, jestliže stát rozhodl ve sbírce zákonů, že PL může takového pacienta léčit z dikce Sbírkozákonního předpisu v celém rozsahu, musí ex lege být veškerá léčba, která je dostupná k léčbě DM 2 nekomplikovaného u diabetologa dostupná též u PL. Toto je případ, kdy jednu diagnózu lege artis dvě odbornosti, 001 a 103. Jestliže je u pacientů stabilizovaných nekomplikovaných léčba gliptiny indikována, musí být ex lege zpřístupnění veškeré lege artis léčby ordinacím PL, je to conditio sinequa non. Je třeba si uvědomit, že ve sbírce zákonů řekl stát, že DM2 může a umí léčit diabetolog a PL. Proto též stát musí říci, že pacient s touto dg má u obou odborností rovné právo k přístupu dostupné lege artis léčby.

Shora uvedenou dostupnost lze zajistit dvěma způsoby. Buď změnou preskripčních omezení nebo využitím institutu sdílené preskripce podle sbírky zákonů. Výbor ČDS preferuje jednoznačně druhý způsob, t. j. legislativně nejčistší řešení využitím předpisu Sbírkou zákonů ČR, což je řešení právně validnější než změny v číselníku, který není součástí sbírky zákonů.

Konkrétně lze využít předpis 63 / 2007 Sb., jeho přílohu č. 2, kde je uvedeno písmeno symbol L s výkladem:

léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, obsahující léčivou látku takto označenou, předepisuje lékař se specializací v příslušném oboru (dále jen "odborný lékař") nebo lékař příslušného specializovaného pracoviště, nebo na základě písemného doporučení odborného lékaře ošetřující lékař pojištěnce. Tyto léčivé přípravky jsou smluvnímu zdravotnickému zařízení hrazeny ze zdravotního pojištění na recept, jde-li o poskytování ambulantní péče.

Závěr: Tímto způsobem, a to zcela v souladu a za využití sbírkozákonní legislativy, lze ošetřit stav dostupnosti předmětných léčiv i pro DM 2T léčených PL.

Příloha I / 6, bod 18a.
Úhradová vyhláška 2015

Z obecného pohledu lze uvést, že vyhláška je konstruována obdobně jako pro rok 2014, je tedy patrná snaha ministerstva postupovat „v intencích“ nálezu ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013, kterým byla negována původní koncepce úhradových vyhlášek reprezentovaná úhradovo vyhláškou na rok 2013. A jelikož nová koncepce (zejména v oblasti stanovení hodnoty bodu) nebyla doposud nikým napadena, byť ve svém ekonomickém důsledku neznamena zlepšení postavení poskytovatelů, je zřejmé, že ministerstvo zdravotnictví považuje novou koncepci za veřejností akceptovanou a tudíž ji aplikuje opakovaně. Dlužno dodat, že skutečný dopad nové koncepce úhrad se ve sféře poskytovatelů zdravotních služeb projeví až v souvislosti s vyúčtováním roku 2014, tedy někdy v jarních měsících roku 2015 a teprve pak bude možné pracovat s konkrétními dopady do ekonomické sféry jednotlivých poskytovatelů. Z námi připravených úhradových modelů, které jsme prezentovali na řadě seminářů v průběhu roku 2014 pak vyplývá, že výsledné úhrady by měly být přibližně na úrovni let předchozích (samozřejmě při zachování stejné úrovně vstupních parametrů – počtů unikátních pojištěnců a dosahovaných počtů bodů). Z obecného pohledu pak považujeme za nezbytné vznést opakovaně námitku (stejně jako v roce předcházejícím) proti samotné konstrukci způsobu výpočtu hodnoty bodu, která je naprosto netransparentní z hlediska nemožnosti, aby se lékař v aktuálním období dozvěděl, jaká je hodnota jeho práce (po celý rok neví za kolik pracuje) a tomu přizpůsobil chod své ambulance – i nadále z konstrukce výpočtu hodnoty bodu vyplývá, že poskytovatel se dozví hodnotu bodu až po skončení příslušného roku, tedy v době, kdy je již vše realizováno, bez možnosti jakkoliv korigovat případné negativní dopady výsledného výpočtu na jeho hospodaření. Teprve pak se dozví, zda zálohové platby mu zůstanou a případně má nárok na doplatek, či zda naopak z vyúčtování vyplyne přeplatek a bude muset

pojišťovnám poměrnou část předběžných měsíčních úhrad vracet.

