

Pokud bychom měli sestavit žebříček nemocí podle symptomů, skončila by rakovina na chvostu. Ucpané koronárky nebo



krevní sraženina zalétlá do mozkové tepny nás nestraší tolik jako vzpoura vlastních buněk. Ústrky od cizích snášíme lépe než zradu svých přátel a blízkých, a tak je snadnější se srovnat s útokem našťavané bakterie nebo ucpanou cévou než s představou, že základní stavební prvek našeho organismu, možná právě teď, skrytě připravuje naši záhubu. Jeden den si myslíme, že nám nic vážného neschází, a druhý se dozvíme, že v sobě nosíme nádor v neoperovatelném stadiu. Na strachu z nádorů se daleko více podílí jeho reputace útočnicka ze zálohy než výsledky léčení, které jsou, zejména při včasném zachytu, lepší než u spousty jiných nemocí. Jisté je, že každý z nás se s nádorovým onemocněním v životě setká, třetina na vlastní kůži a ostatní ve svém okolí, proto je dobré poznat svého nepřítelce co nejlépe.

Po letech, kdy pozornost portály výhradně medicínské úspěchy a proměna osudu dříve nevyčísitelných pacientů, dnes

řešíme, jak zajistit kvalitu péče, jak udržet krok s vývojem nových léčebných technologií a přitom finančně nevykrváčet. Je zřejmé, že se budeme více zabývat náklady a přínosy jednotlivých postupů, kontrolou kvality a hledáním prostoru pro spoluodpovědnost a uplatnění vlastní volby občanů. Nové, účinné a drahé postupy léčení budou stále klepat na dveře zdravotnictví a nám nezbude, než pravidla, kdy, jak a za jakých podmínek je pozveme dál, nastavit tak, aby přežila více než jedno volební období.

Není sporu o tom, že dnešní onkologičtí pacienti mají lepší péči než kdykoli dříve; co vadí, jsou rozdíly v kvalitě péče, které jsou před pacienty tajeny, a nejasná budoucnost financování dalšího vývoje. Jisté není dobře, že žena s karcinomem prsu neví, že je odeslána do péče pracoviště, na kterém má o třetinu menší šanci na přežití než u sousedů. Stejně tak není dobrým řešením čelit růstu nákladů administrativní blokadou vstupu nových léků do našeho zdravotnictví nebo šachovat s výší doplatku. Z iniciativy České onkologické společnosti probíhá aktivita, která má pacientům zajistit onkologickou péči ve srovnatelné kvalitě a za přiměřené peníze. Klíčem je koncentrace péče do vybraných onkologických center. Co nám zatím schází, je zpřístupnění informací a taková úprava pojišťovenského systému, která by nám za naše peníze zajistila co nejvíce muziky. Příjemné počtení přeje

MUDr. Pavel Vepřek

Kam kráčíš, onkologie?



Jan Žaloudík

úhel
pohledu

volné fórum



Vladimíra
Stáhalová



Jaroslav
Míl



Jana
Krausová



David
Feltl



Jana
Pelouchová



Jan
Stary



Věra
Reichlová

úhel pohledu >

prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.
Masarykův onkologický ústav
a Univerzitní onkologické centrum Brno

Onkologie založená na průkaznosti v onkocentrech

Organizace onkologické péče má několik modelů. Vytvily se spontánně od způsobu, v němž jsou pacienti z terénu domlouvány ad hoc jednotlivé typy služeb a péče v různých zařízeních (dealing), přes regionální vazby skupinky ambulantních onkologů na služby jedné velké nemocnice (grouping) až po cílevědomou tvorbu sítě onkocenter fungujících konsensuálně podle přijatých pravidel (networking). Relevantní hodnocení výsledků pro koordinovanou a řízenou onkologickou péči (managed health care in oncology) na principu práva na péči se srovnatelnými výsledky (equity issue) je prakticky možné pouze při pokročilém typu třetím, tedy vytvářejícím v celém státě síť regionálních onkocenter (national cancer center network) a v jejich gesci sítě lokální ambulantní péče.

V České republice tomuto procesu zatím příliš nepomohlo ani Ministerstvo zdravotnictví, ale ani zdravotní pojišťovny, jak by se předpokládalo, nýbrž návrh sítě vznikl jako výraz nutnosti z entusiasmů odborné České onkologické společnosti. Jde ostatně o jeden z bodů Národního onkologického programu, který vznikl stejným způsobem a v souladu s představami mezinárodních organizací WHO, UICC a OECI. Pokud odpovědné instituce

Kdo léčí nádory často, léčí je lépe. I v analýze údajů Národního onkologického registru systémem SVOD lze demonstrovat, že toto pravidlo platí napříč diagnózami.

ce procesu zatím nijak nepomohly, aspoň ho neblokova-ly, a v š a k teprve dal-

ší vývoj ukáže, zda bude tato síť onkocenter využita ve smlouvách pojišťoven a opatřeních MZd, či zda zůstane pouze na papíře jako pouhá deklarace doporučení a garance odborné společnosti.

V České republice máme nyní pojmenovaných 17 komplexních onkologických center pro solidní nádory dospělých, vázaných na velké krajské a fakultní nemocnice a resortní onkologický ústav,

1 komplexní onkologickou skupinu s podílem několika velkých nemocnic, 6 hematoonkologických center a 2 centra pediatrické onkologie. Těmito 26 pracovišti je republika dobře vykryta i geograficky, takže nikdo z občanů by neměl být znevýhodněn místem bydliště ani možností výběru.

Aniž můžeme příliš ovlivnit, jak MZd, krajští zřizovatelé a zdravotní pojišťovny s tímto návrhem nyní naloží, věnujme se nyní parametrům, které by tato onkocentra měla v prvních letech svého



Jan Žaloudík

fungování naplňovat. A to i v případě, pokud nadále půjde jen o aktivitu odbornou a pokračování v entusiasmů profesionálů.

V poslední době se objevily snahy MZd měřit na základě některých údajů odevzdávaných do statistiky ÚZIS takzvanou kvalitu nemocnic. Aniž chci s takto pojatým záměrem polemizovat, konstatuji, že jde o provozní ukazatele, které v žádném případě nepopisují kvalitu komplexní onkologické péče a mohou se jí dotkat jen velmi okrajově, pokud vůbec. Možná jednou bude namísto vyložit i názor na hodnotu parametrů, jako je průměrná ošetrovací doba, počet úmrtí bez zohlednění závažnosti případů, počet pacientů předaných do jiných zařízení a dalších, přetrvávají-li v metodice práce MZd volby 2006 a budou-li uplatňovány dlouhodobě.

Již nyní však je možno varovat před unáhlenou tvorbou žebříčků. Žebříček vůbec nic neřeší, vyvolává vášně a ve veřejnosti spíše destabilizuje jistoty, které by mělo organizované zdravotnictví upevňovat. Správnou metodou pro hodnocení kvality je především sebeevaluace a stanovení vlastní pozice k průměru či mediánu výsledků více pracovišť obsahem činnosti srovnatelných, případně

průměru republiky. Pak je to také benchmarking, a to především ve vztahu k blízké spolupracujícím partnerům. Benchmarking je v zájmu vytváření referenčních úrovní a jejich společného zvyšování. Je to proces na léta, nikoli proces s rychlými efekty. Teprve až poté může být zajímavé srovnání se vzdálenými a třeba zahraničními i zámořskými pracovišti.

Co však očekáváme v prvních měsících a letech společné práce od onkocenter?

Od onkocenter očekáváme v první řadě především zodpovědnost pojmenování regionální sítě ambulantních onkologických služeb. Ne všechny je nutno garantovat, samy necht' posoudí, v jakém rozsahu je to s ohledem na charakter regionu potřebné a účelné.

Dále očekáváme jejich respektování vyhlášky č. 187/2004 především tam, kde říká, že hlášení zhoubného novotvaru provádí pracoviště, které převzalo odpovědnost za péči o onkologického pacienta. Jakkoli to zní samozřejmě, znamená tato formulace v českém zdravotnictví revoluci, a tento požadavek nebude ještě řadu let dokonce naplňován. Dosud totiž u mnoha pacientů neumíme definovat, které pracoviště je za péči o jejich onemocnění zodpovědné, protože cestují mezi různými zařízeními s rozličnými službami, a někteří kolegové nás budou dokonce přesvědčovat, že to ani jinak nejde a že každý je odpovědný pouze za provedený výkon. V onkologii však léčí také včasná a dobře zvládnutá diagnostika a celý léčebný algoritmus, včetně terciární prevence v dispenzarizaci nebo kvartérní prevence v předcházení nezvládnutelným komplikacím při progresi onemocnění.