Paragrafovaná obecná část (zmiňujeme pouze ta ustanovení, v nichž došlo ke změnám, které je třeba zmínit a případně i okomentovat):
§ 2 odst. 1 a 2

- Je zachována v praxi prověřená koncepce, kdy hodnoceným obdobím je rok na který se úhradová vyhláška vztahuje – zde tedy rok 2015 a referenčním obdobím rok předcházející o 2 roky – zde tedy rok 2013. K tomu netřeba vznášet žádné připomínky.

§ 2 odst. 4

- Zaveden nový termín globální pojištěnec, který se však vztahuje k oblasti lůžkové péče, proto dále nekomentujeme.

§ 2 odst. 5- Dochází k úpravě ustanovení, které již v obecné paragrafované části stanovovalo, že při výpočtu celkového počtu bodů poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných za zdravotní výkony za referenční období se nezahrnují ty body, které zdravotní pojišťovny uhradily jen ve snížené hodnotě bodu – aktuální znění příslušného odstavce příslušné ustanovení neobsahuje. Bohužel, tento text nebyl odstraněn zcela, ale byl přesunut do každé z příloh vyhlášky, které se má dotýkat, tedy v našem případě do Přílohy č. 3 vyhlášky, do části týkající se popisu jednotlivých veličin použitých ve vzorci pro výpočet hodnoty bodu (blíže viz komentář k Příloze č. 3).

§ 16 a § 17- V závěru obecné části jsou dva nové paragrafy týkající se výkonů 09543 (regulační poplatek za návštěvu) a 09552 (nový kód k poplatku za recepty), které mají nahradit s účinností od 1. 1. 2015 zrušené regulační poplatky za návštěvu u lékaře a za recept. Naší odbornosti se dotýká ust. § 16, na jehož základě by měl být kompenzován výpadek příjmů za zrušené regulační poplatky za návštěvu u lékaře. Samo o sobě je jistě dobré, že ministerstvo tento svůj slib plní. Nicméně, způsob není zcela jednoznačný a dle našeho názoru nezajistí plnou úhradu tak, jak tomu bylo doposud, kdy hrazeny byly poplatky za všechny návštěvy bez omezení.

Platí, že za jeden výkon 09543 bude hrazena pevná úhrada 30,- Kč. Dále je však stanoveno omezení maximální úhrady za tento výkon, a to tak, že maximální úhrada za tyto vykázané výkony, nepřekročí 30-ti násobek počtu výkonů č. 09543 podle Seznamu výkonů ve znění účinném v referenčním období, vykázaných ZP v referenčním období (tedy v roce 2013). První výhrada směřuje proti jasnosti textu příslušného ustanovení, kdy maximální úhrada za tento kód v roce 2015 (v Kč) je omezována 30-ti násobkem počtu výkonů takto vykázaných v roce 2013 (ks) – do souvislosti jsou tak dávány rozdílné veličiny, nicméně s ohledem na text důvodové zprávy k vyhlášce předpokládáme, že je záměrem, aby v konečném důsledku příjem poskytovatele za vykazování kódu 09543 nepřevýšil skutečný příjem za regulační poplatky, tak jak byly v roce 2013 tyto inkasovány přímo od pacientů. K tomu dále připojujeme ještě 2 výhrady ohledně reálných negativních dopadů stanoveného způsobu omezení na poskytovatele:

- poskytovatelé, kteří v referenčním roce 2013 pracovali méně (například nikoliv po celý rok, případně na zkrácený úvazek) dostanou příslušný kód uhrazen jen do výše reálného příjmu v roce 2013, přestože budou v hodnoceném období pracovat řádně, například na plný či jen vyšší úvazek, po celý rok. Toto omezení nedává žádný smysl a je nedůvodným

postihem nových či rozvíjejících se poskytovatelů.
- u poskytovatelů, u nichž došlo či dochází mezi roky 2013 a 2015 k přesunu pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami (a to i při jinak stejném počtu URČ) dojde k tomu, že u pojišťoven, u nichž mají nově pojištěnců méně v roce 2015 než v roce 2013, s nejvyšší pravděpodobností limit nedočerpají (nevyužijí), avšak u pojišťoven, u nichž naopak v hodnoceném období budou mít pojištěnců více než v roce 2013, budou mít limit z roku 2013 nedůvodně nízký a po podstatnou část roku jim touto pojišťovnou nebude kód 09543 hrazen.