Z hlediska účelné integrace činností by měl být v onkocentrech sledován poměr izolovaných výkonů prováděných jako dílčí servis (pouze diagnostika, pouze ozáření, pouze chemoterapie) a komplexní péče zahrnující více modalit a pokrývající celý diagnosticko-léčebný algoritmus daného stadia onemocnění. Bude samozřejmě tendence postupně redukovat pouhý servis ve prospěch komplexní péče.

Pouze případy zahrnuté do komplexní péče se v onkocentru stávají zdrojem pro celistvou analýzu nákladů na diagnostiku a léčbu dané nádorové diagnózy, zohledňující samozřejmě i klinické stadium. Samozřejmě, že takovou analýzu i při péči ve více zdravotnických zařízeních by s ohledem na rodné číslo mohla provést každá zdravotní pojišťovna. Zatím se tak neděje, protože pojišťov-

ny neregistrují stadia onemocnění, a pochybují, že souhlasí i všechny vykázané základní diagnózy. Tento postup se prý měl zrodit až při konceptu DRG, nyní opět umrtveném, nicméně kolik stojí balík služeb, patří jinak do základu ekonomického uvažování každého hoteliéra.

Kdo léčí nádory často, léčí je lépe. I v analýze údajů Národního onkologického registru systémem SVOD lze demonstrovat, že toto pravidlo platí napříč diagnózami.

Proto součástí ročního reportu onkocentra by měl být především počet

Spřažení ceny a kvality bude ostatně stěžejním problémem skutečné reformy našeho zdravotního systému, až na ni přijde řada.

případů dané diagnózy, které v onkocentru prodělaly komplexní diagnosticko-léčebný postup nebo alespoň jeho podstatnou část. Dílčí servisní výkony by tento rating zahrnovat neměl, neboť neovlivní výsledky komplexní péče.

Onkocentra musejí mít přehled, jaká část jednotlivých diagnóz a proč nemá dokladováno vyšetření tkáňového vzorku nádoru, zpravidla histologickou verifikaci. Dále je třeba registrovat případy, v nichž nebylo možno stanovit klinické stadium. Jde o mimořádné situace, neboť stanovení klinického stadia by mělo být pokládáno za součást onkologické diagnózy a bez této informace je obtížné posoudit správnost léčebného postupu i účelnost vynaložených prostředků. Z databáze NOR lze opět dokladovat, že oba tyto požadavky nejsou ve vysokém procentu naplňovány, platby však přesto probíhají. Jsou-li paušální, nemá otázka kvality vlastně řešení.

Spřažení ceny a kvality bude ostatně stěžejním problémem skutečné reformy našeho zdravotního systému, až na ni přijde řada. Čeština umožňuje hrát si s termínem cena ve dvou směrech. Měl provedený postup cenu? Bylo účelné a prospěšné ho provádět? A potom jaká byla cena provedeného postupu? Kolik to stálo? Paušalizace plateb vede k podivnému stavu, kdy cena stejných výkonů a postupů je v různých zařízeních různá, aniž je jasný rozsah a důvod těchto rozdílů. Zde jsou jistě obrovské rezervy celého systému. Od onkocenter očekáváme, že budou mít jasno o nákladech na diagnostiku a léčbu nejčastějších nádorových onemocnění ve vztahu ke klinickému stadiu. Některé již jasno mají, byť platby od pojišťoven probíhají na zcela jiných principech.

Financování se stane průhledným až někdy v budoucnu, kdy bude po dokončení každého léčebného algoritmu nebo jeho části vystaven účet, pro pacienta informativní a edukativní, pro pojišťovnu jako podklad k ověření účelnosti a k proplacení. Lze si představit nejen seznam provedených výkonů na konci hospitalizace, ale i jejich grouping pro ověření standardnosti postupu, či dokonce takovou technologii groupingu, který přečte každá elektronická čtečka jako čárový kód. Tím by se však měli zabývat především správci svěřených prostředků, tedy zdravotního pojištění či lépe řečeno zdravotní daně.

Z ryze odborného hlediska pokládáme za významné hodnocení křivek přežití, které je dlouhodobým parametrem hodnocení kvality a efektivity péče. Doporučit lze především sebeevaluaci ve vztahu k průměru republiky, případně kraje, s vyčíslením podílu onkocentra na celkovém počtu léčených případů v ČR a v kraji. Je vhodné tyto křivky přežití srovnat jak v dlouhodobé, tak i v krátkodobějším hodnocení posledních let. Je také vhodné srovnat vývoj křivek přežití vlastní-

ho pracoviště v čase, tedy v dekadách, pětiletkách nebo jiných intervalech, které ukážou, zda se samo pracoviště zlepšuje, zhoršuje nebo výsledky stagnují. Tento přístup je zcela nekonfliktní a není jasné, proč by se mu pracoviště mělo vyhýbat. Ostatně každý ředitel zdravotnického zařízení může požádat o odkódování své nemocnice, aby si takovou analýzu mohl provést. Zatím se tak příliš neděje.

Benchmarking pracovišť, která se dohodla na vzájemném srovnání v zájmu definování referenční úrovně a dalšího zlepšování výsledků, je již pokročilým přístupem rozvíjení kvality a nelze do něj hlavně na počátku celého procesu networkingu nikoho nutit. Řešením pro rozvíjení kvality péče určitě nejsou medializované primitivní žebříčky, ale především přijetí metody sebeevaluace, hledání referenčních úrovní a dotahování se zprvu aspoň k průměru, dále pak k nejlepším prokázaným výsledkům. Tento proces by měla onkocentra postupně prodělávat jako celek v zájmu zvyšování kvality i udržování ekvity onkologické péče v České republice.

volné fórum

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Co soudíte o dostupnosti moderního léčení pro pacienty s nádorovým onemocněním?
2. Kdo by měl rozhodovat o způsobu léčení?
3. Co by pro Vás znamenalo sdělení onkologické diagnózy?



*MUDr. Vladimíra Stáhalová,
primářka Ústavu radiační onkologie 1. LF UK a FN Bulovka*

1. Účinným měřítkem dostupnosti onkologické péče jsou dlouhodobé léčebné výsledky a jejich komparace s daty vyspělých zemí. Onkologie je multioborová činnost, na které se podílejí odborníci řady odborností, pracují v týmu, který je vázán mimo jiné léčebnými protokoly a doporučenými postupy. Další podmínkou moderní léčby je příslušné personální a technické vybavení.

Pokud pracoviště splňuje tyto požadavky, pacient má reálnou šanci být léčen lege artis. Z výše uvedených důvodů je nejvýhodnější koncentrovat onkologickou péči do komplex-

ně vybavených center, která budou disponovat odborníky na všech úrovních, budou mít příslušnou technickou vybavenost, „know-how“ a která si vytvoří možnost vyhodnocovat léčebné výsledky. Moderní léčba pacientů s nádorovým onemocněním dostupná je, cílem by mělo být, aby byla dostupná všem v potřebné kvalitě.

2. O způsobu léčby by měl rozhodovat multioborový tým, pacient, plátce zdravotní péče a orgány státní správy.

3. Sdělení onkologické diagnózy znamená nastavit si měřítko hodnot, identifikovat se s novou situací, vyhledat si

potřebné informace o chorobě, její prognóze, diagnostických a léčebných algoritmech, o pracovištích, která se péčí o onkologické pacienty zabývají, ujistit se o podpoře rodiny a připravit se na zvládnání léčebných zákroků, jejich vedlejších efektů a na situaci, že se jedná o běh na dlouhou trať.



*Ing. Jaroslav Míl, MBA,
prezident Svazu průmyslu
a dopravy ČR*

1. Záleží na tom, podle jakého parametru definujeme úroveň moderního léčení. Neumím posoudit technické parametry léčby. Nicméně co se týče té druhé stránky, kvality lékařů a jejich přístupu, domnívám se, že ta je v ČR na vysoké úrovni.

2. Pacient na základě návrhu lékaře.

3. Záleželo by na tom, jaké a zároveň kdo a jak by mi to sděloval. Nicméně by se zcela určitě jednalo o významný zásah do chodu rodiny. V každém případě si myslím, že zdravý člověk si neumí dostatečně představit, co ve svém nitru prožívají ti, kdo s tímto onemocněním bojují.



*Jana Krausová,
herečka a výtvarnice*

1. Jak kde a jak komu. Jestli jsme léčeni stejnými léky jako v bohatších zemích, to nedokážu posoudit, ale vím, co mi vadilo, když jsem se s péčí naší onkologie setkala ve svém okolí – neosobní přístup a nezáměr o další osud pacienta ve chvíli, kdy si jedni doktoři své už odpracovali. Pacient potřebuje nejen věcnou informaci o diagnóze a průběhu léčení, ale i psychologickou pomoc a podporu, aby se rychleji dokázal vyrovnat se změnou životní situace. Stejně tak je nepříjemné, když ho najednou, protože třeba potřebují uvolnit postel, vystrčí z nemocnice a starej se. Lidská dimenze a návaznost jednotlivých druhů péče je to, co vážne.