Z těchto důvodů s omezením maximální úhrady nesouhlasíme a navrhujeme vypuštění tohoto omezení. Případně navrhujeme zohlednění nárůstu úvazku či vznik nových praxí, aby jejich limit maximální úhrady za kód 09543 byl navýšen alespoň poměrně - tedy navýšením limitu podle navýšení úvazku (například mě-li v referenčním období lékař úvazek 0,5 a v hodnoceném období již má úvazek 1,0, měl by být limit zdvojnásoben; to samé platí u poskytovatelů, kteří zahájili poskytování zdravotních služeb například v dubnu 2013 a v daném roce tak vykazovali kód 09543 jen po tři čtvrtletí, přičemž v roce hodnoceném 2015 již pracují po celý rok – tam by měl být jejich limit navýšen o ¼).

Příloha č. 3 vyhlášky, kterou se stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro segment ambulantních specialistů (vč. odbornosti 103):

- Zde je zachován shodný vzorec pro výpočet výsledné hodnoty bodu (HBred) jako v roce 2014.

- Vstupní hodnota bodu (HB) je pak stanovena ve výši 1,03 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,31 Kč. U obou těchto ukazatelů tak dochází oproti roku 2014 k navýšení o 1 haléř což jistě lze vnímat pozitivně, konec konců tato hodnota byla v praxi částí zdravotních pojišťoven nabídnuta v rámci sjednávání úhradových dodatků již pro rok 2014 a proto pro řadu poskytovatelů se nejedná o situaci novou.

- Je zachován i složitý výpočtový algoritmus pro určení hodnoty tzv. variabilní složky úhrady (VS) – která je tím klíčovým ukazatelem, který stanoví pro každého poskytovatele individuálně výslednou hodnotu bodu (HBred). Pozitivní změnou oproti roku předcházejícímu je to, že do hodnoty ukazatele PFref, představujícího celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období (tedy v roce 2013), se nově započte i 55 % bodů uhrazených zdravotní pojišťovnou v referenčním období ve snížené hodnotě bodu (a contrario 45 % těchto bodů se nezapočte). V minulém roce platilo, že se do tohoto ukazatele nezapočítává celých 100 % bodů uhrazených v referenčním roce ve snížené hodnotě bodu, tedy za 0,30 Kč. Toto jistě lze hodnotit jako pozitivní krok. Nicméně doporučujeme, tak jako v letech minulých, trvat na požadavku, aby toto nedůvodné omezení bylo odstraněno zcela a do příslušného ukazatele PB ref byly zahrnuty všech řádně vykázané a pojišťovnou uznané body, protože tyto představují reálný výkon ordinace v referenčním roce, který jediný má být porovnáván s výkonem ordinace v roce hodnoceném. Pro výpočet variabilní složky úhrady je přitom tento ukazatel významný a čím je vyšší, tím se i zvyšuje celková hodnota bodu platná pro poskytovatele pro celý hodnocený rok 2015.

- Jako významný krok zpátky z pohledu možnosti poskytovatelů bránit se postupu zdravotních pojišťoven, naopak vnímáme úplné odstranění možnosti odůvodnění nezbytnosti poskytnutí hrazených služeb u pojištěnců, u kterých byl překročen referenční průměr počtu bodů na 1 URČ a tím docílit vynětí bodů za tyto nezbytně poskytnuté zdravotní služby ze vzorce pro výpočet výsledné hodnoty bodu (a tím tak dosáhnout jejího „nesnížení“ či dokonce navýšení, které by odpovídalo zvýšenému výkonu ordinace). Tento mechanismus, který jako „záchranná brzda“ funguje v oblasti regulací (hlavně preskripce a vyžádané péče), byl do úhradové vyhlášky pro účely výpočtu hodnoty bodu zapracován poprvé minulý rok v reakci na právní věty obsažené v nálezu ústavního soudu Pl. 19/13 z 22.10.2013, který ministerstvu vyčetl nespravedlnost principu stanovení výše úhrad bez ohledu na nezbytnost poskytování zdravotních služeb pojištěncům zdravotních pojišťoven jednotlivými poskytovateli dle aktuálního zdravotního stavu pojištěnců. Doporučujeme proto trvat na ponechání tohoto principu v podobě, jak byla stanovena v Příloze č. 3, části A, bodu 3 úhradové vyhlášky č. 428/2013 Sb.!!! – jedná se o zachování tohoto ustanovení: Pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb pojištěncům, na které vykázal více bodů, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce, na jejich základě došlo v hodnoceném období k překročení referenčního průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce (PBref/UOPref), nezapočítá se pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu (HBred) počet bodů za tyto hrazené služby do celkového počtu bodů

- U regulačních omezení preskripce i vyžádané péče je zachován stejný mechanismus jako v roce 2014, logikou a dopady stejný jako ve všech letech předcházejících. Jsou ponechány limity regulace ve výši 40 % z finančního objemu překročení referenčních hodnot, reguluje se při překročení hodnoty 100 % průměrných úhrad v referenčním roce 2013. Novinkou (ale jen v oblasti regulace preskripce) je motivace lékařů k využívání elektronických receptů (povinnost je používat byla odsunuta z roku 2015 na rok 2018). Pokud lékař v hodnoceném období roku 2015 vystaví alespoň 50 % receptů v elektronické podobě, nastupuje regulace za preskripci až při překročení hodnoty 105 % průměrných úhrad za preskripci v referenčním roce 2013.

- Pozitivně hodnotíme, že u regulací zůstává v nezměněné podobě zachována možnost odůvodnit poskytnutí hrazených služeb a tím vyloučit regulaci, jakož i stanovení maximální hranice pro výši regulací celkem, která je jako v minulých letech stanovena ve výši 15 % objemu úhrad v hodnoceném období.

Příloha č. II / 1, bod 20.
KATEGORIE SPONZORSTVÍ 51. DIABETOLOGICKÉ DNY
16. – 18. dubna 2015, Luhačovice

Generální partner

500 000, - Kč

1. možnost pronájmu výstavní plochy o velikosti 15 m² (5 x 3)
2. logo společnosti v hlavním přednáškovém sále
3. roletka s reklamou v přednáškovém sále
4. reklamní smyčka o přestávkách
5. inzerce v tištěném programu
6. logo společnosti v tištěném programu
7. logo na kongresových taškách
8. logo na slidu s poděkováním sponzorům
9. logo na visačkách
10. materiály do kongresových tašek
11. satelitní symposium (60 minut)

Zlatý partner

250 000,- Kč

1. možnost pronájmu výstavní plochy o velikosti 8 m² (4 x 2)
2. logo společnosti v hlavním přednáškovém sále
3. reklamní smyčka o přestávkách
4. inzerce v tištěném programu
5. logo společnosti v tištěném programu
6. logo na slidu s poděkováním sponzorům
7. materiály do kongresových tašek
8. satelitní symposium (50 minut)

Stříbrný partner

150 000, - Kč

1. možnost pronájmu výstavní plochy o velikosti 6 m² (3 x 2)
2. reklamní smyčka o přestávkách
3. inzerce v tištěném programu
4. logo společnosti v tištěném programu
5. logo na slidu s poděkováním sponzorům
6. materiály do kongresových tašek
7. satelitní symposium (30 minut)

Hlavní partner

80 000, - Kč

1. možnost pronájmu výstavní plochy o velikosti 5 m² (2,25 x 2)
2. logo společnosti v tištěném programu
3. logo na slidu s poděkováním sponzorům
4. materiály do kongresových tašek

Partner

40 000, - Kč

1. možnost pronájmu výstavní plochy o velikosti 4 m² (2 x 2)
2. logo na slidu s poděkováním sponzorům
3. materiály do kongresových tašek

Vystavovatel

1. možnost pronájmu výstavní plochy – **max. 4 m²** (m² á 5 000 Kč)

Satelitní firemní symposia a vložené přednášky v rámci odborného programu kongresu nejsou povoleny pro kategorie: hlavní partner , partner, vystavovatel, ostatní.