2. Odborný lékař po dohodě se samotným pacientem.

3. Udělat si pořádek ve svých věcech, protože jeden nikdy neví, jak to může dopadnout. Nechat se léčit a vyhledat někoho, kdo by mi pomohl se s tím vyrovnat, psychologa nebo i dobrého léčitele. Doktoři odpuští.

1. Nejprve musíme definovat, co myslíme pod pojmem „moderní onkologická léčba“. Nepatří sem totiž pouze nejnovější protinádorové léky, jak je tento problém často nemístně zjednodušován, ale i nejmodernější ozařovací přístroje. Právě u nich je situace v některých regionech kritická a čekací doby na zahájení kurativní radioterapie mnohdy přesahují skandální dva měsíce! Koncentrace ozařovací techniky do velkých center a důsledná kontrola jejich plného vytížení zajistí zlepšení léčebných výsledků a snížení mortality na zhoubné nádory, jak ukázaly zkušenosti z Velké Británie.



*MUDr. David Feltl, Ph.D.,
přednosta Radioterapeutické
kliniky FN Ostrava*

U moderních léků typu monoklonálních protilátek je situace složitější. Nejsou a nikdy nebudou dostupné pro všechny, kteří by je mohli dostat, protože to je finančně neúnosné. Za nejspravedlivější systém považují konkurenci zdravotních pojišťoven s jasnou definicí rozsahu hrazené péče v jejich pojistných programech. Klient tak ví předem, jaká péče mu bude v případě

potřeby poskytnuta, a to včetně drahé onkologické léčby. Jsem si ale vědom toho, že současný stav je této představě na hony vzdálen.

2. Léčebné strategii by měl rozhodovat multidisciplinární tým na základě léčebného protokolu. O taktice léčby pak kvalifikovaný ošetřující lékař. Léčebné výsledky by měly být průběžně vyhodnocovány a zveřejňovány.

3. Lakonicky řečeno, špatnou zprávu.



*Jana Pelouchová,
předsedkyně o. s. Diagnóza CML*

1. Tato otázka je pro pacienty s chronickou myeloidní leukémií (CML) velmi aktuální. První z řady moderních a účinných preparátů je k dispozici teprve v posledních několika letech. Přitom český pacient je oproti pacientům v západní Evropě dnes opět v nevýhodě. Ekonomická situace českého zdravotnictví fakticky ovlivňuje možnost zahájení podávání přípravku, a v některých případech i výši dávkování přípravku, a tak omezuje jeho léčebný potenciál. U některých nemocných může po čase dojít k situaci, kdy přesta-

nou odpovídat na stávající léčbu a je potřeba jim umožnit zařazení do klinické studie s novými experimentálními molekulami či opět zvážit transplantaci kostní dřeně. Světový výzkum přináší další léčebné možnosti. Jde o to, aby i tyto byly pacientům v ČR dostupné. Minulá vláda se pokusila nastavením vysoké finanční spoluúčasti dostupnost léčby pro pacienty s CML výrazně omezit. Argument, že pro každé onemocnění existuje léčba jedním plně hrazeným přípravkem a jsou zde i jiné efektivní možnosti léčby, vyznívá v případě CML zcela naprázdno.

2. Pacienti s chronickou myeloidní leukémií potřebují mít dostatek informací pro závažná rozhodnutí o své léčbě: například zda podstoupí transplantaci kostní dřeně, nebo zda dají svůj informovaný souhlas ke vstupu do klinické studie. Proto je jedním z cílů sdružení DIAGNÓZA CML napomáhat k rozšiřování znalostí o nemoci a možnostech léčby, apelovat na otevřenost v komunikaci mezi pacientem a lékařem a podporovat pacienty v jejich zájmu být informovanými partnery v dialogu lékař a pacient.

3. Nemoc mě připravila o to, nač jsem byla pyšná: o pevné zdraví, o sportovní formu a o energii k rychlému tempu. Zatížila mne trvalou závislostí na lékařích a lécích. Dokázala mi opodstatněnost obav z onkologické choroby vzhledem ke stavu našeho zdravotnictví, kde finanční poměry výrazně ovlivňují možnosti léčby.

1. Dětem se zhoubným nádorem je v České republice poskytována moderní léčba a její výsledky jsou stejné jako v západní Evropě.