Vklady do kongresových tašek u kategorií: vystavovatel, ostatní.

za vklad: odborného materiálu 10 000 Kč vhodného komerčního materiálu 20 000 Kč

Příloha č. II / 2, bod 21.

Regulace za léky a PZT podle Zákonů 48/1997 Sb., a 526/1990 Sb.

Dotaz MUDr. Merhauta na případnou kolizi citovaných zákonů. Jedná se o výklad dvou zákonů. Fakticky jde o to, kolik které komodity může diabetolog předepsat na poukaz PZT. Příklad testační proužky ke glukometrům, u DM 2 bez inzulínoterapie podle Z 48,

Příl 3C, povoleno 400 ks / rok. podle Z 526 je vydáno Cenové rozhodnutí, které je nazýváno Úhradový katalog zdrav. pomůcek, kde se rozlišuje, komu jen 100 ks test.. proužků a komu těch 400 ks, což je v rozporu se Z 48. Členové ČDS potřebují vědět, co vlastně platí, pro případné spory se ZP.

Odpověď právního odd. ČLK. (JUDr. Jan Mach, Mgr. Miloš Máca).

Podle mě názor Tomáše Merhauta, že z hlediska ústavnosti by mělo mít přednost vymezení přímo v zákoně č. 48/1997 Sb. před vymezeními v cenových rozhodnutích, byť ta jsou vydávána na základě zmocnění zákonem. Vzpomeňme na zrušovací náleží Ústavního soudu ČR na téma nadstandardních variant výkonů, tam bylo odůvodnění stejné – vymezení musí být uvedeno přímo v zákoně, nestačí vyhláška, která po zákonném zmocnění konkrétní varianty dále stanoví.

Problém je ve výkladu problematiky. Pokud lékařům doporučíme postup dle zákona 48/97 Sb., a ignorují cenová rozhodnutí a oni se tím budou řídit, pokud někdo tuto otázku vyloží jinak, můžeme lékaře poškodit. Doporučeno, aby se diabetologická společnost obrátila s touto záležitostí na ministra zdravotnictví a požádala ho o řešení ve spolupráci s ministrem financí, nezávisle na tom může legislativní náměstkyně MZ zaujmout výklad po dohodě s legislativci Ministerstva financí.

Odpověď právníků DAČR. redakčně kráceno. (Mgr. Panýr, Mgr Novák).

Závěr : právní úprava obou předpisů nekoliduje a měla by se doplňovat – tedy zjednodušeně řečeno, zákon o cenách stanoví, jakou maximální cenu si může účtovat výrobce (dovozce) zdravotnického prostředku a zákon o veřejném zdravotním pojištění stanoví, jakou část z toho uhradí zdravotní pojišťovna z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Že by tomu tak mělo být dle mého názoru vyplývá i z metodiky č. 967 VZP, která v uvozovacích ustanoveních uvádí, že vychází jak z ust. § 15 a Přílohy č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., tak z cenového rozhodnutí MZČR.

Proto se domnívám, že jelikož předpisující lékař, který není ani prodávajícím, ani konečným spotřebitelem, není označen za adresáta cenových předpisů, měl by se při preskripci zdravotnických prostředků řídit příslušnými metodikami zdravotních pojišťoven a potažmo zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ale nemusí přímo zkoumat, zda jsou tyto metodiky skutečně v souladu s cenovými předpisy MZČR. Za to dle mého názoru plně odpovídá zdravotní pojišťovna, která soulad sama deklaruje. Samotná úprava cenových předpisů nijak neřeší množství kusů či nároky ve vztahu ke konkrétním skupinám pacientů, řeší skutečně jen výši ceny (za jednotku) zdravotnických prostředků, kterou může výrobce (dovozce) nárokovat a konečný spotřebitel zaplatit. Proto se domnívám, že lékaři nejsou (a ani nemohou být) těmito cenovými předpisy při preskripci přímo ovlivněni.

Příloha č. II /3, bod 22.
Protokol - Čestné prohlášení
k transparentnosti vztahu lékař – farmaceutická (jiná) firma

Níže podepsaný autor čestně prohlašuje/níže podepsaní autoři čestně prohlašují:

a) Autor / autoři práce prohlašuje / prohlašují jednotlivě a stvrzují svým podpisem každý sám za sebe, že v souvislosti s tématem, vznikem, publikací předmětného článku či jiného materiálu není/nejsou v disonanci se zákonem 40 / 1995 Sb., v platném znění, tj. zejména není/nejsou ve střetu zájmů, pokud jde o podporu vzniku publikace či článku žádnou farmaceutickou (jinou) firmou.

b) Autor / autoři práce prohlašuje / prohlašují jednotlivě a stvrzují svým podpisem každý sám za sebe, že v souvislosti se vznikem, tématem a publikací článku či jiného materiálu

není / nejsou smluvně vázán/vázáni se společností či firmou zejména farmaceutickou, od níž by obdržel/obdrželi finanční či jinou hmotnou podporu k provedení práce a publikace.

c) Autor / autoři práce prohlašují jednotlivě a stvrzují svým podpisem každý sám za sebe, že v souvislosti se vznikem, tématem a publikací článku či jiného materiálu obdržel / obdrželi honorář či jinou formu odměny za konzultační a přednáškovou činnost od společnosti XY, a je /jsou ve střetu zájmu podle zásad Good Publication Practice.

nehodící se škrtnuto, podepsané zatrženo.

d) okénko pro vyjádření autora, kde autor sděluje, co považuje za vhodné doplnit.

Toto čestné prohlášení vychází ze zásad GPP-Good Publication Practice (International Society for Medical Publication Professionals. 2009) . Termín střet či konflikt zájmu v tomto protokolu podepisovaný se vztahuje výhradně k těmto zásadám, nekryje se a nesouvisí s termínem střetu zájmu , definovaném Zákonem 159/2006 Sb., v platném znění.

Níže podepsaný zároveň podpisem stvrzuje, že protokol podepsal dobrovolně, nikoliv v časové či jiné tísní či za nápadně nevýhodných podmínek.

V Praze (jinde)

Dne DDMMYY

podpis XYZ

Komentář: podepsaný konflikt zájmu v tomto prohlášení není myšlen ten střet či konflikt zájmu ze zákona 159. Kdyby tam klausule nebyla, tak autor podepíše-li konflikt zájmu v ČR, tak podepíše, že jedná proti zákonu.

Příloha č. II / 4, bod 24.
Vyúčtování EASD 2014 Lilly

Na základě smlouvy ze dne 21.2.2014 Vám vracíme nevyčerpané prostředky ve výši 162.558,-Kč, které byly poskytnuty společností ELI LILLY na podporu mladým lékařům z České diabetologické společnosti ČLS JEP na kongres EASD, který se konal letos ve Vídni. Níže Vám posíláme finální vyúčtování všech vyúčtovaných prostředků od lékařů, kteří se účastnili za ČDS kongresu EASD a děkujeme Vám za podporu. EASD čerpání prostředků ČDS.

Reg.popl.	ubytování	cestovné	diety	jiné výdaje	CELKEM	
1	4 414	29 681	0	4 441	0	38 536
2	1 554	8 933	4 144	4 441	731	19 804
3	1 541	10 275	3 235	4 441	61	19 553
4	10 703	10 275	2 809	4 965	0	28 753
5	20 689	10 758	1 739	3 972	0	37 158
6	2 427	2 648	2 369	4 965	1 972	14 382
7	4 334	18 179	1 282	4 965	498	29 257
Org. zajištění			6 000			
CELKEM			193 442			

Příloha č. II / 5, bod 25.