*prof. MUDr. Jan Starý, DrSc.,
přednosta Kliniky dětské
hematologie a onkologie UK
2. LF*

2. O způsobu léčení by měli rozhodovat lékaři. Zavedení nových diagnostických a léčebných postupů musí předcházet diskuze a jejich zdůvodnění plátcům úhrady za léčbu.

3. Pokud se týká sdělení onkologické diagnózy týkající se mé osoby nebo mých blízkých, požadoval bych kvalifikovanou informaci o nemoci, její léčbě a prognóze ošetřujícím lékařem. K léčbě bych chtěl poskytnout informovaný souhlas.

1. Já mohu hovořit o dětských pacientech. V současné době u dětí není problém s dostupností kvalitní moderní léčby. Všechny děti se léčí v hematologických centrech, kde jsou léčeny dle nejmodernějších mezinárodních léčebných protokolů. Díky zařazení České republiky do mezinárodních týmů zabývajících se výzkumem a léčbou nádorových onemocnění dostává každé dítě léky uvedené v odpovídajícím mezinárodním protokolu.

2. Rozhodně odborník v dané oblasti léčby. V našem případě – na Klinice dětské hematologie a onkologie FN Motol – je to hematolog nebo onkolog. Obecněji specialista na odborném pracovišti, který spolupracuje se specializovanými zahraničními týmy, kde se léčí dle nejnovějších výzkumných poznatků v léčbě leukémie a dalších nádorových onemocnění. Velmi důležité je i kvalitní laboratorní zázemí, protože dnešní léčebné protokoly jsou vázány na vysoce odborné vyšetřovací metody. Příkladem takového zázemí mohou být molekulární genetická laboratoř a imunologická laboratoř. Ráda podotknu, že



*PhDr. Věra Reichlová,
místopředsedkyně Haimy –
Unie pro pomoc dětem
s poruchou krvevorbny*

Klinika dětské hematologie a onkologie FN Motol takovými laboratořemi disponuje.

3. To je velmi obtížná otázka. Jsou věci, které si můžete představit, ale skutečný prožitek se dostaví, teprve když opravdu přijdou.

Bylo by to velmi bolestné. V prvním okamžiku by se pro mne zastavil čas. Nejspíš bych přehodnotila svůj žebříček hodnot. Přehodnotila bych svůj vztah ke svému okolí, svým blízním. Pak by mne to hodilo do aktivity. Svůj čas bych chtěla kvalitně využít. Upnula bych se na víru v lékaře. Věřila bych, že ve spolupráci s lékaři tento boj o život vyhraji.

Cíle sdružení Občan

Občanské sdružení Občan vzniklo v roce 2003 z potřeby dialogu o skutečných příčinách potíží českého zdravotnictví. Cílem sdružení je posílení postavení občanů ve zdravotnictví a rozvoje jeho lidské dimenze. Občané by neměli být dále pasivními konzumenty zdravotních služeb bez vlivu na jejich podobu, ale získat postavení aktivních zákazníků. Aktivity sdružení jsou zaměřeny na zpřístupnění informací o kvalitě péče, kterou občanům poskytují konkrétní zdravotnická zařízení, na vyvolání veřejné debaty o tom, kde nás ve zdravotnictví opravdu tlačí bota, a na formulování představ o změnách, které by našemu zdravotnictví pomohly k tomu, abychom se v něm všich-



ni cítili lépe. „Stali jsme se zákazníky v autoservisech, hospodách, řeznictvích, bankách ..., staňme se jimi také ve zdravotnictví.“

Vybrané veřejné aktivity sdružení Občan

- Natočení dvanáctidílného televizního seriálu „Sny pana ministra“
- Odvysílání čtyř dílů v České televizi (v rámci pořadů Hyde Park)
- Pravidelné příspěvky a komentáře v denících (MF Dnes, HN), v týdenících

(Euro, Týden), v odborném tisku (Zdravotnické noviny, Medical Tribune) a v rozhlase

- Pořádání měsíčních seminářů z ekonomiky zdravotnictví v CERGE-EI
- Průběžná snaha o zpřístupnění informací o podobě zdravotní péče (Správní žaloby na VZP a ZPMV týkající se zveřejnění informací o kvalitě a ceně zdravotní péče v jednotlivých nemocnicích a iniciativy směrem k MZ ČR)
- Propojování aktivit s dalšími patientskými sdruženími (založení Aliance svéprávných pacientů společně s Národní radou zdravotně postižených a Klubem nemocných cystickou fibrózou)