Glukagene, Dopis Prof. Kvapila Prof. Švihovcovi SUKL

Nesouhlasíme s rozšířením preskripčního omezení ze stávajícího L/DIA ENDO. Základní léčebnou hypoglykémie je požití potravy s obsahem jednoduchého, rychle vstřebatelného cukru, tyto přípravky si může na doporučení lékaře zakoupit pacient sám v lékárně. Pomoc lékaře je nutná v případě těžké hypoglykémie, kdy je pacient v bezvědomí, či má tak závažnou poruchu koordinace, že není schopen sám požit bezpečně sacharidy. V tomto případě je postupem volby i.v. podaná glukóza. Je současně terapeutickým testem, je levnější než glukagon, každý lékař, který absolvoval magisterské studium by měl umět aplikovat i.v. glukózu. Glukagon navíc selhává u pacientů s protrahovanou hypoglykemií (typicky po glibenklamidu), nebo při závažnějším onemocnění jater, protože jeho funkcí je vyplavit glukózu z jaterních buněk. Preparát Glucagene je určen v první řadě pro pomoc pacientům ze strany jejich blízkých, či pro pacienty samotné, jsou to však nemocní léčení inzulinem s labilním diabetem. Tito mají být jednoznačně sledováni v odborné ambulanci u diabetologa. Praktický lékař by je vůbec neměl léčit. Požadavek na rozšíření preskripce považuje proto ČDS za irrelevantní.

Příloha č. II / 6, bod 26.

Postavení ČLS JEP ve věci HoZ SUKL Dopis prof. Švihovce

Pamatujeme období, kdy připomínky OS nebyly ve správním řízení vedeném SUKLelem přímo zařazovány do spisu a využívány pro výsledné rozhodnutí. V současné době se situace změnila. Ústav uvádí, že toto odborné stanovisko ve svém rozhodnutí zohlednil. Do průběhu řízení mohou vstupovat aktivně účastníci řízení, tj. jednotlivé pojišťovny, držitel rozhodnutí o registraci, ale i právě odborné společnosti lékařů specialistů, kteří svými podáními a návrhy mohou výrazně ovlivnit a přispět k rozhodování ve věci stanovení maximální ceny a výše a podmínek úhrady ze zdravotního pojištění.

Pokládám toto jako pokrok a prosím aby vaše stanoviska byla dobře formulována a odborně dokumentována, protože jejich váha opravdu výrazně roste.

Příloha č. II / 7, bod 27.

Stanovisko k vykazování kódu 13065 nemocnice Kolín

Výboru ČDS ČLS JEP je známo, že oddělení Centra Vaskulárních Intervencí poskytuje komplexní péči o pacienty s ICHDK, m.j. i o pacienty s orgánovými komplikacemi diabetu, osobou MUDr. Pocha spolupracuje i s podiatrickou ambulancí IKEM. V rámci zlepšení péče o pacienty zavedli do běžné praxe ambulantní i hospitalizační měření tenze perkutánního kyslíku přístrojem Medicap Precise 8002D.

MUDr. Tomáš Vidim zástupce primáře, vedoucí lékař Centrum Vaskulárních Intervencí, Chirurgické oddělení Oblastní nemocnice Kolín, a.s. požádal výbor ČDS o doporučení k nasmlouvání výkonu 13065 MĚŘENÍ TRANSKUTÁNNÍHO TLAKU KYSLÍKU (NA JEDNÉ KONČETINĚ) Diagnostika a posouzení závažnosti ICHDK. U pacientů s diabetem: před plánovanou angiografií, před cévním intervenčním výkonem (PTA nebo cévním chirurgickým výkonem) a po něm k posouzení efektu a k diagnostice restenóz, před plánovanou amputací, před a po terapii hyperbaroxií. U pacientů bez diabetu: diagnostika a posouzení závažnosti ICHDK s podezřením na kritickou ischemii končetin.

Rozhodnutí: Jedná se o kód autorské odbornosti 103, podle předpisu 134/1998 Sb., v platném znění. Výbor ČDS ČLS JEP doporučuje nasmlouvání předmětného výkonu tak, aby uvedené pracoviště jej mohlo odborně provádět a vykazovat jej k úhradě cestou všeobecného zdravotního pojištění.

Odůvodnění plně koresponduje s prvním odstavcem, neboť se jedná o zlepšení kvality péče klientů v daném regionu. Toto doporučení platí i pro klienty dalších zdravotních pojišťoven.

MUDr Tomáš Merhaut
Člen výboru ČDS ČLS JEP

Prof. MUDr. Terezie Pelikánová, DrSc
Předsedkyně výboru ČDS ČLS JEP